



BIRKEBO ÆLDRECENTER
Vestbirkvej 3
8752 Østbirk

19. februar 2019
Sagsnr. 5-9514-36/1

Endelig tilsynsrapport efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed sender hermed den endelige tilsynsrapport vedrørende styrelsens tilsynsbesøg den **24. oktober 2018**.

Styrelsen for Patientsikkerhed har sendt en høringsversion af tilsynsrapporten i høring med høringsfrist den **8. februar 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 plejeenheden¹. Det skal ske i samme periode, som rapporten er offentliggjort på styrelsens hjemmeside www.stps.dk.

Venlig hilsen

Hanne Marian Søgaard
Styrelsen for Patientsikkerhed
Tilsyn og Rådgivning Nord

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



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Tilsynsrapport BIRKEBO ÆLDRECENTER Horsens kommune

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

BIRKEBO ÆLDRECENTER
Vestbirkvej 3
8752 Østbirk

P-nummer: 1003336843

Dato for tilsynet: 24-10-2018

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord
Sagsnr.: 5-9514-36/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Birkebo Plejecenter er en brugerstyret plejeenhed
- Plejeenheden er en almen plejeenhed med 22 plejeboliger samt en aflastningsplads
- Plejeenheden har 22 borgere hvoraf nogle borgere har demens og andre kognitive funktionsnedsættelser
- Til plejeenheden er der to gårdhaver indrettet til aktiviteter for borgerne
- Den daglige leder er Kirsten Frich Schultz, uddannet sygeplejerske
- Medarbejderne består af sygehjælpere, social- og sundhedsassistenter, en sygeplejerske, en aktivitetsmedarbejder, køkken- og rengøringspersonale
- Plejeenheden har en stor gruppe medarbejdere der har været ansat i mange år
- Plejeenheden har et aktivitetscenter, der er åbent for ældre udefra, som ikke bor i plejeenheden.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev ikke interviewet pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Daglig leder Kirsten Frich Schultz
 - Funktionsleder Grethe Therkeldsen
- Der blev foretaget interview med tre medarbejdere
 - En sygehjælper
 - En social- og sundhedsassistent
 - En sygeplejerske
- Der blev foretaget observation ved at deltage i borgernes frokost
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til Kirsten Frich Schultz, Grethe Therkeldsen, en sygehjælper og en sygeplejerske
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulent Inge Pedersen og tilsynskonsulent Hanne Søgaard.

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 24. oktober 2018 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 alle målepunkter var opfyldte.

Styrelsen har vurderet, at der ingen problemer er af betydning for den fornødne kvalitet, idet borgerne gav udtryk for stor tilfredshed med det liv, de levede i plejeenheden, og den indflydelse og medbestemmelse de havde på den hjælp og pleje, de modtog.

Styrelsen har i vurderingen lagt vægt på, at plejeeenhedens rammer og organisering understøttede borgernes fysiske, psykiske og sociale trivsel.

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 oplevede, at plejen og støtten tog et individuelt udgangspunkt i den enkeltes vaner og ønsker, og at de oplevede at blive inddraget i beslutninger.

Leder og medarbejdere var opmærksomme på at støtte borgerne i at fungere på egne betingelser ud fra deres ressourcer, behov og ønsker og i samspillet med andre. Medarbejderne havde et stort fokus på at borgerne

selv havde indflydelse på og kunne bestemme over eget liv og de inddrog borgerne med udgangspunkt i, og under hensyntagen til den enkelte borgers funktionsevne, helbredstilstand og borgerens ønsker.

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne gav udtryk for at have stor tillid til medarbejderne og i flere situationer havde drøftet døden og den sidste tid med medarbejderne.

Omgangstone og adfærd afspejlede, at det var vigtigt for leder og medarbejdere, at borgerne blev behandlet værdigt, og at borgerne oplevede, at der var en "god ånd" i plejeenheden.

Leder og medarbejdere redegjorde for, at i relation til palliativ pleje af borgere, samarbejdede man med kommunens palliationssygeplejersker, ligesom man gjorde brug af vågetjenesten hos døende borgere.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. Borgerne oplevede, at det var de samme faste medarbejdere, der hjalp dem i den daglige pleje, og det oplevede de som godt. Borgerne oplevede, at de havde gode relationer med medarbejderne, som var "gode at samarbejde med", og at der var en fri tone.

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgeren med demens, som blev interviewet, oplevede at få den hjælp, borgeren havde brug for og levede det liv, som borgeren ønskede. Borgerne havde indflydelse på maden, der blev serveret, og medarbejderne inddrog borgerne i "madsituationer" eksempelvis ved at borgerne dækkede bord og deltog i madlavning.

I vurderingen indgår ligeledes, at ledelsen redegjorde for, at trivsel handlede om at respektere den enkelte borgers integritet, og at give den enkelte borger mulighed for at udfolde sig eksempelvis i de aktiviteter, plejeenheden tilbød. Når medarbejderne tilbød aktiviteter, tog de udgangspunkt i borgernes ønsker, ressourcer og evner, og overvejelser omkring betydningen af at skabe sociale relationer gennem samvær var i den forbindelse vigtig.

Leder og medarbejdere redegjorde for, at der var forskellige fora, hvor borgere og pårørende blev budt ind til dialog og samarbejde herunder husmøder.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. Der var ingen af de tre interviewede borgere, der indgik i et § 83- eller § 86-forløb efter serviceloven.

Borgerne oplevede, at medarbejderne var opmærksomme på, hvis der var ændringer i deres tilstand, og en borger, der havde haft vand i lungerne, vidste at det var en af grundene til at hun blev vejlet regelmæssigt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at leder og medarbejdere redegjorde for de socialpædagogiske principper, de anvendte i tilgangen til borgere med demens og andre borgere med kognitive funktionsnedsættelser samt forebyggende mod magtanvendelse.

I vurderingen indgår, at plejeenheden havde tilrettelagt arbejdet med borgere med demens med et demensteam, og en sygeplejerske havde til opgave at gennemføre journalaudit hver tredje måned med henblik på at skabe viden og læring i plejeenheden.

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 redegjorde for, at der var de nødvendige kompetencer til kerneopgaverne i plejeenheden, og at man på nuværende tidspunkt ikke havde rekrutteringsproblemer.

Ledelsen havde prioriteret at ansætte en aktivitetsmedarbejder, som kendte borgerne og deres ønsker og behov for at deltage i aktiviteter, og som på den måde var med til at løse og understøtte borgernes mulighed for at udfolde sig i aktiviteter sammen med andre borgere fra plejeenheden og fra det omkringliggende samfund.

I vurderingen er der lagt vægt på, at medarbejderne kendte deres eget ansvars- og kompetenceområde og vidste hvem, de skulle kontakte og samarbejde med, når der var situationer og forhold, hvor andre faggrupper skulle i spil.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, alle målepunkter under dette tema var opfyldt. Ved gennemgangen af borgernes journaler var dokumentationen i de tre journaler fyldestgørende.

I vurderingen er lagt vægt på, at ledelsen havde fastlagt en dokumentationspraksis, og at medarbejderne vidste hvor og hvem, der skulle dokumentere.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der var et bredt tilbud af forskellige aktiviteter som IT – lære, madlavning og andre aktiviteter, som borgerne kunne deltage i, hvis de ønskede og havde lyst til det.

I aktiviteter som eksempelvis julefest kunne de pårørende deltage.

Plejeenheden havde en stor gruppe af frivillige, som hjalp og støttede borgerne i aktiviteter inde som ud af huset, ligesom der ofte var busture til arrangementer og ud i naturen.

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne gav udtryk for, at de selekterede i de aktiviteter, der var, at aktiviteterne gav mening og at borgerne havde forskellige favoritter, som de deltog i. For eksempel var stoleygnastik og ballondans en populær aktiviteter blandt borgerne.

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 funktionsevnesnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug og eventuelt pårørende oplever, | X | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| | 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 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 plejeeenhedens 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 | X | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| | opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber | | | | |
| 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 u planlagt vægttab, 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 u planlagt vægttab, 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 u planlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne | X | | | |
| D | At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse u planlagt vægttab, 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 | | | |
| | 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 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 | | | X | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| | daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet | | | | |
| 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 interview af tre borgere, 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.