



# Ældretilsynet Tilsynsrapport Søster Sophies Minde

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Søster Sophies Minde  
Søndre Fasanvej 2A

2000 Frederiksberg

CVR- eller P-nummer: 1003149374

Dato for tilsynet: 02-05-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 5-9514-196/1

# 1. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Plejeenheden Søster Sofies Minde er en selvejende institution under Den danske Diakonissestiftelse med driftsoverenskomst med Frederiksberg Kommune
- Der er i alt 34 plejehjemspladser, to private aflastningspladser. Herudover er der 40 lejligheder fordelt på tre etager, og der arbejdes for at udbygge med flere boliger som ikke er del af plejeenheden
- Der er ingen bestemte målgrupper, men en del har demens problematikker
- I området findes både plejeboliger, ældreboliger og en privat del, foruden hospice, kirke, uddannelsesdel samt en hjemmehjælpsdel
- Den daglige ledelse varetages af forstander Hanne Munkholm som er chef for både plejehjemmet og hjemmeplejen, men drift enhederne er to adskilte områder med eget budget og forskellige kontrakter
- Til plejeenheden er der en stor grøn gårdhave, og det ligger ud til Søndre Fasanvej, som grænser op til Diakonissens hovedbygning
- Plejeenheden får leveret mad, som dagligt tilberedes til borgere i plejeenheden, og der arbejdes aktivt med værtsskab ved måltiderne
- Der er cirka 30 medarbejdere beskæftiget i plejeenheden, heraf størstedelen i plejen. Der er ansat pædagogiske, sundhedsfaglige og sygeplejefaglige medarbejdere
- Der er tilknyttet plejehjems-læge.

## Om tilsynet

- Der blev interviewet to beboere, foruden en betydelig dialog mellem beboerne og de tilsynsførende ved frokosten
- Der blev foretaget interview med ledelsen og afdelingsledere
- Der blev foretaget interview med fire medarbejdere
  - Medarbejderne udgjorde en social- og sundhedshjælper, en social- og sundhedsassistent, en aktivitetsmedarbejder og en sygeplejerske
- Der blev gennemgået tre borgerjournaler sammen med medarbejdere
- Observationsdelen bestod af deltagelse i pædagogisk frokostsituation. Ved frokosten blev der talt med borgerne og tonen og adfærden på plejeenheden blev vurderet
- Afsluttende opsamling blev givet til souschef Mette Prip samt teamledere og medarbejdere som også deltog i tilsynet. Plejeenheden ledes af forstander Hanne Munkholm, som ikke kunne deltage i tilsynet
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulent Susie Poulsen, jurist og sektionsleder Suzanne Lund Hansen og oversygeplejerske Charlotte Kern.

## 2. Vurdering og sammenfatning

---

### Konklusion efter partshøring

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

Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

### Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 2. maj 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 *Målgrupper og metoder* og *Procedure og dokumentation* samt *Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden manglede en fastlagt praksis for dokumentationen i relevant omfang. Dokumentationen manglede desuden beskrivelser af ændringer i borgerens fysiske og /eller psykiske funktionsevne og helbredsstilstand og opfølgning herpå samt, ligesom der manglede afdækning af borgerens mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.

Styrelsen har lagt vægt på, at ledelse og personale fremstod imødekommende og kompetente. Endvidere fik tilsynet indtryk af, at der var en kultur, der gjorde det muligt kontinuerligt at udvikle fagligheden gennem fælles sparring mellem faglighederne.

Det generelle indtryk var, at plejeenheden havde få mangler, som vurderes let at kunne udbedres i forbindelse med råd og vejledningen givet ved tilsynet. Både ledelse og personale kom allerede ved tilsynet, gennem fælles refleksion med forslag til, hvordan de kunne forestille sig at imødekomme de uopfyldte målepunkter.

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

- 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, at der fastlægges en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at eksterne vikarer og timelønnet personale orienterer sig i journalen, så de er i stand til at udføre og dokumentere den planlagte hjælp, pleje og omsorg til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og misbrug (målepunkt 5.1.)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb bliver dokumenteret (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte er beskrevet (målepunkt 6.1).

Det er styrelsens vurdering, at manglerne for målepunkterne kan udbedres, og at plejeenheden vil være i stand til at rette op på de anførte problemer ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet. Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter således, at plejeenheden opfylder ovenstående henstillinger.

Nedenstående er en tematisk gennemgang 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 det ved interview med borgere, medarbejdere og ledelse var tydeligt, at der blev arbejdet med at bevare og fremme de enkelte borgeres livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet.

Det er styrelsens vurdering i forhold til målepunkterne om pleje af borgere ved livets afslutning, at der i plejeenheden var procedurer og arbejdsgange i forbindelse med en værdig død. Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at opretholdelse af kompetencer til varetagelse af pleje og omsorg ved livets afslutning foregik i et tæt samarbejde med Diakonissestiftelsens hospice.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden tog individuelle hensyn og imødekom borgernes individuelle ønsker. Borgerne fortalte, at de oplevede at have indflydelse på hverdagen i plejeenheden. Den individuelle tilgang fremgik også i samtalen med medarbejderne.

### **2. Trivsel og relationer**

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne ved interviewet fortalte, at de kunne få hjælp til at leve det liv, de selv ønskede.

Borgerne oplevede, at der var en god tone og adfærd på stedet, og at den enkeltes ønsker og behov blev respekteret. Der blev afholdt indflytnings samtaler med borgere og pårørende. Der var tæt dialog med pårørende, hvilket blev understøttet af samtaler ved behov.

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 der var to målepunkter under dette tema, der ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at tilsynet ved gennemgang af dokumentationen fandt, at der manglede beskrivelser af ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredsstilstand samt opfølgning herpå.

Ved tilsynet blev der observeret sammenhæng mellem ledelse, medarbejdere og observation, hvor dagen var tilrettelagt ud fra at borgernes ressourcer og begrænsninger.

Der blev anvendt Tom Kitwoods teori om personcentreret omsorg, og medarbejderne og ledelsen kunne tydeligt redegøre for teorierne, og hvorledes de blev anvendt i plejeenheden. Personalet og ledelsen kunne forklare de pædagogiske metoder og arbejdsgange i forbindelse med forebyggelse af magtanvendelse, og dette fremkom både ved interview med ledelse og medarbejdere.

Der blev arbejdet systematisk med triagering, tidlig opsporing og tavlemøder, og der var fokus på ændringer i borgernes funktionsevne, om end det ikke blev dokumenteret i journalen.

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

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenhedens kerneopgave, vision og mission var godt beskrevet, og både personalet og ledelse kunne ved interview redegøre for, hvorledes dette blev anvendt i hverdagen.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, og at plejeenheden hovedsageligt benyttede eget afløserkorps. Der var kontaktpersonsordning, hvilket skabte kontinuitet i plejen.

Ved samtale med borgere og medarbejdere fremgik det, at de pårørende var tilfredse med plejeenheden, og der var en høj faglighed med mange faglige kompetencer.

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

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt under dette tema, der ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved journalgennemgang fremgik, at der manglede afdækning af borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje, og at afledte social- og plejefaglige indsatser ikke var beskrevet.

Det blev oplyst ved tilsynet, at plejeenheden var opmærksom på, at der manglede ensartet struktur i dokumentationen og journalføringen. Derfor var plejeenheden løbende i dialog med de ansatte og med kommunen om den elektroniske journal. Plejeenheden var endvidere i gang med ændringer i journalens opsætning, samt etablering af ensartede arbejdsgange, for at sikre en fælles dokumentationspraksis.

Ledelsen og medarbejderne kunne mundtligt beskrive gode og sikre arbejdsgange for deres fremtidige praksis i udvikling, og ville endvidere sikre en ny praksis til vikarer og deres adgang til journalen.

Medarbejderne kendte borgerne godt og kunne mundtligt redegøre for borgernes behov, og hvilken pleje borgerne fik. Der var en særlig opmærksomhed på vikarer, og plejeenheden var opmærksom på at løse denne udfordring

Ved interview med ledelsen og medarbejdere fremgik det, at der ikke var en fast praksis for dokumentation, og en praksis derfor ikke blev anvendt af medarbejderne.

## **6. Aktiviteter og rehabilitering**

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt under dette tema, der ikke var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at det ved tilsynet ikke kunne findes dokumenteret i journalen, hvilke fastlagte mål der var opstillet for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.

Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik, at der var daglige aktiviteter, og at borgerne havde medindflydelse på udvalget af aktiviteter.

De interviewede borgere udtrykte tilfredshed med aktiviteterne, både i hverdagene og i weekenderne.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede med rehabilitering og træning til borgere, så disse fik mulighed for at forbedre funktionsevnen, samt at plejeenheden inddrog borgeren til at deltage i meningsfulde aktiviteter.

Der var et tilfredsstillende samarbejde med kommunens konsulenter, plejehjemslæge og fysioterapeuter fra privat firma.

# 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		Under journal gennemgang fremgik det, at der manglede beskrivelser af den pleje, omsorg og hjælp som borgerne modtog. Personalet kunne mundtligt redegøre for det, men det var ikke systematisk dokumenteret.
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	X			

	indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås				
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		Ved tilsynet kunne dokumentationen med meget besvær fremfindes, men var ikke dokumenteret under de relevante punkter, men personalet kunne mundtligt redegøre herfor.

### 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 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			

## 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		X		Ved samtale med ledelse samt medarbejdere fremgik det, at der manglende en dokumentations-praksis. Plejeenheden benytter Frederiksberg Kommunes overordnede retningslinjer.
	X			
B		X		Ved samtale med ledelse samt medarbejdere fremgik det, at medarbejderne og vikarer ikke havde eller anvendte en dokumentationspraksis. Under tilsynet fremgik det, at vikarer ikke havde en personlig kode til dokumentationssystemet
C	X			
	X			
		X		Ved tilsynet kunne dokumentationen ikke fremfindes i journalerne, men personalet kunne mundtligt redegøre herfor.
	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		Det kunne ved tilsynet ikke fremfindes i journalerne, men personalet kunne mundtligt redegøre herfor.

## 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 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 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.