



Ældretilsynet tilsynsrapport Gedvedhus

Reaktivt tilsyn, 2020

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

**Gedvedhus
Kirkevej 5**

8751 Gedved

CVR- eller P-nummer: 981671000016002

Dato for tilsynsbesøget: 27-10-2020

Tilsynet blev foretaget af: Jane Filtenborg Bjerregaard og Annalise Kjær Petersen
Sagsnr.: 35-2511-205

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn:

Styrelsen for Patientsikkerhed modtog den 28. juli 2020 en bekymringshenvendelse vedrørende bekymring for pleje- og behandlingsforholdene til en borger, som bor på og modtager pleje og behandling fra Gedvedhus Plejecenter. Ligeledes har styrelsen modtaget henvendelse fra ledelsen i Horsens Kommune vedr. den samme komplekse borgersag.

Styrelsen for Patientsikkerhed afholdt den 17. august 2020 møde med ledelsen inden for ældreområdet i Horsens Kommune. Baggrunden for mødet var styrelsens ønske om en drøftelse af den verserende bekymringshenvendelse.

På baggrund af oplysningerne i bekymringshenvendelsen, har Styrelsen for Patientsikkerhed besluttet at fortage et uvarslet reaktivt kombineret sundhedsfagligt tilsyn og ældretilsyn. Det kombinerede tilsyn blev udført, for at undersøge, om patientsikkerheden henhold til det sundhedsfaglige område levede op til sundhedsloven, samt om den personlige og praktiske hjælp havde den fornødne kvalitet i henhold servicelovens §§ 83 -87.

Ældretilsynet gennemføres med fuldt målepunktssæt og det sundhedsfaglige tilsyn gennemføres med fuldt målepunktssæt. Denne rapport angår ældretilsynet.

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på om de social- og plejefaglige indsatser i forhold til den personlige hjælp, omsorg og pleje, der ydes efter servicelovens §§ 83-87 har den fornødne kvalitet i plejeenheden.

Tilsynet vedrører således målepunktsættet i ældretilsynet:

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

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Gedvedhus plejehjem er en kommunal plejeenhed i Horsens kommune med 24 almene plejeboliger. Heraf to boliger til borgere på midlertidig ophold.
- Den daglige ledelse varetages af plejhjemsleder Maria Brinch Christensen.
- På Gedvedhus plejecenter er der ansat sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, plejhjemsassistent, ufaglærte medarbejdere, flexjobbere og plejeenheden er også uddannelsessted for social- og sundhedsassistent elever og social- og sundhedshjælper elever.
- På Gedvedhus plejehjem er der vagtlag, hvor der ikke er sygeplejerske og /eller social- og sundhedsassistent til stede, men hvor der er en aftale med Horsens kommunes hjemmesygepleje og akutteam om en tilkaldefunktion ved behov herfor.
- På Gedvedhus plejecenter er der hver 14. dag gruppemøde, hvor fokus er faglig gennemgang af borgerforløb. Der afholdes dagligt tavlemøder, hvor fortrinsvis akutte og forebyggende tiltag gennemgås. Aftenvagten gennemgår også tavlemøde. Den fast tilknyttede læge udfører årgennemgang på alle egne borgere på plejeenheden, og der planlægges fast undervisning af medarbejderne.
- Ved ansættelse af vikarer og faste medarbejdere er det sygeplejersken, der sikrer undervisning i faglige kompetencer og udfylder kompetenceprofil på medarbejderne. Der bliver tilknyttet "makker-skab" og det er sygeplejerske, leder og den tilknyttede medarbejder, der i samarbejde har overblik over introduktionen.
- På Gedvedhus plejecenter er der tværfaglig samarbejde med visitationen i kommunen, ergoterapeuter og fysioterapeuter, som er organiseret under anden ledelse, samt med demenskonsulenter mm.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre omsorgsjournaler, som blev tilfældig udvalgt på tilsynsdagen
- Der blev interviewet tre borgere, som blev tilfældig udvalgt på tilsynsdagen
- Der blev telefon interviewet tre pårørende, som blev tilfældigt udvalgt på tilsynsdagen
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Områdeleder for plejeboliger Hanne Reinholt
 - Plejhjemsleder Marie Brinch Christensen
- Der blev foretaget interview med en medarbejder
 - Sygeplejerske
- Der blev foretaget observation ved, at tilsynsførende besøgte borgerne i deres boliger samt bevægede sig rundt i plejeenheden
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til områdeleder for plejeboligerne Hanne Reinholt, plejhjemsleder Marie Brinch Christensen og udvalgt medarbejder
- Tilsynet blev foretaget af: tilsynskonsulent Jane Filtenborg Bjerregaard og Annalise Kjær Petersen

3. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i høringsperioden modtaget en handleplan. Det tilsendte giver ikke anledning til en ændring af vurderingen, at der i plejeenheden er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet. Baggrunden er, at der ved tilsynet blev fundet gennemgående mangler inden for målepunkterne under samtlige temaer.

Styrelsen for Patientsikkerhed har derfor ved afgørelse af 21. december 2020 givet plejeenheden påbud om, at plejeenheden inden for de i påbuddet fastsatte frister skal opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de påviste forhold i orden.

Påbud offentliggøres separat på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 27. oktober 2020 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Det er styrelsens samlede vurdering, at der i plejeenheden er større 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 og Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt.

Den manglende social- og plejefaglige dokumentation var gennemgående i tre ud af tre stikprøver i omsorgsjournalgennemgangen og relaterede sig til manglende beskrivelse af borgernes ønsker til den sidste tid, borgernes ønsker og vaner, samt manglende dokumentation af hvilke faglige metoder, der skulle benyttes for at imødekomme borgerens individuelle behov. Desuden var dokumentationen af de social- og plejefaglige indsatser samt opfølgning på ændringer ikke systematisk beskrevet. Yderligere var der ikke fastlagt en praksis for målfastsættelse i samarbejde med borger og pårørende samt manglende praksis for at tilbyde

borgerne samtale om ønsker til den sidste tid. Tilsynet konstaterede, at plejeenheden manglede at få implementeret den fastlagte dokumentationspraksis for den social- og plejefaglige dokumentation, da det ikke var entydigt, hvor relevante oplysninger blev dokumenteret i omsorgsjournalsystemet.

Det er styrelsens vurdering, at mangelfuld social- og plejefaglig dokumentation samt manglende entydighed og overskuelighed i føringen af omsorgsjournalerne rummer en betydelig risiko for, at den udførte pleje, omsorg og hjælp til borgerne ikke har den fornødne kvalitet. Dette med hensyn til kontinuitet i hjælp, omsorg og pleje, intern kommunikation i plejeenheden og kommunikation med eksterne samarbejdspartnere samt ved hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået ændring i borgernes funktionsevne eller helbredstilstand. Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at der fortsat pågik udvikling af omsorgsjournalsystemet med henblik på at sikre overskuelighed og systematik i journalføringen fremadrettet.

I vurderingen er indgået, at ledelse og medarbejdere på Gedvedhus redegjorde for et svært pleje- og behandlingsforløb, som havde krævet større ledelses- og personalemæssige ressourcer. Under tilsynet var leder og medarbejdere lydhøre og reflekterende i forhold til råd og vejledning, som blev givet under tilsynet.

Ligeledes er der lagt vægt på, at borgere og pårørende generelt udtrykte tilfredshed med den hjælp, pleje og omsorg, som blev ydet af plejeenheden.

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed **stiller følgende krav:**

- At plejeenheden sikre, at borgerens vaner og ønsker er kendt og kan fremfindes af relevante medarbejdere (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikre, at borgernes ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet. Herunder at medarbejderne kan fremfinde borgernes ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikre, at understøtte borgernes mulighed for relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende (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 ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgerens dokumentation (målepunkt 3.4)
- At plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver (målepunkt 4.1)
- At plejeenheden sikrer implementering af den social- og plejefaglige dokumentation i praksis, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres samt at dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgeren og eventuelt pårørende i videst muligt omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte samt sikre dokumentation her af (målepunkt 6.1)
- At plejeenheden kender målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de – hos disse borgere – inddrager træningselementer og aktiviteter i den daglige hjælp, omsorg og pleje (målepunkt 6.2)

Styrelsen for Patientsikkerhed har udstedt et påbud om, at plejeenheden skal opfylde kravene inden for en fastsat frist. Se nærmere vedlagte afgørelse om påbud.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Vi har vurderet, at målepunkterne under dette tema ikke var opfyldt.

I vurderingen har vi lagt vægt på, at der ikke var implementeret en praksis for at tilbyde borgerne samtale om ønsker til den sidste tid. Desuden var der ikke taget overordnet stilling til, hvor i den social- og plejefaglige dokumentation, disse oplysninger skulle fremgå. Medarbejderne manglende derfor kendskab til borgernes evt. ønsker til den sidste tid og dermed kunne der opstå en risiko for at borgerens ønsker ikke blev imødekommet rettidigt. Ledelse og medarbejder redegjorde for planer om iværksættelse af arbejdsgange og procedure i forbindelse med en værdig død.

Plejeenhedens medarbejder oplyste, at de havde de fornødne kompetencer og kunne redegøre for pleje og omsorg ved livets afslutning, samt det tværfaglige samarbejde med det palliative team og andre relevante samarbejdspartnere efter behov.

Såvel leder som medarbejder kunne redegøre for, hvorledes plejeenheden arbejdede med at understøtte borgernes selvbestemmelse og livskvalitet, både som en naturlig del i det daglige arbejde samt på mere systematisk vis. Eksempelvis havde plejeenheden indflytningssamtaler med borgere og pårørende, med det formål at lave en fælles afstemning af forventninger og målsætninger i forhold til borgernes forløb. Under tilsynet observerede vi, at medarbejderne havde en værdig tone, adfærd og kultur, når de var sammen med borgerne.

Medarbejderne redegjorde for, at borgernes ønsker og behov så vidt muligt blev imødekommet, men borgernes ønsker og vaner var ikke dokumenteret i tre ud af tre stikprøver.

Det er styrelsen vurdering, at manglende systematisk implementering af en social- og plejefaglig dokumentationspraksis betyder, at dokumentation af relevante oplysninger bliver for personafhængig og dermed udgør en betydelig risiko for, at ikke enhver medarbejder kan udøve den fornødne kvalitet i arbejdet med at yde hjælp, pleje og omsorg til borgeren på baggrund af manglende indsigt i borgerens vaner og ønsker.

2. Borgernes trivsel og relationer

Vi har vurderet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen har vi lagt vægt på, at to ud af tre pårørende gav udtryk for manglede inddragelse i forhold til borgernes forløb. En pårørende manglede klarhed over formål og mål med forløb efter sygehus indlæggelse. Den anden pårørende manglede en opfølgende statussamtale på borgerens trivsel i hverdagen. De interviewede borgere gav udtryk for, at de så vidt mulig fik hjælp til at kunne leve det liv, de ønskede.

Leder og medarbejder redegjorde for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel og relationer til deres pårørende og øvrige netværk. Lederen redegjorde også for, at plejeenheden inddrog og samarbejdede med de pårørende f.eks. gennem det etablerede kombiråd, der bestod af repræsentanter fra frivillige, borgere og pårørende, samt understøttede borgernes deltagelse i det omgivende samfund, når borgerne havde et ønske om det.

3. Målgrupper og metoder

Vi har vurderet at, der var tre målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der var fund i tre ud af tre stikprøver i den social- og plejefaglige dokumentation, vedrørende manglende dokumentation af ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå med manglende beskrivelse af de forebyggende social-

og plejefaglige indsatser. Ligeledes manglede der hos en borger med nedsat kognitiv funktionsevne, beskrivelse af den socialpædagogiske tilgang til at støtte op om borgerens nedsatte mestringsevne i relation til egen sygdomsforståelse.

Det er styrelsens vurdering, at manglede beskrivelse af socialpædagogisk tilgang hos borgere med nedsat kognitiv funktionsevne samt manglede dokumentation af ændringer hos borgeren i relation til opfølgning på og iværksættelse af forbyggende social- og plejefaglige indsatser, udgør en betydelig risiko for, at ikke alle medarbejdere kan yde en sammenhængende social- og plejefaglig indsats af den fornødne kvalitet til borgerne, da det beskrevne grundlag herfor mangler. Det må ligeledes tillægges en risiko for den fornødne kvalitet i hjælp, pleje og omsorg, at en ud af tre stikprøver ikke var opdateret efter sygehus indlæggelse fra medio oktober, og at der manglede det beskrevne grundlag til at sikre, at alle medarbejderne kunne yde en sammenhængende og helhedsorienteret social- og plejefaglige indsats af fornøden kvalitet til borgeren.

Derudover har styrelsen lagt vægt på, at der i plejeenheden var en praksis for opsporing af ændringer i borgernes funktionsevne, helbredstilstand og iværksættelse af relevante tiltag, samt forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred. Eksempelvis var der dagligt tavlemøde med alle medarbejdere i forhold til gennemgang af udvalgte borgeres helhedssituation. Dette møde var udvidet en gang om ugen til at omfatte alle borgere. Ligeledes var plejeenheden i proces med at få integreret relevante metoder og arbejdsgange i forhold til opsporing af ændringer i borgernes funktionsevne og helbred.

Yderligere er det vægtet, at plejeenheden havde en praksis, hvor der blev anvendt relevante faglige metoder i forhold til borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser, som demens, psykisk sygdom og/eller misbrug. Der var mulighed for at indkalde kommunale specialkompetencer såsom demenskonsulenter, hvilket bidrog til læring i plejeenheden.

Ved tilsynet var der ikke borgere, hvor det var relevant med beskrivelse i forhold til forebyggelse af magtanvendelse, hvorfor dette er markeret som uaktuelt i målepunktet.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Vi har vurderet, at målepunktet ikke var opfyldt under dette tema.

Styrelsen kunne på baggrund af tilsynet konstatere, at dokumentationspraksis ikke var fuldt ud implementeret i plejeenheden.

I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden ved tilsynet ikke kunne redegøre for at have en organisation, som understøttede plejeenhedens løsning af kerneopgaverne særligt i forhold til de midlertidige pladser. Styrelsen vurderer derfor, at plejeenheden fremadrettet skal sikre, at alle medarbejdere kender og følger ansvars- og opgavefordelingen i plejeenheden, herunder sikre arbejdsgange og procedure i samarbejde med visitationen, så der er et beskrevet grundlag for, at alle medarbejdere kunne udføre en sammenhængende social- og plejefaglige indsats af fornøden kvalitet. Vi vurderer, at det er skærpende, når dokumentationen ikke er opdateret vedrørende borger på midlertidig plads, da disse borgere ofte befinder sig i et vurderingsforløb i forhold til fremtidig pleje, omsorg og hjælp. Desuden er det ofte et ustabil og kompleks forløb med tværfaglige samarbejdspartnere.

Plejeenheden kunne redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for vikarer, idet arbejdsgang i forhold til eksterne vikarer, var at disse blev udstyret med vikarkoder og dermed havde adgang til at orientere sig og dokumentere i omsorgsjournalen. Plejeenhedens praksis var at printe døgnrytmeplaner og medicinlister som lå hos den enkelte borger.

5. Procedurer og dokumentation

Vi har vurderet, at målepunktet ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje var afdækket, men at den socialpædagogiske tilgang og de social- og plejefaglige indsatser ikke systematisk blev beskrevet. Tilsynet konstaterede, at plejeenheden manglede at få implementeret den fastlagte dokumentationspraksis for den social- og plejefaglige dokumentation, da det ikke var entydigt, hvor relevante oplysninger blev dokumenteret. Det var f.eks. generel i alle tre journal gennemgange, at motivation, ressourcer, mestring og livshistorie ikke var udfyldt. Under tilsynet blev det drøftet hvilke muligheder, det gav, overordnet at få taget stilling til indholdet i disse beskrivelser, så det blev tydelig og systematisk hvor f.eks. de faglige beskrivelser af metode kunne fremstå samt ønsker til livets afslutning. Under tilsynets gennemgang af den social- og plejefaglige dokumentation fremkom ledelsen med idé til systematisk gennemgang af egen dokumentationspraksis. Yderligere er lagt vægt på, at der overordnet i kommunen var igangsat en proces med implementering af Fællessprog 3 metoden i forhold til journalsystemet. Dette var medvirkende til, at der generelt manglende entydighed og systematik i forhold til hvor relevante oplysninger blev dokumenteret. Den manglende systematik og entydighed i den social- og plejefaglige dokumentation betød, at medarbejderne skulle finde de relevante oplysninger flere forskellige steder i dokumentationssystemet.

Det er styrelsen vurdering, at manglende implementering af en social- og plejefaglig dokumentationspraksis betyder, at dokumentation af relevante oplysninger bliver for personafhængig og dermed fremgår forskellige steder i journalsystemet. Dette udgør en risiko for, at ikke alle medarbejdere kan fremfinde relevante oplysninger, som kan have betydning i forhold til at kunne yde en sammenhængende social- og plejefaglig indsats af den fornødne kvalitet til borgerne.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Vi har vurderet at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen har vi lagt vægt på, at der var to pårørende som oplevede manglende inddragelse i målfastsættelse. Ligesom der ikke var implementeret en systematisk arbejdsgang for målfastsættelse af hjælp og hvor den var beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.

Plejeenheden redegjorde for en praksis, hvor der blev arbejdet ud fra en sundhedsfremmede tilgang i relation til rehabilitering, genoptræning og aktiviteter i samarbejde med borgerne og andre relevante aktører. Plejeenheden havde ikke et formaliseret samarbejde med de fysioterapeuter, der kom fra træningsenheden i huset, men der var en praksis for tværfaglig samarbejde og dialog omkring fastsættelse af mål i forbindelse med borgernes genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb, samt mulighed for faglig sparring. Det var dog ikke muligt at fremfinde i den social- og plejefaglige dokumentation, hvordan medarbejderne hos en borger i genoptræningsforløb inddrog træningselementer i den daglige hjælp, pleje og omsorg. Der var beskrevet formål og ændringer i forløbet af terapeuten. Under tilsynet blev den generelle praksis drøftet for samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere, der varetog træningsforløb, for det kontinuerlige fokus på træningsmål og understøttelse/inddragelse af træningselementer i hverdagen.

Endelig har vi lagt vægt på, at der i plejeenheden var mulighed for at understøtte borgerne i forhold til deltagelse i meningsfulde aktiviteter. I plejeenheden var borgerne adspurgt omkring hvilke aktiviteter de ønskede at deltage i.

Ved tilsynet var der ikke borgere, som var i et § 83a forløb, hvorfor dette er markeret som uaktuelt i målepunktet.

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		<p>I tre ud af tre omsorgsjournaler var der ikke tydelige beskrivelser af vaner og ønsker. I to ud af tre omsorgsjournaler var det udfyldt med standard KRAM faktorer.</p> <p>I den tredje omsorgsjournal var der ingen beskrivelse af vaner og ønsker.</p>
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		Der var ikke en praksis for at tilbyde samtale om livets afslutning.
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet		X		Der er ikke en fast praksis for, hvordan borgernes ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet.
	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		Der var ikke implementeret en systematisk dokumentation for hvordan medarbejderne fremfinder borgernes 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		To ud af tre pårørende oplevede

					manglende inddragelse i forløb.
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 en ud af tre omsorgsjournaler var der ikke dokumenteret aftaler med de pårørende eller nære relationer.

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	X		

	(herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov				
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 funktionsevne- nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer		X		I en ud af tre om- sorgsjournaler mang- lede beskrivelse af socialpædagogisk til- gang i forhold til en borgers nedsatte me- stringsevne vedrø- rende egen syg- domsforståelse. Medarbejderne kunne mundtligt re- degøre for dette.
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		<p>Tre ud af tre omsorgsjournaler var funktionsevne og helbredstilstand ikke aktuel opdateret.</p> <p>I en omsorgsjournal var der mangelfuld faglig beskrivelse af borgers faldtendens. Her kunne medarbejderne redegøre for forløbet.</p> <p>I anden omsorgsjournal var der mangelfuld beskrivelse af verbal guidning og kommunikation med dement borger. Her kunne medarbejderne mundtlig redegøre for forløbet.</p> <p>I den tredjeomsorgsjournal var den ikke opdateret og aktuel efter udskrivelse fra sygehus.</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 vægttab, 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		<p>Tre ud af tre omsorgsjournaler var ikke opdateret og aktuell med henblik på de forebyggende indsatser.</p> <p>I en omsorgsjournal var der mangelfuld beskrivelse af den forebyggende faldindsats. Her kunne medarbejderne mundtlig redegøre for indsatsen.</p> <p>I anden omsorgsjournal manglede udgangsvægten, så den faglige refleksion over opfølgningen på screeningen blev mangelfuld.</p> <p>Den tredje omsorgsjournal var ikke opdateret og aktuell efter sygehus indlæggelse.</p>

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		På baggrund af manglende implementering af arbejdsgange og procedure for den social og plejefaglige dokumentationspraksis, kunne der på tilsynet ikke redegøres for en organisering der understøtter udførelsen af plejeenhedens kerneopgaver.
	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		På grund af manglende implementering af arbejdsgange og procedure for den social- og plejefaglige dokumentation, kunne der på tilsynet ikke redegøres for hvorledes relevante oplysninger fra visitationen systematisk blev anvendt for at understøtte sammenhængende social- og plejefaglige indsats, f.eks. ved midlertidige pladser
B	At medarbejderne kender og anvender plejehedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation		X		Den fastlagte praksis for den social- og plejefaglige dokumentation var ikke fuldt implementeret
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 omsorgsjournaler var der mangelfulde beskrivelser af aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsats er beskrevet		X		I en omsorgsjournal fremgik det ikke, hvordan den daglige hjælp, pleje og omsorg blev planlagt og udført for at borgeren kunne bevare sine færdigheder længst muligt. Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for dette.

					I anden omsorgsjournal var denne ikke opdateret og aktuel efter sygehus indlæggelse.
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret		X		I tre ud af tre omsorgsjournaler var der ikke tydelig dokumenteret borgers mål for personlig og praktisk hjælp.
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede		X		I en ud af tre omsorgsjournaler var journalen ikke opdateret og det blev derfor ikke muligt at dokumentere afvigelser.

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		En pårørende oplevede at mangle klarhed over forløbet på midlertidig plads og dermed mål for personlig og praktisk hjælp. En anden pårørende manglede status samtale.
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb,			X	

	som tager udgangspunkt i borgernes egne mål (§83a)				
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)		X		Det var ikke systematisk hvor målfastsættelse var beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation. I en omsorgsjournal var det ikke opdateret efter sygehusindlæggelse.
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		Der var ikke implementeret en systematisk arbejdsgang for målfastsættelse for personlig og praktisk hjælp.
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	X			

	daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet				
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		I en ud af tre omsorgsjournaler var der en beskrivelse af borgerens genoptræningsplan, men der var ikke beskrevet hvordan disse træningselementer blev inddraget i den daglige hjælp, pleje og omsorg.
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