



Område Marselisborg
Ankersgade 19
8000 Aarhus C

25. oktober 2019
Sagsnr. 5-9514-230/1

Endelig tilsynsrapport efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed sender hermed den endelige tilsynsrapport vedrørende styrelsens tilsynsbesøg den **03-09-2019**

Styrelsen for Patientsikkerhed har sendt en høringsversion af tilsynsrapporten i høring med høringsfrist den **17-10-2019**.

Plejeenheden har sendt høringssvar med 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.

Venlig hilsen

Sekretær
Janni Svendsen
Styrelsen for Patientsikkerhed
Tilsyn og Rådgivning Nord

Styrelsen for Patientsikkerhed
Tilsyn og Rådgivning Nord

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

www.stps.dk

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



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Ældretilsynet tilsynsrapport Område Marselisborg

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Område Marselisborg
Ankersgade 19
8000 Aarhus C

CVR- eller P-nummer: 1018031589

Dato for tilsynet: 21-10-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord
Sagsnr.: 5-9514-230/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Plejehjemmet Ankersgade er en kommunal plejeenhed med 87 plejeboliger fordelt på fire afdelinger. Tre afdelinger med hver 23 pladser fordelt i tre huse nr. 23, 25 og 27 med fire etager i hvert hus. Den fjerde afdeling, Ankersgade nr. 19 består af 18 pladser fordelt på tre etager. Det er Ankersgade nr. 19, som er udtrukket og varslet i forhold til Ældretilsynet
- Dorthe Malling er forstander for plejeenheden og Charlotte Jobe og Dorthe K. Thomsen er begge ansat som viceforstandere i plejeenheden
- Plejeenheden har ansat sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ernæringsassistent, samt en aktivitetsmedarbejder i hver afdeling i relation til klippekortsordningen og koordinering af aktiviteter. Derudover har plejeenheden ansat husassistenter og køkkenmedarbejdere. Der er tilknyttet faste terapeuter til hele plejeenheden, to ergoterapeuter og to fysioterapeuter.
- Plejeenheden har derudover ansat faste afløsere, og benytter ikke eksterne vikarer
- Medarbejderne arbejder i teams, men arbejder også på tværs af disse teams
- Der er altid social-og sundhedsassistenter i alle vagtlag. Samarbejde med hjemmeplejen om en "flyver", som kan træde til (særlig) i forbindelse med hjælp i nattevagten. Akutteam kan tilkaldes ad hoc.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet en pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Forstander Dorthe Malling
 - Viceforstander Charlotte Jobe
 - Viceforstander Dorthe K. Thomsen
- Der blev foretaget interview med syv medarbejdere
 - Sygeplejersker
 - Fysioterapeut
 - Ergoterapeut
 - Social- og sundhedsassistent
 - Social- og sundhedshjælper
 - Derudover deltog kommunens kvalitetsudvikler som observatør
- Der blev foretaget observation ved, at tilsynsførende besøgte borgerne i deres lejligheder samt rundt om i huset
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til ledelsen og de deltagende medarbejdere
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Annalise Kjær Petersen og Jane Filtenborg Bjerregaard. Tilsynskonsulent Rikke Sønderkov Sørensen deltog som observatør.

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget ændringer til de faktuelle forhold i rapporten. Ændringerne er skrevet ind i rapporten, men giver ikke anledning til ændringer i vurderingen efter tilsyn. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 03-09-2019 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 var et målepunkt under temaet: *Selvbestemmelse og livskvalitet*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet en borger, som var i stand til selv at udføre dele af hjælpen, gav udtryk for ikke at blive medinddraget i og have indflydelse på, dels hvordan den daglige hjælp blev udført, dels i en vurdering af hvilke velfærdsteknologiske hjælpemidler, det kunne være relevant at afprøve.

Derudover er der i vurderingen lagt vægt på, at borgere og pårørende generelt gav udtryk for stor tilfredshed med den hjælp, omsorg og pleje, der blev ydet fra plejeenheden.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at plejeenheden fremstod velorganiseret med gode procedurer, og personalet havde stor viden i forhold til plejeenhedens kerneopgaver. Den social- og plejefaglige dokumentation fremstod overskuelig i journalsystemet og bidrog til at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats over for den enkelte borger.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere på plejeenheden var åbne og reflekterende og havde opmærksomhed på det målepunkt, som ikke var opfyldt på tilsynet. Ledelse og medarbejdere indgik aktivt i dialog med tilsynet, og det er på den baggrund styrelsens vurdering, at plejeenheden vil være i stand til at rette op på det uopfyldte målepunkt ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet.

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

- At borgerens selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv sikres bedst mulig eksempelvis ved at tage afsæt i eventuelle ønsker om varetagelse af delelementer i forhold til den ydede hjælp samt i forbindelse med afprøvning og implementering af velfærdsteknologiske hjælpemidler (målepunkt 1.1).

Da det er styrelsens vurdering, at plejeenheden vil være i stand til at rette op på det uopfyldte målepunkt ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet, forudsætter styrelsen, at plejeenheden opfylder ovenstående henstilling.

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 som var i stand til selv at udføre dele af hjælpen, gav udtryk for ikke at blive medinddraget i og have indflydelse på, dels hvordan den daglige hjælp blev udført dels i en vurdering af hvilke velfærdsteknologiske hjælpemidler, det kunne være relevant at afprøve

Under tilsynet blev drøftet det kontinuerlige fokus på borgerens ønsker samt formidling og opfølgning på disse, herunder med et særligt fokus på arbejdsgange, når eksempelvis rengøringsopgaver blev varetaget af andre faggrupper end plejepersonalet. Ligeledes blev drøftet overordnede deadlines for afprøvning og implementering af velfærdsteknologiske hjælpemidler i plejeenheden.

I vurderingen har styrelsen derudover lagt vægt på, at de interviewede borgere og pårørende gav udtryk for, at man generelt oplevede, at der blev taget hensyn til borgernes ønsker og vaner og at hjælpen så vidt muligt blev planlagt efter dette. Plejeenheden arbejdede med beboerdemokrati, hvilket blandt andet blev praktiseret i et bruger/pårørende råd, kaldet afdelingsbestyrelse.

Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at der blev afholdt indflytningsamtale med udgangspunkt i at få indhentet generelle oplysninger og få kendskab til borgerens livshistorie.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden imødekom borgernes ønsker, men skal kontinuerligt have fokus på dette arbejde, for bedst muligt at tilgodese hensyn ud fra borgernes individuelle ønsker.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for god praksis i arbejdet med at sikre en værdig død. Opretholdelse af kompetencer til varetagelse af pleje og omsorg ved livets afslutning foregik i et tværfagligt samarbejde i de konkrete situationer, og nogle af plejeenhedens medarbejdere havde deltaget i palliationskurser. Der var samarbejde med vågetjenesten, og der var mulighed for inddragelse af Enhed for lindrende pleje ad hoc. Borgerenes ønsker til livets afslutning blev indhentet ad hoc i forbindelse med dette samarbejde. Kontaktperson, læge og sygeplejerske indhentede borgernes ønsker i en samtale med borger og pårørende. Under tilsynet blev drøftet vigtigheden af det kontinuerlige fokus på emnet med henblik på arbejdsgange og samtalen i forhold til at kunne afdække borgerens ønsker og behov så tidligt som muligt. Overordnet var der i kommunen fokus på emnet og arbejdet inden for palliationsområdet.

Ved tilsynet blev borgere ikke interviewet om deres oplevelse af tryghed ved at tale med medarbejderne om ønsker til livets afslutning. Derfor er det noteret som uaktuelt i målepunktet

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at målepunktet var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne oplyste, at de oplevede at få den hjælp de ønskede, og at det også blev respekteret, hvis de ikke ønskede at deltage i arrangementer og/eller træning. Borgere og pårørende gav udtryk for, at de oplevede, at der var en god tone og kultur i plejeenheden, og dette fremgik også ved tilsynets observationer.

Plejeenheden udbød forskellige aktiviteter, og der var oplevelsesmedarbejdere og frivilligkoordinator, som hjalp i relation til dette arbejde i plejeenheden. Der var en fast tilknyttet aktivitetsmedarbejder i hver afdeling i forhold til koordinering af aktiviteter, klippekortsordning og samarbejdet med frivillige og andre relevante aktører i forhold til dette område. Aktiviteter fremgik af en månedlig aktivitetskalender, som blev udleveret til alle borgere.

Ledelsen redegjorde for plejeenhedens fokus på samarbejdet med pårørende, og at der blev udsendt pårørendebreve til orientering om hverdagslivet i plejeenheden. Under tilsynet blev drøftet vigtigheden af den kontinuerlige prioritering af nærhed og relations-arbejde i dagligdagen med henblik på at forebygge eventuel ensomhed hos borgerne.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede med at understøtte den enkelte borgers trivsel og relationer til pårørende og det omgivende samfund.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at plejeenheden arbejdede systematisk med relevante faglige metoder og arbejdsgange. I plejeenheden arbejdede man ud fra kommunens forløbsmodel i forhold til sammensatte og varige forløb, med en forløbsansvarlig i forhold til borgerens forløb. Der blev afholdt faste tværfaglige borgerkonferencer, hvor borgere og eventuelle pårørende blev inddraget i forhold til at fastsætte mål i forhold til borgerens forløb. Plejeenheden afholdt daglige møder i hver afdeling for plejepersonalet med henblik på opsporing og opfølgning på borgernes funktionsevne og helbredstilstand. Hver 14. dag blev der afholdt tværfaglige møder, hvor borgernes forløb blev gennemgået.

I forhold til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, herunder demens, var der mulighed for sparring og vejledning med områdets demensnøgleperson. Kommunens demenskoordinator og/eller hjerneskadekoordinator, blev benyttet til hjælp i særlige komplekse situationer. Der blev udarbejdet socialpædagogiske handleplaner med henblik på at forebygge magtanvendelse, og der blev afholdt faste ugentlige møder med henblik på opfølgning og justering af hjælpen og de pædagogiske tiltag over for borgeren. En del af medarbejderne havde deltaget i uddannelse inden for demensområdet, ligesom der overordnet i kommunen var nedsat en Task Force gruppe med henblik på optimering af arbejdsgange inden for demensområdet.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden benyttede relevante faglige metoder og arbejdsgange for, at sikre den fornødne kvalitet af hjælp, omsorg og pleje i plejeenheden.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det i interview med ledelsen fremgik, at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer til at varetage

plejeenhedens kerneopgaver. Plejeenheden havde ansat faste afløsere, som modtog oplæring og introduktion via fast introduktionsprogram.

Medarbejderne var organiseret i teams, og der var fokus på at arbejde med fælles kultur, kontinuerlig videndeling og kompetenceudvikling både fagligt og personligt på tværs af teams. Plejeenheden havde tilknyttet fast læge, hvor der var etableret faste besøg hver 14. dag og der blev arrangeret relevante undervisningsseancer i plejeenheden.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens organisering understøttede plejeenhedens kerneopgaver, og at der var en tydelighed omkring medarbejdernes ansvars- og kompetenceforhold samt en klar delt ledelse, som fremstod tydelig i forhold til plejeenheden værdigrundlag.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved journalgennemgang fremgik, at der var fyldestgørende beskrivelser af borgernes ressourcer og begrænsninger, borgernes behov for hjælp samt borgernes mål for hjælpen. Under tilsynet blev drøftet det kontinuerlige fokus på at få dokumenteret og krydshenvist i forhold til eventuelle observationer, som blev ført i papirform, eksempelvis når der var papirskemaer i forhold til registrering af adfærd hos borgeren. Ligeledes i forhold til opdatering af ændringer i funktionsniveauet, således at det fremstod aktuelt og opdateret med henblik på en eventuel udvikling, eksempelvis at en borger aktuel selvstændigt kunne varetage trappegang, hvor det tidligere var vurderet som utrygt for borgeren at gå på trapper.

Plejeenheden havde fokus på den vedvarende lærings- og implementeringsproces i relation til dokumentationssystemet.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens dokumentationspraksis understøttede en sammenhængende social- og plejefaglig indsats.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik, at plejeenheden arbejdede tværfagligt, og at der var mulighed for, at borgerne kunne deltage i aktiviteter.

Der var et godt samarbejde med kommunens fysioterapeuter, som var fast tilknyttet plejeenheden, hvor der var mulighed for sparring og videndeling for plejepersonalet i forhold til borgerne, ligesom der var systematiske arbejdsgange i forhold til tilrettelæggelse af tværfaglige, målrettede og tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede med rehabilitering og med den rehabiliterende tilgang, hvor der via deltagelse i træning og hverdagsaktiviteter var fokus på at bibeholde borgerens funktioner mest muligt.

Plejeenheden arbejdede med træning til borgerne, så disse fik mulighed for at forbedre funktionsevnen. Når træningen blev varetaget som vederlagsfri fysioterapi af ikke kommunale fysioterapeuter, var der fokus på opfølgningen, således at eventuelle træningselementer og –aktiviteter kunne blive inddraget i den daglige hjælp, pleje og omsorg, når det var relevant.

Plejeenheden inddrog borgeren i meningsfulde aktiviteter.

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		En borger ud af tre oplevede eksempelvis ikke at blive medinddraget i rengøringen i forhold til ønske om at varetage delelementer af dette. Ligesom borgeren ikke oplevede selvbestemmelse og indflydelse i forbindelse med afprøvning af velfærdsteknologiske hjælpemiddel
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 eventuelle pårørende og det omgivende samfund	x			

D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret	x			
---	--	---	--	--	--

Tema 3: Målgrupper og metoder

3.1 Borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug og eventuelt pårørende oplever, at den hjælp, omsorg og pleje, borgeren modtager, tager højde for borgerens særlige behov	x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov	x			
C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	x			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer	x			
E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur at borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger.	x			

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås	x			

B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse	x			
C	At der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange der hos den konkrete borger kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse	x			

3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

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

3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje til borgeren er rettet mod forebyggelse af uplanlagt 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 vægttab, 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 indsatser	x			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation	x			

C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger	x			
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet	x			
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret	x			
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede	x			

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

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

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

6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

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

	aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger				
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.