



Ældretilsynet Tilsynsrapport Oasen

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

**Oasen
Lunden 17
4130 Viby Sjælland**

CVR- eller P-nummer: 1009945802

Dato for tilsynet: 01-10-2019

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9514-275/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Plejehjemmet Oasen har 24 boliger, hvoraf to boliger er akutpladser
- Plejeenheden er delt op i tre afdelinger: Rød, grøn og blå
- Alle afdelinger er målrettet borgere med nedsat kognitiv funktionsnedsættelse
- Den daglige ledelse varetages af plejhjemsleder Vinni Rasmussen
- Der er ansat cirka 35 medarbejdere
- Det daglige fremmøde består af 6 medarbejdere i dagvagt, 4 i aftenvagt og 2 medarbejdere i nattevagt. Bemandingen er den samme i weekenden
- På Oasen er der ansat sygeplejersker, social-og sundhedsassistenter og sygehjælpere
- Herudover er der ansat en afspændingspædagog, en ergoterapeut - der er ansat som aktivitetsmedarbejder - samt rengøringspersonale
- Plejeenheden har en aktiv gruppe af frivillige, der arrangerer mange aktiviteter på plejeenheden
- Plejeenheden arbejder ud fra Marte Meo principperne. Der er samarbejde med kommunes diætister, gerontopsykiatrisk team, demenskonsulenter samt Marte Meo konsulenter i kommunen
- Der er en fast tilknyttet læge til plejeenheden

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev foretaget interview med ledelse
 - Vinni Rasmussen, plejhjemsleder
 - Sundhedsfaglig konsulent i Roskilde Kommune
- Der blev foretaget interview med tre medarbejdere
 - En sygehjælper
 - To social- og sundhedsassistenter
- Der blev foretaget observation ved at deltage i frokost på tre afdelinger
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til plejhjemsleder Vinni samt sundhedsfaglig konsulent
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Trine Gisselmann og Anne Sophie Laage

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger i partshøringsperioden. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget 01-10-2019 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 *Procedurer og dokumentation*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at respekten for borgernes selvbestemmelse, den udførte pleje, faglige metoder og arbejdsgange, samt den rehabiliterende tilgang i plejeenheden var af god kvalitet, dog var der mangler i dokumentationen, idet ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredtstilstand samt opfølgning herpå ikke var dokumenteret. Ligeledes fremgik borgerens mål for personlig og praktisk hjælp ikke af omsorgsjournalen.

Styrelsen har således vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet og har lagt vægt på, at ledelse og personale på plejeenheden var åbne, reflekterende og opmærksomme på de målepunkter, som ikke var opfyldt ved tilsynet.

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

- At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredtstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens mål for personlig og praktisk hjælp er dokumenteret (målepunkt 5.1)

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der ved journalgennemgang var udførlige beskrivelser af borgernes vaner og ønsker.

Borgerne gav, ved samtale, udtryk for at opleve selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv. Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at der blev afholdt indflytningssamtaler med udgangspunkt i at indsamle borgerens livshistorie. Plejeenheden afholdt desuden bruger/pårørendemøder fire gange om året. Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden i plejen af borgerne tog individuelle hensyn og imødekom borgerens individuelle ønsker.

Ved samtale med medarbejdere og ledelse fremgik det, at plejeenheden arbejdede fokuseret med en værdig død, blandt andet gennem et tæt samarbejde med plejehjemslægen, kommunens palliationsteam samt vågetjenesten. Borgernes ønsker til livets afslutning var dokumenteret, og medarbejderne havde viden om emnet. Der blev ved samtale med borgerne ikke spurgt ind til, hvorvidt de oplevede tryk ved at tale med medarbejderne om ønsker til livets afslutning, da borgerne grundet kognitiv funktionsnedsættelse ikke var i stand til at indgå i dialog herom. Det er derfor noteret som ikke aktuelt under afsnit 1.2.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne ved interview fortalte, at de oplevede at få den hjælp, de ønskede.

Plejeenheden havde "beboerdemokrati", som indebar, at medarbejderne eksempelvis involverede borgerne i ønsker omkring madplanen til frokost. Hver fredag arrangerede plejeenheden brunch for både borgere, pårørende samt medarbejdere. Der var samarbejde med frivillige omkring forskellige aktiviteter, og plejeenheden havde adgang til bus til udflugter. Pårørende gav ved interview udtryk for, at de oplevede, at der var en god tone og adfærd på plejeenheden, hvilket også fremgik ved tilsynets observationer.

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 et målepunkt under dette tema, som ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der i en ud af tre stikprøver, var ændringer i borgerens psykiske tilstand samt opfølgning herpå, som ikke var dokumenteret. Medarbejderne kunne redegøre for dette, men det var ikke beskrevet i dokumentationen.

Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at plejeenheden arbejdede systematisk med faglige arbejdsmetoder og arbejdsgange. Blandt andet blev der arbejdet med Marte Meo metoden, daglig triagering i forhold til funktionsevne og tidlig opsporing. Der blev udarbejdet socialpædagogiske handleplaner, og plejeenheden havde uddannet en medarbejder inden for Marte Meo metoden. Kommunens demenskonsulenter blev brugt til sparring og vejledning i forhold til borgere med demens. Ernærings- og tryksårsscreening blev lavet efter behov.

Plejeenheden arbejdede systematisk med, at der dagligt via triageringsmøder samt anvendelse af digital triagering med "*Roskilde hjulet*", blev observeret og fulgt op på tegn på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand. Plejeenheden havde kontaktpersonordning, hvilket sikrede kontinuitet i plejen af borgerne og

var en metode til forebyggelse af magtanvendelse. Plejeenheden anvendte desuden udsmykning ved udgangsdørene, hvilket betød, at mange borgere stoppede op, inden de forlod plejeenheden. Personalet kunne hermed nå at observere borgere ved udgangsdørene, og eventuelt følge med dem ud. GPS blev anvendt ved behov.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden benyttede relevante faglige metoder og arbejdsgange for at sikre den fornødne kvalitet af hjælp, omsorg og pleje i plejeenheden.

Da borgerne grundet kognitiv funktionsnedsættelse ikke var i stand til at indgå i dialog med tilsynet om, hvorvidt de oplevede at hjælp, omsorg og pleje var rettet mod forebyggelse, er dette noteret som ikke aktuelt under afsnit 3.4.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at det i interview med ledelsen fremgik, at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver.

Plejeenheden havde eget afløserkorps, og plejeenheden brugte ikke eksterne vikarer. Alle nye medarbejdere gennemgik et fast introprogram, og alle afløsere var blevet undervist i Marte Meo metoden.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens organisering understøttede plejeenhedens kerneopgaver, og at der var tydelighed omkring medarbejdernes ansvars- og kompetenceforhold samt en tydelig ledelse. Personalet blev i videst muligt omfang inddraget i den daglige arbejdstilrettelæggelse.

Der var overlap imellem de forskellige vagter, og medarbejderne arbejdede ved behov på tværs af huset for at sikre kontinuiteten i plejen af borgeren.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt under dette tema som ikke var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at i tre ud af tre stikprøver, var borgernes mål for personlig og praktisk hjælp ikke dokumenteret. Ved journalgennemgang fremgik det, at der var klare og udførlige beskrivelser af borgernes ressourcer og begrænsninger, samt borgernes behov for hjælp.

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

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik, at plejeenheden arbejdede tværfagligt, og at der var mulighed for, at borgerne kunne deltage i aktiviteter. Der blev arrangeret fællesarrangementer både i plejeenheden og ud af huset.

Der var et godt samarbejde med kommunens fysioterapeuter, og medarbejderne havde fokus på hverdagsrehabilitering og inddragelse af borgerne. Der blev afholdt tværfaglige møder ugentligt med fokus på SMART mål.

Plejeenheden havde en aktivitetsmedarbejder, der i tæt samarbejde med frivillige, udviklede og arrangerede forskellige aktiviteter. Aktiviteterne var både på gruppe- og individniveau.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede med hverdagsrehabilitering og træning af borgere, så disse fik mulighed for at vedligeholde og forbedre funktionsevnen, samt at medarbejderne understøttede borgerne i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter.

Der var på plejeenheden ikke borgere visiteret til tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb jævnfør § 83a, hvorfor det er noteret som ikke aktuelt i afsnit 6.1. Ved tilsynet blev der ikke foretaget stikprøver angående borgere i genoptræningsforløb jævnfør § 86, heriblandt om ændringer i forhold til borgerens forløb var dokumenteret, hvorfor dette ligeledes er noteret som ikke aktuelt under afsnit 6.3.

3. Fund ved tilsynet

Tema 1: Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv	X			
B	At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgeres livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	X			
C	At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt	X			
D	At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker	X			
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden	X			

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning			X	
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet	X			

	B2. At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning	X			
C	C1. At relevante medarbejdere kan redegøre for udførelse af pleje af borgere ved livets afslutning	X			
	C2. At medarbejdere kan redegøre for, hvordan de fremfinder borgernes ønsker til livets afslutning	X			

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker	X			
	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at plejeenheden understøtter borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende, samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det	X			
C	C1. At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i borgernes behov og ønsker for udførelsen af omsorgen og plejen	X			
	C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres eventuelle pårørende og det omgivende samfund	X			
D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret	X			

Tema 3: Målgrupper og metoder

3.1 Borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug og eventuelt pårørende oplever, at den hjælp, omsorg og pleje, borgeren modtager, tager højde for borgerens særlige behov	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov	X			
C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	X			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer	X			
E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur at borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger.	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 en ud af tre stikprøver var ændringer i borgerens psykiske helbredstilstand samt opfølgning her på ikke dokumenteret.

3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje til borgeren er rettet mod forebyggelse af uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne			X	
B	At ledelsen kan gøre rede for plejeenhedens arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet	X			

Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver	X			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere	X			
	A.3 At ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer	X			
B	At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen	X			

Tema 5: Procedurer og dokumentation

5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne	X			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats	X			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation	X			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger	X			
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet	X			

C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret		X		I tre ud af tre stikprøver var borgerens mål for personlig og praktisk hjælp ikke dokumenteret.
C.4 At afvigelse 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 (§83a)			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 (§83)	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 (§83a)			X	
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	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 (§§83a og 83)	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 (§83a)			X	
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet (§83a)			X	
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne (§83a)			X	
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	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			
C	At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg	X			
D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb			X	
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret			X	

6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for dem	X			
	A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgere tilknyttet plejeenheden og eventuelt pårørende bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger	X			
C	C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter	X			
	C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter	X			

4. Begrundelse for tilsynet

I satspuljeaftalen for 2018-2021 blev der indgået en aftale om, at Styrelsen for Patientsikkerhed pr. 1. juli 2018 skal føre et risikobaseret tilsyn med den social- og plejefaglige indsats på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder efter servicelovens §§ 83-87 i en forsøgsperiode på fire år¹.

Formålet med tilsynet er at styrke det social- og plejefaglige tilsyn på ældreområdet samt vurdere om den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, den enkelte plejeenhed yder, har den fornødne kvalitet. Formålet er også at bidrage til læring i forhold til den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, der ydes i de enkelte plejeenheder.

I bekendtgørelsen² er der fastlagt følgende seks temaer, som tilsynet skal omfatte i forhold til at afdække den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død
- Trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedurer og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

På baggrund af de seks temaer, er der udarbejdet 12 målepunkter, som repræsenterer vigtige risikotemaer i forhold til at vurdere den fornødne kvalitet.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er plejeenheden, der er genstand for tilsynet. Eventuelle fejl og mangler bliver anskuet ud fra et organisatorisk synspunkt.

Uddybning af målepunkter samt referencer ligger på styrelsens hjemmeside på dette link:

<https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/social-og-plejefagligt-tilsyn-paa-aeldreomraadet/>

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

² Bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med ældreplejen

5. Vurdering af plejeenheden

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

- Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet vurdering af den fornødne kvalitet med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter. Styrelsens vurdering er baseret på de forhold, der var til stede ved det aktuelle tilsyn herunder eksempelvis i forbindelse med de gennemførte interviews med borgere, pårørende, medarbejdere og ledelse samt de foretagne stikprøver af borgeres omsorgsjournaler.

Styrelsen for Patientsikkerhed har forskellige sanktionsmuligheder afhængigt af kategoriseringen for den enkelte plejeenhed.

Hvis der konstateres mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, har styrelsen mulighed for at reagere ved at give en henstilling til plejeenheden om eksempelvis at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan plejeenheden vil følge op på uopfyldte målepunkter. Hvis der konstateres større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, får plejeenheden et påbud om at opfylde et eller flere krav. Hvis der konstateres kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet, gives der påbud om, at plejeenheden helt eller delvist skal indstille virksomheden.

Hvis styrelsen bliver opmærksom på mangler efter sundhedsloven eller anden lovgivning, kan styrelsen give informationen videre til de relevante tilsynsmyndigheder.