



3 - Lille Glasvej
Kanslergade 8
5000 Odense C

Endelig tilsynsrapport efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed sender hermed den endelige tilsynsrapport vedrørende styrelsens tilsynsbesøg den 27-05-2019.

Styrelsen for Patientsikkerhed har sendt en høringsversion af tilsynsrapporten i høring med høringsfrist den 31-07-2019. Behandlingsstedet har indsendt materiale til opfølgning på styrelsens henstilling eller krav efter tilsynsbesøget, og det fremgår af den endelige tilsynsrapport.

Styrelsen har ikke modtaget bemærkninger til rapporten, som derfor nu er endelig.

Styrelsen for Patientsikkerhed kan oplyse, at tilsynsrapporten nu vil blive gjort offentligt tilgængelig på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside i tre år. Styrelsen skal gøre opmærksom på, at behandlingsstedet også har pligt til snarest at gøre tilsynsrapporten let tilgængelig på sin hjemmeside (eventuelt med et link til rapporten på styrelsens hjemmeside) samt umiddelbart tilgængelig på behandlingsstedet¹. Det skal ske i samme periode, som rapporten er offentliggjort på styrelsens hjemmeside www.stps.dk.

Venlig hilsen

Sidsel Rohde
Tilsynsførende

12. august 2019
Sagsnr. 5-9514-176/1
Reference SIRO

¹§ 21 i bekendtgørelse nr. 1405 af 1. december 2017 om registrering af og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder m.v.



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Tilsynsrapport

Lille Glasvej, Odense

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Lille Glasvej, Odense
Kanslergade 8

5000 Odense C

CVR- eller P-nummer: 1003315411

Dato for tilsynet: 27-05-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Syd
Sagsnr.: 5-9514-176/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Lille Glasvej er et specialplejecenter med 45 boliger
- På Lille Glasvej bor 45 voksne borgere med erhvervet hjerneskade i alderen 28-95 år
- Den daglige ledelse varetages af rehabiliteringsleder Solveig Jakobsen
- I plejeenheden er der ansat en assisterende leder, en sygeplejerske, fire pædagoger, tre ergoterapeuter, ni social- og sundhedshjælpere og otte social- og sundhedsassistenter. Plejeenheden benytter uddannede afløsere samt afløsere, der er under sundhedsfaglig uddannelse.
- Et udekørende neuropædagogisk team har til huse i plejeenheden
- Der er frivillige tilknyttet plejeenheden

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet to pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Solveig Jakobsen
 - Den assisterende leder
- Der blev foretaget interview med to medarbejdere
 - socialpædagog
 - social- og sundhedshjælper
- Der blev foretaget observation ved, at deltage i en aktivitet i fællesrummet samt under frokosten
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til Solveig Jakobsen, den assisterende leder og to medarbejdere
- Tilsynet blev foretaget af Tina Kolding, tilsynskonsulent og Sidsel Rohde, tilsynskonsulent

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i parthøringsperioden ikke modtaget ændringer til de faktuelle forhold i rapporten.

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget en handleplan af den 12.07 2019, som opfylder styrelsens henstillinger. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 27. maj 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, Trivsel og relationer, Målgrupper og metoder, Organisation, ledelse og kompetencer og Procedurer og dokumentation*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet styrelsen fandt mangler i forhold til beskrivelser af borgernes vaner og ønsker samt manglende beskrivelse af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer, manglende beskrivelse af social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af fald, og desuden manglende beskrivelse af borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje vedrørende en borgers vederlagsfri træning.

Styrelsen fandt, at en pårørende oplever ikke at blive inddraget, og blive lyttet til i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov. Styrelsen fandt endvidere, at en borger og pårørende ikke oplevede, at medarbejderne var opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand. Endelig fandt styrelsen, at ledelsen ikke kunne redegøre for, at plejeenhedens tværfaglige sammensætning understøttede kerneopgaven, og at ledelsen ikke kunne redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøttede sammenhængende social- og plejefaglige indsatser.

Styrelsen har i vurderingen lagt vægt på, at der var fund, som ikke var gennemgående hos alle borgerne og i alle journalerne, og at plejeenheden generelt fremstod som velorganiseret med gode arbejdsgange. Ledelse og medarbejdere var ved tilsynet åbne og imødekommende og indgik aktivt i dialog med tilsynet

Fundene ved tilsynet under temaerne *Målgrupper og metoder, Organisation, ledelse og kompetencer og Procedurer og dokumentation* giver dog anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed skal anmode om en handleplan i forhold til, hvorledes plejecentret vil sikre den fornødne kvalitet vedrørende, at borgeren og pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand. Desuden i forhold til, at plejeenheden får en systematik i forhold til at arbejde med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne. Endelig i forhold til at organiseringen understøtter kerneopgaven, og at dokumentationspraksis understøtter en sammenhængende social- og plejefaglig indsats.

Styrelsen for Patientsikkerhed beder således om en handleplan vedrørende hvordan:

- Plejeenheden sikrer, at borgere og pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand. (Målepunkt 3.3)
- Plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder gør brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber (Målepunkt 3.3)
- Plejeenheden sikrer, at plejeenhedens tværfaglige sammensætning understøtter kerneopgaven. (Målepunkt 4.1)
- Plejeenheden sikrer, at dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser. (Målepunkt 5.1)

Styrelsen for Patientsikkerhed henstiller desuden til følgende:

- At plejeenheden sikrer, at borgernes vaner og ønsker er beskrevet. (Målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer, at pårørende oplever at blive inddraget, og blive lyttet til i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov. (Målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsnedsættelser i relevante situationer er beskrevet (Målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af fald er beskrevet (Målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er beskrevet (Målepunkt 5.1)

Det er styrelsens vurdering, at manglerne, nævnt i henstillingerne, kan udbedres, og at plejeenheden vil være i stand til at rette op på de anførte problemer ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet. Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter således, at plejeenheden opfylder ovenstående henstillinger.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at der i en ud af tre journaler manglede en beskrivelse af borgerens vaner og ønsker i forhold til borgerens ønske om at lytte til lydbånd eller radio efter morgenmaden.

I vurderingen er lagt vægt på, at borgerne blev spurgt om deres ønsker inden indflytning på plejeenheden og løbende i hverdagen. Borgerne kunne for eksempel selv vælge, hvornår de ønskede hjælpen udført, og om de en dag eventuelt ikke ønskede et bad.

I vurderingen er desuden lagt vægt på, at styrelsen observerede en værdig tone, adfærd og kultur i plejeenheden.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden havde en god praksis i arbejdet med at sikre en værdig død, og indhentede viden om borgernes ønsker til den sidste tid, når det var relevant. Plejeenheden blev under tilsynet anbefalet at få en fast praksis for i tide at invitere til en samtale om ønskerne, da det kan blive for sent, hvis borgeren bliver svækket i den sidste tid. Plejeenheden havde fokus på, at borgerne oplevede tryghed, smertefrihed og god pleje og plejeenheden havde tæt kontakt med, og inddrog de pårørende, ligesom plejeenheden havde et godt samarbejde med praktiserende læge, hospice, palliations sygeplejerske og vågekoner..

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at i en ud af tre stikprøver oplevede den pårørende ikke at blive inddraget, og blive lyttet til i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov i forhold til at træne gang og om at undgå røglugt.

Plejeenheden havde et samarbejde med civilsamfundet, for eksempel præsten og en frivillig samt mennesker med hjerneskade fra byen. Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden sikrede en tryk og rolig atmosfære, samt trivsel i plejeenheden, blandt andet ved at inddrage borgerne i hverdagens gøremål. Borgerne kunne deltage i træning og aktivitet, og individuelle aktiviteter blev tilgodeset med klippekortsordning. Desuden sikrede plejeenheden trivsel ved at være åbne overfor, og i tæt dialog med, de pårørende.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at der var fire målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at der i en ud af tre journaler, hos borger med kognitive funktionsevnedssættelse, manglede en beskrivelse af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer. Det var i forhold til borgerens seksualitet. I en ud af tre stikprøver oplevede borgeren og pårørende ikke, at medarbejderne var opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand. Det var i forhold til borgerens øjenbetændelse og smerter. I en ud af tre journaler manglede en beskrivelse af social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af fald hos en borger, der var faldet ud af sin kørestol. Plejeenheden arbejder desuden ikke systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden gennem kurser i neuropædagogik sikrede, at medarbejderne havde faglige metoder og arbejdsgange til at varetage særlige behov, og forebygge magtanvendelse, hos borgere med hjerneskade. Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede forebyggende. Plejeenheden gav eksempler på arbejdet med at forebygge tryk, væggtab, fald og dehydrering blandt borgerne. Beskrivelse af forebyggelse af magtanvendelse er vurderet ikke aktuelt, idet ingen af borgerne i stikprøverne havde behov for indsatser rettet mod forebyggelse af magtanvendelse..

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at ledelsen ikke kunne redegøre for, at plejeenhedens tværfaglige sammensætning understøttede kerneopgaven, idet pædagogernes og ergoterapeuternes kompetencer ikke fuldt ud blev udnyttet, da de havde plejeopgaver på lige fod med det øvrige plejepersonale.

Plejeenheden havde kontaktperson ordning og var opdelt i tre teams, der på borgermøder kunne sparre med hinanden.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelsen ikke kunne redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøttede sammenhængende social- og plejefaglige indsatser, idet medarbejderne skulle orientere sig både i "Sekoja", "En Plan" og i en mappe på kontoret, for at finde alle relevante oplysninger om borgerne. I en ud af tre journaler manglede en beskrivelse af borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje vedrørende formålet med borgerens vederlagsfri træning.

Det er styrelsens vurdering, at der i plejeenheden var en praksis for hvem, der var ansvarlig for at dokumentere og hvornår, der skulle dokumenteres.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at medarbejderne i plejeenheden havde en rehabiliterende tilgang i plejen med fokus på at støtte borgerne i, så vidt muligt, selvstændigt at udføre alle de opgaver, som de formåede.

Målepunkterne vedrørende rehabiliteringsforløb og træning efter §86 er vurderet ikke aktuelle, idet ingen af borgerne i stikprøverne var i et rehabiliteringsforløb efter §83a eller træningsforløb efter §86

Borgerne havde mulighed for at deltage i aktiviteter, som kommunens medarbejdere i OK Aktiv stod for at arrangere. Tilbuddene omfattede for eksempel rafling, diverse bordspil og ture i bus. Borgerne kunne ligeledes deltage i aktiviteter sammen med hjemmeboende borgere med hjerneskade, i form af for eksempel en cafe.

Ved behov kunne medarbejderne kontakte en fysioterapeut for igangsætning af sparring omkring træningsforløb for den enkelte borger.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden herigennem sikrede aktiviteter, træning og rehabilitering efter borgernes ønsker og behov.

3. Fund ved tilsynet

Tema 1: Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv	x			
B	At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	x			
C	At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt	x			
D	At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker		x		I en ud af tre journaler manglede en beskrivelse af borgerens vaner og ønsker i forhold til, at borgerens ønske om at lytte til lydbånd eller radio efter morgenmaden.
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden	x			

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning	x			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet	x			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning	x			
C	C1. At relevante medarbejdere kan redegøre for udførelse af pleje af borgere ved livets afslutning	x			
	C2. At medarbejdere kan redegøre for, hvordan de fremfinder borgernes ønsker til livets afslutning	x			

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker	x			
	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov		x		I en ud af tre stikprøver oplevede den pårørende ikke at blive inddraget, og blive lyttet til i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov om at træne gang og om at undgå røglugt.
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 funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	x			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer		x		I en ud af tre journaler hos borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser manglede en beskrivelse af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer. Det var i

					forhold til borgerens seksualitet.
E	At borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger, og at det afspejles i tone, adfærd og kultur	x			

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

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

3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand		x		I en ud af tre stikprøver oplevede borgeren og pårørende ikke, at medarbejderne var opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand. Det var i forhold til borgerens øjenbetændelse og smerter.
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		Plejeenheden kunne ikke 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.
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		Plejeenheden arbejdede ikke systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne.
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		I en ud af tre journaler manglede en beskrivelse af social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af fald hos en borger, der

					var faldet ud af sin stol.
--	--	--	--	--	----------------------------

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 kunne ikke redegøre for, at plejeenhedens tværfaglige sammensætning understøttede kerneopgaven, idet pædagogernes og ergoterapeuternes kompetencer ikke fuldt ud blev udnyttet, da de havde plejeopgaver på lige fod med det øvrige plejepersonale.
	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 indsatser		x		Ledelsen kunne ikke redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøttede sammenhængende social- og plejefaglige indsatser, idet medarbejderne skulle orientere sig i både Sekoja, En Plan og i en mappe på kontoret for at finde alle relevante oplysninger om borgerne.
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			borgerens aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold mobilitet,
	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 journaler manglede en beskrivelse af borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje vedrørende formålet med borgerens vederlagsfri træning.
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret	x			
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede	x			

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

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

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet			x	
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte			x	
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål	x			
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte	x			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål, samt arbejdsgangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte	x			
D	D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål			x	
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet			x	
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne			x	
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte	x			

6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet			x	
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgers forløb	x			
C	At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg	x			
D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb			x	
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret			x	

6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for dem	x			
	A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter	x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgere tilknyttet plejeenheden og eventuelt pårørende bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger	x			

C	C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter	x			
	C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter	x			

4. Begrundelse for tilsynet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Vurdering af plejeenheden

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

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

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

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

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

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