



Ældretilsynet Tilsynsrapport Fjordly Plejecenter, Kerteminde

Reaktivt tilsyn, 2019

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

**Fjordly Plejecenter, Kerteminde
Borgmester Hansensvej 7 - 0**

5300 Kerteminde

CVR- eller P-nummer: 1003312394

Dato for tilsynsbesøget: 4. februar 2020

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Syd
Sagsnr.: 35-2511-60

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed var på planlagt tilsyn den 22. oktober 2018 og et supplerende tilsyn den 13. december 2018.

Den 28. maj 2019 udstedte Styrelsen et påbud til Fjordly Plejecenter.

Den 20. august 2019 gennemførte Styrelsen et reaktivt tilsyn med henblik på eventuelt ophævelse af påbuddet udstedt den 28. maj 2019. Påbuddet blev den 5. december 2019 fastholdt på følgende målepunkter:

1. At plejeenheden sikrer borgernes selvbestemmelse og livskvalitet ved:

- a. at borgernes vaner og ønsker er beskrevet i dokumentationen (målepunkt 1.1)
- b. at ledelsen sikrer en praksis vedrørende indhentning og, om muligt, imødekomme af borgernes ønsker til livets afslutning, og at medarbejderne kan fremfinde borgerens ønsker (målepunkt 1.2)
- c. at plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og kan fremfinde borgernes aftaler med pårørende og/eller nære relationer for at understøtte borgerens kontakt til sine relationer (målepunkt 2.1)
- d. at plejeenheden sikrer, at borgerne inddrages i fastsættelse af egne mål for personlig og praktisk hjælp, og hvis borgerne ønsker det, at pårørende inddrages i målfastsættelse af hjælp med rehabiliterende sigte samt tilbud om rehabiliteringsforløb (hvis behovet er der) efter servicelovens §§ 83-83a. (målepunkt 6.1)

2. At plejeenheden i sin dokumentationspraksis sikrer, at borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at de heraf afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet ved:

- a. at plejeenheden sikrer, at der er beskrivelser af relevant hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitiv funktionsnedsættelse (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug (målepunkt 3.1)
- b. at plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger er beskrevet (målepunkt 5.1)
- c. at plejeenheden sikrer, at borgernes mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabilitering er dokumenteret (målepunkt 5.1)

3. At plejeenheden sikrer, at borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter servicelovens § 86 får mulighed for dette ved:

- a. at plejeenheden er bekendt med muligheden for, at borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning kan søge træning efter § 86 (målepunkt 6.2)
- b. at ledelsen kan redegøre for, hvordan træningsforløb efter § 86 bliver iværksat (målepunkt 6.2)
- c. at plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender træning efter § 86 og kan redegøre for målene for genoptræning- og vedligeholdelsesforløb, samt hvorledes målene inddrages i den daglige hjælp, pleje og omsorg hos relevante borgere. (målepunkt 6.2)

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 4. februar 2020 fokuseret tilsynet på:

Implementering og dokumentation af manglerne i målepunkterne:

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

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Fjordly Plejecenter er et kommunalt plejecenter i Kerteminde Kommune
- Fjordly Plejecenter har 64 plejeboliger inddelt i fem afdelinger kaldet "haver", som fungerer som selvstændige bo enheder med kombineret bolig, køkken/alrum og fælles opholdsstue. Til hver enhed er en gårdhave og små terrasser på udenoms arealet
- Der bor i alt 63 borgere på Fjordly Plejecenter. Den ene "have" er primært beboet af borgere med misbrugsproblemer, psykisk sygdom og/eller sen-hjerneskode. De øvrige tre "haver" er somatiske afdelinger
- Borgerne har mulighed for at have husdyr under forudsætning af, at de selv kan passe dyrene
- Der er 85 fastansatte medarbejdere: En sygeplejerske som er teamleder, to centersygeplejersker som tager sig af det strategiske, med at implementere indsatsområder og afholde undervisning. Tre basissygeplejersker, 25 social- og sundhedsassistenter, 20 social- og sundhedshjælpere, rengøringspersonale, en aktivitetsmedarbejder og en pædagog. Der er ansat en fast afløser, som er social- og sundhedshjælper, samt to ufaglærte afløsere, som er under uddannelse inden for sundhedsområdet
- Der er foretaget en ny organisering med en "springer" i weekenderne, som fra kl. 7 – 13 hjælper, hvor der er behov i "haverne". Køkkenpersonalets timer er lagt om med flere timer i weekenderne, hvilket frigør tid til de sundhedsfaglige medarbejdere
- Kerteminde Kommune har nedsat en tværfaglig planlægningsgruppe, som bistår plejeenhederne med planlægning af og registrering af medarbejdernes arbejdstider
- Maden leveres af ekstern leverandør og serveres fra de lokale køkkener, der er tilknyttet hver "have"
- Plejecenterleder Bodil Høllum blev ansat den 1. juni 2019.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet to pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Plejecenterleder Bodil Høllum
- Der blev foretaget interview medarbejdere
 - En sygeplejerske
 - To social og sundhedsassistenter
- Der blev foretaget observation i fællesarealerne
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til plejecenterleder og fire medarbejdere
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenter: Sidsel Rohde, Ulla Smith og Hanne Søgaard

3. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Efter parthøringsperioden tilføjer Styrelsen for Patientsikkerhed en konklusion i denne rubrik.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg den 4. februar 2020 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Baggrunden herfor er, at det ved tilsynet blev vurderet, at alle målepunkter var opfyldte.

Styrelsen konstaterede, at plejeenheden havde arbejdet systematisk og struktureret med at få dokumentationen i borgernes omsorgsjournaler beskrevet og på at få løst manglerne i påbuddet. Plejeenheden havde gennemgået alle borgerne systematisk, undervist medarbejdere i dokumentationspraksis og udarbejdet en Pixi udgave til vejledningsbrug i dokumentationen.

Vi har i vurderingen lagt vægt på, at der var etableret en praksis for at indhente borgernes ønsker til den sidste tid og få ønskerne dokumenteret, så alle medarbejdere kunne genfinde ønskerne.

Vi har i vurderingen også lagt vægt på, at plejeenheden havde arbejdet med at inddrage borgerne i mål for den personlige og praktiske hjælp og at få det dokumenteret i omsorgsjournalerne. Endvidere har vi vurderet, at brug af genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86 var implementeret i plejeenheden, og at borgernes mål for rehabiliterings – og/eller vedligeholdelsesforløb var beskrevet.

Styrelsen vurderer samlet, at der ingen problemer var, af betydning for den fornødne kvalitet.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt.

Borgerne oplevede selvbestemmelse og medindflydelse på deres liv og hverdag og at deres ønsker og behov blev respekteret. Eksempelvis var der taget initiativ til at borgerne havde indflydelse på maden og kunne ønske en menu.

Leder og medarbejdere beskrev, at de tog udgangspunkt i borgernes vaner og løbende i hverdagen inddrog og spurgte ind til borgerens ønsker og behov, så borgeren altid selv kunne bestemme. De pårørende oplevede at blive hørt og inddraget, ligesom de oplevede at de borgere, de var pårørende til, havde det godt og var tilfredse med livet på plejecenteret.

I vurderingen er lagt vægt på, at borgerne gav udtryk for, at de var trygge ved at tale med medarbejderne om ønsker til livets afslutning. Leder og medarbejdere beskrev, hvordan de havde fået italesat betydningen af at få talt med borgeren om eventuelle ønsker til den sidste tid, og at få det dokumenteret så alle medarbejdere kunne genfinde det.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at borgerne gav udtryk for at trives i deres hverdag, og de havde gode relationer til medarbejderne, primært til deres kontaktpersoner. En pårørende beskrev, at hun oplevede en glad og tilfreds borger, som var blomstret op efter at være flyttet ind på plejeenheden. De pårørende oplevede også, at der blev lyttet til borgerens ønsker og behov, og at de som pårørende blev inddraget, ligesom der var respekt omkring deres ønsker som pårørende, i relation til borgeren.

Vi har i vurderingen lagt vægt på, at der hos de tre borgere var beskrivelser af aftaler med de pårørende om hjælp til borgerens indkøb og praktiske gøremål.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at der hos borgere med kognitiv funktionsnedsættelse og særlige behov, var beskrivelser af hjælpen i relevante situationer.

Borgerne oplevede at medarbejderne var opmærksomme på hvordan de havde det og reagerede hvis de opdagede ændringer hos borgeren.

Plejeenheden arbejdede med forebyggelse med afsæt i faglige metoder og redskaber, der sikrede forebyggelse af tryksår, fald, dårlig mundhygiejne, inkontinens, uplanlagt væggtab og dehydrering, og som forebyggede magtanvendelse. En sygeplejerske var ansvarlig for de daglige triagemøder med medarbejderne, og der var tilrettelagt arbejdsgange, der sikrede opmærksomhed på ændringer og systematisk opsporing af ændringer i borgerens tilstand.

Alle medarbejdere havde været på kursus i pleje af borgere med psykiatriske diagnoser. Marte Meo metoden blev brugt ved borgere, hvor der var behov for det, ligesom der blev trukket på viden fra eksterne samarbejdspartnere, som Den Nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation (VISO).

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at

Plejeenhedens organisering og arbejdstilrettelæggelse blev foretaget under hensyntagen til, at den enkelte borger skulle have faste kontaktpersoner tilknyttet og få kontakter fordelt på døgnets 24 timer.

Borgerne og de pårørende oplevede at det fungerede godt og t borgerne udtrykte tilfredshed med at det var de samme medarbejdere der hjalp dem. var oplevede det arbejdsgange samt en organisering med kontaktpersoner til borgerne, som ifølge borgerne og de pårørende fungerede godt. Plejeenheden havde fokus på at tilføre borgerne værdi ved at omlægge medarbejdernes timer, herunder køkkenpersonalet, som havde fået flere timer i weekenderne. Omlægningen frigav tid til, at plejepersonalet fik mere tid til udførelse af opgaver hos borgerne. Der var også ansat en "springer", der i weekenderne hjalp, hvor der var behov herfor i "haverne". Ligeledes havde man i kommunen organiseret sig med en tværfaglig planlægningsgruppe, der udelukkende havde til opgave at tage sig af planlægningen og tids registreringen.

Medarbejderne kendte deres arbejdsopgaver og var bevidste om egne og andre fagpersoners ansvar – og kompetencer, og de samarbejdede tværfagligt og helhedsorienteret omkring borgerne i det daglige.

Plejeenheden var uddannelsessted for elever og havde uddannelsesmateriale til elevernes praktikophold. Der var introduktionsprogram til nyansatte, og plejeenheden havde ikke aktuelt udfordringer med at rekruttere og fastholde personale, ligesom brug af vikarer var reduceret til et minimum.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at oplysninger om borgernes ressourcer, mentale funktioner og mål for borgernes personlige og praktiske hjælp var beskrevet.

I vurderingen er der også lagt vægt på, at plejeenheden havde arbejdet systematisk og struktureret med at få implementeret en dokumentationspraksis, der levede op til kravene i målepunkterne. Medarbejderne var blevet undervist i hvordan der skulle dokumenteres, og der var udviklet en pixibog til medarbejderne, som redskab til at sikre dokumentationen.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at borgerne var inddraget i at fastsætte mål med rehabiliterende sigte, og at målene var dokumenteret.

I vurderingen er der også lagt vægt på, at der var iværksat genoptrænings – og vedligeholdelsesforløb efter servicelovens § 86 hos en borger, og at træningsaktiviteter var del af den daglige hjælp og pleje.

Borgerne oplevede, at der blev talt med dem om aktiviteter, som de kunne deltage i. En borger ønskede at være del af de daglige aktiviteter og hjalp med at bage, skrælle æbler og som fast opgave lagde håndklæder sammen. For at sikre deltagelse i aktiviteter, var der indført planlægning af dagens aktivitet hver morgen. Der blev arbejdet med aktivitetsanalyser og handlingsanvisninger, der skulle danne baggrund for individuelt tilpassede aktiviteter.

Af aktiviteter var der gymnastik, wellness tilbud, busture og en til en aktiviteter som fx at lægge puslespil. Der var frivillige tilknyttet plejeenheden, og plejeenheden arbejdede på at få flere frivillige tilknyttet for at styrke aktivitetsdelen i plejeenheden.

Målepunktet vedrørende borgerenes oplevelser af rehabiliteringsforløb, og dokumentation af rehabiliteringsforløb (§83a), er vurderet ikke aktuelt, da ingen af borgerne i stikprøverne var i et sådant forløb.

4. Fund ved tilsynet

Tema 1: Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv	X			
B	At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	X			
C	At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt	X			
D	At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker	X			
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden	X			

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning	X			

B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning	X			
C	C1. At relevante medarbejdere kan redegøre for udførelse af pleje af borgere ved livets afslutning	X			
	C2. At medarbejdere kan redegøre for, hvordan de fremfinder borgernes ønsker til livets afslutning	X			

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker	X			
	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at plejeenheden understøtter borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende, samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det	X			
C	C1. At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i borgernes behov og ønsker for udførelsen af omsorgen og plejen	X			
	C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres	X			

	eventuelle pårørende og det omgivende samfund				
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 hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer	X			
E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur, at borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger.	X			

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås	X			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse	X			
C	At der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange der hos den konkrete borger kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse			X	

3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	X			
C	At medarbejderne kender og arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	X			
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen	X			

3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje til borgeren er rettet mod forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
B	At ledelsen kan gøre rede for plejeenhedens arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet	X			

Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver	X			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, herunder	X			

	hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere				
	A.3 At ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer	X			
B	At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen	X			

Tema 5: Procedurer og dokumentation

5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne	X			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats	X			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation	X			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger	X			
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsats er beskrevet	X			
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret	X			

	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige 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)	X			

	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 (§83a)	X			

6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgers forløb	X			
C	At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg	X			
D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb	X			
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret	X			

6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for dem	X			
	A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgere tilknyttet plejeenheden og eventuelt pårørende bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger	X			
C	C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter	X			
	C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter	X			

5. 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 ældretilsynet på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder efter servicelovens §§ 83-87 i en forsøgsperiode på fire år¹.

Formålet med tilsynet er at styrke ældretilsynet 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

6. 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.

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