



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Ældretilsynet Tilsynsrapport PLEJECENTRET EGEBO

Reaktivt tilsyn, 2019

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

PLEJECENTRET EGEBO
Bystævneparken 22

2700 Brønshøj

CVR- eller P-nummer: 1003251983

Dato for tilsynsbesøget: 29. oktober 2019

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9513-19/1

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 13. august 2019, via Ældresagens telefoniske rådgivning, modtaget en bekymringshenvendelse fra en anonym tidligere ansat på Plejecenter Egebo. Bekymringshenvendelsen omhandlede beskrivelse af forløb på Plejecenter Egebo, hvor værdighed, god tone, adfærd, faglige kompetencer og medicinering var nogle af omdrejningspunkterne. Det blev beskrevet, at beboere ikke fik skiftet ble, beboere blev glemt og ikke fik mad morgen, middag og aften. Det blev ligeledes beskrevet, at en beboer blev låst inde/fik stuearrest, hvis han gik i køkkenet efter frugt, og efterfølgende ikke blev tilbudt frokost eller middagsmad. Det blev beskrevet, at afløsere, uden uddannelse, skulle dosere og give medicin. Desuden blev det beskrevet, at afløsere, som var meget unge, skulle forflytte beboere med lift efter blot en enkelt demonstration og uden fast personales tilstedeværelse.

Da bekymringshenvendelsen indeholdt både sundhedsfaglige og social- og plejefaglige problematikker, var tilsynet en kombination af det sundhedsfaglige tilsyn og ældretilsynet. Der blev udarbejdet to rapporter.

Fokus for tilsyn

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

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Plejecentret Egebo er et kommunalt plejecenter med 113 boliger og med plads til 115 beboere
- Anne Mayo er forstander og ansvarlig for daglig ledelse. Ledelsesteamet består udover forstanderen af en souschef, fire afdelingsledere, en leder for trænings- og aktivitetsenheden samt en serviceleder
- Målgruppen på plejeenheden er ældre borgere med både somatiske, psykiske og kognitive funktionsevnenedsættelser
- På plejeenheden er der ansat social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygeplejersker, terapeuter, administrative medarbejdere samt medarbejdere i køkken, vaskeri og rengøring
- Plejeenheden er delt op i fire afdelinger med hver to bogrupper. De enkelte bo-grupper har egen spise- og opholdsstue
- Plejeenheden har eget aktivitets- og træningscenter

Om tilsynet

- Der blev gennemgået fire borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet en pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Forstander Anne Mayo
 - Souschef
 - Afdelingsleder for trænings- og aktivitetsenheden
 - Leder af supportteam/sygeplejerske
 - Sundhedsfaglig konsulent
 - Sygeplejefaglig konsulent
- Der blev foretaget interview med fem medarbejdere
 - Tre social- og sundhedsassistenter
 - En fysioterapeut
 - En sygeplejerske
- Der blev foretaget observation ved, at deltage i måltid på to afdelinger
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til: Forstander Anne Mayo samt ledere og medarbejdere, som havde deltaget i tilsynet
- Tilsynet blev foretaget af: Tilsynskonsulenterne Anne Marie Glennung og Anne-Sophie Laage

3. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

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

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 29. oktober 2019 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, Organisation, ledelse og kompetencer, Procedurer og dokumentation og Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet. Problemerne relaterede sig til en ikke fyldestgørende beskrivelse af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer og borgernes mål med praktisk og personlig hjælp. Der i vurderingen lagt vægt på, at der manglede entydighed i og systematik for, hvor man dokumenterede borgerens eventuelle ønsker til livets afslutning i omsorgsjournalen. Der er ligeledes lagt vægt på, at vikarer ikke havde adgang til at læse og dokumentere i journalerne. Vi har i vores vurdering lagt vægt på, at der var fyldestgørende beskrivelser af, hvordan den daglige pleje og omsorg skulle varetages, ligesom der var beskrivelser af iværksatte tiltag i forbindelse med forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne.

Det er styrelsens vurdering, at det er afgørende, for den fornødne kvalitet, at der sker den nødvendige dokumentation med henblik på at sikre en forsvarlig og sammenhængende social- og plejefaglig indsats til borgeren.

Dokumentationen i omsorgsjournalen bør derfor på systematisk vis afspejle borgernes aktuelle ressourcer og evne til at medvirke i opgaveløsningen. Da dokumentationen blandt andet er en sikring af, at enhver me-

darbejder kan varetage relevant hjælp, omsorg og pleje til samtlige borgere ud fra den faglige beskrivelse, lægger styrelsen vægt på, at det personale, der deltager i at udføre hjælp, pleje og omsorg til borgerne, har adgang til den nødvendige viden og mulighed for at dokumentere i journalen.

Vi har lagt vægt på, at ledelse og personale på plejeenheden var lyttende og reflekterende, og personalet havde viden i forhold til plejeenhedens kerneopgaver. Plejeenheden var velorganiseret, med tydelig ledelse og værdigrundlag, kendte daglige procedurer, systematik og strukturer, der også fremadrettet gav mulighed for faglig refleksion, videndeling og læring.

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

- At plejeenheden sikrer, at vikarer har adgang til at dokumentere og få indsigt i den nødvendige social- og plejefaglige dokumentation i journalen (målepunkt 4.1)
- At plejeenheden sikrer en dokumentationspraksis, hvor borgerens aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet samt at borgerens mål for personlig og praktisk hjælp fremgår af dokumentationen (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp (målepunkt 6.1)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at plejeenheden opfylder ovenstående henstillinger. Vi anmoder om, at eventuelle bemærkninger til rapporten bliver fremsendt tre uger efter modtagelsen af denne.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har fundet, at et målepunkt under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at medarbejderne ikke kunne redegøre for, hvor i journalen man kunne finde borgernes ønsker til den sidste tid. Det blev under tilsynet oplyst, at der ikke var truffet en endelig beslutning i kommunen derom.

I vurderingen er der desuden lagt vægt på, at der ved journalgennemgang var udførlige beskrivelser af borgernes vaner og ønsker.

Borgerne gav ved samtale udtryk for at opleve selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i livet på plejeenheden. Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at der blev afholdt indflytningssamtaler med borger og pårørende efter en fastlagt drejebog og opfølgende samtaler efter 3 måneder. Derudover havde plejeenheden udarbejdet pjecen "Emma Gad Godt", med eksempler fra hverdagen på værdige handlinger i sprogbrug og adfærd, og dermed tjente pjecen som pejlemærke for tone, kultur og adfærd mellem medarbejdere, borgere og pårørende på plejeenheden.

Medarbejdere og ledelse redegjorde for, hvordan de arbejdede fokuseret med at sikre borgerne værdighed i den sidste tid og ved livets afslutning. Relevante samarbejdsparter blev inddraget ved behov, eksempelvis i form af sparring og rådgivning med den kommunale hjemmesygepleje. Plejeenheden havde ved behov et samarbejde med vågetjenesten. Borgerne gav ligeledes ved interview udtryk for, at de oplevede tryk ved at tale med medarbejderne om ønsker til livets afslutning.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden imødekom borgernes ønsker og dermed så vidt muligt sikrede såvel livskvalitet og værdighed.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at borgerne oplyste, at de oplevede at få den hjælp de ønskede, og at det blev respekteret, hvis man ikke ønskede at deltage i arrangementer og/eller træning.

På plejeenheden var en "crasherskultur", hvor medarbejdere og borgere var tilknyttet hinanden på tværs af huset med henblik på at etablere spontane hygge- og stjernestunder og "samtalerum". Der blev på en struktureret måde arbejdet med borgernes trivsel, hvor medarbejderne undersøgte og identificerede det, som var vigtigt for borgeren og omsatte det til handling. De interviewede borgere gav udtryk for, at personalet vidste, hvad der var vigtigt for dem. Hvert kvartal blev der afholdt beboermøder, hvor borgerne havde mulighed for at give deres mening til kende. Borgere og pårørende gav udtryk for, at de oplevede, at der var en god tone og kultur i plejeenheden, og dette fremgik også ved tilsynets observationer.

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

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at plejeenheden arbejdede systematisk med relevante faglige metoder og arbejdsgange.

Der blev afholdt faste tværfaglige borgerkonferencer, hvor borgere og eventuelle pårørende blev inddraget i at fastsætte mål i forhold til borgerens forløb. Plejeenheden afholdt daglige møder, i hver afdeling, for medarbejderne med henblik på opsporing og opfølgning på borgernes aktuelle funktionsevne og helbredsstatus. Hver uge blev der afholdt tværfaglige møder, hvor borgernes forløb blev gennemgået under ledelse af plejehjemmets træningsenhed. Til disse møder var der et tværfagligt fokus på forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred i forhold til såvel kognitive som fysiske problemstillinger, eksempelvis fald, infektioner og tryksår. Relevante faglige beskrivelser af de planlagte tiltag fremgik af den social- og plejefaglige dokumentation, for eksempel i forhold til problematikker vedrørende væggtab og inkontinens, og medarbejderne kunne redegøre for indsatserne.

I forhold til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, herunder demens, var der mulighed for sparring og vejledning med områdets demensnøgleperson. Der blev udarbejdet socialpædagogiske handleplaner med henblik på at forebygge magtanvendelse. En del af medarbejderne havde deltaget i uddannelse inden for demensområdet, og plejeenheden havde et etableret demensnetværk. En medarbejder redegjorde for en kultur, hvor medarbejdere, på tværs i huset, blev informeret om og vejledt i de handlinger, der fremgik af aftalerne i den socialpædagogiske handleplan. Dette var aktuelt, idet borgerne blev støttet i og opfordret til at benytte alle indendørs- og udendørsarealer, gange og opholdsrum og dermed kom i berøring med mange medarbejdere og andre borgere.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden benyttede relevante faglige metoder og arbejdsgange for at sikre den fornødne kvalitet af hjælp, omsorg og pleje i plejeenheden.

Der blev ikke foretaget interview af borgere med kognitive funktionsnedsættelser, hvorfor dette er markeret ikke relevant i rapportens fund.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at vikarer og timelønnede medarbejdere ikke havde adgang til journalsystemet.

I forbindelse med bekymringshenvendelsen var introduktionsprogrammet til nyansatte revurderet. Derudover var der udarbejdet et dokument, der beskrev, hvordan medarbejderne konkret skulle agere såfremt, der var noget, man undrede sig over. Introduktionen af nye medarbejdere blev, varetaget af en ressourceperson med tværgående funktioner i huset. Der blev afholdt månedsmøder med alle medarbejdere, hvor aktuelle emner var på dagsordenen.

Medarbejderne gav udtryk for, at der var en tydelighed omkring de værdier, der kendetegnede plejeenheden og et ledelsesmæssig fokus på at udvikle organisationen, herunder at sikre medarbejderinvolvering i de enkelte tiltag. Udviklingstiltag var en naturlig del af ansættelsen, hvilket havde en positiv indvirkning på arbejdsglæden.

Det er styrelsens vurdering, at ledelsen i kraft af de tiltag, der var iværksat på baggrund af bekymringshenvendelsen, den overordnede tydelighed omkring plejeenhedens værdier, organisering samt medarbejdernes ansvars- og kompetenceforhold, virkede understøttende for plejeenhedens varetagelse af kerneopgaver.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at målepunktet ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved journalgennemgang fremgik, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner og samfundsliv ikke var beskrevet fyldestgørende. I fire ud af fire stikprøver manglede, således fyldestgørende beskrivelse af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer, ligesom der manglede entydighed i hvad og hvor, der skulle dokumenteres i forhold til borgerens funktionsevnetilstand. Derudover manglede dokumentation af borgernes mål for personlig og praktisk hjælp i tre ud af fire stikprøver.

I vurderingen er der lagt vægt, at det ved journalgennemgang fremgik, at der var udførlige beskrivelser af borgernes behov for hjælp, pleje og omsorg. Dette både i forhold til behov, der måtte være i forbindelse med nedsat fysisk funktionsevne, men også i forhold til den nedsatte kognitive funktionsevne.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens dokumentationspraksis overordnet understøttede en sammenhængende social- og plejefaglig indsats, men det er væsentligt, at der fremadrettet sikres fyldestgørende beskrivelse af borgernes aktuelle funktionsevne og mål for pleje og omsorg.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at fastsættelse af mål for personlig og praktisk hjælp ikke fremgik af dokumentationen i tre ud af fire stikprøver. Der er i vurderingen lagt vægt på, at medarbejderne mundtligt over for tilsynet kunne rede-

gøre for, hvordan de arbejdede med borgerens motivation for at finde meningsfulde mål. I en fjerde stikprøve fremgik det således af dokumentationen, at borgerens mål var at kunne komme til at gå igen og at være i stand til at danse til årsfesten på plejecentret.

Plejeenheden havde egen træningsenhed, hvor der var ansat fysio- og ergoterapeuter. Denne tværfaglighed i medarbejdersammensætningen medvirkede til, at aktivitet, genoptræning og rehabilitering blev tænkt ind i alle hverdagens gøremål. Borgerne benyttede sig således af såvel strukturerede træningstilbud i trænings-salen, og mere spontan aktivitetstræning eksempelvis ved at følges ad på mindre gåture ude eller inde afhængig af vejr og årstid.

På plejeenheden var der opmærksomhed på, at meningsfulde aktiviteter kunne foregå på flere tider af døgnet, også om aftenen. Der var mulighed for en-til-en samtaler, samvær med andre for eksempel i sansehaven og deltagelse i forskellige "klubber", udflugter, busture.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede med rehabilitering og med den rehabiliterende tilgang, hvor der via deltagelse i træning og hverdagsaktiviteter var fokus på at bibeholde borgerens funktioner bedst muligt. Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden inddrog borgeren i beslutningen om deltagelse i meningsfulde aktiviteter.

Der var på plejeenheden ikke borgere, der modtog hjælp efter §83a, målepunkter vedrørende dette er derfor noteret som ikke relevante.

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 trykthed 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		Medarbejderne kunne ikke redegøre for, hvor i journalen de skulle fremfinde borgernes ønsker til den sidste tid. Det blev under tilsynet oplyst, at der ikke var truffet en endelig beslutning om dette.

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 funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	X			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer	X			

E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur, at borgere med kognitive funktionsevnedesættelser (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			

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 væggtab, 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 væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt væggtab, 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		Vikarer havde ikke adgang til den social- og plejefaglige dokumentation
	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		I fire ud af fire stikprøver var borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer ikke konsekvent beskrevet.

	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		I tre af fire stikprøver var borgernes mål for personlig og praktisk hjælp ikke dokumenteret.
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede	X			

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

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

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet (§83a)			X	
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeheden 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		I tre ud af fire stikprøver var målfastsættelse for personlig og praktisk hjælp mangelfuld.

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