



Ældretilsynet tilsynsrapport 2019

Skipper Klement Plejhjemsboliger

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Skipper Klement Plejhjemsboliger
Runddyssen 289
9230 Svenstrup J

CVR- eller P-nummer: 1008716621

Dato for tilsynet: 11-06-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord
Sagsnr.: 5-9514-210/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Skipper Klement Plejehjemsboliger er en kommunal demensplejeenhed med 48 demens plejeboliger. Plejeenheden er opdelt i fire afdelinger med 12 plejeboliger i hver afdeling. Tre afdelinger er med faste demensboliger og en afdeling med midlertidige pladser
- Den daglige ledelse varetages af plejehjemsleder Bente Helbo
- Plejeenheden har ansat 13 social- og sundhedsassistenter, 60 social- og sundhedshjælpere, fem pædagoger og en sygeplejerske på deltid, som kommer primært med henblik på demensudredninger på de midlertidige pladser. Hjemmesygeplejersker kommer fast en om ugen til triagemøde samt kan tilkaldes ad hoc. Der er social- og sundhedsassistenter i alle vagtlag
- Plejeenheden har derudover ansat faste afløsere, samt benytter ekstern vikarbureau ved sygdom og i ferieperioder
- Plejeenheden har fast tilknyttet lægeordning
- Plejeenheden er overgået til nyt omsorgssystem og Fællessprog 3 medio maj 2019.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Det var ikke muligt at foretage interviews med borgere
- Der blev interviewet tre pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Plejehjemsleder Bente Helbo
 - Assisterende plejeboligchef Agnete H. Rasmussen
 - Tværgående kommunal kvalitetsmedarbejder
- Der blev foretaget interview med tre medarbejdere
 - Social- og sundhedsassistent
 - Social- og sundhedshjælpere
 - Pædagog
- Der blev foretaget observation ved, at tilsynsførende bevægede sig rundt i hele plejeenheden og opholdt sig i fællesareal sammen med borgere og medarbejder under måltidet
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til ledelsen og kommunens kvalitetsmedarbejder
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenter Annalise Kjær Petersen og Mette Toft Thorsen.

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

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

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget 11-06-2019 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet målepunkter under temaet *Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet der fra pårørende blev givet udtryk for, at der i plejeenheden kunne være mere fokus på den enkelte borgers muligheder for træning af færdigheder i forhold til, at borgeren bedst mulig kunne fastholde sine fysiske færdigheder.

Derudover er der i vurderingen lagt vægt på, at pårørende 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 til følgende:

- At plejeenheden sikrer, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål, er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbet og at eventuelt pårørende i videst mulig omfang bliver medinddraget (målepunkt 6.2).

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 alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgernes vaner og ønsker fremgik af dokumentationen.

I vurderingen er der endvidere lagt vægt på, at alle tre interviewede pårørende gav udtryk for, at man tog hensyn til borgernes ønsker og vaner og så vidt muligt planlagde hjælpen efter dette.

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

Det er således styrelsens vurdering, at plejeenheden tog individuelle hensyn og imødekom borgerens 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. Indhentelse af borgerenes ønsker til livets afslutning skete ad hoc i forbindelse med dette samarbejde, hvor samtale med borger og pårørende blev foretaget af kontaktpersonen i et samarbejde med læge og sygeplejerske. Under tilsynet blev drøftet det kontinuerlige fokus på emnet med henblik på at kunne imødekomme borgerens ønsker og behov, også inden situationen opstod.

Der var ved tilsynet ikke borgere, der kunne indgå i interview 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 alle målepunkter var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at alle tre pårørende ved interview fortalte, at de oplevede, at der blev givet den hjælp til borgeren, som der var behov for. De pårørende gav udtryk for, at de oplevede, at der var en god tone og adfærd på plejeenheden, og at den enkeltes ønsker og behov blev respekteret. Dette fremgik også ved tilsynets observationer.

Lederen redegjorde for plejeenhedens kontinuerlige fokus på samarbejde med pårørende og at der prioriteres nærhed og relations-arbejde i dagligdagen. Der var en venskabs-forening tilknyttet plejeenheden, som var

behjælpelig med forskellige aktiviteter i plejeenheden. Der var desuden en fast "husavis", som blev formidlet til alle pårørende.

Medarbejderne gav udtryk for, at de i det daglige arbejde, bestræbte sig på, inden for de givne rammer, at tilgodese borgernes individuelle ønsker. Under tilsynet blev drøftet det kontinuerlige fokus på mulighederne for at flytte rundt på planlagte opgave, som en medvirkende faktor til at skabe rammerne for at imødekomme borgernes spontan opståede ønsker bedst mulig.

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 alle målepunkter under dette tema var opfyldt. Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at plejeenheden arbejdede systematisk med relevante faglige arbejdsmetoder og arbejdsgange. Plejeenheden afholdt triagemøder en gang om ugen i samarbejde med hjemmesygeplejen med henblik på opsporing og opfølgning på borgernes funktionsevne og helbredstilstand. Der var aktuel en proces i gang med afholdelse af samlede gruppemøder med to teams, hvor formålet var videndeling samt gennemgang af borgerne.

I forhold til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, herunder demens, var der mulighed for sparring og vejledning personalet imellem, ligesom der var mulighed for at benytte demenssygeplejersken, som var tilknyttet plejeenheden 20 timer/ugentlig, og som var en del af kommunens Praksisteam med specialkompetencer inden for demensområdet. Alle medarbejdere havde modtaget demensundervisning.

Plejeenheden havde kontaktpersonsordning, hvilket sikrede kontinuitet i plejen af borgerne. 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 alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det i interview med lederen fremgik, at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver. Plejeenheden havde ansat faste afløsere og der blev i meget begrænset omfang benyttet eksterne vikarer. Der var rekrutteringsudfordringer i forhold til social- og sundhedsassistenter.

Lederen oplyste at der var planer om at etablere overlap mellem alle vagter, således at viden og informationer blev delt på tværs af døgnnet, som supplement til den skriftlige dokumentation. Behovet for etableringen af overlap mellem vagterne, gav medarbejderne udtryk for.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens organisering understøttede plejeenhedens kerneopgaver, og at der var en tydelighed omkring medarbejdernes ansvars- og kompetenceforhold.

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 beskrivelser af borgernes ressourcer og

begrænsninger, borgernes behov for hjælp samt borgernes mål for hjælpen. Under tilsynet blev drøftet et fokusområde i relation til at være mere beskrivende i forhold til de benyttede pædagogiske tilgange til borgerne. Alle medarbejdere havde adgang til dokumentationssystemet, og hver morgen blev borgerne gennemgået i omsorgsjournalen.

Derudover er der lagt vægt på, at plejeenheden var overgået til nyt dokumentationssystem og fællesprog 3 den 13. maj 2019 og derfor var i en overgangsfase med at få konverteret alle oplysninger over i det nye system. Alle medarbejdere havde modtaget undervisning i det nye dokumentationssystem, og der var lavet en implementeringsplan i forhold til at få alle nødvendige oplysninger over i det nye dokumentationssystem. Plejeenheden havde fokus på den vedvarende lærings- og implementeringsproces i relation til dokumentationssystemet, hvor der blev arbejdet med sidemandsoplæring, og løbende undervisning samt sparring i forhold til dokumentationen.

Det er styrelsens vurdering, at der var en konstruktiv proces i gang i plejeenheden i forhold til at overgå til nyt dokumentationssystem, og den social- og plejefaglige dokumentation understøttede et grundlag for, at kunne udføre en sammenhængende social- og plejefaglig indsats.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt under dette tema, som ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der ved interview med to pårørende ud af tre, blev givet udtryk for, at der i plejeenheden kunne være mere fokus på den enkelte borgers muligheder for træning af færdigheder i forhold til, at borgeren bedst mulig kunne fastholde sine fysiske færdigheder. Under tilsynet blev drøftet det kontinuerlige fokus på information til pårørende vedrørende de tværfaglige vurderinger omkring genoptrænings- og vedligeholdelsesforløb i relation til de enkelte borgere.

Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik, at plejeenheden arbejdede tværfagligt, og at der i høj grad var mulighed for, at borgerne kunne deltage i aktiviteter.

Der var et samarbejde med Basisteamets fysioterapeut og ergoterapeut, som kom en gang om ugen i plejeenheden i forhold til rehabilitering og træning til borgerne. Det var primært plejepersonalet, som fik faglig sparring og instruktion i forhold til varetagelse af vedligeholdelsestræning hos borgeren, da en mulig træningsindsats byggede på at "udnytte" de tidpunkter, hvor det var muligt at få motiveret borgeren til dette.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede rehabiliterende i relation til borgerne, så disse fik mulighed for bedst mulig at bevare funktionsevnen, samt at plejeenheden motiverede borgeren til at deltage i meningsfulde aktiviteter.

Der var på plejeenheden ikke borgere visiteret til tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb jævnfør § 83a, hvorfor det er noteret som uaktuelt i målepunkt 6. Ligeledes var der ikke borgere der modtog § 86 træning, hvorfor formål og ændringer i forhold til disse forløb, også er noteret som uaktuelt.

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	Vurdering på baggrund af interview med pårørende
B	At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgeres livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	x			
C	At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt	x			
D	At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker	x			
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden	x			

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning			x	Vurdering på baggrund af interview med pårørende
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	Vurdering på baggrund af interview med pårørende
	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 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 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 (§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		To ud af tre pårørende oplevede ikke at de færdigheder, borgeren havde brug for, var en del af et genoptrænings/vedligeholdelsesforløb
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		Vurdering på baggrund af interview med pårørende
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.