



ÅPARKEN ÆLDRECENTER
Åparken 19
6670 Holsted

14. august 2019

Endelig tilsynsrapport efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed sender hermed den endelige tilsynsrapport vedrørende styrelsens tilsynsbesøg den 9. maj 2019.

Sagsnr. 5-9514-174/1
Reference CELH

Styrelsen for Patientsikkerhed har sendt en høringsversion af tilsynsrapporten i høring med høringsfrist den 9. juli 2019. Styrelsen har ikke modtaget bemærkninger til rapporten, som derfor nu er endelig.

Styrelsen for Patientsikkerhed kan oplyse, at tilsynsrapporten nu vil blive gjort offentligt tilgængelig på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside i tre år. Styrelsen skal gøre opmærksom på, at plejeenheden også har pligt til snarest at gøre tilsynsrapporten let tilgængelig på sin hjemmeside (eventuelt med et link til rapporten på styrelsens hjemmeside) samt umiddelbart tilgængelig på plejeenheden. Herudover skal den stedlige kommune offentliggøre Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynsrapport på kommunens hjemmeside¹. Det skal ske i samme periode, som rapporten er offentliggjort på styrelsens hjemmeside www.stps.dk.

Venlig hilsen

Tina Kolding

Styrelsen for Patientsikkerhed
Tilsyn og Rådgivning Syd

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



Ældretilsynet Tilsynsrapport 2019 Åparken Ældrecenter

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Åparken Ældrecenter
Åparken 19
Vejen Kommune
6670 Holsted

CVR- eller P-nummer: 1003331865

Dato for tilsynet: 09-05-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Syd
Sagsnr.: 5-9514-174/1

1. Relevante oplysninger

Om plejeenheden

- Åparken Ældrecenter består af 15 almene plejeboliger, to midlertidige boliger og en feriebolig
- Målgruppen er en blandet gruppe af borgere med både fysiske og/eller kognitive funktionsnedsættelser. De midlertidige boliger benyttes til primært til borgere i rehabiliteringsforløb og ferieboligen primært til aflastning af ægtefæller i relation til hjemmeboende borgere med demenssygdom.
- Den daglige ledelse varetages af Helle Sørensen, centerleder
- Der er cirka 40 ansatte, herunder; social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygehjælpere, en pædagog, aktivitetsmedarbejdere og ernæringsassistenter
- Åparken Ældrecenter er en del af en integreret ordning, hvor medarbejderne har tilknytning både til boligerne inde på centeret og de omkringliggende ældreboliger.
- Der er tæt samarbejde med sygeplejen, som er organiseret under en anden ledelse

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler og yderligere en journal til afdækning af et specifikt målepunkt
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev ikke interviewet pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Helle Sørensen, centerleder
 - Bettina Rimdal, områdeleder
- Der blev foretaget interview med tre medarbejdere
 - Social- og sundhedsassistent
 - Sygehjælper
 - Social- og sundhedshjælper
- Der blev foretaget observation ved at observere personalets interaktion med borgerne i fællesarealer
- Tilbage melding på tilsynet blev givet til ledelse og medarbejdere samt en udviklingssygeplejerske
- Tilsynet blev foretaget af: tilsynskonsulenterne Hanne Søgaard og Tina Kolding

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

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

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 9. maj 2019 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Det er styrelsens samlede vurdering, at der i plejeenheden er mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet.

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet målepunkter under temaerne: *Trivsel og relationer*, *Målgrupper og metoder*, og *Procedurer og dokumentation*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet styrelsen fandt mangler i dokumentationen af aftaler med pårørende, forebyggende indsatser rettet mod forringet helbred og funktionsevne, borgernes ressourcer samt målene for de iværksatte social- og plejefaglige indsatser.

Styrelsen har lagt vægt på, at fundene ikke var gennemgående i alle journalerne og ikke var gennemgående i alle målepunkter og udelukkende var relateret til dokumentationen. Plejeenheden fremstod generelt som velorganiseret med gode procedurer. Ledelse og medarbejdere var ved tilsynet åbne og imødekommende og indgik aktivt i dialog med tilsynet.

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

- At plejeenheden sikrer, at aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger (målepunkt 5.1)

- At plejeenheden sikrer, at borgernes mål for personlig og praktisk hjælp er dokumenteret (målepunkt 5.2)

Det er styrelsens vurdering, at manglerne i forhold til målepunkterne kan udbedres, og at plejeenheden vil være i stand til at rette op på de anførte problemer ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet.

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter således, at plejeenheden opfylder ovenstående henstillinger.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne udtrykte, at de oplevede selvbestemmelse og have indflydelse på deres hverdag og at personalet behandlede dem med værdighed og respekt. Ledelse og medarbejdere understøttede borgernes muligheder for oplevet livskvalitet, blandt andet ved at der ved indflytning blev prioriteret at afdække ønsker og behov og sikre, at borgerens livshistorie og identitet blev kendt af medarbejderne. Ønsker, vaner og interesser blev afklaret, så hverdagslivet, pleje og omsorg kunne tilrettelægges individuelt. Medarbejderne havde fokus på, at det var borgerne, som skulle bestemme, hvad der skulle ske hvornår. Medarbejderne havde mulighed for at være fleksible i deres daglige planlægning af opgaver, så individuelle ønsker kunne imødekommes. Borgerne udtrykte, at de ville være trygge ved at tale med medarbejderne om ønsker til livets afslutning og der var en fastlagt praksis for, hvor eventuelle ønsker skulle skrives i journalen. En borger havde talt med en medarbejder om ønsker for den sidste tid og ønskede at "den gode ånd" på plejehjemmet fortsatte. Kommunen havde i 2017 gennemført et projekt omkring værdig død, som blandt andet havde medvirket til, at medarbejderne var trygge ved at tage hul på samtalen om dette sammen med borgerne. Emnet var synligt i plejeenheden, blandt andet med brochurer i et fællesområde og fastlagte ritualer når en borger døde. Medarbejderne redegjorde for relevante metoder i forhold til palliativ pleje og relevant inddragelse af sygeplejen, praktiserende læge og palliativt team. Der kunne inddrages vågekoner ved behov.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden levede op til fornøden kvalitet i forhold til temaet.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der i en ud af tre journaler manglede relevant beskrivelse af aftaler med pårørende om, at de blandt andet stod for indkøb og økonomi. I vurderingen er der også lagt vægt på, at borgerne udtrykte, at de var glade for personalet og at de oplevede at det fortrinsvis var de samme medarbejdere, som kom hos dem. En borger udtrykte, at hans gæster i plejeenheden var meget velkomne. Ledelsen forklarede at kontinuitet hos borgerne blev prioriteret, så opgaverne blev holdt på få hænder. En anden borger oplevede personalet, som ens egen familie og oplevede, at der altid var en god tone.

Det var vigtigt for ledelse og medarbejdere at være tilstede og tilgængelige for både borgere og pårørende. Problemer blev på den måde taget i opløbet og misforståelser forebygget. Der var fokus på at bringe hele borgerens netværk i spil. Medarbejderne afdækkede netværket i samarbejde med borgere og pårørende, så også det fjernere netværk kunne inddrages i borgerens liv. Aktivitetsmedarbejdere var tovholder i forhold til inddragelse af det omgivende samfund som omfattede, blandt andet besøg af børnehavebørn, skole og et projekt med pædagogstuderende om liv og leg på plejecentre.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, hvis aftaler med pårørende ikke beskrives i journalen, så deres indsats synliggøres og samarbejdet mellem pårørende og medarbejdere styrkes.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at et målepunkt under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der i en ud af tre journaler manglede beskrivelse af forebyggende indsatser, rettet mod fald hos en borger med nedsat gangfunktion. Der var foretaget ernærings- og faldscreeninger uden beskrivelse af konklusion og eventuelle handlinger i journalen. Styrelsen har fundet, at de resterende målepunkter under dette tema var opfyldte. I vurderingen er der lagt vægt på, at personalet havde relevant faglig viden og kendskab til faglige metoder i forhold til tilrettelæggelse af pleje og omsorg til borgere med kognitive funktionsnedsættelser. Der blev i kommunen afviklet undervisning til plejepersonalet løbende. Der var en demensnøgleperson i plejeenheden og mulighed for inddragelse af demenskonsulent. Der var beskrivelser af den socialpædagogiske indsats i relevante journaler. Ved forebyggelse af magtanvendelse benyttede man faglige metoder, inddragelse af demenskonsulent og havde blandt andet fokus på sidemandsoplæring og tæt dialog i personalegruppen i alle vagtlag, så indsatser kunne afprøves og evalueres struktureret. Der var fokus på velfærdsteknologi og andre hjælpemidler, som blev tænkt ind i forhold til individuelle løsninger til borgernes udfordringer. Borgerne udtrykte, at de oplevede at personalet "holdt øje med dem" og ledelse og medarbejdere redegjorde for, man var påbegyndt arbejdet med tidlig opsporing og triagering som metode til, at få observeret og handlet på ændringer i borgernes tilstand, så hurtigt som muligt.

Borgerne oplevede også at personalet havde fokus på indsatser til forebyggelse af blandt andet tryksår og dårlig mundhygiejne, dehydrering og fald. Ledelse og medarbejdere redegjorde for relevante indsatser, eksempelvis tryksårs- og ernæringscreening og træningsindsatser til borgere med dårlig gangfunktion.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, hvis relevante forebyggende tiltag ikke beskrives i borgernes journaler, så alle medarbejdere har mulighed for at inddrage disse tiltag i den daglige pleje og omsorg.

Der blev ikke foretaget interview med borgere med kognitiv funktionsnedsættelse, problemer med psykisk sygdom eller misbrug eller pårørende til denne gruppe under tilsynet, hvorfor punktet om borgerens/pårørendes oplevelse af, om der tages hensyn til borgerens særlige behov, er vurderet ikke aktuelt.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelsen redegjorde for en organisering, der sikrede, at de nødvendige kompetencer var til stede i alle vagtlag. Eksempelvis kunne man udnytte ressourcer på tværs, da plejeenheden var en del af en integreret ordning, som også omfattede en udegruppe. Dette gjorde det muligt at fordele kompetencer og ressourcer, hvor der var størst behov. Der var fokus på brug af interne vikarer ved behov og at undgå vikarbureauer, for at sikre kendskab til borgerne og kontinuiteten i deres omsorg og pleje. Der var et fokus på godt arbejdsmiljø og trivsel hos medarbejderne. Der var fokus på en struktureret introduktion af nye medarbejdere. Medarbejderne kendte deres ansvar – og kompetenceområde. Social og sundhedsassistenterne, som var ansvarlige for koordineringen af borgernes forløb, var bevidste om, hvornår de skulle inddrage relevante faggrupper eksempelvis hjemmesygeplejerskerne og fysioterapeuterne.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden levede op til fornøden kvalitet forhold til temaet.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der i to ud af tre journaler manglede en fyldestgørende beskrivelse af borgernes ressourcer, herunder, at borgerne var mentalt velfungerende. I en journal ud af tre manglede mål for dele af indsatserne, eksempelvis mål for en indsats til forebyggelse af kontrakturer. I vurderingen er der også lagt vægt på, at der var en fastlagt dokumentationspraksis, som blev understøttet med navigationssedler, tidslinjer og kompetencebeskrivelser, så alle medarbejdere havde mulighed for at vide hvordan, hvornår og af hvem, der skulle dokumenteres. Der var overordnet en god og fyldestgørende helhedsbeskrivelse af borgerne, som kunne understøtte en sammenhængende social- og plejefagligt indsats og gjorde det muligt for enhver medarbejder at vide, hvordan borgeren skulle hjælpes. Plejeenheden anvendte både dokumentationssystemet Nexus og systemet Sekoia, hvor medarbejderne via en skærm i borgerens bolig, kunne orientere sig om opgaverne, hvordan de skulle udføres og registrere eventuelle afvigelser.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, hvis borgernes ressourcer ikke er fyldestgørende beskrevet, da denne beskrivelse er med til at sikre det overordnede kendskab til borgerne, og giver personalet mulighed for, at have relevante forventninger i forhold til borgerne. Ligeledes er det af betydning, hvis der ikke er fastsat mål for de social- og plejefaglige indsats, da det synliggør borgernes ønsker og forventninger og det fremmer samarbejdet og indsatsen, hvis både borger og medarbejder kender målet og dermed kan evaluere på indsatserne.

Når der arbejdes i to forskellige dokumentationssystemer skal der være fokus på, at når noget justeres i det ene system, skal det hver gang overvejes, om det skal medføre justeringer i det andet system, så dokumentationen i begge systemer altid er opdateret og aktuel og ensartet. Dette medfører i nogen grad behov for dobbeltdokumentation. Det ville give større sikkerhed for ensartethed i dokumentationen, hvis dokumentationssystemerne var integrerede. Der var fokus på denne risiko i plejeenheden og tilsynet fandt, at der var overensstemmelser mellem dokumentationen i Nexus og dokumentationen i Sekoia.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldte. I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere redegjorde for, hvordan de tilrettelagde tværfaglige rehabiliterende indsats i samarbejde med borgerne. Der var mulighed for at planlægge tværfaglige møder hos borgerne med deltagelse af medarbejdere og terapeuter og her tilrettelægge en individuel indsats ud fra borgernes ønsker og behov. Medarbejderne kunne henvende sig til træningsterapeuterne angående borgere med behov for genoptræning eller vedligeholdelsestræning. I dokumentationssystemet kunne medarbejderne orientere sig om mål og handlingsanvisninger i forhold til træningen, og de kunne ved behov se en video med borgerens øvelser og havde dermed gode muligheder for at understøtte træningen i dagligdagen.

Borgerne udtrykte, at der blev talt med dem om ønsker til aktiviteter ligesom der blev afholdt månedlige møder med borgerne, hvor deres ønsker til nye aktiviteter kunne drøftes og planlægges. Der var aktivitetsmedarbejdere, som blandt andet havde til opgave, sammen med borgerens kontaktperson, at afdække borgernes individuelle ønsker og behov for aktiviteter. Der var en del fælles aktiviteter og et stort netværk af frivillige, som bidrog til mange af disse aktiviteter, blandt andet med afholdelse af fester og busture. Der var

mulighed for individuelle aktiviteter, som blev integreret i borgerens hverdagsliv efter deres ønsker, eksempelvis gåture, kortspil, oprydning og lignende.

Der var ingen af borgerne, udtaget til stikprøve ved tilsynet, som var i et aktuelt rehabiliteringsforløb efter § 83 a eller træningsforløb efter § 86, hvorfor målepunkterne vedrørende dette er vurderet ikke aktuelle

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden levede op til fornøden kvalitet i forhold til målepunkterne i dette tema.

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			

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		I en ud af tre journaler manglede relevant beskrivelse af aftaler med pårørende om at de blandt andet stod for indkøb og økonomi

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	x			

	indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås				
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 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 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 beskrivelse af forebyggende indsatser rettet mod fald. Der var ernærings- og faldscreeninger uden beskrivelse af konklusion på observationerne.

Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

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

Tema 5: Procedurer og dokumentation

5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne	x			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats	x			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation	x			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger		x		I to ud af tre journaler manglede en beskrivelse af at borgerne var mentalt velfungerende
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet	x			
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret		x		I en journal manglede mål for nogle af indsatserne I en journal var der ikke beskrevet mål for forebyggelse af kontrakturer
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede	x			

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

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

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer

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

6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet			x	
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgers forløb	x			

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

6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

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

4. Begrundelse for tilsynet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Vurdering af plejeenheden

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

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

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

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

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

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