



Ældretilsynet

Tilsynsrapport

Distrikt Vest - Marskgården

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Distrikt Vest - Marskgården
Marskvej 20

4700 Næstved

CVR- eller P-nummer: 1003303438

Dato for tilsynet: 02-05-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9514-195/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Marskgården er et center med midlertidige boliger målrettet borgere med behov for rehabilitering og genoptræning i Næstved Kommune
- Der er i alt 24 boliger fordelt på to etager med 12 borgere på hver etage
- Marskgården modtager borgere i alle aldersgrupper. 94 % af borgerne modtages direkte efter udskrivelse fra hospital, og den gennemsnitlige opholdstid er 25 dage. Hovedparten af borgerne modtager rehabilitering og genoptræning eksempelvis i relation til en senhjerneskeade. Der modtages også borgere i palliative forløb. Derimod prioriteres borgere med demens på de øvrige midlertidige pladser i kommunen
- Den daglige ledelse varetages af teamleder Karin Stigfeldt, der ligeledes er leder for de udkørende nattevagter
- Personalegruppen består af otte sygeplejersker, social-og sundhedsassistenter, en ergoterapeut og en fysioterapeut samt to flexjobbere i køkkenet. På hverdage i dagvagten er bemanningen to sygeplejersker og seks social- og sundhedsassistenter, i aftenvagten én sygeplejerske og fire social- og sundhedsassistenter og i nattevagten to social-og sundhedsassistenter. Sygeplejerske fra udkørende team kan efter behov tilkaldes om natten. Ergo- og fysioterapeuter er hovedsageligt til stede i dagvagt og efter behov også i aftenvagt eksempelvis til vejledning af aftenvagter
- Ved sygdom og fravær anvendes egne timelønnet eller ved ekstra vagter fra det faste personale. Desuden anvendes distriktets fraværsafløsere og kun sjældent eksterne vikarer
- På Marskgården er tillige et træningscenter, som benyttes af borgere med midlertidigt ophold på Marskgården. Desuden findes et aktivitetscenter, som benyttes af borgerne fra lokalområdet, borgere med midlertidigt ophold på Marskgården har mulighed for at deltage i aktiviteterne.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Distriktschef Elisabeth Kjær Johannesen
 - Teamleder Karin Stigfeldt
- Der blev foretaget interview med tre medarbejdere
 - Sygeplejerske
 - Social-og sundhedsassistent
 - Ergoterapeut
- Der blev foretaget observation ved deltagelse i tværfagligt META (medicin, ernæring, træning, aktivitet) møde
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til distriktschef Elisabeth Kjær Johannesen og teamleder Karin Stigfeldt
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulent Anne Marie Glennung og oversygeplejerske Lone Teglbjærg.

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger i partshøringsperioden.

Styrelsen foretager sig ikke yderligere og afslutter 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 et målepunkt under temaet: *Procedurer og dokumentation*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje var afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser var beskrevet.

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

- 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)

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden er i stand til at rette op på det uopfyldte målepunkt ud fra den rådgivning, der blev givet under tilsynet og derved efterkomme ovenstående henstilling.

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 borgerne ved interview gav udtryk for at opleve selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv. Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at der blev holdt forventningssamtale med borger og pårørende et par dage efter ankomsten samt opfølgende samtaler efter behov. Ved samtalerne blev der indgået konkrete aftaler for opholdet herunder opholdets mål og delmål.

Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at der i relation til de palliative forløb blev talt med borger og pårørende om ønsker til livets afslutning. Desuden blev oplyst, at der var ansat to sygeplejersker med uddannelse inden for palliation, og at der derudover var samarbejde med det palliative team på Næstved Sygehus.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden tog individuelle hensyn og imødekom borgernes individuelle ønsker.

2. Borgernes trivsel og relationer

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne ved interview fortalte, at de oplevede at få den hjælp, de havde behov for. Hjælpen blev givet ud fra en rehabiliterende tilgang, hvorfor borgerne var inddraget og orienteret om at være aktive og deltage mest muligt. Ved interview med borgerne fremgik det, at der lå en fast plan for træning med ergoterapeut og fysioterapeut, men ikke for den daglige træning med plejepersonalet. Her var dagens form og lyst afgørende for hvilke øvelser, der blev gennemført. Borger gav udtryk for stor tilfredshed med denne fleksibilitet.

Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at plejeenheden sikrede en glidende overgang til relevante samarbejdspartnere ved udskrivelse. Eksempelvis kom personalet fra plejecenter på besøg inden flytning hertil, eller det udkørende team kom ind på plejeenheden til oplæring omkring en specifik borger, hvis der var særligt behov herfor. Ved meget komplekse situationer kunne personalet fra Marskgården køre ud og fortsætte plejen i borgerens eget hjem.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden understøttede den enkelte borgers trivsel, relationer til pårørende og relationer til det omgivende samfund, blandt andet gennem daglig dialog med borger omkring mål for opholdet og den løbende dialog med pårørende.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det i interview med ledelsen fremgik, at Marskgården kun meget sjældent modtog borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug. Ved behov blev der i disse tilfælde etableret et samarbejde med kommunens demenskonsulenter og andre relevante samarbejdspartner.

Plejeenheden arbejdede systematisk med mini-teams omkring den enkelte borger. Mini-teamet havde ansvar for, at der blev fulgt op på rehabiliteringsplanerne og på tegn på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand. Desuden blev alle borgere gennemgået på et tværfagligt META –møde en gang ugentligt. META mødet omhandlede medicin, ernæring, træning og aktivitet.

Terapeuter og plejepersonale arbejdede tæt sammen i hverdagen omkring den enkelte borgers rehabilitering og genoptræning.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden benyttede relevante faglige metoder og arbejdsgange.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at det i interview med ledelse fremgik, at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, og at plejeenheden hovedsageligt benyttede faste afløsere ved sygdom og fravær. Ved interview med ledelsen fremgik det desuden, at der ikke var vanskeligheder med at rekruttere personale, og at nye ansatte fik individuel introduktionsprogram og tildelt en mentor.

Ved interview med ledelsen fremgik det desuden, at plejeenheden anvendte kompetenceskemaer for den enkelte medarbejder, således at det blev sikret, at den enkelte medarbejder havde de rette kompetencer til at løse en specifik opgave. Dette fandtes relevant, da kompleksiteten hos borgerne var høj.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver, og at der er en tydelighed omkring medarbejdernes ansvars- og kompetenceforhold.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der ved journalgennemgang blev fundet, at der i to ud af tre stikprøver var mangelfuld beskrivelse af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer. Desuden var det vanskeligt at få et klart overblik over alle indsatser på en specifik problemstilling, da notater fra plejepersonalet, ergo- og fysioterapeuter og diætist ikke var samlet eller havde henvisninger til hinanden.

Ledelsen oplyste ved interview, at plejeenheden var overgået til nyt omsorgssystem KMD-Nexus og Fællesprog III i september 2017. Dette havde været en større opgave, da de var en af de første kommuner i landet. Der var sket mange justeringer undervejs og i maj 2019 udkom ny manual og vejledning.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden med få justeringer vil opnå en systematisk og overskuelig dokumentation af de social- og plejefaglige områder.

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 med individuelle rehabiliteringsplaner i et tværfagligt samarbejde mellem plejepersonalet og fysio- og ergoterapeut. På tilsynsdagen var der ingen borgere med afsluttede rehabiliteringsforløb. Desuden blev der arbejdet tværfagligt ud fra META – konceptet, der stod for medicin, ernæring, træning, aktivitet.

Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at borgerne havde mulighed for at deltage i aktiviteter i aktivitetscenter, som benyttes af borgerne fra lokalområdet. Det blev ligeledes oplyst, at personalet ofte igangsatte spontane aktiviteter i fællesområderne på de to afdelinger, hvilket blev underbygget af borgernes udsagn. Aktiviteter blev altid igangsat med afsæt i borgernes ønsker og rehabiliteringsbehov. En borger fortalte om, hvordan nogen af de aktiviteter, hun hyggede sig med, også medvirkede til hendes rehabilitering.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejder med rehabilitering og træning til borgere, så disse får mulighed for at forbedre funktionsevnen.

3. Fund ved tilsynet

Tema 1: Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

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

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

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

	og/eller misbrug og eventuelt pårørende oplever, at den hjælp, omsorg og pleje, borgeren modtager, tager højde for borgerens særlige behov				
B	At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsevne-nedsættelser (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 funktionsevne-nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	X			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevne-nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer	X			
E	At borgere med kognitive funktionsevne-nedsættelser (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			

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		I to ud af tre stikprøver var beskrivelsen af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer mangelfuld. Eksempelvis manglede beskrivelse af borgerens udfordring i forhold til mobilitet og mentale funktioner og hos en anden borger manglede beskrivelse af udfordringer vedrørende ernæring.
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsats 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 indsats er dokumenterede	X			

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

6.1 Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter § 83a og hjælp med rehabiliterende sigte efter § 83

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet	X			
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte	X			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål, samt arbejdsgangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte	X			
D	D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål	X			
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet	X			
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne			X	
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte	X			

6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer

A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgeres forløb	X			
C	At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg	X			
D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb	X			
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret	X			

6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

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

4. Begrundelse for tilsynet

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