



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# Tilsynsrapport Langagergård Plejecenter

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

Langagergård Plejecenter  
Karlslunde Parkvej 27 - 35

2690 Karlslunde

CVR- eller P-nummer: 1018054228

Dato for tilsynet: 05-12-2018

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 5-9514-70/1

# 1. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Plejecenteret Langagergård har 85 almene pladser heraf fire ægteparboliger og fire pladser i et skærmet afsnit målrettet borgere, der på grund af særlige adfærdsmønstre har et øget behov for støtte og pleje i hverdagen. De almene pladser er organiseret i teams som leve-bo-miljøer
- Langagergård er bygget i 2012, ejes af Greve Kommune og drives i samarbejde med Forenede Care
- I forbindelse med Langagergård findes café, kiosk, frisør, fodterapeut, tandklinik, træningssal og varmtvandsbassin og sygeplejeklinik
- Den daglige ledelse varetages af centerchef Louise Wesselhoff og af teamledere på hvert afsnit, som er ansvarlige i forhold til kerneopgaven og personale. Teamlederne indgår i det daglige arbejde med borgerne
- Der er i alt ansat cirka 100 personer på Langagergård. I de enkelte leve-bo-miljøer på Langagergård er personalesammensætningen social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og pædagoger. Der er ansat tre sygeplejersker, som hver har det sygeplejefaglige ansvar for tre teams
- Langagergård har eget produktionskøkken, og der er mulighed for, at borgere ude fra kan købe et varmt måltid mad i cafeen
- Den 6. november 2018 overgik Langagergård sammen med resten af Greve Kommune til Fælles Sprog III og nyt omsorgssystem.

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - Centerchef Louise Wesselhoff, tre teamledere og en kvalitetschef fra Forenede Care. Derudover deltog en sygeplejerske, en social- og sundhedshjælper, en social- og sundhedsassistent og en pædagog i interviewet
- Der blev foretaget fokusgruppeinterview interview med følgende medarbejdere:
  - Social- og sundhedshjælper
  - Social- og sundhedsassistent
  - Pædagog
  - Sygeplejerske
- Der blev foretaget observation ved deltagelse i middagsmåltidet i to teams
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til centerleder Louise Wesselhoff og de øvrige deltagere i tilsynet inklusive kvalitetschefen fra Forenede Care
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulent, fysioterapeut Trine Gisselmann Andersen og tilsynskonsulent, oversygeplejerske Anne Marie Glennung.

## 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 5. december 2018 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, som ikke var opfyldt under temaerne *Målgrupper og metoder*, og *Procedurer og dokumentation*.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet Langaergård er et veldrevet og velorganiseret plejecenter med en tydelig og nærværende ledelse, der tager afsæt i værdighed og respekt for det enkelte menneske – borger som medarbejder. Der er fokus på kvalitet i hverdagen og en individuel tilgang til borgerne.

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

- At ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)
- At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden fastlægger en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres (målepunkt 5.1)
- At borgerens aktuelle ressourcer og udfordringer bliver beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner og generelle oplysninger (målepunkt 5.1).

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.

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 organiseringen i leve-bo-miljøerne understøtter et hverdagsliv, hvor borgerne oplever at blive inddraget i beslutninger vedrørende dagligdagen. Der arbejdes aktivt med livshistorier og det, som i hverdagen er vigtigt for den enkelte borger også i relation til livets afslutning. Borgerne gav udtryk for, at der blandt personalet er nogen, der kan tale fortroligt med for eksempel om den sidste tid og en værdig død. Personalet fortalte, hvordan omsorgen for døende praktiseres på Langagergård, og hvordan pårørende inddrages i det omfang borger og pårørende ønsker det.

### **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 giver udtryk for, at de trives. Borgerne var glade for at bo på Langagergård, og de oplyste, at hverdagen i leve-bo-miljøet er med til, at man føler sig mindre ensom.

Under middagsmåltidet observerede tilsynet en længere snak mellem borgere og personale om, hvor kommende udflugter i kommunes bus kunne gå hen. Langagergård har et aktivt bruger-pårørende råd, ligesom der jævnligt holdes beboermøder i de enkelte teams. På Langagergård lægges der vægt på at tilgodese borgernes behov, hvilket i forbindelse med indflytning kan medføre, at der for eksempel følger et kæledyr med i en periode.

### **3. Målgrupper og metoder**

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema.

I tre ud af tre stikprøver var der ingen opdatering af ændringer i borgernes funktionsevne eller opfølgning herpå. I en stikprøve var opfølgning på og forebyggelse af fald ikke beskrevet, selvom borgeren havde faldt ned. I en stikprøve, hvor borger var i risiko for at udvikle tryksår, var dette ikke vurderet og forebyggelsen heraf ikke beskrevet. Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden i hverdagens praksis dog har procedurer i forhold til tidlig opsporing og forebyggelse af ændring af borgernes funktionsevne og helbredstilstand. Praksis tager afsæt i metoderne fra "I sikre hænder".

I vurderingen er der yderligere lagt vægt på, at der i plejeenheden blev anvendt relevante faglige metoder i forhold til kerneopgaven og borgernes funktionsnedsættelser, herunder relevante faglige metoder til forebyggelse af magtanvendelse. Medarbejdere og ledelse oplyste, at der blev taget afsæt i hverdagslivet, og hvad de enkelte borgere kunne overkomme den pågældende dag, således at hverdagens aktiviteter blev justeret efter borgernes ressourcer. Dette blev bekræftet af de interviewede borgere.

Plejeenheden fik ved tilsynet rådgivning om, at tilknytte ("tagge") observationer til funktionsevnetilstande og helbredstilstande. På denne måde ville plejeenheden få et bedre overblik over ændringer og observationer i forbindelse med den konkrete tilstand.

#### **4. Organisation, ledelse og kompetencer**

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden fremstod velorganiseret og med en tydelig ledelsesmæssig retning og en høj grad af systematik og struktur, der også fremadrettet vil give mulighed for faglig refleksion, fælles videndeling og læring.

#### **5. Procedurer og dokumentation**

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at dokumentation og mindre konferencer foregik i det åbne leve-bo miljø.

I tre ud af tre stikprøver var funktionsevnetilstande udfyldt som standard og uden uddybende tekst. Det blev oplyst under tilsynet, at det overordnet var besluttet, at alle borgeres funktionsevnetilstande skulle konverteres svarende til samme niveau uanset, at der var individuelle forskelle. Funktionsevnetilstandene ville blive opdateret i takt med, at der blev foretaget revisitation.

#### **6. Aktiviteter og rehabilitering**

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at medarbejdere og ledelse oplyste, at de i hverdagen tog afsæt i, hvad de enkelte borgere kunne overkomme den pågældende dag, således at hverdagens aktiviteter herunder hjælp, omsorg og pleje dagligt blev justeret efter borgernes ressourcer. Dette blev bekræftet af de interviewede borgere.

På tilsynsdagen var ingen borgere visiteret til genoptræning eller vedligeholdende træning som følge af funktionsevnetab eller sygdom og almen svækkelse. Der var ikke fast fysioterapeut eller ergoterapeut knyttet til Langagergård, men der blev samarbejde tæt med kommunens terapeuter.

# 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		I tre ud af tre stikprøver ses ingen opdatering af ændringer i borgernes funktionsevne eller opfølgning herpå. Helbredstilstande er udfyldt.

### 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 vægttab, 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 vægttab, 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 vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.	X			
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt vægttab, tryksår, fald,		X		I en stikprøve var opfølgning på og fore-

	dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet.				byggelse af fald ikke beskrevet. I en stikprøve hvor borger var i risiko for at udvikle tryksår, var dette ikke vurderet og forebyggelsen heraf ikke beskrevet.
--	---	--	--	--	--

## 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		Dokumentation og mindre konferencer foregår i det åbne leve-bomiljø.

	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		I tre ud af tre stikprøver er funktionsevnetilstande standardudfyldt og uden uddybende tekst. Det oplyses under tilsynet, at der overordnet er besluttet en standard konvertering af disse data, og at funktionsevnetilstandene vil blive opdateret i takt med, at der foretages reevaluation.
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsats 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 indsats 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	Ingen af de tre borgere udtaget i stikprøven var visiteret rehabiliteringsforløb jf. §83a
	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 tilrettelæggehelheds-	X			

	rienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål.				
	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	Ingen af de tre borgere udtaget i stikprøven var visiteret rehabiliteringsforløb jf. §83a
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet.			X	Ingen af de tre borgere udtaget i stikprøven var visiteret rehabiliteringsforløb jf. §83a
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne.			X	Ingen af de tre borgere udtaget i stikprøven var visiteret rehabiliteringsforløb jf. §83a
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.	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	Ingen af de tre borgere udtaget i stikprøven var visiteret i forløb jf. §86
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			

D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb .			X	Ingen af de tre borgere udtaget i stikprøven var visiteret i forløb jf. §86
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret.			X	Ingen af de tre borgere udtaget i stikprøven var visiteret i forløb jf. §86

### 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 år<sup>1</sup>.

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 bekendtgørelsen<sup>2</sup> 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/>

---

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

<sup>2</sup> 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, ledelse og medarbejdere 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.