



Ældretilsynet tilsynsrapport Hjemmeplejen Løkken

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Hjemmeplejen Løkken
Brændingen 8
9480 Løkken

CVR- nummer: 29189382 P-nummer: 1018179853 SOR-ID: 971731000016004

Dato for tilsynet: 07-07-2022

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Vest

Sagsnr.: 35-2511-398

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Hjemmeplejen Løkken er en kommunal plejeenhed i Hjørring kommune. Plejeenheden udfører personlig pleje og praktisk bistand hos ca. 270 borgere.
- Den daglige ledelse varetages af afdelingsleder Charlotte Munk.
- Hjemmeplejen Løkken er opdelt i to teams i det geografiske område. Der er tilknyttet hjemmesygeplejerske til de enkelte teams som mødes dagligt, hvor særlige problemstillinger drøftes og handles på. Der afholdes tværfaglige konferencer 1 x ugentlig i hvert tema for dagvagter og 1 x månedligt for aftenvagtteamet.
- Der er ansat ca. 70 medarbejdere inden for faggrupperne, social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistenter, ergoterapeut, sygeplejersker som er teamkoordinatorer og ca. 7 uddannet.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet to pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Charlotte Munk, afdelingsleder
 - Susanne Damgaard, områdeleder
 - Dorthe Korsgaard, faglig leder hjemmeplejen
 - Carina Johansen, faglig leder sygeplejen
 - Birgitte Schön, kvalitets- og udviklingskonsulent
 - Ditte Vase, Myndighedskoordinator
- Der blev foretaget interview med seks medarbejdere
 - social- og sundhedsassistenter
 - social- og sundhedshjælper
 - ergoterapeuter
- Der blev foretaget observation ved, at de tilførende besøgt borgerne i eget hjem
- Tilsynet blev foretaget af:
 - Annalise Kjær Petersen, tilsynskonsulent
 - Jane Filtenborg Bjerregaard, tilsynskonsulent

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget bemærkninger til de faktuelle forhold i rapporten ved rørende organiseringen i plejeenheden. Bemærkningerne er skrevet ind i rapporten under "Oplysninger om plejeenheden", men det giver ikke anledning til at ændre vores vurdering. Vi afslutter dermed tilsynet."

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 07-07-2022 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet var uopfyldte målepunkter under temaerne:

Selvbestemmelse og livskvalitet

Målgrupper og metoder

Procedurer og dokumentation

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet iden hjælp, pleje og omsorg, som der blev ydet af plejeenheden.

Vi har i vurderingen lagt vægt på, at plejeenheden ikke havde en fast praksis for, hvornår og hvordan borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning blev indhentet. Det er vores vurdering, at en manglende systematisk praksis for at tilbyde borgerne samtaler om deres eventuelle ønsker til den sidste tid, udgør en risiko for, at det bliver personafhængigt om plejeenheden får understøttet borgernes selvbestemmelse og medindflydelse igennem hele livsforløbet. Der var ikke overordnet i kommunen taget stilling til en systematisk praksis for, hvor oplysningerne om borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning skulle fremgå af den social- og plejefaglige dokumentation, så alle medarbejdere havde mulighed for at imødekomme borgernes ønsker til livets afslutning og understøtte selvbestemmelsen.

Vi har yderligere lagt vægt på, at der i to omsorgsjournaler var mangelfulde beskrivelser af de social- og plejefaglige indsatser med henblik på de forebyggende tiltag samt opfølgning herpå. Der var hos en borger ikke foretaget vurdering og der manglede beskrivelse af den ændrede mobilitet og deraf smerter på sideflade og

haleben samt hvilke forebyggende indsatser, der var relevante i den konkrete situation. Vi har yderligere tillagt det vægt, at det var enkelstående fund i den social- og plejefaglige dokumentation, men at plejeenheden generelt fremstod som velorganiseret, havde systematiske arbejdsgange og en praksis, hvor man arbejdede tværfagligt og systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes tilstand. Herunder også arbejdet med de forebyggende indsatser, ligesom der var tværfagligt samarbejde i forhold til træning og den rehabiliterende tilgang med henblik på at vedligeholde og om muligt forbedre borgernes funktionsevne.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for den fastlagte praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, hvem der har ansvaret for at dokumentere, og hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne. Vi konstaterede, at de faglige beskrivelser vedrørende hjælp, omsorg og pleje var dokumenteret, men medarbejderne tilkendegav under tilsynet, at de ikke ville have mulighed for at fremfinde de relevante og forskellige faglige beskrivelser af borgernes behov. Ligesom der internt i kommunen ikke var arbejdsgange i praksis, der understøttede at medarbejderne, der udførte personlig og praktiske bistand hos borgerne fik de relevante oplysninger i forhold til de forskellige faglige udredninger, når der for eksempel var indsatser med talepædagog, hjerneskadekoordinator, diætist, hjælpemiddeltherapeut mv. Det var således ikke entydigt for den enkelte medarbejder, hvor de forskellige faglige informationer skulle dokumenteres eller fremfindes. Dermed er der risiko for at den fornødne kvalitet af hjælp, pleje og omsorg bliver for sårbar og personafhængig i forhold til de enkelte medarbejders viden om borgernes behov for hjælp, pleje og omsorg. Det er vores vurdering, at plejeenheden ikke selvstændig kan udbedre denne problematik og kommunen udbedes i særskilt brev, om at redegøre for den fremadrettede løsning af problematikken. Der er oprettet et administrativt tilsyn overfor kommunen vedrørende denne problematik. Fund i målepunkt 5.1 vedrørende procedure og dokumentation udløser derfor ikke henstillinger til plejeenheden.

Vi har lagt vægt på, at de interviewede borgere gav udtryk for, at de så vidt muligt fik hjælp til at kunne leve det liv de ønskede, samt at de pårørende blev inddraget i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov.

Under tilsynet observerede vi, at medarbejderne havde en værdig tone, adfærd og kultur, når de var sammen med borgerne.

Vi vurderer samlet set, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet af hjælp, pleje og omsorg. Ledelsen og medarbejdere var åbne og reflekterende og havde opmærksomhed på de målepunkter, som ikke var opfyldt ved tilsynsbesøget.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema og det udløser to henstillinger.

I vurderingen er der lagt vægt på, at de interviewede borgere gav udtryk for at opleve livskvalitet og selvbestemmelse, samt at de blev inddraget i beslutninger i forhold til deres hverdag.

Medarbejderne redegjorde for, at borgernes ønsker og behov så vidt muligt blev imødekommet, ligesom ledelsen redegjorde for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme borgernes medindflydelse og selvbestemmelse i hverdagen. I omsorgsjournalerne var der beskrivelser af borgernes vaner og ønsker, så alle medarbejdere kunne finde disse oplysninger.

Vi konstaterede, at der ikke i tilstrækkelig grad var en systematisk praksis for at sikre, at borgerens eventuelle ønsker til den sidste tid blev indhentet rettidigt. Medarbejderne tog snakken med borgeren hvis det faldt naturligt ind. Under tilsynet blev drøftet behovet for et fremadrettet fokusområde med hensyn til en mere systematisk

praksis for at indhente eventuelle ønsker til livets afslutning, herunder en klar og tydelig procedure og arbejdsgang for, hvornår i et forløb og hos hvilke borgere det er relevant at tilbyde samtale. Medarbejderne redegjorde for, hvor oplysninger om livet afslutning kunne dokumenteres i omsorgsjournalen. Der var ikke overordnet i kommunen taget stilling til en systematisk praksis for, hvor disse oplysninger skulle fremgå af den social- og plejefaglige dokumentation, så alle medarbejdere havde mulighed for at imødekomme borgerens evt. ønsker til livets afslutning rettidigt.

Ledelsen og medarbejderne redegjorde for, at der var de nødvendige kompetencer tilstede i plejeenheden for at varetage pleje og omsorg ved livets afslutning. Det var muligt at benytte en palliationsvejleder i konkrete borgerforløb.

Under tilsynet observerede vi, at medarbejderne havde en værdig tone, adfærd og kultur, når de var sammen med borgerne.

2. Borgernes trivsel og relationer

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

Vi har lagt vægt på, at de interviewede borgere gav udtryk for, at de så vidt muligt fik hjælp til at kunne leve det liv de ønskede, samt at de pårørende blev inddraget i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov. Ledelsen og medarbejderne redegjorde for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel og relationer til deres pårørende og øvrige netværk. Ledelsen redegjorde også for, at plejeenheden inddrog og samarbejdede med de pårørende, samt understøttede borgernes deltagelse i det omgivende samfund, når borgerne havde et ønske om det.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema og det udløser to henstillinger.

Vi konstaterede at der i to omsorgsjournaler var der mangelfulde beskrivelser af de social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge tryksår og inkontinens i den social- og plejefaglige dokumentation. Hos en borger der nyligt var udskrevet fra sygehuset, manglede der beskrivelse af den ændrede mobilitet og deraf smerter på sideflade og haleben samt hvilke forebyggende indsatser der var relevante. Hos anden borger, der var kørestolbruger og som havde fået ny trykaflastende pude, manglede der opfølgning på effekten her af. Hos samme borger manglede der beskrivelse af den specifikke kateter pleje og manglende beskrivelse af symptombilledet på urinvejs infektion. Medarbejderne kunne overordnet redegøre for de konkrete borger forløb.

Ledelsen og medarbejderne redegjorde for relevante faglige metoder og arbejdsgange, der tilgodeså borgernes særlige behov. Disse metoder og arbejdsgange var kendte af medarbejderne og blev anvendt i praksis, når de ydede hjælp, omsorg og pleje hos borgerne med kognitiv funktionsevnedssættelse. Ledelsen og medarbejderne redegjorde også for, at plejeenheden benyttede relevante metoder og arbejdsgange for at forebygge magtanvendelse, og man havde mulighed for at inddrage specialkompetencer fra psykiatrikonsulent og inden for demensområdet, i meget komplekse borgerforløb, når der var behov for faglig sparring til forsat at kunne varetage hjælp, pleje og omsorg, som imødekom borgerens behov. Ledelsen redegjorde for at der i efteråret var planlagt undervisning af medarbejderne i et forløb med sundhedsstyrelsens projekt ” Forebygge voldsomme hændelser”.

Ledelsen og medarbejderne redegjorde ligeledes for en systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes tilstand, hvor man på det daglige møde havde fokus på ny opståede ændringer og en gang om ugen var der tværfaglige konference med sygeplejersken og visitationen. Vi konstaterede dog i to omsorgsjournal, at

der hos to borgere ikke var foretaget opfølgning efter ændret fysisk aktivitetsniveau og opfølgning på effekten af udlevering af ny trykaflastende pude. Ledelsen og medarbejdere redegjorde for relevante arbejdsgange og faglige metoder til arbejdet med forebyggelse af inkontinens, dårlig mundhygiejne, dehydrering, fald og tryksår, men vi konstaterede, at medarbejderne ikke konsekvent fik dokumenteret opfølgning på forebyggelsesindsatserne.

Der var ved tilsynet ikke borgere, hvor det var relevante med beskrivelse af forebyggelse af magtanvendelse hvorfor steder i målepunkt 3.2 er markeret som ikke aktuel.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelsen redegjorde for en tydelig ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, elever/studerende og vikarer. Medarbejderne havde de nødvendige kompetencer og fulgte ansvars- og opgavefordeling. Ledelsen havde fokus på arbejdet med rekruttering af medarbejdere, ligesom plejeenheden havde systematik i forhold til at oplære nye medarbejdere i plejeenhedens opgaver, og i de værdier, som dannede grundlaget for plejeenhedens indsatser hos borgerne. Der var ledelsesmæssig fokus på at understøtte medarbejdernes kompetencer og der var i plejeenheden ansat sygeplejersker som teamkoordinatorer, der også havde til opgave at udføre den daglige planlægning og være sparringspartner på ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand. Herunder at disse oplysninger blev beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.

5. Procedurer og dokumentation

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

Vi blev af medarbejderne og ledelse oplyst, at plejeenheden benyttede besøgsplan, hvor det var kontaktpersonens opgave i samarbejde med teamkoordinator, at holde den social- og plejefaglige dokumentation opdateret. Besøgsplan var det sted i den social- og plejefaglige omsorgsjournal, hvor den sammenhængende pleje, omsorg og hjælp skulle være beskrevet.

Det blev tydeligt under journalgennemgangen, at alle medarbejdere ikke ville have mulighed for at fremfinde de relevante og forskellige faglige beskrivelser af borgernes behov. Der var internt i kommunen ikke arbejdsgange i praksis, der understøttede at medarbejderne, der udførte personlig- og praktiske bistand hos borgerne fik de relevante oplysninger i forhold til de forskellige faglige udredninger, når der for eksempel var indsatser med talepædagog, hjerneskadekoordinator, diætist, hjælpemiddeltherapeut mv. som havde betydning for den daglige hjælp, pleje og omsorg, der blev udført af plejeenheden. Medarbejderne og ledelsen tilkendegav under tilsynet, at der manglede systematiske arbejdsgange for den social- og plejefaglige dokumentation, for at skabe sammenhæng imellem de forskellige faglige indsatser. Den tilstedeværende områdeleder redegjorde for, at arbejdsgruppen med implementering af FS3 skulle genoptages og der overordnet i kommunen skulle arbejdes på en overordnet plan for at skabe sammenhæng, overblik og systematik i dokumentationen.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Vi vurderer, at de fire målepunkter var opfyldt under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at borgerne og de pårørende oplevede, at blive inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte efter § 83. Plejeenheden havde en fastlagt praksis for målfastsættelse for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte, og borgernes mål fremgik overordnet af omsorgsjournalerne. Under tilsynet blev der drøftet det fremadrettede fokus på, at få borgernes mål mere tydeligt og systematisk beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.

Vi har endvidere lagt vægt på, at borgerne og de pårørende oplevede, at borgernes færdigheder var en del af træningsforløb. Plejeenheden tilrettelagde helhedsorienterede og tværfaglige træningsforløb med udgangspunkt i borgernes mål, og inddrog træningselementer i den daglige hjælp, pleje og omsorg. I omsorgsjournalerne var det muligt for plejeenheden at se beskrivelser af formål med konkrete træningsforløb, samt eventuelle ændringer i forløbet. Her var arbejdsgangen, at det var den terapeut som var tilknyttet plejeenheden og som deltog i de ugentlige tværfaglige møder, som skulle give besked til plejeenheden, hvis der var behov for inddragelse af træningselementer i den daglige hjælp, pleje og omsorg. Ved tilsynet blev det drøftet, hvordan plejeenheden fremadrettet med fordel kunne være opmærksomme på at få etableret en arbejdsgang, der understøttede træningsforløb, der blev varetaget af ekstern leverandør.

Endelig har vi lagt vægt på, at de interviewede borgere og pårørende gav udtryk for at have haft en samtale med medarbejderne om, hvilke aktiviteter den enkelte borger fandt meningsfulde at deltage i. Plejeenheden havde fokus på at motivere og understøtte den enkelte borger i at deltage i, og udføre meningsfulde aktiviteter, og det var muligt at benytte f.eks. klippekort til individuelle aktiviteter. Ergoterapeuten der var tilknyttet plejeenheden arbejdede på et kommunal projekt vedrørende "Brobygger ordning" i forhold til alle aktivitetstilbud i kommunen.

Ved tilsynet var der en borger i et aktuelt § 83a rehabiliteringsforløb, men forløbet var ikke afsluttet, hvorfor det under målepunkt 6.1 D: Borgerens funktionsevne er ved afslutning af rehabiliteringsforløbet beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation, fremgår som ikke aktuelt.

Henstillinger

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

Målepunkt	Henstillinger
1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning	<ul style="list-style-type: none"> At plejeenheden sikrer en praksis for, at borgernes ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet At plejeenheden sikrer, at alle relevante medarbejdere ved, hvor de kan finde borgernes ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation
3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne	<ul style="list-style-type: none"> At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af tryksår fremgår af den social- og plejefaglige dokumentation At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af inkontinens fremgår af den social- og plejefaglige dokumentation
5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis	<ul style="list-style-type: none"> At plejeenheden sikrer, at dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser At plejeenheden sikrer, at medarbejderne følger praksis for den social- og plejefaglige dokumentation

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at plejeenheden opfylder ovenstående henstillinger.

Styrelsen anmoder om at eventuelle bemærkninger til rapporten bliver fremsendt tre uger efter modtagelsen af denne.

3. Fund ved tilsynet

1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgerne oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv	X			
B	Ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgeres livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	X			
C	Medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	X			
D	Borgernes vaner og ønsker er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation	X			
E	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	Borgere oplever Tryghed ved at tale med medarbejderne om ønsker til livets afslutning	X			
B	B.1 Ledelsen kan redegøre for, hvordan borgernes ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet		X		Ledelsen kan ikke redegøre for en systematisk praksis for at indhente borgernes evt. ønsker til livets afslutning.
B	B.2 Ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje og omsorg ved livets afslutning.	X			
C	C.1 Medarbejderne kan redegøre for pleje og omsorg ved livets afslutning	X			
C	C.2 Medarbejderne kan redegøre for, hvor de finder borgernes eventuelle ønsker til livetsafslutning i den social- og plejefaglige dokumentation.		X		Der var manglende systematik for hvor i omsorgsjournalerne borgernes evt. ønsker til livets afslutning skulle dokumenteres og hermed kunne medarbejderne ikke redegøre for, hvor de finder oplysningerne i omsorgsjournalerne.

2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 Borgerne oplever - så vidt muligt - at få hjælp til at kunne leve det liv, de ønsker	X			

A	A.2 Pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov.	X			
B	B.1 Ledelsen kan redegøre for plejehedens arbejder med at understøtte borgernes trivsel.	X			
B	B.2 Ledelsen kan redegøre for, at plejeheden understøtter borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det.	X			
C	C.1 Medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i deres behov og ønsker i omsorgen og plejen.	X			
C	C.2 Medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til eventuelle pårørende og det omgivende samfund.	X			
D	Aftaler der er indgået med de pårørende, som betyder noget for den daglige hjælp, pleje og omsorg, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	X			

3.1 Borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgerne og eventuelt pårørende oplever, at borgerne får hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for de særlige behov.	X			
B	Ledelsen kan redegøre for de faglige metoder og arbejdsgange, der bliver brugt i plejeenheden.	X			
C	C.1 Medarbejderne kender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje.	X			
C	C.2 Medarbejderne bruger de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje.	X			
D	Målgruppens særlige behov for hjælp, omsorg og pleje er i relevante situationer beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	X			
E	Tone, adfærd og kultur afspejler, at borgerne får hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres funktionsevnenedsættelse.	X			

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås.	X			
B	B.1 Medarbejderne kender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for at forebygge magtanvendelse.	X			
B	B.2 Medarbejderne bruger plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for at forebygge magtanvendelse.	X			
C	Faglige metoder og arbejdsgange, der bliver brugt til at forebygge magtanvendelse hos konkrete borgere, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.			X	

3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i	X			

	borgerens sædvanlige tilstand.				
B	Ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.	X			
C	C.1 Medarbejderne kender ovennævnte arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.	X			
C	C.2 Medarbejderne bruger ovennævnte arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.	X			
D	Ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	X			

3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgerne og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje er rettet mod at forebygge uplanlagt	X			

	vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.				
B	Ledelsen kan gøre rede for plejeenhedens arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.	X			
C	C.1 Medarbejderne kender plejeenhedens 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			
C	C.2 Medarbejderne bruger plejeenhedens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.	X			
D	Social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet i den social- og plejefaglige		X		I to omsorgsjournaler var der mangelfulde beskrivelser af de forebyggende indsatser samt manglende opfølgning. Hos en borger der var ny opereret og nyligt udskrevet fra sygehuset, havde ændret funktionsevne og sad meget i løbet af dagen. Borger sad på pyntepude og fortalte, at der var smerter ved halebenet og på siddefalden.

	dokumentation, hvor det er relevant.				<p>Der var ingen faglige beskrivelse af denne problematik eller hvilke forebyggende indsatser, der var relevante.</p> <p>Hos anden borger, der var kørestolbruger og som havde fået ny trykaflastet pude, manglede der opfølgning på effekten. Hos samme borger manglede der beskrivelse af den specifikke kateter pleje og manglende beskrivelse af symptombilledet på urinvejs infektion.</p>
--	--------------------------------------	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

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

B	B.1 Medarbejderne kender ansvars- og opgavefordelingen.	X			
B	B.2 Medarbejderne følger ansvars- og opgavefordelingen	X			

5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 Ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, hvem der har ansvaret for at dokumentere, og hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne.	X			
A	A.2 Ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser.		X		Under dokumentations gennemgangen konstaterede tilsynet at der var manglende sammenhæng imellem de forskellige faglige beskrivelser i forhold til borgernes pleje- og behandlingsforløb. Dette med baggrund i, at ikke alle medarbejder kunne fremfinde de relevante oplysninger i omsorgssystemet. Hermed kunne ledelsen ikke redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøttede sammenhængende social- og plejefaglige indsatser.
B	B.1 Medarbejderne kender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.	X			

B	B.2 Medarbejderne følger plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.		X		Medarbejderne følger ikke plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation. Eks.vis havde der hos en borger med ernæringsindsats været telefonisk kontakt til forløbsansvarlig vedrørende den fremadrettet pleje- og behandling, men dette var ikke opdateret så alle medarbejdere kunne finde oplysninger med henblik på at kunne varetage hjælp, pleje og omsorg hos borgeren. Hos anden borger var der udleveret et ny hjælpemiddel for at forebygge tryk og smerter, men ikke alle medarbejdere havde viden om hvor disse oplysninger var tilgængelige i omsorgssystemet.
C	C.1 Borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	X			
C	C.2 Borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	X			
C	C.3 Afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	X			

6.1 Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter 83a

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet.	X			
B	Ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge, helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål.	X			
C	C.1 Medarbejderne kender plejeenhedens arbejdsgange for at gennemføre helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål.	X			
C	C.2 Medarbejderne følger plejeenhedens arbejdsgange for at gennemføre helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål.	X			
D	D.1 Ved opstart af rehabiliteringsforløb er en individuel vurdering med udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker,	X			

	behov og egne mål samt en tidsramme for forløbet beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.				
D	D.2 Borgerens funktionsevne er ved afslutning af rehabiliteringsforløbet beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.			X	

6.2 Borgere med behov for hjælp med aktiverende sigte efter §83

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i videst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.	X			
B	Ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.	X			
C	C.1 Medarbejderne kender plejeenhedens arbejdsgange for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.	X			
C	C.2 Medarbejderne følger plejeenhedens arbejdsgang for at fastsætte af mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.	X			

D	Mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte er beskrevet i den social og plejefaglige dokumentation.	X			
---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	--	--	--

6.3 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter §86

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål, er en del af forløbet ved genoptræning og vedligeholdelsestræning.	X		
B	Ledelsen kan redegøre for, hvordan forløb ved genoptræning og vedligeholdelsestræning bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgers forløb.	X		
C	Medarbejderne kan redegøre for målene for forløbene ved genoptræning og vedligeholdelse hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.	X		
D	D.1 Formål med borgerens forløb ved genoptræning og	X		

	vedligeholdelsestræning er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.				
D	D.2 Ændringer i forhold til borgerens forløb ved genoptræning og vedligeholdelse er løbende beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	X			

6.4 Tilbud om aktiviteter til borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 Borgeren og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for borgeren.	X			
A	A.2 Borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter.	X			
B	Ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerne og eventuelt pårørende bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger.	X			
C	C.1 Medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter.	X			

C	C.2 Medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter.	X			
---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	--	--	--

4. Begrundelse for tilsynet

I satspuljeaftalen for 2018-2021 blev der oprindeligt indgået en aftale om, at Styrelsen for Patientsikkerhed pr. 1. juli 2018 skal føre et risikobaseret tilsyn med den social- og plejefaglige indsats på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder efter servicelovens §§ 83-87 i en forsøgsperiode på fire år¹. Ved Aftale om udmøntning af reserven til foranstaltninger på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet 2021-2024 blev det besluttet, at forlænge ældretilsynet med yderligere 4 år fra 2021-2024, og at ældretilsynet forsat skulle varetages af Styrelsen for Patientsikkerhed som hidtil.²

Formålet med tilsynet er at styrke det social- og plejefaglige tilsyn 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 bekendtgørelsen³ 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 vores hjemmeside på dette link:

<https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/social-og-plejefagligt-tilsyn-paa-aeldreområdet/>

¹ <https://www.regeringen.dk/media/4365/satspuljeaftaletekst-paa-aeldreområdet.pdf>

² [Aftale om udmøntning af reserven til foranstaltninger på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet 2 021-2024](#)

³ Bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med ældreplejen

5. Vurdering af plejeenheden

Vurdering af plejeenheden

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenheder i disse kategorier:

- Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje
- Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje
- Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje
- Kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje

Vores kategorisering sker på baggrund af samlet vurdering af den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og ikke opfyldte målepunkter. Vores vurdering er baseret på de forhold, der var tilstede ved vores aktuelle ældretilsyn, herunder fx i forbindelse med tilsynets interview med borgere, pårørende, medarbejdere og ledelse samt ved foretagne stikprøver i borgernes omsorgsjournaler på tilsynsdagen.

Vi har forskellige sanktionsmuligheder afhængigt af kategoriseringen af den enkelte plejeenheden i forhold til vurderingen af forhold af betydning for den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats på stedet.

Afhængig af kategoriseringen kan et tilsynsbesøg blive fulgt op af henstillinger til plejeenheden om at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan plejeenheden vil følge op på uopfyldte målepunkter.

Hvis vi vurderer, at der ved tilsynet var problemer af betydeligt omfang eller få forhold af større omfang, og at de medfører risiko for den fornødne kvalitet i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje, eller vi vurderer, at der er problemer af større omfang, og at disse medfører en *væsentligt* forøget risiko for den fornødne kvalitet i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje, kan vi give et påbud med krav til den social- og plejefaglige indsats eller om at virksomheden på plejeenheden skal indstilles helt eller delvist.

Påbud kan blive fulgt op på forskellig måde afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg, afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldt.

Hvis vi ved ældretilsynet bliver opmærksomme på mangler, der ikke er omfattet af tilsynets kompetence, kan vi give disse information videre til den kompetente myndighed.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er plejeenheden, der er genstand for tilsynet, ikke de enkelte medarbejdere.