



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Friplejehjemmet Stauning I/S
Kirkebyvej 67
Skjern 6900

3. maj 2019
Sagsnr. 5-9514-103/1

Endelig tilsynsrapport efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed sender hermed den endelige tilsynsrapport vedrørende styrelsens tilsynsbesøg den **04-03-2019**.

Styrelsen for Patientsikkerhed har sendt en høringsversion af tilsynsrapporten i høring med høringsfrist den **16-04-2019**. Styrelsen har ikke modtaget bemærkninger til rapporten, som derfor nu er endelig.

Styrelsen for Patientsikkerhed kan oplyse, at tilsynsrapporten nu vil blive gjort offentligt tilgængelig på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside i tre år. Styrelsen skal gøre opmærksom på, at plejeenheden også har pligt til snarest at gøre tilsynsrapporten let tilgængelig på sin hjemmeside (eventuelt med et link til rapporten på styrelsens hjemmeside) samt umiddelbart tilgængelig på plejeenheden. Herudover skal den stedlige kommune offentliggøre Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynsrapport på kommunens hjemmeside¹. Det skal ske i samme periode, som rapporten er offentliggjort på styrelsens hjemmeside www.stps.dk.

Venlig hilsen
Tilsynsførende Annalise Kjær Petersen
Styrelsen for Patientsikkerhed
Tilsyn og Rådgivning Nord

¹ Bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn på ældreområdet kapitel 4



Tilsynsrapport 2019

Friplejehjemmet Stauning S/ kjern kommune

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

**Friplejehjemmet Stauning S/
6900 Skjern**

CVR- eller P-nummer: 1015017127

Dato for tilsynet: 04-03-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord
Sagsnr.: 5-9514-103/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Stauning friplejehjem er en plejeenhed med 13 boliger til fastboende borgere
- Den daglige ledelse varetages af leder Karina Nielsen
- Friplejehjemmet har ansat cirka 12 sundhedspersoner heraf tre social- og sundhedsassistenter, otte til ni social- og sundhedshjælpere samt afløsere alle ufaglærte. Derudover er der tre faste køkkenpersonaler
- Derudover har plejeenheden en fast aftale med kommunens hjemmepleje, hvor der man- ons- og fredag fast er en sygeplejerske tilstede i plejeenheden mellem klokken 7.30 og 15. I det tidsrum, hvor der ikke er en sygeplejerske tilstede, kan personalet altid tilkalde hjemmeplejens sygeplejersker
- I dagvagter er der altid tre sundhedspersoner på arbejde. I aftenvagter er der altid to på arbejde og om natten altid kun en. Sygeplejerske kan tilkaldes ad hoc.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet en pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Karina Nielsen, sygeplejerske
- Der blev foretaget interview med fire medarbejdere
 - Sygeplejerske
 - Social- og sundhedsassistent
 - Social- og sundhedshjælper
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til leder Karina Nielsen, sygeplejerske, social- og sundhedsassistent, social- og sundhedshjælper, bestyrelsesformand for Friplejehjemmet
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulent Annalise Kjær og tilsynskonsulent Helle K. Christensen.

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger i partshøringsperioden. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 4. marts 2019 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at alle målepunkter var opfyldte.

Styrelsen har vurderet, at der ingen problemer er af betydning for den fornødne kvalitet, idet ledelsen og medarbejderne på plejeenheden var åbne, engageret og reflekterende. Plejeenheden var bekendt med styrelsens målepunkter og brugte dem konstruktivt og målrettet i deres arbejde for at sikre den faglige kvalitet i understøttelsen af kerneopgaverne ved borgerne.

Styrelsen har vurderet, at plejeenheden fremstod med tydelig ansvar- og opgavefordeling samt velbeskrevne procedurer, instrukser og vejledninger.

Det er ligeledes styrelsens vurdering, at der var sammenhæng og overensstemmelse mellem, hvad ledelsen, medarbejderne, borgerne og de pårørende sagde i forhold til medinddragelse, medindflydelse og selvbestemmelse i hverdagen.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at såvel ledelse som medarbejderne havde fokus på, at selvbestemmelse og værdighed blev understøttet af en anerkendende adfærd og kultur på plejeenheden. Dette afspejlede sig især under interviewene med såvel leder, medarbejdere og borgere.

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. I vurderingen er der lagt vægt på, at de tre interviewede borgere og den pårørende alle gav udtryk for, at de oplevede at have en stor grad af selvbestemmelse og medinddragelse i overensstemmelse med deres ønsker og behov. Eksempelvis i forbindelse med ønsker og behov om deltagelse i aktiviteter.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at ledelsen kunne redegøre for plejeenhedens arbejde med at fremme medindflydelse og selvbestemmelse i hverdagen. Der blev afholdt indflytningssamtale med borger og pårørende efter indflytning med faste punkter samt til afstemning af fælles forventninger.

Det er styrelsens vurdering i forhold til målepunkterne om pleje af borgere ved livets afslutning, at der i plejeenheden var gode procedurer og arbejdsgange i forbindelse med en værdig død.

Eksempelvis havde ledelsen og medarbejderne forholdt sig til borgerens ønsker til livets afslutning, hvor der hos alle borgere var udfærdiget et plejetestamente i samarbejde med borgeren og eventuelt pårørende.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der hos borgerne, pårørende og medarbejdere blev givet udtryk for, at man altid arbejdede på at tilgodese borgernes ønsker og behov i forhold til inddragelse i den daglige pleje og omsorg. Ligeledes at det var muligt, at tilgodese borgerens spontane opstående ønsker såsom en gåtur

Endvidere er der lagt vægt på medarbejdernes beskrivelse af praksis, der afspejlede, at de altid tog udgangspunkt i borgernes ønsker og behov. Eksempelvis hvis en borger ikke ønskede at komme i bad om morgenen men om eftermiddagen, så var dette muligt. Medarbejderne fandt altid i samarbejde med borgeren en løsning uanset om dette afstedkom, at medarbejderen måtte ændre på dagens opgavefordeling.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden arbejdede med relevante faglige metoder i forhold til borgernes funktionsnedsættelse, der blandt andet omfattede borgere med følger efter apopleksi, demens og andre kognitive funktionsnedsættelser. Eksempelvis kommunikerede medarbejderne med en borger med afasi via en lpad.

Derudover har styrelsen lagt vægt på, at medarbejderne tilrettelagde hjælpen, omsorgen og plejen ud fra borgerens behov og ønsker, hvor de samtidig anvendte relevante metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse. Eksempelvis hos en borger med demens var medarbejderne meget opmærksomme på at aflæse, hvordan borgeren havde det, når de kom ind til borgeren. Oplevede de, at borgeren havde brug for at de kom senere, var dette en mulighed.

Derudover har styrelsen i vurderingen lagt vægt på, at plejeenheden arbejdede med forskellige relevante faglige metoder i forhold til demensområdet. Eksempelvis var plejeenheden meget opmærksom på at inddrage demenskonsulent eller gerontopsykiatrien med henblik på videndeling i relation til forebyggelse af magtanvendelse og for at sikre at kunne imødekomme borgerens behov.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

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

ledelsen kunne redegøre for organiseringen i forbindelse med at understøtte kerneopgaverne for borgerne. Ledelsen understregede her betydningen af det tværfaglige samarbejde i forhold til at sikre den faglige indsats i løsningen af kerneopgaverne for borgerne.

Ledelse oplyste, at der ikke var udfordringer med rekruttering af personale, idet ledelsen selv var meget aktiv i rekrutteringen af personale. Ledelsen oplyste samtidig, at der stort set ikke blev anvendt vikarer, hvilket kun var sket tre gange inden for de sidste tre år.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden havde ansat de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver.

Endvidere blev der lagt vægt på, at plejeenheden var meget opmærksom på at inddrage relevante eksterne samarbejdspartnere i forbindelse med at bidrage til den generelle kompetenceudvikling blandt medarbejderne. Ligeledes blev der arrangeret undervisning, og medarbejderne deltog i relevante kursusforløb.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der var meget udførlige døgnrytmeplaner i alle tre stikprøver. Ligeledes var døgnrytmeplanen i mappen ude hos borgeren i overensstemmelse med den døgnrytmeplan, der var i journalen. Plejeenheden havde ligeledes en procedure for, hvordan man sikrede sig, at de to systemer altid var overensstemmende.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejder konstruktivt med dokumentationen. I forhold til plejetestamentet blev det drøftet, hvordan dette blev gjort synligt i journalen, at et sådan var blevet udfærdiget, og at det var i borgerens mappe i lejligheden.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der i plejeenheden blev arbejdet målrettet med den rehabiliterende tilgang, hvor der var et stort fokus på det tværfaglige samarbejde.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens fokus på det tværfaglige samarbejde med integration af de mål, der arbejdes med i træningsforløb, blev inddraget i forhold til den daglige hjælp, pleje og omsorg. Eksempelvis havde medarbejderne meget fokus på, at understøtte træningen med fokus på, hvad borgeren selv kunne, og hvor de skulle støtte borgeren.

I plejeenheden blev der udbudt forskellige aktiviteter med afsæt i borgers ønsker og interesser. Eksempelvis afholdt lederen et møde med de frivillige, borgerrepræsentanter, pårørende og bestyrelsen, hvor der blev drøftet og planlagt aktiviteter ud fra de ønsker, borgerne havde. Ligeledes havde ledelsen prioriteret at have en medarbejder ansat specifikt til at varetage borgernes ønsker i relation til klippekortsordningen.

Derudover kom der børnehaver på besøg, og en efterskole havde haft et valgfag, der handlede om "Ung med de ældre", hvilket havde været en succes med stor tilslutning til.

3. Fund ved tilsynet

Tema 1: Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A | At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv | x | | | |
| B | At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte 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 eventuelle pårørende og det omgivende samfund | x | | | |
| D | At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret | x | | | |

Tema 3: Målgrupper og metoder

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

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A | At borgeren med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom | x | | | |

| | | | | | |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--|--|
| | og/eller misbrug og eventuelt pårørende oplever, at den hjælp, omsorg og pleje, borgeren modtager, tager højde for borgerens særlige behov | | | | |
| 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 funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug | x | | | |
| D | At der hos borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer | x | | | |
| E | At borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger, og at det afspejles i tone, adfærd og kultur | x | | | |

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A | At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås | x | | | |
| B | At medarbejderne kender og anvender 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 hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere | x | | | |
| | A.3 At ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer | x | | | |
| B | At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen | x | | | |

Tema 5: Procedurer og dokumentation

5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

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

| | | | | | |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--|--|
| | C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet | x | | | |
| | C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret | x | | | |
| | C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede | x | | | |

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

6.1 Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter § 83a og hjælp med rehabiliterende sigte efter § 83

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A | A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet | | | 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 | x | | | |
| B | B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål | | | x | |
| | B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte | 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 | 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 | | | x | |

| | | | | | |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|---|--|
| | D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet | | | x | |
| | D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne | | | x | |
| | D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte | 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 | | | |

4. Begrundelse for tilsynet

I satspuljeaftalen for 2018-2021 blev der indgået en aftale om, at Styrelsen for Patientsikkerhed pr. 1. juli 2018 skal føre et risikobaseret tilsyn med den social- og plejefaglige indsats på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder efter servicelovens §§ 83-87 i en forsøgsperiode på fire år¹.

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

I bekendtgørelsen² er der fastlagt følgende seks temaer, som tilsynet skal omfatte i forhold til at afdække den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats:

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

På baggrund af de seks temaer, er der udarbejdet 12 målepunkter, som repræsenterer vigtige risikotemaer i forhold til at vurdere den fornødne kvalitet.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er plejeenheden, der er genstand for tilsynet. Eventuelle fejl og mangler bliver anskuet ud fra et organisatorisk synspunkt.

Uddybning af målepunkter samt referencer ligger på styrelsens hjemmeside på dette link:

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

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

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

5. Vurdering af plejeenheden

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

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

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet vurdering af den fornødne kvalitet med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter. Styrelsens vurdering er baseret på de forhold, der var til stede ved det aktuelle tilsyn herunder eksempelvis i forbindelse med de gennemførte interviews med borgere, pårørende, medarbejdere og ledelse samt de foretagne stikprøver af borgeres omsorgsjournaler.

Styrelsen for Patientsikkerhed har forskellige sanktionsmuligheder afhængigt af kategoriseringen for den enkelte plejeenhed.

Hvis der konstateres mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, har styrelsen mulighed for at reagere ved at give en henstilling til plejeenheden om eksempelvis at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan plejeenheden vil følge op på uopfyldte målepunkter. Hvis der konstateres større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, får plejeenheden et påbud om at opfylde et eller flere krav. Hvis der konstateres kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet, gives der påbud om, at plejeenheden helt eller delvist skal indstille virksomheden.

Hvis styrelsen bliver opmærksom på mangler efter sundhedsloven eller anden lovgivning, kan styrelsen give informationen videre til de relevante tilsynsmyndigheder.