



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Ældretilsynet Tilsynsrapport for Gedvedhus

Reaktivt tilsyn, 2021

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Gedvedhus
Kirkevej 5
8751 Gedved

P-nummer: 1016239123

Dato for tilsynsbesøget: 02-03-2021

Tilsynet blev foretaget af: STPS, Tilsyn og Rådgivning Nord
Sagsnr.: 35-2511-247

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed var den 27. oktober 2020 på et uvarslet kombineret ældre- og sundhedsfagligt tilsyn hos Gedvedhus på baggrund af modtaget bekymringshenvendelse.

Styrelsen vurderede på baggrund af de oplysninger, der fremkom ved ældretilsynsbesøget den 27. oktober 2020, at der var grundlag for at udstede et påbud til Gedvedhus om følgende:

1. At plejeenheden skal sikre borgernes selvbestemmelse og livskvalitet, trivsel og relationer, herunder:

a) at sikre, at der i plejeenheden er en praksis for at tilbyde borgerne samtale om ønsker til den sidste tid (målepunkt 1.2)

b) at sikre, at pårørende så vidt muligt inddrages og lyttes til i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov (målepunkt 2.1)

2. At plejeenheden skal sikre, at plejeenhedens dokumentationspraksis understøtter, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet, herunder:

a) at sikre, at borgernes vaner og ønsker er indhentet og beskrevet (målepunkt 1.1)

b) at sikre, at aftaler med pårørende og nære relationer, som er af betydning for borgerne er beskrevet i dokumentationen (målepunkt 2.1)

c) at det sikres, at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser findes beskrivelser af socialpædagogisk tilgang til hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer (målepunkt 3.1)

d) at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af borgernes dokumentation (målepunkt 3.3)

e) at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgernes dokumentation (målepunkt 3.4)

f) at der forefindes beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger (målepunkt 5.1)

g) at det sikres, at der i plejeenheden implementeres en dokumentationspraksis omkring de social- og plejefaglige indsatser samt afvigelser herfra (målepunkt 5.1)

h) at borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser samt at borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er beskrevet (målepunkt 5.1)

3. At plejeenheden skal sikre, at plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver, herunder:

a) at samtlige medarbejdere kender og anvender faglige metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgerne (målepunkt 4.1)

4. At plejeenheden skal sikre den fornødne indsats i forhold til borgernes genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb hos relevante borgere, herunder:

a) at borgerne og evt. pårørende – i videst mulige omfang – oplever at blive inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (målepunkt 6.1)

b) at plejeenheden kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (målepunkt 6.1)

c) at det sikres, at medarbejderne kender og følger arbejdsgange for gennemførelse af helhedsorienteret og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål for træningsforløbet, målfastsættelsen for den personlige og praktiske hjælp og for hvordan de, hos de relevante borgere, inddrager trænings elementer og aktiviteter i den daglige hjælp, omsorg og pleje (målepunkt 6.1 og 6.2)

Tilsynet den 2. marts 2021 er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet.

Styrelsen for Patientsikkerhed har gennemført det opfølgende ældretilsyn ud fra samtlige målepunkter.

Ved det opfølgende ældretilsyn den 2. marts 2021 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

- 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 Marie 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 borgere på plejeenheden, som er tilknyttet lægen, 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 tilfældigt udvalgt på tilsynsdagen
- Der blev interviewet to borgere
- Der blev interviewet tre pårørende over telefon grundet COVID-19 situationen
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Områdeleder for plejeboliger Hanne Reinholt
 - Plejhjemsleder Marie Brinch Christensen
 - Sygeplejerske
 - Implementeringskonsulent
- Der blev foretaget interview med tre medarbejdere
 - Ufaglært medarbejder i midlertidig ansættelse
 - Social- og sundhedshjælper
 - Sygeplejerske
- Der blev foretaget observation ved, at tilsynsførende besøgte borgerne i deres boliger samt bevægede sig rundt i plejeenheden

- Afsluttende opsamling på ældretilsynet blev givet til områdeleder for plejeboligerne Hanne Reinholt, plejehjemsleder Marie Brinch Christensen og udvalgte medarbejdere
- Tilsynet blev foretaget af: tilsynskonsulent Jane Filtenborg Bjerregaard og Mary-Ann Steenbryggen Christiansen

3. Vurdering og sammenfatning

Konklusion

På baggrund af opfølgende reaktivt tilsyn den 2. marts 2021 på plejehjemmet Gedvedhus er det Styrelsen for Patientsikkerheds samlede vurdering, at der i plejeenheden er mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet. Der var enkeltstående fund under temaet *Målgrupper og Metoder*, men Styrelsens generelle indtryk var, at plejeenheden generelt fremstod som velorganiseret med relevante procedurer og at plejeenheden vil være i stand til at rette op på de anførte mindre problemer ud fra den rådgivning, der blev givet under tilsynet og ved at følge handleplanen som plejeenheden havde udarbejdet.

Det er styrelsens samlede vurdering, at der på den baggrund er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet og at påbuddet af den 21. december 2020 derfor ophæves og erstattes af en henstilling om, at plejehjemmet Gedvedhus 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.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 2. marts 2021 vurderet, at plejeenheden Gedvedhus indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Det er styrelsens samlede vurdering, at der i plejeenheden Gedvedhus er mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet.

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet alene blev fundet målepunkter under temaet: *Målgrupper og metoder*, som ikke var opfyldt.

Det fremkom tydeligt i dokumentationen, at plejeenheden havde arbejdet ud fra den handleplan som forinden tilsynet var fremsendt til styrelsen, dog var der i to ud af tre omsorgsjournaler enkeltstående mangler i forhold til at sikre sammenhæng mellem de forskellige faglige beskrivelser i de omhandlede borgeres funktionsevne, helbredstilstande og besøgsplaner.

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget en handleplan fra plejeenheden efter tilsynsbesøget den 27. oktober 2020. Vi konstaterede under tilsynet den 2. marts 2021, at der fortsat er enkelte forhold, hvor påbuddet endnu ikke er efterlevet under målepunkt 3.1. Vi vurderer, at der er tale om enkeltstående fund, og at der derfor er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet. Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden vil være i stand til at rette op på de anførte problemer ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet og ved at følge den handleplan som plejeenheden havde udarbejdet.

Under tilsynet var ledelse og medarbejdere lydhøre og reflekterende i forhold til den vejledning, der blev givet, for fremadrettet at kunne sikre systematik og sammenhæng i relation til den social- og plejefaglige dokumentation.

Derudover er det styrelsens vurdering, at plejeenheden generelt fremstod som velorganiseret med relevante procedurer.

De interviewede borgere og pårørende gav udtryk for generel tilfredshed med den hjælp, pleje og omsorg, som blev ydet af plejeenheden.

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

- 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)

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Vi har vurderet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. Vi har i vurderingen lagt vægt på, at medarbejderne ved dokumentationsgennemgangen kunne redegøre for, hvor i den social- og plejefaglige dokumentation, at borgernes evt. ønsker til den sidste tid var beskrevet. Der var implementeret en praksis i forbindelse med den årlige gennemgang for at tilbyde borgerne, og evt. pårørende der blev inddraget efter borgernes ønsker, en samtale om ønsker til den sidste tid.

De interviewede borgere gav udtryk for at opleve selvbestemmelse og blive inddraget i beslutninger i forhold til borgernes hverdagsliv. Plejeenheden redegjorde for en praksis, hvor hjælp, pleje og omsorg blev tilrettelagt med afsæt i imødekommelse af borgernes ønsker og vaner bedst mulig, hvilket skulle medvirke til at understøtte borgernes mulighed for selvbestemmelse og livskvalitet. Tilsynet fandt, at borgernes ønsker og vaner var beskrevet i tre ud af tre stikprøver. Det var dog ikke entydigt i omsorgsjournalerne, om borgernes ønsker og vaner var beskrevet under Livshistorien og eller under generelle oplysninger. Medarbejderne kunne redegøre for de konkrete borgerforløb.

Ved tilsynet blev observeret, at selvbestemmelse og værdighed blev understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden

2. Borgernes trivsel og relationer

Vi har vurderet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at de interviewede borgere og pårørende gav udtryk for at opleve, at borgerne fik hjælp til at leve det liv, som de

ønskede. Der var en pårørende, som under interview gav udtryk for manglende status på borgerens ophold. Plejeenheden redegjorde for igangsættende praksis med fokus på at skabe løbende kontakt imellem de pårørende og kontaktpersonen for at sikre inddragelse af de pårørende, der hvor borgerne ønsker at pårørende blev inddraget.

Der var i plejeenheden gjort forskellige tiltag med henblik på at etablere samarbejdet med borgere og pårørende om at sikre en god tilværelse i plejeenheden, eksempelvis gennem arbejdet med kombi rådet. Dermed understøttede plejeenhedens praksis den enkelte borgers trivsel og relationer til pårørende og det omgivende samfund.

3. Målgrupper og metoder

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

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at der ved stikprøve i omsorgsjournalerne hos to borgere med kognitive funktionsnedsættelser, var enkeltstående mangler i beskrivelsen af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer f.eks. hvordan der skulle guides i forbindelse med morgen plejen. Under tilsynet blev drøftet den fortsatte proces jvf. den udarbejdede og til styrelsen fremsendte handleplan, i forhold til at sikre fokus på "den røde tråd" imellem de faglige beskrivelser, funktionsevne, helbredstilstande og besøgsplan hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser således, at enhver medarbejder ville kunne udføre relevant hjælp, omsorg og pleje af borgerne ud fra beskrivelserne i dokumentationen.

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 funktions- evnetab og forringet helbred. Der var f.eks. implementeret et lommekort og der var fokus på ændringerne og iværksættelse af relevante forebyggende tiltag ved gennemgang på tavlemøderne. Der var dagligt tavlemøde med alle medarbejdere i forhold til gennemgang af ændringer i borgeres helhedssituation. Dette møde var udvidet en gang om ugen til at omfatte udvalgte borgeres helhedssituation. Tilsynet har ydermere 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 fx, 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 under dette tema var opfyldt.

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at plejeenheden fremstod med de nødvendige kompetencer og en organisering, der understøttede varetagelse af plejeenhedens kerneopgaver.

Plejeenheden kunne redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for vikarer, med en arbejdsgang i forhold til eksterne vikarer, hvor plejeenhedens praksis var at printe døgnrytmeplaner og medicinlister hos de enkelte borgere. De interne og eksterne vikarer havde adgang til omsorgsjournalen og det var muligt med vikarkoder, at dokumentere og orientere sig om borgerens nuværende situation.

5. Procedurer og dokumentation

Vi har vurderet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at det var gennemgående i alle tre omsorgsjournaler, at borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje var afdækket. Ligesom borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer var beskrevet i de specifikke faglige mål. Her fremgik det, at borgerne havde været med til at fastsætte målsætningen. De social- og plejefaglige indsatser skulle fremadrettet evalueres i forhold til de specifikke faglige mål. Der var ikke på nuværende tidspunkt lavet opfølgninger på de specifikke faglige mål, idet der ikke var observeret afvigelser.

Ledelsen tilkendegav under tilsynet, at alle borgernes omsorgsjournaler var opdateret. Ligesom medarbejderne havde gennemgået undervisning i dokumentation og en dokumentationspraksis var blevet implementeret. Medarbejderne tilkendegav, at undervisningen og sidemands oplæringen havde stor betydning for forståelsen af sammenhængen i den social- og plejefaglige dokumentation. Implementeringskonsulenten skulle fremadrettet have løbende fokus på området i samarbejde med ledelsen. Ligesom der ville være opfølgning med journalaudit hver 3. måned, for at sikre implementering i forhold til den fremadrettede dokumentationspraksis.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Vi har vurderet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt.

Vi har i vurderingen lagt vægt på, at de interviewede borgere og pårørende gav udtryk for at borgerne fik den hjælp, pleje og omsorg, som de havde behov for og ønskede. Ligeledes oplevede de mulighed for at kunne vedligeholde deres nuværende funktioner samt deltage i meningsfulde aktiviteter, der understøttede deres behov og interesser. Der var en pårørende, der savnede dialog om brugen af klippekort.

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. Ledelsen redegjorde for, at der ikke var praksis for i kommunen, at tilbyde korte rehabiliteringsforløb efter § 83a når borgeren var i plejebolig. Derfor er målepunkterne markeret som uaktuelt.

Plejeenheden havde ikke et formaliseret samarbejde med kommunens fysioterapeuter, der var organiseret under en anden ledelse, 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. Der var ikke ved tilsynet borgere i træningsforløb, hvorfor det er markeret som uaktuelt i målepunkterne.

Under tilsynet blev den generelle praksis drøftet for at sikre samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere, der varetog træningsforløb således, at der var kontinuerligt fokus på træningsmål og understøttelse/inddragelse af træningselementer i hverdagen. Der var blevet implementeret en arbejdsgang for den tværfaglige dialog med de eksterne samarbejdspartnere en gang om måneden, for at understøtte borgerens træning i hverdagen, samt at medarbejderne fik mulighed for sparring i de konkrete forløb.

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		I to ud af tre omsorgsjournaler manglende beskrivelse af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer. Hos en borger var der mangelfuld beskrivelse af guidning i forbindelse med den daglige personlige morgen pleje.

					Hos anden borger manglede opdatering omkring brugen af GPS. Medarbejderne kunne tydelig redegøre for de konkrete forløb.
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, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	X			
C	At medarbejderne kender og arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	X			
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen	X			

3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje til borgeren er rettet mod forebyggelse af uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
B	At ledelsen kan gøre rede for plejeenhedens arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet	X			

Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver	X			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere	X			
	A.3 At ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer	X			
B	At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen	X			

Tema 5: Procedurer og dokumentation

5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne	X			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats	X			

B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation	X			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger	X			
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet	X			
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret	X			
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede	X			

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

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

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer	
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet (§83a)			X	
	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 (§83)	x			

6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet			X	
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgeres forløb	X			
C	At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg			X	
D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb			X	

	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret			X	
--	---	--	--	---	--

6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for dem	X			
	A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgere tilknyttet plejeenheden og eventuelt pårørende bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger	X			
C	C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter	X			
	C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter	X			

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