



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Ældretilsynet Tilsynsrapport Ældrecenter Lynggården

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Ældrecenter Lynggården
Østergade 30

9850 Hirtshals

CVR- eller P-nummer: 1003379086

Dato for tilsynet: 06-11-2018

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord
Sagsnr.: 5-9514-51/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Lynggården er en kommunal plejeenhed i Hjørring Kommune
- Lynggården er opdelt i to plejeenheder. Der er en plejeenhed med 20 genoptræningspladser, hvoraf de fire er neurorehabilitering. Der er en plejeenhed med 17 faste boliger
- Der er tilknyttet aktivitetscenter og café. Hvis borgere uden for plejeenheden skal være en del af aktivitetscentret, skal de være visiteret hertil. Der er "Torvet", hvor der er fælles aktiviteter for de faste boliger og genoptræningspladserne
- Ledelsen af de to plejeenheder varetages af afdelingsleder Irene Mikkelsen, der også har det sygeplejefaglige ansvar
- Der er ansat fire sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere samt en sygehjælper. Der er social- og sundhedsassistentelever og sygeplejerskestuderende i praktik
- Der er samarbejde med den kommunale hjemmesygepleje, hvor plejeenheden kan benytte de kommunale sygeplejersker ved behov i aften- og nattetimerne.

Om tilsynet

- Der blev foretaget interview med to borgere fra de faste boliger og en borger fra rehabiliteringscenteret
- Der blev foretaget interview med én pårørende, der også var medlem af bruger-pårørenderådet. Den pårørende havde relation til en borger på de faste pladser
- Der blev foretaget interview med to medarbejdere
 - En social- og sundhedsassistent tilknyttet de faste pladser
 - En social- og sundhedsassistent tilknyttet genoptræningspladserne
- Der blev foretaget interview med ledelsen med deltagelse af en sygeplejefaglig konsulent fra kommunen
 - Irene Mikkelsen, leder af plejeenheden
- Der blev gennemgået to journaler, en på en borger tilknyttet de faste pladser og en på en borger med ophold på genoptræningspladser. Journalerne blev gennemgået sammen med sygeplejerske og social- og sundhedsassistenter
- Afsluttende opsamling blev givet til afdelingsleder Irene Mikkelsen
- Tilsynet blev foretaget af oversygeplejerske Jane Filtenborg Bjerregaard og oversygeplejerske Annalise Kjær Petersen.

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget materiale i form af hørings svar, handleplan, referater fra temadage og møder, materiale om 'Den gode start' ved indflytning på rehabiliteringspladser, Ældre-centrets håndbog og kommunens kvalitetsstandarder.

Det er styrelsens vurdering, at materialet ikke giver anledning til at ændre vurderingen af indplacering i kategorien 'større problemer af betydning for den fornødne kvalitet', idet styrelsen ikke alene på baggrund af indholdet i det tilsendte materiale kan konstatere, at de uopfyldte målepunkter er bragt i orden. Styrelsen for Patientsikkerhed har derfor ved afgørelse af den 28. maj 2019 givet plejeenheden påbud om, at plejeenheden inden for fire uger skal opfylde de nærmere fastsatte krav for at bringe forholdene i orden.

Påbud offentliggøres separat på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside. Er påbuddet ikke længere offentliggjort, har Styrelsen for Patientsikkerhed efterfølgende konstateret, at påbuddet er blevet efterlevet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 6. november 2018 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet målepunkter under temaerne *Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død, Trivsel og relationer, Målgrupper og metoder, Organisation, ledelse og kompetencer, Procedurer og dokumentation og Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet der er lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, samt at de uopfyldte målepunkter fordelte sig inden for alle temaer. Ligesom det forhold, at de påviste mangler, der blev fundet i relation til temaerne *Organisation, ledelse og kompetencer* samt *Målgrupper og metoder* efter styrelsens vurdering har overordnet betydning for organisationen i plejeenheden som helhed og den daglige understøttelse af personalet i forhold til plejeenhedens kerneopgaver, hvilket i høj grad kom til udtryk i forhold til personalet tilknyttet de faste pladser.

Ved tilsynet kunne konstateres, at implementeringen af nyt journalsystem ikke var gennemført, og derved fremstod den social- og plejefaglige dokumentation ikke entydig og systematisk, og det var derfor vanskeligt at sikre overblik og kontinuitet i forhold til den enkelte borgers behov. Dermed vurderes den social- og plejefaglige dokumentation ikke at bidrage til at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats over for borgerne.

Krav:

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

- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgernes sædvanlige tilstand (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne 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 (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver (målepunkt 4.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer bliver beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes mål for personlige og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb bliver dokumenteret (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser bliver dokumenteret (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at ændringer i forhold til borgernes genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb løbende bliver dokumenteret (målepunkt 6.2)

Henstillinger:

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

- At plejeenheden sikrer, at borgernes vaner og ønsker er kendt eller kan fremfindes af relevante medarbejdere (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer, at selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer, at eventuelle aftaler med relevans for plejen indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerne er opmærksomme på, at plejeenheden kender borgernes ønsker til meningsfulde aktiviteter for borgerne, og at plejeenheden taler med borgerne om hvilke aktiviteter, der er meningsfulde for borgerne, hvis plejeenheden ikke kender borgernes ønsker (målepunkt 6.3).

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden vil kunne opfylde ovenstående henstillinger ud fra den rådgivning, der blev givet under tilsynet. Styrelsen forudsætter således, at plejeenheden opfylder ovenstående henstillinger.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

Fælles for enhederne:

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt i relation til dokumentation, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgernes ønsker og vaner ikke fremgik af den social- og plejefaglige dokumentation. Manglende dokumentation kan have betydning for om den omsorg, pleje og hjælp, der ydes, bliver sammenhængende i forhold til at sikre, at borgerens ønsker og behov er centrale for den pleje, der ydes.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for at tilbyde samtaler med borgerne vedrørende livets afslutning. Det blev tilbudt ad hoc. Det var gennemgående ved alle journalgennemgange, at borgerens eventuelle ønsker til livets afslutning ikke fremgik af den social- og plejefaglige dokumentation. Det er styrelsens vurdering, at manglende dokumentation vedrørende borgerens eventuelle ønsker i relation til livets afslutning, kan have betydning for den omsorg, der ydes i forbindelse med livets afslutning.

Ledelsen oplyste, at der var sat tid af til at udfylde livshistorie, men det fremgik ikke ved de to journalgennemgange.

Vedrørende enheden med faste boliger:

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved interview med én borger fremkom, at der ikke blev motiveret til fællesskab under for eksempel fælles måltider, og at borgerne måtte hjælpe hinanden, når der for eksempel skulle skæres mad ud. Borgeren beskrev, at maden ikke var varieret i forhold til hverdag og weekend. Ved interviewet med borgeren fremkom det, at der ikke var et fællesskab borgerne imellem på plejeenheden. Borgeren oplevede, at plejeenheden bar præg af institutionalisering. Borgeren var ikke utilfreds, men undrede sig.

Det blev af den interviewede fremført, at borgerne hurtigt registrerede, hvis nogen var fraværende ved for eksempel måltider, og borgerne havde stor omsorg for hinanden, men at der var tavshed omkring for eksempel dødsfald. Medarbejderne afslog ofte at tale med de øvrige borgere herom med begrundelse om tavshedspligt. Det afledte en utryghed blandt borgerne. Det blev drøftet under tilsynet, om det kunne afklares med borgerne ved indflytningssamtalen, hvordan medarbejderne kunne understøtte borgernes ønsker og behov på området.

2. Trivsel og relationer

Fælles for enhederne:

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at det var gennemgående ved journalgennemgangen, at der ikke var beskrivelser af eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer.

Det fremkom ved interview med medarbejderne, at det var svært at efterkomme de individuelle ønsker hos borgerne, hvis det ikke var planlagt.

3. Målgrupper og metoder

Vedrørende enheden med midlertidige pladser:

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at den social- og plejefaglige dokumentation ikke fremgik entydig og systematisk med hensyn til ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning, ligesom det ikke fremgik entydig og systematisk hvilke eventuelle forebyggende social- og plejefaglige tiltag, der var blevet igangsat.

Ledelsen kunne redegøre for de faglige metoder og i enheden med genoptræningspladser arbejdede medarbejderne med daglig triage og tværfaglige konferencer med fysioterapeuter og ergoterapeuter på alle borgere med træningspotentialer.

Vedrørende enheden med faste boliger:

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelsen kunne redegøre for de faglige metoder, men det fremkom ved interview med personalet, at det ikke blev effektueret i plejeenheden med de faste pladser.

Medarbejderne i plejeenheden med faste pladser redegjorde for relevante metoder med henblik på at følge op på ændringer i borgerens funktionsevne og helbredstilstand. Det var planen, at medarbejderne skulle udføre triagemøder to gange om ugen, men dette havde ikke fungeret siden før sommeren. Under interviewet med medarbejderne fremkom, at man ikke var bekendt med borgerens nuværende helbredstilstand og eventuelle forebyggende tiltag for at sikre en sammenhængende social- og plejefaglige indsats.

Der var tilknyttet fast læge, der en gang om måneden underviste og rådgav i relevante emner.

Fælles for enhederne:

Det var gennemgående ved journalgennemgangen, at den social- og plejefaglige dokumentation ikke fremgik entydig og systematisk med hensyn til ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning, ligesom det ikke fremgik entydig og systematisk, hvilke eventuelle forebyggende social- og plejefaglige tiltag, der var blevet igangsat.

Der var fokus på kompetenceudvikling på det sygeplejefaglige område med undervisning i demens og neuro-pædagogik.

Der var samarbejde med den kommunale demenskoordinator med fokus på tilgange og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse.

Ledelsen redegjorde for, at der var beboerkonference mellem social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker hvert kvartal samt mellem social- og sundhedshjælpere og sygeplejersker hvert kvartal. Ligesom det var meningen, at der blev afholdt teammøder hver uge.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Vedrørende enheden med midlertidige pladser:

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter var opfyldt under dette tema på enheden med genoptræningspladser.

Vedrørende enheden med faste boliger:

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at det i interview med medarbejderne fremkom, at det igennem en længere periode ikke havde været muligt at afholde triagemøder og teammøder på de faste pladser med understøttelse fra ledelsen. På den baggrund er det styrelsens vurdering, at plejeenhedens organisering i relation til enheden med faste pladser hermed har svært ved at understøtte plejeenhedens kerneopgaver på de faste pladser.

Fælles for enhederne:

Plejeenhedens organisering var teams tilknyttet enten de faste boliger eller genoptræningspladser, men det var forventeligt, at de sundhedsfaglige medarbejdere kunne hjælpe hinanden på tværs af plejeenhederne. Derfor er det styrelsens vurdering, at kendskab til kompetenceniveau samt til egne og andre faggruppers ansvars- og opgavefordeling er nødvendig viden for medarbejdere, når de skal løse opgaver af social- og plejefaglig karakter i plejeenhederne.

Den daglige arbejdstilrettelæggelse blev varetaget af de enkelte teams, og under tilsynet var der en generel drøftelse af udnyttelsen af personalekompetencer i plejeenhederne i forhold til de to meget forskellige målgrupper af borgere på de to plejeenheder. Under tilsynet blev værdien af en tydelig opgave- og ansvarsfordeling for at udnytte de rette kompetencer til at varetage de konkrete og forskelligartede opgaver drøftet.

5. Procedurer og dokumentation

Fælles for enhederne:

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved journalgennemgangen var gennemgående, at der var mangler i den social- og plejefaglige dokumentation. Dette vedrørte manglende beskrivelser af borgeres aktuelle ressourcer og udfordringer, mål for praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb og afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser.

Plejeenheden var overgået til nyt journalsystem Cura i marts 2018, hvor alle medarbejdere havde været til undervisning i journalsystemet. Der var tilknyttet en superbruger for systemet, og implementeringen fandt sted i plejeenheden, hvor hver medarbejder var ansvarlig for at tilmelde sig undervisning ved behov. Under tilsynet blev der konstateret usikkerhed fra medarbejderne om, hvordan der skulle dokumenteres i journalsystemet, og den social- og plejefaglige dokumentation fremgik ikke entydig og systematisk. Medarbejderne udtrykte behov for en overordnet plan for dokumentationen for at sikre den sammenhængende og helhedsorienterede indsats hos borgerne. I den sammenhæng manglede medarbejderne nogle klare retningslinjer for hvilke dokumentationsopgaver, der skulle dokumenteres hvor, og hvordan der skulle følges op på dokumentationen på henholdsvis enheden med faste boliger og enheden med genoptræningspladser og hvem, der var ansvarlig for udførelsen.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Vedrørende enheden med midlertidige pladser:

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at der ved journalgennemgangen ikke var dokumenteret løbende ændringer i forhold til borgerens forløb.

Styrelsen vurderer, at mangelfuld dokumentation af løbende ændring i forhold til borgeres forløb kan have betydning for den samlede tværfaglige rehabiliteringsindsats og hvilke daglige aktiviteter, der skal understøttes i den social- og plejefaglige indsats.

Vedrørende enheden med faste boliger:

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at to ud af tre borgere oplevede, at der var for få aktiviteter, der havde interesser, og der var ikke nok personalekontakt i løbet af dagen.

En borger fremførte, at det var svært at forstå, hvorfor man som borger i de faste boliger ikke måtte benytte aktivitetscentret, før man var visiteret. Ledelsen oplyste, at der var tale om en misforståelse, da det var muligt at deltage i aktivitetscentrets tilbud uden visitering. I den forbindelse blev det drøftet, at det er vigtigt med klar kommunikation mellem borgere og ledelse/medarbejdere.

Borgerne, der blev interviewet, var glade for den musikerapeut, der var kommet hver 14. dag, men nu ikke var bevilget mere i plejeenheden.

Ledelsen redegjorde for, at der ikke blev arbejdet med rehabiliterende tilgang, da borgere på de faste pladser fik ydelser ud fra det kompenserende plejefagprincip.

Fælles for enhederne:

Alle interviewede borgere gav udtryk for ikke at have haft en samtale med personalet vedrørende meningsfulde aktiviteter. Men medarbejderne kendte borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter.

Plejeenheden havde udbud af forskellige aktiviteter, som for eksempel besøg fra dagplejen, besøgshund, cykelture på richshaws, gudstjeneste med mere.

3. 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		I to ud af to journaler er der ikke beskrevet borgers vaner og ønsker.
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden.		X		En borger ud af tre oplevede, at plejeenheden bar præg af institutionalisering, f.eks. hjælp borgerne hinanden under måltidet med at skære mad ud. Borgerne havde stor omsorg for hinanden, men der var stor tavshed omkring for eksempel dødsfald, hvor medarbejderne afslog at tale med de øvrige borgere med begrundelsen om tavshedspligt.

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				

	eventuelle pårørende og det omgivende samfund.	X			
D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret.		X		I to ud af to journaler var der ikke beskrevet aftaler med pårørende.

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	
E	At borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger, og at det afspejles i tone, adfærd og kultur.			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	x			

	indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås.				
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		Medarbejderne tilknyttet de faste pladser kender systematikken med triagemøder. Men der har ikke været afholdt triagemøder siden før sommer. Hos en borger tilknyttet fast plads, var der ikke fokus eller opfølgning på ændring af helbredstilstand i forbindelse med udredningsforløb.
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen.		X		I en ud af to journaler, var der ikke beskrevet ændringer i borgerens fysiske tilstand. F.eks. havde en borger tilknyttet de faste pladser fået konstateret lungetumor, hvor det ikke fremgik af dokumentationen, hvilken forebyggende indsats der var påtænkt eller

					hvordan der var planlagt opfølgning.
--	--	--	--	--	--------------------------------------

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		Medarbejderne tilknyttet de faste pladser kender til de faglige metoder, men disse anvendes ikke systematisk i praksis
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet.		X		I en ud af to journalgennemgange var der ingen dokumentation af de forebyggende social- og plejefaglige tiltag

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		Under tilsynet fremkom aktuelle udfordringer med hensyn til den ledelsesmæssige understøttelse til at sikre en organisering, der understøttede de faste pleje-
	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			boligers kerneopgaver. F.eks var der ikke afholdt triagemøder og team møder igennem en længere periode.
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		De interviewede medarbejdere gav udtryk for usikkerhed om, hvordan der skulle dokumenteres i journalsystemet.
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		I to ud af to journalgennemgange var der ikke beskrevet borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer.
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsats er beskrevet	X			
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret		X		I to ud af to journalgennemgange var der ikke beskrevet borgernes mål for personlig og praktisk hjælp samt manglende dokumentation af afvigelser.
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsats 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			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.			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			X	
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.			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.			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			X	
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet			X	
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne			X	
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.			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 borgers 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 D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret.	X	X		I en ud af to journalgennemgange, var der hos borger tilknyttet genoptræningsplads ikke dokumentation for løbende ændringer i forhold til borgerens forløb.

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 A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter.		X		Alle tre borgere tilkendegav ikke at have haft en samtale med en medarbejder om hvilke aktiviteter, der var meningsfulde for dem. To borgere ud af tre tilkendegav at der var

			X		for få meningsfulde aktiviteter.
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 C2. At 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 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.

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 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

5. 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 i forbindelse med de gennemførte interviews med borgere, pårørende, medarbejdere og ledelse samt de foretagne stikprøver af borgeres omsorgsjournaler.

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.