



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Ældretilsynet tilsynsrapport 2019

Plejecentret De Gamles Gård

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Plejecentret De Gamles Gård
Køningsfeldtsvej 7

9550 Mariager

CVR- eller P-nummer: 1003355342

Dato for tilsynet: 20-08-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord
Sagsnr.: 5-9514-226/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Plejecentret De Gamles Gård er en kommunal plejeenhed med 26 almene plejeboliger. Aktuelt bor der 18 borgere i plejeenheden. Målgruppen på plejeenheden er ældre borgere med både somatiske, psykiske og kognitive funktionsevnedssættelser med en overvejende andel af borgere med komplekse problemstillinger i forhold til misbrug og psykiatriske diagnoser
- Den daglige ledelse varetages af centerleder Charlotte Pil, som også er leder af Plejecentret Fjordvang i kommunen
- Plejeenheden har ansat seks social- og sundhedsassistenter, 12-15 social- og sundhedshjælpere og der er tilknyttet to sygeplejersker med et fast timeantal i forhold til plejeenheden, således at der er en sygeplejerske tilstede tirsdage samt nogle timer torsdage. Der kommer fast en fysioterapeut x to ugentlig i fire timer. Derudover er der ansat køkkenpersonale og en pedel. Der kommer en musikterapeut en gang om ugen. Ergoterapeut og hjemmesygeplejen kan tilkaldes ad hoc
- Plejeenheden har derudover ansat faste afløsere, som benyttes ved behov og i ferieperioder, hvorfor ekstern vikarbureau benyttes i et begrænset omfang. Plejeenheden har udfordringer med rekruttering af personale, særligt social- og sundhedsassistenter, men oplever også begyndende problemer med rekruttering af social- og sundhedshjælpere.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet en pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Centerleder Charlotte Pil
 - Kommunes fagkonsulent og uddannelsesansvarlig deltog også i ledelsesinterview
- Der blev foretaget interview med ni medarbejdere
 - Social- og sundhedshjælpere
 - Social- og sundhedsassistenter
 - Sygeplejerske
 - Social- og sundhedshjælperlev
- Der blev foretaget observation ved, at besøge borgerne i deres bolig og en tilsynsførende bevægede sig rundt i plejeenheden
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til Centerleder Charlotte Pil og kommunens fagkonsulent
- Tilsynet blev foretaget af: Tilsynskonsulenterne Annalise Kjær Petersen og Jane Filtenborg Bjerregaard.

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget en handleplan af den 18. oktober 2019, som opfylder styrelsens henstillinger. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 20-08-2019 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: *Selvbestemmelse og livskvalitet, Målgrupper og metoder, Procedurer og dokumentation og Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldte.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet der var mangler i den social- og plejefaglige dokumentation i to journaler ud af tre. Medarbejderne gav udtryk for usikkerhed i forhold til, hvordan den social- og plejefaglige dokumentation skulle udføres, idet der ikke var udarbejdet overordnede arbejdsgangsbeskrivelser i forhold til opgaven.

Endvidere er der i vurderingen lagt vægt på den dokumentationsmæssige problematik, hvor plejeenheden ikke havde adgang til de kommunale samarbejdspartners, herunder terapeuternes, beskrivelser af formål og løbende dokumentation i forhold til eventuelle ændringer i borgernes forløb.

Derudover er det styrelsens vurdering, at plejeenheden havde en praksis, der understøttede arbejdet med relevante social- og plejefaglige indsats i relation til borgerens ressourcer og udfordringer med fokus på borgerens livshistorie.

Endvidere tilkendegav borgere og pårørende generel tilfredshed med den hjælp, pleje og omsorg, der blev ydet af plejeenheden.

Styrelsen har yderligere lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere var åbne og reflekterende og indgik aktivt i dialog med tilsynet om de målepunkter, som ikke var opfyldte ved tilsynet.

Fundene ved tilsynet giver dog anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed henstiller, at plejeenheden udarbejder en handleplan for, hvordan plejeenheden vil sikre, at følgende henstillinger opfyldes:

- At plejeenheden sikrer, at medarbejdere kan fremfinde borgernes ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer, at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom, og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer (målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at der fastlægges en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens aktuelle ressourcer og udfordringer bliver beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser bliver beskrevet (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer en sammenhængende og helhedsorienteret social- og plejefaglig indsats i relation til borgernes genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb, hvor plejeenheden har adgang til og kender målene for genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbene, samt sikrer adgang til løbende ændringer dokumenteret i forhold til borgerens forløb (målepunkt 6.2)

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har vurderet, at et målepunkt under dette tema, ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden ikke havde en systematisk arbejdsgang for dokumentation af borgerens eventuelle ønsker til livets afslutning, hvorfor dette ikke fremkom entydigt i journalsystemet og medarbejderne kunne derfor ikke fremfinde denne dokumentation.

I vurderingen er der endvidere lagt vægt på, at borgere og en pårørende over for tilsynet gav udtryk for, at de oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv og i dagligdagen på plejeenheden.

Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at der ved indflytning var en samtale med borgeren og eventuelle pårørende for at få bedst muligt kendskab til borgerens livshistorie, vaner og ønsker, og disse oplysninger fremgik af dokumentationen.

En pårørende og medarbejdere gav udtryk for, at man tog hensyn til borgernes ønsker og behov og så vidt mulig planlagde hjælpen efter disse. Det er således styrelsens vurdering, at plejeenheden tog individuelle hensyn og så vidt muligt imødekom borgerens individuelle ønsker.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for at varetagelse af pleje og omsorg ved livets afslutning foregik i et tværfagligt samarbejde i de konkrete situationer. Indhentelse af borgerens ønsker til livets afslutning skete ad hoc i forbindelse med dette samarbejde. Der manglede systematik for, hvordan borgerens eventuelle ønsker til livets afslutning blev dokumenteret i journalsystemet. Under tilsynet blev vigtigheden af det kontinuerlige fokus på samtalen om borgerens eventuelle ønsker til livets afslutning og dokumentationen deraf drøftet.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema, var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgere og en pårørende ved interview fortalte, at de oplevede, at der blev givet den hjælp, som borgeren ønskede, og som den pårørende oplevede, at der var behov for. Borgere og en pårørende gav udtryk for, at de oplevede, at der var en god tone og kultur i plejeenheden, og at den enkeltes ønsker og behov blev respekteret. Dette fremgik også ved tilsynets observationer.

Lederen redegjorde for plejeenhedens kontinuerlige fokus på samarbejde med pårørende og, at nærhed og relationsarbejde blev prioriteret i dagligdagen. Der var mulighed for at deltage i faste arrangementer, for eksempel fælles ugentlig formiddagskaffe, hvor borgere og medarbejdere deltog, som en relationsskabende mulighed for borgerne. Der var frivillige tilknyttet plejeenheden, som var behjælpelige med forskellige aktiviteter i plejeenheden, men lederen oplyste, at det var svært at få tilknyttet frivillige til plejeenheden. Der var etableret samarbejde med Højskolen i lokalområdet samt mulighed for at benytte en fælles bus til forskellige aktiviteter.

Medarbejderne gav udtryk for, at de i det daglige arbejde, bestræbte sig på, inden for de givne rammer, at tilgodese borgernes individuelle ønsker. Der var opmærksomhed på at flytte rundt på planlagte opgaver, som en medvirkende faktor til at skabe rammerne for at imødekomme borgernes spontant opståede ønsker bedst mulig.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden understøttede den enkelte borgers trivsel og relationer til pårørende samt til det omgivende samfund, og at den enkeltes ønsker og behov blev respekteret og om muligt opfyldt.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldte under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at der ved en journalgennemgang omhandlende en borger med kognitive funktionsevnedesættelser ikke var beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer. Medarbejderne kunne dog mundtligt redegøre for en praksis, hvor man arbejdede med at imødegå og mundtlig videregive borgerens særlige behov i forhold til hjælp, omsorg og pleje i relevante situationer. Ved gennemgang af anden borgers journal blev konstateret, at ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevnetilstand ikke var opdateret, og dermed fremstod den social- og plejefaglige dokumentation ikke aktuel og opdateret i forhold til den social- og plejefaglige hjælp, der blev ydet til borgeren.

Endvidere har styrelsen lagt vægt på, at alle medarbejdere havde modtaget undervisning inden for demensområdet, og plejeenheden havde haft demensrejsehold tilknyttet med henblik på kompetenceudvikling. Dette havde resulteret i en struktur med ressourcepersoner i plejeenheden, hvor nogle af medarbejderne havde erhvervet mere viden inden for området, og dette bidrog til faglig sparring medarbejderne imellem. Derudover var der etableret et konstruktivt samarbejde med gerontopsykiatrien, som kunne bruges til faglig sparring omkring plejen af borgere med særlige komplekse problemstillinger. Lederen oplyste, at der blev tilbudt supervision til medarbejderne ad hoc. Medarbejderne oplevede stor gavn af dette tilbud, og gav udtryk for ønsket om, at dette kunne blive et fast tilbud i plejeenheden.

Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at man i plejeenheden havde fokus på faglige arbejdsmetoder, arbejdsgange og på videndeling, med særlig fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand. Der blev afholdt triagemøde en gang ugentligt samt kontinuerlige teammøder med

gennemgang af borgernes situation. Der var udpeget nøglepersoner inden for forskellige områder for eksempel i forhold til registrering af faldforebyggelse. Der blev under tilsynet drøftet udfordringer ved for personafhængige arbejdsgange, eksempelvis i forhold til faldregistrering og opfølgning.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden anvendte relevante faglige metoder. Styrelsen vurderer dog, at den manglede dokumentation betød, at grundlaget for at kunne yde en sammenhængende social- og sundhedsfaglig indsats til borgerne, blev for sårbar og dermed for personafhængelig i relation til den enkelte medarbejder og dennes kompetencer.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det i interview med lederen fremgik, at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver. Plejeenheden havde ansat faste afløsere og der blev i meget begrænset omfang benyttet eksterne vikarer. Der var rekrutteringsudfordringer i forhold til social- og sundhedsassistenter.

Lederen oplyste, at plejeenheden havde tilknyttet fast læge, og denne ordning omfattede også undervisning af plejepersonalet en gang om måneden inden for forskellige faglig relevante emner.

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

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema, ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der ved to ud af tre journalgennemgange manglede opdaterede beskrivelser af relevante afledte social- og plejefaglige indsatser. Styrelsen har yderligere lagt vægt på, at der i plejeenheden generelt var manglede systematik og entydighed i den social- og plejefaglige dokumentation af, hvilke oplysninger, der skulle fremgå hvor i systemet. Ledelsen havde fokus på problematikken, og ved tilsynet blev drøftet behovet for overordnede arbejdsgangsbeskrivelser i forhold til den social- og plejefaglige dokumentation i omsorgssystemet. Alle medarbejdere havde deltaget i undervisning i systemet, men medarbejderne gav udtryk for usikkerhed i forhold til den social- og plejefaglige dokumentationspraksis.

Det er styrelsens vurdering, at det er afgørende, at der sker den nødvendige dokumentation med henblik på at sikre en forsvarlig og sammenhængende social- og plejefaglig indsats til borgeren. I forhold til borgerens hverdag samarbejder mange forskellige aktører om at hjælpe og understøtte borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje. Dokumentationen i omsorgsjournalen bør derfor på systematisk vis afspejle borgernes ressourcer, og evne til at medvirke i opgaveløsningen.

Tilsynet vurderer, at det er vigtigt, at det sikres, at alle ændringer i borgerens tilstand og funktionsniveau, som kan medføre ændringer i borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje, bliver registreret og videregivet til de relevante aktører. Dermed er dokumentationen en sikring af, at enhver medarbejder kan varetage relevant hjælp, omsorg og pleje til borgerne ud fra den faglige beskrivelse i dokumentationen.

Under gennemgangen af journaler var medarbejderne meget åbne, reflekterende og lyttende i forhold til den vejledning, styrelsen gav i forbindelse med fyldestgørende data som grundlag for at sikre sammenhængende dokumentation. Deltagelse af kommunes kvalitetskonsulent var ligeledes medvirkende til videreformidling af kommunens overordnede arbejde i forhold den social- og plejefaglige dokumentationspraksis.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at det tværfaglige samarbejde i forhold til borgernes genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb blev udfordret af en dokumentationsmæssig problematik, hvor plejeenheden ikke havde adgang til de kommunale terapeuternes beskrivelser af formål og eventuelle ændringer i forhold til borgernes forløb. Overleveringen fra terapeut skete mundtligt og ad hoc i forhold til de enkelte borgere. Det er styrelsens vurdering, at adgang til kommunale samarbejdspartners dokumentation, har betydning for at sikre en forsvarlig og sammenhængende social- og plejefaglige indsats. Ligesom det derigennem kan danne grundlaget for at understøtte borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje samt muliggøre, systematisk opfølgning på de færdigheder, som borgeren har brug for i sine daglige gøremål ved at inddrage træningselementer og aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.

Der var i plejeenheden tilknyttet en fysioterapeut i forhold til rehabilitering og træning til borgerne. Det var primært plejepersonalet, som fik faglig sparring og instruktion i forhold til varetagelse af vedligeholdelsestræning hos borgeren, da en mulig træningsindsats byggede på at "udnytte" de tidpunkter, hvor det var muligt at få motiveret borgeren til dette.

Medarbejderne tilkendegav, at de generelt arbejdede med en hverdagsrehabiliterende tilgang hvor medarbejderne tog afsæt i deres kendskab til den enkelte borger, samt havde fokus på borgernes fortsatte mulige udvikling eller fastholdelse af funktioner.

Der var i plejeenheden ikke borgere visiteret til tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb jævnfør servicelovens § 83a, hvorfor det er noteret som uaktuelt i målepunktet

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 borgeres 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		Der manglende systematik for, hvor dette skulle dokumenteres i omsorgssystemet og dermed kunne medarbejder ikke fremfinde dette.

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		<p>I en journal manglende fyldestgørende beskrivelser af borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje i relevante situationer.</p> <ul style="list-style-type: none"> F.eks. hvordan personalet bedst kunne imødekomme borgerens behov i situationer, hvor en borger blev verbal udadreagerende, herunder hvordan personalet skulle trække sig i bestemte situationer for at undgå, at situationen eskalerede.
E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur at borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller	x			

	misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger.				
--	---	--	--	--	--

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		I en ud af tre journaler manglede opdaterede funktionsevnevurdering. <ul style="list-style-type: none"> F.eks. at borgeren havde usikker gangfunktion og registreret fald, men der

					manglede opfølgning
--	--	--	--	--	---------------------

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		Der manglede overordnede arbejdsgangsbeskrivelser for den social- og plejefaglige dokumentation
	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		Der manglede arbejdsgangsbeskrivelser for den social- og plejefaglige dokumentation og deraf usikkerhed hos medarbejderne i forhold til hvor og hvad der skulle dokumenteres
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger		x		I en ud af tre journaler var manglende opdaterede funktionsevnevurdering <ul style="list-style-type: none"> F.eks. at en borger havde usikker gangfunktion
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet		x		I en journal var manglende beskrivelse af faglig metode og arbejdsgang over for borgeren i forhold til hjælp, omsorg og pleje i relevante situationer.
	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)				
	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		Plejepersonalet oplyste at de ikke havde adgang til terapeuternes notater
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret		x		Plejepersonalet kunne ikke se de løbende ændringer i forhold til borgerens træningsforløb.

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 borgere 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.