



Ældretilsynet

Tilsynsrapport

FJORDSTJERNEN BOLIGER OG SUNDHEDSCENTER A/S

Reaktivt tilsyn, 2020

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

FJORDSTJERNEN BOLIGER OG SUNDHEDSCENTER A/S
Isefjords Alle 25 - 27

4300 Holbæk

CVR- eller P-nummer: 1017793396

Dato for tilsynsbesøget: 14-02-2020

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst

Sagsnr.: 35-2511-127

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har gennemført tilsynet på baggrund af et lægeligt ligsyn. Tilsynet tog afsæt i det samlede "Målepunktsæt for ældretilsynet 2019".

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed fokuserede tilsynet på om de social- og plejefaglige indsatser i forhold til den personlige hjælp, omsorg og pleje, der blev ydet efter servicelovens §§ 83-87 havde den fornødne kvalitet. Tilsynet vedrørte således hele målepunktsættet for ældretilsynet:

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

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Fjordstjernen Boliger og Sundhedscenter A/S er et friplejehjem med egen bestyrelse. Ejerkredsen bag aktieselskabet bag driver desuden et bosted i Holbæk Kommune.
- Fjordstjernen består af 4 centre med hver deres centerleder. Center Vest er målrettet ældre med plejebehov, Center Midt er målrettet ældre, rehabilitering og voksne med handicap, Center Øst er målrettet voksne med handicap samt et driftscenter. Tilsynet er gennemført i Center Vest og Center Midt, der til sammen havde 44 plejeboliger, fordelt på 4 enheder.
- Plejeboligerne er målrettet ældre borgere med somatiske og kognitive problemstillinger, herunder demens. Fjordstjernen varetager selv visitation af borgere til de ledige boliger på baggrund af en interesseliste, det er muligt at blive opført på, såfremt en borger af sin hjemkommune er godkendt til plejebolig.
- Plejeenheden har et pårønderåd på tværs af alle centrene på Fjordstjernen.
- Direktør for Fjordstjernen er Annica Granstrøm og den daglige ledelse af Center Vest bliver varetaget af centerleder og sygeplejerske Stella Heuser. Den daglige ledelse af Center Midt af centerleder og sygeplejerske Anita Jensen.
- Plejeboligerne har social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere ansat. Pleje og omsorg er organiseret med faste kontaktpersoner i dag- og aften timerne. Der er fælles nattevagter, der dækker det samlede plejecenter. Desuden bliver der anvendt faste timelønnede og vikarer.
- Der er ansat 3 sygeplejersker, en ergoterapeut og en fysioterapeut med tværgående funktioner på Fjordstjernen, disse medarbejdere er til stede på hverdage. Ved behov for sygeplejefaglig assistance uden for dette tidsrum kan de respektive centerledere kontaktes.
- Plejecentret har 2 fast tilknyttede læger, som kommer minimum en gang om måneden.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået 3 borgerjournaler
- Der blev interviewet 3 borgere
- Der blev interviewet 3 pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Administrerende direktør Annica Granstrøm
 - Centerleder Stella Heuser, Center Vest - Ældre
 - Centerleder Anita Jensen, Center Midt - Rehabilitering
 - Samt en Socialkonsulent
- Der blev foretaget interview med 3 medarbejdere
 - Social- og sundhedsassistenter
 - Social- og sundhedshjælper
- Der blev foretaget observation ved deltagelse i frokost i 2 enheder

- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til Administrerende direktør Annica Granstrøm , Centerleder Stella Heuser, Centerleder Anita Jensen, en Socialkonsulent og 2 social og sundhedsassistenter
- Tilsynet blev foretaget af: tilsynsførende Anne Marie Glennung og oversygeplejerske Lone Teglbjærg

3. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i høringsperioden modtaget ændringer til de faktuelle forhold i rapporten. Ændringerne er skrevet ind i rapporten, men det giver os ikke anledning til at revidere vores vurdering.

Vi afslutter dermed tilsynet

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 14-2-2020 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 *Procedurer og dokumentation samt Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet plejeenheden fremstod velorganiseret og med gode procedurer og arbejdsgange, der tog udgangspunkt i borgernes ønsker for et godt hverdagsliv. Der er i vurderingen desuden lagt vægt på, at plejeenheden overordnet arbejdede med aktivitet, rehabilitering og træning, så borgerne havde mulighed for at forbedre og vedligeholde funktionsevnen.

De fund, der blev gjort i temaerne *Procedurer og dokumentation* og *Aktiviteter og rehabilitering* relaterede sig til den social- og plejefaglige dokumentation og til de tværfaglige og helhedsorienterede arbejdsgange med Holbæk Kommunes terapeuter vedrørende genoptræning og rehabilitering, idet Holbæk Kommune og Fjordstjernen ikke gjorde brug af samme journalsystem. Da dokumentation blandt andet er en sikring af, at enhver medarbejder kan varetage relevant hjælp, omsorg og pleje herunder rehabilitering til borgerne ud fra den faglige beskrivelse, lægger vi vægt på, at personalet har adgang til den nødvendige viden om de iværksatte indsatser og mulighed for tværfagligt at følge op herpå.

Styrelsen vurderer således, at det er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, men at problemerne dog er af et omfang, der kræver en handleplan. Det er samtidig styrelsens vurdering at plejeenheden på baggrund af den dialog og vejledning, der var i forbindelse med tilsynet og ved at udarbejde og følge en handleplan, der adresserer temaerne i nedenstående henstillinger, vil være i stand til at rette op på de fund, der blev gjort ved tilsynet.

Henstillinger

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

- At plejeenheden implementerer en praksis, hvor borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden implementerer en praksis, hvor borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb bliver dokumenteret (målepunkt 5.1)
- At ledelsen sikrer en praksis, hvor personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte bliver tilrettelagt med udgangspunkt i borgernes egne mål (målepunkt 6.1)

Styrelsen anmoder om at få tilsendt eventuelle bemærkninger til rapporten. Der skal desuden indsendes en handleplan, der beskriver, hvordan og inden for hvilken tidsramme plejeenheden forventer, at overstående henstillinger vil være opfyldt.

Handleplan og bemærkninger til rapporten bedes fremsendt inden for 3 uger.

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.

Styrelsen har lagt vægt på, at de interviewede borgere og pårørende gav udtryk for at opleve selvbestemmelse og blive inddraget i beslutninger i forhold til deres hverdagsliv, f. eks ved at kontaktpersonen og plejeenhedens socialkonsulent afholdt strukturerede indflytningssamtaler, der tog afsæt i borgerens levede liv.

Borgere og pårørende gav også udtryk for, at der var mulighed for tale om ønsker til livets afslutning, hvilket også fremgik ved interview med personale og ledelse og borgernes ønsker var beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.

Plejeenheden redegjorde for en praksis, hvor hjælp, pleje og omsorg blev tilrettelagt med afsæt i, at imødekomme borgerens ønsker og vaner bedst muligt, hvilket understøttede borgerens selvbestemmelse og livskvalitet. Der blev ligeledes redegjort for god praksis for arbejdet med at sikre en værdig død.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt.

I vurderingen er lagt vægt på, at borgere og pårørende ved interview fortalte, at de oplevede, at borgerne fik den hjælp, de selv ønskede og pårørende blev inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov.

Borgere og pårørende oplevede, at der var en god tone og adfærd på plejeenheden, og den enkeltes ønsker og behov blev respekteret, hvilket også fremgik af tilsynets observationer.

Derudover fremgik det ved interview med ledelse og medarbejdere, at der var et godt og tæt samarbejde med de pårørende. Medarbejderne blev af borgere og pårørende oplevet som omsorgsfulde og der var en generel opmærksomhed på, hvordan borgernes trivsel og relationer blev opretholdt.

3. Målgrupper og metoder

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

Styrelsen har lagt vægt på, at plejeenheden havde arbejdsgange, der sikrede, at der blev anvendt relevante faglige metoder i forhold til borgere med kognitive funktionsevnedssættelser, som demens, psykisk sygdom og/eller misbrug, herunder også en systematisk praksis, der understøttede arbejdet med at forebygge magtanvendelse i hjælp, pleje og omsorg til den enkelte borger.

Derudover er lagt vægt på, at plejeenheden havde en god praksis, hvor der systematisk blev arbejdet med opsporing og forebyggelse af tab af funktionsevne og forringet helbredstilstand. Det fremgik via interview og observation i plejeenheden og ved gennemgang af den social- og plejefaglige dokumentation, at der tværfagligt blev fulgt op på tegn på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand. De interviewede borgere og pårørende gav udtryk for at opleve, at der blev taget højde for borgerens individuelle behov og relevante tiltag blev iværksat rettidigt.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. Styrelsen har lagt vægt på, at plejeenheden fremstod med de nødvendige kompetencer og en organisering, der understøttede varetagelse af plejeenhedens kerneopgaver igennem hele døgnet.

Det blev oplyst, at det undertiden var vanskeligt at rekruttere social- og sundhedsassistenter, men at det var nemt at få afløsere såsom sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistentelever. Medarbejderne var fast tilknyttet én enhed, men kunne gå på tværs i huset ved behov.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at målepunktet ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er lagt vægt på, at det ved gennemgang af den social- og plejefaglige dokumentation sås mangelfulde beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer, og at der ikke var dokumentation for borgerens mål for personlig og praktisk hjælp.

Generelt fremstod den social- og plejefaglige dokumentation systematisk og overskuelig i journalsystemet, og medarbejderne kunne fremfinde de relevante oplysninger i den elektroniske journal Sensum.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens dokumentationspraksis, ved mindre tiltag i relation til ovenstående fund, ville kunne understøtte en sammenhængende social- og plejefaglig indsats.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er lagt vægt på, at det ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik, at der ikke var praksis for at sætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte. Der er ligeledes lagt vægt på, at det blev oplyst, at der ikke var et formaliseret tværfagligt samarbejde mellem medarbejderne på plejeenheden og kommunens terapeuter, når disse varetog opgaver i plejeenheden vedrørende rehabilitering og genoptræning som ikke umiddelbart var omfattet af Servicelovens § 86.

Fjordstjernens egne terapeuter varetog genoptræning og vedligeholdelsestræning og det fremgik ved interview og journalgennemgang, at der var et tværfagligt samarbejde omkring den enkelte borger, således at mål og formål for pleje og træning blev tilrettelagt i et helhedsorienteret og tværfagligt perspektiv.

Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at der ikke blev ydet rehabiliteringsforløb efter §83a, idet Fjordstjernen ikke var certificeret dertil. Derfor er dette markeret som ikke aktuelt i målepunktet vedrørende rehabiliteringsforløb §83a.

Ved interview med borgere og pårørende fremgik det, at borgerne oplevede, at de i videst muligt omfang blev inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp, og at der var gode muligheder for at vedligeholde sine færdigheder dels i de daglige gøremål dels ved brug af træningscentret i kælderen.

Ved interview med ledelse, medarbejdere, borgere og pårørende fremgik det, at der var rig mulighed for, at borgerne kunne deltage i aktiviteter såsom fredagsmusik, quiz, stolegymnastik, filmklub, gudstjeneste, mandeklub og fester med pårørende m.v. Derudover var der mulighed for individuelle aktiviteter i henhold til borgernes ønsker og funktionsevne, eksempelvis cykelture og gåture.

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			

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

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

	eventuelle pårørende og det omgivende samfund				
D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret	X			

Tema 3: Målgrupper og metoder

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

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug og eventuelt pårørende oplever, at den hjælp, omsorg og pleje, borgeren modtager, tager højde for borgerens særlige behov	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov	X			
C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	X			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer	X			
E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur, at borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger.	X			

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

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

3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

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

3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje til borgeren er rettet mod forebyggelse af uplanlagt 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			
	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 to ud af tre stikprøver var beskrivelsen af borgerens aktuelle ressourcer og egenomsorg mangelfuld. Eksempelvis manglede beskrivelse af en borgers gangfunktion i relation til en halvsidig parese samt en borgers tendens til grålabilitet og baggrunden herfor. Personalet kendte borgerne godt og kunne mundtligt redegøre herfor.

	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 to ud af tre stikprøver manglede beskrivelse af borgerens mål for personlig og praktisk hjælp. Bl.a. i forbindelse med borgerens ønske om cykel træning. Personalet kendte borgerne godt og kunne mundtligt redegøre herfor.
	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 plejenheden 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		Ledelsen var ikke bevidste om, at der skulle udarbejdes mål for personlig og praktisk

					hjælp med rehabiliterende sigte.
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	X			
B	X			<p>Ledelsen oplyste, at der blev visiteret få og korte genoptræningsforløb efter §86 og at disse blev varetaget af plejeenhedens terapeuter.</p> <p>Det blev oplyst, at der ikke var et tvær-</p>

					fagligt samarbejde mellem plejepersonalet og kommunens terapeuter, hvad angik andre former for træning og rehabilitering. Plejeenheden og kommune anvendte ikke samme journalsystem.
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