



Ældretilsynet

Tilsynsrapport

Plejecenter Møllehaven

Reaktivt tilsyn, 22.juni 2021

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Plejecenter Møllehaven
Møllehaven 24

5400 Bogense

CVR- eller P-nummer: 1019931000016000

Dato for tilsynsbesøget: 22. juni 2021

Tilsynet blev foretaget af:

Sagsnr.: 35-2511-235

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har i juli og september 2020 modtaget to bekymringshenvendelser fra pårørende til beboere på Plejecenter Møllehaven. Henvendelserne omhandlede brug af mange vikarer, og desuden forhold vedrørende hjælp, omsorg og pleje. På baggrund af henvendelserne har vi anmodet Plejecenter Møllehaven om udtalelser og journalmateriale i relation til social- og plejefaglige forhold, som vi modtog i august og november 2020. På baggrund af det indkomne materiale kunne vi ikke vurdere, om der er problemer med den fornødne kvalitet i pleje og omsorg i forhold til:

- Selvbestemmelse og livskvalitet
- Trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

Vi besluttede derfor at foretage et reaktivt ældretilsyn den 17. december med henblik på belysning af dette. Tilsynet blev udsat pga. covid-19 pandemien. Det bemærkes, at styrelsen i forbindelse med covid-19 pandemien har haft en nedsat aktivitet inden for ældretilsynet. Det skyldes, at styrelsen har tilrettelagt sin aktivitet dels for at imødekomme det øgede pres på plejeenhederne som følge af COVID-19, dels for at imødegå en smitterisiko i forhold til sårbare grupper ved at gennemføre tilsynsbesøg i forhold til sårbare grupper, ligesom styrelsen har været nødsaget til at omstille en meget betydelig del af styrelsens ressourcer til varetagelse af styrelsens opgaver i forbindelse med pandemien, herunder rådgivning om smitteforebyggelse på plejeenhederne. Styrelsen har dog i hele perioden vurderet samtlige modtagne bekymringshenvendelser. Styrelsen har ud fra en konkret risikovurdering og vurdering af karakteren af og alvorligheden af de forhold, bekymringshenvendelserne omhandler, foretaget enten reaktive tilsynsbesøg, administrative tilsyn eller har vurderet at et tilsyn kunne udsættes, indtil smitterisikoen var nedbragt.

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på:

- Selvbestemmelse og livskvalitet
- Trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- På Plejecenter Møllehaven bor 40 borgere i fire huse
- Borgerne er en blandet målgruppe af borgere med behov for hjælp efter serviceloven
- Den daglige ledelse varetages af centerleder Annemarie Hansen, tiltrådt 1 oktober 2020, og teamleder Laila Hansen, tiltrådt marts 2021
- Der er ansat følgende medarbejdere: 15 social- og sundhedsassistenter, 18 social- og sundhedshjælpere, en sygehjælper, to sygeplejersker, en ergoterapeut, to ernæringsassistenter, to aktivitetsmedarbejdere, en kok i fleksjob, fire afløsere. Der er fem vakante stillinger

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre omsorgsjournaler. En fjerde omsorgsjournal blev gennemgået vedrørende tiltag til forebyggelse af magtanvendelse
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet tre pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Centerleder
 - Teamleder
- Der blev foretaget interview med fem medarbejdere
 - Sygeplejerske
 - Ergoterapeut
 - Social- og sundhedshjælpere
 - Social- og sundhedsassistenter
- Der blev foretaget observation under ophold i fællesarealer i de fire huse
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til personale og ledelse
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne: Sidsel Rohde og Tina Kolding

3. Vurdering og sammenfatning

Konklusion

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget materiale i form af et brev og bilagssamling, der omhandler arbejdet med fremadrettet at sikre kvaliteten af pleje og omsorg i plejeenheden. Styrelsen anerkender, at plejeenheden har iværksat og planlagt en række tiltag for at sikre den fornødne kvalitet. Vi konstaterer dog, at de uopfyldte målepunkter endnu ikke er bragt i orden.

Vi har derfor den 20. august 2021 udstedt et påbud til plejeenheden om senest den 20. august 2021 at opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden.

Påbud offentliggøres på stps.dk og sundhed.dk. Når vi ved nyt tilsyn konstaterer, at et påbud er blevet efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 22. juni 2021 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

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

Styrelsen har vurderet, at der er tale om større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet ledelsen redegjorde for, at der var udfordringer med organiseringen på grund af stor personaleudskiftning, idet der var brug af vikarer, der ikke altid havde adgang til omsorgsjournalerne, og de faste medarbejdere brugte mange ressourcer på at sætte nye medarbejdere ind i opgaverne. Ledelsen redegjorde for, at der var udfordringer med plejeenhedens dokumentationspraksis, idet navigationssedlerne ikke blev brugt i tilstrækkeligt omfang. Vi konstaterede flere mangler i dokumentationen, og vedrørende målfastsættelse var det gennemgående i alle tre stikprøver.

Ledelsen gav udtryk for, at vikarene ikke altid kendte borgerne godt nok til at kunne understøtte borgernes livskvalitet og selvbestemmelse, ligesom der ikke var en fast praksis for at indhente ønsker til livets afslutning. En pårørende oplevede manglende værdighed, idet der opstod en utryk stemning blandt borgerne, når der var flere vikarer på job. Desuden fordi personalet sad i fællesrummet og talte om deres opgaver i borgernes nærvær, hvilket lederen bekræftede var tilfældet.

Ledelsen oplyste, at der ikke var tid nok til at understøtte trivsel hos borgerne med meningsfulde aktiviteter. Desuden, at der var borgere uden en fast kontaktperson. Hermed kunne det være uklart for de pårørende, hvem de skulle kontakte om diverse spørgsmål.

Det er styrelsens vurdering, at den nuværende organisering ikke i tilstrækkelig grad understøttede plejeenhedens kerneopgaver. Lederen redegjorde for, at der i kommunen var stor bevågenhed i forhold til at samarbejde om at løse udfordringerne på Møllehaven.

KRAV

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

- At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at sikre livskvalitet (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer, at beskrivelser af borgernes vaner og ønsker fremgår af den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer en værdig kultur og tone (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer en systematisk praksis for at indhente og fremfinde ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer, at borgerne så vidt muligt oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov (målepunkt 2.1)
- At ledelsen kan redegøre for, at plejeenheden arbejder med at sikre, at borgerne trives (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgere med kognitive funktionsevnedssættelser (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 (målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer, at der hos borgere med kognitive funktionsevnedssættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug findes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer (målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgere med kognitive funktionsevnedssættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug oplever at modtage hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger (målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer, at ændringer og opfølgning af helbredstilstande er beskrevet (3.3)
- At plejeenheden sikrer, at social og plejefaglige indsatser til forebyggelse af uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet (målepunkt 3.4)
- At ledelsen sikrer, at organiseringen understøtter plejeenhedens kerneopgaver (målepunkt 4.1)
- At ledelsen sikrer, at medarbejderne har de rette kompetencer og at nye medarbejdere får den fornødne introduktion (målepunkt 4.1)
- At ledelsen sikrer, at vikarene kender ansvars- og opgavefordelingen (målepunkt 4.1)
- At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen (målepunkt 4.1)

- At plejeenheden sikrer, at den fastlagte dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender den fastlagte dokumentationspraksis (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og pleje-faglige indsatser er beskrevet (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes mål for personlig pleje og praktisk hjælp fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerne og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (målepunkt 6.1)
- At plejeenheden sikrer, en praksis for målfastsættelse for personlig og praktisk hjælp efter servicelovens § 83 (målepunkt 6.1)
- At plejeenheden sikrer, at der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (målepunkt 6.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og følger plejeenhedens praksis for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (målepunkt 6.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgere og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter, der er meningsfulde for dem, og at borgerne oplever at have meningsfulde aktiviteter (målepunkt 6.3)
- At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerne støttes i at have meningsfulde aktiviteter (målepunkt 6.3)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender borgernes behov for meningsfulde aktiviteter og understøtter borgerne i deres aktiviteter (målepunkt 6.3)

Vi har udstedt et påbud om, at plejeenheden skal opfylde ovenstående krav, inden for en fastsat frist.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelsen gav udtryk for, at vikarene ikke altid kendte borgerne godt nok til at kunne understøtte borgernes livskvalitet. I en ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelser af borgernes vaner. En pårørende oplevede manglende værdighed, idet der opstod en utryk stemning blandt borgerne, når der var flere vikarer på job. Den pårørende oplevede også, at personalet sad i fællesrummet og indbyrdes talte om deres plejeopgaver hos borgerne, hvilket kunne overhøres af borgerne og de besøgende, der måtte være tilstede i fællesrummet.

Ledelsen oplyste, at der ikke var en fast praksis for at indhente ønsker til livets afslutning samt dokumentere ønskerne.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden dermed ikke levede op til den fornødne kvalitet i forhold til borgernes livskvalitet, værdighed og selvbestemmelse i hverdagen samt ved livets afslutning.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er der lagt vægt på, at en ud af tre borgere oplevede, at ikke alle medarbejdere havde kendskab til, at de skulle tage hensyn til borgerens smerter under plejen. En pårørende oplevede, at der var aftaler, som ikke blev overholdt, da medarbejderen ikke altid kendte aftalerne.

Ledelsen oplyste, at der ikke var tid nok til at understøtte trivslen hos borgerne med aktiviteter. Desuden at der var personale, som talte om opgaver i borgernes nærvær. Ledelsen oplyste desuden, at der var borgere uden en fast kontaktperson. Hermed kunne det være uklart for de pårørende, hvem de skulle kontakte ved behov.

Det er styrelsens vurdering, at ovenstående udgør en risiko for at borgerne ikke oplevede trivsel, samt at de pårørende ikke blev tilstrækkeligt inddraget i det omfang borgerne ønskede det.

3. Målgrupper og metoder

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at en borger oplevede, at medarbejderne ikke altid kendte dennes behov i forhold til at forebygge smerter i forbindelse med plejen, samt borgerens latenstid i kommunikationen. I en ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelse af, hvordan medarbejderne skulle handle i forhold til borgerens latenstid, bevægelser og smerter.

En pårørende oplevede, at hjælpen ikke altid tog højde for borgernes særlige behov, idet der opstod en utryk stemning blandt borgerne med nedsat kognitiv funktionsevne, når der var flere vikarer på job. Desuden fordi personalet sad i fællesrummet og talte om deres opgaver i borgernes nærvær.

I to ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelser af ændringer og opfølgning vedrørende urinvejsinfektion og tegn på begyndende tryksår. I en ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelser af faldforebyggelse og forebyggelse af inkontinens.

Det er styrelsens vurdering, at ovenstående mangler udgør en risiko for, at borgere med særlige behov, ikke altid får hjælp og omsorg af fornøden kvalitet, samt at der ikke i alle tilfælde bliver fulgt relevant op på forebyggende indsatser og på ændringer i borgernes tilstand.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelsen redegjorde for, at der på trods af en relevant tværfaglighed i plejeenheden var udfordringer med organiseringen, idet der var stor udskiftning af personalet og rekrutterings problemer, hvilket gav overordnede udfordringer i plejeenheden, da der var brug af vikarer, der ikke altid havde adgang til omsorgsjournalerne, og de faste medarbejdere brugte mange ressourcer på at sætte vikarer og afløsere ind i opgaverne. Lederen redegjorde også for, at der i kommunen var stor bevågenhed i forhold til at løse udfordringerne på Møllehaven.

Vikarenes manglende adgang til dokumentationen, betød at de ikke altid kunne tilgå viden om opgaverne.

Det er styrelsens vurdering, at den nuværende organisering således ikke i tilstrækkelig grad understøttede plejeenhedens kerneopgaver.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelsen redegjorde for, at der var udfordringer med plejeenhedens dokumentationspraksis, idet navigationssedlerne ikke blev brugt i tilstrækkeligt omfang, og der var vikarer, der ikke altid havde adgang til omsorgsjournalerne.

I to ud af tre omsorgsjournaler manglede aktuelle beskrivelser. I en omsorgsjournal var det beskrevet, at borgeren efter udskrivelse skulle have hjælp på en bestemt måde, og det var et halvt år siden denne udskrivelse havde fundet sted. Hos en borger var der hængt en aktivitetsplan op i boligen, som var uaktuel.

I en ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelser af borgernes hjælp i forhold til smerter, lammelser, latenstid og mobilitetsproblemer. I tre ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelse af borgerens mål for hjælpen.

Det er styrelsens vurdering, at dokumentationen havde mangler i et omfang, således at den ikke i tilstrækkelig grad sikrede videndeling blandt medarbejderne, og ikke kunne understøtte sammenhængende social- og plejefaglige indsatser.

6. Aktiviteter og rehabilitering

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at i to ud af tre stikprøver oplevede borgerne ikke inddragelse i målfastsættelse for hjælpen med rehabiliterende sigte. I tre ud af tre omsorgsjournaler manglede målfastsættelse for hjælpen med rehabiliterende sigte. Ledelsen redegjorde for, at der ikke var en praksis for målfastsættelse sammen med borgerne.

En ud af tre borgere oplevede at mangle aktiviteter. Ledelsen redegjorde for, at der var borgere der oplevede kedsomhed og manglede aktivitet, idet personalet manglede tid til at understøtte dette.

Borgerne fik efter behov tilbudt trænings- og rehabiliteringsforløb.

Det er styrelsens vurdering, at den manglende praksis for målfastsættelse og meningsfulde aktiviteter, udgjorde en risiko for at borgernes funktionsevne og trivsel ikke havde den fornødne kvalitet.

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 borgeres livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet		x		Ledelsen gav udtryk for, at vikarene ikke altid kendte borgerene godt nok til at kunne understøtte borgernes livskvalitet.
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		Ledelsen gav udtryk for, at vikarene ikke altid kendte borgerene godt nok til at kunne understøtte borgernes livskvalitet.
D	At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker		x		I en ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelser af borgernes vaner.
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden		x		En pårørende oplevede manglende værdighed, idet der opstod en utryk stemning blandt borgerne, når der var flere vikarer på job. Desuden fordi personalet talte om deres opgaver i borgernes nærvær.

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning	x			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet		x		Ledelsen oplyste, at der ikke var en fast praksis for at indhente ønsker til livets afslutning og dokumentere ønskerne.
	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		Ledelsen oplyste, at der ikke var en fast praksis for at indhente ønsker til livets afslutning og dokumentere ønskerne.

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		En ud af tre borgere oplevede, at ikke alle medarbejdere havde kendskab til, at de skulle tage hensyn til borgerens smerter under plejen.

	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov		x		En pårørende oplevede, at der var aftaler, som ikke blev overholdt, da medarbejderen ikke altid kendte aftalerne.
B	B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel		x		Ledelsen oplyste, at der ikke var tid nok til at understøtte trivslen hos borgerne med aktiviteter. Desuden at der var borgere uden en fast kontaktperson, samt at der var personale, som talte om opgaver i borgernes nærvær.
	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		Ledelsen oplyste, at der var borgere uden en fast kontaktperson. Hermed kunne det være uklart for pårørende, hvem de skulle kontakte om diverse.
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		Ledelsen oplyste, at der var borgere uden en fast kontaktperson. Hermed kunne det være uklart for pårørende, hvem de skulle kontakte om diverse.
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		En borger oplevede, at medarbejderne ikke altid kendte borgerens behov i forhold til, at forebygge smerter samt borgerens latenstid under samtale.
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		I en ud af tre omsorgsjournaler manglende beskrivelse af, hvordan medarbejderne skulle handle i forhold til borgerens latenstid og bevægelser.
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		En pårørende oplevede manglende værdighed. Der opstod en utryk stemning blandt borgere med nedsat kognitiv funktionsevne, når der var flere vikarer på job. Desuden fordi personalet talte om deres opgaver i borgernes nærvær.

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		I to ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelser af ændringer og opfølg-

					ning vedrørende urinvejsinfektion og tegn på tryk.
--	--	--	--	--	--

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		I en ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelser af faldforebyggelse og forebyggelse af inkontinens.

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		Ledelsen redegjorde for, at der var udfordringer med organiseringen, idet der var stor udskiftning af personalet og rekrutterings problemer. Der var brug af vikarer, der ikke altid havde adgang til omsorgsjournalerne, og de faste medarbejdere brugte mange ressourcer på at sætte vikarer og afløser ind i opgaverne.
	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		Ledelsen redegjorde for, at der var udfordringer med organiseringen, idet der var stor udskiftning af personalet og rekrutteringsproblemer. Der var brug af vikarer, der ikke altid havde adgang til omsorgsjournalerne, og de faste medarbejdere brugte mange ressourcer på at sætte vikarer og afløser ind i opgaverne.
	A.3 At ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer		x		Ledelsen redegjorde for, at der var udfordringer med organiseringen, idet der var stor udskiftning af personalet og rekrutteringsproblemer. Der var brug af vikarer, der ikke altid havde adgang til omsorgsjournalerne, og de faste medarbejdere brugte mange ressourcer på at sætte vikarer og afløser ind i opgaverne.
B	At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen		x		Vikarene havde ikke altid adgang til dokumentationen, og kunne dermed ikke

					altid tilgå viden om opgaverne.
--	--	--	--	--	---------------------------------

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		Ledelsen redegjorde for, at der var udfordringer med dokumentationspraksis, idet navigationssedlerne ikke blev brugt i tilstrækkeligt omfang, og der var vikarer, der ikke altid havde adgang til omsorgsjournalerne.
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats		x		Ledelsen redegjorde for, at der var udfordringer med dokumentationspraksis, idet navigationssedlerne ikke blev brugt i tilstrækkeligt omfang, og der var vikarer, der ikke altid havde adgang til omsorgsjournalerne.
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation		x		Ledelsen redegjorde for, at der var udfordringer med dokumentationspraksis, idet navigationssedlerne ikke blev brugt i tilstrækkeligt omfang, og der var vikarer, der ikke altid havde adgang til omsorgsjournalerne.
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg,		x		I to ud af tre omsorgsjournaler mang-

	praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger				lede aktuelle beskrivelser. I en omsorgs-journal var det beskrevet, at borgeren efter udskrivelse skulle have hjælp på en bestemt måde, og det var et halvt år siden denne udskrivelse havde fundet sted. Hos en borger var der hængt en aktivitetsplan op i borgerens hjem, som var uaktuel.
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet		x		I en ud af tre omsorgsjournaler mangede beskrivelser af borgernes hjælp i forhold til smerter, lam-melser, latenstid og mobilitetsproblemer.
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret		x		I tre ud af tre omsorgsjournaler mangede beskrivelse af borgerens mål for hjælpen.
	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		x		I to ud af tre stikprøver oplevede borgerne

	fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)				ikke inddragelse i målfastsættelse for hjælpen med rehabiliterende sigte.
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		Ledelsen redegjorde for, at der ikke var en praksis for målfastsættelse sammen med borgerne.
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens arbejds gange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål, samt arbejds gangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§§83a og 83)		x		Ledelsen redegjorde for, at der ikke var en praksis for målfastsættelse sammen med borgerne.
D	D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål (§83a)	x			
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet (§83a)	x			
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne (§83a)	x			
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83a)		x		I tre ud af tre omsorgsjournaler manglede målfastsættelse for hjælpen med rehabiliterende sigte.

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		En ud af tre borgere oplevede at mangle aktiviteter.
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		Ledelsen redegjorde for, at der var borgere der oplevede kedsomhed og manglede aktivitet, idet personalet manglede tid til at understøtte dette.

C	C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter		x		Ledelsen redegjorde for, at der var borgere der oplevede kedsomhed og manglede aktivitet, idet personalet manglede tid til at understøtte dette.
	C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter		x		Ledelsen redegjorde for, at der var borgere der oplevede kedsomhed og manglede aktivitet, idet personalet manglede tid til at understøtte dette.

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