



Ældretilsynet Tilsynsrapport Fjordly Plejecenter, Kerteminde

Reaktivt tilsyn, 2019

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

**Fjordly Plejecenter, Kerteminde
Borgmester Hansensvej 7**

5300 Kerteminde

CVR- eller P-nummer: 1003312394

Dato for tilsynsbesøget: 20. august 2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Syd
Sagsnr.: 5-9513-17/1

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har været på tilsynsbesøg den 22. oktober og den 13. december 2018, hvilket medførte, at styrelsen den 28. maj 2019 udstedte et påbud til Fjordly Plejecenter med følgende indhold:

- 1) At understøtte borgernes selvbestemmelse og trivsel ved
 - a. at borgernes indflydelse og medinddragelse i eget liv understøttes bedst muligt (målepunkt 1.1)
 - b. at der er en værdig tone og adfærd i relation til den enkelte borger (målepunkt 1.1)
 - c. at borgerne så vidt muligt oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker (målepunkt 2.1)
 - d. at pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov (målepunkt 2.1)
 - e. at borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og eller/ misbrug og eventuelt pårørende oplever, at den hjælp, omsorg og pleje borgeren modtager, tager højde for deres begrænsninger, og at det afspejles i tone, adfærd og kultur (målepunkt 3.1)
 - f. at det undersøges hvilke aktiviteter, borgerne oplever er meningsfulde, og at disse om muligt tilbydes, så borgerne oplever at have mulighed for at deltage i sådanne aktiviteter (målepunkt 6.3)
- 2) At sikre, at plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver, herunder
 - a. at plejeenheden sikrer, at der i plejeenheden er en ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for vikarer og elever, og at medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen (målepunkt 4.1)

Tilsynet er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet.

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død
- Organisation, ledelse og kompetencer

Ved tilsynet blev der anvendt målepunktsættet for Ældretilsyn 2019, og alle målepunkter blev gennemgået.

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 boenheder med kombineret bolig, køkken/alrum og fælles opholdsstue. Til hver enhed er en gårdhave og små terrasser på udenomsarealet
- Der bor i alt 63 borgere på Fjordly. Den ene afdeling er primært beboet af borgere med misbrugsproblemer, psykisk sygdom og/eller sen-hjerneskade, de øvrige afdelinger er somatiske afdelinger
- Borgerne har mulighed for at have husdyr under forudsætning af, at de selv kan passe dyrene
- Der er 85 fastansatte medarbejdere på Fjordly. Heraf fire sygeplejersker, 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
- Maden leveres af ekstern leverandør og serveres fra de lokale køkkener, der er tilknyttet hver afdeling
- Plejecenterleder Bodil Hellum blev ansat den 1. marts 2019.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået fire borgerjournaler. Derudover blev der i forlængelse af en femte journal gennemgået en socialpædagogisk handleplan
- Der blev interviewet fire borgere
- Der blev interviewet tre pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Plejecenterleder Bodil Hellum
 - Teamleder
- Der blev foretaget interview med fire medarbejdere
 - Social- og sundhedsassistenter
 - Social- og sundhedshjælper
 - Pædagog
- Der blev foretaget observation under ophold i et fællesrum
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til ledelsen
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenter Hanne M. Søgaard og Sidsel Rohde.

3. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget høringssvar med materiale i form af bemærkninger til de enkelte dele af påbuddet, samt hvordan plejeenheden har arbejdet med- eller vil arbejde med at rette op på påbuddet.

Styrelsen anerkender, at Fjordly derved har gjort og planlagt en række tiltag med henblik på at forbedre forholdene på plejeenheden. Det er imidlertid styrelsens vurdering, at oplysningerne i høringen ikke giver anledning til at ændre vurderingen af forholdene, da det ikke alene på baggrund af de beskrevne tiltag kan konstateres, at der på nuværende tidspunkt er rettet op på de konstaterede forhold.

Styrelsen giver på den baggrund Fjordly et påbud om at rette op på en række krav, se nærmere nedenfor i tilsynsrapporten samt det udstedte påbud til plejeenheden.

Påbuddet kan ophæves, når styrelsen ved et nyt tilsynsbesøg har konstateret, at de anførte forhold er bragt i orden.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 20. august 2019 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Det er styrelsens samlede vurdering, at der i plejeenheden fortsat er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet.

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet målepunkter under temaerne: *Selvbestemmelse og livskvalitet, Trivsel og relationer, Målgrupper og metoder, Procedurer og dokumentation og Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldte.

Styrelsen har vurderet, at der fortsat er tale om større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet

styrelsen ved det opfølgende tilsyn kunne konstatere fund, som ikke fremkom ved de to tidligere tilsyn i plejeenheden. Der var fund angående manglende praksis for indhentning og dokumentation af borgernes ønsker til livets afslutning. Desuden kunne medarbejderne ikke redegøre for, hvordan de fremfandt viden om borgernes ønsker til den sidste tid.

Styrelsen konstaterede endvidere, at der var mangler i beskrivelse af pleje hos borgere med kognitiv funktionsnedsættelser, af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer og heraf afledte sociale – og plejefaglige indsatser, samt borgernes mål for personlig og praktisk hjælp.

Styrelsen kunne ligeledes konstatere, at der i plejeenheden ikke var kendskab til træning efter Servicelovens § 86.

Styrelsen konstaterede desuden, at tre af de henstillinger, som blev givet ved tilsynsbesøget den 13. december 2018 ikke var opfyldt, idet plejeenheden fortsat ikke sikrede dokumentation af borgernes vaner og ønsker, aftaler indgået med pårørende, samt dokumentation af borgernes mål for personlig og praktisk hjælp.

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed **stiller følgende krav:**

- At plejeenheden sikrer borgernes selvbestemmelse og livskvalitet ved, at der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker (målepunkt 1.1)
- At ledelsen sikrer en praksis vedrørende indhentning og om muligt imødekomme af borgernes ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikre, at medarbejderne kan fremfinde borgernes ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer, borgernes trivsel og relationer ved, at aftaler med de pårørende eller nære relationer er dokumenterede (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at der er beskrivelser af relevant tilbud om hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitiv funktionsnedsættelse (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug (målepunkt 3.1)
- At plejeenhedens dokumentationspraksis 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)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket og at heraf afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabilitering er dokumenteret (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83a og hjælp med rehabiliterende sigte efter servicelovens § 83 i videst muligt omfang inddrages i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (målepunkt 6.1), og hvis borgerne ønsker det, at pårørende ligeledes inddrages i målfastsættelse af denne hjælp
- At plejeenheden sikrer, at plejeenheden er bekendt med muligheden for, at borgerne med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning kan søge træning efter servicelovens § 86, herunder, at ledelsen kan redegøre for, hvordan træningsforløb efter § 86 bliver iværksat samt, at medarbejderne kender til træning efter § 86 og kan redegøre for målene for genoptræning- og vedligeholdelsesforløb samt hvorledes disse inddrages i den daglige hjælp, pleje og omsorg hos relevante borgere (målepunkt 6.2)

Fundene giver anledning til, at styrelsen har udstedt et påbud til plejeenheden om at rette op på ovenstående krav.

Opfølgning på påbud af 20. maj 2019

Ved det opfølgende tilsyn den 20. august 2019 vurderede styrelsen, at plejeenheden understøttede borgernes selvbestemmelse og trivsel, idet borgerne ved interview gav udtryk for, at de oplevede indflydelse og medinddragelse i eget liv. Styrelsen kunne konstatere, at borgerne oplevede at få hjælp til at kunne leve det liv, som de ønskede, og at pårørende oplevede at blive inddraget, samt at der blev lyttet til dem angående borgerens ønsker og behov.

Styrelsen har lagt vægt på, at borgere og pårørende udtrykte tilfredshed og trivsel, og at det blev fremhævet, at der i kraft af den nye ledelse, var sket en positiv forandring i kulturen på plejecenteret, hvilket afspejlede sig positivt i relation til adfærden og tonen i plejeenheden.

Styrelsen kunne konstatere, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og /eller misbrug, og pårørende oplevede, at den hjælp, omsorg og pleje borgerene modtog tog højde for deres begrænsninger, og at det blev afspejlet i tone, adfærd og kultur i plejeenheden.

Styrelsen har vurderet, at plejeenheden fremstod velorganiseret med gode procedurer, og arbejdsgange, som var blevet implementeret på relativt kort tid, således at organiseringen understøttede plejeenhedens kerneopgaver. Plejeenheden havde en ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for vikarer og elever, og medarbejderne kendte og fulgte ansvars- og opgavefordelingen.

Styrelsen kunne konstatere, at plejeenheden sikrede, at borgerne, ved behov, kunne søge et rehabiliteringsforløb og, at der var en rehabiliterende tilgang i plejen. Endelig kunne styrelsen konstatere, at borgerne blev tilbudt deltagelse i meningsfulde aktiviteter.

Ledelse og medarbejdere i plejeenheden var meget åbne og reflekterende, og havde opmærksomhed på de målepunkter, som var omhandlet af påbuddet. På den baggrund vurderer Styrelsen, at der er grundlag for at ophæve påbuddet af den 28. maj 2019, idet disse mangler nu var udbedret i overensstemmelse med påbuddet herom. Se nærmere herom i den særskilte afgørelse om ophævelse af påbud af den 28. maj 2019.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har fundet, at begge målepunkter ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at i en ud af fire journaler manglede en opdateret beskrivelse af borgerens vaner og ønsker. Der er endvidere lagt vægt på, at ledelsen ikke kunne redegøre for, hvordan borgernes ønsker til livets afslutning blev indhentet, og om muligt imødekommet. Desuden kunne medarbejderne ikke redegøre for, hvordan de fremfandt borgernes ønsker til livets afslutning.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, at plejeenheden i hverdagen og i den sidste tid tager højde for borgernes vaner og ønsker, herunder ønsker til livets afslutning og, at alle relevante medarbejdere kan fremfinde beskrivelser af borgernes vaner og ønsker.

Styrelsen fandt, at medarbejderne havde de fornødne kompetencer til at sikre plejen ved livets afslutning. Sygeplejersken var involveret i plejen, hvor der ved behov blev inddraget tryghedskasse, og det palliative

team havde undervist medarbejderne i palliativ pleje. Medarbejderne inddrog de pårørende, og efter ønske var der besøg af præsten, beroligende musik og vågekoner, ligesom der var "udsyngning" ved dødsfald.

Det er styrelsens vurdering, at borgernes selvbestemmelse og indflydelse blev respekteret, for eksempel vedrørende, hvor ofte de fik tilbudt hjælp til bad. Der blev løbende spurgt ind til borgernes ønsker, ligesom selvbestemmelse og værdighed blev understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at målepunktet ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at i tre ud af fire journaler manglede en beskrivelse af aftaler indgået med pårørende. Det var i forhold til, at en borgers pårørende stod for borgerens økonomi og indkøb. En anden borgers pårørende, der stod for borgerens økonomi og tøjvask. En tredje borgers ven stod for borgerens indkøb.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, at medarbejderne kan fremfinde de aftaler, der er indgået med pårørende for, at medarbejderne kan medvirke til at understøtte borgernes relation til sine pårørende.

Styrelsen fandt, at plejeenheden sikrede samarbejdet med de pårørende ved bl.a. at byde dem velkommen, når de var i plejeenheden, orientere dem ved behov og gennem to årlige fællesmøder for plejeenhedens pårørende.

Det er endvidere styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede med borgernes trivsel og deltagelse i arrangementer ved at arrangere aktiviteter for og med borgerne, for eksempel optræden med musik, ligesom ældre medborgere fra byen var velkomne til at benytte plejeenhedens faciliteter således, at plejecentrets borgere og byens borgere havde mulighed for at mødes.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, der ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at der i to ud af fire journaler, hos borgere med kognitiv funktionsnedsættelse manglede en beskrivelse af hjælpen i relevante situationer. Det var i forhold til, hvilken relevant støtte borgerne behøvede. Det drejede sig fx om manglende beskrivelse af, hvilken sårlig støtte en borger med misbrugsadfærd havde behov for, og en manglende beskrivelse af, hvilken faglig støtte medarbejderne kunne yde til en borger, når denne blev meget ked af det, og havde brug for særlig støtte i forbindelse hermed.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, at alle medarbejdere kan fremfinde viden om særlige indsatser, der skulle benyttes til at støtte borgerne.

Styrelsen vurderer, at plejeenheden havde faglige metoder og arbejdsgange, der sikrede pleje af borgere med særlige behov, samt sikrede forebyggelse af magtanvendelse. Alle medarbejdere havde således været på kursus i psykiatri, og der var supervisionsforløb ved behov, ligesom Marte Meo metoden havde været i brug. Der blev ved behov trukket på viden fra eksterne samarbejdspartnere, som for eksempel Den Nationale Voldens- og Specialrådgivningsorganisation (VISO).

Styrelsen vurderer endvidere, at plejeenheden havde metoder og arbejdsgange, der sikrede opmærksomhed på ændringer, systematisk opsporing af samt opfølgning på disse ændringer. Sygeplejerskerne stod for daglige triagemøder, og der blev dokumenteret relevant i forhold til dette arbejde.

Endelig er det styrelsens vurdering, at plejeenheden havde arbejdsgange og metoder til at sikre forebyggelse af tryksår, fald, dårlig mundhygiejne, inkontinens, uplanlagt væggtab og dehydrering. For eksempel var der tiltag med sensor i gulvet hos en borger for at registrere udstigning af sengen og dermed forebygge fald. Hos en anden borger med svagt syn, var der fokus på at få tændt lys på relevante steder, så borgeren bedre kunne orientere sig.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at målepunktet var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at den nye ledelse havde indført arbejdsgange, og lavet en omfordeling af timer blandt medarbejderne, som skabte ro og arbejdsglæde blandt medarbejderne. Medarbejderne havde indflydelse på deres arbejdstider, og oplevede at blive anerkendt og lyttet til, hvilket øgede deres motivation og deres overskud i forhold til at yde pleje og omsorg for borgerne. Det betød desuden, at sygefraværet var væsentligt nedbragt.

Der var introduktionsprogrammer og materiale til elever og nyansatte, samt arbejdsgange til afklaring af kompetencer, så medarbejderne kendte deres ansvarsområder. Der var ikke fastholdelses- og rekrutteringsudfordringer i plejeenheden.

Det er således styrelsens vurdering, at organiseringen understøttede plejeenhedens kerneopgaver.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at målepunktet ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at i en ud af fire journaler manglede en beskrivelse af borgerens kognitive ressourcer. I en ud af fire journaler manglede en beskrivelse af indsatsen hos en borger, når vedkommende havde synshallucinationer.

I fire ud af fire journaler manglede en beskrivelse af borgernes mål for den personlige og praktiske hjælp

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, at alle medarbejdere kan fremfinde viden om borgernes ressourcer, udfordringer, indsatser og mål i forhold til at kunne yde en faglig relevant og individuel tilpasset hjælp til borgerne.

Styrelsen fandt, at der i plejeenheden var en fast dokumentationspraksis, som var kendt af medarbejderne. Desuden var der en superbruger, der kunne vejlede medarbejderne i at dokumentere, ligesom der var igangsat audit, for at sikre en fremadrettet fyldestgørende dokumentation i journalerne.

Det er samtidig styrelsens vurdering, at der trods nye tiltag fortsat var mangler i dokumentationen, der vanskeliggjorde, at plejeenhedens dokumentationspraksis kunne understøtte en sammenhængende social- og plejefaglig indsats i plejeenheden.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at fire ud af fire borgere ikke var inddraget i at fastsætte mål med rehabiliterende sigte.

Ledelsen kunne ikke redegøre for, hvordan træningsforløb efter servicelovens § 86 blev iværksat. Medarbejderne kendte ikke til § 86 træning og kunne ikke redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan medarbejderne over for disse inddrog træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.

Det er styrelsens vurdering, at det er af betydning for den fornødne kvalitet, at borgerne inddrages i at sætte mål med rehabiliterende sigte, og at leder og medarbejdere kender muligheden for at henvise til § 86 træning

ved behov, for herigennem at understøtte borgerne, i længst muligt at bevare eller fremme deres funktionsniveau.

Målepunktet vedrørende borgernes oplevelser, samt dokumentation af rehabiliteringsforløb (§83a), og træning (§86) er vurderet ikke aktuelt, da ingen af borgerne i stikprøverne var i et sådant forløb.

Det er styrelsens vurdering, at medarbejderne arbejdede rehabiliterende i den daglige pleje, og efter behov kunne støtte borgerne i at søge et rehabiliteringsforløb ved en terapeut.

Desuden er det styrelsens vurdering, at medarbejderne havde fokus på, at borgerne kunne deltage i meningsfulde aktiviteter. 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. Borgerne blev for eksempel inviteret med til at dække bord, der var wellness tilbud, busture og 1:1 aktiviteter. Plejeenheden arbejdede også på at få flere frivillige tilknyttet plejeenheden for at styrke aktivitetsdelen.

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		I en ud af fire journaler manglede en opdateret beskrivelse af borgerens vaner og ønsker.
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		Ledelsen kunne ikke redegøre for, hvordan borgernes ønsker til livets afslutning blev indhentet og om muligt imødekommet.
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning	x			
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		Medarbejderne kunne ikke redegøre for, hvordan de fremfandt borgernes ønsker til livets afslutning.

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker	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		I tre ud af fire journaler manglede beskrivelse af aftaler indgået med pårørende. Det var i forhold til, at en borgers pårørende stod for økonomi og indkøb. En anden borgers pårørende stod for økonomi og tøjvask. En tredje borgers ven stod for indkøb.

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 funktionsevne-nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov	x			
C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktions-evnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	x			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevne-nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer		x		I to ud af fire journaler angående borgere med kognitiv funktionsnedsættelse, manglede en beskrivelse af hjælpen i relevante situationer. Det var i forhold til hjælpen hos en borger med misbrugsadfærd, og i forhold til en borger, der kunne blive meget ked af det, og skulle have særlig støtte.
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 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	x			

	vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne				
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 hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere	x			
	A.3 At ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer	x			
B	At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen	x			

Tema 5: Procedurer og dokumentation

5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne	x			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsætter	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		I en ud af fire journaler manglede en beskrivelse af borgers mentale ressourcer.
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsætter er beskrevet		x		I en ud af fire journaler manglede en beskrivelse af indsatsen til en borger, når vedkommende synshalucinerede på grund af en øjensygdom.
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret		x		I fire ud af fire journaler manglede en beskrivelse af borgerens mål for personlig og praktisk hjælp .
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsætter 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		Fire ud af fire borgere var ikke blevet inddraget i at fastsætte mål med rehabiliterende sigte.
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		Ledelsen kunne ikke redegøre for, hvordan træningsforløb efter § 86 blev iværksat.
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		Medarbejderne kendte ikke § 86 træning og kunne ikke redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de hos borgere inddrog træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.
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