

Fyrglimt
Fyrglimt 2
7730 Hanstholm

6. februar 2020
Sagsnr. 35-2511-88

Endelig tilsynsrapport efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed sender hermed den endelige tilsynsrapport vedrørende styrelsens tilsynsbesøg den **13-01-2020**

Styrelsen for Patientsikkerhed har sendt en høringsversion af tilsynsrapporten i høring med høringsfrist den **13-02-2020**. Plejeenheden har indsendt materiale til opfølgning på styrelsens henstilling eller krav efter tilsynsbesøget, og det fremgår af den endelige tilsynsrapport.

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
Sekretær
Janni Svendsen
Styrelsen for Patientsikkerhed
Tilsyn og Rådgivning Nord

Styrelsen for Patientsikkerhed
Tilsyn og Rådgivning Nord

Falstersvej 10
8940 Randers SV
Tlf. +45 7222 7970
Email trnord@stps.dk

www.stps.dk

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



Ældretilsynet tilsynsrapport

Fyrglimt

Reaktivt tilsyn

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Fyrglimt
Fyrglimt 2
7730 Hanstholm

P-nummer: 1003368875

Dato for tilsynsbesøget: 13-01-2020

Tilsynet blev foretaget af:

Sagsnr.: 35-2511-88

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte d. 25. november 2019 et påbud til Områdecenter Fyrglimt i Thisted kommune på baggrund af et reaktivt ældretilsyn foretaget d. 24. september 2019.

Af påbuddet d. 25. november 2019 fremgik, at Områdecenter Fyrglimt skulle sikre:

1. At der anvendes systematik, faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet, herunder:
 - a. at hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsnedsættelser tager udgangspunkt i borgernes særlige behov
 - b. at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse.
2. En dokumentationspraksis, der understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser, herunder:
 - a. At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation
 - b. At der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange som anvendes til forebyggelse af magtanvendelse hos den konkrete borger,
 - c. At sikre beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer samt fyldestgørende beskrivelser af borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje, som tager højde for borgernes begrænsninger
 - d. At ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne samt helbredstilstand og opfølgning herpå dokumenteres.

Tilsynet d. 13. januar 2020 er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet.

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på følgende temaer:

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

Ved det opfølgende ældretilsyn d. 13. januar 2020 blev anvendt det fulde målepunktsæt for ældretilsynet 2019, og ældretilsynet blev udført i kombination med et samtidigt sundhedsfagligt tilsyn.

Plejeenheden havde på baggrund af påbuddet udarbejdet og indsendt en handleplan til styrelsen d. 19. november 2019. Handleplanen indeholdt en beskrivelse af forskellige tiltag til at sikre den fornødne kvalitet i det social- og plejefaglige arbejde.

Ved det opfølgende tilsyn d. 13. januar 2020 var der fokus på, hvordan de beskrevne tiltag var blevet implementeret i praksis samt yderligere fokus på, hvilke andre tiltag plejeenheden havde i gangsat og implementeret siden det reaktive ældretilsyn d. 24. september 2019.

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Fyrglimt er en af tre kommunale plejeenheder, og er en del af den organisatoriske enhed Plejecenter Nord, med en fælles områdeleder
- Områdecenter Fyrglimt har 27 almene pladser fordelt i to grupper. Derudover er der et selvstændigt afsnit, Fyrtårnet, med otte pladser, seks faste og to midlertidige, til borgere med misbrug. Det er plejeenheden Fyrglimt, som er omfattet af påbuddet og det opfølgende ældretilsyn
- Målgruppen på plejeenheden Fyrglimt er ældre borgere med både somatiske, psykiske og kognitive funktionsevnenedsættelser
- Der er i plejeenheden ansat sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, pædagog, køkkenpersonale og rengøringspersonale. Plejeenheden er også uddannelsessted for elever
- Der er foretaget ledelsesmæssige ændringer således at der pr. 1. november 2019 er ansat en teamleder for den samlede plejeenhed omfattende henholdsvis Fyrglimt og Fyrtårnet
- I den forbindelse er der i plejeenheden yderligere gjort tiltag med midlertidige ansættelse af ekstra sygeplejersker
- Plejeenheden har ansat faste afløsere, som benyttes ved behov og i ferieperioder. Plejeenheden har udfordringer med rekruttering af medarbejdere inden for alle faggrupper af plejepersonalet
- Der er samarbejde med hjemmesygeplejen og det kommunale akut team, som kan tilkaldes ad hoc. Derudover er der samarbejde med kommunens terapeuter og privatpraktiserende fysioterapeuter
- Plejeenheden har fast tilknyttet læge som kommer hver uge og varetager konsultation for borgerne, samt udbyder hver fjerde uge undervisning til medarbejderne, med afsæt i faglige emner, som er udvalgt af medarbejderne.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet to pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Teamleder Inga Justesen
 - Områdeleder Inger-Lise Petersen
- Der blev foretaget interview med fem medarbejdere
 - Sygeplejerske
 - Social- og sundhedsassistenter
- Der blev foretaget observation ved, at tilsynsførende besøgte borgerne i deres lejligheder samt bevægede sig rundt i plejeenheden
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til ledelsen og de medarbejdere, som deltog i tilsynet
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Annalise Kjær Petersen og Rikke Sønderskov Sørensen.

3. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget ændringer til de faktuelle forhold i rapporten, som er skrevet ind i rapporten. Derudover er kommet bemærkninger til beskrivelse og sammenfatning under tema 3 *Målgrupper og metoder* i relation til fund i målepunkt 3.3. De indkomne bemærkninger er vurderet, men giver ikke anledning til ændringer i vurderingen af tilsynet. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 13-01-2020 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet målepunkter under temaerne: *Selvbestemmelse og livskvalitet*, *Målgrupper og metoder*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet der var et enkelt stående fund i forhold til en journal, hvor der ikke var ajourført oplysninger om en specifik social- og plejefaglige indsats. Derudover var det dog gennemgående i den social- og plejefaglige dokumentation, at der manglede en systematik for, hvor medarbejderne dokumenterede borgerens eventuelle ønsker til livets afslutning.

Ledelse og medarbejdere var ved tilsynet åbne og imødekomende og indgik aktivt i dialog med tilsynet omkring de uopfyldte målepunkter. Det er således styrelsens vurdering, at plejeenheden vil kunne rette op på manglerne ud fra den rådgivning, der blev givet under tilsynet.

Derudover har styrelsen lagt vægt på, at plejeenheden havde arbejdet konstruktivt og målrettet med relevante indsatser i forhold til påbuddet. Der var igangsat en proces til at understøtte systematisk anvendelse

af faglige metoder og arbejdsgange i forhold til borgere med kognitiv funktionsnedsættelse i plejeenheden, denne proces bevirkede ligeledes understøttelse af en systematisk praksis til forebyggelse af magtanvendelse.

I vurderingen er der yderligere lagt vægt på, at den social- og plejefaglige dokumentation generelt fremstod systematisk og overskuelig i journalsystemet og bidrog dermed til, at sikre grundlaget for, at der kunne ydes en sammenhængende og helhedsorienteret social- og plejefaglig indsats til den enkelte borger.

I vurderingen er derudover lagt vægt på, at de interviewede borgere og pårørende gav udtryk for generel tilfredshed med den hjælp, omsorg og pleje, som blev ydet af plejeenheden.

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

- At plejeenheden sikrer, at medarbejdere kan fremfinde borgernes ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3).

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at plejeenheden opfylder ovenstående henstillinger.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har fundet, at et målepunkt ikke var opfyldt, under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at der i journalerne gennemgående manglede en systematik for, hvor medarbejderne dokumenterede borgerens eventuelle ønsker til livets afslutning. Dermed fremgik disse oplysninger ikke entydigt i den social- og plejefaglige dokumentation og kunne dermed ikke fremfindes af medarbejderne.

Styrelsen har herudover vægtet, at ledelse og medarbejdere redegjorde for en praksis, der afspejlede at de arbejdede med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrog dem i det omfang, at det var muligt. Plejeenheden afholdt indflytningssamtaler, når borgeren flyttede ind i plejeenheden, hvor også pårørende var inviteret, dette med udgangspunkt i at få kendskab til borgerens generelle oplysninger og livshistorie.

Oplysningerne om borgerens livshistorie samt vaner og ønsker fremgik af den social- og plejefaglige dokumentation.

Borgere og pårørende gav udtryk for at opleve, at man i plejeenheden arbejdede med afsæt i at tilgodese borgerens selvbestemmelse, livskvalitet og medinddragelse.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for en praksis i arbejdet med at sikre en værdig død, som foregik og blev planlagt med afsæt i et tæt tværfagligt samarbejde i de pallierende forløb. Der var etableret et samarbejde med hjemmesygepleje og akutteam som kunne tilkaldes ved behov, ligesom der var fokus på inddragelse af eventuelle pårørende. Ledelse og medarbejdere oplyste, at man havde en praksis for at indhente

borgerens eventuelle ønsker til livets afslutning ved indflytningssamtalen og når situationen indbød til det. Ligeledes oplyste ledelsen, at der var planlagt undervisning ved plejeenhedens faste læge om emnet med henblik på at vedligeholde medarbejdernes kompetencer inden for området.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede med at imødekomme borgernes ønsker og understøttede den enkelte borgers selvbestemmelse og livskvalitet, og dermed har den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats. Men fremadrettet skal plejeenheden sikre, at borgerens eventuelle ønsker til den sidste tid fremgår systematisk af den social- og plejefaglig dokumentation, således at disse oplysninger kan fremfindes af alle medarbejdere.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at målepunktet var opfyldt, under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere kunne redegøre for, hvordan de i hverdagen arbejdede med at inddrage borgere og pårørende.

I vurderingen er der videre lagt vægt på, at der i plejeenheden kontinuerlig var fokus på samarbejdet med borgere og pårørende om at sikre en god tilværelse i plejeenheden. Ledelsen oplyste, at der eksempelvis var planer om en proces med henblik på en systematik for, at tilbyde alle pårørende minimum en samtale om året. Ledelsen og medarbejdere redegjorde for en praksis, hvor der blev arbejdet med at "gribe nuet" og derigennem at imødekomme borgerens individuelle ønsker, inden for de givne rammer.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden understøttede den enkelte borgers trivsel og relationer til pårørende og det omgivende samfund.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at der i en journal ikke fremgik opfølgning på et forløb via evaluering af relevante iværksatte social- og plejefaglige tiltag hos en borgere med uønsket væggtab. Dermed var det ikke muligt at følge udvikling og status i borgerens tilstand. Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for borgerens aktuelle tilstand.

Styrelsen har desuden lagt vægt på, at det var gennemgående ved interviews med borgere og pårørende, at de oplevede, at den hjælp, omsorg og pleje der blev ydet af plejeenheden tog højde for borgerens særlige behov og begrænsninger.

Styrelsen har yderligere lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere kendte og anvendte faglige metoder og arbejdsgange i ydelsen af hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitiv funktionsnedsættelse. Ledelsen oplyste at have deltaget i temadag i forhold til revision af reglerne på magtanvendelsesområdet i forhold til serviceloven. På temadagen var ledelsen blevet introduceret relevante faglige metoder til borgere med kognitiv funktionsnedsættelse. Efterfølgende var der i plejeenheden igangsat en proces til implementering af metoden Low Arousal. Aktuell havde man gennemgået og beskrevet anvendelse af denne metode hos tre relevante borgere. Under tilsynet blev drøftet en tidsplan for processen til at sikre anvendelse af metoden hos alle relevante borgere i plejeenheden. Ledelsen oplyste mundtligt, at man ville være færdig med denne proces inden for de næste tre uger med gennemgang af de resterende seks borgere.

Medarbejdere oplyste, at processen med implementering af metoden Low Arousal, havde bidraget til refleksion og læring ved gennemgang af observationer, analyse og tilrettelæggelse af den rette hjælp, omsorg og

pleje til borgere med nedsat kognitiv funktionsevne, som tog højde for borgerens særlige behov i relevante situationer.

Ledelsen kunne redegøre for, hvordan plejeenheden fremadrettet vil sikre anvendelse af relevante faglige metoder med en arbejdsgang, hvor der hver sjette uge i forbindelse med husmøder systematisk blev fulgt op med gennemgang af borgernes eventuelle adfærdsændringer og psykiske symptomer.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at implementeringsprocessen med systematisk anvendelse af en faglig metode, bidrog til øget bevidsthed om anvendelse af pædagogiske metoder samt faglig sparring, som i praksis var medvirkende til at forebygge magtanvendelse.

Plejeenheden benyttede metoder og arbejdsgange, med fokus på opsporing af ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand. Der blev afholdt tavlemøder dagligt i dagvagte og på sigt skulle dette også implementeres i aftenvagte.

I hverdagen var der mulighed for daglig sparring medarbejderne imellem i forhold til konkrete problemstillinger i plejen af borgerne, hvor der blev gjort observationer i forhold til eventuelle ændringer i borgernes funktionsevne eller helbredstilstand.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden benyttede relevante faglige metoder og arbejdsgange for at sikre den fornødne kvalitet af hjælp, omsorg og pleje til borgerne i plejeenheden. Plejeenheden skal fremadrettet sikre, at de forbyggende social- og plejefaglige tiltag bliver dokumenteret systematisk, således at der i den social- og plejefaglige dokumentation fremgår opfølgning på relevante social- og plejefaglige indsatser, der bliver iværksat som på baggrund af ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det i interview med ledelse og medarbejdere fremgik, at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver. Plejeenheden havde ansat faste afløsere, og alle nye medarbejdere modtog oplæring og introduktion via fast introduktionsprogram.

Medarbejderne var organiseret i to teams, og medarbejderne var tilknyttet borgerne som kontaktpersoner. Dette for at sikre kontinuitet hos borgerne mest mulig.

Der var sket ledelsesmæssige ændringer siden det reaktive tilsyn d. 24. september 2019, ved at plejeenheden havde en teamleder, som var leder for hele plejeenheden. Derudover havde man oprustet med flere sygeplejemæssige ressourcer i en periode gennem midlertidige ansættelse af to ekstra sygeplejersker. Overordnet skulle der tages en ledelsesmæssig beslutning om fortsættelse af ekstra sygeplejeressourcer og i hvilket omfang.

Ledelse og medarbejder tilkendegav, at disse ændringer havde medført en mere tydelig rollefordeling med hensyn til ledelsesrollen og den sygeplejefaglige sparring i praksis.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden ved tilsynet fremstod med medarbejdere, som havde de fornødne kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, og medarbejderne kendte ansvars- og opgavefordelingen.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere, kunne redegøre for, at der var en fast praksis for dokumentation, og at denne anvendtes. Den social- og plejefaglige dokumentation fremstod systematisk og overskueligt i journalsystemet, og medarbejdere kunne fremfinde relevante oplysninger.

I vurderingen er desuden lagt vægt på, at det var gennemgående i alle tre journaler, at borgerens aktuelle ressourcer og udfordringer, samt mål for personlig og praktisk hjælp var fyldestgørende dokumenteret. Ligesom der var krydshenvisning i den elektroniske journal, når der fremgik social- og plejefaglig dokumentation i andre systemer end den elektroniske omsorgsjournal. Under tilsynet blev drøftet det kontinuerlige fokus på krydshenvisninger i den social- og plejefaglige dokumentation i sammenhæng med den sundhedsfaglige dokumentation og dokumentation i papirform, for at sikre, at alle medarbejdere tilgik oplysninger, der havde betydning for, at der kunne ydes en helhedsorienteret hjælp, omsorg og pleje til borgerne.

Det er styrelsens vurdering, at dokumentationen var beskrevet således, at grundlaget var tilstede til, at der kunne ydes en sammenhængende og helhedsorienteret social- og plejefaglig indsats til borgerne.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der var aktiviteter og, at det var gennemgående ved interviews med borgerne, at de overordnet var tilfredse med de udbudte aktiviteter. Det fremgik desuden ved interview af ledelse og medarbejdere, at plejeenheden var i en omstillingsproces med hensyn til aktivitetsområdet, hvor forskellige aktivitetsudbud blev forankret hos forskellige medarbejdere i plejeenheden. Medarbejderne oplyste at havde fokus på at motivere borgerne til at deltage i forskellige aktiviteter med afsæt i den enkelte borgers ønsker og interesser. Plejeenheden havde tilknyttet frivillige, som tilbød forskellige aktiviteter, hvoraf flere var forankret i lokalområdet.

Styrelsen har ydelige lagt vægt på, at der i plejeenheden var fokus på den rehabiliterende tilgang, med inddragelse af borgerne i hverdagsaktiviteter med henblik på at vedligeholde og om muligt forbedre borgerens funktionsniveau. Derudover var der etableret samarbejde med kommunens terapeuter, der kom en ergoterapeut fast hver 4. uge til vurdering af eventuelle forløb hos relevante borgerne, samt til faglig sparring med medarbejderne.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede ud fra en rehabiliterende tilgang i samarbejde med borgerne, så borgerne fik mulighed for at forbedre funktionsevnen, samt at plejeenheden motiverede borgerne til at deltage i for dem meningsfulde aktiviteter.

Ved tilsynet var der ikke borgere, som var visiteret til § 83a rehabiliteringsforløb, hvorfor det er noteret som ikke aktuelt under tema 6. Ligeledes var der ingen borgere, som var visiteret til § 86 trænings- og vedligeholdelsestræningsforløb, hvorfor det er noteret som ikke aktuelt i tema 6 i forhold til dokumentationsdelen.

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		I tre ud af tre journaler kunne medarbejderne ikke fremfinde borgerens ønsker til livets afslutning, da der ikke var en overordnet beslutning om, hvor dette skulle fremgå i journalen. Dermed fremgik disse oplysninger ikke entydig og systematisk i journalen

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker	x			
	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov	x			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel	x			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at plejeenheden understøtter borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende, samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det	x			

C	C1. At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i borgernes behov og ønsker for udførelsen af omsorgen og plejen	x			
	C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres eventuelle pårørende og det omgivende samfund	x			
D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret	x			

Tema 3: Målgrupper og metoder

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

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug og eventuelt pårørende oplever, at den hjælp, omsorg og pleje, borgeren modtager, tager højde for borgerens særlige behov	x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov	x			
C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktions-evnenedsættelser (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 funktions-	x			

	evne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber				
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen		x		I en journal ud af tre fremgik ikke opfølgning på ændringer i borgernes helbredstilstand. Hos en borger med uønsket vægttab fremgik dette ikke som faglig begrundelse for iværksatte ernæringsmæssige tiltag, ligesom der heller ikke var beskrevet borgerens referenceværdi i forhold til vægt, som kunne holdes op mod de udførte vægtmålinger.

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 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 indsats 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 (§83)	x			

6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet	x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgeres 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