



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Ældretilsynet tilsynsrapport DemensCentrum

Reaktivt tilsyn, 2020

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

DemensCentrum
Graham Bells Vej 2

8200 Aarhus N

CVR- eller P-nummer: 1003362944

Dato for tilsynsbesøget: 27. august 2020

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord
Sagsnr.: 35-2511-188

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed modtog d. 28 november 2019 en bekymringshenvendelse fra Ældrerådet i Aarhus på vegne af pårørende til beboere i plejeenheden DemensCentrum Aarhus, afdeling 4, Aarhus Kommune. Bekymringshenvendelsen beskrev problematiske forhold i forbindelse med den hjælp, pleje og omsorg, som borgeren modtog i plejeenheden.

På baggrund af bekymringshenvendelsen d. 28 november 2019 gennemførte Styrelsen for Patientsikkerhed d. 9. januar 2020 et uvarslet reaktivt ældretilsyn på DemensCentrum Aarhus, afdeling 4. Begrundelsen for tilsynet d. 9. januar 2020 var en vurdering af en eventuel fremadrettet risiko i forhold til problemer vedrørende den fornødne kvalitet i den hjælp, pleje og omsorg, som bliver ydet i plejeenheden.

På baggrund af fund ved det uvarslede reaktive ældretilsyn d. 9. januar 2020 udstedte styrelsen 12. maj 2020 påbud til DemensCentrum Aarhus med følgende indhold:

1. At plejeenheden sikrer borgernes selvbestemmelse og livskvalitet, herunder:

a) At alle medarbejdere har en tone, adfærd, og kultur, der understøtter borgernes værdighed (målepunkt 1.1)

2. At plejeenheden sikrer anvendelse af relevante faglige metoder og arbejdsgange, herunder:

a) At det sikres, at borgere med kognitive funktionsnedsættelse (herunder demens, psykisk sygdom og/eller misbrug) modtager hjælp, omsorg og pleje, som tager højde for borgernes særlige behov (målepunkt 3.1)

b) At det sikres, at medarbejderne anvender plejeenhedens arbejdsgange og faglige metoder i hjælpen, plejen og omsorgen for borgere med kognitiv funktionsnedsættelse (herunder demens, psykisk sygdom og/eller misbrug) (målepunkt 3.1)

c) At det sikres, at den relevante hjælp, omsorg og pleje for borgere med kognitive funktionsnedsættelse (herunder demens, psykisk sygdom og/eller misbrug) er beskrevet (målepunkt 3.1)

d) At det sikres, at borgere med kognitive funktionsnedsættelse (herunder demens, psykisk sygdom og/eller misbrug) modtager hjælp, omsorg og pleje, som tager højde for borgerens begrænsninger, og tonen, adfærden og kulturen i plejeenheden afspejler dette (målepunkt 3.1)

e) At det sikres, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgernes sædvanlige tilstand og adfærd (målepunkt 3.3)

3. At plejeenheden sikrer, at dokumentationspraksis understøtter en sammenhængende social- og plejefaglig indsats, herunder:

a) At det sikres, at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for social- og plejefaglig dokumentation (målepunkt 5.1)

b) At det sikres, at afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser bliver dokumenteret (målepunkt 5.1.)

c) At det sikres, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)

d) At det sikres, at social- og plejefaglige indsatser til forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgernes dokumentation (målepunkt 3.4)

4. At plejeenhedens organisation, ledelse og kompetencer understøtter varetagelsen af kerneopgaverne, herunder:

f) At det sikres, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage kerneopgaverne samt, at der er fokus på rekruttering og introduktion af nye medarbejdere (måle-punkt 4.1)

Den 3. juni 2020 modtog styrelsen yderligere en bekymringshenvendelse fra pårørende til beboere i plejeenheden DemensCentrum Aarhus afdeling 1, 2 og 3.

På baggrund af påbuddet den 12. maj 2020 gennemførte Styrelsen for Patientsikkerhed d. 27 august 2020 et opfølgende tilsyn, som omfattede alle fire afdelinger på DemensCentrum Aarhus. Bekymringshenvendelsen fra den 3. juni 2020 var omfattet af tilsynet.

Fokus for tilsyn

Ved det opfølgende ældretilsyn den 27. august 2020 blev nedenstående temaer i målepunktsættet for Ældretilsynet 2020 anvendt. Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på følgende temaer:

- Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet
- Borgernes trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedure og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

Ved det opfølgende tilsyn den 27. august 2020 var der fokus på, hvilke tiltag plejeenheden havde gennemført for at efterleve påbuddet og dermed sikre, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet efter servicelovens §§ 83 - 87

Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- DemensCentrum Aarhus er en kommunal plejeenhed med 74 specialplejeboliger for borgere med demenssygdomme. Herudover har DemensCentrum Aarhus 25 aflastningspladser, der er forbeholdt afklaringsforløb for demensramte borgere, borgere med nedsatte kognitive og/eller særlige mentale tilstande eller med demenslignende symptomer.
- Den overordnede ledelse varetages af Elisabeth Flindt der er demenschef. Afdelingslederne af de enkelte afsnit er: Louise Bech-Nielsen, Lotte Bundgaard Lambek, Stefi Olesen og Tina Grundahl Holm Grove.
- Plejeenheden har følgende personalegrupper ansat: sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter, pædagog, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere samt faste afløsere. Herudover er der ansat ufaglærte medarbejdere, hovedsagligt studerende inden for sundhedsområdet

Om tilsynet

- Der blev gennemgået seks omsorgsjournaler
- Der blev interviewet otte pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
- Afdelingsleder Louise Bech-Nielsen
- Afdelingsleder Lotte Bundgaard Lambek
- Afdelingsleder Stefi Olesen
- Afdelingsleder Tina Grundahl Holm Grove
- Derudover medvirkede der kvalitetskonsulenter og kvalitetsudviklere samt demensfaglig konsulent

Der blev foretaget interview med medarbejdere fra hver afdeling:

- Sygeplejersker
- Ergoterapeut
- Fysioterapeut
- Social- og sundhedsassistenter
- Social- og sundhedshjælpere

Der blev foretaget observation ved morgenmåltidet og middagsmaden samt ved, at de tilsynsførende gik rundt i afdelingerne.

Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til ledelsen

- Afdelingsleder Louise Bech-Nielsen
- Afdelingsleder Lotte Bundgaard Lambek
- Afdelingsleder Stefi Olesen
- Afdelingsleder Tina Grundahl Holm Grove
- Demenschef Elisabeth Flindt
- Sundheds- og omsorgschef Kirstine Markvorsen

Derudover medvirkede kvalitetskonsulenter, kvalitetsudviklere, demensfaglig konsulent og udvalgte medarbejdere fra kommunen.

Tilsynet blev foretaget af: tilsynskonsulenterne Rikke Sønderkov Sørensen, Annalise Kjær Petersen, Mary-Ann Stenbryggen Christiansen og Jane Filtenborg Bjerregaard

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion

På baggrund af opfølgende tilsyn den 27. august 2020 på alle afdelinger i DemensCentrum Aarhus er det Styrelsen for Patientsikkerheds samlede vurdering, at der i plejeenheden er mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet der var enkeltstående mindre fund under temaet *målgrupper og metode* men, at det generelle indtryk er, at dokumentationen fremstod sammenhængende og helhedsorienteret, og at plejeenheden umiddelbart selv kan udbedre manglerne. Det er styrelsens samlede vurdering, at der på den baggrund er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, og at påbuddet af 12. maj 2020 derfor ophæves og erstattes af en henstilling om, at plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 27. august 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 et målepunkt under temaet *Målgrupper og metoder*, som ikke var opfyldt. Årsagen var, at der i to ud af seks omsorgsjournaler var enkeltstående fund i relation til dokumentation af ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå. Vores generelle indtryk er, at dokumentationen derudover fremstod sammenhængende og helhedsorienteret. Manglerne vurderes at være enkeltstående og, at plejeenheden derved umiddelbart kan udbedre manglerne ved at følge den eksisterende handleplan for dokumentationspraksis.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at de interviewede pårørende oplevede at blive imødekommet, når de ønskede sig inddraget f.eks. i form af samtale om konkrete plejeforløb. Samtlige tilsynsførende observerede en respektfuld tone og adfærd rundt om i plejeenheden under tilsynet.

Vi har vægtet, at ledelsen har implementeret systematisk indsats i forhold til plejeenhedens generelle kompetenceniveau samt opfølgning på de enkelte medarbejderes kompetencer. Vi har ligeledes vægtet, at plejeenheden systematisk har implementeret indsats til sikring af anvendelse af særlige demensfaglige metoder til understøttelse af hjælp, omsorg og pleje til borgerne og deres særlige behov.

Ledelse og medarbejdere indgik aktivt i dialog ved tilsynet. På baggrund af de beskrevne forhold og forbedringer er det styrelsens vurdering, at plejeenheden er i stand til selv at udbedre de enkeltstående og konkrete fund ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet. Vores samlede vurderingen er, at der i plejeenheden er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet. Styrelsen påtænker derfor at ophæve påbuddet fra den 12. maj 2020.

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

- At det sikres, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at plejeenheden opfylder ovenstående henstillinger og følger handleplanen for dokumentation samt i øvrigt overholder lovgivningen på området.

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

1. Selvbestemmelse livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har fundet, at målepunkterne under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at der under tilsynets observationer i afdelingerne kunne konstateres, at medarbejderne havde en adfærd, der understøttede borgernes værdighed. Der blev i spisesituationer observeret, at medarbejderne havde fokus på borgernes behov f.eks. understøtte borgerne med specifikke teknikker under morgenmåltidet. Det var tydeligt for tilsynsførende, at medarbejderne, på trods af uro fra gangarealet, fortsat kunne imødekomme på borgernes behov, og at disse borgere var upåvirkede af uroen og fokus under morgenmåltidet blev bibeholdt.

Ledelsen redegjorde for en systematisk og målrettet indsats i forhold til takt og tone. Der var tilknyttet trivselskonsulenter til personalemøder, hvor der var fokus på, hvordan medarbejderne indgik i dialog med borger og pårørende. Medarbejderne redegjorde for, at de nu havde kompetencer og forskellige værktøjer til at sikre fagligheden i kommunikationen. Pårørende gav udtryk for, at opleve sig hørt og mødt. Ligeledes var det blevet en naturlig del af hverdagen, at medarbejderne benyttede konstruktiv feedback til hinanden både i forhold til faglighed, kommunikation og adfærd.

Styrelsen har lagt vægt på, at det under interview med ledelse og medarbejdere blev oplyst, at der fortsat blev arbejdet med adfærd og kultur/ takt og tone på afdelingerne for at understøtte borgernes værdighed og livskvalitet. Det blev ved interview af pårørende nævnt, at nu var oplevelsen, at der var mindre uro på gangarealet.

Tilsynet kunne konstatere, at de interviewede pårørende oplevede at blive imødekommet, når de ønskede sig inddraget f.eks. i form af samtale om plejeforløb. Ligeledes var der praksis for, at der i plejeenheden blev afholdt indflytningssamtale med borger og pårørende for at indhente oplysninger om borgernes ønsker og vaner samt behov for hjælp, pleje og omsorg.

Plejeenheden redegjorde for samarbejde med akut team, palliativ team, praktiserende læger og vågekoner i forbindelse med pleje ved livets afslutning.

Styrelsen har lagt vægt på, at der i seks ud af seks stikprøver var fyldestgørende beskrivelser af borgernes vaner og ønsker, herunder eventuelle ønsker til livets afslutning.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen konstaterede ved tilsyn den 9. januar 2020, at målepunktet under dette tema var opfyldt. Ved tilsynet d. 27. august 2020 fremkom oplysninger fra de pårørende, men disse gav ikke anledning til at ændre den oprindelige vurdering.

Oplysningerne fra de pårørende omhandlede tidligere kendte problematikker vedrørende pårørendesamarbejdet med plejeenheden. Ledelse og medarbejdere fortalte, at man i plejeenheden bestræbte sig på, at pårørende blev inddraget og lyttet til, fx gennem tilbud om samtaler, i overensstemmelse med borgernes behov.

Ledelsen var opmærksom på den aktuelle tillidskrise og redegjorde for en igangværende og systematisk proces til at fremme pårørendesamarbejdet. Denne proces havde medvirket til en øget bevidsthed om dialog til at fremme inddragelse og samarbejde med pårørende, som et væsentligt element i borgernes trivsel. Den oplevede effekt, af de fremadrettede indsatser er ikke muligt for tilsynet at konkludere på, da der i en længere periode har været besøgsrestriktioner på baggrund af COVID-19.

Ledelse og medarbejdere oplyste, at man generelt arbejdede med at tilgodese borgernes trivsel og relationer, bl.a. ved at understøtte borgernes relationer i forhold til familie. De pårørende gav udtryk for, at der havde været individuelle aftaler omkring besøg under besøgsrestriktionerne i forbindelse med COVID-19. Ligeledes var de pårørende blevet opfordret til at kontakte plejeenheden ved behov.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at der var et uopfyldt målepunkt under dette tema.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der i to ud af seks omsorgsjournaler var enkeltstående mangler i dokumentationen angående opfølgning på konkret indsats i forhold til ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand. I vurderingen er der lagt vægt på, at der var planlagt, igangsat og dokumenteret fagligt relevante social- og plejefaglige indsatser men, at der var mangelfulde beskrivelser af indsatserne. Medarbejderne kunne mundtligt redegøre i forhold til relevante indsatser i forbindelse med de enkeltstående forløb. Dermed er det tilsynets vurdering, at der ikke var risiko for, at der ikke blev ydet hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet til de konkrete borgere.

Ledere og medarbejdere oplyste, at der siden sidste tilsyn, var igangsat en målrettet indsats med at systematisere tavlemøderne og re-implementere arbejdsgange vedrørende den social- og plejefaglige dokumentation. Medarbejderne oplyste, at den fokuserede indsats, havde bidraget til en systematik i opsporing af ændringer i borgernes tilstand, herunder, at der blev iværksat tiltag for at forebygge funktionsevnetab og forringet helbred. Derudover redegjorde ledelsen for, at der i særlige borgerforløb var mulighed for tværfaglig gennemgang og sparring med relevante samarbejdspartnere. Demenskoordinatoren indgik i den daglige tværfaglige sparring, hvor den fælles fagforståelse bidrog til en systematisk gennemgang af den enkelte borgers behov med fokus på ændringer.

Der var implementeret en demensfaglig beskrivelse af borgerens behov og af hvorledes man social- og plejefagligt kunne imødekomme behovene. Medarbejderne havde alle modtaget undervisning i den demensfaglige metode. I seks ud af seks omsorgsjournaler fremgik den demensfaglig beskrivelse systematisk og entydig. Disse indsatser havde bidraget til at forebygge magtanvendelse.

Det fremgik af tilsynsførendes observationer, at tonen, adfærden og kulturen i plejeenheden afspejlede, de metoder og pædagogiske tilgange, som blev anvendt for at sikre og optimere opfyldelsen af borgernes særlige behov.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt.

Vi har i vurderingen lagt vægt på, at plejeenheden siden påbuddet d. 12 maj 2020 havde udført flere organisatoriske ændringer og målrettede indsatser. Blandt andet var der gennemført en systematisk afklaring af plejeenhedens generelle kompetenceniveau og opfølgning på de enkelte medarbejders faglige og personlige kompetencer i forhold til at kunne varetage plejeenhedens kernekompetencer til borgere med kognitive funktionsnedsættelser. Ledelsen oplyste, at den igangværende proces havde betydet udskiftning af medarbejdere samt øget fokus på adfærd, tone og kultur i plejeenheden, både blandt medarbejderne og i relationen til borgerne.

Indsatserne havde også medført ansættelse af flere sygepleje- og terapeutfaglige kompetencer i hver afdeling, ligesom ledelsen havde omorganiseret sig og tilført ressourcer ind i ledelsesorganisationen på tværs af alle vagtlag. Herudover var der planlagt ansættelse af to kvalitetssygeplejersker.

Ledelsen tilkendegav, at plejeenheden ikke længere var udfordret angående rekruttering, og modtog flere ansøgninger fra mulige medarbejdere med mange års erfaring, som specifikt søgte ansættelse i Demenscentrum Aarhus grundet de faglige udviklingsmuligheder. Faste medarbejdere og faste afløsere var blevet tilbudt opnormering i timeantal. Ledelse og medarbejdere tilkendegav, at dette havde reduceret forbruget af eksterne vikarer til et minimum, hvilket havde været med til at sikre, at alle medarbejdere havde de nødvendige og demensfaglige kompetencer til at varetage kerneopgaverne og, at alle medarbejdere havde det fornødne indblik i borgerenes ressourcer og udfordringer.

Ledelse og medarbejdere tilkendegav, at indsatserne havde været med til, at øge fagligheden således, at medarbejderne følte sig klædt på til at varetage plejeenhedens kerneopgaver.

Vi har også lagt vægt på, at ledelsen havde implementeret systematisk oplæring af nye medarbejdere i plejeenhedens opgaver, og i de værdier, som dannede grundlag for plejeenhedens indsatser hos borgerne.

Vi konstaterede ved interview med pårørende samt ved observation, at der i plejeenheden var en respektfuld tone og adfærd under tilsynet og, at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver.

5. Procedure og dokumentation

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt.

Siden påbuddet havde plejeenheden igangsat et systematisk og målrettet arbejde med, at re-implementere systematiske arbejdsgange i forhold til at sikre den social- og plejefaglige dokumentation således, at enhver

medarbejder kunne varetage relevant hjælp, omsorg og pleje ud fra de faglige beskrivelser i dokumentationen. Ved gennemgang af seks omsorgsjournaler fremstod den social- og plejefaglige dokumentation systematisk i forhold til at sikre sammenhæng mellem beskrivelser af funktionsevne, helbredstilstande og besøgsplan, så det skriftlige grundlag var tilstede til at sikre en forsvarlig og sammenhængende social- og plejefaglig indsats til borgerne igennem hele døgnnet.

Ledelsen redegjorde for den proces, der var igangsat i plejeenheden for at sikre opdateret og aktuel dokumentation. Eksempelvis var der planlagt tid til dokumentation hver dag og fremadrettet ville kommunen implementere fast audit af den faglige dokumentation på alle afdelinger. Plejeenheden tilkendegav, at alle omsorgsjournaler var gennemgået og fremstod systematiske, sammenhængende og helhedsorienteret.

Under tilsynet blev det drøftet, at den fælles faglige forståelsesramme i forhold til den anvendte demensfaglige metode, gav mulighed for at systematisere dokumentationen ved hjælp af metodens faglige begreber i forhold til borgernes behov for hjælp, pleje og omsorg.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen konstaterede ved tilsyn den 9. januar 2020, at målepunktet under dette tema var opfyldt. Ved tilsynet d. 27. august 2020 fremkom supplerende oplysninger fra ledelsen, men disse gav ikke anledning til at ændre den oprindelige vurdering.

Ledelsen redegjorde for, at der nu systematisk var tilknyttet terapeuter til hver afdeling. Terapeuterne indgik i den daglige hjælp, pleje og omsorg og var en daglig sparringspartner ved tavlemøder.

3. Fund ved tilsynet

Fund fra indhentet materiale

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	Borgernes kognitive tilstand medførte, at borgerne ikke kunne udtale sig herom
B	At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	X			
C	At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt	X			
D	At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker	X			
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden	X			

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning			X	Borgernes kognitive tilstand medførte, at borgerne ikke kunne udtale sig herom
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	Borgernes kognitive tilstand medførte, at borgerne ikke kunne udtale sig herom
	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 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	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		I to ud af seks omsorgsjournaler manglede der opfølgning og dokumentation på enkelte indsatser.

					<p>Hos en borger der havde tendens til obstipation manglede der beskrivelse af det normale mønster. Hvorfor det blev svært at registrere ændringer.</p> <p>Hos anden borger var der igangsat relevant vægtregistrering. Der manglede opfølgning og dokumentation herpå ud fra plejeenhedens procedure.</p>
--	--	--	--	--	--

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	Der var ikke i plejeenheden borgere omfattet af målepunktet
	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	Der var ikke i plejeenheden borgere omfattet af målepunktet
	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	Der var ikke i plejeenheden borgere omfattet af målepunktet
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet (§83a)			X	Der var ikke i plejeenheden borgere omfattet af målepunktet
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne (§83a)			X	Der var ikke i plejeenheden borgere omfattet af målepunktet
	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			
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			
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 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

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.

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