



Tilsynsrapport Helenehusene og SK. Helenehu- sene

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

**Helenehusene og SK. Helenehusene
Skerrisvej 22 - 24**

4840 Nørre Alslev

CVR- eller P-nummer: 1003304173

Dato for tilsynet: 18-02-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9514-126/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Helenehusene har i alt 39 boliger fordelt med 17 almene pladser, 16 pladser i en skærmet enhed og seks pladser beregnet til midlertidige ophold
- Den daglige ledelse varetages af plejeboligleder Janne Olsen
- I Helenehusene er der ansat social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, en center-sygeplejerske, servicepersonale til køkken, rengøring og viceværtsfunktion. Derudover er der ansat medarbejdere i flexjob og virksomhedspraktik. Plejeenheden er desuden praktiksted for social- og sundhedselever og sygeplejestuderende
- I tilknytning til plejeenheden er et aktivitetscenter, der benyttes af plejeenhedens borgere samt borgere fra lokalområdet
- I tilknytning til plejeenheden er en cafe, der benyttes til forskellige formål blandt andet mødevirksomhed, ligesom ældre borgere fra nærområdet kan købe et måltid mad
- Til plejeenheden er knyttet forskellige grupper af frivillige, der medvirker til at skabe liv i hverdagen og tilbyder forskellige udflugter med plejeenhedens bus og cykel i samarbejde med kommunens frivilligkoordinator
- Plejeenheden har egenproduktion af kold mad, den varme mad leveres fra et fælleskøkken.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Plejeboligleder Janne Olsen
- Der blev foretaget interview med fem medarbejdere
 - Social- og sundhedshjælpere
 - Social- og sundhedsassistenter
- Der blev foretaget observation ved deltagelse i frokost
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til plejeboligleder Janne Olsen og Guldborgsund Kommunes kvalitetskonsulent, der deltog som observatør i tilsynet
- Tilsynet blev foretaget af: Oversygeplejerske Karen Riisberg og tilsynskonsulent, oversygeplejerske Anne Marie Glennung.

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger i partshøringsperioden.

Styrelsen afslutter hermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 18.februar 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 var målepunkter under temaerne *Selvbestemmelse og livskvalitet*, *Målgrupper og metoder*, *Procedurer og dokumentation* og *Aktiviteter og rehabilitering*, 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 forhold til beskrivelser af borgernes vaner og ønsker, begrænsede beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer og manglede dokumentation i forhold til ændringer i borgernes funktionsevne og opfølgning herpå. Videre manglede der beskrivelser af mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.

De mangler, der blev fundet i relation til *Selvbestemmelse og livskvalitet*, *Målgrupper og metoder*, *Procedurer og dokumentation* og *Aktiviteter og rehabilitering* var få og spredte, og det generelle indtryk var, at plejeenheden var velorganiseret med gode procedurer, og personalet havde en stor viden i forhold til kerneopgaverne i plejeenheden.

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

Henstillinger

- At borgernes ønsker til hvordan medarbejderne kommer ind i borgerens bolig indhentes og respekteres (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgerens dokumentation (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens aktuelle ressourcer og udfordringer bliver beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner og samfundsliv (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at der er fastsat og dokumenteret mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte, og at borgeren er medinddraget i målfastsættelsen i det omfang dette er muligt (målepunkt 5.1 og 6.1).

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 der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at i en ud af tre stikprøver bankede personalet ikke på døren ind til borgers bolig, inden de gik ind. I borgers journal var der ingen notater om, hvorvidt dette var aftalt.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden generelt tog individuelle hensyn og imødekom borgerens individuelle ønsker.

Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at der holdes indflytningssamtaler senest tre uger efter indflytning, og i visse tilfælde aflagde plejeenheden hjemmebesøg inden indflytningen. Desuden fremgik det, at der i den social- og plejefaglige indsats tages udgangspunkt i borgerens livshistorie og andre relevante oplysninger, for eksempel var det muligt at komme i bad om aftenen, hvis borgeren var vant til dette fra sit tidligere liv.

Det er styrelsens vurdering, at temaets øvrige målepunkter var opfyldt, idet der i plejeenheden blev arbejdet aktivt på, at borgerne oplevede livskvalitet og selvbestemmelse i hverdagen, hvilket også kom til udtryk ved samtaler med borgerne. Ledelse og medarbejdere redegjorde på passende vis for plejeenhedens tilgang til en værdig død, herunder samarbejde med sygeplejen i kommunen og vågetjenester. Under tilsynet blev der reflekteret over hvilke muligheder, der yderligere kunne medvirke til samtalerne med borgere og pårørende om ønsker til den sidste tid, herunder brugen af plejetestamente.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at borgere ved interview fortalte, at de oplevede at få den hjælp, de ønsker, og disse blev respekteret.

Plejeenheden havde et godt samarbejde med de pårørende, og disse var en stor ressource for plejeenheden. Borgerne oplevede, at der var en god tone og adfærd på plejeenheden, og at den enkeltes ønsker og behov blev respekteret, hvilket også fremgik ved tilsynets observationer.

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

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter under dette tema, som ikke var opfyldt, da der i to ud af tre stikprøver ikke sås opfølgning på observationer af begyndende helbredsproblemer samt konkrete beskrivelser af de deraf afledte social- og plejefaglige indsatser. Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for de iværksatte indsatser. Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden i hverdagens praksis havde gode procedurer i forhold til tidlig opsporing og forebyggelse af ændring af borgernes funktionsevne og helbredstilstand.

I vurderingen er der i øvrigt lagt vægt på, at der i plejeenheden blev anvendt relevante faglige metoder i forhold til kerneopgaven og i forhold til borgernes funktionsnedsættelser. Derudover er der lagt vægt på, at der på plejeenheden blev anvendt relevante metoder til forebyggelse af magtanvendelser, som for eksempel at invitere en borger, der var dørsøgende, til at hjælpe med at transportere madvognen til og fra køkkenet.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at ledelsen kunne redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering, med afsæt i de ansatte faggrupper, understøttede kerneopgaverne i plejeenheden. Plejen var overordnet organiseret med faste kontaktpersoner, og i komplekse plejeforløb blev der dannet et fast team til at varetage pleje og omsorg til borgeren.

Plejeenheden gjorde i et vist omfang brug af vikarer primært fra egen organisation og undertiden fra bureauer. Vikarer kunne tilgå plejeplaner og foretage den nødvendige dokumentation. Dette blev underbygget ved interview med medarbejderne.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at borgernes mål for personlig og praktisk hjælp og rehabiliteringsforløb ikke var dokumenteret, og at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer var sparsomt beskrevet.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden er i gang med at tilegne sig metoderne i Fælles Sprog III og samarbejder konstruktivt omkring de udfordringer, et nyt omsorgssystem medfører for den daglige praksis. Opmærksomheden blev under tilsynet henledt på behovet for fælles aftaler på tværs af kommunens enheder vedrørende dokumentationspraksis, herunder hvor i kommunen opgaven vedrørende opdatering af eksempelvis funktionsevnetilstande er placeret.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at to ud af tre borgere ikke mente, at de havde været inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte, og at målene ikke kunne genfindes i dokumentationen. I den skærmede enhed blev hverdagens aktiviteter planlagt med afsæt i en rehabiliterende tilgang til borgerne, og hvor meget den enkelte borger magtede at deltage. Således fortalte en borger, hvordan hun selv klargjorde og anrettede sit morgenmåltid og fik hverdagen til at gå med mindre huslige sysler i boligen.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden tilbød et bredt udvalg af aktiviteter, der tog afsæt i borgernes forskellige ønsker, udfordringer, behov og ønsker om at kunne de aktiviteter, som også tidligere i livet havde været betydningsfulde for den enkelte.

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 | | I en ud af tre stikprøver bankede personalet ikke på døren ind til borgers bolig inden de gik ind. I borgerens journal var der ingen notater om, hvorvidt dette var aftalt. |

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 borgers 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 | Der blev ikke interviewet pårørende |
| 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 funktionsevne-nedsættelser (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 funktions-evnenedsættelser (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 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 | | I en ud af tre stikprøver sås ikke opfølgning på væggtab. I en ud af tre stikprøver sås ikke opfølgninger vedr. problemer med obstipation og problemer med huden |
| 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 | | I to ud af tre stikprøver sås ingen beskrivelse af social- og plejefaglige indsatser vedrørende eksempelvis obstipation, dehydrering og hudproblemer |
|---|---|--|---|--|--|

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 tre ud af tre stikprøver sås sparsomme beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer |
| | 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 | | I tre ud af tre stikprøver sås ingen angivelse af borgernes mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb |
| | C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsats 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 | Ingen borgere var visiteret til rehabiliteringsforløb efter § 83a |
| | 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 | | To ud af tre borgere mente ikke, at de havde været inddraget i at fastsætte mål. En ud af tre borgere kunne ikke svare på spørgsmålet. |
| 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 | Ingen borgere var visiteret til rehabiliteringsforløb efter § 83a |
| 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 | Ingen borgere var visiteret til rehabiliteringsforløb efter § 83a |
| | D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet | | | X | Ingen borgere var visiteret til rehabiliteringsforløb efter § 83a |
| | D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne | | | X | Ingen borgere var visiteret til rehabiliteringsforløb efter § 83a |
| | 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 | Ingen borgere var visiteret til genoptræningsforløb efter § 86 |
| B | At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgeres forløb | | | X | Ingen borgere var visiteret til genoptræningsforløb efter § 86 |
| 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 | Ingen borgere var visiteret til genoptræningsforløb efter § 86 |
| D | D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb | | | X | Ingen borgere var visiteret til genoptræningsforløb efter § 86 |

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| | D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret | | | X | Ingen borgere var visiteret til genoptræningsforløb efter § 86 |
|--|---|--|--|---|--|

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.