



Ældretilsynet tilsynsrapport Ældre Ravnshøjgruppen

Reaktivt tilsyn, 2020

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Ældre Ravnshøjgruppen
Mejervej 4

9900 Frederikshavn

CVR- eller P-nummer: 1019647230

Dato for tilsynsbesøget: 6. august 2020

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord
Sagsnr.: 35-2511-187

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte et påbud den 15. maj 2020 til Ældre Ravnhøjgruppen i Frederikshavn kommune efter tilsynsbesøg den 19. november 2019.

Af påbuddet den 15. maj 2020 fremgår, at Ældre Ravnhøjgruppen i Frederikshavn kommune blev påbudt:

- 1. At sikre en organisering, der understøtter plejeenhedens kerneopgaver, herunder:**
 - a. at der sikres understøttelse af systematik og anvendelse af faglige metoder for samtlige borgere tilknyttet plejeenheden (målepunkt 4.1)
- 2. At sikre, at der anvendes systematik og faglige arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet, herunder:**
 - a. at der fastsættes en praksis for systematik og anvendelse af faglige arbejdsgange for samtlige borgere i plejeenheden (målepunkt 3.1)
 - b. At plejeenheden sikrer, at borgerne får hjælp rettet mod forebyggelse af funktionsevnetab og forringelse af helbred, herunder at der sikres systematisk opsporing og opfølgning på ændringer i borgernes funktions- og helbredstilstand (målepunkt 3.3 og 3.4)
 - c. At sikre systematiske arbejdsgange i relation til at inddrage relevante træningselementer i den daglige hjælp hos borgeren (målepunkt 6.2)
- 3. At sikre en dokumentationspraksis, der understøtter hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet, herunder:**
 - a. at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
 - b. at plejeenheden sikrer, at der forefindes beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer samt fyldestgørende beskrivelser af borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje (målepunkt 3.1 og 5.1)
 - c. at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå dokumenteres (målepunkt 3.3 og 3.4)
 - d. at plejeenheden sikrer dokumentation af borgernes træningsforløb, herunder formål med vedligeholdelsestræning og genoptræning i overensstemmelse med servicelovens §§ 83 og 86. (målepunkt 6.2).

Tilsynet den 6. august er gennemført som en del af opfølgning på påbuddet.

Styrelsen for Patientsikkerhed har gennemført tilsynet ud fra samtlige målepunkter.

Ved det opfølgende tilsyn den 6. august 2020 var der fokus på, hvilke tiltag plejeenheden havde gennemført for at sikre, at der ydes hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet efter servicelovens §§ 83-87.

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Ældre Ravnhøjgruppen er en hjemmeplejeenhed i Frederikshavn kommune, som servicerer 84 borgere med personlig og praktisk hjælp
- Ledelsen varetages af gruppeleder Winnie Vestergaard. Medarbejderne er tilknyttet gruppen i Ravnhøj og den koordinerende planlægger ser på, hvor der er behov for hvilke kompetencer ud fra borgernes behov
- Medarbejderne fordeler sig inden for følgende faggrupper: fast tilknyttet ergoterapeut – der udfører § 83a forløb, social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistent, pædagog og ufaglærte timelønnede vikarer
- Der er et samarbejde med hjemmesygeplejen, hvor der er tilknyttet to faste sygeplejersker til gruppen i dag- og aftenvagte. Sygeplejersken kommer dagligt i gruppen og deltager to gange om ugen til triagemøde. Det blev oplyst, at triagemøde opstarter i aftenvagten om 14 dage fra tilsynsbesøget
- I specifikke forløb kan der tværfagligt samarbejdes med eksempelvis demenskonsulent, gerontopsykiatrien, palliativ team, træningsenheden, hjerneskadekoordinator med flere.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre udvalgte omsorgsjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet to pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Winnie Vestergaard, gruppeleder
 - Lise N. Larsen, konstitueret leder for hverdagsrehabilitering. Varetager implementering af fællessprog 3 og nyt omsorgssystem
- Der blev foretaget interview med to medarbejdere
 - Social og sundhedsassistent
 - Sygeplejerske
- Der blev foretaget observation ved, at tilsynsførende besøgte borgerne i hjemmet
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til ledelse og medarbejdere
- Tilsynet blev foretaget af: tilsynskonsulenterne Jane Filtenborg Bjerregaard og Annalise Kjær Petersen.

3. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed modtog hørings svar fra plejeenheden den 12. oktober 2020 omhandlede faktuelle forhold vedrørende kommunens implementering af ny metode og nyt dokumentationssystem samt en handleplan, der beskriver tiltag i forbindelse med implementering af ny metode FSIII. I den forbindelse tilføres plejeenheden ressourcer, for at sikre viden og systematiske arbejdsgange for dokumentationspraksis. Ændringerne vedrørende de faktuelle forhold er skrevet ind i rapporten og den indkomne handleplan vedrørende de uopfyldte målepunkter er vurderet, men det giver os ikke anledning til at revidere vores vurdering.

Vi konstaterede på baggrund af tilsynet, at plejeenheden arbejder fokuseret med at forbedre den fornødne kvalitet i plejeenheden. Vi konstaterede på tilsynet, at ikke alle forhold omfattet af påbud den 25. maj 2020 var efterlevet, og dermed er bragt i orden, og der derfor forsat er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet i plejeenheden. På den baggrund fastholder Styrelsen udstedt påbud af 25. maj 2020 i sin helhed.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 6. august 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 *Målgrupper og metoder*, *Organisation, ledelse og kompetencer*, *Procedurer og dokumentation* som ikke var opfyldt.

Vi har i vurderingen lagt vægt på, at der i to ud af tre stikprøver var mangler i dokumentationen. Dette udgjorde væsentlige fund, som relaterede sig til, at plejeenheden manglende at implementere systematik i forhold til faglige arbejdsgange, videndeling og anvendelse af faglige metoder i plejen af borgere med kognitive funktionsnedsættelse. Plejeenheden manglede herudover generelt en systematisk praksis for arbejdet med opfølgning og forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne og dokumentation heraf.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden på tilsynsdagen ikke var kommet i mål med påbuddets indhold, og at der fortsat i plejeenheden er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet.

Vi anerkender, at der i Frederikshavn kommune er planlagt tiltag om overgang til nyt journalsystem. Vi bemærker hertil, at uanset om en plejeenhed er i en implementeringsfase eller i en organisationsændring kræves det, at plejeenheden kan understøtte kerneopgaverne og at der forefindes opdateret, aktuelt dokumentation og arbejdsgange, mens arbejdet står på.

Vi konstaterer på baggrund af tilsynet, at plejeenheden arbejder fokuseret med at forbedre den fornødne kvalitet i plejeenheden. Vi konstaterer dog, at de stillede krav fra påbud den 25. maj 2020 ikke er bragt i orden. Styrelsen finder derfor grundlag for at fastholde påbud af 25. maj 2020 i sin helhed.

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

- At plejeenheden sikrer, at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje 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. Ligeledes skal plejeenheden sikre dokumentation af de forebyggende indsatser (målepunkt 3.3, 3.4)
- At plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver og sikrer anvendelse af faglige metoder samt at viden bliver delt mellem medarbejderne (målepunkt 4.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser bliver beskrevet (målepunkt 5.1)

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

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

I vurderingen er lagt vægt på, at der overordnet er taget stilling til, hvor dette bliver dokumenteret i omsorgsjournalen og medarbejderne tilkendegav, at der i plejeenheden var en praksis for at tale med borgerne om deres ønsker til livets afslutning, når borgeren tilkendegav behov herfor. Der var praksis for at henvise til pjecen "Min sidste vilje".

Der var ved tilsynet ikke borgere, som blev interviewet om deres oplevelse af tryk ved at tale med medarbejderne om ønsker til livets afslutning. Derfor er det noteret som ikke aktuelt i målepunktet.

Styrelsen har i vurderingen videre lagt vægt på, at såvel borgerne som pårørende gav udtryk for overordnet tilfredshed med den hjælp, de modtog fra plejeenheden. Borgerne gav yderligere udtryk for, at medarbejderne tog hensyn til deres ønsker og behov og så vidt muligt planlagde hjælpen efter disse.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden havde en praksis for at imødekomme borgernes individuelle ønsker og behov. Borgernes vaner og ønsker blev beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.

2. Borgernes trivsel og relationer

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

I vurderingen er lagt vægt på, at de to interviewede pårørende oplevede at blive inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov. De pårørende gav udtryk for at opleve sig imødekommet af

medarbejderne ved, at medarbejderne lyttede til dem samt fulgte op på deres forespørgsler vedrørende eventuelle ønsker og behov i relation til borgernes hjælp, pleje og omsorg. Herudover har styrelsen vægtet, at det var gennemgående ved interviews med borgerne, at de oplevede at kunne få hjælp til at leve det liv, som de ønskede. Herunder at borgerne oplevede, at der var en god tone, adfærd og kultur hos medarbejderne, og at den enkeltes ønsker og behov blev respekteret.

3. Målgrupper og metoder

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at der manglede systematik i arbejdsgange til at understøtte opsporing af og opfølgning på ændringer i borgerens fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand. Eksempelvis manglede der opfølgning på omsorgsjournal efter ophold på midlertidig plads.

I vurderingen er der yderligere lagt vægt på, at der i en ud af tre stikprøver manglede beskrivelser af den socialpædagogiske tilgang i forbindelse med den udførte hjælp, omsorg og pleje af borger i relevant situation. Gennemgang af dokumentationen viste, at det ikke var dokumenteret, hvilke konkrete teknikker og metoder, der kunne anvendes for at støtte borgeren. Denne viden var således ikke tilgængelig for vikarer eller andre medarbejdere, som ikke var vant til at færdes i det pågældende hjem.

Ledelse og medarbejdere redegjorde videre for, at der i plejeenheden var fokus på faglige arbejdsmetoder i forhold til forebyggelse af magtanvendelse. Der var for eksempel mulighed for at inddrage kommunens demenskonsulent ad hoc til sparring, undervisning og formidling af metoder i forhold til borgere med kognitive funktionsnedsættelser. Det var også muligt at benytte nøgleperson med viden om demens og hjerneskade-kordinator samt pædagoger med flere.

Det er styrelsens vurdering, at det er afgørende for at sikre den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje, at samtlige relevante medarbejdernes har indblik i borgerens situation og begrænsninger i funktionsevne. Det er endvidere styrelsens vurdering, at det er nødvendigt at anvende relevante faglige metoder og arbejdsgange med henblik på at sikre forsvarlig og sammenhængende social- og plejefaglig indsats.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at plejeenheden havde fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand. Plejeenheden benyttede faste triageringsmøder to gange om ugen i forhold til opfølgning på eventuelle ændringer hos borgere, med det formål at igangsætte relevante tiltag med udgangspunkt i borgernes behov. Sygeplejersken og ergoterapeut blev brugt som sparringspartnere i borgerrelaterede problemstillinger ad hoc.

Triagemøderne havde imidlertid alene fokus på de akutte borgere, hvorfor de øvrige, stabile borgere ikke blev gennemgået. Ledelsen redegjorde for, at sygeplejersken nu var tilgængelig til faglig sparring og gennemgang af de stabile borgere de dage, hvor der ikke var triagemøder. Dette betød, at der var et fokus på forebyggelse af ændringer i helbredstilstande og funktionstilstande hos disse borgere også. Ledelse og medarbejder redegjorde for en praksis, hvor der manglede det fornødne fokus på systematisk tværfaglig vidensdeling. Der var ikke fast dagsorden og det var den enkelte medarbejders ansvar at igangsætte de forebyggende tiltag samt søge sparring hos sygeplejersken.

Det er styrelsens vurdering, at manglede systematisk anvendelse af arbejdsgange og iværksættelse af tiltag samt dokumentation heraf betyder, at grundlaget for, at enhver medarbejder kan yde en sammenhængende

social- og plejefaglig indsats til borgerne, bliver for sårbar og dermed personafhængig i relation til den enkelte medarbejder og dennes kompetencer. Dermed er det styrelsen vurdering, at plejeenhedens anvendelse af relevante metoder og arbejdsgange var for tilfældig og afhængig af den enkelte medarbejders kendskab til henholdsvis borgerne og plejeenhedens generelle praksis.

Det er styrelsens vurdering, at denne praksis udgør en risiko for, at der ikke blev ydet hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet for samtlige borgere omfattet af plejeenheden. Det er styrelsens vurdering, at der i plejeenheden var kendskab til relevante faglige metoder, men at der manglede systematiske arbejdsgange til at understøtte anvendelsen og dokumentationen af disse metoder i de konkrete borgerforløb.

Ved tilsynet var der ikke borgere med problemstillinger, hvor det var relevant at arbejde med forebyggelse af magtanvendelse i plejen, derfor er dette markeret som ikke aktuel i målepunkt 3.2.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

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

I vurderingen er der lagt vægt på, de supplerende oplysninger under det opfølgende tilsyn den 6. august 2020. Ledelsen redegjorde for ændring i organisationen med daglig leder tilknyttet fra 1. februar 2020, og at det samlede antal borgere, der modtog hjælp var reduceret. Sammensætning af medarbejdere var ændret, da medarbejderne ud fra ønsker blev tilknyttet et geografisk område. Der var sket en øgning i faggrupperne med fast sygeplejersker i aftenvagte og tilgang af social- og sundhedsassistenter.

Desuden var der planlagt pilotprojekt om tværfaglig triagemøde med visitator. Der blev uddannet mødeledere til triagemøderne med fast dagsorden. Triagemøder skulle også implementeres i aftenvagte om 14 dage fra tilsynsdato. Pilotprojektet var ikke startet op på grund af COVID-19 situationen.

Ved tilsynet den 19. november 2019 var der planlagt implementering af ny metode med FSIII, men dette var ikke igangsat på grund af COVID-19 situationen. Det blev oplyst ved tilsynsbesøget den 6. august 2020, at planen nu var udrulning i efteråret 2020. Her redegjorde ledelsen for den tilrettelagte undervisning, og at der skulle understøttes i at få den social- og plejefaglige dokumentation opdateret efter ændrede arbejdsgangsbeskrivelser.

Ledelsen redegjorde for en organisering, hvor opgaverne blev tilrettelagt under hensyntagen til borgernes behov for kontinuitet, plejens kompleksitet samt medarbejdernes kompetenceniveau, herunder tilknytning af fast kontaktperson ved særlige komplekse problemstillinger hos borgerne. Plejeenheden havde endvidere planlæggere ansat med henblik på at sikre tilrettelæggelse af opgaverne med fokus på faglige kompetencer og den enkelte borgers behov.

Det kunne under tilsynet konstateres, at der manglede implementering af systematiske arbejdsgange for opfølgning og evaluering af hjælp, pleje og omsorg for borgere, der havde langsom fremadskridende udvikling i helbreds- og funktionsevnetilstand. Ledelse og medarbejder redegjorde for en praksis, hvor der manglede det fornødne fokus på systematisk vidensdeling imellem de forskellige fagligheder. Der var ikke fast dagsorden, og det var den enkelte medarbejders ansvar at igangsætte forebyggende tiltag samt søge f.eks. sparring hos sygeplejersken, der daglig var tilstede i plejeenheden. Ledelsen oplyste, at der med implementering af nyt omsorgssystem var fokus på alle borgere og deres situation, hvor der var faste tværfaglige vurderinger af borgernes situation.

Det blev af ledelsen oplyst, at alle omsorgsjournaler ville blive opdateret og at dette var muligt med udgangen af september måned 2020.

Styrelsen vurderer på den baggrund, at plejeenhedens organisering ikke understøtter plejeenhedens varetagelse af kerneopgaver, idet den social- og plejefaglige dokumentation ikke var opdateret og dermed manglede grundlaget for, at alle medarbejderne kunne udføre kerneopgaven.

5. Procedurer og dokumentation

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

I vurderingen er der lagt vægt på, der manglede systematik og sammenhængende fokuseret indsats for borgerne i den social og plejefaglige dokumentation.

Der er desuden lagt vægt på, at der var væsentlige problemer med dokumenteringen i omsorgsjournalerne, i det der i to ud af tre stikprøver ikke var tilstrækkelig systematisk dokumentation i forhold til at sikre sammenhæng mellem de forskellige faglige beskrivelser herunder beskrivelser af ændringer i borgernes helbredtstilstand og funktionsevne, manglende beskrivelser af pædagogiske tilgange samt de koordinerede forebyggende indsatser.

Det er styrelsens vurdering, at en systematisk dokumentation er med til at sikre, at der ydes en forsvarlig og sammenhængende social- og plejefaglig indsats til borgerne igennem hele døgnet. For at have den fornødne kvalitet, skal den social- og plejefaglige dokumentation understøtte en helhedsorienteret og sammenhængende indsats over for borgerne.

Ledelsen blev under tilsynets gennemgang af den social- og plejefaglige dokumentation, gjort opmærksom på behovet for kontinuerligt at arbejde med implementering af de overordnede arbejdsgangsbeskrivelser i forhold til den social- og plejefaglige dokumentation.

6. Aktiviteter og rehabilitering

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at medarbejderne kunne redegøre for, hvordan der blev fulgt op på og inddraget relevante træningselementer i den daglige pleje for at understøtte borgernes træningsforløb.

Styrelsen kunne konstatere, at der var en overordnet arbejdsgang for at koordinere træningsindsatsen. Ledelsen redegjorde for kommunens organisering med en særskilt træningsenhed, som betød, at fysioterapeuten skulle kontakte plejeenheden for at koordinere målsætning og hvilke træningselementer der skulle inddrages i den daglige hjælp, pleje og omsorg. Ved konkret stikprøve fremgik dette i dokumentationen.

Medarbejderne tilkendegav, at de generelt arbejdede med en hverdagsrehabiliterende tilgang, hvor medarbejderne tog afsæt i deres kendskab til den enkelte borger samt havde fokus på borgernes fortsatte mulige udvikling eller fastholdelse af funktioner. Der var tilknyttet fast ergoterapeut i plejeenheden, som medarbejderne kunne bruge som sparringspartner med henblik på vurdering af et træningsforløb hos borgerne.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for systematiske arbejdsgange i forhold til tilrettelæggelse af de målrettede og tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb, der blev varetaget og koordineret af ergoterapeuten i plejeenheden, i samarbejde med de medarbejdere, der var hjemmetrænere. Der var opfølgning ved ergoterapeuten hver 14. dag i de konkrete træningsforløb.

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			

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, 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	X			

	eventuelle pårørende og det omgivende samfund				
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 funktionsnedsættelser (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		<p>I en ud af tre omsorgsjournaler manglede der beskrivelser af den pædagogiske tilgang for udførelsen af hjælp, pleje og omsorg.</p> <p>Hos borger med kognitiv funktionsnedsættelse manglede beskrivelse af hvordan pleje og omsorg kunne udføres, når borger blev frustreret.</p>

					Medarbejderne kunne mundtlig redegøre for tilgangen.
E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur, at borgere med kognitive funktionsevneudsættelser (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,	X			

	herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber				
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		<p>Der manglende systematik i arbejdsgange til at understøtte anvendelse af, opfølgning på, ændringer i borgerens fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand.</p> <p>F.eks. hos borger, der havde været på midlertidig ophold blev det tydeligt, at omsorgsjournalen ikke var opdateret og aktuel.</p>
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen		X		<p>I en ud af tre omsorgsjournaler manglede der dokumentation af opfølgning.</p> <p>I en omsorgsjournal var der registreret vægt x1 ugentlig i april måned. Dette blev afsluttet pga. stabil vægt, men der manglede en afsluttende evaluering.</p> <p>I samme omsorgsjournal manglede opfølgning vedrørende hævede ben og brugen af støttestrømper.</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		I en ud af tre omsorgsjournal var der registreret vægt x1 ugentlig i april måned. Dette blev afsluttet pga. stabil vægt, men der manglede en afsluttende evaluering.

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		Ledelsen redegjorde for organiseringen og den planlagte proces for implementering af faste arbejdsgange ved triage. Processen var ikke fuldt implementeret på grund af covid situationen. Ligeledes manglede understøttelse af an-

					vendelsen af de faglige metoder og systematiske arbejdsgange for vidensdeling, som er grundlaget for at sikre en koordineret og sammenhængende indsats hos alle borgere.
	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	Medarbejderne anvendte ikke plejeenhedens praksis for dokumentation. Det blev synliggjort ved gennemgang af omsorgsjournalen, at lederen der varetog implementering af nyt

					omsorgssystem, hurtig kunne orientere sig i omsorgsjournalen, men det var vanskeligt for medarbejderne at finde sammenhæng. I to ud af tre omsorgsjournaler manglende desuden opdaterede og fyldestgørende dokumentation af de social- og plejefaglige indsatser.
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		<p>I to ud af tre omsorgsjournaler manglede der beskrivelser af de afledte social- og plejefaglige indsatser.</p> <p>I en omsorgsjournal manglede beskrivelse af hvilke konkrete metoder der blev afprøvet for at understøtte plejesituation hos borger med sygdommen KOL.</p> <p>I anden omsorgsjournal manglede der beskrivelse af tilgangen for hjælp, omsorg og pleje hos borger med kognitiv funktionsnedsættelse. Denne omsorgsjournal var ikke opdateret og aktuell efter borgers ophold på midlertidig plads.</p> <p>Medarbejderne kunne i begge situationer mundtligt redegøre for de afledte social- og plejefaglige indsatser.</p>

	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret	X			
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede	X			

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

6.1 Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter § 83a og hjælp med rehabiliterende sigte efter § 83

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet (§83a)	X			
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål (§83a)	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	X			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål, samt arbejdsgangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§§83a og 83)	X			
D	D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål (§83a)	X			

	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet (§83a)	X			
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne (§83a)	X			
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§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 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			

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