



Plejhjemmet Skæring
Sommersmindevej 2
8250 Egå
Att.: Ledelsen

27. november 2020

Endelig tilsynsrapport efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed sender hermed den endelige tilsynsrapport vedrørende styrelsens tilsynsbesøg den **20-10-20**

Sagsnr. 35-2511-204
Reference JASVE
T +4572286666
E trnord@stps.dk

Styrelsen for Patientsikkerhed har sendt en høringsversion af tilsynsrapporten i høring med høringsfrist den **26-11-2020**

Plejeenheden har sendt høringssvar med faktuelle bemærkninger til høringsversionen af tilsynsrapporten. Bemærkningerne er tilføjet i den endelige tilsynsrapport i det omfang, Styrelsen for Patientsikkerhed har fundet det relevant.

Har plejeenheden indsendt skriftligt materiale til opfølgning på styrelsens henstilling eller krav efter tilsynsbesøget, fremgår dette af den endelige tilsynsrapport.

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.

Styrelsen gør i øvrigt opmærksom på, at tilsynsrapporten også skal offentliggøres på plejhjemsoversigten.dk. Der henvises til bekendtgørelse nr. 1219 af 22. oktober 2018 om plejhjemsoversigten. Det er kommunalbestyrelser, jf. § 4 i bekendtgørelsen, og private tilbud, jf. § 5 i bekendtgørelsen, der løbende skal indberette oplysninger til plejhjemsoversigten om nye tilbud eller ændringer i allerede eksisterende tilbud omfattet af plejhjemsoversigten.dk

Venlig hilsen

Sekretær
Janni Svendsen
Styrelsen for Patientsikkerhed
Tilsyn og Rådgivning Nord

Styrelsen for Patientsikkerhed
Tilsyn og Rådgivning Nord

Fjerslevvej 10
8940 Rønde SV
Tlf. +45 7222 7970
E-mail trnord@stps.dk

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



Ældretilsynet tilsynsrapport Plejehjemmet Skæring

Reaktivt tilsyn 2020

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Plejehjemmet Skæring
Sommersmindevej 2

8250 Egå

CVR- eller P-nummer: 1003366215

Dato for tilsynsbesøget: 20-10-2020

Tilsynet blev foretaget af:

Sagsnr.: 35-2511-204

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 8. juli 2020 modtaget en mediasag i form af et læserbrev med bekymringer fra 31 pårørende til beboere på Skæring Plejehjem. Bekymringerne omhandlede f.eks. manglende bleskift, dårlig kommunikation med pårørende og borgere samt manglende aktiviteter og uregelmæssig træning af dårlig standard samt forkert medicinhåndtering. Styrelsen indhentede udtalelse og instrukser fra Skæring plejehjem. Styrelsen kan ikke alene ud fra det modtagne materiale konstatere, om Skæring Plejehjem lever op til den fornødne kvalitet i hjælp, pleje og omsorg til borgerne.

På den baggrund har styrelsen for Patientsikkerhed besluttet at foretage et reaktivt kombineret sundhedsfagligt tilsyn og ældretilsyn, for at konstatere, om patientsikkerheden og den fornødne kvalitet lever op til gældende lovgivning for henholdsvis sundhedsloven og servicelovens §§ 83-87.

Fokus for tilsyn

Tilsynet gennemføres med det fulde målepunktssæt for ældretilsynet, og tilsynet har fokuseret på:

- Sevbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død
- Borgernes trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedurer og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Skæring plejehjem er et plejecenter med 28 almene boliger, fordelt på treenheder og bliver ledet af forstander Helen Hermansen. Skæring plejehjem er en del af område Nord i Aarhus Kommune.
- På Skæring plejehjem er der ansat en sygeplejerske, en fysioterapeut, en ergoterapeut, syv social- og sundhedsassistenter, 12 social- og sundhedsassistenter. Desuden er der et tæt samarbejde med diætist, demenskoordinator, sårsygeplejersker, kontinenssygeplejersker samt kommunens akut-team.
- På Skæring plejehjem er der i vagtlag, hvor der ikke er sygeplejerske og /eller social- og sundheds-assistent til stede, aftaler med øvrige plejecentre i område Nord om vagtdeling. Endvidere kan der rekvireres assistanse fra hjemmesygeplejen i område Nord.
- Skæring plejehjem har ikke større udskiftning i medarbejdergruppen. Der er netop tilført ressourcer i form af en centersygeplejerske med opstart 1. november 2020. Forbrug af vikarer bliver primært dækket af interne vikarer.
- På Skæring plejehjem er der månedlige personalemøder samt samarbejds møder for alle medarbejdere. Der bliver afholdt ugentlige tavlemøder i de tre enheder. Alle borgerforløb bliver gennemgået to gange årligt samt ved behov. Den fast tilknyttede læge udføre årgennemgang på alle egne patienter på plejehjemmet.
- Medarbejdere og vikarer på Skæring plejehjem skal gennemgå kommunens E-lærings programmer omhandlende medicin håndtering, håndhygiejne og demens, som skal godkendes af leder, ved ansættelse samt for de faste medarbejdere er der en årlig genopfriskning
- Skæring plejehjem anvender journalsystemet Cura og metoden Fælles Sprog 3 siden september 2017.

Om tilsynet

Tilsynet blev gennemført som et reaktivt tilsynsbesøg. Ved tilsynet blev der forud indhentet en liste med navn, sygdomme og funktionsnedsættelser på alle patienter på Plejecenter Skæring. Heraf blev der ved tilsynet tilfældigt udvalgt tre borgere i forhold til gennemgang af den social- og plejefaglige dokumentation samt medicinbeholdning og den sundhedsfaglige dokumentation.

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler, som blev tilfældig udvalgt på tilsynsdagen
- Der blev interviewet tre borgere, som blev tilfældig udvalgt på tilsynsdagen
- Der blev telefon interviewet tre pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
- Forstander Helen G. Hermansen, hvor også områdets kvalitetsudvikler deltog.
- Der blev foretaget interview med fem medarbejdere
 - Social- og sundhedsassistenter
 - Sygeplejerske
 - Ergoterapeut
 - Fysioterapeut

- 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 områdeleder Susanne Sejr, forstander Helen G. Hermansen, kommunens udviklingskonsulent og digitaliseringskonsulent
- Tilsynet blev foretaget af: tilsynskonsulenterne Jane Filtenborg Bjerregaard og Annalise Kjær Petersen

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i høringsperioden modtaget ændringer til de faktuelle forhold. Ændringerne er skrevet ind i rapporten, men de giver os ikke anledning til at revidere vores vurdering.

Vi afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 20-10-2020 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at det ved tilsynet blev vurderet, at alle målepunkter var opfyldte.

Vi har vurderet, at der er tale om ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet de interviewede borger oplevede at blive lyttet til og medinddraget i forhold til, at deres ønsker og behov blev imødekommet i den daglige hjælp, pleje og omsorg, som de modtog i plejeenheden.

Ved interview med pårørende, var der et enkeltstående fund, hvor en ud af tre pårørende oplevede lang respons tid på en konkret relevant opfølgning ved ændring i helbredstilstand. Vi vurderer, at plejeenheden vil være i stand til at rette op på det anførte problem ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet.

Ligeledes er der lagt vægt på, at borgere og pårørende generelt udtrykte tilfredshed med den hjælp, pleje og omsorg, som blev ydet af plejeenheden.

I vurderingen har vi derudover lagt vægt på, at plejeenheden fremstod velorganiseret med relevante procedurer, og medarbejderne havde relevant viden i forhold til plejeenhedens kerneopgaver. Vi har derudover vurderet, at plejeenhedens tværfaglige organisering og dokumentationspraksis understøttede kerneopgaverne, samt at plejeenheden havde arbejdsgange og metoder, der sikrede en rehabiliterende tilgang og sammenhængende indsatser i plejen af borgerne.

Under tilsynet var leder og medarbejdere lydhøre og reflekterende i forhold til råd og vejledning, som blev givet under tilsynet.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Vi vurderer, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt.

Vi har i vurderingen lagt vægt på, at tre interviewede borgere, gav udtryk for at opleve sig medinddraget i eget liv. Under tilsynet observerede vi, at medarbejderne havde en værdig tone, adfærd og kultur, når de var sammen med borgerne.

Leder og medarbejdere redegjorde for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme borgernes medindflydelse og selvbestemmelse i hverdagen. Plejeenheden havde målsamtaler med borgere og pårørende inden indflytningen, med det formål at lave en fælles afstemning af forventninger og målsætninger i forhold til borgernes forløb. Ligeledes blev der redegjort for en praksis med løbende statusamtaler hvert halve år og ved behov.

Medarbejderne redegjorde for, at borgernes ønsker og behov så vidt muligt blev imødekommet, og i journalerne var der beskrivelser af borgernes vaner og ønsker, så alle medarbejdere kunne finde disse oplysninger.

Vi har derudover lagt vægt på, at plejeenheden arbejdede aktivt med at invitere borgerne til en samtale om deres ønsker til den sidste tid, under hensyntagen til relationen til den enkelte borger. Udviklingen af systematiske procedure og arbejdsgange var i gang sat ud fra, at plejeenheden benyttede ældretilsynets målepunkter som et selvevalueringsværktøj. Under tilsynet blev drøftet det kontinuerlige fokus på området således, at man fik italesat emnet rettidigt og dermed åbnet op for mulighed for at imødekomme borgernes ønsker og behov, for at tale om den sidste tid.

Plejeenhedens medarbejdere oplyste at havde de fornødne kompetencer og kunne redegøre for pleje og omsorg ved livets afslutning, samt hvor i journalerne de kunne finde borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning.

2. Borgernes trivsel og relationer

Vi vurderer, at målepunktet var opfyldt under dette tema.

Vi har vi lagt vægt på, at de interviewede borgere gav udtryk for, at de så vidt muligt fik hjælp til at kunne leve det liv de ønskede og at de tre interviewede pårørende blev inddraget i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov. En ud af tre interviewede borgere gav udtryk for at opleve en synlig tilstedeværelse af forstander i hverdagen og oplevede derved understøttelse af den daglige trivsel i plejeenheden.

Leder og medarbejdere redegjorde for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel og relationer til deres pårørende og øvrige netværk. Lederen redegjorde også for, at plejeenheden inddrog og samarbejdede med de pårørende f.eks. gennem tilbud om samtaler, og der var etableret et pårørenderåd, samt understøttede borgernes deltagelse i det omgivende samfund, når borgerne havde et ønske om det.

3. Målgrupper og metoder

Vi vurderer, at der var et uopfyldt målepunktet under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at der var en ud af tre interviewede pårørende, som havde haft en oplevelse af manglende opfølgning på en konkret situation, med ændring i en borgers helbredstilstand. Ledelsen redegjorde relevant for den konkrete plejesituation og det er vores vurdering, at plejeenheden fremadrettet er opmærk-

som på samspillet mellem faglighed og den aktive pligt til at yde omsorg uanset om borgeren samtykker eller ej.

Vi har derudover lagt vægt på, at de interviewede pårørende overordnet gav udtryk for generel tilfredshed med, at der i plejeenheden blev udført hjælp, omsorg og pleje, der tog højde for borgernes individuelle behov.

Lederen redegjorde for relevante faglige metoder og arbejdsgange, der tilgodeså borgernes behov. Disse metoder og arbejdsgange var kendte af medarbejderne og blev anvendt i praksis, når de ydede hjælp, omsorg og pleje til borgerne. Herunder muligheden for faglig sparring og hjælp hos relevante samarbejdspartnere med merviden indenfor demensområdet og hjerneskeadeområdet. Den relevante pædagogiske tilgang var beskrevet i journalen, så enhver medarbejder kunne udføre relevant pleje og omsorg af fornøden kvalitet og forebygge magtanvendelse, hvor dette var relevant.

Ledelse og medarbejder redegjorde for en systematisk triagering med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes tilstand, herunder iværksættelse af relevante forebyggende indsatser, hvilket også fremgik af journalerne.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Vi vurderer, at målepunktet var opfyldt under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at plejeenhedens tværfaglige organisering understøttede kerneopgaverne, idet der var en tydelig ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, elever/studerende og vikarer. Plejeenheden havde ansat medarbejdere med relevante kompetencer og de fulgte ansvars- og opgavefordelingen. Ligesom forstander deltog i de ugentlige tavlemøder i de tre enheder, og der blev afholdt månedlige personalemøder og samarbejds møder, hvor der f.eks. blev sikret vidensdeling.

Vi har også lagt vægt på, at lederen havde fokus på arbejdet med introduktionen af nye medarbejdere, ligesom plejeenheden havde en systematik i forhold til at oplære nye medarbejdere i plejeenhedens opgaver, og i de værdier, som dannede grundlag for plejeenhedens indsatser hos borgerne.

5. Procedurer og dokumentation

Vi vurderer, at målepunktet var opfyldt under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at plejeenheden havde en fastlagt praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, som understøttede sammenhængende indsatser.

Vi har også lagt vægt på, at det var tydeligt for alle medarbejdere hvornår, hvor og hvordan der skulle dokumenteres, og hvordan den nødvendige viden blev delt mellem medarbejderne.

Medarbejderne fulgte den fastlagte dokumentationspraksis, og relevante beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer, social- og plejefaglige indsatser samt afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser fremgik af journalerne. Dermed fremgik det beskrevne grundlag til at sikre, at enhver medarbejder kunne udøve den fornødne kvalitet i arbejdet med at yde hjælp, pleje og omsorg til borgeren.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Vi vurderer, at alle målepunkter var opfyldt under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at de interviewede borgere og pårørende gav udtryk for at blive inddraget i at fastsætte mål for deres forløb.

Plejeenheden havde en praksis for tilrettelæggelse og gennemførelse af borgernes forløb med udgangspunkt i borgernes mål, som fremgik af journalerne. Terapeuterne var en daglig sparringspartner i plejeenhe-

den. Under tilsynet blev drøftet den generelle praksis for samarbejde med eksterne samarbejdspartnere, der varetog træningsforløb, for det kontinuerlige fokus på træningsmål og understøttelse/inddragelse af træningselementer i hverdagen.

Vi har endvidere lagt vægt på, at borgerne og de pårørende oplevede, at borgernes færdigheder var en fokuseret del af borgerens forløb, og medarbejderne redegjorde for en praksis, herunder en terapeutisk vurdering af alle borgere, hvor man inddrog træningselementer i den daglige hjælp, pleje og omsorg, samt arbejdede målrettet med borgerens motivation og ressourcer i forhold til hverdagsrehabilitering.

Endelig har vi lagt vægt på, at der i plejeenheden var mulighed for at understøtte borgerne i forhold til deltagelse i meningsfulde aktiviteter. I plejeenheden var borgerne adspurgt omkring hvilke aktiviteter de ønskede og hvornår der skulle være aktiviteter. Plejeenheden havde fokus på ude liv og aktiviteter relateret til haven. Aktivitets mulighederne var påvirket af covid 19 situationen i landet, men medarbejderne havde fokus på enkelte aktiviteter i de enkelte teams.

Ved tilsynet var der ikke borgere, som var i et § 83a forløb, 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 | At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv | X | | | |
| B | At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet | X | | | |
| C | At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt | X | | | |
| D | At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker | X | | | |
| E | At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden | X | | | |

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|---|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A | At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning | X | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| 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 | X | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| | eventuelle pårørende og det omgivende samfund | | | | |
| 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 funktionsnedsættelser (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 | | <p>En ud af tre pårørende havde haft en oplevelse af en konkret situation, hvor der var gjort opmærksom på ændring i helbredstilstand hos borgeren. Pårørende oplevede lang respons tid på relevant opfølgning.</p> <p>Ledelsen kunne redegøre for den konkrete situation og den længere varende opfølgning.</p> |
| 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 væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne | X | | | |
| D | At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet | X | | | |

Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

| Målepunkt | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|---------|--------------|--------------|---------------------|
| | | | | |

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

Tema 5: Procedurer og dokumentation

5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|---|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A | A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne | X | | | |
| | A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats | X | | | |
| B | At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation | X | | | |
| 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 indsats 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 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 ældretilsynet på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder efter servicelovens §§ 83-87 i en forsøgsperiode på fire år¹.

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 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.

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