



# Tilsynsrapport Dorthe Mariehjemmet

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

**Dorthe Mariehjemmet**  
**Rødovrevej 325**

**2610 Rødovre**

CVR- eller P-nummer: 1003256973

Dato for tilsynet: 11-12-2018

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr: 5-9514-52/1

# 1. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Plejehjemmet Dorthe Mariehjemmet er en selvejende plejeenhed under Mariefonden med driftsoverenskomst med Rødovre kommune
- Plejehjemmet har 90 boliger fordelt på tre etager. Hver etage udgør en afdeling og er opdelt i to teams, i alt seks teams, med eget anretterkøkken. Heraf er et team demensafsnit. Ledelsen oplyser, at en stor andel af borgerne i de øvrige grupper har nedsat kognitiv funktionsniveau
- Der er ny ledelse og omorganisering på plejeenheden. Ledelsen af plejeenheden varetages af Forstander Henrik Nohr i et team med Souschef Anne Munk og sygeplejefaglig leder Ulla Thanning
- Der er ansat ca. 110 medarbejdere. Der skal fremover være tre afdelingsledere. Til hvert team er tilknyttet faste social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter, samt en gruppekoordinator. En gruppe medarbejdere går på tværs af etager og teams: sygeplejersker, pædagoger og det tværgående team, der udgøres af et antal fastansatte social- og sundhedshjælpere
- Plejeenheden har eget centralkøkken, der leverer al mad til Dorthe Marie hjemmet.

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet en pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - souschef Anne Munk
  - sygeplejefaglig leder Ulla Thanning
- Der blev foretaget interview med tre medarbejdere
  - social og sundhedsassistenter og plejehjemsassistent
- Der blev foretaget observation ved, at tilsynsførende deltog i frokost på to etager
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til souschef Anne Munk og sygeplejefaglig leder Ulla Thanning
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulent Trine Gisselman og Susanne Jensen.

## 2. Vurdering og sammenfatning

---

### Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget en handleplan, der overordnet er tilfredsstillende. Styrelsen konstaterer dog, at der fortsat er enkelte forhold, hvor henstillingen ikke er fulgt **vedrørende målepunkt 4.1**, men vurderer at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet. Styrelsen henstiller til, at forholdene bringes i orden og afslutter dermed tilsynet.

### Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 11. december 2018 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

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

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet ledelse og personale var åbne og reflekterende og havde opmærksomhed på flere af de målepunkter, der ikke var opfyldt.

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

- At plejeenheden sikrer, at vikarer får adgang til omsorgsjournalen, så vikarerne kan orientere sig i forbindelse med den daglige pleje, støtte og omsorg hos borgerne, samt dokumentere ændringer af funktionsevnetilstande ved behov (målepunkt 4.1. A3)
- At plejeenheden sikrer, at rehabiliteringsindsatsen hos borgeren bliver dokumenteret, således at det fremgår, at der er taget udgangspunkt i borgerens mål, samt at der ved afslutning er en beskrivelse af borgerens funktionsevne (målepunkt 6.1.D1, 6.1.D2, & 1.D3, 6.1.D4)
- At plejeenheden sikrer, at borgerne får adgang til vedligeholdelsestræning og genoptræning, når der er behov herfor (målepunkt 6.2.B).

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

Herudover anmoder styrelsen om, at plejeenheden udarbejder og fremsender en handleplan over, hvorledes plejeenheden vil sikre, at borgeres aktuelle funktionsevnetilstande løbende bliver opdateret i dokumentationen, således at man undgår fejl i den social- og plejefaglige indsats hos borgeren (målepunkt 5.1.C1, 5.1.C2, 5.1.C3, 5.1.C4).

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 borgere og pårørende gav udtryk for at blive involveret. Tilsynet observerede, at personale havde fokus på borgernes selvbestemmelse, hvilket blev understøttet af god tone.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at der blev arbejdet målrettet med den palliative indsats, og borgerne oplyste, at de kunne tale med personalet om vanskelige emner, herunder døden. Alle medarbejdere havde deltaget i undervisning om palliation.

### **2. Borgernes trivsel og relationer**

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at borgerne og pårørende oplevede, at borgerne kunne få den hjælp, de havde behov for, og at hjælpen så vidt muligt blev tilrettelagt ud fra deres ønsker. Pårørende oplyste, at der var et godt samarbejde med personalet, men de efterlyste mere information generelt om afdelingen i situationer, hvor borgere på afdelingen var udadreagerende. Ledelse og medarbejdere var opmærksomme på problematikken og ville sørge for bedre information fremadrettet.

Styrelsen har yderligere lagt vægt på, at borgernes trivsel blev understøttet, blandt andet når de deltog i aktiviteter på tværs af afdelinger med henblik på at etablere relationer. Relationer blev ligeledes understøttet ved afholdelse af beboermøder på afdelingerne en gang om måneden og igennem etablering af beboer/pårørenderåd.

### **3. Målgrupper og metoder**

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere redegjorde for, at de arbejdede personcentreret og afholdt tværfaglige beboerkonferencer, når der var særlige problematikker vedrørende den enkelte borger. Der var personale med ressourcepersonfunktion i demens på alle afdelinger, og alle medarbejdere havde deltaget i undervisning om demens. Ved plejeforløb med særlige udfordringer havde plejeenheden kontakt til VISO (den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation), og der var samarbejde med kommunens demenskoordinator.

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

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at vikarer ikke havde adgang til omsorgsjournalen, og at den beskrevne arbejdsgang ikke sikrede, at vikarer havde aktuel viden om borgerne.

Derudover er det styrelsens vurdering, at organiseringen understøttede plejeenhedens kerneopgaver, og den nye ledelse redegjorde for mange udviklingstiltag.

## **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 plejeenheden var overgået til ny omsorgsjournal, og at aktuel dokumenteret viden skulle fremfindes i to systemer. Den nye omsorgsjournal indeholdt uaktuelle vurderinger under "funktionsevnetilstande" fra 2013, og de aktuelle oplysninger skulle fremfindes i det gamle system. Det var dermed ikke muligt at få et samlet systematisk overblik over borgerens aktuelle situation.

Døgnrytmeplaner var beskrevet i ny omsorgsjournal, men idet vikarer ikke havde adgang til denne, kunne de ikke orientere sig i døgnrytmeplanen og dermed ikke vide, hvordan de skulle yde den rette social- og plejefaglige indsats hos borgeren med udgangspunkt i dennes ønsker. I nogle tilfælde blev der printet døgnrytmeplaner i papir, men da der ikke kunne printes fra det nye system, var det de uaktuelle døgnrytmeplaner fra det gamle system, som var tilgængelige for vikarerne.

Det var styrelsens vurdering, at de uaktuelle funktionsevnetilstande kunne medføre fejl i den social- og plejefaglige indsats hos borgeren.

## **6. Aktiviteter og rehabilitering**

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at ledelsen oplyste, at det var vanskeligt at tilbyde genoptræning og vedligeholdelsestræning, idet der ikke var ansat terapeuter i plejeenheden. Der var ikke klare aftaler med kommunen om indsatser vedrørende genoptræning og vedligeholdende træning efter servicelovens § 86, og dermed ikke klare aftaler om, hvordan borgere med behov kunne tilbydes denne indsats. Ved journalgennemgang blev der ikke fundet dokumentation i form af mål, indsatser og evalueringer.

Derudover har styrelsen lagt vægt på, at pårørende, medarbejdere og ledelse alle oplyste, at der var en rehabiliterende tilgang i plejeenheden, hvilket gav sig til udtryk i, at borgerne blev støttet i hjælp til selvhjælp, og at der kontinuerligt blev trænet i daglige aktiviteter. Der er ligeledes lagt vægt på, at der var mange aktivitetstilbud til borgerne, og at der samtidig var fokus på borgernes ønsker til deltagelse i aktiviteter, herunder borgernes mulighed for aktiviteter om aftenen via klippekortsordning.

# 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 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		Ledelsen oplyste, at vikarer ikke havde adgang til at læse eller skrive i omsorgsjournalen.
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,		X		I tre ud af tre stikprøver, var det

	mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger				<p>ikke muligt at få overblik over dokumentationen, idet der i det nye omsorgssystem stod flere år gamle og uaktuelle oplysninger. Ledelse og medarbejdere oplyste, at der ved opstart af nyt omsorgssystem automatisk var konverteret gamle data til det nye system. Ved alle tre stikprøver var aktuelle funktionsevnetilstande ikke beskrevet i det nye system, hvorfor det var vanskeligt at få overblik over borgerens aktuelle situation.</p> <p>Ledelse og medarbejdere redegjorde for en arbejdsgang, hvor døgnrytmeplaner blev printet fra det gamle system, så vikarer kunne orientere sig i forhold til borgeren. Da der ikke kunne opdateres i det gamle system, blev døgnrytmeplanerne uaktuelle. Der kunne ikke printes fra det nye system, hvor de aktuelle døgnrytmeplaner var.</p>
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		X		I to ud af tre stikprøver var der ikke dokumenteret mål og beskrivelse af indsats. Eksempelvis redegjorde personalet for indsats, hvor der blev arbejdet med, at borger selv medvirkede i forflytning, og havde som mål at blive selvstændig i forflytningen. Dette var ikke dokumenteret.
	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		

## 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		Ledelsen oplyste, at det var vanskeligt at tilbyde genoptræning og vedligeholdelsestræning efter servicelovens § 86. Der var ikke ansat terapeuter i plejeenheden, og der var ikke klare aftaler med kommunen om indsatser vedrørende genoptræning og vedligeholdende træning efter § 86, og dermed ikke klare aftaler om, hvordan borgere med behov kunne tilbydes denne indsats.
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 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 er var til stede ved det aktuelle tilsyn i forbindelse med interviews med borgere, pårørende, 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.