



Tilsynsrapport

Plejehjemmet Ørbygård

Risikobaseret planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Plejehjemmet Ørbygård
Medelbyvej 6

2610 Rødovre

CVR- eller P-nummer: 1003271490

Dato for tilsynet: 06-12-2018

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9514-73/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Plejehjemmet Ørbygård har 34 boliger. Plejehjemmet er under ombygning og vil i 2020 have 82 boliger
- I tilknytning til plejecenteret ligger et stort dagcenter og festlokale, som plejeenheden har et godt samarbejde med
- Den daglige ledelse varetages af forstander Gitte Krogh. Ledelsen består derudover af en afdelingssygeplejerske og en oplevelsesiværksætter. Gitte Krogh er også leder for dagcenteret, som planlægger aktiviteter i samarbejde med plejehjemmet, samt leder for et produktionskøkken, som blandt andet leverer mad til Ørbygård
- Der er ansat cirka 25 medarbejdere. Ud over ledelse og administration er der ansat social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere
- På Ørbygård har man arbejdet målrettet med at udvikle *kerneopgaven*, som er, sammen med borgerne, at skabe et hus, hvor målet er at bevare et værdigt liv med fokus på egne ressourcer og en oplevelsesorienteret hverdag fyldt med livgivende relationer. Kerneopgaven er udviklet med baggrund i Vibeke Drevsen Backs blomstringsunivers, som igen er inspireret af Tom Kitwoods teori
- På Ørbækgård var man i midten af november 2018 påbegyndt implementering af nyt dokumentationssystem. Fire superbrugere har afsat tid til at overføre data fra det gamle system, forestå undervisning af kollegaer og sikre implementering af systemet.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået to borgerjournaler
- Der blev interviewet to borgere
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Forstander Gitte Krog
 - En afdelingssygeplejerske
 - En øvrig ledelsesrepræsentant
- Der blev foretaget interviews med to medarbejdere
 - To social- og sundhedsassistenter
- Der blev foretaget observation under frokost på to forskellige afdelinger, og der blev ligeledes observeret under aktiviteten "erindringsdans"
- Afsluttende opsamling blev givet til forstander Gitte Krogh samt afdelingssygeplejerske og en øvrig ledelsesrepræsentant.
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Susie Poulsen og Trine Gisselmann.

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget ændringer til de faktuelle forhold. Ændringerne er skrevet ind i rapporten, men giver ikke anledning til ændringer i vurderingen efter tilsyn.

Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 6. december 2018 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien

Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Det er styrelsens samlede vurdering, at der på plejecentret er mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet.

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet målepunkter under temaet *Organisation, ledelse og kompetencer*, temaet *Procedurer og dokumentation* samt temaet *Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt.

Ledelse og medarbejdere var åbne og reflekterende og havde opmærksomhed på målepunkterne, der ikke var opfyldt.

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed henstiller følgende:

- At ledelsen sikrer, at vikarer har adgang til omsorgsjournalen, og at vikarer véd, hvordan de skal dokumentere relevante observationer vedrørende borgerne (målepunkt 4.1)
- At ledelse fastlægger en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan, der skal dokumenteres, samt hvordan viden fra for eksempel "halv to mødet" bliver delt mellem medarbejderne (målepunkt 5.1)
- At medarbejderne kender målene for genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbene hos relevante borgere, og hvordan de – hos disse borgere – inddrager træningselementer og aktiviteter i den daglige hjælp, omsorg og pleje (målepunkt 6.2).

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden vil være i stand til at rette op på de uopfyldte målepunkter ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet.

Styrelsen forudsætter, at plejeenheden opfylder ovenstående henstillinger.

Nedenstående er en tematisk fremstilling af baggrunden for den samlede vurdering:

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at man på plejeenheden havde stort fokus på selvbestemmelse, og at der gennem arbejde med *kerneopgaven* blev arbejdet aktivt med borgernes livshistorie. Eksempelvis var besøgshunde udvalgt efter hvilke hunde, udvalgte borgere havde haft tidligere i livet. De interviewede borgere gav udtryk for, at der var høj grad af selvbestemmelse, og at de kunne tale fortroligt med personalet. Plejeenheden havde god erfaring med palliativ pleje, og der var godt samarbejde med frivillige og Vågetjenesten.

2. Borgerens trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne oplevede at blive inddraget og lyttet til i overensstemmelse med ønsker og behov.

Tilsynet observerede, at der ved frokost var fokus fra personalet på at skabe relationer mellem borgerne.

Borgerne oplevede, at der var en god tone og adfærd fra enheden, og den enkeltes ønsker og behov blev respekteret, hvilket også fremgik ved tilsynets observationer. Borgerne blev inddraget i sammensætning af menu ved at ønske diverse retter. Det fremgik af menuplanen, hvem der havde ønsket forskellige retter.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der på plejeenheden blev anvendt relevante metoder i forhold til borgernes funktionsnedsættelse.

På "halv to møde" blev borgerne dagligt drøftet i forhold til ændringer i funktionsevnen. Det var planen at indføre triagering som metode på disse møder. Der blev på tilsynet rådgivet om at anvende redskabet "i sikre hænder".

Personalet og ledelsen kunne forklare de pædagogiske metoder og arbejdsgange i forbindelse med forebyggelse af magtanvendelse, og dette fremkom både ved interview med ledelse og medarbejdere.

Derudover er der lagt vægt på, at plejeenheden anvendte relevante metoder til forebyggelse af magtanvendelse blandt andet ved inddragelse af demenskoordinator, men også med et systematisk arbejde med personcentreret omsorg.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt under dette tema, som ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at vikarer på plejeenheden ikke havde adgang til omsorgsjournalen og dermed ikke var sikret adgang til viden om borgernes ønsker, vaner og behov. Ligesom der heller ikke var en tydelig arbejdsgang for, hvordan vikarerne skulle dokumentere observationer vedrørende borgerne.

Styrelsen fandt derudover, at der på plejeenheden var en organisering, der understøttede plejeenhedens kerneopgave, og som afspejlede en tydelig opgave- og ansvarsfordeling. Personalet blev inddraget mest mulig i den daglige arbejdstilrettelæggelse under forudsætning af, at de nødvendige kompetencer altid var tilstede i forhold til de konkrete opgaver.

Medarbejderne gav udtryk for, at der var en tydelig ledelse, og der var blandt medarbejderne stor viden og ejerskab til plejeenhedens værdier.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt under dette tema, der ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der ikke var en systematisk arbejdsgang for at dokumentere afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser. Eksempelvis kunne man ikke tydeligt se, hvordan aftaler truffet på "halv to mødet" blev videreformidlet og handlet på. Ledere og medarbejdere kunne dog redegøre for, hvordan man ville sikre dette ved implementering af det nye dokumentationssystem. Der var ved tilsynet god dialog om at sikre dokumentation ved overgang til nyt journalsystem.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt under dette tema, der ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at medarbejderne ikke kunne redegøre for mål med genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb efter servicelovens § 86, idet de ikke kendte til denne indsats til borgerne.

Ved interview med ledelse, medarbejdere og borgere fremgik det, at der var mange muligheder for aktiviteter. Der var rig mulighed for, at borgerne kunne deltage i aktiviteter både på afdelingen og i dagcenteret. Der blev arrangeret fællesarrangementer både i plejeenheden og ud af huset ud fra ønsker fremkommet af borgerne.

Styrelsen fandt derudover, at der blev arbejdet målrettet med hverdagsrehabilitering på plejeenheden. Borgerne blev støttet i at være så selvhjulpne som muligt i dagligdagen ved eksempelvis at være deltagende og tage ansvar for personlig hygiejne, mobilitet og være med i beslutninger omkring aktiviteter.

Der blev ikke visiteret indsatser efter servicelovens § 83a på plejeenheden, hvilket betyder, at målepunkter vedrørende denne paragraf er registreret som 'ikke aktuelle'.

3. Fund ved tilsynet

Tema 1: Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv	X			
B	At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	X			
C	At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt	X			
D	At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker	X			
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden	X			

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning	X			

C	C1. At relevante medarbejdere kan redegøre for udførelse af pleje af borgere ved livets afslutning	X			
	C2. At medarbejdere kan redegøre for, hvordan de fremfinder borgernes ønsker til livets afslutning	X			

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker	X			
	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at plejeenheden understøtter borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende, samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det	X			
C	C1. At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i borgernes behov og ønsker for udførelsen af omsorgen og plejen	X			
	C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres eventuelle pårørende og det omgivende samfund	X			
D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret	X			

Tema 3: Målgrupper og metoder

3.1 Borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug og eventuelt pårørende oplever, at den hjælp, omsorg og pleje, borgeren modtager, tager højde for borgerens særlige behov	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov	X			
C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	X			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer	X			
E	At borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger, og at det afspejles i tone, adfærd og kultur	X			

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås	X			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse	X			
C	At der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange der hos den konkrete borger kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse	X			

3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	X			
C	At medarbejderne kender og arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	X			
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen	X			

3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje til borgeren er rettet mod forebyggelse af uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
B	At ledelsen kan gøre rede for plejeenhedens arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet	X			

Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver	X			<p>A3: Vikarer på plejeenheden havde ikke adgang til omsorgsjournalen og dermed var de ikke sikret adgang til viden om borgernes ønsker, vaner og behov. Der var ikke en tydelig arbejdsgang for hvordan vikarerne skulle dokumentere observationer vedrørende borgerne.</p> <p>Ledelsen var bevidst om problematikken, og der blev arbejdet på at vikarer i fremtiden skulle have adgang til det omsorgsjournalen. Men der var ingen konkret tidsplan for dette.</p>
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere	X			
	A.3 At ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer		X		
B	At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen	X			

Tema 5: Procedurer og dokumentation

5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne	X	X		<p>A.1 Der var ikke fastlagt en praksis for en systematisk arbejdsgang for at dokumentere afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser. Eksempelvis kunne man ikke tydeligt se, hvordan</p>
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats				

					aftaler truffet på "halv to mødet" blev videreformidlet og handlet på. Ledere og medarbejdere kunne dog redegøre for, hvordan man ville sikre dette ved implementering af det nye dokumentationssystem.
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation	X			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger	X			
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet	X			
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret	X			
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede	X			

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

6.1 Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter § 83a og hjælp med rehabiliterende sigte efter § 83

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet			X	
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål			X	
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte	X			

C	At medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål, samt arbejdsgangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte	X			
D	D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte	X		X	X

6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet	X		
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgeres forløb	X		
C	At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg		X	Medarbejderne kunne ikke redegøre for mål med genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb efter §86, idet de ikke kendte til denne indsats til borgere
D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret			X X

6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for dem	X			
	A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgere tilknyttet plejeenheden og eventuelt pårørende bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger	X			
C	C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter	X			
	C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter	X			

4. Begrundelse for tilsynet

I satspuljeaftalen for 2018-2021 blev der indgået en aftale om, at Styrelsen for Patientsikkerhed pr. 1. juli 2018 skal føre et risikobaseret tilsyn med den social- og plejefaglige indsats på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder efter servicelovens §§ 83-87 i en forsøgsperiode på fire år¹.

Formålet med tilsynet er at styrke det social- og plejefaglige tilsyn på ældreområdet samt vurdere om den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, den enkelte plejeenhed yder, har den fornødne kvalitet. Formålet er også at bidrage til læring i forhold til den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, der ydes i de enkelte plejeenheder.

I bekendtgørelsen² er der fastlagt følgende seks temaer, som tilsynet skal omfatte i forhold til at afdække den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død
- Trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedurer og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

På baggrund af de seks temaer, er der udarbejdet 12 målepunkter, som repræsenterer vigtige risikotemaer i forhold til at vurdere den fornødne kvalitet.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er plejeenheden, der er genstand for tilsynet. Eventuelle fejl og mangler bliver anskuet ud fra et organisatorisk synspunkt.

Uddybning af målepunkter samt referencer ligger på styrelsens hjemmeside på dette link:

<https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/social-og-plejefagligt-tilsyn-paa-aeldreomraadet/>

¹¹ <https://www.regeringen.dk/media/4365/satspuljeaftaletekst-paa-aeldreomraadet.pdf>

² Bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med ældreplejen

5. Vurdering af plejeenheden

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

- Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet vurdering af den fornødne kvalitet med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter. Styrelsens vurdering er baseret på de forhold, der var til stede ved det aktuelle tilsyn i forbindelse med de gennemførte interviews med borgere, pårørende, medarbejdere og ledelse samt de foretagne stikprøver af borgeres omsorgsjournaler.

Styrelsen for Patientsikkerhed har forskellige sanktionsmuligheder afhængigt af kategoriseringen for den enkelte plejeenhed.

Hvis der konstateres mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, har styrelsen mulighed for at reagere ved at give en henstilling til plejeenheden om eksempelvis at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan plejeenheden vil følge op på uopfyldte målepunkter. Hvis der konstateres større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, får plejeenheden et påbud om at opfylde et eller flere krav. Hvis der konstateres kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet, gives der påbud om, at plejeenheden helt eller delvist skal indstille virksomheden.

Hvis styrelsen bliver opmærksom på mangler efter sundhedsloven eller anden lovgivning, kan styrelsen give informationen videre til de relevante tilsynsmyndigheder.