



Ældretilsynet Tilsynsrapport Ældrecenter Gildhøjhjemmet

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Ældrecenter Gildhøjhjemmet
Brøndby Møllevej 25

2605 Brøndby

CVR- eller P-nummer: 1003261083

Dato for tilsynet: 01-07-2019

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9514-235/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- På plejeenheden Gildhøjhjemmet er der 73 boliger fordelt på 4 afdelinger
- Gildhøjhjemmet rummer afdelinger A, B og C som har 55 boliger. Afdeling D er demens afsnit med 18 boliger og derudover er der 10 rehabiliteringspladser
- Gildhøjhjemmet har forskellige borgere med multisygdomme, og borgere med kognitive samt somatiske udfordringer
- Den daglige ledelse varetages af Centerleder Mia Linda Møller i samarbejde med fire afdelingsledere
- På Gildhøjhjemmet er der ansat omkring 130 medarbejdere fordelt på følgende medarbejdergrupper: Social- og sundhedshjælpere, sygehjælpere, en socialpædagog, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, køkkenhjælpere, ernæringsassistenter, aktivitetsmedarbejder og et fast afløserkorps
- Plejeenheden har frivillige tilknyttet som blandt andet hjælper til ved større arrangementer og ture ud af huset
- Gildhøjhjemmet har egen aktivitetsafdeling TOPPEN
- Gildhøjhjemmet har eget køkken og arbejder med middagsaftaler for borgerne

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet bruger-pårørende råd
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Centerleder Mia Linda Møller
 - Udviklingssygeplejerske Charlotte V. Nielsen
 - Afdelingsleder Bente Grønhøj
 - Afdelingsleder Dorthe Larsen
 - Afdelingsleder Kit Laursen
- Der blev foretaget interview med 5 medarbejdere
 - Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter
- Der blev foretaget observation ved, at deltage i frokostmåltid
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til centerleder Mia Linda Møller, de tre afdelingsledere og udviklingssygeplejersken
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulent Susie Poulsen og fuldmægtig Anne Sophie Laage

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger i partshøringsperioden.

Styrelsen afslutter dermed tilsynet

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den **01.07.2019** vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet målepunkter under temaerne *Procedurer og dokumentation* og *Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet problemerne relaterede sig til manglende dokumentation af borgernes mål, samt beskrivelse af mål med rehabiliterende sigte og at disse fund efterfølgende affødte en ledelsesmæssig opfølgning.

Styrelsen har lagt vægt på, at ledelse og personale på plejeenheden var reflekterende, og personalet havde viden i forhold til plejeenhedens kerneopgaver. Plejeenheden var velorganiseret med gode daglige procedurer og systematik og strukturer, der også fremadrettet vil give mulighed for faglig refleksion, fælles videndeling og læring.

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

- At plejeenheden sikrer, at borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb bliver dokumenteret (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (målepunkt 6.1)

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 lagt vægt på, at plejeenheden arbejdede målrettet med at inddrage borgerne i hverdagslivet, både med socialt-og rehabiliterende sigte. På plejeenheden kunne man redegøre for, hvorledes der var fokus på borgernes livskvalitet og på fælles demokrati, med blandt andet beboer/pårørende møder to gange årligt og der blev på afdelingerne afholdt mad møder hvor beboerne kunne ønske specifikke måltider.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden tog individuelle hensyn og imødekom borgernes individuelle ønsker.

Det er endvidere styrelsens vurdering i forhold til målepunkterne om pleje af borgere ved livets afslutning, at der i plejeenheden var gode procedurer og arbejdsgange i forbindelse med en værdig død. Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at sikring af kompetencer til varetagelse af pleje og omsorg ved livets afslutning foregik i et tæt samarbejde med sygeplejerskerne, heriblandt en sygeplejerske med erfaring fra hospice. Der var blevet arbejdet fokuseret og målrettet med palliativ pleje, hvilket havde medført et højt fagligt niveau på området og der var udarbejdet relevant materiale om emnet, blandt andet en mapper og pjecer til medarbejdere og pårørende.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden understøttede den enkelte borgers selvbestemmelse og at plejeenheden understøttede borgernes livskvalitet.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne ved interview fortalte, at de oplevede at få den hjælp, de selv ønskede, og at det også blev respekteret, hvis de ikke ønskede at deltage i arrangementer og træning. Borgerne gav udtryk for, at de oplevede, at der var en god tone og adfærd på plejeenheden, og at den enkeltes ønsker og behov blev respekteret. Dette fremgik også ved tilsynets observationer.

På tilsynet deltog Gildhøjhjemmets bruger-pårørende-råd og det var tydeligt, at rådet blev inddraget og at der blev lyttet til deres erfaringer og ønsker.

Plejeenheden havde en fast tilknyttet aktivitetsmedarbejder, som var tilknyttet aktivitets afdelingen TOPPEN, som var tovholder for forskellige aktiviteter i huset. Der var ligeledes frivillige fra ældresagen i Brøndby Kommune som deltog i forskellige aktiviteter, og den tekniske servicemedarbejder lavede eksempelvis udendørs aktiviteter med de mandlige beboer.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden understøttede den enkelte borgers trivsel og relationer til pårørende og det omgivende samfund.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden observerede og handlede på ændringer i borgernes tilstand, samt at plejeenheden sikrede forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne. I vurderingen er der lagt vægt på, at der var systematisk opfølgning via daglige triagemøder, hvor plejehjemslægen også deltog ved behov. Plejeenheden arbejdede systematisk med *PDSA* metoden og *I sikre hænder*, hvorved alle borgeren blev ernærings-og tryksår screenet ved indflytning.

Styrelsen fandt, at hjælpen og støtten, der blev leveret af plejeenheden, tilgodeså borgere med særlige behov. Plejeenheden havde egen demenskonsulent og alle medarbejderne havde været involveret i Demens rejseholdets undervisning. Gennem dette arbejde, og medarbejdernes tilgang til borgerne, forebyggede plejeenheden situationer med magtanvendelse. Plejeenheden havde kontaktpersonordning, hvilket sikrede kontinuitet i plejen af borgerne.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det i interview med ledelsen fremgik, at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver. Plejeenheden havde grundet rekrutterings udfordringer et korps af ufaglærte medarbejdere, som alle havde gennemgået et omfattende introprogram.

Der var planlagt kompetenceudvikling for medarbejderne, og ved opstart af nye medarbejdere var der udarbejdet introprogram.

Plejhjemslægen kom fast i huset og underviste medarbejderne i relevante sundhedsfaglige temaer og der blev arbejdet med "mentor ordning" for nye medarbejdere.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens medarbejdere havde de fornødne kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, og medarbejderne kendte ansvars- og opgavefordelingen.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt under dette tema som ikke var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at der ved journalgennemgang blev fundet manglende beskrivelse af borgernes mål for praktisk og personlig pleje. Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for borgernes mål, men disse var ikke dokumenteret. Journalerne fremstod opdaterede, og medarbejderne anvendte og kendte plejeenhedens praksis vedrørende dokumentation.

Ved interview med ledelsen og medarbejdere fremgik det, at der var en fast praksis for dokumentation, og at denne var kendt og blev anvendt af medarbejderne. Den social- og plejefaglige dokumentation fremstod systematisk og overskuelig i journalsystemet, og personalet kunne fremfinde de relevante oplysninger.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens dokumentationspraksis understøttede en sammenhængende social- og plejefaglig indsats.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt under dette tema, som ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der ikke var dokumenteret mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte. Der forelå ingen beskrivelser af målene, men medarbejderne kunne mundtlige redegøre for disse.

Plejeenheden havde sin egen aktivitetsafdeling TOPPEN og der foregik dagligt aktiviteter på de tre afdelinger. Ved tilsynet var der ingen borgere visiteret til genoptræning efter §86 eller vedligeholdende træning som følge af funktionsevnetab eller sygdom og almen svækkelse, hvorfor dette er noteret som uaktuelt.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede med hverdagsrehabilitering og træning til borgere, så disse fik mulighed for at forbedre deres funktionsevne, samt at plejeenheden inddrog borgeren til at deltage i meningsfulde aktiviteter. Der var på plejeenheden ikke borgere visiteret til tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb jævnfør §§ 83a og 86, hvorfor det er noteret som uaktuelt i målepunkt 6.

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 borgeres 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 funktionsevnenedsættelser (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			
	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			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats	X			
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		I tre ud af tre stikprøver fandt tilsynet, at borgernes mål for praktisk og personlig hjælp ikke var beskrevet i journalen.
	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			X	

	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet			X	
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne			X	
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte		X		I tre ud af tre stikprøver fandt tilsynet at der ikke var fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte

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 borgers 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			
D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb	X			
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret	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 herunder eksempelvis 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.