



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Ældretilsynet Tilsynsrapport Frederiksberg Kommunes Døgn- rehabilitering

Reaktivt tilsyn, 2020

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

**Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering
Nordre Fasanvej 57 - 4, 6 4**

2000 Frederiksberg

CVR- eller P-nummer: 1015572260

Dato for tilsynsbesøget: 27. januar 2020

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 35-2511-77

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 23. november 2019 modtaget en bekymringshenvendelse fra en pårørende vedrørende de social- og plejefaglige forhold på Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering. Den pårørende beskrev et plejeforløb på døgnrehabiliteringen som stærkt bekymrende, både hvad angår det konkrete forløb, men også forholdene på døgnrehabiliteringen generelt.

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på:

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

Ved tilsynet blev der anvendt målepunktsættet for Ældretilsyn 2019, og alle målepunkter blev gennemgået.

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering har 101 pladser, fordelt på 84 rehabiliteringspladser og 17 omsorgspladser. Plejeenheden er opdelt i fire afsnit, tre afsnit med rehabiliteringspladser og et afsnit med omsorgspladser
- Den daglige ledelse varetages af Centerleder Lene Merrild
- Personalet er sammensat tværfagligt og består af følgende faggrupper: Ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, diætist, socialrådgiver samt køkken- og servicemedarbejdere. Plejeenheden er desuden uddannelsessted for social- og sundhedsassistentelever samt ergoterapeut-, fysioterapeut- og sygeplejestuderende
- Der er desuden tilknyttet fast lægefaglig bistand fra Geriatrisk Afdeling, Bispebjerg/Frederiksberg Hospital. Lægen er til stede i dagtimerne på hverdage, og ved behov for lægefaglig bistand ud over dette tidsrum samarbejdes efter nærmere aftale med vagthavende læge på henholdsvis Geriatrisk Afdeling og Medicinsk Afdeling, Bispebjerg/Frederiksberg Hospital.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået fire borgerjournaler, en fra hvert afsnit
- Der blev interviewet fire borgere, en fra hvert afsnit
- Der blev interviewet tre pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Lene H. Merrild, forstander
 - Fire afdelingsledere
 - Udviklingsfysioterapeuten
 - Udviklingssygeplejersken
 - Klinisk vejleder for sygeplejestuderende
- Der blev foretaget interview med otte medarbejdere
 - Ergoterapeut
 - Fysioterapeut
 - Social- og sundhedsassistent
 - Sygeplejersker
- Der blev foretaget observation ved at deltage i frokostmåltid på to afsnit
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til forstander Lene H. Merrild og den samlede ledelsesgruppe
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Trine Gisselmann Andersen og Anne Marie Glennung.

3. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Med baggrund i styrelsens tilsyn den 27. januar 2020 og tilhørende rapport udsendt i høring den 2. marts 2020 har Frederiksberg Kommunes Døgnehabilitering fremsendt et høringssvar af 23. marts samt et supplerende høringssvar med handleplan af 3. juni 2020 og yderligere høringssvar med uddybende handleplan af 17. juli 2020 til Styrelsen for Patientsikkerhed.

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at høringssvar med uddybende handleplan af 17. juli 2020 er tilfredsstillende i forhold til at imødekomme henstillingen i tilsynsrapporten om at sikre medarbejdernes adgang til dokumentationen. Tidligere fremsendte handleplaner imødekommer øvrige henstillinger i tilsynsrapporten.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 27. januar 2020 og det efterfølgende høringssvar med handleplaner af 23. marts 2020, 3. juni 2020 og den 17. juli 2020 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, Målgrupper og metoder, Organisation, ledelse og kompetencer, Procedurer og dokumentation*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet plejeenheden fremstod velorganiseret og med gode procedurer.

De fund, der blev gjort i temaerne Trivsel og relationer, Målgrupper og metoder, Organisation, ledelse og kompetencer, Procedurer og dokumentation var gennemgående og relaterede sig til den social- og plejefaglige dokumentation. Da dokumentation blandt andet er en sikring af, at enhver medarbejder kan varetage relevant hjælp, omsorg og pleje til borgerne ud fra den faglige beskrivelse, lægger vi vægt på, at personalet, der udfører hjælp, pleje og omsorg til borgerne, har adgang til den nødvendige viden og mulighed for at dokumentere i omsorgsjournalen. I vurderingen indgår, at størstedelen af de borgere, der havde været på et ophold i plejeenheden efterfølgende skulle have hjælp, omsorg og pleje enten i eget hjem eller i en plejebolig, hvorfor det af hensyn til sammenhængskraften i det enkelte forløb er nødvendigt, at den social- og plejefaglige dokumentation er af en sådan kvalitet og omfang, at den kan danne grundlag for fremtidig hjælp, omsorg og pleje.

I vurderingen er der ligeledes lagt vægt på, at det under interview med borgere og pårørende fremgik, at der var en oplevelse af, at der i nogle tilfælde var en kultur, tone og adfærd i plejeenheden, hvor borgernes værdighed ikke blev understøttet i fornødent omfang.

Ved tilsynet indgik ledelse og medarbejdere i dialog, og der blev redegjort for, hvordan man havde planlagt flere tiltag i organisationen, som havde relation til fundene og kunne imødekomme disse. Plejeenheden var velorganiseret med kendte daglige procedurer, systematik og strukturer, der fremadrettet gav mulighed for faglig refleksion, videndeling og læring.

Henstillinger

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

- At plejeenheden implementerer en praksis, hvor selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden implementerer en praksis, hvor eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden implementerer en praksis, hvor der hos borgere med kognitive funktionsevnesættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer (målepunkt 3.1)
- At ledelsen sikrer en praksis, hvor vikarer har adgang til den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 4.1)
- At ledelsen fastlægger, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden implementerer en praksis for, at borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsats bliver beskrevet (målepunkt 5.1)

Styrelsen anmoder om at få tilsendt eventuelle bemærkninger til rapporten samt høring over påbud, jf. særskilt vedsendt skrivelse herom.

Bemærkningerne bedes fremsendt inden for 3 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 et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at de interviewede borgere og pårørende gav udtryk for en oplevelse af, at det undertiden

kunne være vanskeligt at få fat i personalet, når der var behov for det, hvorved borgernes værdighed ikke blev understøttet i fornødent omfang. Der blev ligeledes fortalt om oplevelser, hvor borgerne havde følt sig talt ned til eller afvist af personalet.

Plejeenheden kunne redegøre for en god praksis for arbejdet med borgerens sidste tid og en værdig død.

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 blandt medarbejderne var en uklarhed om, hvor relevante aftaler med pårørende eller andre nære relationer skulle noteres i den social- og plejefaglige dokumentation.

I vurderingen er der ligeledes lagt vægt på, at borgerne gav udtryk for at få hjælp og støtte til at leve det liv, de ønskede. Der er endvidere lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere kunne redegøre for, hvordan plejeenheden understøttede borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende. Der var ligeledes fokus på at støtte borgernes relationer til det omgivende samfund. Eksempelvis ved at gøre opmærksom på forskellige tiltag etableret i kommunalt regi og i at have et samarbejde med frivillige.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at væsentlige oplysninger, der havde betydning for, hvordan hverdagens hjælp, pleje og omsorg skulle tilrettelægges hos en borger med kognitive udfordringer, ikke var beskrevet.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden i øvrigt benyttede relevante og strukturerede arbejdsgange, hvor hele det tværfaglige team, i relation til såvel fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstande som forebyggelse af tab af funktionsevne og forringet helbred, blev inddraget. Der er desuden lagt vægt på, at der var et fast samarbejde med kommunens demenskoordinatorer, og at plejeenheden havde medarbejdere med særlig viden på det demensfaglige område, hvis opgave det bl.a. var at vejlede kollegerne. Alle medarbejdere havde gennemført e-læringskurset ABC-demens.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at ikke alle vikarer og timelønnede havde adgang til den social- og plejefaglige omsorgsjournal.

Styrelsen har derudover lagt vægt på, at plejeenheden havde en tværfaglig organisering vedrørende modtagelsen af nye borgere, hvor borgerens behov for pleje og terapeutfaglig bistand blev afdækket ved ankomsten samme dag. Viden blev delt mellem relevante medarbejdere, og der blev udleveret hjælpemidler, når der var behov for dette. Der er desuden lagt vægt på, at der gennem netværksorganisering og kompetenceudvikling i relation til kerneopgaven systematisk blev arbejdet med medarbejdernes faglige, kommunikative og relationelle viden og kompetencer.

Endelig er der lagt vægt på, at plejeenheden havde en organisering, hvor der i vagtplanlægningen og bemandingsprofilen blev taget højde for, at målgruppen havde komplekse og ustabile pleje-, behandlings- og rehabiliteringsbehov, der skulle varetages hele døgnet.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at personalet benyttede sig af en "overbliksseddel", der i nogle tilfælde ikke var opdateret. "Overblikssedlen" blev også anvendt af vikarpersonalet, som ikke havde adgang til omsorgsjournalen, og derfor ikke altid havde en opdateret viden om borgerne. Det er styrelsens vurdering, at anvendelsen af "overblikssedlen" ikke i fornødent omfang tilgodeser en dokumentationspraksis, der understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser.

Borgernes behov for hjælp, pleje og omsorg var ikke afdækket fyldestgørende i to ud af fire stikprøver, og der var således ikke en tydelig handlingsanvisning på, hvordan hjælp, omsorg og pleje til den enkelte borger blev tilrettelagt med henblik på, at så mange færdigheder som muligt blev genvundet.

Det er styrelsens vurdering, at hverdagens praksis vedrørende den social- og plejefaglige dokumentation ikke konsekvent understøtter en sammenhængende hjælp, omsorg og pleje til borgerne på enheden.

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 med en rehabiliterende tilgang, således at der blev taget udgangspunkt i borgernes ressourcer og egne mål, og de fik mulighed for at forbedre og/eller vedligeholde deres funktionsevne. Borgerne og pårørende kendte formålet med opholdet og gav udtryk for tilfredshed med rehabiliteringsindsatsen.

Borgerne gav ved interview udtryk for at have mulighed for at kunne deltage i meningsfulde aktiviteter som tog udgangspunkt i deres interesser og behov. Når vejret tillod det, blev lokalmiljøet inddraget i rehabiliteringsindsatsen.

Der var ikke borgere i rehabiliteringsforløb efter §83a, blandt de borgere som var en del af tilsynet, hvorfor dette er markeret som ikke aktuelt i tema 6.1.

4. 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		Borgere og pårørende berettede om episoder, hvor "klokker" ikke blev besvaret. Pårørende berettede om en episode, hvor vedkommende via telefonkald hjemmefra måtte rette henvendelse til personalet for at borger kunne få hjælp til toiletbesøg.

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,	X			

	samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det				
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		Der var uklarhed blandt medarbejderne om, hvor aftaler med pårørende og/eller nære relationer skulle dokumenteres.

Tema 3: Målgrupper og metoder

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

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug og eventuelt pårørende oplever, at den hjælp, omsorg og pleje, borgeren modtager, tager højde for borgerens særlige behov	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov	X			
C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	X			

D	At der hos borgere med kognitive funktionsevne- nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer		X		I to ud af fire stikprøver var der ikke en fyldestgørende beskrivelse af hjælp omsorg og pleje hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser. Eksempelvis manglede fyldestgørende beskrivelse/døgnrytmeplan hos en borger, der havde et tidligere alkoholmisbrug samt oplevede tristhed og sorg, og hvor den heraf følgende kognitive funktionsnedsættelse havde betydning for, hvilken tilgang der skulle være til borgeren i forbindelse med rehabiliteringstiltag.
E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur, at borgere med kognitive funktionsevne- nedsættelser (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		Vikarer havde ikke læse- eller skriveadgang til journalen
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 dokumente-	X			

	res, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne				
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats		X		Plejeenhedens dokumentationspraksis, blandt andet med anvendelse af "overbliksseddel", som ikke altid var ajourført, understøttede ikke sammenhængende social- og plejefaglige indsats.
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation	X			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger	X			
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsats er beskrevet		X		Borgernes behov for hjælp, pleje og omsorg var ikke afdækket fyldestgørende i to ud af fire stikprøver, hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser. Der var således ikke en tydelig handlingsanvisning på, hvordan hjælp, omsorg og pleje til den enkelte borger blev tilrettelagt med henblik på, at så mange færdigheder som muligt blev genvundet.
	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 (§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 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			

5. Begrundelse for tilsynet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Vurdering af plejeenheden

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

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

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

Styrelsen for Patientsikkerhed har forskellige sanktionsmuligheder afhængigt af kategoriseringen for den enkelte plejeenhed.

Hvis der konstateres mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, har styrelsen mulighed for at reagere ved at give en henstilling til plejeenheden om eksempelvis at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan plejeenheden vil følge op på uopfyldte målepunkter. Hvis der konstateres større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, får plejeenheden et påbud om at opfylde et eller flere krav. Hvis der konstateres kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet, gives der påbud om, at plejeenheden helt eller delvist skal indstille virksomheden.

Hvis styrelsen bliver opmærksom på mangler efter sundhedsloven eller anden lovgivning, kan styrelsen give informationen videre til de relevante tilsynsmyndigheder