



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Ældretilsynet Tilsynsrapport Ingeborggården Plejeboliger

Reaktivt tilsyn, 2022

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

**Ingeborggården Plejeboliger
Troels-Lunds Vej 27
2000 Frederiksberg**

CVR- nummer: 11259979 P-nummer: 1021886579 SOR-ID: 1046451000016000

Dato for tilsynsbesøget: 09-08-2022

**Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 35-2511-506**

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 13. maj 2022 modtaget en bekymringshenvendelse fra en pårørende omhandlende de social- og plejefaglige forhold på plejehjemmet Ingeborggården.

På baggrund af bekymringshenvendelsen besluttede Styrelsen for Patientsikkerhed, at gennemføre et ældretilsyn på Ingeborggården den 9. august 2022, for at foretage en vurdering af, om den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, som plejeenheden yder efter servicelovens §§83-87, er af fornøden kvalitet.

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på de seks temaer i målepunkterne for ældretilsynet januar 2021:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død
- Borgernes trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedurer og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

Ved tilsynet den 9. august 2022 blev hele målepunktsættet for Ældretilsynet 2021 anvendt, og alle målepunkter blev gennemgået.

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Ingeborggården har 145 boliger fordelt på to adresser: 90 boliger er beliggende på Troels- Lunds Vej og 55 boliger er beliggende på Nimbusparken. Tilsynet blev udelukkende foretaget på Troels- Lunds Vej, hvor de 90 boliger er fordelt på tre afdelinger. Fem af de 90 boliger er flexpladser.
- Den daglige ledelse varetages af plejhjemsleder Pia Morilla, fire afdelingssygeplejersker og to teamledere.
- På plejeenheden er der ansat 36 social- og sundhedshjælper, tre sygeplejersker, 41 social- og sundhedsassistenter, to fysioterapeuter, to ergoterapeuter. Herudover er der tilknyttet produktionskøkken, teknisk service og administration. Fra 1. august 2022 er der nedsat en stabsfunktion.
- Plejeenheden har ansat timelønnede afløsere men anvender også eksterne vikarer ved behov. Både faste afløsere og vikarer har koder og adgang til omsorgssystemet CURA.
- Plejeenheden har ressourcepersoner indenfor forskellige områder blandt andet demens, ernæring, inkontinens, palliation og sårpleje og plejeenheden har tilknyttet plejhjemslæger.
- Plejeenheden har tæt samarbejde med kommunens konsulenter og det udekørende team samt hjemmeplejen.
- Plejeenheden er uddannelsessted for social- og sundhedshjælper elever, social- og sundhedsassistent elever og sygeplejestuderende.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre omsorgsjournaler, samt en ekstra omsorgsjournal udelukkende med henblik på dokumentation af forebyggelse af magtanvendelse
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet tre pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - plejhjemsleder Pia Morilla
 - tre afdelingssygeplejersker
 - to teamledere
- Der blev foretaget interview med 4 medarbejdere
 - En social og sundhedshjælper
 - En sygeplejerske
 - En ergoterapeut
 - En social og sundhedsassistent
- Ved tilsynet deltog pårørende konsulent og sygeplejefaglig kvalitetskonsulent fra Frederiksberg kommune
- Der blev foretaget observation ved ophold på plejecenteret, ved besøg i borgernes eget hjem samt ved deltagelse i frokosten på to forskellige afdelinger
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til ledelsen og medarbejdere, samt konsulenter fra Frederiksberg kommune
- Tilsynet blev foretaget af specialkonsulent Susie Poulsen, oversygeplejerske Helle Dorte Christiansen og oversygeplejerske Alice Ordrup deltog som observatør.

3. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i høringsperioden modtaget jeres bemærkninger angående ændringer til de faktuelle forhold beskrevet i rapporten. Ændringerne er tilrettet i rapporten, men det giver os ikke anledning til at revidere vores vurdering af målepunktsopfyldelse ved tilsynet.

Vi har modtaget jeres handleplan af den 14. september 2022, som vi vurderer opfylder vores henstillinger.

Vi afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 09-08-2022 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Baggrunden for vurderingen er, at der var uopfyldte målepunkter under temaerne

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død
- Målgrupper og metoder
- Borgers trivsel og relationer
- Procedurer og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

Det er vores vurdering, at de uopfyldte målepunkter har betydning for den fornødne kvalitet, idet vi konstaterede problemer med plejeenhedens dokumentation, borgernes selvbestemmelse, værdighed, pårørendesamarbejde samt målfastsættelse og mangelfulde aktivitetstilbud.

Styrelsen har i vurderingen lagt vægt på, at der i en ud af tre stikprøver ikke forelå en udredning eller opfølgning på en borger som havde tryksår, samt at der i de foretagne stikprøver var sparsom dokumentation af mentale funktioner hos borgere med kognitiv funktionsnedsættelse. Ligeledes var der mangler i dokumentationen, som relaterede sig til manglende dokumentation af aftaler indgået med pårørende og mangelfuld dokumentation af ændringer og opfølgning af tryksår samt mentale udfordringer.

Det er styrelsens vurdering, at mangelfuld social- og plejefaglig dokumentation har betydning for den fornødne kvalitet i forhold til kontinuitet i hjælp, omsorg og pleje, intern kommunikation i plejeenheden og til afløsere, kommunikation med eksterne samarbejdspartnere samt ved hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået ændring i borgernes funktionsevne eller helbredstilstand. Manglende beskrivelse af indsatser og tiltag, kan have betydning for, om der hos borgerne ydes hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres nedsatte funktionsevne og deres særlige behov, uanset om det er faste medarbejdere eller afløsere, som yder hjælp, pleje og omsorg hos borgerne.

Styrelsen for Patientsikkerhed har i vurderingen lagt vægt på, at plejeenheden ikke i det fornødne omfang understøttede borgernes selvbestemmelse og trivsel, idet en borger ikke oplevede at have indflydelse på hvornår hun fik hjælp til personlig pleje om morgenen. Det er styrelsens vurdering at borgernes manglende indflydelse på tidspunktet for hvornår der ydes hjælp, har betydning for den fornødne kvalitet, da borger derved ikke sikres en mulighed for selvbestemmelse og medindflydelse igennem hele døgnet, og plejeenheden ikke i det fornødne omfang understøttede borgernes selvbestemmelse og trivsel i hverdagen.

Styrelsen har herudover lagt vægt på, at tre ud af tre pårørende ikke oplevede at blive inddraget og lyttet til i det for de pårørende fornødne omfang, samt at to borgere og pårørende ikke oplevede at blive inddraget i samarbejdet omkring meningsfulde aktiviteter eller mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte. Vi har endvidere lagt vægt på, at aftaler med pårørende ikke konsekvent var dokumenteret i omsorgsjournalen.

Det er styrelsens vurdering, at manglende inddragelse af pårørende har betydning for borgernes værdighed, selvbestemmelse og pleje samt pårørendes oplevelse af respekt og imødekommenhed, og kan have betydning for borgers oplevelse af indflydelse og medinddragelse i eget liv. Ligeledes er det vores vurdering, at det kan medføre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, at der ikke er implementeret tydelige arbejdsgange indhentning af oplysninger om hvilke aktiviteter borgerne finder meningsfulde samt og for inddragelse af borger i målfastsættelsen af den personlige og praktiske hjælp med aktiverende sigte.

Vi har i vurderingen videre lagt vægt på, at borgerne gav udtryk for at opleve tryghed ved at tale med medarbejderne omkring eventuelle ønsker til livets afslutning, og at ledelse og medarbejdere kunne redegøre for en sammenhængende praksis, hvor pleje af borgeren og trivsel var i fokus. Pårørende oplyste tillige, at de blev inddraget i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov i forbindelse med ønsker til livets afslutning.

Ledelse og medarbejderne kunne redegøre for, hvilke faglige metoder de anvendte i forhold til borgere med kognitive udfordringer, herunder redegøre for hvilke metoder, der kunne anvendes til at forebygge eventuel brug af magtanvendelse, fraset dokumentation hos borger med kognitive udfordringer, hvor de mentale behov ikke var beskrevet fyldestgørende.

Vi har desuden vurderet, at plejeenhedens organisering understøttede kerneopgaverne, samt at plejeenheden havde arbejdsgange og metoder, der sikrede en rehabiliterende tilgang og sammenhængende indsatser i hjælp, pleje og omsorg til borgerne. Ligeledes har vi lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere kunne redegøre for, hvordan borgerne havde mulighed for sociale kontakter.

Ledelse og medarbejdere, som deltog på tilsynet, var reflekterende og imødekommende. Medarbejderne havde et godt kendskab til borgerne og deres generelle behov for pleje, hjælp og omsorg, og de kunne

således redegøre for, hvordan de i samarbejde med den enkelte borger planlagde og udførte opgaverne, så flest mulige færdigheder blev bevaret

Ovenstående giver anledning til, at vi samlet vurderer, at der på plejeenheden er mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet.

Tematisk fremstilling af den samlede vurdering

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Vi vurderer, at et målepunkt ikke var opfyldt under dette tema, hvilket medfører en henstilling.

Ved samtale med borger og pårørende fremgik det, at en ud af tre borgere ikke fik hjælp til personlig pleje til det aftalte tidspunkt, og at pårørende gentagne gange var kommet på besøg om formiddagen (efter kl 10) hvor borger lå i sengen iført nattøj, trods aftaler om at borger skulle have hjælp ved 8- tiden. Herudover havde både borger og pårørende oplevet, at der gik lang tid fra borger havde tilkaldt hjælp, indtil hjælpen kom (op til 45 minutter skulle borger vente på hjælp).

To borgere havde oplevet, at der var vikarer/afløsere som talte "grimt" til borger og ikke havde en hensigtsmæssig tone og adfærd. Det er styrelsens vurdering, at den uhensigtsmæssig tone og adfærd har betydning for borgernes værdighed, selvbestemmelse og pleje, ligesom en oplevelse af lang ventetid på hjælpen og manglende indflydelse på egen hverdag, kan have betydning for borgers oplevelse af indflydelse og medinddragelse i eget liv. Ledelsen redegjorde for en praksis med håndtering af medarbejdere, afløsere og vikarer, som ikke havde en hensigtsmæssig adfærd og tone. Ledelsen oplyste, at de kendte til de ovennævnte episoder og redegjorde for, at der var blevet og blev handlet hvis medarbejdere, vikarer eller afløsere ikke havde de samme værdier, adfærd og tone som der var ønsket i plejeenheden.

Medarbejderne redegjorde for, at borgernes ønsker og behov så vidt muligt blev imødekommet, ligesom ledelsen redegjorde for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme borgernes medindflydelse og selvbestemmelse i hverdagen. Plejeenheden havde samtaler med borgere og pårørende i forbindelse med indflytningssamtaler til fælles afstemning af forventninger i forhold til hverdagen, men to ud af tre pårørende havde ikke være inviteret til samtale.

I omsorgsjournalerne var der beskrivelser af borgernes vaner og ønsker, så alle medarbejdere kunne finde disse oplysninger. Det blev observeret under tilsynet, at medarbejderne havde fokus på værdighed og selvbestemmelse i mødet med borgeren.

Vi har også lagt vægt på, at plejeenheden havde relevante procedurer og arbejdsgange i forbindelse med en værdig død, og borgerne oplevede tryghed ved at tale med medarbejderne om den sidste tid. Plejeenhedens medarbejdere havde de fornødne kompetencer og kunne redegøre for pleje og omsorg ved livets afslutning, samt hvor i omsorgsjournalerne de kunne finde borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning.

2. Borgernes trivsel og relationer

Vi vurderer, at et målepunkt ikke var opfyldt under dette tema, hvilket medfører tre henstillinger.

En af de tre interviewede borgere og dennes pårørende gav udtryk for, at de ikke blev inddraget i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov, og en borger oplevede ikke, at hjælpen til personlig

pleje om morgenen kom på det aftale tidspunkt, samt at de pårørende ikke blev inddraget i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov.

Styrelsen konstaterede, at tre ud af tre pårørende ikke oplevede sig inddraget og lyttet til, i det for den pårørende fornødne omfang. Ledelsen redegjorde for, at man det seneste år på et afsnit havde forsøgt med indkaldelse til årlige samtaler med borgere, pårørende, ledelse og kontaktperson, for at fremme samarbejdet med de pårørende og forventningsafstemme samt sikre borgers medindflydelse og medbestemmelse. Ledelsen oplyste, at de havde haft god erfaring med dette, hvorfor der aktuelt var overvejelser i plejeenheden om at implementere dette på hele plejeenheden. Endvidere redegjorde ledelsen for, at der i Frederiksberg kommune var ansat en pårørende konsulent til understøttelse af samarbejdet med de pårørende. Ledelsen oplyste, at der blev udsendt informationsmails efter behov, mails til pårørende fra ledelsen, ligesom der blev afholdt pårørendemøder efter behov.

Styrelsen konstaterede ved gennemgang af omsorgsjournalerne, at der i to ud af tre omsorgsjournaler ikke var beskrivelser af aftaler, indgået med de pårørende og netværket, som havde betydning for den daglige hjælp og støtte. Det styrelsens vurdering at manglende dokumentation af aftaler indgået med de pårørende har betydning for, om aftaler kan tilgås af alle medarbejdere, og dermed have betydning for pårørendes og borgers oplevelse af indflydelse, tillid og respekt samt for borgers behov for hjælp, omsorg og pleje.

Ledelsen og medarbejderne redegjorde for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel og relationer til deres pårørende og øvrige netværk. Ledelsen redegjorde også for, at plejeenheden inddrog og samarbejdede med de pårørende, og at der på enheden var et bruger-pårørende råd, ligesom både ledelse og medarbejdere redegjorde for, at de understøttede borgernes deltagelse i det omgivende samfund, når borgerne havde et ønske om det.

3. Målgrupper og metoder

Vi vurderer, at tre målepunkter ikke var opfyldt under dette tema, hvilket medfører fire henstillinger.

Ved journalgennemgang fandt tilsynet i en ud af to stikprøver hos borgere med kognitiv funktionsnedsættelse, at der manglede en beskrivelse af målgruppens særlige behov i relevante situationer, da borgers mentale og psykiske udfordringer ikke var beskrevet. Herudover fandt tilsynet, at der i en ud af tre stikprøver ikke forelå en beskrivelse eller opfølgning på et tryksår. Ligeledes var der mangler i dokumentationen, som relaterede sig til manglende dokumentation af ændringer og opfølgning i borgerens tilstand.

Ved tilsynet konstaterede vi, mangler i den social- og plejefaglige dokumentation i forhold til dokumentation af forebyggende indsatser målrettet dårlig mundhygiejne og tryksår. Ledelsen og medarbejdere redegjorde for arbejds gange med systematisk anvendelse af screeninger, som braden score og vægt. Ledelsen redegjorde videre for anvendelse af bl.a. TOBS og "i sikre hænder". I plejeenheden blev der på to af de tre afdelinger afholdt tværfaglige triageringsmøder, hvor der var fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand og hvor alle borgere blev systematisk gennemgået. På den tredje afdeling blev der aktuelt ikke anvendt tiage som redskab, men der var daglige møder med fokus på ændringer hos borgerne. På alle tre afdelinger var der daglige møder, ligesom der var beboerkonferencer hver 6 uge, med deltagelse af relevante parter både internt og eksternt.

De interviewede borgere med kognitive funktionsnedsættelser og deres pårørende gav udtryk for, at hjælp, omsorg og pleje tog højde for borgernes særlige behov, og medarbejderne redegjorde for metoder i forhold til denne målgruppe.

Ledelsen redegjorde for relevante faglige metoder og arbejdsgange, der tilgodeså borgernes behov. Disse metoder og arbejdsgange var kendte af medarbejderne og blev anvendt i praksis, når de ydede hjælp, omsorg og pleje hos borgerne.

Ledelsen og medarbejderne redegjorde også for, at plejeenheden benyttede relevante metoder og arbejdsgange for at forebygge magtanvendelse.

Under tilsynet observerede vi, at medarbejdernes tone, adfærd og kultur afspejlede, at de tog højde for udfordringer hos borgere med funktionsevnenedsættelse.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Vi vurderer, at målepunktet var opfyldt under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at plejeenhedens tværfaglige organisering understøttede kerneopgaverne, idet der var en tydelig ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, elever/studerende og vikarer. Ledelsen redegjorde for, at de dagligt foretog fordeling af medarbejdere i forhold til deres kompetencer, og der var overlap mellem vagttagene for at sikre dialog mellem vagttag, videregivelse af relevant information og faglig viden. Ledelsen redegjorde videre for, at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer og fulgte ansvars- og opgavefordelingen.

Ledelsen oplyste, at der havde været en periode med rekrutteringsudfordringer, og at der var fokus på arbejdet med rekruttering af nye medarbejdere, ligesom plejeenheden havde en systematik i forhold til oplæring af nye medarbejdere i plejeenhedens opgaver, og i de værdier, som dannede grundlag for plejeenhedens indsatser hos borgerne. Der var fortløbende kompetenceudvikling i plejeenheden, og plejeenheden havde samarbejde med blandt andet demensrejseholdet fra Sundhedsstyrelsen.

5. Procedurer og dokumentation

Vi vurderer, at et målepunkt ikke var opfyldt under dette tema, hvilket medfører fire henstillinger.

Styrelsen konstaterede ved gennemgang af omsorgsjournalerne, at der i to ud af fire omsorgsjournaler ikke var beskrivelser af borgernes mentale ressourcer og begrænsninger, samt at der var en mangelfuld dokumentation af afvigelser og opfølgning på ændringer, ligesom vi konstaterede mangelfuld afdækning borgers behov for hjælp, omsorg og pleje og afledte indsatser af. Herudover konstaterede vi ved tilsynet, at medarbejdene ikke fulgte den planlagte dokumentationspraksis, da ikke alle dokumenterede ændringer og opfølgning herpå, på trods af, at det var den planlagte praksis.

Ledelsen redegjorde for plejeenhedens fastlagte praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, som understøttede sammenhængende indsatser, men denne praksis blev ikke fulgt konsekvent af alle medarbejdere. Medarbejderne oplyste, at der var nedskrevne retningslinjer for dokumentationspraksis som var tilgængelig på alle tre afdelinger.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Vi vurderer, at to målepunkter ikke var opfyldt under dette tema, hvilket medfører tre henstillinger.

To ud af de tre interviewede borgere og pårørende gav udtryk for, at de ikke havde haft samtaler med plejeenheden om, hvilke aktiviteter den enkelte borger fandt meningsfulde at deltage i, og de oplevede ikke at de blev inddraget i målfastsættelse for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte. Plejeenheden kunne derved ikke sikre, at de færdigheder, borgeren havde brug for i sine daglige gøremål, blev vedligeholdt.

Medarbejderne redegjorde for, at der var fokus på den gode indflytning, og at der var opmærksomhed på at der ved indflytningssamtalen blev afdækket hvad borgers interesser og vaner var. Der var mulighed for deltagelse af terapeuterne ved indflytningssamtale.

Både borgere og pårørende oplevede, at der i plejeenheden ikke var tilstrækkeligt med meningsfulde aktiviteter, til trods for at plejeenheden oplyste de havde fokus på at motivere og understøtte den enkelte borger i at deltage i og udføre meningsfulde aktiviteter, og at plejeenheden havde medarbejdere og frivillige, som sørgede for forskellige aktiviteter. Der var således ugeprogram med fælles aktiviteter, samt aktiviteter som blandt andet banko på de enkelte afdelinger, ligesom der også var en mandeklub som blev faciliteret af en frivillig hver anden uge, og en dameklub som mødtes hver 14. dag.

Ingen af de borgere, hvis omsorgsjournaler vi udtog til stikprøve, modtog indsatser efter § 83a eller §86, hvorfor dele af målepunkterne 6.1. og 6.3. er noteret som ikke aktuelt, men ledelsen og medarbejdere kunne redegøre for forløb i forhold til § 83a og §86.

4. Henstillinger

Henstillinger

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

Målepunkt	Henstillinger
1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet	• At plejeenheden sikrer, at borgerne oplever at have selvbestemmelse, medindflydelse og medinddragelse i eget liv gennem hele døgnet
2.1 Borgernes trivsel og relationer	• At plejeenheden medvirker til, at borgerne kan leve det liv, de ønsker • At plejeenheden sikrer, at pårørende bliver inddraget, og at der lyttes i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov • At plejeenheden sikrer, at aftaler af betydning for borgernes daglige, hjælp, pleje og omsorg er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation
3.1 Borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug	• At plejeenheden sikrer, at der hos borgere med demens, findes beskrivelser i den social- og plejefaglige dokumentation af den hjælp, pleje og omsorg, som ydes til disse borgere i relevante situationer
3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand	• At plejeenheden har fokus på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand • At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne, samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen
3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne	• At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af tryksår og dårlig mundhygiejne
5.1 Plejeeenhedens dokumentationspraksis	• At plejeenheden sikrer, at medarbejderne følger praksis for den social- og plejefaglige dokumentation • At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation i forhold til mentale funktioner • At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket og de afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation

	• At plejeenheden sikrer, at afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation
6.2 Borgere med behov for hjælp med aktiverende sigte efter §86	• At plejeenheden sikrer, at borgeren og eventuelt pårørende i videst muligt omfang oplever, at blive inddraget i, at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte
6.4 Tilbud om aktiviteter til borgere	• At plejeenheden sikrer, at der er en praksis for, at indhente borgernes ønsker til meningsfulde aktiviteter • At plejeenheden sikrer, at borgerne har mulighed for at, deltage i meningsfulde aktiviteter

5. Fund ved tilsynet

1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgerne oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv		X		En ud af tre borgere oplevede ikke at have indflydelse på hvornår hjælpen om morgenen kom. Borger vågnede ved 6- tiden og ønskede hjælp tidligt, men fik ofte først hjælp ved 10.30 tiden.
B	Ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	X			
C	Medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	X			
D	Borgernes vaner og ønsker er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation	X			
E	Selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden		X		To ud af tre borgere havde oplevet, at vikarer tale "grimt" og tale ned til borger. Begge borgere oplevede denne adfærd og tone som uværdigt og havde en

					betydning for borgernes oplevelse af manglende selvbestemmelse. Eksempelvis udtrykte den ene borger, at borger to gange havde oplevet nattevagts vikarer der ikke talte værdigt til borger, og var afvisende i deres kommunikation.
--	--	--	--	--	---

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgere oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om ønsker til livets afslutning	X			
B	B.1 Ledelsen kan redegøre for, hvordan borgernes ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet	X			
B	B.2 Ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje og omsorg ved livets afslutning.	X			
C	C.1 Medarbejderne kan redegøre for pleje og omsorg ved livets afslutning	X			
C	C.2 Medarbejderne kan redegøre for, hvor de finder borgernes eventuelle ønsker til livetsafslutning i den social- og plejefaglige dokumentation	X			

2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 Borgerne oplever - så vidt muligt - at få hjælp til at kunne leve det liv, de ønsker		X		En ud af tre borgere oplevede ikke, at få hjælp til at leve det liv de ønskede, da hjælpen ikke kom til den aftalte tid, og der kunne gå lang tid før hjælpen kom, når borger havde tilkaldt hjælp, hvilket borger fandt utrygt.
A	A.2 Pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov		X		Tre ud af tre pårørende opleve ikke at blive inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov. Eksempelvis oplyste en pårørende, at hun ikke kunne få oplyst om eller hvordan nattevagten tilså borger, og at medarbejderne ikke ville notere i en dialogbog som pårørende havde ønske om, da de oplyste ikke at have tid til dette. Samme pårørende og borger havde ønske om, at der ved indlæggelse var en medarbejder der fulgte med grundet borgers kognitive funktionsnedsættelse, dette kunne ifølge pårørende ikke imødekommes af plejepersonalet, som havde oplyst, at dette havde de ikke tid eller mulighed for. En anden pårørende oplyste, at den pårørende ikke vidste hvem der var kontaktperson for borger, der havde ikke været indflytningssamtale hvorfor pårørende manglede oplysninger om blandt andet muligheder for aktiviteter

					samt dialog om hvilke aktiviteter borgeren deltog i af aktiviteter. Den tredje pårørende oplyste det var svært at komme i kontakt med medarbejdere, og samme pårørende oplyste ikke at blive orienteret ved ændringer i borgers tilstand.
B	B.1 Ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejder med at understøtte borgernes trivsel	X			
B	B.2 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	C.1 Medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i deres behov og ønsker i omsorgen og plejen	X			
C	C.2 Medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til eventuelle pårørende og det omgivende samfund	X			
D	Aftaler der er indgået med de pårørende, som betyder noget for den daglige hjælp, pleje og omsorg, er		X		I to ud af tre omsorgsjournaler var der

	beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation				ingen beskrivelser af aftaler med de pårørende Eksempelvis var det i den ene omsorgsjournal ikke beskrevet at pårørende skulle kontaktes ved forværring i borgers tilstand
--	---	--	--	--	--

3.1 Borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgerne og eventuelt pårørende oplever, at borgerne får hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for de særlige behov.	X			
B	Ledelsen kan redegøre for de faglige metoder og arbejdsgange, der bliver brugt i plejeenheden.	X			
C	C.1 Medarbejderne kender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje.	X			
C	C.2 Medarbejderne bruger de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje.	X			
D	Målgruppens særlige behov for hjælp, omsorg og pleje er i relevante situationer beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.		X		Hos en ud af to borgere med kognitive udfordringer, var mentale og psyke behov for hjælp ikke beskrevet i omsorgsjournalen. Det fremgik således ikke af omsorgsjournalen hvordan plejepersonalet skulle tilgå borger for at yde hjælp,

					omsorg og pleje i relevante situationer.
E	Tone, adfærd og kultur afspejler, at borgerne får hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres funktionsevnenedsættelse.	X			

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås.	X			
B	B.1 Medarbejderne kender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for at forebygge magtanvendelse.	X			
B	B.2 Medarbejderne bruger plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for at forebygge magtanvendelse.	X			
C	Faglige metoder og arbejdsgange, der bliver brugt til at forebygge magtanvendelse hos konkrete borgere, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	X			

3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand.		X		Hos en borger havde de pårørende observeret og iværksat tiltag af et tryksår hos borgeren. Plejepersonalet var uvidende om tryksåret, hvilket den pårørende undrede sig over da borgeren fik hjælp til daglig personlig pleje og bad.
B	Ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.	X			
C	C.1 Medarbejderne kender ovennævnte arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.	X			
C	C.2 Medarbejderne bruger ovennævnte arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.	X			
D	Ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.		X		Hos to ud af tre borgere var der ingen beskrivelse af ændringer og opfølgninger af disse i borgernes omsorgsjournal. Eksempelvis var der i en omsorgsjournal en observation af et

					begyndende tryksår 20.2.2022, men der var ingen opfølgende dokumentation eller beskrivelse af tryk og indsats. Næste observation af tryksåret var d. 15. 6. 2022
--	--	--	--	--	---

3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgerne og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje er rettet mod at forebygge uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.	X			
B	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	C.1 Medarbejderne kender plejeenhedens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering,	X			

	inkontinens og dårlig mundhygiejne.				
C	C.2 Medarbejderne bruger plejeenhedens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.	X			
D	Social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation, hvor det er relevant.		X		Hos to ud af tre borgere hvor det var relevant, var der ingen beskrivelser af forebyggende indsatser målrettet tryksår og mundpleje i den social- og plejefaglige dokumentation

4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 Ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter kerneopgaverne.	X			
A	A.2 Ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage kerneopgaverne, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere.	X			
A	A.3 Ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende og vikarer.	X			
B	B.1 Medarbejderne kender ansvars- og opgavefordelingen.	X			
B	B.2 Medarbejderne følger ansvars- og opgavefordelingen	X			

5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 Ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, hvem der har ansvaret for at dokumentere, og hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne.	X			
A	A.2 Ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser.	X			
B	B.1 Medarbejderne kender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.	X			
B	B.2 Medarbejderne følger plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.		X		Medarbejderne fulgte ikke alle den planlagte dokumentationspraksis, da de ikke systematisk dokumenterede ændringer og opfølgning herpå
C	C.1 Borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.		X		I to ud af fire omsorgsjournaler var der ingen beskrivelse af borgernes mentale ressourcer og begrænsninger
C	C.2 Borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er		X		I to ud af fire journaler var borgers behov for hjælp,

	afdækket, og afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.				omsorg og pleje ikke afdækket og de afledte social- og plejefaglige indsatser ikke beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation i det fornødne omfang.
C	C.3 Afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.		X		Hos to ud af tre borgere var der ingen beskrivelse af afvigelser og opfølgning herpå i omsorgsjournalerne

6.1 Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter 83a

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet.			X	
B	Ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål.	X			
C	C.1 Medarbejderne kender plejeenhedens arbejdsgange for at gennemføre helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål.	X			

C	C.2 Medarbejderne følger plejeenhedens arbejdsgange for at gennemføre helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål.	X			
D	D.1 Ved opstart af rehabiliteringsforløb er en individuel vurdering med udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål samt en tidsramme for forløbet beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.			X	
D	D.2 Borgerens funktionsevne er ved afslutning af rehabiliteringsforløbet beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.			X	

6.2 Borgere med behov for hjælp med aktiverende sigte efter §83

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i videst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.		X		Hos to ud af tre borgere oplevede borgere og pårørende ikke at være blevet inddraget i målfastsættelse
B	Ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for	X			

	personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.				
C	C.1 Medarbejderne kender plejeenhedens arbejdsgange for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.	X			
C	C.2 Medarbejderne følger plejeenhedens arbejdsgang for at fastsætte af mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.	X			
D	Mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte er beskrevet i den social og plejefaglige dokumentation.	X			

6.3 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter §86

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål, er en del af forløbet ved genoptræning og vedligeholdelsestræning.			X	
B	Ledelsen kan redegøre for, hvordan forløb ved genoptræning og vedligeholdelsestræning bliver tilrettelagt og udført	X			

	helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgeres forløb.				
C	Medarbejderne kan redegøre for målene for forløbene ved genoptræning og vedligeholdelse hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og - aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.	X			
D	D.1 Formål med borgerens forløb ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.			X	
D	D.2 Ændringer i forhold til borgerens forløb ved genoptræning og vedligeholdelse er løbende beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.			X	

6.4 Tilbud om aktiviteter til borgere

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 Borgeren og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for borgeren.		X		Hos to ud af tre borgere havde der ikke været foretaget indflytningssamtale eller andre samtaler omkring hvilke aktiviteter borger fandt meningsfulde.

A	A.2 Borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter.		X		En ud af tre borgere oplevede ikke, at der var tilstrækkelige meningsfulde aktiviteter i plejeenheden.
B	Ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerne og eventuelt pårørende bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger.	X			
C	C.1 Medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter.	X			
C	C.2 Medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter.	X			

6. Begrundelse for tilsynet

I satspuljeaftalen for 2018-2021 blev der oprindeligt 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. Ved Aftale om udmøntning af reserven til foranstaltninger på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet 2021-2024 blev det besluttet, at forlænge ældretilsynet med yderligere 4 år fra 2021-2024, og at ældretilsynet forsat skulle varetages af Styrelsen for Patientsikkerhed som hidtil.²

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 bekendtgørelsen³ 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 13 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 vores hjemmeside på dette link:

<https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/social-og-plejefagligt-tilsyn-paa-aeldreomraadet/>

¹ <https://www.regeringen.dk/media/4365/satspuljeaftaletekst-paa-aeldreomraadet.pdf>

² Aftale om udmøntning af reserven til foranstaltninger på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet 2021-2024

³ Bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med ældreplejen

7. 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

Vores kategorisering sker på baggrund af samlet vurdering af den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og ikke opfyldte målepunkter. Vores vurdering er baseret på de forhold, der var tilstede ved vores aktuelle ældretilsyn, herunder fx i forbindelse med tilsynets interview med borgere, pårørende, medarbejdere og ledelse samt ved foretagne stikprøver i borgernes omsorgsjournaler på tilsynsdagen.

Vi har forskellige sanktionsmuligheder afhængigt af kategoriseringen af den enkelte plejeenheden i forhold til vurderingen af forhold af betydning for den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats på stedet.

Afhængig af kategoriseringen kan et tilsynsbesøg blive fulgt op af henstillinger til plejeenheden om at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan plejeenheden vil følge op på uopfyldte målepunkter.

Hvis vi vurderer, at der ved tilsynet var problemer af betydeligt omfang eller få forhold af større omfang, og at de medfører risiko for den fornødne kvalitet i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje, eller vi vurderer, at der er problemer af større omfang, og at disse medfører en *væsentligt* forøget risiko for den fornødne kvalitet i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje, kan vi give et påbud med krav til den social- og plejefaglige indsats eller om at virksomheden på plejeenheden skal indstilles helt eller delvist.

Påbud kan blive fulgt op på forskellig måde afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg, afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldt.

Hvis vi ved ældretilsynet bliver opmærksomme på mangler, der ikke er omfattet af tilsynets kompetence, kan vi give disse information videre til den kompetente myndighed.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er plejeenheden, der er genstand for tilsynet, ikke de enkelte medarbejdere.