



# Tilsynsrapport

## Plejecenter Solbakken

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

Plejecenter Solbakken  
Ole Hansens Vej 10

4100 Ringsted

CVR- eller P-nummer: 1004354521

Dato for tilsynet: 22-01-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 5-9514-91/1

# 1. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Plejecenter Solbakken består af i alt otte huse fordelt på to afdelinger med i alt 65 beboere. Den ene afdeling består af fem huse mens den anden består af tre huse, med i alt 23 boliger
- Husene har hver mellem seks til otte boliger. Den mindre afdeling er målrettet borgere med demens
- I den anden afdeling har en stor andel af borgerne kognitiv funktionsnedsættelse.
- John Andersen Lagoni er tiltrådt som ny centerleder d. 1. november 2018. Derud over ledes plejecentret af en souschef samt en teamleder for demens afdelingen
- Plejeenheden har ansat fem sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social-og sundhedshjælpere. Desuden er der ansat husassistenter i hvert hus til måltiderne, rengøring og sociale aktiviteter. Der er ligeledes ansat fire aktivitetsmedarbejdere
- Plejeenheden benytter hovedsageligt egne vikarer og sjældent eksterne vikarer
- På plejeenheden er der et daghjem, målrettet ældre borgere med demens fra Ringsted kommune. Der kommer dagligt 10-11 borgere og der er tre ansatte.

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borger og en pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelse
  - Plejecenterleder John Andersen Lagoni
  - En teamleder
  - En kvalitets- og udviklingskonsulent
- Der blev foretaget interview med fem medarbejdere:
  - fire social og sundhedsassistenter
  - en sygeplejerske
  - fire øvrige medarbejdere
- Der blev foretaget observation under frokosten i to huse
- Afsluttende opsamling blev givet til plejecenterleder John Andersen Lagoni, en teamleder, en kvalitets- og udviklingskonsulent samt medarbejdere.
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulent Susanne Jensen og oversygeplejerske Lone Teglbjærg.

## 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 22. januar 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* samt *Procedurer og dokumentation*, som ikke var opfyldt

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet ledelse og personale på plejeenheden var åbne og reflekterende og havde opmærksomhed på flere af de målepunkter, som ikke var opfyldt ved tilsynet. Det er ligeledes styrelsens vurdering, at plejeenheden vil være i stand til at rette op på de uopfyldte målepunkter ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet.

### Henstillinger

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

- At plejeenheden sikrer, at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom, og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer (målepunkt 3.1)
- 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, herunder at sikre adgang til journaler for vikarer (målepunkt 5.1)

- At plejeenheden sikrer, at borgerens aktuelle ressourcer og udfordringer bliver beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger (målepunkt 5.1)

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

## Sammenfatning af fund

På baggrund af observationer, interview og journalgennemgang skal følgende fremhæves:

### 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 høj grad af selvbestemmelse, hvor hjælp blev ydet individuelt. Der forelå beskrivelser af borgerens vaner og ønsker og, selvbestemmelse og værdighed blev understøttet af den tone, adfærd og kultur som fandtes i plejeenheden. Plejeenheden tog på hjemmebesøg inden indflytning, afholdte indflytningssamtaler samt opfølgende samtaler.

Det er styrelsens vurdering i forhold til målepunkterne om pleje af borgere ved livets afslutning, at der i plejeenheden var gode procedurer og arbejdsgange i forbindelse med en værdig død, samt at både borgere og pårørende oplevede tryk ved at tale med medarbejderne om ønsker ved livets afslutning.

Plejecenter Solbakken har ikke på nuværende tidspunkt et bruger /pårørenderåd, der kan være med til at understøtte borgerens selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv. Ledelsen oplyste, at et sådant tænkes etableret inden for snarlig fremtid.

### 2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at pårørende gav udtryk for at blive inddraget, og borgerne oplevede at få den hjælp, de ønsker. Ledelse og medarbejdere kunne redegøre for, hvordan plejeenheden så vidt muligt understøttede og inddrog borgerne i forhold til relationer og trivsel i dagligdagen.

Det er styrelsens vurdering, at medarbejderne i praksis bidrager til at understøtte relationer mellem beboerne i de enkelte huse. Dette sås også ved deltagelse i frokosten.

### 3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at beskrivelsen af hjælp, omsorg og pleje hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser, herunder demens, ikke var fyldestgørende beskrevet. Der er desuden lagt vægt på, at dokumentationen vedrørende borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå ikke fremgik af dokumentationen. Dette vanskeliggjorde en koordineret tværfaglig indsats, idet borgerne var afhængige af, at medarbejdere havde viden om ændringer og fulgte op på disse.

Derudover er der lagt vægt på, at der i plejeenheden blev anvendt relevante metoder til forebyggelse af magtanvendelser. Alle medarbejdere havde modtaget undervisning i den personcentret omsorg og anvender systematisk validering af borgerens adfærd og socialpædagogiske handleplaner.

Der var fokus på ændringer i borgernes funktionsevne, og der blev afholdt ugentlige triage møder med særligt fokus på ernæring, fald og vitale parametre.

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

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

Ledelsen arbejder frem mod ny organisering af plejeenheden, hvor sammenhængen mellem afdelingerne skal styrkes.

Der er fokus på kompetenceudvikling blandt andet igennem fælles undervisning internt i kommunen, hvor alle enheder på ældreområdet i 2018 har arbejdet med rehabilitering.

Der var fast kontaktpersonsordning for alle borgerne, god mulighed for faglig sparring samt fælles kompetenceudvikling for alle medarbejdere.

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

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at der ikke var en fastlagt praksis for den social- og sundhedsfaglige dokumentation, og at der ikke forelå en fyldestgørende beskrivelse af borgerens aktuelle ressourcer og udfordringer. Desuden havde eksterne vikarer ikke adgang til den elektronisk patientjournal.

Plejeenheden havde implementeret ny omsorgs journal og Fælles Sprog III i efterår 2018. Det er styrelsens vurdering, at der manglede fælles retningslinjer for dokumentation efter implementeringen. Herunder retningslinjer for, hvilke aktører der skal udfylde hvad, og hvem der kan foretage ændringer i relation til borgerens tilstand og funktionsniveau. Styrelsen vurderer, at der ved manglende retningslinjer ikke sker den nødvendige dokumentation med henblik på en forsvarlig og sammenhængende social- og plejefaglig indsats til borgerne, således at observationer og ændringer i relation til borgerens aktuelle situation kan håndteres. Ledelse og medarbejdere beskrev arbejdsgange, hvor vikarer mundtlig blev introduceret til hvilken hjælp borgerne skulle have, og der altid var fast personale tilstede, der kunne dokumentere mm.

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

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at det ved interview med ledelse, medarbejdere, borgere og pårørende fremgik, at der var tilstrækkelig mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter på plejeenheden. Der var både tilbud om aktivitet med andre borgere og individuelle aktiviteter.

Plejeenheden benyttede klippekortsordningen. Det var både plejepersonalet og aktivitetsmedarbejderne, der deltog i leveringen af klippekortsordningen. Plejeenheden havde frivillige tilknyttet, som blandt andet afholdte onsdags- og lørdags caféer, ordnede have og drev en kiosk på plejeenheden.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede godt med rehabilitering, idet alle borgere havde en rehabiliteringsplan med fastsættelse af individuelle mål, og da at der blev afholdt tværfaglige rehabiliteringsmøder en gang ugentlig.

# 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 borgere 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		I en ud af tre stikprøver var dokumentationen ikke fyldestgørende. Eksempelvis manglede beskrivelse af en borgers demens sygdom herunder symptomer samt en faglig begrundelse for væskerestriktion.
E	At borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger, og at det afspejles i tone, adfærd og kultur.	X			

### 3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås.	X			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse.	X			
C	At der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange der hos den konkrete borger kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse.	X			

### 3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand.	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.	X			
C	At medarbejderne kender og arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.	X			
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen.		X		I to ud af tre stikprøver manglede opfølgning. Eksempelvis var der ikke fulgt op på en borger med opkast, en borger med pneumoni samt en episode med røg og ild på grund af rygning. Personalet redegjorte mundtligt for relevant opfølgning og tiltag.

### 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 af 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			
		X			

	A.3 At ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer.				
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		Der forelå ikke fælles retningslinjer for dokumentation efter implementering af Fælles Sprog III. Eksterne vikarer havde ikke adgang til den elektroniske patientjournal.
	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		Borgernes ressourcer og udfordringer var beskrevet af visitationen og var ikke opdateret svarende til borgernes aktuelle niveau.
	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			
	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			
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  D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret.			X  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  A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter.	X  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 borgernes 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.