



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# Ældretilsynet Tilsynsrapport DAGMARSMINDE ApS

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

**DAGMARSMINDE ApS**  
Aggebovej 42  
3230 Græsted

CVR- eller P-nummer: 1021073918

Dato for tilsynet: 3. marts 2020

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst

Sagsnr.: 35-2511-123

# 1. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Dagmarsminde er et friplejehjem for borgere med svær demens, beliggende i Gribskov Kommune
- Plejeenheden har ni boliger, hvoraf to boliger er ægtepar boliger
- Beboerne blev visiteret fra hjemkommunen og kom fra hele landet
- Den daglige ledelse varetages af Maj Bjerre Eiby som er uddannet cand.cur og sygeplejerske og en souschef
- På plejeenheden er ansat sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, pædagoger og ufaglærte. Der er tilkald til sygeplejerske i alle vagter, hvor der ikke er en sygeplejerske på arbejde. Der bliver ved sygdom og ferie benyttet interne vikarer, der kendte beboerne godt
- Der er et godt samarbejde med et lægehus i Gribskov Kommune, hvorfra lægerne kom regelmæssigt i plejeenheden.

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet to borgere
- Der blev interviewet to pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen og medarbejdere
  - Maj Bjerre Eiby, leder og sygeplejerske
  - souschef
  - sygeplejerske
  - ufaglært
- Der blev foretaget observation ved deltagelse i frokost og ved ophold i køkkenalrummet/stuen
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til ledelsen
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulent Susie Poulsen og oversygeplejerske Helle Lerche Nordlund.

## 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 03-03-2020 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at det ved tilsynet blev vurderet, at alle målepunkter var opfyldte.

Styrelsen har vurderet, at der ingen problemer er af betydning for den fornødne kvalitet, idet plejeenheden understøttede borgernes selvbestemmelse og livskvalitet. Der blev arbejdet tværfagligt og systematisk med forebyggelse, der var faglige arbejdsgange, og der blev anvendt faglige relevante metoder til borgere med særlige behov. Desuden blev selvbestemmelse og værdighed understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden.

Borgerne tilkendegav at have selvbestemmelse i hverdagen, og ved livets afslutning, at de havde gode muligheder for deltagelse i det omgivende samfund, samt deltagelse i aktiviteter og træning. De pårørende tilkendegav, at der var et godt samarbejde med personalet, og at de oplevede at blive hørt og inddraget i forhold til dagligdagen på plejeenheden.

Plejeenheden havde et tæt tværfagligt samarbejde, samt arbejdsgange og metoder, der sikrede en rehabiliterende tilgang i plejen af borgerne. Organiseringen med den tværfaglige sammensatte medarbejdergruppe samt den fastlagte praksis for dokumentationen, understøttede plejeenhedens kerneopgaver.

Der var fokus på at forebyggelse af forringet helbred og funktionsevne hos borgerne. Desuden var der fokus på ændringer i borgernes situation, og den fornødne opfølgning ved ændringer.

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 opfyldte.

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne tilkendegav, at de selv kunne bestemme over hverdagen. Borgernes vaner og ønsker til hverdagen, samt til livets afslutning, blev drøftet på et møde ved indflytning eller ved forværring af borgers tilstand.

Der var beboer/pårørende råd med stor tilslutning fra både borgere og pårørende. De pårørende følte sig inddraget i plejen og behandlingen, og der var godt pårørendesamarbejde. Der var en god og værdig tone og kultur i plejeenheden.

Plejen af borgerne ved livets afslutning tog udgangspunkt i lindring, tryghed og nærhed udført af plejeenhedens faste sygeplejersker i tæt samarbejde med de øvrige medarbejdere og med de pårørende og egen læge. Når der var en borgere som var gået bort, blev der afholdt en lille mindestund for borgeren (hvis de ønskede dette), hvor de øvrige beboere og personalet i plejeenheden blev samlet og mindedes den afdøde.

I vurderingen er der yderligere lagt vægt på, at der ved journalgennemgang var grundige og 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, hvor borgerens livshistorie, samt relevante oplysninger om borgeren, var emner der blev talt om.

Det er således styrelsens vurdering, at selvbestemmelse, livskvalitet og en værdig død blev sikret i plejeenheden.

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

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette team var opfyldte.

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne kunne deltage i mange forskellige aktiviteter.

De fysiske rammer indeholdt en spaafdeling med varmtvandsbassin i kælderen og en have med gode muligheder for gåture og pasning af plejeenhedens dyr. Der var gode rammer både i huset og i haven for at samvær i større og mindre grupper. I forlængelse af køkkenalrummet var hvilstole placeret ved vinduerne ud til haven til de beboere, som havde brug for nærvær i "hvilestunden".

De pårørende tilkendegav, at der var et godt samarbejde med personalet med relevant inddragelse af de pårørende.

I vurderingen er der yderligere lagt vægt på, at borgerne ved interview fortalte, at de oplevede at få den hjælp, de selv ønskede. Borgerne gav udtryk for, at de oplevede, at der var en god tone og kultur i plejeenheden, og at den enkeltes ønsker og behov blev respekteret. Dette fremgik også ved tilsynets observationer.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden sikrede borgernes trivsel og tilknytning til deres relationer.

### **3. Målgrupper og metoder**

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema er opfyldte.

I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden havde et tæt tværfagligt samarbejde i forhold til at imødegå særlige behov hos borgerne, samt forebygge magtanvendelse. Disse behov, og afledte handleplaner, blev løbende drøftet.

Der blev arbejdet systematisk med tidlig opsporing for at forebygge inkontinens, dårlig ernæring, dehydrering, tryk, fald og dårlig mundhygiejne. Desuden blev der arbejdet systematisk med tværfaglig triagering, for at kunne sikre opfølgning ved ændringer i borgernes behov/situation. Der blev ligeledes arbejdet systematisk med nærvær og fordybelse og i tæt samarbejde med den praktiserende læge blev beboernes behov for medicin vurderet og medicinen seponeret, hvor det var relevant.

Styrelsen har lagt vægt på, at plejeenheden havde arbejdsgange, der sikrede, at der blev anvendt relevante faglige metoder i forhold til borgere med kognitive funktionsevnedssættelser, som demens, psykisk sygdom og/eller misbrug, herunder også en systematisk praksis, der understøttede arbejdet med at forebygge magtanvendelse i hjælp, pleje og omsorg til den enkelte borger.

De interviewede borgere og pårørende gav udtryk for at opleve, at der blev taget højde for borgerens individuelle behov og iværksat relevante tiltag, når det var relevant.

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

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der var en udpræget kultur for kollegial sparring, og fælles ansvar for opgaverne, samt ejerskab til plejeenheden. Plejeenheden havde kontaktpersonordning for at skabe sammenhæng i borgernes hverdag, og for at sikre kvaliteten anvendte man så vidt muligt faste afløsere. Alle medarbejdere havde adgang til at orientere sig og dokumentere i borgerens journal

Der var gode muligheder for kompetenceudvikling på stedet. Ved samtale med ledelse og medarbejdere fremgik det, at der var et højt fagligt niveau med gode refleksioner.

Det er styrelsens vurdering, at organiseringen understøttede plejeenhedens kerneopgaver, hvilket blev understøttet af medarbejdernes udsagn vedrørende ansvars- og kompetenceforhold, samt ledelsens udsagn vedrørende rammer for pleje og behandling.

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

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der var en fast praksis for, hvem der sikrede dokumentationen, og hvornår der blev dokumenteret. Ligeledes var de nødvendige oplysninger om borgerne i journalerne tilgængelige for alle medarbejderne.

I vurderingen er der yderligere lagt vægt på, at det ved journalgennemgang fremgik, at der var klare og grundige beskrivelser af borgernes ressourcer og begrænsninger, borgernes behov for hjælp samt borgernes mål for hjælpen.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens dokumentationspraksis understøttede en tværfaglig sammenhængende dokumentation, som var udgangspunktet for plejen af borgerne.

## **6. Aktiviteter og rehabilitering**

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldte.

Der var en rehabiliterende tilgang i plejen, og borgerne blev tilbudt rehabiliteringsforløb og træning efter eget ønske og behov, ud fra den enkeltes målsætning. Når en borger var i et træningsforløb efter servicelovens §§86 eller 140 kom terapeuter fra kommunen og varetog dette.

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne kunne deltage i mange forskellige aktiviteter, som borgerne ved samtale gav udtryk for, var meningsfulde for dem. Aktiviteterne blev tilbudt både på individuelt niveau og på gruppeniveau. Aktiviteterne var en del af hverdagen med eksempelvis højtlesning fra dagens avis, gåture i haven og i den nærliggende skov, fodring og pasning af plejeenhedens høns og kaniner.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden sikrede, at borgerne blev tilbudt den fornødne aktivitet, træning og rehabilitering i forhold til at understøtte deres livskvalitet og helbred, samt funktionsevne. Plejeenheden arbejdede med rehabilitering og træning til borgere, så disse fik mulighed for at forbedre deres funktionsevne.

Styrelsen har lagt vægt på, at de interviewede borgere og pårørende gav udtryk for at blive inddraget i at sætte mål i forhold til den hjælp, pleje og omsorg de modtog. Ligeledes oplevede de mulighed for at kunne bibeholde sine nuværende funktioner samt deltage i meningsfulde aktiviteter, der understøttede deres behov og interesser.

Plejeenheden redegjorde for en praksis, hvor der blev arbejdet målrettet med rehabilitering, genoptræning og aktiviteter i samarbejde med borgerne og andre relevante aktører.

# 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			

### 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			
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 (§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 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.