STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Caroline Amalielund
Caroline Amalie Vej 13
5700 Svendborg

15. januar 2020

Sagsnr. 35-2511-45
Reference LPE
T +4572229198
E trsyd@stps.dk

Endelig tilsynsrapport efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed sender hermed den endelige tilsynsrapport vedrørende styrelsens tilsynsbesøg den **25. november 2019.**

Styrelsen for Patientsikkerhed har sendt en høringsversion af tilsynsrapporten i høring og har ved høringsfristens udløb 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 hjemmeside[1]. Det skal ske i samme periode, som rapporten er offentliggjort på styrelsens hjemmeside www.stps.dk.

Venlig hilsen

Sidsel Rohde
tilsynsførende

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

Styrelsen for Patientsikkerhed
Tilsyn og Rådgivning Syd

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

www.stps.dk

STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Ældretilsynet
Tilsynsrapport
Caroline Amalielund

Reaktivt tilsyn, 2019

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Caroline Amalielund
Caroline Amalie Vej 13

5700 Svendborg

CVR- eller P-nummer: 1008943199

Dato for tilsynsbesøget: 25. november 2019.

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Syd
Sagsnr.: 35-2511-45

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Årsagen til tilsynet er, at Styrelsen for Patientsikkerhed den. 30. september 2019, udstedte et påbud til Caroline Amalielund efter servicelovens §150 d om:

1) At sikre, at plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver, herunder

a) at plejeenheden sikrer, at der i plejeenheden er ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejdere og ledelse og at denne følges.

2) At understøtte borgernes selvbestemmelse og trivsel, herunder

a) at plejeenheden sikrer, at borgere og pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens vaner, ønsker og behov

b) at plejeenheden sikrer, at borgeren, så vidt muligt, oplever livskvalitet og værdighed på plejeenheden.

3) At plejeenheden sikrer, at der anvendes systematik, faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet, herunder

a) at plejeenheden sikrer, at hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsnedsættelser tager højde for borgernes særlige behov

b) at plejeenheden sikrer, at borgerne får hjælp rettet mod forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred, herunder at der sikres systematisk opsporing og opfølgning på ændringer i borgernes funktionsevne

c) at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse.

4) at plejeenheden sikrer en dokumentation, der understøtter, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet, herunder

a) at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, og at dokumentationen er tilgængelig for alle relevante medarbejdere

b) at plejeenheden sikrer beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer samt fyldestgørende beskrivelser af borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje

c) at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje, og at denne tager højde for borgerens begrænsninger

d) at ændringer i borgere med kognitive funktionsnedsættelsers fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå dokumenteres

e) at plejeenheden sikrer borgerens individuelle mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte dokumenteres i overensstemmelse med servicelovens § 83, stk. 5, samt at plejeenheden sikrer dokumentation af borgernes træningsforløb, herunder formål, i overensstemmelse med servicelovens § 86.

Tilsynet er gennemført som en del af opfølgningen efter påbuddet.

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på:

- Selvbestemmelse og livskvalitet
- Borgernes trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer

Ved tilsynet blev der anvendt målepunktsættet for Ældretilsyn 2019, og alle målepunkter blev gennemgået.

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Plejecenter Caroline Amalie er et plejecenter i Svendborg Kommune
- Plejeenheden har i alt 37 boliger, heraf 15 boliger for mennesker med demens, 12 ældreboliger, tre plejeboliger og seks gæsteboliger
- Den daglige ledelse varetages af Sektionsleder Rikke Foged Madsen
- Plejeenheden har 45 medarbejdere. To sygehjælpere, tre faste afløsere, to sygeplejersker, 12 social- og sundhedsassistenter. De øvrige medarbejdere er social- og sundhedshjælpere. Timelønnede medarbejdere, som er kendte med plejeenheden, kaldes ind ved sygdom
- Maden leveres udefra.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler. I en fjerde journal blev der set på en socialpædagogisk handleplan i relation til målepunktet vedrørende forebyggelse af magtanvendelse
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet to pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
    - Rikke Foged Madsen, sektionsleder
    - Karin Rindbæk Larsen, områdeleder
- Der blev foretaget interview med fem medarbejdere
    - Faglig kvalitetsudvikler
    - Sygeplejersker
    - Social- og sundhedshjælper
    - Social- og sundhedsassistent
- Der blev foretaget observation ved at sidde sammen med borgerne i fællesarealer under måltidet
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til personale og ledelse
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenter Tina Kolding og Sidsel Rohde.

3. 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 25. november 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: *Trivsel og relationer samt Målgrupper og metoder*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet Styrelsen gjorde to fund, som alene relaterede sig til dokumentationen i to journaler. Styrelsen har lagt vægt på det lille omfang af uopfyldte målepunkter, og at der ikke var tale om gennemgående fejl og mangler i dokumentationen, men at plejeenheden derimod var nået langt i forhold til opfyldelse af påbuddet. I en ud af tre journaler manglede således dokumentation af aftaler indgået med de pårørende. Det var i forhold til, at den pårørende ønskede at hjælpe borgeren med praktiske opgaver. Det fremgik, at medarbejderne var bekendte med de aftaler der var indgået, men at aftalerne i denne ene stikprøve ikke var dokumenterede, som tilfældet var i de øvrige stikprøver vedrørende aftaler indgået med de pårørende.

I en ud af tre journaler manglede en beskrivelse af social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af fald hos en borger. Det fremgik ved interview, at personalet lavede øvelser med borgeren, og var bekendte med at formålet var at forebygge fald, men at denne faldforebyggelse ikke var dokumenteret, som tilfældet var i de øvrige stikprøver vedrørende forebyggende tiltag hos borgerne. Der var således tale om mindre fund, som ikke var gennemgående i stikprøverne.

Styrelsen har vurderet, at plejeenheden siden tilsynet i juni 2019, havde arbejdet systematisk og fokuseret

med målepunkterne. Plejeenheden havde fået en ny ledelse, der sammen med medarbejderne havde skabt ændringer i organiseringen, så der vat en systematik, tydelige arbejdsgange, faglige metoder og en ny dokumentationspraksis.

Desuden var der udviklet et samarbejde på tværs i hele pleje eneheden, og der blev afholdt tværfaglige møder, for at løfte og sikre kerneopgaven.

Borgerne oplevede selvbestemmelse, værdighed og trivsel. Der løbende blev afholdt forventningssamtaler med borgere og de pårørende, og så vidt muligt taget højde for borgernes ønsker i deres hverdag.

Styrelsen har således vurderet, at der ikke længere er problemer at betydning for den fornødne kvalitet, hvorfor styrelsen vurderer, at påbuddet kan ophæves, se vedsendte afgørelse herom.

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

- At plejeenheden sikrer, borgernes trivsel og relationer ved, at aftaler med de pårørende eller nære relationer er dokumenterede (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at der forefindes beskrivelse af social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne (målepunkt 3.4)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at plejeenheden opfylder ovenstående henstillinger. Styrelsen anmoder om at eventuelle bemærkninger til rapporten bliver fremsendt tre uger efter modtagelsen af denne.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

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

Ved vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden havde indført en ny praksis, så plejeenheden nu afholdt indflytningssamtaler, og løbende forventningssamtaler, hvor de pårørende deltog. Her blev forventninger afstemt, ligesom det blev afdækket, hvad der gav borgeren livskvalitet. Denne viden blev dokumenteret og inddraget i plejen. De pårørende angav, at de nu oplevede sig inddraget i den udstrækning borgerne ønskede det.

Borgerne angav, at de selv kunne bestemme i hverdagen og fik hjælp, som de ønskede det, ud fra deres vaner og personlighed. Plejeenheden havde indført en ny praksis, så de nu afholdt indflytningssamtaler, og løbende forventningssamtaler, hvor de pårørende deltog. Her blev forventninger afstemt, ligesom det blev afdækket, hvad der gav borgeren livskvalitet. Denne viden blev dokumenteret og inddraget i plejen.

Styrelsen observerede en værdig tone og adfærd i plejeenheden. Desuden sikrede plejeenheden et samvær med borgerne i øjenhøjde, og med fokus på kropskontakt og berøring, hvor borgerne ønskede det.

Plejen ved livets afslutning blev tilrettelagt ud fra borgerens ønsker, og med inddragelse af de pårørende. Plejeenheden havde fokus på en god afsked og en kvalificeret pleje, hvor sygeplejersken bistod efter behov for at sikre god lindring og tryghed.

Det er styrelsens samlede vurdering, at plejeenheden sikrede borgernes selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død.

2. Borgernes trivsel og relationer

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

I vurderingen er lagt vægt på, at der i en ud af tre journaler manglede dokumentation af aftaler indgået med de pårørende. Det var i forhold til en aftale om at en pårørende ønskede at hjælpe borgeren med praktiske opgaver. Den pårørende oplevede sig godt orienteret og inddraget, og der var alene tale om, at de praktiske hun ønskede at stå for, ikke var dokumenteret. Det er styrelsens vurdering, at det er af betydning for den fornødne kvalitet, at alle medarbejdere kan tilgå viden om aftaler indgået med de pårørende, da det har betydning for at kunne understøtte borgerne i at bevare og styrke deres relation til netværket.

Borgerne angav, at de levede det liv som de ønskede, og at de pårørende var inddraget og oplevede sig trygge ved plejen. Borgerne angav, at de fik den pleje, træning samt meningsfulde aktiviteter, som de ønskede sig. Der var et beboer/pårørenderåd samt løbende dialog med den enkelte borger og pårørende om trivslen. Styrelsen observerede under måltidet en god og tryg stemning, hvor fællesskabet og hensyntagen til den enkeltes ønsker var i fokus.

Det er styrelsens samlede vurdering, at plejeenheden sikrede borgernes trivsel.

3. Målgrupper og metoder

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

Styrelsen har vurderet, at plejeenheden sikrede en systematik, faglige metoder og arbejdsgange af fornøden kvalitet til sikring af, at hjælpen til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug tog højde for deres særlige udfordringer. Styrelsen fandt endvidere, at medarbejderne kendte og anvendte plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse.

Styrelsen fandt, at plejeenheden havde indført en praksis med fokus på systematisk opsporing og opfølgning på ændringer i borgernes funktionsevne og tilstand. Der var indført tidlig opsporing samt tværfaglige møder, hvor medarbejderne sammen reflekterede og igangsatte de relevante handlinger hos borgerne. Borgerne fik således hjælp rettet mod forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred.

I vurderingen er der dog også lagt vægt på, at der i en ud af tre journaler manglede en beskrivelse af social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne. Det var i forhold til forebyggelse af fald hos en borger. Det er styrelsens vurdering, at det er af betydning for den fornødne kvalitet, at alle medarbejdere kan tilgå viden om social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af fald hos en borger, så alle medarbejdere kan tilpasse hjælpen efter dette.

Styrelsen fandt, at plejeenheden havde arbejdet målrettet med "Demens i praksis", hvor en sygeplejerske havde fulgt hverdagen blandt borgere med demens, for at kunne vejlede og undervise i at give den relevante støtte til borgere med demens. Plejeenheden tog blandt andet udgangspunkt i Tom Kitwoods teori i relation til at afdække og imødegå behovene hos borgere med demens. De havde fokus på at tale i øjenhøjde og skabe tryghed, guide og støtte, således at borgerne kunne trives hele døgnet. Der var en klar procedure og arbejdsgang relateret til borgere, som benyttede GPS. Plejeenheden sikrede, at borgernes GPS

var opladet og at borgerne havde deres GPS på sig, hvis de gik ud på egen hånd, således at sporing om nødvendigt kunne foretages af alle medarbejdere.

Plejeenheden arbejdede dagligt med tidlig opsporing og triagering, ledet af en sygeplejerske. Lederen stod for ugentlige tværfaglige møder, samt beboerkonferencer ad hoc, for yderligere at sikre, at borgernes tilstand blev fulgt og nye handlinger igangsat efter behov. Arbejdet med og strukturen i indholdet af de nævnte møder, blev understøttet af visuelle modeller "hjul" til at understøtte et overblik og faglig fremdrift i drøftelserne

Styrelsen fandt videre, at der var fokus på forebyggelse, eksempelvis vægtproblemer, hvor plejeenheden foretog en analysere af problemet og sikrede, at relevante tiltag blev iværksat. I en ud af tre stikprøver havde plejeenheden dog ikke dokumenteret et forebyggende tiltag vedrørende fald hos en borger. Det er på trods af dette fund, styrelsens vurdering, at plejeenheden fremadrettet vil være i stand til at sikre denne dokumentation, idet plejeenheden havde stort fokus på forebyggelse og havde indført en dokumentationspraksis med en arbejdsgang, hvor sygeplejersken havde det overordnede ansvar for at sikre en fyldestgørende dokumentation og var i proces hermed.

Det er på den baggrund styrelsens samlede vurdering, at plejeenheden sikrede, at hjælpen til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug tog højde for deres særlige udfordringer, og at magtanvendelse blev forebygget. Desuden sikrede plejeenheden fokus på ændringer i borgernes tilstand.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at kommunen havde etableret en statusgruppe forankret i ledelsen, der hver uge mødtes med plejeenhedens nyansatte leder, for at følge op, prioritere samt lægge strategi vedrørende opfyldelse af en handleplan for plejeenheden. Handleplanen sikrede, at kerneopgaven nu blev løftet tilfredsstillende i plejeenheden, og at der var et samarbejde på tværs i hele plejeenheden, samt at lederen var synlig for medarbejderne i hverdagen.

Der var i plejeenheden en ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejdere og ledelse, som blev fulgt. Der var således blandt andet morgenmøder, ugentlige tværfaglige møder og borgerkonferencer ad hoc for at sikre kvaliteten af indsatserne.

Det var kontaktpersonen, der var tovholder for at sikre den enkelte borger en god og værdig hverdag, og der var afsat tid og rum til fælles sparring og refleksion på tværs i plejeenheden. Der var løbende møder med borgere og pårørende, der var etableret et bruger/pårørende råd samt en Facebook gruppe til information af pårørende om hverdagen på plejecentret.

Det er styrelsens samlede vurdering, at organiseringen i plejeenheden nu understøttede plejeenhedens kerneopgaver.

5. Procedurer og dokumentation

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

Styrelsen har vurderet, at plejeenheden siden tilsynet i juni 2019, havde arbejdet systematisk og fokuseret med alle punkter i påbuddet, herunder at plejeenhedens dokumentationspraksis overordnet set nu understøttede plejeenhedens kerneopgaver. Plejeenheden havde indført en dokumentationspraksis med en arbejdsgang, hvor sygeplejersken havde det overordnede ansvar for at sikre en fyldestgørende dokumentation. Plejeenheden var i fuld proces med at få alt opdateret i journalerne, som led i den samlede handleplan der forelå med det formål, at sikre pleje af fornøden kvalitet til borgerne i plejeenheden.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der var en fast praksis med at medarbejderne læste nyt i dokumentationen dagligt, før planlægning af opgaverne. Alle medarbejdere dokumenterede dagligt ved ændringer og havde en telefon på sig, hvor døgnrytmeplanerne kunne ses og læses undervejs i det daglige arbejde. havde indført en dokumentationspraksis med en arbejdsgang, hvor sygeplejersken havde det overordnede ansvar for at sikre en fyldestgørende dokumentation og var i proces hermed.

Af journalerne fremgik det, at der var sket store forbedringer med hensyn til at få de relevante oplysninger om borgerne dokumenterede. Journalerne indeholdt således nu beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer, beskrivelser af borgernes behov for hjælp, beskrivelser af borgernes mål for praktisk og personlig hjælp samt afvigelser fra de vanlige indsatser.

Det er styrelsens samlede vurdering, at dokumentationspraksis i plejeenheden understøttede plejeenhedens kerneopgaver.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt.
I vurderingen er der lagt vægt på, at der var en rehabiliterende tilgang i plejen med fokus på, at borgerne efter evne selv eksempelvis fejede, smurte mad og klarede hygiejnen.

Hvis borgerne havde behov for et rehabiliteringsforløb blev terapeuten kontaktet for igangsætning af et forløb, og plejeenheden havde sammen med borgerne fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte og plejeenheden dokumenteret disse mål.

Styrelsen fandt også, at såfremt borgerne havde behov for et træningsforløb, blev terapeuten kontaktet for igangsætning af et forløb. Når borgerne var i et træningsforløb blev formålet med borgerens forløb dokumenteret, ligesom ændringer løbende blev dokumenterede

Der var ingen af borgerne i stikprøverne, der deltog i et rehabiliteringsforløb, hvorfor målepunkterne herom er vurderet ikke aktuelle.

Borgerne kunne deltage i meningsfulde aktiviteter individuelt, eller sammen med andre borgere i husets dagcenter, eller på det enkelte afsnit, hvor en "aktivitetsliste" indeholdt ideer til muligheder hver dag. Der var eksempelvis krammedag, sang, bagning og dans. Endvidere individuel gåtur, stolegymnastik og så videre.

Det er styrelsens samlede vurdering, at plejeenheden sikrede, at borgerne havde meningsfulde aktiviteter, og at borgerne kom i forløb med træning og rehabilitering efter behov.

4. Fund ved tilsynet

Fund fra indhentet materiale

- Efter tilsynet modtog Styrelsen en redegørelse fra plejeenheden. Redegørelsen omhandlede en situation hos en borger med diabetes, som ikke mere som tidligere, skulle have insulin ved et blodsukker på 6. Den pårørende var af den opfattelse, at en medarbejder, som var inde og måle blodsukker værdien, ville have givet borgeren insulin, såfremt den pårørende ikke havde forhindret det. Af redegørelsen fremgår det, at den pågældende medarbejder ikke havde kompetence til at give insulin, samt at medarbejderen ikke havde intension om at ville give det.

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			

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,	x			

	samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det				
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		I en ud af tre journaler manglede dokumentation af aftaler indgået med de pårørende. Der var i forhold til, at den pårørende ønskede at hjælpe borgeren med praktiske opgaver. Det fremgik, at medarbejderne var bekendte med de aftaler der var indgået, men at de ikke var dokumenterede.

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 funktionsevne-nedsættelser	x			

	(herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov				
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	Det afspejles i tone, adfærd og kultur, at borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger.	x			

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

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

3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

Målepunkt	**Opfyldt**	**Ikke opfyldt**	**Ikke aktuelt**	**Fund og kommentarer**

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

3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Målepunkt		**Opfyldt**	**Ikke opfyldt**	**Ikke aktuelt**	**Fund og kommentarer**
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje til borgeren er rettet mod forebyggelse af uplanlagt vægttab, 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 vægttab, 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 vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	x			
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet		x		I en ud af tre journaler manglede en beskrivelse af social- og plejefaglige indsatser. Det var i forhold til forebyggelse af

					fald hos en borger. Det fremgik af samtalen, at personalet lavede øvelser med borgeren, og var bekendte med at formålet var at forebygge fald, men at det ikke var dokumenteret.

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	x			

	hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne				
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsatser	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			
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede	x			

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

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

Målepunkt		**Opfyldt**	**Ikke opfyldt**	**Ikke aktuelt**	**Fund og kommentarer**
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet (§83a)			x	
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	x			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelæggehelhedso-	x			

	rienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål (§83a)				
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	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 (§§83a og 83)	x			
D	D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål (§83a)			x	
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet (§83a)			x	
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne(§83a)			x	
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83a)	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 borgeres forløb	x			

C	At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg	x			
D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb	x			
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret	x			

6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

Målepunkt		**Opfyldt**	**Ikke opfyldt**	**Ikke aktuelt**	**Fund og kommentarer**
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for dem	x			
	A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter	x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgere tilknyttet plejeenheden og eventuelt pårørende bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger	x			
C	C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter	x			
	C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter	x			

5. Begrundelse for tilsynet

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

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

I bekendtgørelsen[2] er der fastlagt følgende seks temaer, som tilsynet skal omfatte i forhold til at afdække den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats:

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

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

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

Uddybning af målepunkter samt referencer ligger på styrelsens hjemmeside på dette link:
https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/social-og-plejefagligt-tilsyn-paa-aeldreomraadet/

[11] https://www.regeringen.dk/media/4365/satspuljeaftaletekst-paa-aeldreomraadet.pdf
[2] Bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med ældreplejen

6. Vurdering af plejeenheden

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

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

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet vurdering af den fornødne kvalitet med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter. Styrelsens vurdering er baseret på de forhold, der var til stede ved det aktuelle tilsyn.

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

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

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