

Blaabjerg Pleje og Aktivitetscenter
Byagervej 19
6830 Nørre Nebel

15. april 2019

Endelig tilsynsrapport efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed sender hermed den endelige tilsynsrapport vedrørende styrelsens tilsynsbesøg den 7. februar 2019.

Sagsnr. 5-9514-95/1
Reference CELH

Styrelsen for Patientsikkerhed har sendt en høringsversion af tilsynsrapporten i høring med høringsfrist den 2. april 2019. 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 plejeenheden også har pligt til snarest at gøre tilsynsrapporten let tilgængelig på sin hjemmeside (eventuelt med et link til rapporten på styrelsens hjemmeside) samt umiddelbart tilgængelig på plejeenheden. Herudover skal den stedlige kommune offentliggøre Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynsrapport på kommunens hjemmeside¹. Det skal ske i samme periode, som rapporten er offentliggjort på styrelsens hjemmeside www.stps.dk.

Venlig hilsen

Tina Kolding

Styrelsen for Patientsikkerhed
Tilsyn og Rådgivning Syd

Styrelsen for Patientsikkerhed
Tilsyn og Rådgivning Syd

Nytorv 2, 1.
6000 Kolding
Tlf. +45 7222 7950
Email trsyd@stps.dk

www.stps.dk

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



Tilsynsrapport 2019

BLAABJERG PLEJE OG AKTIVITSCENTER, Nørre Nebel

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

BLAABJERG PLEJE OG AKTIVITSCENTER, Nørre Nebel
Byagervej 19
Varde Kommune
6830 Nørre Nebel

CVR- eller P-nummer: 1003057562

Dato for tilsynet: 07-02-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Syd
Sagsnr.: 5-9514-95/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Blaabjerg Pleje- og Aktivitetscenter, drives af Danske Diakonhjem og har driftsoverenskomst med Varde Kommune
- Plejeenheden har 38 boliger og fire midlertidige boliger fordelt på fire boenheder
- Den daglige ledelse varetages af forstander Rikke Strunge Mizrahi, sygeplejerske og afdelingsleder og sygeplejerske Pia Gade
- I plejeenheden er for nylig ansat en områdesygeplejerske, som blandt andet har til opgaver i forhold til kvalitetsudvikling, implementering af nye tiltag og faglig sparring med det øvrige plejepersonale
- I plejeenheden er ansat cirka 75 medarbejdere. Hovedparten er social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, desuden en fysioterapeut og en pædagog og ufaglærte hjælpere
- Plejeenheden driver et storkøkken, hvor der dagligt laves mad til borgerne
- Borgerne har mulighed for tilkøb af ydelser
- Blaabjerg Pleje- og Aktivitetscenter driver også et dagcenter med både visiterede og uvisiterede borgere fra lokalområdet. Dagcenteret benyttes desuden af nogle af plejeenhedens borgere
- Der er tæt samarbejde med den kommunale sygepleje og de kommunale fysio- og ergoterapeuter.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler og set en yderligere journal vedrørende et bestemt målepunkt
- Der blev interviewet fire borgere
- Der blev interviewet en pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Forstander Rikke Strunge Mizrahi
 - Afdelingsleder Pia Gade
 - Områdesygeplejerske
- Der blev foretaget interview med fire medarbejdere
 - En social- og sundhedshjælper
 - To social- og sundhedsassistenter
 - En ufaglært hjælper
- Der blev foretaget observation ved deltagelse i middagsmåltidet i to boenheder
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til forstander Rikke Strunge Mizrahi og afdelingsleder Pia gade samt områdesygeplejersken
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenter Hanne M. Søgaard og Tina Kolding.

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

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

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 7. februar 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, Målgrupper og metoder 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 de fleste uopfyldte målepunkter omhandlede mangler i dokumentationen og herudover mangler i forhold til indhentelse af borgernes ønsker til livets afslutning. Styrelsen vurderer, at både ledelse og medarbejdere under tilsynet var lyttende og reflekterende i forhold til de uopfyldte målepunkter.

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

- At plejeenheden sikrer en praksis, der giver borgerne mulighed for at fremkomme med eventuelle ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer en praksis for, hvordan eventuelle ønsker til livets afslutning kan genfindes (Målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer, at der hos borgere med kognitive funktionsevnedssættelser forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer (målepunkt 3.1)

- At plejeenheden sikrer, 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 (målepunkt 3.2)
- At plejeenheden sikrer, at der ved registrering af ændringer i en borgers tilstand dokumenteres relevant opfølgning (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at relevante forebyggende indsatser er beskrevet i borgernes journaler (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at mål for praktisk og personlig hjælp er dokumenteret (målepunkt 5.1)

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden kan rette op på dette ud fra den dialog og rådgivning, der fandt sted under tilsynet og derved opfylde 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 under dette tema, som ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at ingen af de interviewede borgere oplevede, at der var blevet talt med dem om ønsker til livets afslutning. Den ene borger ønskede det heller ikke. Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at man ved indflytningssamtalen kunne tage hul på emnet, og at det her blev gjort klart for borgerne, at personalet stod til rådighed for en sådan samtale, når borgerne ønskede det. Ofte ventede man med at tale med borgerne og/eller pårørende om emnet, indtil det var aktuelt. Der var ikke en fastlagt praksis for, hvordan medarbejderne kunne fremfinde borgernes eventuelle ønsker, men medarbejderne beskrev eksempler, hvor de var bekendt med og havde imødekommet borgernes ønsker for den sidste tid, men ikke havde fået det dokumenteret.

Det er styrelsens vurdering, at der er behov for en fastlagt praksis for, hvordan og hvornår borgerne får tilbud om at tale om ønsker til livets afslutning, som sikrer, at borgernes ønsker er hørt på et tidspunkt, hvor de stadig har mulighed for at svare.

I vurderingen er desuden lagt vægt på, at medarbejderne kunne redegøre for relevant pleje ved livets afslutning og ledelsen redegjorde for, at en del social- og sundhedsassistenter havde været på kursus i palliation, og at der var planer om, at nogle af social- og sundhedshjælperne også skulle på kursus. Ved behov samarbejdede man med den kommunale sygepleje, akutteamet og det palliative team, ligesom der var tæt samarbejde med praktiserende læge. Ledelsen redegjorde desuden for, at hvis der ikke var pårørende, som kunne være hos den døende, stillede man personale til rådighed til opgaven.

Styrelsen har fundet, at det andet målepunkt under temaet var opfyldt. Ved vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne oplevede, at de havde medbestemmelse og indflydelse på eget liv. Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at man ved indflytningssamtalen fik lavet forventningsafstemning og fik afklaret borgernes ønsker og behov. Medarbejderne redegjorde for, at de altid tog udgangspunkt i borgernes ønsker i deres tilrettelæggelse af plejen og de fortalte, hvordan de med respekt og værdighed og godt kendskab til den enkelte borger kunne tage hensyn til både borgerens ønsker og deres egen faglige vurdering af borgerens behov. Borgernes vaner og ønsker fremgik desuden af dokumentationen. Ved observation af plejepersonalets interaktion med borgerne fremgik det, at selvbestemmelse og værdighed blev understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at målepunktet er opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne oplevede, at få hjælp til at leve det liv de ønskede, og at pårørende oplevede at blive inddraget og lyttet til. Dette blev understøttet af en fastlagt praksis for, hvordan aftaler med pårørende blev beskrevet og gjort kendt hos medarbejderne. Borgerne udtrykte, at de havde gode og tætte relationer til medarbejderne. Ledelsen redegjorde for, hvordan man understøttede og sikrede trivsel ved blandt andet, at have fokus på meningsfulde aktiviteter i dagligdagen og medarbejderne fortalte, hvordan de brugte deres kendskab til borgerne og deres livshistorie til at hjælpe med at bevare og skabe relationer mellem borgerne i plejeenheden og i det omgivende samfund.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at der var fire målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. Ved vurderingen er der lagt vægt på, at der hos en borger med demenssygdom, ikke var en fyldestgørende beskrivelse af, hvordan pleje og praktisk hjælp skulle udføres under hensyntagen til borgernes særlige behov, og at der i en anden journal manglede en fyldestgørende beskrivelser af, hvordan magtanvendelse kunne forebygges hos en borger.

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne med kognitive funktionsnedsættelser og pårørende oplevede, at den hjælp og omsorg de modtog, tog hensyn til deres særlige behov og dette blev understøttet af de observationer, der blev gjort under tilsynet. Ledelsen redegjorde for, at der var en fastlagt metode (KRAP), som blev anvendt til at afdække borgernes ressourcer og tilrettelægge socialpædagogiske indsatser. Medarbejderne redegjorde desuden for, hvordan de arbejdede med dette i praksis med møder i medarbejdergruppen, hvor indsatser blev aftalt, afprøvet og evalueret. Der var en fastlagt praksis for, hvordan man arbejdede med at undgå magtanvendelse.

Ledelsen redegjorde for, at der aktuelt var en udfordring med at beslutte, hvor i journalen beskrivelser og handleplaner skulle ligge.

Ved vurderingen er også lagt vægt på, at opfølgning på ændringer i en borgers funktionsevne eller helbredstilstand ikke rutinemæssigt blev dokumenteret i borgerens journal. Borgerne oplevede dog, at medarbejderne var opmærksomme på ændringer i deres tilstand. Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at man arbejdede struktureret med ændringer i borgernes tilstand ved hjælp af metoden TOBS (tidlig opsporing af begyndende sygdom), hvor man registrerede ændringer i borgernes vanlige tilstand og iværksatte handlinger ud fra dette. Ændringer i borgernes tilstand blev drøftet blandt medarbejderne både om formiddagen og ved vagtskifte og desuden ved ugentlige tværfaglige møder med sygeplejen og terapeuterne.

Der blev redegjort for, at opfølgning på ændringer kunne følges i TOPS- systemet, hvor en borgers status blev ændret til grøn, når tilstanden var normaliseret, men styrelsen fandt, at der manglede en beskrivelse i borgernes journaler som svarede til dette. Ved vurderingen er også lagt vægt på, at der manglede beskrivelse af relevante forebyggende tiltag i de gennemgåede journaler – herunder forebyggelse af fald og beskrivelse af forebyggende tiltag i forhold til mundhygiejne.

Borgerne gav eksempler på, at der var opmærksomhed på forebyggende indsatser og ledelse og medarbejdere redegjorde for, at der var fast praksis med forebyggende tiltag rettet mod uplanlagt væggtab, dårlig mundhygiejne, fald og tryksår og igangværende arbejde med etablering af fast praksis på flere andre indsatsområder.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at målepunktet var opfyldt. Ved vurderingen er der lagt vægt på, at ledelsen blandt andet redegjorde for rekruttering og introduktion af nyt personale, herunder introduktion af ufaglærte, og at man i vagtplanlægningen sikrede tilstedeværelse af relevante faggrupper i alle vagtlag. Medarbejderne kendte og fulgte ansvars- og opgavefordelingen.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at målepunktet ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på at der ikke var beskrivelser af borgerens mål for personlig og praktisk hjælp. Styrelsen har derudover fundet at dokumentationen var fyldestgørende i forhold til beskrivelse af borgernes ressourcer og udfordringer, deres behov for hjælp og hvilken indsats, der var behov for i relation til dette. Ledelsen redegjorde for, at der var en fastlagt dokumentationspraksis og medarbejderne kendte og anvendte den.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at der var fokus på rehabilitering og træning i den daglige pleje og i det tætte samarbejde med den ansatte fysioterapeut. Der var også tæt samarbejde med de kommunale terapeuter og privatpraktiserende fysioterapeuter, som varetog træning hos borgerne. Der var ingen borgere under tilsynet, som aktuelt var i forløb efter § 83a eller § 86.

Borgerne oplevede, at der var et bredt udvalg af planlagte meningsfulde aktiviteter, og at medarbejderne var opmærksomme på at skabe indhold i dagligdagen med en del spontane aktiviteter til glæde for borgerne samt at inddrage borgerne i dagliglivets aktiviteter, hvor det var muligt.

Der var et godt samarbejde med frivillige, som hjalp til med at planlægge og afholde aktiviteter. Medarbejderne redegjorde for, hvordan de understøttede, at borgerne kunne deltage i så mange aktiviteter som muligt under hensyntagen til den enkeltes ressourcer og præferencer.

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			
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		Fire ud af fire borgere oplevede ikke, at der var blevet talt med dem om ønsker til livets afslutning. Den ene af de fire ønskede det heller ikke.

B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet		x		Der blev i nogle tilfælde taget hul på emnet ved indflytningssamtalen, men der var ikke en fastlagt praksis for, hvordan man sikrede at eventuelle ønsker blev indhentet.
	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		Der var ikke en fast praksis for, hvor eventuelle ønsker til livets afslutning blev skrevet ned og kunne fremfindes igen.

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

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

D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret	x			
---	--	---	--	--	--

Tema 3: Målgrupper og metoder

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

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug og eventuelt pårørende oplever, at den hjælp, omsorg og pleje, borgeren modtager, tager højde for borgerens særlige behov	x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov	x			
C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive 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, var der ikke en fyldestgørende beskrivelse af, hvordan plejen skulle tilrettelægges ud fra borgerens særlige behov.
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		Hos en borger, hvor der var risiko for udadreagerende adfærd, var der ikke en fyldestgørende beskrivelse af den relevante social- og plejefaglige tilgang til borgeren.

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 journaler var der ikke dokumentation for opfølgning efter ændringer i funktionsevne eller helbredstilstand

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 tre ud af tre journaler var der ikke dokumentation for, at der var taget stilling til relevante forebyggende tiltag.

Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver	x			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere	x			
	A.3 At ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer	x			
B	At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen	x			

Tema 5: Procedurer og dokumentation

5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne	x			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats	x			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation	x			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger	x			
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet	x			
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret		x		I tre ud af tre journaler var der ikke angivet mål for personlig og praktisk hjælp
	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			x	

	fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte				
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 borgere 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 herunder eksempelvis i forbindelse med de gennemførte interviews med borgere, pårørende, medarbejdere og ledelse 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.