



Ældretilsynet

Høringsudkast til tilsynsrapport

Plejecenter Aabo

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Plejecenter Aabo
Doktorbakken 10
3720 Aakirkeby

CVR- eller P-nummer: 1003308350

Dato for tilsynet: 25-11-2019

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9514-296/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Plejecentret Aabo har 54 boliger fordelt på fem afdelinger. Borgerne er mellem 58-99 år og har forskellige udfordringer i dagligdagen. Plejeenheden er indrettet efter leve-bo princippet med køkkener i alle afdelinger
- Plejecentret har et aktivitetstilbud "Stjernen", hvor der er tilbud om forskellige aktiviteter formiddag og eftermiddag
- Den daglige ledelse varetages af plejecenterleder Zette Kofoed.
- Der er cirka 75 ansatte heraf er 2/3 social- og sundhedsassistenter. Der er tillige ansat social- og sundhedshjælpere, pædagoger, køkkenmedhjælpere med flere. Der er fast tilknyttede sygeplejesker og terapeuter, der organisatorisk er ansat centralt i kommunen.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet fire borgere
- Der blev interviewet fire pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Zette Kofoed, plejecenterleder
 - Helle Kofoed Hansen, afdelingsleder
 - Janike Thisen, konstitueret leder af genoptræningen
 - Mette Marker, myndighedskonsulent
- Der blev foretaget interview med fire medarbejdere
 - Tre social- og sundhedsassistenter
 - En ergoterapeut
- Der blev foretaget observation ved deltagelse i frokost i to afdelinger samt ved færden i plejecentret
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til plejecenterleder Zette Kofoed, ledere og medarbejdere
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Susanne Jensen og Trine Gisselmann.

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Efter parthøringsperioden tilføjer Styrelsen for Patientsikkerhed en konklusion i denne rubrik.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget 25-11-2019 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 *Trivsel og relationer* 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 de to fund omhandlede dokumentation, og manglerne var få og spredte. Vurderingen af plejeenheden er baseret på de forhold, der blev gennemgået ved det aktuelle tilsyn. På baggrund af dette fremstod plejeenheden velorganiseret med gode procedurer og høj grad af systematik, og under tilsynet indgik ledelse og medarbejdere i dialog med tilsynet.

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

- At aftaler med pårørende, hvor de for eksempel hjælper med økonomi eller lægebesøg dokumenteres (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket, og at afledte socialfaglige indsatser bliver beskrevet (målepunkt 5.1)

Det er styrelsens vurdering, at manglerne i forhold til målepunkterne kan udbedres, og at plejeenheden vil være i stand til at rette op på de anførte problemer ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet.

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter således, at plejeenheden opfylder ovenstående henstillinger.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne oplevede høj grad af selvbestemmelse og medinddragelse. Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at der blev foretaget hjemmebesøg inden indflytning af kontaktperson og afdelingsleder. Der var udarbejdet tjekliste, der havde fokus på borgernes forventninger til livet på plejehjemmet og borgernes livshistorie.

Det indgår tillige i vurderingen, at plejeenheden havde fast praksis for, at borgerne senest to måneder inden indflytning skulle være tilbudt en samtale om livets afslutning. Dette var tillige dokumenteret i borgernes journal. Ved livets afslutning, var der mulighed for ekstra tid til pleje gennem ældrepuljen, og der var samarbejde med vågetjenesten og palliative sygeplejersker.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at der i en journal ikke var dokumenteret, at en borger fik hjælp af barnebarn til at varetage sin økonomi og at datteren hjalp ved lægekontakt mm. Det er styrelsens vurdering, at det er af betydning for den fornødne kvalitet, hvis aftaler med pårørende ikke er beskrevet, så enhver medarbejder kan finde oplysninger om det og støtte borger i forhold til disse aftaler.

Det indgår tillige i vurderingen, at borgere og pårørende oplevede at blive inddraget og lyttet til. Der blev afholdt beboermøder i alle afdelinger en gang om måneden, hvor der ud fra borgernes ønsker blev planlagt aktiviteter. Borgerne havde f.eks. ønsket, at julefrokost skulle afholdes i de små afdelinger, og det var nu planlagt på forskellige dage. Den daglige frokost blev tilberedt i hver afdeling, hvor borgere og køkkenmedarbejder aftalte frokostmenuen i fællesskab.

Der var nedsat et bruger- pårørenderåd, hvor der blev drøftet aktuelle emner, f.eks. hvordan det kunne sikres, at der var flere medarbejdere om eftermiddagen.

Plejeenheden havde tætte relationer til lokalmiljøet. Der var hver uge babysalmesang og besøg af dagplejen, ligesom plejeenheden havde besøg af besøgshunde og besøgsspony.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden arbejdede målrettet med at understøtte borgere med kognitive funktionsnedsættelse og misbrug. Borgerne oplevede, at de fik hjælp der understøttede deres særlige behov. Plejeenheden havde fokus på, hvordan borgere med misbrug havde deres selvbestemmelsesret samtidig med, at medarbejderne understøttede borgernes værdighed og samarbejdede med kommunens misbrugsteam.

Det indgår tillige i vurderingen, at plejeenheden havde demensvejledere i alle vagtlag. Demensvejlederne underviste personalet i personcentreret omsorg og "blomstermodellen." Herudover havde hele personalegruppen gennemgået ABC-demens og fået undervisning i konflikthåndtering til at forebygge udadreagerende adfærd. Ved ændringer i borgernes adfærd blev der afholdt tværfaglige borgerkonferencer, og udarbejdet pædagogiske handleplaner. Plejeenheden arbejdede tæt sammen med kommunens demenskonsulent og neuropsykolog fra kommunikationscentret. Plejeenheden havde tillige gjort brug af VISO til at forebygge magt i et konkret forløb.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede målrettet med tidlig opsporing og forebyggelse af funktionsevnetab. Plejeenheden anvendte systematisk screening i forhold til for eksempel fald, ernæring og tryksår og muskelstyrke. Alle borgere blev screenet ved indflytning og efter fast systematik. Der blev afholdt tværfaglige beboerkonferencer hver uge, hvor alle borgere blev drøftet. Borgerne fortalte om eksempler på forebyggelse af fald og væggtab, og dette var dokumenteret i borgernes journal.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelse og organisering understøttede kerneopgaven. Medarbejderne var tilknyttet en fast afdeling, og borgerne fik tildelt kontaktperson ud fra borgernes behov og personalets kompetencer.

Medarbejderne planlagde dagens opgaver hver morgen, og plejecenterlederen havde sin daglige gang i alle afdelinger.

Plejecenterlederen oplyste, at der var ønske om og behov for flere medarbejdere om eftermiddagen og om aftenen. Der var iværksat en proces, hvor medarbejderne skulle møde fleksibelt og forskudt ud fra borgernes behov.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at målepunktet ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der i en journal ikke var beskrevet borgerens behov for socialfaglige indsatser. Medarbejdere og borger redegjorde for den socialfaglige indsats, der havde betydet, at borgeren igen selv kunne gå til byen og handle. Der var samtidig lavet aftaler der skulle sikre borgerens værdighed, hvis denne ikke selv kunne gå hjem.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden havde praksis for at dokumentere og var i god proces med implementering af Fællessprog 3. I alle journaler var borgernes mål og aktuelle ressourcer og begrænsninger beskrevet, og de plejefaglige indsatser var beskrevet i døgnplejeplan.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden arbejdede målrettet med rehabilitering ud fra borgernes egne mål, og dette fremgik af dokumentationen. Der var tilknyttet faste terapeuter fra den kommunale genoptræningsenhed. Hos borgere, der havde rehabiliteringsplan, blev træning understøttet af personalet efter sparring med terapeuter, mens træning efter servicelovens §86 blev varetaget af terapeuter. Der var tæt samarbejde mellem plejepersonale og terapeuter bl.a. vedrørende hjælpemidler, der kunne støtte borgerne i deres mål og i at være så selvhjulpne som mulig.

Det indgår tillige i vurderingen, at borgerne oplevede at have mulighed for mange aktiviteter, og der blev planlagt ud fra deres særlige ønsker. Aktivitetscentret Stjernen havde mange tilbud, ligesom der blev tilrettelagt gåture, busture med mere. Plejeenheden havde en have med grøntsager, og der var i sommer opstillet campet i haven, der blev brugt til hygge. Hver sommer lejede plejeenheden et sommerhus, hvor det var muligt at komme på ferie i en eller flere dage.

Plejeenheden leverede ikke indsatser efter serviceloven §83a, hvorfor målepunkterne 6.1 a, b1, d1, d2, d3 ikke var aktuelle.

Ingen borgere udvalgt til stikprøve modtog træning efter Serviceloven §86, hvorfor målepunkter 6.2 a, d1, d2 ikke var aktuelle.

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 | | I en ud af tre stikprøver, var aftaler ikke beskrevet. Borgeren var kognitiv svækket og barnebarnet hjalp med økonomi og datteren deltog ved lægebesøg mm. Borgeren var afhængig af hjælpen. |

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 indsats er beskrevet | | X | | I en ud af tre stikprøver var den socialfaglige indsats ikke beskrevet. |

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|
| | | | | | Borgeren gik dagligt i byen og handlede mm. Medarbejderne havde stor fokus på at understøtte borgeren i fortsat at gøre dette, og sikre borgerens selvstændighed og værdighed |
| | 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 | X | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| | aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger | | | | |
| 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.