



Ældretilsynet Tilsynsrapport Plejhjemmet Kongsgården

Reaktivt tilsyn, 2020

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Plejhjemmet Kongsgården
Kongsgårdsvej 6

8260 Viby J

CVR- eller P-nummer: 952701000016002

Dato for tilsynsbesøget: 28.05 2020

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord
Sagsnr.: 35-2511-184

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 1. marts 2020 modtaget en henvendelse fra Sundhed og Omsorg i Aarhus Kommune vedrørende bekymring for pleje- og behandlingsforholdene på Plejehjemmet Kongsgården. Styrelsen for Patientsikkerhed har yderligere fået viden til den konkrete sag via pressen.

På den baggrund har Styrelsen for Patientsikkerhed besluttet at fortage et reaktivt kombineret sundhedsfagligt tilsyn og ældretilsyn, for at konstatere, om patientsikkerheden og den fornødne kvalitet lever op til gældende lovgivning for henholdsvis sundhedsloven og servicelovens §§ 83 -87.

Ældretilsynet gennemføres med fuldt målepunktssæt.

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Kongsgården er en kommunale plejeenhed i Aarhus kommune område Viby/Højbjerg.
- Plejecenter Kongsgården har 60 almene boliger fordelt på tre afdelinger med 20 boliger i hver afdeling.
- Målgruppen på plejeenheden Kongsgården er ældre borgere med både somatiske, psykiske og kognitive funktionsevnedssættelser.
- Det er forstander Susanne E. Larsen og viceforstander Charlotte Tønning, som samarbejder omkring ledelsesansvaret for den samlede plejeenhed. Ledelseskonsulent Lene Lindhardt er i en periode tilknyttet ledelsen og er tilstede fast på Kongsgården.
- Forstander Susanne E. Larsen havde været ansat siden 14. april 2020, Viceforstander Charlotte Tønning havde været ansat den 1. maj 2020 og ledelseskonsulent Lene Lindhardt havde været ansat siden 1. februar 2020.
- I plejeenheden er ansat i alt 52 medarbejdere bestående af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, fysioterapeuter og ergoterapeut. Derudover er ansat aktivitetsmedarbejdere, ernæringsassistenter og rengøringsassistenter. Sygeplejerskerne er tilknyttet hver en afdeling og arbejder i dagvagt på hverdage. Plejeenheden er også uddannelsessted for elever.
- Plejeenheden har derudover ansat faste afløsere, som benyttes ved behov og i ferieperioder. Plejeenheden har udfordringer med rekruttering af personale inden for flere faggrupper af plejepersonale.
- Der var på tilsynsdagen fire vakante stillinger i opslag.
- Der er samarbejde med hjemmesygeplejen og det kommunale akut team, som kan tilkaldes ad hoc.
- Der er overlevering mellem alle vagtlag. Nattevagten har 1,5 times overlap og hjælper med morgen plejen hos borgerne samt giver mundtlig afrapportering til dagvagt.
- Der er daglig morgenmøde i alle tre grupper, hvor der informeres om ændringer hos borgerne og akutte opgaver.
- Der er daglig formiddagsmøde på alle tre afdelinger, hvor sygeplejersken er mødeleder og faciliterer faglig refleksion.
- Der er hver 3. måned fælles møde hvor fokus er på samarbejde.
- Der er timeout hver fredag, hvor der er informationer om ændringer i instrukser og vejledninger.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre journaler, som blev udvalgt tilfældigt på selve tilsynsdagen. Under journalgennemgang deltog en sygeplejerske fra hver af de tre afdelinger, en fysioterapeut, ledelsen samt fem konsulenter fra MSO i Aarhus Kommune.
- Der blev interviewet fire borgere. De havde givet samtykke til interview før tilsynet.
- Der blev interviewet tre pårørende.
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Forstander Susanne E. Larsen

- Viceforstander Charlotte Tønning
- Ledelseskonsulent Lene Lindhardt

- Der blev foretaget interview med seks medarbejdere
 - Social- og sundhedshjælpere
 - Social- og sundhedsassistenter
 - Ergoterapeut

- Der blev foretaget observation ved, at tilsynsførende hilste på to borgere og talte med medarbejdere. Tilsynsførende blev vist rundt i husets fysiske rammer.

- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til ledelsen, hvor også Sundhed- og omsorgschef Kirstine Markvorsen deltog.

- Tilsynet blev foretaget af: tilsynskonsulenterne Annalise Kjær Petersen og Jane Filtenborg Bjerregaard.

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.

Styrelsen for Patientsikkerhed har derfor ved afgørelse af 21. juli 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. Er påbuddet ikke længere offentliggjort, har Styrelsen for Patientsikkerhed efterfølgende konstateret, at påbuddet er blevet efterlevet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 28-05-2020 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, Procedurer og dokumentation og Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet der blev gjort fund i målepunkter inden for fem temaer i plejeenheden. Det var gennemgående ved journalgennemgang, at der var en utilstrækkelig og usystematisk dokumentationspraksis. Dokumentationen fremstod ikke opdateret og aktuell i forhold til borgernes behov for hjælp, pleje og omsorg, hvilket udmøntede sig i en manglede systematisk praksis i plejeenheden for arbejdet med opsporing, opfølgning og forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne.

Det er styrelsens vurdering, at det derfor ikke var alle relevante medarbejdere, der havde det fornødne indblik i borgernes ressourcer og udfordringer, og dermed manglede grundlaget for, at der i plejeenheden kunne ydes hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at der var manglende systematik angående dokumentation af og indhentning af borgernes eventuelle ønsker til livet afslutning.

Ved interview tilkendegav de udvalgte borgere og pårørende overordnet generel tilfredshed med den hjælp, pleje og omsorg, der blev ydet af plejeenheden.

Krav

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

- At borgerens selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv sikres bedst muligt, således at alle medarbejdere i dialogen med borgerne arbejder ud fra at medinddrage borgerne i udførelse af den daglige hjælp og pleje hos borgeren (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer, at der implementeres arbejdsgange for at tilbyde borgere og eventuel pårørende samtale om livets afslutning samt at medarbejdere kan fremfinde borgernes ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer, at aftaler indgået med pårørende eller nære relationer er dokumenteret (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom, og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer (målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer implementering af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber til systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbreds-tilstand (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgerens fysiske og psykiske funktionsevne og helbreds-tilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer at medarbejderne kender og følger fastlagte arbejdsgange og faglige metoder til forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgerens dokumentation (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens aktuelle ressourcer og udfordringer bliver beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgeren behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser bliver beskrevet (målepunkt 5.1)

- At plejeenheden sikrer, at borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb bliver dokumenteret (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser bliver systematisk dokumenteret (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 (målepunkt 6.1)
- At plejeenheden sikrer, at der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (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)
- At plejeenheden sikrer, at der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning bliver dokumenteret et formål med borgerens forløb (målepunkt 6.2)
- At plejeenheden sikrer, at ændringer i forhold til borgerens forløb løbende bliver dokumenteret (målepunkt 6.2)

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 21. juli 2020 udstedt påbud om, at plejeenheden inden fire uger fra afgørelsesdatoen skal rette op på de konstaterede forhold, se nærmere i den særskilte afgørelse herom.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen for Patientsikkerhed har fundet, at målepunkterne ikke var opfyldt under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at ved interview af tre ud af fire borgere fremgik det, at der ikke var tilbud om samtale vedrørende borgernes ønsker til den sidste tid. Ved gennemgang af dokumentationen kunne medarbejderne ikke fremfinde borgernes ønsker for den sidste tid. Medarbejderne redegjorde for, at det var personafhængigt, hvor oplysningerne blev dokumenteret, og derved fremstod dokumentationen ikke systematisk ved gennemgang af de tre journaler.

Der var en ud af fire borgere, der oplevede et stort forbrug af vikarer. Det havde indflydelse på, at borgeren ikke oplevede indflydelse og medinddragelse i, hvordan den daglige pleje skulle udføres.

Ledelsen redegjorde for, at der var igangsat en proces med implementering af ensartet dokumentationspraksis vedrørende borgernes ønsker til den sidste tid. Ligeledes var der fokus på hvordan der kunne tilbydes borgerne samtale om den sidste tid f.eks. i forbindelse med indflytningsamtale.

Overordnet følte borgerne sig inddraget og lyttet til i overensstemmelse med deres ønsker og vaner, og borgernes ønsker og vaner var beskrevet og fremgik systematisk ved gennemgang af dokumentationen.

Det er styrelsens vurdering, at manglende praksis for samtale om - og systematisk dokumentation af borgernes ønsker til den sidste tid, kan udgøre en risiko for, at ikke alle medarbejdere kan imødekomme borgernes ønsker rettidigt i forbindelse med pleje og omsorg i den sidste tid. Det er ligeledes afgørende, at borgerne

oplever at have indflydelse på eget liv og bliver inddraget i beslutninger, som har betydning for borgernes hverdagsliv og livskvalitet, for at den hjælp som ydes i plejeenheden har den fornødne kvalitet.

2. Borgernes trivsel og relationer

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

Vi har lagt vægt på, at de aftaler, der var med pårørende eller nære relationer, ikke var dokumenteret systematisk i den social- og plejefaglige dokumentation. Derudover var det ikke tydeligt for medarbejderne, hvor aftaler med pårørende og nære relationer skulle dokumenteres i omsorgsjournalen.

Yderligere har vi lagt vægt på, at ledelsen kunne redegøre for en igangsat proces, hvor der i plejeenheden var øget fokus på at understøtte borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende, samt rolleafklaring i forhold til "måltidsværter" og systematisk implementering af disse i plejeenheden i forbindelse med måltiderne.

De interviewede borgere og pårørende udtrykte generel tilfredshed med at bo på og komme i plejeenheden. Borgerne oplevede at få hjælp til at leve det liv, som de ønskede.

3. Målgrupper og metoder

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

Vi har lagt vægt på, at det ved gennemgang af den social- og plejefaglige dokumentation var gennemgående, at der ikke systematisk blev dokumenteret vedrørende borgernes funktionsevne og helbredstilstand. Tilsynet kunne konstatere, at de vurderinger der var af borgernes funktionsevne ikke var opdaterede og aktuelle i forhold til borgernes nuværende behov. Dermed fremgik grundlaget ikke i den social- og plejefaglige dokumentation i forhold til at sikre en systematisk opfølgning på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand, herunder også opfølgning på iværksatte afledte social- og plejefaglige indsatser i relation til borgernes behov.

Ledelsen og medarbejdere kunne mundtligt redegøre for en praksis, hvor plejeenheden arbejdede med at imødekomme borgernes behov, idet plejeenheden tilstræbte at tilrettelægge hjælpen ud fra kendskabet til borgernes vaner og ønsker. Ligeledes var der i plejeenheden en praksis for daglige tavlemøde, hvor der blev fulgt op ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand.

Ledelsen og medarbejdere oplyste om en praksis, hvor der kunne indhentes viden fra kommunens specialister inden for demensområdet. Denne mulighed blev anvendt, når der var borgere med kognitiv funktionsnedsættelse med særlige komplekse problemstillinger. Den faglig sparring med kommunens specialister bidrog til arbejdet med at forebygge magtanvendelse. Ved dokumentationsgennemgang konstaterede tilsynet, at der hos to borgere med kognitiv funktionsnedsættelse manglede fyldestgørende dokumentation af relevante socialpædagogiske tilgange i forbindelse med plejen af borgerne med specifikke problemstillinger.

Det er styrelsens vurdering, at den manglende systematiske dokumentation af borgernes aktuelle behov for hjælp, omsorg og pleje, indebar en væsentlig risiko for at udførelse af den relevante social- og plejefaglige omsorg blev for sporadisk og personafhængig, da der var et mangelfuldt grundlag for, at alle medarbejderne

skulle kunne udføre en individuel, sammenhængende og helhedsorienteret hjælp, omsorg og pleje til borgerne.

Det er desuden vores vurdering, at manglende dokumentation af aktuelle social- og plejefaglige tiltag kan have betydning for senere vurderinger af borgernes tilstand, da der er risiko for, at der opstår tvivl om, hvorvidt en ændring i funktionsevne og helbredstilstand er nyopstået eller ej. Dette kan medføre en forsinkelse i den forebyggende indsats, og deraf manglende pleje, omsorg og hjælp af fornøden kvalitet.

I målepunkt 3.2. er markeret punkt som ikke aktuelt, da der ved tilsynet ikke var borgere med beskrivelse i forhold til forebyggelse af magtanvendelse.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

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

Vi har lagt vægt på, at ledelsen oplyste, at der i plejeenheden var i gangsat en proces mhp. systematisk afklaring af plejeenhedens genelle kompetenceniveau samt opfølgning på de enkelte medarbejderes personlige kompetencer. Denne proces havde aktuel medført ansættelse af flere sygeplejemæssige kompetencer, ligesom ledelsen havde opslået stillinger i forhold til ansættelse af flere social- og sundhedsassistenter. Plejeenheden havde ved tilsynet vakante stillinger, da der var en generel udfordring med rekruttering af uddannede medarbejdere, særlig inden for faggruppen af social- og sundhedsassistenter. Det betød, at der i plejeenheden, ud over de ny tilkommende medarbejdere, var et forbrug af vikarer.

Ledelsen og medarbejdere oplyste, at den igangværende proces også havde betydet afgang af medarbejdere samt øget fokus på adfærd, tone og kultur i plejeenheden, både blandt medarbejderne og i forhold til borgerne. Vi konstaterede ved interview med borgere og pårørende samt ved observation, at der i plejeenheden var en respektfuld tone og adfærd under tilsynet.

Vi har også lagt vægt på, at ledelsen havde fokus på en systematik i forhold til at oplære nye medarbejdere i plejeenhedens opgaver, og i de værdier, som dannede grundlag for plejeenhedens indsatser hos borgerne.

5. Procedurer og dokumentation

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

Vi har lagt vægt på, at det var gennemgående i alle tre stikprøver, at der ikke var fyldestgørende dokumentation af social- og plejefaglige indsatser samt opfølgning og evaluering herpå.

Yderligere er der lagt vægt på, at medarbejderne kendte til plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, men ikke i tilstrækkelig grad fulgte denne praksis og dermed var den fastlagte dokumentationspraksis ikke fuldt implementeret i plejeenheden.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden skal sikre, at der sker den nødvendige dokumentation af alle involverede faggrupper. Det er endvidere vores vurdering, at dokumentationen i journalen skal afspejle borgerens ressourcer, udfordringer og ændringer i helbredstilstand eller behov. Ligesom den social- og plejefaglige dokumentation altid skal fremstå opdateret og aktuel i forhold til den enkelte borgers behov for at sikre en forsvarlig og sammenhængende social- og plejefaglig indsats til borgeren igennem hele døgnet.

6. Aktiviteter og rehabilitering

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

Vi har lagt vægt på, at borgere og pårørende ved interview gav udtryk for ikke at have kendskab til konceptet "borgerkonferencer" og inddragelse i forhold til målfastsættelse. Borgerkonference var det forum, som plejeenheden oplyste, hvor man arbejdede med at inddrage borger og evt. pårørende i forhold til mål for borgerens hjælp efter § 83.

Ledelsen og medarbejdere oplyste at man i plejeenheden, havde en praksis, hvor der blev arbejdet ud fra kommunens forløbsmodel i forhold til iværksættelse af tværfaglige indsatser i forhold til ændringer i borgerens ressourcer og behov. Det var den medarbejder, som var udpeget til at være borgerens forløbsansvarlige i samarbejde med borgerens kontaktperson, der var ansvarlige for at følge op på borgerens konkrete forløb.

Vi har herudover lagt vægt på, at plejeenheden arbejdede med den rehabiliterende tilgang med fokus på, at borgerne bevarede funktionsevne så længe som muligt, dette i tæt samarbejde med plejeenhedens faste terapeuter. Men ved stikprøve i forhold til en borger i et genoptræningsforløb, var der ikke dokumenteret et formål med borgerens træningsforløb samt ikke dokumenteret ændringer i forhold til borgerens forløb.

Det er styrelsens vurdering, at en manglende systematisk dokumentationen af borgernes træningsforløb udgør en risiko for, at inddragelse af relevante træningselementer i den daglige hjælp, pleje og omsorg, bliver for sporadisk og personafhængig, da der er et mangelfuldt grundlag for, at alle medarbejderne har kendskab til målene for genoptræningsforløbet.

Ledelsen og medarbejder oplyste, at man havde fokus på at motivere borgerne til at deltage i forskellige aktiviteter under hensyntagen til borgerens interesser. Under tilsynet foregik der en fællesaktivitet med sang, som en del borgere deltog i.

I målepunkt 6.1 er markeret punkter ikke aktuelt, da der var i plejeenheden ikke var borgere visiteret til § 83a rehabiliteringsforløb.

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		En ud af fire borgere oplevede ikke indflydelse og medinddragelse.
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		Tre ud af fire borgere oplevede ikke tilbud om samtale vedrørende ønsker til livets afslutning
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		Medarbejderne redegjorde for at oplysningerne om livets afslutning kunne fremfindes forskellige steder i dokumentationen. Dermed fremgik oplysningerne ikke systematisk i dokumentationen og kunne ikke fremfindes af medarbejderne.

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker	x			
	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov	x			

B	B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel	x			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at plejeenheden understøtter borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende, samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det	x			
C	C1. At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i borgernes behov og ønsker for udførelsen af omsorgen og plejen	x			
	C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres eventuelle pårørende og det omgivende samfund	x			
D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret		x		<p>I tre journaler ud af tre manglede beskrivelse af eventuelle aftale indgået med pårørende/nære relationer.</p> <ul style="list-style-type: none"> Eks.vis manglede beskrivelse hos en dement borger, at pårørende stod for økonomi.

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	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 funktionsevne-nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov	x			
C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	x			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer		x		<p>I to journaler ud af tre var manglefulde beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer.</p> <ul style="list-style-type: none"> Hos en borger med demens manglede beskrivelse af hvilken socialpædagogisk tilgang, der skulle anvendes til at motivere og skabe struktur i hverdagen for borgeren. Hos en anden borger med demens som anvendte alarm-og plejesystem ved gåtur manglede en fyldestgørende beskrivelse af proceduren vedrørende 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		Da det var gennemgåede i dokumentationen at borgernes helbredstilstand og funktionsevne ikke var opdateret og aktuelt, manglede grundlaget for at kunne arbejde systematisk med opsporing og opfølgning på ændringer hos borgere.

D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen		x		<p>I tre ud af tre journaler var ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand ikke opdateret og aktuel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • I en journal var mobilitet ikke vurderet hos en borger med manglende gå-funktion. • I en anden journal var vurderet at borger havde gangfunktion med hjælpemiddel, men borger havde aktuel ingen gangfunktion og var fast kørestolsbruger. • I en journal var mentale funktioner ikke vurderet hos borgeren, som havde kognitiv funktionsnedsættelse pga. en demenssygdom.
---	--	--	---	--	---

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	x			

	vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne				
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		Da det var gennemgåede i dokumentationen at borgernes behov for omsorg, pleje og hjælp ikke var opdateret og aktuel, manglede grundlaget for at kunne arbejde systematisk med forebyggende indsatser hos borgerne.
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet		x		<p>I tre ud af tre journaler var mangelfulde beskrivelser af de forebyggende indsatser.</p> <ul style="list-style-type: none"> • I en journal manglede beskrivelse af hvilken støtte medarbejder skulle give til borgeren i forbindelse med måltiderne for at forebygge overvægt. • I en anden journal manglede beskrivelse af de social- og plejemæssige tiltag, som medarbejderne skulle følge hos en borger med kendte tilfælde af hyperglykæmi. • I en tredje journal manglede beskrivelse af de social- og plejemæssige tiltag, som medarbejderne skulle yde hos en borger med kendte depression.

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		Den fastlagte dokumentationspraksis var ikke fuldt implementeret hos medarbejderne.
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		<p>I tre ud af tre journaler var der ikke opdaterede og fyldestgørende beskrivelser i forhold til borgernes aktuelle ressourcer og behov.</p> <ul style="list-style-type: none"> • I en journal var borgerens udfordringer vedrørende mobilitet ikke vurderet og beskrevet. • I en anden journal var beskrevet at borgeren havde gangfunktion med hjælpemiddel, men borgeren havde faktisk ingen gangfunktion og var fast kørestolsbruger. • I en tredje journal var borgerens mestringssevne ikke beskrevet, og borgeren havde kognitiv funktionsnedsættelse pga. en demenssygdom og manglende orienteringsevne.
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet		x		I tre ud af tre journaler var mangelfulde beskrivelser af afledte social- og plejefaglige indsatser.

					<ul style="list-style-type: none"> • I en journal manglede beskrivelse de social- og plejefaglige indsatser vedrørende borgerens behov for hjælp og støtte i forbindelse med ernæring i relation til sin sygdom med diabetes. • I en anden journal manglede beskrivelse af de social- og plejemæssige indsatser, som medarbejderne skulle følge hos en borger med kendte tilfælde af hyperglykæmi. • I en tredje journal manglede en fyldestgørende beskrivelse af proceduren vedrørende hjælp til en borger med demens, som anvendte alarm- og plejesystem ved gåtur.
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret		x		Gennemgående var borgernes mål ikke opdaterede og aktuelle i dokumentationen.
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede		x		<p>Medarbejdere og ledelsen redegjorde for manglede systematik i registreringen af afvigelser, hvilket betød at man ikke kun fremfinde og følge et samlet forløb.</p> <p>I en journal ud af tre var der ikke registreret afvigelse fra de</p>

					<p>social- og plejefaglige indsatser.</p> <ul style="list-style-type: none"> Eks. vis var der i en periode ikke foretaget registrering i forhold til faste intervaller for vægtmåling, uden at der var beskrivelse af en begrundelse for denne afvigelse.
--	--	--	--	--	--

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		De interviewede borgere og pårørende havde ikke kendskab til konceptet "borgerkonference" og dermed heller ikke en oplevelse af medinddragelse i målfastsættelse.
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeheden 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 (§83)		x		Gennemgående var mål for personlig og praktisk hjælp ikke opdaterede og aktuelle i dokumentationen.

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	Ikke muligt at interviewe borgeren pga. kognitiv funktionsnedsættelse og dårlige dansk sprogkendskab.
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgers forløb	x		
C	At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos		x	Hos en borger i et aktuelt træningsforløb havde medarbejderne ikke kendskab

	disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg				til målene for forløbet og kunne dermed ikke redegøre for, hvorledes der blev inddraget trænings-elementer i den daglige hjælp, pleje og omsorg til borgeren.
D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb		x		Hos en borger i et aktuelt træningsforløb var der ikke dokumenteret et formål med forløbet.
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret		x		Hos en borger i et aktuelt træningsforløb blev der ikke løbende dokumenteret mulige ændringer til forløbet.

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