



Ældretilsynet

Tilsynsrapport

PLEJEHJEMMET SMEDEGADE

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

PLEJEHJEMMET SMEDEGADE
Smedegade 32

4200 Slagelse

CVR- eller P-nummer: 1003296661

Dato for tilsynet: 11-06-2019

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9514-217/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Plejehjemmet Smedegade er et center med i alt 64 boliger hvoraf de 24 er skærmet pladser målrettet borgere med diagnosticeret demens. Boligerne er fordelt på 6 enheder.
- Tatjana Frimurer er virksomhedsleder på plejehjemmet Smedegaard og på daghjemmet Amaliehaven.
- Personalegruppen består af ca. 80 medarbejdere fordelt på daglige ledere, centersygeplejersker, social-og sundhedsassistenter, social-og sundhedshjælpere, en ergoterapeut og køkkenpersonale. På hverdage i dagvagten er bemanningen i hver enhed fem social- og sundhedsassistenter/hjælpere og to sygeplejersker, der dækker hele huset. I aftenvagten er der fire social- og sundhedsassistenter/hjælpere og i nattevagt to i hver enhed. Ved behov for sygeplejerske i aften- og nattevagten benyttes Akutteamet i Slagelse Kommune.
- Ved sygdom og fravær anvendes hovedsageligt ufaglærte som typisk er studerende eller unge som søger ind på sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent uddannelsen.
- På Plejecentret Smedegade ligger daghjemmet Amaliehaven, der et dagcenter for udeboende borgere.
- Plejehjemmet Smedegade overgik til nyt omsorgssystem CURA og FællesSprog III d. 14. januar 2019.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Virksomhedsleder Tatjana Frimurer
 - Daglig leder Berith Thonnesen
- Der blev foretaget interview med 2 medarbejdere
 - en centersygeplejerske og en ergoterapeut
- Der blev foretaget observation ved deltagelse i frokosten i cafeen
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til virksomhedsleder Tatjana Frimurer, daglig leder Berith Thonnesen, en centersygeplejerske og en ergoterapeut
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulent Susanne Jensen og oversygeplejerske Lone Teglbjærg

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget en handleplan af den 3.08-2019 som opfylder styrelsens henstillinger. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 11. juni 2019 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet målepunkter under temaerne: *Selvbestemmelse og livskvalitet, Trivsel og relationer samt Målgrupper og metoder* 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 borgernes ønsker til livets afslutning samt manglende dokumentation for indgåede aftaler med pårørende. Ligeledes var beskrivelserne af hjælp, omsorg og pleje mangelfulde, det samme var beskrivelserne af borgerens aktuelle ressourcer og udfordringer. Styrelsen har lagt vægt på, at kun fundene vedrørende livets afslutning var gennemgående i alle journalerne.

Det er samtidig styrelsens vurdering, at problemerne er i et omfang, der kræver en handleplan, og at plejeenheden kan rette op på forholdene ved at adressere alle henstillinger i en udarbejdede handleplan. Styrelsen for Patientsikkerhed skal derfor anmode om en handleplan til hvorledes plejeenheden vil sikre den fornødne kvalitet vedrørende *Selvbestemmelse og livskvalitet, Trivsel og relationer samt Målgrupper og metoder*.

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

- At plejeenheden sikrer, at borgernes ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kan fremfinde borgerens ønsker til livets afslutning. (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer, at konkrete aftaler indgået med pårørende eller nære relationer er dokumenteret (målepunkt 2.1)

- At plejeenheden sikrer, at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom, og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer (målepunkt 3.1)
- 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, samfundsliv og generelle oplysninger. (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser bliver beskrevet. (målepunkt 5.1)

Styrelsen anmoder om at få tilsendt eventuelle bemærkninger til rapporten.

Der skal desuden indsendes en handleplan for, hvordan og hvornår ovenstående henstillinger bliver opfyldt og hvem der er ansvarlig for dette inden for områderne *Selvbestemmelse og livskvalitet, Trivsel og relationer samt Målgrupper og metoder*.

Handleplanen bedes fremsendt indenfor 5 uger.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har fundet, at der var 2 målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelse ved interview ikke kunne redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning blev indhentet og imødekommet. Desuden kunne medarbejderne ikke redegøre for, hvordan de fremfandt borgerens ønsker til livets afslutning. Ledere og medarbejder oplyste, at det var op til den enkelte medarbejder om vedkommende ønskede at tale med borgerne om dette og at emnet heller ikke blev drøftet i personalegruppen. Ved interviewet fremgik det, at der var samarbejde med det palliative team og vågetjenesten og at personalet ved dødsfald satte et lille bord frem med lys og mindeplade.

Det er styrelsens vurdering i forhold til målepunkterne om borgernes selvbestemmelse og livskvalitet, at disse er opfyldt. Borgerne gav udtryk for selvbestemmelse og der blev lyttet til deres ønsker og behov. Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at alle borgere tilbydes hjemmebesøg inden indflytning på plejehjemmet. Døgnyttmeplanen tilrettelægges efter borgeren ønsker og ved journalgennemgang sås beskrivelse af vaner og ønsker

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der ved journalgennemgang i to ud af tre stikprøver, ikke fandtes dokumentation for aftaler indgået med de pårørende. Det drejede sig om borgere med demens, hvor der var indgået mundtlige aftaler omkring økonomi, indkøb og post, men hvor dette ikke var dokumenteret i journalen. Medarbejderne redegjorde for, at de tidligere havde gjort dette, men det var glemt i overgangen til nyt elektronisk omsorgsjournal.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden i øvrigt understøttede borgerens trivsel og relationer til pårørende og det omgivende samfund, idet borgerne ved interview oplyste, at de var meget glade for at bo på

plejehjemmet, havde mulighed for fortrolighed med personalet og kunne søge fællesskabet med andre borgere og personale til en kop kaffe, når de havde lyst til det.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der i to ud af tre stikprøver ved journalgennemgangen ikke fandtes fyldestgørende beskrivelse af hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser i relevante situationer. Det var alene oplyst, at borgeren skulle guides men ikke til hvad eller hvordan den specifikke guidning skulle foregå.

I vurderingen er tillige lagt vægt på, at der i en ud af tre stikprøver ved journalgennemgangen sås manglende beskrivelse af indsatser med henblik på forebyggelse. Det drejede sig om en borger som var faldet hvor opfølgning og eventuel forebyggelse af nyt fald ikke var beskrevet.

Ledelse og medarbejder oplyste ved interview, at de arbejder ud fra den personcentret omsorg og benytter Tom Kitwoods blomstermodel i det daglige arbejde. Der afholdes tværfaglige plejeklinik-møder efter behov og der udarbejdes pædagogiske handleplaner.

Det er styrelsens vurdering, at målepunkterne vedrørende ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand er opfyldt, idet det ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik, at der arbejdes systematisk med observationer af ændringer i fysisk og psykisk funktionsevne samt helbredstilstand. Der benyttes triage og afholdes daglige triagemøde i dagvagten og ved hvert vagtskifte. Der foretages screening for tryksår ved indflytning, systematisk vejning samt brug af intimservietter ved bleskift på grund af tidligere ophobning af tilfælde af urinvejsinfektion.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved interview med ledelse fremgik, at medarbejderne havde de fornødne kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, og at alle stillinger var besatte.

Ved interview med ledelse og medarbejder fremgik det, at der var fast kontaktpersonsordning for borgerne, som betød, at alle borgere har to kontaktpersoner, en social- og sundhedsassistent og en social- og sundhedshjælper.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema.

Det er styrelsens vurdering, at der manglede beskrivelser af, borgeren aktuelle ressourcer og udfordringer beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger. ud fra hvordan konkrete plejefaglige opgaver skulle udføres og hvordan der blev fulgt op på konkrete plejefaglige problemstillinger. Desuden var beskrivelsen af borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje ikke fyldestgørende.

I vurderingen er der i øvrigt lagt vægt på, at der ved journalgennemgang sås beskrivelser af eksempelvis borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser.

Ved interview med medarbejdere fremgik det, at der var indført Fælles Sprog III i januar 2019, og at det havde været en turbulent tid. Alle borgernes oplysninger var endnu ikke lagt over i det nye system. Der var læse- og skriveadgang til de omsorgsjournaler, der endnu ikke er konverteret til FSIII. Det er styrelsens vurdering, at

adgang til dokumentation i flere journalsystemer på samme tid og over en længere periode kan medføre problemer for den fornødne faglige kvalitet.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, alle målepunkter under dette tema var opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved interview med ledelse, medarbejdere og borgere fremgik, at der på plejehjemmet Smedegade var et varieret tilbud med mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter.

Aktiviteterne foregik både dag og aften og var både fællesaktiviteter og individuelle aktiviteter. Eksempelvis gymnastiksal, banko, rickshaw og højtlesning

Medarbejdere og ledelse oplyste, at der var ansat en fast ergoterapeut på plejehjemmet og at denne, i løbet af den første uge efter indflytning, lagde en plan sammen med borgeren i forhold til ønsker og behov for træning og rehabilitering. Her blev ligeledes afdækket hvordan der bedst blev støttet op omkring borgerens ressourcer i forhold til personlig leje og praktisk hjælp.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede med træning til borgere, så disse fik mulighed for at vedligeholde eller forbedre funktionsevnen.

3. Fund ved tilsynet

Tema 1: Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv	X			
B	At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgeres livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	X			
C	At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt	X			
D	At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker	X			
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden	X			

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet		X		Ledelse kunne ikke redegøre for hvordan borgerens ønsker til livets afslutning blev indhentet idet det var

					op til den enkelte medarbejder om dette blev gjort eller ej.
	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		I to ud af tre stikprøver forelå der ikke dokumentation for borgerens ønsker til livets afslutning.

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker	X			
	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov			X	
B	B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at plejeenheden understøtter borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende, samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det	X			
C	C1. At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i borgernes behov og ønsker for udførelsen af omsorgen og plejen	X			
	C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres eventuelle pårørende og det omgivende samfund	X			
D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret		X		I to ud af tre stikprøver var mundtlige aftaler med pårørende vedrørende økonomi,

					indkøb, post ikke dokumenteret.
--	--	--	--	--	---------------------------------

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		I to ud af tre stikprøver var beskrivelsen af borgers hjælp, omsorg og pleje ikke fyldestgørende. Eksempelvis stod der blot "guides" uden beskrivelse af til hvad eller hvordan der skulle guides. Dette sås hovedsageligt i fht. aften – og nattevagter.
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			
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 vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet		X		I en ud af tre stikprøver manglede beskrivelse af de social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af en borgers fald.

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	X			

	hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne				
	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 var der blot noteret et tal for graden af funktionsnedsættelse og ikke en beskrivelse af, hvilke ressourcer borgeren havde og hvordan funktionsnedsættelsen viste sig konkret hos den enkelte borger.
	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 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	
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål			X	

	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte	X			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål, samt arbejdsgangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte			X	
D	D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål			X	
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet			X	
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne			X	
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte	X			

6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgers forløb	X			
C	At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg	X			
D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb	X			
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret	X			

6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

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

4. Begrundelse for tilsynet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Vurdering af plejeenheden

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

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

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet vurdering af den fornødne kvalitet med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter. Styrelsens vurdering er baseret på de forhold, der var til stede ved det aktuelle tilsyn 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.