



Skovbrynet Plejehjemsboliger
Roden 8 - 18
9260 Gistrup

Endelig tilsynsrapport efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed sender hermed den endelige tilsynsrapport vedrørende styrelsens tilsynsbesøg den **09-04-2019**.

Styrelsen for Patientsikkerhed har sendt en høringsversion af tilsynsrapporten i høring med høringsfrist den **15-05-2019**. Styrelsen har ikke modtaget bemærkninger til rapporten, som derfor nu er endelig.

Styrelsen for Patientsikkerhed kan oplyse, at tilsynsrapporten nu vil blive gjort offentligt tilgængelig på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside i tre år. Styrelsen skal gøre opmærksom på, at plejeenheden også har pligt til snarest at gøre tilsynsrapporten let tilgængelig på sin hjemmeside (eventuelt med et link til rapporten på styrelsens hjemmeside) samt umiddelbart tilgængelig på plejeenheden. Herudover skal den stedlige kommune offentliggøre Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynsrapport på kommunens hjemmeside¹. Det skal ske i samme periode, som rapporten er offentliggjort på styrelsens hjemmeside www.stps.dk.

Venlig hilsen

Sekretær Janni Svendsen

Styrelsen for Patientsikkerhed
Tilsyn og rådgivning Nord

22. maj 2019

Sagsnr. 5-9514-166/1

Reference JASVE

T +4572286666

E trnord@stps.dk

¹ Bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn på ældreområdet kapitel 4



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Tilsynsrapport 2019

Skovbrynet Plejehjemsboliger

Aalborg kommune

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

Skovbrynet Plejehjemsboliger
Roden 8 - 18
9260 Gistrup

CVR- eller P-nummer: 1013672209

Dato for tilsynet: 09-04-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord
Sagsnr.: 5-9514-166/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Plejecentret Skovbrynet er et plejecenter med 45 boliger fordelt på fem enheder med ni fastboende borgere i hver enhed. Den ene af de fem enheder har ni fastboende borgere med demens
- Den daglige ledelse varetages af plejehjemsleder Pia Iversen
- Plejeenheden har 17 social- og sundhedsassistenter ansat samt 17 sundhedshjælpere. Ud over disse er der ansat en pædagog, en husassistent, en seniorjobber og en aktivitetsmedarbejder
- Plejeenheden har en ergo- og en fysioterapeut tilknyttet plejeenheden, som fast kommer en dag om ugen til varetagelse af trænings- og rehabiliteringsopgaver
- Plejeenheden har derudover et tæt samarbejde med hjemmesygeplejerskerne til varetagelse af de sygeplejemæssige opgaver
- I dagvagter møder der mellem 10 til 12 medarbejdere. I aftenvagter møder der seks og om natten to sundhedspersoner. I weekenden møder der otte i dagvagt og aften og nat er der henholdsvis seks og to i vagt.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet en pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Pia Iversen plejehjemsleder, social- og sundhedsassistent
 - Assisterende leder
 - Sundhedsfagligleder
- Der blev foretaget interview med tre medarbejdere
 - Social- og sundhedsassistenter
 - Social- og sundhedshjælper
- Der blev foretaget observation ved, at opholde sig i enhederne i forbindelse med frokosten
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til plejehjemsleder Pia Iversen, assisterende leder Helle B. Møller, sundhedsfagligleder Agnete H. Rasmussen, kvalitetsudvikler, social- og sundhedsassistenter
- Tilsynet blev foretaget af: tilsynskonsulent Annalise Kjær Petersen og tilsynskonsulent Helle Christensen

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

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

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 09-04-2019 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 er tale om ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet ledelsen og medarbejderne på plejeenheden var åbne, engageret og reflekterende. Plejeenheden var bekendt med styrelsens målepunkter og brugte dem konstruktivt og målrettet i deres arbejde for at sikre den faglige kvalitet i understøttelsen af kerneopgaverne ved borgerne.

Styrelsen har vurderet, at plejeenheden fremstod med tydelig ansvar- og opgavefordeling samt velbeskrevne procedurer, instrukser og vejledninger.

Det er ligeledes styrelsens vurdering, at der var sammenhæng og overensstemmelse mellem, hvad ledelsen, medarbejderne, borgerne og pårørende gav udtryk for i forhold til medinddragelse, medindflydelse og selvbestemmelse i hverdagen.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at såvel ledelse som medarbejderne havde fokus på, at selvbestemmelse og værdighed blev understøttet af en anerkendende adfærd og kultur på plejeenheden. Dette afspejlede sig især under interviewene med såvel leder, medarbejdere og borgere, samt de observationer der blev gjort under opholdet i plejeenheden.

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 de tre interviewede borgere og de pårørende alle gav udtryk for, at de oplevede, at borgeren havde en stor grad af

selvbestemmelse og medinddragelse i overensstemmelse med deres ønsker og behov. Eksempelvis i forbindelse med ønsker om hvornår borgerne ville op om morgenen eller hvornår de ville i seng. To ud af tre borgere oplevede at de bare skulle sige, hvordan de ville have det.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at ledelsen kunne redegøre for plejeenhedens arbejde med at fremme medindflydelse og selvbestemmelse i hverdagen. Der blev afholdt indflytningssamtale med borger og pårørende efter indflytning med faste punkter samt til afstemning af fælles forventninger.

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. Eksempelvis at medarbejderne sikrede et samarbejdede tæt med sygeplejersken og lægen. Plejeenheden anvendte ligeledes i nogle tilfælde vågekøntjenesten.

I forhold til borgerens ønsker ved livets afslutning, oplyste ledelsen og medarbejderne, at de ved indflytningssamtalen tog emnet op og spurgte ind til eventuelle ønsker.

Plejeenheden anvendte ikke plejetestamentet men var åbne og lyttende i forbindelse med den rådgivning og vejledning Styrelsen gav.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der hos borgerne, pårørende og medarbejdere blev givet udtryk for, at man altid arbejdede på at tilgodese borgernes ønsker og behov i forhold til inddragelse i den daglige pleje og omsorg.

Ligeledes at det var muligt, at tilgodese borgerens spontane opstående ønsker såsom en gåtur, hvor klippekortet blev anvendt.

Endvidere er der lagt vægt på medarbejdernes beskrivelse af praksis, der afspejlede, at de altid tog udgangspunkt i borgernes ønsker og behov. Eksempelvis hvis en borger ikke ønskede at komme i bad om morgenen men om eftermiddagen, så var dette muligt. Medarbejderne fandt altid i samarbejde med borgeren en løsning uanset om dette afstedkom, at medarbejderen måtte ændre på dagens opgavefordeling.

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 med relevante faglige metoder i forhold til borgernes funktionsnedsættelse, der blandt andet omfattede borgere med demens og andre kognitive funktionsnedsættelser. Eksempelvis anvendte medarbejderne forskellige redskaber, som de havde lært via uddannelse omkring demens. Samtidig var de meget opmærksom på at bruge demenssygeplejersken, andre relevante eksterne samarbejdspartnere samt også inddragelse af de pårørende, hvis dette var en mulighed.

Derudover har styrelsen lagt vægt på, at medarbejderne tilrettelagde hjælpen, omsorgen og plejen ud fra borgerens behov og ønsker, hvor de samtidig anvendte relevante metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse. Eksempelvis havde plejeenheden ansat en pædagog idet ledelsen havde fokus på, at en bred tværfaglig sammensætning af medarbejdere ligeledes kunne medvirke til at forebygge magtanvendelse.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelsen kunne redegøre for organiseringen i forbindelse med at understøtte kerneopgaverne for borgerne.

Ledelsen understregede her betydningen af det tværfaglige samarbejde i forhold til at sikre den faglige indsats i løsningen af kerneopgaverne for borgerne.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden havde ansat de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver.

Endvidere blev der lagt vægt på, at plejeenheden var meget opmærksom på at inddrage relevante eksterne samarbejdspartnere i forbindelse med at bidrage til den generelle kompetenceudvikling blandt medarbejderne.

Ligeledes blev der arrangeret undervisning, og medarbejderne deltog i relevante kursusforløb.

Derudover har styrelsen lagt vægt på, at der var overensstemmelse mellem den kultur ledelsen beskrev og det, der blev observeret ude i plejeenheden. Der var en åbenhed, god stemning, imødekommenhed samt stor arbejdsglæde blandt medarbejderne. Plejeenheden fremstod som en hel plejeenhed, hvor medarbejderne hjalp hinanden på kryds og tværs af de enkelte enheder, hvilket medvirkede til et godt arbejdsmiljø medarbejderne imellem.

Ledelsen oplyste, at der var udfordringer med rekruttering af personale, især social- og sundhedsassistenter. Endvidere fremviste ledelsen materiale omkring, hvordan introduktionen til nyansatte forløb samt redegjorde for hvem, der havde hvilket ansvar i forbindelsen med introduktionen.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der var meget udførlige døgnrytmeplaner i alle tre stikprøver.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejde konstruktivt med dokumentationen, idet der var nogle konstruktive arbejdsgange i forbindelse med at sikre dokumentationen, således at der var en tydelig rød tråd i journalen.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der i plejeenheden blev arbejdet målrettet med den rehabiliterende tilgang, hvor der var et stort fokus på det tværfaglige samarbejde.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens fokus på det tværfaglige samarbejde med integration af de mål, der arbejdes med i træningsforløb, blev inddraget i forhold til den daglige hjælp, pleje og omsorg. Eksempelvis havde medarbejderne meget fokus på, at understøtte træningen med fokus på, hvad borgeren selv kunne, og hvor de skulle støtte borgeren.

I plejeenheden blev der udbudt forskellige aktiviteter med afsæt i borgers ønsker og interesser. Eksempelvis oplyste ledelsen, at plejeenheden havde et meget aktivt bruger-pårørenderåd, der aktivt tog del i blandt andet at rekvirere besøgsvenner til plejeenheden. Derudover havde plejeenheden en aktivitetsmedarbejder ansat i flexjob der specifikt varetog borgernes ønsker i forbindelse med at arrangere aktiviteter samt afholdelse af disse.

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 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	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			

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			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	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			

3. 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

4. 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 de gennemførte interviews med borgere, pårørende, ledelse og medarbejdere 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.