



# Tilsynsrapport Hjemmeplejen Højby

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Hjemmeplejen Højby  
Vangen 1

4500 Nykøbing Sj

CVR- eller P-nummer: 1011156378

Dato for tilsynet: 11-03-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 5-9514-148/1

# 1. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Hjemmeplejen Højby leverer hjemmepleje og delegeret sygepleje til 150-200 borgere. Hjemmeplejen Højby er inddelt i tre geografiske teams. I distriktet er der flere store sommerhusområder, og der leveres hjælp til sommerhusgæsterne i perioder
- Hjemmeplejen har et tæt samarbejde med hjemmesygeplejen, hvor sygeplejerske dagligt er tilstede i frokostpausen
- Den daglige ledelse varetages af teamleder Marianne Winther Sørensen, der er leder af dag- og aftenvagter i distriktet samt leder for nattevagter i hele kommunen
- Der er ansat social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter. Fremmødet i dagvagten er 15 medarbejdere, og heraf er der cirka tre social- og sundhedsassistenter. Fremmødet i aftenvagten er seks medarbejdere, og heraf er der to social- og sundhedsassistenter. Nattevagten i hele kommunen dækkes af tre medarbejdere.

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet to pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - Teamleder Marianne Winther Sørensen
  - Kvalitetskonsulent fra kommunen
- Der blev foretaget interview med fire medarbejdere
  - En social- og sundhedshjælper
  - Tre social- og sundhedsassistenter
- Der blev foretaget observation ved interviews af borgere og pårørende, hvor medarbejdere havde plejeopgaver i hjemmet
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til teamleder Marianne Winther Sørensen, kvalitetskonsulenter og medarbejdere
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Trine Gisselmann, Susanne Jensen og Anne Sophie Laage.

## 2. Vurdering og sammenfatning

---

### Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget en handleplan af den 16.maj 2019, som opfylder styrelsens anmodninger. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

### Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 11. marts 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: *Selvbestemmelse og livskvalitet, Trivsel og relationer, Målgrupper og metoder og Procedurer og dokumentation*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet plejeenheden fremstod velorganiseret. Ledelse og medarbejdere var ved tilsynet åbne og imødekommende og indgik aktivt i dialog med tilsynet. Plejeenhedens organisering med kontaktpersoner og inddeling af medarbejderne i teams medførte kontinuitet i plejen af den enkelte borger. Der var iværksat forbedringstiltag i forhold til udvikling af dokumentationspraksis og implementering FSIII.

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

- At plejeenheden sikrer, at borgernes ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejdere kan fremfinde borgernes ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2)
- At aftaler med pårørende dokumenteres, herunder aftaler om pleje hvor pårørende hjælper borger og skal aflastes og aftaler med værge vedrørende indkøb (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at der er tydelige og systematiske arbejdsgange, faglige metoder og redskaber til opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand (målepunkt 3.3.)
- At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne (målepunkt 3.4)

- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgerens dokumentation (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser bliver beskrevet (målepunkt 5.1)

*Styrelsen anmoder om, at plejeenheden udarbejder og fremsender en handleplan om, hvorledes plejeenheden vil sikre, at der arbejdes systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber (målepunkt 3.3).*

Vedrørende de øvrige uopfyldte målepunkter er det styrelsens vurdering, at plejeenheden vil være i stand til at rette op på de uopfyldte ovenfor ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet. Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter således, at plejeenheden opfylder disse henstillinger.

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

### **1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død**

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at målepunktet om pleje af borgere ved livets afslutning ikke var opfyldt. Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at det var hjemmesygeplejen, der varetog palliativ pleje og drøftede stillingtagen til genoplivning. Ved interview med pårørende til en svækket borger havde hjemmepleje eller hjemmesygepleje ikke haft drøftelser med borger eller pårørende. Der var ikke dokumenteret ønsker til livets afslutning, og medarbejdere kunne ikke fremfinde ønsker til livets afslutning i omsorgsjournalen.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden understøttede borgernes selvbestemmelse og livskvalitet. Medarbejdere og ledelse redegjorde for praksis, der understøttede dette. De interviewede borgere og pårørende gav alle udtryk for, at pleje og omsorg understøttede deres selvbestemmelse. Aftaler og tidspunkter for hjælp blev planlagt i fællesskab mellem borgere og medarbejdere.

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

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at indgåede aftaler mellem borgere, pårørende og personale ikke var dokumenteret. Borgere og pårørende oplevede, at borgeren fik den hjælp, der var behov for, og pårørende blev inddraget efter borgernes ønske. Pårørende og medarbejdere lavede aftaler vedrørende hjælp, kontakt med mere.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden understøttede borgernes trivsel og relationer samt tilknytning til lokalsamfundet.

### **3. Målgrupper og metoder**

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden ikke arbejdede systematisk med tidlig opsporing af ændringer i borgernes funktionsevne eller forebyggelse af funktionsevnetab. Plejeenheden redegjorde for, at medarbejdere havde stort kendskab til borgerne og observerede ændringer, men dette foregik ikke systematisk og var afhængigt af den faste kontaktperson. Der var ved stikprøve ikke dokumenteret ændringer i borgernes funktionsniveau eller indsatser med henblik på at forebygge forringet helbred.

Det er herudover styrelsens vurdering, at borgere med kognitiv funktionsnedsættelse modtog pleje og omsorg, der tog højde for deres særlige behov. Plejeenheden havde et tæt samarbejde med demenskoordinator, hjernekadekonsulent og en specialgruppe med særligt kendskab til borgere med misbrugsproblemer. Der var fokus på læring i organisationen. Medarbejderne havde mulighed for faglig sparring med sygeplejerske dagligt.

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

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at organiseringen understøttede kerneopgaven.

Det er styrelsens vurdering, at ledelsen var bevidst om udviklingsbehov i plejeenheden og arbejdede aktivt med at sikre, at medarbejderne fik kompetencer til en god dokumentationspraksis.

Distriktet dækkede et stort område og var opdelt i flere teams, som dækkede hvert sit område. Et fælles morgenmøde og et fælles frokostmøde med faglig sparring, hvor alle havde mødepligt, blev prioriteret dagligt.

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

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at der i to ud af tre stikprøver ikke var beskrevet hvilken pleje og omsorg, borgeren havde behov for i aften- og nattevagten.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden ikke dokumenterede systematisk og ensartet, hvilket gjorde, at det var vanskeligt at fremfinde observationer og relevant viden om borgerne.

Ledelsen redegjorde for, at alle medarbejdere i april 2019 skulle undervises i FSIII, og at der herefter ville være fokus på god dokumentationspraksis.

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

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden aktivt arbejdede med rehabilitering, både som forløb efter servicelovens § 83 a og som pleje med rehabiliterende sigte. Projekt *Aktivt liv*, hvor borgere blev visiteret til § 83a-forløb, var afsluttet som projekt og overgået til drift. Der blev afholdt ugentlige rehabiliteringsmøder med rehabiliteringssygeplejerske, og der var mulighed for, at borgere kunne tilknyttes et træningsteam. Plejen og omsorgen tog afsæt i borgernes ønske om et aktivt liv.

# 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		Ledelsen oplyste, at der ikke var fast praksis for indhentning af ønsker til livets afslutning. Ledelse og medarbejdere forventede, at

					sygeplejegruppen havde dialog med borgere i terminalt forløb.
	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		Medarbejdere oplyste, at de ikke havde viden om, hvor ønsker til livets afslutning skulle dokumenteres. I en ud af tre stikprøver havde borger været stærkt svækket, med forventet dødsfald. Det fremgik ikke af dokumentation, at medarbejderne havde talt med borger og familie om ønsker til livets afslutning.

## 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 ud-	X			

	gangspunkt i borgernes behov og ønsker for udførelsen af omsorgen og plejen				
	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		I to ud af tre stikprøver fremgik aftaler med pårørende ikke af dokumentationen. For eksempel aftaler med værge vedrørende kontakt ved behov for indkøb med mere og aftaler med ægtefælle. I et andet eksempel var aftaler med ægtefælle om varierende behov for hjælp til at spise ikke dokumenteret.

## 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	X		



	hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer				
E	At borgere med kognitive funktionsevneudsættelser (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		Der blev ikke arbejdet systematisk med opsporing og opfølgning af ændringer i borgernes funktionsevne. Ledelsen kunne ikke redegøre for systematiske procedurer eller arbejdsgange vedrørende opsporing og opfølgning.
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		Medarbejderne kendte ikke systematiske procedurer eller arbejdsgange vedrø-

					rende opsporing og opfølgning.
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen		X		I en ud af tre stikprøver fremgik der ikke beskrivelse af ændringer i borgers fysiske tilstand efter sygdom.

### 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, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet		X		I tre ud af tre stikprøver fremgik ikke beskrivelser af forebyggende indsatser.  Hjemmeplejen leverede indsatser ud fra visiteret ydelser. Hvis visitationen ikke havde bevilget en ydelse, var der ikke mulighed for sundhedsfaglig dokumentation.

# 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 indsats er beskrevet		X		I to ud af tre stikprøver fremgik ikke beskrivelse af social- og

					plejefaglige indsatser for aften- og nattevagten.
	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 plejeheden 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	Ingen borgere udtaget til stikprøve havde afsluttet rehabiliteringsforløb.
	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 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			
	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 var til stede ved det aktuelle tilsyn i forbindelse med de gennemførte 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.