



Tamdrup Centret Pleje  
Silkeborgvej 245  
8700 Horsens

24. januar 2019  
Sagsnr. 5-9514-76/1

### **Endelig tilsynsrapport efter partshøring**

Styrelsen for Patientsikkerhed sender hermed den endelige tilsynsrapport vedrørende styrelsens tilsynsbesøg den **27. november 2018**.

Styrelsen for Patientsikkerhed har sendt en høringsversion af tilsynsrapporten i høring med høringsfrist den **18. januar 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<sup>1</sup>. Det skal ske i samme periode, som rapporten er offentliggjort på styrelsens hjemmeside [www.stps.dk](http://www.stps.dk).

Venlig hilsen

**Tina Kolding**  
Tilsynsførende

---

<sup>1</sup> Kapitel 4 i bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med ældreplejen



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# Tilsynsrapport Tamdrup Centret Pleje Horsens kommune

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

Tamdrup Centret Pleje  
Silkeborgvej 245  
8700 Horsens

P-nummer: 1003338378

Horsens kommune

Dato for tilsynet: 27-11-2018

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Syd

Sagsnr.: 5-9514-76/1

# 1. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Tamdrup Centret er en plejeenhed i Horsens Kommune
- Der er 21 almene plejeboliger på plejecentret og en midlertidig aflastningsplads
- Plejeboligerne er delt i team Forår og team Efterår
- Den daglige ledelse varetages af Aase Eide, konstitueret leder, som desuden varetager ledelsen på et andet af kommunens plejecentre
- Medarbejderne udgøres af en aktivitetsmedarbejder, en sygeplejerske, en køkkenmedarbejder, en pedel, fire social- og sundhedsassistenter, 21 social- og sundhedshjælpere, en ufaglært medarbejder samt studerende.
- På plejecentret ligger et åbent aktivitetscenter, der benyttes af områdets hjemmeboende ældre borgere
- Plejecentret har egen bus og en gruppe af frivillige er tilknyttet plejecentret og bidrager med at skabe aktiviteter og ture
- Maden leveres fra et centralkøkken i Brædstrup. På plejecentret bages brød og koges grøntsager.

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre journaler
- Der var interview med tre borgere
- Der var interview med leder Aase Aide
- Der var interview med tre medarbejdere
  - Aktivitetsmedarbejder
  - Social- og sundhedshjælper
  - Social- og sundhedsassistent
- Der blev foretaget observation i plejeenhedens fællesområder – herunder aktivitetscentret
- Afsluttende opsamling blev givet til medarbejderne, leder Aase Aide samt funktionsleder Grethe Therkelsen
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulent Tina Kolding og Sidsel Rohde.

## 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 27. november 2018 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Det er styrelsens samlede vurdering, at der på plejecentret er mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet.

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet målepunkter under temaerne *Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død; Trivsel og relationer og Målgrupper og metoder*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet ledelse og personale på plejeenheden var åbne og reflekterende og havde opmærksomhed på flere af de målepunkter, som ikke var opfyldt på tilsynet.

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

- At borgerne – så vidt muligt – hjælpes til at kunne leve det liv de ønsker; eksempelvis ved at borgerne hjælpes med at blive klar til og kender plejeenhedens aktiviteter
- At ledelsen sikrer, at borgernes ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet eksempelvis ved at fastlægge en procedure herfor
- At medarbejderne ved, hvordan de fremfinder borgernes ønsker til livets afslutning
- At medarbejderne kender og følger ledelsen fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne eksempelvis at plejeenhedens procedure for månedlig vejning af borgerne følges

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden vil være i stand til at rette op på de uopfyldte målepunkter ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet.

Styrelsen forudsætter, at plejeenheden opfylder ovenstående henstilling.

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

### **1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død**

Styrelsen har fundet, at der var tre målepunkter, som ikke var opfyldt, under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at en ud af tre borgere gav udtryk for, at hun ofte havde svært ved at deltage i de aktiviteter, hun ønskede, dels fordi hun ikke altid fik hjælp, så hun kunne være klar i tide, og dels fordi hun ikke altid fik hjælp til at skabe overblik over, hvornår de aktiviteter, hun gerne ville deltage i, foregik.

Det er styrelsens vurdering, at der var opmærksomhed på denne problematik, idet aktivitetsmedarbejderen havde planer om en indsats, der kunne hjælpe medarbejderne med overblik over, hvornår forskellige borgere skulle deltage i aktiviteter.

Medarbejderne redegjorde for, at de ved en indflytningssamtale, og løbende i dagligdagen, spurgte ind til borgernes baggrund, vaner og ønsker med henblik på at sikre borgernes selvbestemmelse og indflydelse på deres hverdag i plejeenheden.

Styrelsen fandt endvidere, at selvbestemmelse og værdighed blev understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden.

Styrelsen fandt, at medarbejderne havde de fornødne kompetencer i forhold til pleje ved livets afslutning. Der var ikke en fastlagt procedure for, hvordan borgernes ønsker til livets afslutning blev indhentet eller kunne fremfindes, hvor det var aktuelt. Det blev på tilsynet drøftet, at plejeenheden med fordel kunne udarbejde en procedure for, hvordan medarbejderne kunne fremfinde eventuelle ønsker til livets afslutning.

### **2. Trivsel og relationer**

Styrelsen fandt, at et af målepunkterne under dette tema ikke var opfyldt, idet én ud af tre borgere gav udtryk for, at hun ofte havde svært ved at deltage i de aktiviteter hun ønskede, dels fordi hun ikke altid fik hjælp, så hun kunne være klar i tide og dels fordi hun ikke altid fik hjælp til at skabe overblik over, hvornår de aktiviteter hun gerne ville deltage i foregik.

Det er styrelsens vurdering, at der var opmærksomhed på denne problematik og plejecentrets aktivitetsmedarbejder havde planer om en indsats, der kunne hjælpe medarbejderne med overblik over hvornår forskellige borgere skulle deltage i aktiviteter.

Styrelsen fandt, at de øvrige målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at de fleste borgere udtrykte, at de blev understøttet i at leve det liv, som de ønskede og fik mulighed for tilbud om at deltage i mange forskellige aktiviteter. Eksempelvis et arrangement i en hal med underholdning af en kendt sanger samt mad og fri bar for alle kommunens borgere, der boede på plejecentre.

Styrelsen har fundet at plejeenheden havde fokus på at sikre et godt samarbejde med de pårørende, der for eksempel kan deltage i et beboer/pårørenderåd, ligesom de pårørende løbende holdes informerede og inviteres til dialog efter behov.

Der blev ikke foretaget interview med pårørende under tilsynet.

### **3. Målgrupper og metoder**

Styrelsen har fundet, at et målepunkt under dette tema ikke var opfyldt. Styrelsen fandt, at i en ud af tre stikprøver var en borger ikke blevet vejet månedligt, som det ellers var plejeenhedens procedure.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden havde arbejdsgange og metoder, der kunne sikre en relevant pleje og omsorg til borgere med demens, psykisk sygdom og misbrug. Medarbejderne kom på demens kurser og gjorde ved behov brug af ekstern viden fra for eksempel demens konsulenter og andre relevante fagpersoner. Plejeenheden arbejdede med socialpædagogiske handleplaner og forebyggede derved magtanvendelse. Der blev ikke ved tilsynet foretaget interview med borgere eller pårørende i målgruppen: Borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug.

I vurderingen er der ligeledes lagt vægt på, at medarbejderne havde fokus på eventuelle ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand ved hjælp af daglig triagering, og de lavede screeninger og målinger efter behov. Desuden foretog de fire gange årligt journalaudit og lavede helhedsvurderinger af borgernes tilstand. Ved disse indsatser arbejdede medarbejderne med at forebygge funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne.

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

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema er opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer til at varetage borgernes behov samt at medarbejderne, på baggrund af et kompetenceskema, kendte og fulgte ansvars- og opgavefordelingen. Der forelå introduktionsmateriale til sikring af oplæring af nye medarbejdere.

For at sikre en fortsat rekruttering af nye medarbejdere til plejeområdet, havde kommunen igangsat et projekt, hvor 16-18 årige blev ansat til at lave aktiviteter med borgerne med henblik på, at de unge kunne få lyst til at uddanne sig inden for plejen.

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

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema er opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden havde en dokumentationspraksis, der indbefatter, at medarbejderne dagligt dokumenterede relevante observationer, samt de fund og aftaler, der vedrørte den daglige triagering. Medarbejderne kunne ved behov komme på læse/skrive kurser med henblik på at kunne dokumentere relevant.

Plejeenheden gennemførte systematisk journalaudit fire gange om året for at sikre, at praksis for dokumentation blev fulgt og journaler altid var opdateret.

#### **6. Aktiviteter og rehabilitering**

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema er opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at medarbejderne arbejdede med hjælp til selvhjælp for at understøtte, at borgerne kunne opretholde deres funktionsevne. Det blev drøftet, at plejeenheden med fordel yderligere kunne inddrage borgerne i hverdagsaktiviteter som for eksempel selv at øse maden op.

Medarbejderne kunne efter behov rette henvendelse til fysioterapeut og ergoterapeut med henblik på igangsætning af rehabiliterings- og træningsforløb til borgerne. Disse indsatser blev fulgt op i den daglige hjælp og omsorg hos borgerne.

Ingen af borgerne i stikprøverne indgik i et aktuelt rehabiliteringsforløb eller træningsforløb under tilsynet.

Styrelsen fandt, at borgernes behov for aktivitet blev afdækket, og at borgerne blev tilbudt mange forskellige aktiviteter. Det blev drøftet, at plejeenheden med fordel kan arbejde med en bedre afstemning af tidspunkter for plejen for at sikre, at borgerne kan nå at komme til de udbudte aktiviteter samt sikre, at alle borgere kan hjælpes med at få overblik over aktivitetstilbuddene.

# 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		En ud af tre borgere fortalte at hun ofte havde svært ved at deltage i de aktiviteter hun ønskede, dels fordi hun ikke altid fik hjælp, så hun kunne være klar i tide og dels fordi hun ikke altid fik hjælp til at skabe overblik over, hvornår de aktiviteter hun gerne ville deltage i foregik.
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  B2. At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning	x	x		Der var ikke en fastlagt procedure for, hvordan borgernes ønsker til livets afslutning blev indhentet.
C	C1. At relevante medarbejdere kan redegøre for udførelse af pleje af borgere ved livets afslutning  C2. At medarbejdere kan redegøre for, hvordan de fremfinder borgernes ønsker til livets afslutning	x	x		Der var ikke en fastlagt procedure for, hvor eller hvordan man kunne fremfinde eventuelle ønsker til livets afslutning

## 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  A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov		x	x	En ud af tre borgere fortalte at hun ofte havde svært ved at deltage i de aktiviteter hun ønskede, dels fordi hun ikke altid fik hjælp, så hun kunne være klar i tide og dels fordi hun ikke altid fik hjælp til at skabe overblik over, hvornår de aktiviteter



					hun gerne ville deltage i foregik.
B	B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel  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  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 funktionsnedsættelser (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	x			

	hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer				
E	At borgere med kognitive funktionsevnedesættelser (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 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		I en ud af tre stikprøver, var en borger ikke blevet vejet månedligt, som det ellers var plejeenhedens procedure Social- og sundhedsassistent
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			x	
			x	
B	x			
	x			
C	x			
D			x	
			x	
			x	
			x	

	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte				
--	---	--	--	--	--

## 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  D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret			x 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  A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter	x x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgere tilknyttet plejeenheden og eventuelt pårørende bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger	x			
C	C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter	x			

	C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter	x			
--	---	---	--	--	--

## 4. Begrundelse for tilsynet

---

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

Formålet med tilsynet er at styrke det social- og plejefaglige tilsyn på ældreområdet samt vurdere om den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, den enkelte plejeenhed yder, har den fornødne kvalitet. Formålet er også at bidrage til læring i forhold til den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, der ydes i de enkelte plejeenheder.

I bekendtgørelsen<sup>2</sup> er der fastlagt følgende seks temaer, som tilsynet skal omfatte i forhold til at afdække den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en 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-aeldreområdet/>

---

<sup>11</sup> <https://www.regeringen.dk/media/4365/satspuljeaftaletekst-paa-aeldreomraadet.pdf>

<sup>2</sup> Bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med ældreplejen



# 5. Vurdering af plejeenheden

---

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

- Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet vurdering af den fornødne kvalitet med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter. Styrelsens vurdering er baseret på de forhold, der var til stede ved det aktuelle tilsyn 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.