



Dronning Ingrid's Hjem
Dronning Ingrid's Vej 1 - 0
8740 Brædstrup

18. juni 2020

Sagsnr. 35-2511-80

Endelig tilsynsrapport efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed sender hermed den endelige tilsynsrapport vedrørende styrelsens tilsynsbesøg den **17-02-2020**.

Styrelsen for Patientsikkerhed har sendt en høringsversion af tilsynsrapporten i høring med høringsfrist den **05-06-2020**. 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

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



Ældretilsynet tilsynsrapport Dronning Ingrid's Hjem

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Dronning Ingrid's Hjem
Dronning Ingrid's Vej 1 - 0
8740 Brødstrup

P-nummer: 1003335021

Dato for tilsynet: 17-02-2020

Tilsynet blev foretaget af: STPS_Tilsyn og Rådgivning Nord
Sagsnr.: 35-2511-80

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Dronning Ingrid's Hjem er en kommunal plejeenhed med 27 pladser, bestående af 16 almene plejeboliger og 11 midlertidige pladser, hvoraf ni er korttidspladser. Integreret i plejeenhedens lokaler er et daghjem med aktiviteter både for plejeenhedens borgere og visiterede borgere udefra.
- Målgruppen på plejeenheden er ældre borgere med både somatiske, psykiske og kognitive funktionsevnedssættelser.
- Den daglige ledelse varetages af centerleder Maybritt Hørup.
- Der er i plejeenheden ansat centersygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og en ufaglært i et vikariat.
- Plejeenheden benytter internt kommunalt vikarkorps med fortrinsvis benyttelse af de samme vikarer. Disse bliver benyttet ved behov og i ferieperioder. Alle vikarer får tildelt vikarkoder til omsorgssystemet.
- Der er samarbejde med hjemmesygeplejen, som kan tilkaldes ad hoc. Derudover er der samarbejde med kommunens terapeuter og aktivitetsmedarbejder, som kommer fast i plejeenheden, samt samarbejde med kommunes specialistfunktioner eksempelvis demensteam.
- Plejeenheden har fast tilknyttet læge, som der er et konstruktivt samarbejde med vedrørende helbredsmæssige ændringer hos borgerne samt undervisningsseancer til medarbejderne.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet en pårørende via telefonopkald
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Daglig leder Maybritt Hørup
 - Funktionsleder Rikke B. Christensen
- Der blev foretaget interview med syv medarbejdere
 - Sygeplejerske
 - Social- og sundhedsassistenter
 - Social- og sundhedshjælpere
 - Ufaglært vikar
- Der blev foretaget observation ved, at tilsynsførende besøgte borgerne i deres boliger samt bevægede sig rundt i plejeenheden
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til ledelsen og medarbejdere, som havde deltaget i tilsynet
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Annalise Kjær Petersen og Rikke Sønderkov Sørensen.

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget en handleplan d. 4. juni 2020, som opfylder styrelsens anmodninger. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget 17-02-2020 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 opfyldte.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet den social- og plejefaglige dokumentation generel ikke fremstod systematisk og entydig i omsorgsjournalerne. Dermed er det styrelsens vurdering, at den fastlagte dokumentationspraksis for den social- og plejefaglige dokumentation, ikke var fuldt implementeret i plejeenheden. Der var overordnet i kommunen igangsat en proces med implementering af Fællessprog 3 metoden i forhold til journalsystemet.

Det er styrelsens vurdering, at manglet implementering af en social- og plejefaglig dokumentationspraksis betyder, at dokumentation af relevante oplysninger bliver for personafhængig og dermed fremgår forskellige steder i journalsystemet. Dette udgør en risiko for, at ikke alle medarbejdere kan fremfinde relevante oplysninger, som kan have betydning i forhold til at kunne yde en sammenhængende social- og plejefaglig indsats af den fornødne kvalitet til borgerne.

Under tilsynet var ledelse og medarbejdere lydhøre og reflekterende i forhold til den vejledning, der blev givet, for fremadrettet at kunne sikre systematik og sammenhæng i relation til den social- og plejefaglige dokumentation.

Derudover er det styrelsens vurdering, at plejeenheden generelt fremstod som velorganiseret med relevante procedurer.

De interviewede borgere og pårørende gav udtryk for generel tilfredshed med den hjælp, pleje og omsorg, som blev ydet af plejeenheden.

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

- At plejeenheden implementerer arbejdsgange, hvor borgernes selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv sikres bedst mulig ved at alle medarbejdere kender og efterlever borgerens individuelle behov i forhold dialog og kommunikation (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer, at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom, og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer (målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3.)
- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgerens dokumentation (målepunkt 3.4)
- 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)

Styrelsen anmoder om at få tilsendt eventuelle bemærkninger til rapporten. Der skal desuden indsendes en handleplan, der beskriver, hvordan og inden for hvilken tidsramme plejeenheden forventer, at overstående henstillinger vil være opfyldt.

Handleplan og bemærkninger til rapporten bedes fremsendt inden for 3 uger.

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 en borger gav udtryk for at opleve et stort flow af forskellige medarbejdere, som medførte, at borgeren oplevede stor forskel i medarbejdernes varetagelse af borgerens ønsker i forhold til dialog og kommunikation. Medarbejdere og ledelse tilkendegav, at det i en periode, havde været nødvendig med to medarbejdere ad gangen i forbindelse med at yde hjælpen til borgeren, og dermed et større flow af forskellige medarbejdere hos borgeren. Dette var ikke længere nødvendig og man tilstræbte kontinuitet hos borgeren gennem kontaktpersonsordningen.

Ved tilsynet blev observeret, at selvbestemmelse og værdighed blev understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden.

Styrelsen vurderede, at plejeenheden arbejdede med at sikre borgernes selvbestemmelse og livskvalitet. Der blev afholdt indflytningssamtaler, hvor borgernes ønsker og vaner blev drøftet, og man bestræbte sig på at imødekomme borgerens ønsker og vaner bedst mulig.

Borgerne tilkendegav, at føle sig trygge ved at tale med medarbejderne om ønsker til livets afslutning. Styrelsen vurderede, at medarbejderne havde de fornødne kompetencer til at udføre pleje i den sidste tid. Der var et tværfagligt samarbejde med det palliative team, samt andre relevante samarbejdspartnere efter behov.

2. Borgernes trivsel og relationer

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at de interviewede borgere og pårørende gav udtryk for at opleve, at de fik hjælp til at leve det liv, som de ønskede, og pårørende blev inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov.

Der var i plejeenheden gjort forskellige tiltag med henblik på at skabe rammerne for en god tilværelse i plejeenheden, eksempelvis ved udbud af forskelligartede aktiviteter og arrangementer.

Generelt arbejdede plejeenheden med borgernes trivsel og relationer, hvor der blev arbejdet med at understøtte borgernes relationer i forhold til familie og øvrige borgere på plejeenheden.

3. Målgrupper og metoder

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at der var spredte fund i den social- og plejefaglige dokumentation, vedrørende dokumentation af ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå med beskrivelse af de forebyggende social- og plejefaglige indsatser. Ligeledes manglede der hos en borger med nedsat kognitiv funktionsevne, beskrivelse af den socialpædagogiske tilgang til at støtte op om borgerens nedsatte mestringsevne i relation til egen sygdomsforståelse.

Det er styrelsens vurdering, at manglede beskrivelse af socialpædagogisk tilgang hos borgere med nedsat kognitiv funktionsevne samt manglede dokumentation af ændringer hos borgeren i relation til opfølgning og iværksættelse af forbyggende social- og plejefaglige indsatser, kan udgøre en risiko for, at ikke alle medarbejdere kan yde en sammenhængende social- og plejefaglig indsats af den fornødne kvalitet til borgerne, da det beskrevne grundlag herfor mangler.

Derudover har styrelsen lagt vægt på, at der i plejeenheden var en praksis for opsporing af ændringer i borgernes funktionsevne, helbredstilstand og iværksættelse af relevante tiltag, samt forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred. Eksempelvis var der en gang om ugen tværfaglige møder med relevante aktører i forhold til gennemgang af udvalgte borgeres helhedssituation. Ligeledes var plejeenheden i proces med at få integreret relevante metoder og arbejdsgange i forhold til opsporing af ændringer i funktionsevne og helbred.

Yderligere er det vægtet, at plejeenheden havde en praksis, hvor der blev anvendt relevante faglige metoder i forhold til borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser, som demens, psykisk sygdom og/eller misbrug. Der var mulighed for at indkalde kommunale specialkompetencer såsom demensteam, hvilket bidrog til læring i plejeenheden. Ligeledes var der overordnet i kommunen fokus på demensområdet med uddannelsesmæssige tiltag.

Ved tilsynet var der ikke borgere, hvor det var relevant med beskrivelse i forhold til forebyggelse af magtanvendelse, hvorfor dette er markeret som uaktuelt i målepunktet.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden fremstod med de nødvendige kompetencer og en organisering, der understøttede varetagelse af plejeenhedens kerneopgaver igennem hele døgnet.

Plejeenheden kunne redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for vikarer, med en arbejdsgang i forhold til eksterne vikarer, som ikke havde adgang til omsorgsjournalen, hvor plejeenhedens praksis var at printe døgnrytmeplaner og medicinlister hos de enkelte borgere, samt mundtlig tilbagemelding fra vikaren til fast medarbejder vedr. evt. observationer. De interne vikarer havde adgang til omsorgsjournalen.

5. Procedurer og dokumentation

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje var afdækket, men at de social- og plejefaglige indsatser ikke systematisk blev beskrevet. Tilsynet konstaterede, at plejeenheden manglede at få implementeret den fastlagte dokumentationspraksis for den social- og plejefaglige dokumentation, da det ikke var entydigt, hvor relevante oplysninger blev dokumenteret i journalsystemet. Yderligere er lagt vægt på, at der overordnet i kommunen var igangsat en proces med implementering af Fællessprog 3 metoden i forhold til journalsystemet. Dette var medvirkende til, at der generelt manglede entydighed og systematik i forhold til hvor relevante oplysninger blev dokumenteret i journalsystemet. Den manglende systematik og entydighed i den social- og plejefaglige dokumentation betød, at medarbejderne skulle finde de relevante oplysninger flere forskellige steder i dokumentationssystemet.

Det er styrelsen vurdering, at manglede implementering af en social- og plejefaglig dokumentationspraksis betyder, at dokumentation af relevante oplysninger bliver for personafhængig og dermed fremgår forskellige steder i journalsystemet. Dette udgør en risiko for, at ikke alle medarbejdere kan fremfinde relevante oplysninger, som kan have betydning i forhold til at kunne yde en sammenhængende social- og plejefaglig indsats af den fornødne kvalitet til borgerne.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at de interviewede borgere og pårørende gav udtryk for at blive inddraget i at sætte mål i forhold til den hjælp, pleje og omsorg, som de modtog. Ligeledes oplevede de mulighed for at kunne vedligeholde deres nuværende funktioner samt deltage i meningsfulde aktiviteter, der understøttede deres behov og interesser.

Plejeenheden redegjorde for en praksis, hvor der blev arbejdet ud fra en sundhedsfremmede tilgang i relation til rehabilitering, genoptræning og aktiviteter i samarbejde med borgerne og andre relevante aktører. Plejeenheden havde ikke et formaliseret samarbejde med de fysioterapeuter, der var tilstede i huset, men der var en praksis for tværfaglig samarbejde og dialog omkring fastsættelse af mål i forbindelse med borgernes genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb, samt mulighed for faglig sparring.

Ved tilsynet var der ikke borgere, som var i et § 83a forløb eller i et § 86 genoptræningsforløb, hvorfor dette er markeret 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		x		En borger oplevende mange forskellige medarbejdere, som ikke alle kendte til, hvordan de skulle hjælpe borgeren, og derfor spurgte borgeren om dette. Dette oplevede borgeren ikke som noget positivt.
B	x			
C	x			
D	x			
E	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, 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 omsorgsjournaler manglede beskrivelse af socialpædagogisk tilgang i forhold til en borgers nedsatte mestringssevne vedrørende egen sygdomsforståelse. Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for dette.
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		I en ud af tre omsorgsjournaler manglede dokumentation af opfølgning i forhold til fald. Medarbejderne kunne mundtlig redgøre dette.

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 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		<p>I to ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelse af forebyggende tiltag vedrørende ernæring og fald.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eksempelvis var der hos en borger ikke beskrevet mål for idealvægten. • Hos en anden borger var der ikke beskrevet opfølgning på faldregistrering. <p>Medarbejderne kunne mundtlig redegøre for dette.</p>

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		Den fastlagte praksis for den social- og plejefaglige dokumentation var ikke fuldt implementeret og ikke kendt af alle medarbejdere.
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		I en ud af tre omsorgsjournaler fremgik det ikke, hvordan den daglige hjælp, pleje og omsorg blev planlagt og udført for at borgeren kunne bevare sine færdigheder længst muligt. Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for dette.
	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 tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål (§83a)	x			
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	x			
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 (§83)	x			

6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer

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

6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

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

4. Begrundelse for tilsynet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Vurdering af plejeenheden

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

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

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