



LÆSØ PLEJEHJEM
Doktorvejen 1
9940 Læsø

30. oktober 2019
Sagsnr. 5-9514-194/1

Endelig tilsynsrapport efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed sender hermed den endelige tilsynsrapport vedrørende styrelsens tilsynsbesøg den **30-04-2019**.

Styrelsen for Patientsikkerhed har sendt en høringsversion af tilsynsrapporten i høring med høringsfrist den **28-08-2019**. Plejeenheden 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 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

Sekretær
Janni Svendsen
Styrelsen for Patientsikkerhed
Tilsyn og Rådgivning Nord

Styrelsen for Patientsikkerhed
Tilsyn og Rådgivning Nord

Falstersvej 10
8940 Randers SV
Tlf. +45 7222 7970
Email trnord@stps.dk

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



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Ældretilsynet tilsynsrapport

LÆSØ PLEJEHJEM

Læsø kommune

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

LÆSØ PLEJEHJEM
Doktorvejen 1
9940 Læsø

CVR- eller P-nummer: 1003380198

Dato for tilsynet: 30-04-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord
Sagsnr.: 5-9514-194/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Læsø Plejehjem er et plejecenter med 44 fastboende borgere. Der er otte demenspladser i en enhed og tre midlertidige pladser
- Den daglige ledelse varetages af teamledere Mariann Fohn for demens enheden og daghjemmet og teamleder Vivi Jørgensen for de almene plejeboliger
- Plejeenheden har 66 personaler ansat. Der er forskellige faggrupper: social- og sundhedshjælpere, sygehjælpere, ergo- og fysioterapeut, pædagog, sygeplejerske ansat i plejen. Det er teamleder, der varetager vagtplanlægning i seks grupper
- Af andre faggrupper er der husassistenter og ufaglærte med erfaring inden for plejeområdet
- Der er en fast aftale med vikarbureau om afløsning for at tilgodese kontinuerlig personale.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet tre pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Chef for Ældre og Sundhed Helle Carlsson Kunckel Christensen
 - Sygeplejefaglig ansvarlig Lykke Winther
 - Teamleder Marianne Frohn
 - Teamleder Vivi Jørgensen
 - Teamleder for hjemmeplejen Vibeke Nielsen
- Der blev foretaget interview med tre medarbejdere
 - Social- og sundhedshjælpere
 - Sygehjælper
- Der blev foretaget observation ved, at tilsynsførende besøgte borgerne i egen lejlighed
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til chef for ældre og sundhed Helle Carlsson Kunckel Christensen, sygeplejefaglig ansvarlig Lykke Winther, teamledere Marianne Frohn, Vivi Jørgensen og Vibeke Nielsen
- Tilsynet blev foretaget af tilsynsførende Jane Filtenborg Bjerregaard og Annalise Kjær Petersen.

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget en handleplan den 14. oktober 2019, som opfylder styrelsens anmodninger. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 30. april 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 vælg: *Selvbestemmelse og livskvalitet, Målgrupper og metoder, Procedurer og dokumentation og Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet styrelsen fandt generel manglende dokumentation af mål vedrørende praktisk og personlig hjælp, da plejeenheden ikke havde en praksis med involvering af borgere og eventuelt pårørende i forhold til arbejdet med målfastsættelse. Styrelsen har yderligere lagt vægt på, at plejeenheden havde en generel problematik, som fremkom under tilsynet, vedrørende manglede systematik i forhold til arbejdsgange, faglige metoder og redskaber til arbejdet med opsporing og vidensdeling i plejeenheden.

Derudover er der i vurderingen lagt vægt på, at borgere og pårørende overordnet gav udtryk for tilfredshed med den hjælp, omsorg og pleje, de modtog fra plejeenheden.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere var åbne og reflekterende og indgik aktivt i dialog med tilsynet om de målepunkter, som ikke var opfyldt på tilsynet.

Fundene ved tilsynet giver dog anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed henstiller til, at plejeenheden udarbejder og indsender en handleplan om, hvordan de vil sikre, at følgende henstillinger opfyldes:

- At plejeenheden sikrer, at medarbejdere kan fremfinde borgernes ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2)

- At 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 (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgernes sædvanlige tilstand (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at den social- og plejefaglige dokumentation er at finde i borgerens omsorgsjournal, så der sikres en sammenhængende indsats for borgeren (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser bliver beskrevet (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb bliver dokumenteret (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgeren og eventuelt pårørende i videst muligt omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (målepunkt 6.1)
- At plejeenheden kan redegøre for målfastsættelsen og sikre der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (målepunkt 6.1)
- At plejeenheden sikrer, at der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning bliver dokumenteret et formål med borgerens forløb (målepunkt 6.2)

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 der lagt vægt på, at det ved borgerinterview fremkom, at en borger ud af tre havde ønsker til livets afslutning, men personalet kunne ikke redegøre og fremfinde disse i dokumentationen. Det er vigtigt, at borgeren fortsat oplever selvbestemmelse og tryghed i den sidste tid. Borgerens ønsker hertil skal derfor imødekommes rettidigt og være tilgængelig i dokumentationen, så enhver medarbejder har mulighed for at understøtte borgerens mulighed, for at få den afslutning på livet som de ønsker.

Det generelle indtryk efter interview med tre borgere og tre pårørende var, at de oplevede at have medindflydelse og selvbestemmelse på eget liv, samt at personalet imødekom deres ønsker og behov inden for plejeenhedens rammer. Det blev omtalt af både pårørende og borgere, at der var mange vikarer, hvilket påvirkede kontinuiteten i plejeenheden.

Ledelsen kunne redegøre for plejeenhedens arbejde med at fremme medindflydelse og selvbestemmelse i hverdagen, hvor der blev anvendt et kommunikationssystem, som var tilgængelig på en fast skærm i hver lejlighed. Det var kontaktpersonen for borgeren, der var ansvarlig for, at livshistorien blev udarbejdet i samarbejde mellem borger og pårørende. Der blev afholdt indflytningssamtale i demsenheden og på de faste pladser til afstemning af fælles forventninger. Der var ikke en fast praksis for, hvordan ønsker til livets afslutning blev indhentet, men personalet havde fokus på emnet og samtalerne var ad hoc med pårørende og borgere ved behov.

Det er styrelsens vurdering, at der i forhold til målepunkter om pleje af borgere ved livet afslutning var et fokus område, der kunne udvikles fremadrettet. Det blev drøftet under tilsynet, at for borgere med demens var det muligt at tilkendegive sine ønsker og sikre selvbestemmelse i forhold til den fremtidige pleje og omsorg, mens borgeren stadig var i stand til det og havde mulighed for at oprette plejetestamente. Der blev henvist til materiale i målepunktssættet samt til Nationalt Videnscenter for værdig ældrepleje.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at plejeenheden havde fokus på at understøtte borgernes trivsel og relationer blandt borgerne i plejeenheden med mulighed for at deltage i fælles måltider, fælles arrangementer, og at der blev skabt muligheder for fællesskab på tværs af afdelingerne. Medarbejderne kunne redegøre for, hvordan de i dagligdagen arbejdede med at inddrage borgerne med udgangspunkt i borgerens behov, og under interview med borgere og pårørende fremkom det, at borgerne levede det liv, som de ønskede og oplevede, at personalet understøttede borgerne i at bevare deres sociale relationer og tilknytning til det omgivne samfund.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden generelt manglende systematiske arbejdsgange, med fokus på tidlig opsporing af ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning og vurdering af borgerens konkrete forløb. Ledelse og medarbejdere refererede en praksis, hvor det var hver enkel medarbejder, der var ansvarlig for, ud fra vedkommendes faglige kompetencer, at opsøge sparring i relevante situationer fra social- og sundhedsassistenten eller sygeplejersken.

Det er styrelsens vurdering at behovet for hjælp, omsorg og pleje hos en borger med varig funktionsevnededsættelse kan være i både op- og nedadgående retning, og det kan være i kortere eller længevarende perioder. Det er således vigtigt løbende at være opmærksom på, hvilken form for hjælp, der bedst løser borgerens behov. Det blev derfor drøftet vigtigheden af, at der løbende bliver fulgt op på, om det var den rette hjælp, der blev givet, og at hjælpen var tilpasset borgerens aktuelle behov.

Derudover har styrelsen i vurderingen lagt vægt på, at plejeenheden arbejdede med relevante faglige metoder i forhold til demensområdet. Der var fokus på relationen og kendskab til borgerens liv via livshistorie, ligesom der kunne samarbejdes ad hoc med geronto-psykiatrien ved relevante forløb, hvor der var fokus på tilgangen til borger, samt at det var beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.

Der blev ved tilsynet ikke gennemgået dokumentation eller lavet observation omkring borgere med kognitive funktionsnedsættelser, hvorfor det er noteret som uaktuelt i målepunktet.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeeenhedens organisering var med afsæt i et tæt samarbejde mellem chefen for Ældre og Sundhed, hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Det var teamlederne i plejeenheden, der stod for den daglige arbejdstilrettelæggelse for at sikre, at de nødvendige kompetencer altid var tilstede i forhold til de konkrete opgaver.

Ledelsen redegjorde for, at der var udarbejdet overordnet introduktion til alle nye medarbejdere og der blev arbejdet med faglige kompetencebeskrivelser hvor medarbejderne kunne tilegne sig personlige kompetencer ved borgerspecifikke plejeopgaver. Ledelsen redegjorde for, at det var svært at rekruttere uddannet plejepersonale, og det blev tilstræbt, at det var uddannet med erfaring indenfor plejeområdet, der blev ansat. Der var endvidere en fast aftale med et eksternt vikarbureau, der tilstræbte at tilknytte bestemte medarbejdere til plejeenheden.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at målepunktet ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at der ved de tre journalgennemgange manglende beskrivelser af relevante afledte social- og plejefaglige indsatser,

samt at der ikke blev arbejdet med borgerens mål for personlig og praktisk hjælp. Styrelsen har yderligere lagt vægt på, at plejeenheden havde et kommunikationssystem og et dokumentationssystem, men at det fremkom under journalgennemgangen, at der generel manglede systematik og entydighed i den social- og plejefaglige dokumentation om hvilke oplysninger, der skulle fremgå i hvilket system. Der var således vigtige oplysninger om borgeren og dennes hjælp, omsorg og pleje, som kun fremgik af kommunikationssystemet og således alene blev gemt, så længe borgeren var på plejeenheden.

Det er afgørende, at der sker den nødvendige dokumentation med henblik på at sikre en forsvarlig og sammenhængende social- og plejefaglig indsats til borgeren. I forhold til borgerens hverdag samarbejder mange forskellige aktører for at hjælpe og understøtte borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje.

Dokumentationen i omsorgsjournalen bør derfor på systematisk vis afspejle borgernes ressourcer og evne til at medvirke i opgaveløsningen.

Det er ligeledes vigtig, at det sikres, at alle ændringer i borgerens tilstand og funktionsniveau, som kan medføre ændringer i behovet for hjælp, omsorg og pleje, bliver registreret og videregivet. Dermed er dokumentationen også grundlaget for, at enhver medarbejder kan varetage hjælp, omsorg og pleje ud fra den faglige beskrivelse i dokumentationen.

Borgerens dokumentation skal indeholde de individuelle mål for personlig og praktisk bistand og rehabiliteringsforløb, som borgeren og medarbejderne samarbejder om. Disse mål skal være tilgængelige for såvel borgeren som de medarbejdere, der er involveret i hjælpen.

Under gennemgangen af de tre journaler var teamleder og medarbejder meget åbne, reflekterende og lyttende i forhold til den vejledning, styrelsen gav i forbindelse med fyldestgørende data som grundlag for at sikre sammenhængende dokumentation.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at der manglede procedurer og arbejdsgange for målsætningsarbejdet og inddragelse af borgere og eventuelt pårørende i målfastsættelsesarbejdet for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte. Der manglede endvidere dokumentation heraf. Formålet med at sætte mål efter servicelovens § 83 er at skabe klarhed omkring hjælpen for den enkelte borger samt at fremme en fokuseret og koordineret indsats, som enten kan være aktiverende, kompenserende eller rehabiliterende fra de forskellige medarbejdere, som yder hjælp, omsorg og pleje.

Medarbejderne tilkendegav, at de generelt arbejdede med en hverdagsrehabiliterende tilgang i den daglige hjælp, omsorg og pleje til borgerne, hvor de tog afsæt i deres kendskab til den enkelte borger og havde fokus på borgernes fortsatte mulige udvikling eller fastholdelse af funktioner.

Der var i plejeenheden nyligt ansat terapeuter i forhold til rehabilitering og træning til borgerne. Det var primært plejepersonalet, som fik faglig sparring og instruktion i forhold til varetagelse af vedligeholdelsestræning hos borgeren, da en mulig træningsindsats byggede på at "udnytte" de tidpunkter, hvor det var muligt at få motiveret borgeren til dette. Der var en plan for, at alle borgere blev funktionsvurderet to gange om året i samarbejde med plejepersonalet.

Der var på plejeenheden ikke borgere visiteret til tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb jævnfør servicelovens § 83a, hvorfor det er noteret som uaktuelt i målepunktet.

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 borgeres 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			
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		En ud af tre borgere havde ønsker til livets afslutning men det kunne ikke fremfindes i dokumentationen.

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	
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			
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		Aktuel manglede plejeenheden systematik.
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		Aktuel manglede plejeenheden systematik.
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen	X			

3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje til borgeren er rettet mod forebyggelse af uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
B	At ledelsen kan gøre rede for plejeenhedens arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet	X			

Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

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

Tema 5: Procedurer og dokumentation

5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne	X			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats	X			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation		X		Det fremgik ikke tydelig under journalgennemgangen hvilke oplysninger, der skulle være hvor i de to systemer Zikoja og CSC
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til	X			

	egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger				
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet		X		Der manglede beskrivelser i alle tre journaler af afledte social- og plejefaglige indsatser f.eks tilgange og hjælpen til en borger med psykiske udfald/frustrationer, manglende beskrivelser af nedsat syn og deraf behovet for hjælpemidler samt hjælpen ved behandling af paraffin bad.
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret		X		I tre journaler var der ingen beskrivelse af målfastsættelse
	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		Der var ingen praksis for inddragelse af borgere og eventuelt pårørende i målfastsættelse for personlig og praktisk hjælp.
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		Der var ingen praksis for arbejdet med

					målfastsættelse for personlig og praktisk hjælp
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		Der var ingen praksis for målfastsættelse for personlig og praktisk hjælp
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		Der var ingen praksis for målfastsættelse for personlig og praktisk hjælp

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		I en ud af tre journaler var der ingen formål med træning i forhold til smerter i knæ samt

					ved brug af cykel til ødimatiøse underben.
	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 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.