



Ældretilsynet Tilsynsrapport Kommunal Leverandør Område Øst Reaktivt tilsyn, 2021

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

**Ældretilsynet
Tilsynsrapport
Kommunal Leverandør Område Øst
c/o Sandmarksbo, Sandmarksbo 3**

4600 Køge

CVR- eller P-nummer: 1017830682

Dato for tilsynsbesøget: 28. juni 2021

*Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 35-2511-282*

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte d. 1. juli 2020 et påbud til Kommunal Leverandør Område Øst, med følgende indhold:

Styrelsen for Patientsikkerhed giver på baggrund af tilsynsbesøg den 4. februar 2020 et påbud til Kommunal Leverandør Område Øst, Køge om:

1. Plejeenheden sikrer en dokumentationspraksis, der understøtter, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet, herunder:

a) At plejeenheden sikrer en praksis, hvor der hos borgere med nedsat kognitive funktionsevner (herunder demens, psykisk sygdom og/eller misbrug) forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer (målepunkt 3.1)

b) At plejeenheden sikrer en praksis, hvor ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)

c) At plejeenheden sikrer en praksis, hvor social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred er beskrevet (målepunkt 3.4)

d) At plejeenheden sikrer en praksis, hvor vikarer har adgang til den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 4.1)

e) At ledelsen fastlægger, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsatser (målepunkt 5.1)

f) At plejeenheden sikrer en praksis for, at borgerens aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet (målepunkt 5.1)

g) At plejeenheden sikrer, at borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket og at afledte social- og plejefaglige indsatser bliver beskrevet (målepunkt 5.1)

h) At plejeenheden sikrer en praksis for, at borgernes mål for personlig og praktisk hjælp bliver beskrevet (målepunkt 5.1)

i) At plejeenheden sikrer en praksis for, at interne samarbejdspartners beskrivelse af rehabiliteringsforløb samt fastsatte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte kan fremfindes i omsorgsjournalen (målepunkt 6.1)

Styrelsen var den 3. december 2020 på opfølgende reaktivt tilsyn, hvor styrelsen vurderede, at der fortsat var tale om større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, da fundet vedrørende vikarernes

manglende adgang til omsorgsjournalen, der blev gjort i temaet Organisation, ledelse og kompetencer ved tilsynet d. 4. februar 2020, ikke var blevet udbedret.

Eftersom problemstillingen med vikarers manglende adgang til omsorgsjournalen vedrørte såvel autoriserede som ikke autoriserede sundhedspersoner i alle vagtlag, vurderede vi, at det har betydning for den fornødne kvalitet af hjælp, pleje og omsorg i plejeenheden. Teamleder i plejeenheden fortalte, at der var gjort opmærksom på problematikken, vedrørende vikarers manglende adgang til omsorgsjournalen, i organisationen (Køge Kommune). Der var ikke taget initiativ til at løse problematikken i organisationen, og der var derfor ikke nogen plan for, hvordan denne skulle løses i plejeenheden.

Styrelsen anerkendte ved tilsynet den 3. december 2020, at plejeenheden havde arbejdet målrettet med forbedring af den fornødne kvalitet på øvrige fund gjort på tilsyn den 4. februar 2020. Der blev således ikke gjort nogen fund ved tilsynet den 3. december 2020 ud over fund i tema 4, som er beskrevet i ovenstående.

Tilsynet den 28. juni 2021 er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet.

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet den 28. juni 2021 på plejeenhedens organisering, ledelse og kompetencer samt dokumentationspraksis i forhold til nedenstående temaer, som var omfattet af påbuddet af 1. juli 2020 .

- Tema 4 Organisation, ledelse og kompetencer
 - 4.1 Organisation, ledelse og kompetencer
- Tema 5 Procedurer og dokumentation
 - 5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Kommunal Leverandør Område Øst, Køge yder social- og plejefaglig hjælp til cirka 360 borgere
- Den daglige ledelse varetages af to konstituerede teamledere: Linda Blæsbjerg og Desiree Petersen
- Plejeenheden er en del af den samlede kommunale leverandør af hjemmepleje i Køge Kommune, som består af otte hjemmeplejegrupper, herunder en aftenvagtgruppe. Aftenvagtgruppen er organiseret i Område Øst
- Hjemmesygeplejen er en integreret del af plejeenheden
- Der er ansat 70 faste medarbejdere i teamet
- De faste medarbejdere og afløserne har en faglig baggrund som social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker
- En teamkoordinator for sygeplejerskerne har ansvar for koordinering af de sygeplejefaglige opgaver i plejeenheden
- Der er samarbejde med kommunens udekørende rehabiliteringsteam i forbindelse med borgernes behov for rehabiliteringsforløb. Ligeledes samarbejdes med kommunens fysio- og ergoterapeuter, visitationen, dagcentre med flere.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre omsorgsjournaler
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Teamleder Linda Blæsbjerg
 - Konstitueret teamleder og sygeplejeleder Desiree Petersen
 - Leder af sygeplejen og hjemmeplejen Betina Arendt
- Der blev foretaget interview med tre medarbejdere sammen med ledelsen
 - Team koordinator
 - Social- og sundhedsassistent
 - En afløser (sygeplejerskestuderende)
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til ledelsen samt medarbejderne
- Tilsynet blev foretaget af: Tilsynskonsulent Trine Gisselmann Andersen og specialkonsulent Anne Sophie Laage

3. Vurdering og sammenfatning

Konklusion

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte den 1. juli 2020 et påbud til Kommunal Leverandør Område Øst Køge på baggrund af fund gjort på tilsynsbesøg den 4. februar 2020. Styrelsen var på opfølgende tilsyn den 3. december 2020, hvor styrelsen konstaterede, at plejeenheden havde arbejdet målrettet med at sikre den fornødne kvalitet, men at ikke alle forhold omfattet af påbuddet var efterlevet, hvorfor styrelsen fastholdte påbuddet ved afgørelse af 29. marts 2021. Styrelsen har på denne baggrund været på et opfølgende reaktivt tilsyn den 28. juni 2021 med henblik på vurdering af om påbuddet i sin helhed er blevet efterlevet af Kommunal Leverandør Område Øst Køge.

På baggrund af det opfølgende reaktive tilsyn den 28. juni 2021 hos Kommunal Leverandør Område Øst Køge, er det Styrelsen for Patientsikkerheds samlede vurdering, at Kommunal Leverandør Område Øst Køge siden udstedelse af påbuddet har arbejdet målrettet med indsatserne, som var omfattet af påbuddet.

Styrelsen kunne ved det opfølgende reaktive tilsyn den 14. juni 2021 konstatere, at der i plejeenheden ikke er problemer af betydning for den fornødne kvalitet i henhold til hjælp, omsorg og pleje, jf. servicelovens §§ 83-87, og at påbuddet derfor i sit hele er efterlevet af Kommunal Leverandør Område Øst Køge.

Påbuddet af den 1. juli 2020 ophæves derfor.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 28. juni 2021 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at målepunkterne under temaerne *Organisation, ledelse og kompetencer*, samt *Procedurer og dokumentation* alle var opfyldt.

Vi har i vores vurdering lagt vægt på, at plejeenheden siden påbuddet blev givet, har arbejdet målrettet med indsatserne omfattet af påbuddet. Plejeenheden havde på baggrund af tilsynet d. 3. december 2020 og det

efterfølgende fastsatte påbud iværksat indsatser, der satte alle medarbejdere, både fast personale samt afløsere, i stand til at varetage dokumentationen i omsorgsjournalen, herunder planlægning af en sammenhængende hjælp i relation til de borgere, hvor de varetog personlig pleje, omsorg og praktisk hjælp jf. serviceloven. Det er således styrelsens vurdering, at medarbejderne nu havde adgang til den nødvendige viden og mulighed for at dokumentere i omsorgsjournalen, hvilket vi vurderer, havde betydning for den fornødne kvalitet af hjælp, pleje og omsorg i plejeenheden.

Plejeenheden havde opnormeret på ledelsesområdet og havde opslået to teamlederstillinger mod før en i Kommunal Leverandør Område Øst. De to teamledere havde ansvaret for den daglige ledelse.

Vi har lagt vægt på, at plejeenhedens tværfaglige organisering understøttede kerneopgaverne, idet der var en tydelig ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, elever/studerende og vikarer. Medarbejderne havde de nødvendige kompetencer og fulgte ansvars- og opgavefordelingen. Vi har ligeledes lagt vægt på, at plejeenheden havde arbejdsgange og metoder, der sikrede en rehabiliterende tilgang og sammenhængende indsatser i plejen af borgerne.

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

Tema 4

Organisation, ledelse og kompetencer

Vi vurderer, at målepunktet var opfyldt under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at plejeenhedens tværfaglige organisering understøttede kerneopgaverne, idet der var en tydelig ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, elever/studerende og vikarer. Medarbejderne havde de nødvendige kompetencer og fulgte ansvars- og opgavefordelingen.

Vi har også lagt vægt på, at ledelsen havde fokus på arbejdet med rekruttering af nye medarbejdere, ligesom plejeenheden havde en systematik i forhold til, at oplære nye medarbejdere i plejeenhedens opgaver og i de værdier, som dannede grundlag for plejeenhedens indsatser hos borgerne. Plejeenheden havde desuden opnormeret på ledelsesområder og ansat to nye konstituerede ledere i plejeenheden. Enheden var organiseret med faste sygeplejersker, og der blev arbejdet i miniteams for at sikre kontinuiteten i plejen for borgeren. Alle afløsere blev oplært til at køre alle ruter, sådan at de havde et kendskab til alle borgere.

Tema 5

Procedurer og dokumentation

Vi vurderer, at målepunktet var opfyldt under dette tema.

Plejeenheden har på baggrund af tilsynet d. 3. december 2020 og det efterfølgende fastsatte påbud iværksat indsatser, der satte alle medarbejdere, både fast personale samt afløsere, i stand til at varetage dokumentationen i omsorgsjournalen, herunder planlægning af en sammenhængende hjælp i relation til de borgere, hvor de varetog personlig pleje, omsorg og praktisk hjælp jf. Serviceloven.

Vi har lagt vægt på, at plejeenheden nu havde en fastlagt praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, som understøttede sammenhængende indsatser. Der havde været iværksat praktisk oplæring af alle medarbejderne i forhold til opgaver og ansvar relateret til dokumentation.

Medarbejderne fulgte den fastlagte dokumentationspraksis. Borgernes behov for social- og plejefaglige indsatser var afdækket, og der var handlingsanvisende og opdaterede planer for den daglige hjælp, pleje og omsorg ligesom afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser nu fremgik af omsorgsjournalerne.

Vi har også lagt vægt på, at det var tydeligt for alle medarbejdere, hvornår, hvor og hvordan de skulle dokumentere, og hvordan den nødvendige viden blev delt mellem medarbejderne.

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			Opfyldt ved tilsyn den 4. februar 2020
B	At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgeres livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	X			Opfyldt ved tilsyn den 4. februar 2020
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			Opfyldt ved tilsyn den 4. februar 2020
D	At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker	X			Opfyldt ved tilsyn den 4. februar 2020
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden	X			Opfyldt ved tilsyn den 4. februar 2020

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			Opfyldt ved tilsyn den 4. februar 2020
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet	X			Opfyldt ved tilsyn den 4. februar 2020
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning	X			Opfyldt ved tilsyn den 4. februar 2020
C	C1. At relevante medarbejdere kan redegøre for udførelse af pleje af borgere ved livets afslutning	X			Opfyldt ved tilsyn den 4. februar 2020
	C2. At medarbejdere kan redegøre for, hvordan de fremfinder borgernes ønsker til livets afslutning	X			Opfyldt ved tilsyn den 4. februar 2020

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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov	X			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
B	B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel	X			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020

	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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
	C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres eventuelle pårørende og det omgivende samfund	X			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret	X			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020

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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020

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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020

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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse	X			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020

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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen	X			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020

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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020

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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet	X			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020

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 indsætter	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 indsætter 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 indsætter 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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
	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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	X			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
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			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet (§83a)	X			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020

	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne (§83a)	X			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	X			Opfyldt ved tilsyn den 3. december 2020

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			Opfyldt ved tilsyn den 4. februar 2020
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			Opfyldt ved tilsyn den 4. februar 2020
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			Opfyldt ved tilsyn den 4. februar 2020
D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb	X			Opfyldt ved tilsyn den 4. februar 2020
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret	X			Opfyldt ved tilsyn den 4. februar 2020

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			Opfyldt ved tilsyn den 4. februar 2020
	A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter	X			Opfyldt ved tilsyn den 4. februar 2020
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			Opfyldt ved tilsyn den 4. februar 2020
C	C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter	X			Opfyldt ved tilsyn den 4. februar 2020
	C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter	X			Opfyldt ved tilsyn den 4. februar 2020

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