



Ældretilsynet Tilsynsrapport De midlertidige pladser, Kildegår- den

Reaktivt tilsyn, 2020

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

De midlertidige pladser, Kildegården
Kildebakkegårds Alle 165

2860 Søborg

CVR- eller P-nummer: 1003263992

Dato for tilsynsbesøget: 10. marts 2020

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 35-2511-115

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed gav, på baggrund af et tilsynsbesøg den 24. og 25. september 2019, den 21. november 2019 påbud til Kildegården i Gladsaxe Kommune om:

1) At plejeenheden sikrer borgernes selvbestemmelse og trivsel, herunder

- a. at sikre en praksis, som understøtter borgernes selvbestemmelse, trivsel og medinddragelse i eget liv ved udførelsen af hjælp, omsorg og pleje hos borgeren
- b. at medarbejderne kender og kan fremfinde borgernes ønsker og vaner, og at der tages udgangspunkt i disse ved udførelsen af hjælp, omsorg og pleje
- c. at sikre beskrivelser af aftaler med pårørende, som er relevante for borgerens pleje, og at pårørende bliver inddraget i det omfang, borgeren ønsker det
- d. at borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens) psykisk sygdom og eller/ misbrug og eventuelt pårørende oplever, at den hjælp, omsorg og pleje borgerne modtager, tager højde for deres begrænsninger, og at det afspejles i tone, adfærd og kultur
- e. at der tilbydes aktiviteter, som er relevante og meningsfulde for den enkelte borger

2) At plejeenheden sikrer en dokumentationspraksis, der understøtter, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet, herunder

- a. at dokumentationen i fornøden grad understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser, og at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation
- b. at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje
- c. at ændringer i borgere med kognitive funktionsnedsættelsers fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå dokumenteres

3) At plejeenhedens organisering sikrer, at der er tilgængeligt personale, som i fornødent omfang og med de nødvendige kompetencer kan varetage plejeenhedens kerneopgaver døgnet rundt

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på følgende temaer:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død
- Trivsel og relationer
- Målgruppe og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedurer og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

Ved tilsynet den 10. marts 2020 blev der anvendt målepunktsættet for Ældretilsyn 2019, og alle målepunkter blev gennemgået.

Ældretilsynet blev foretaget som et kombineret sundhedslovs- og servicelovstilsyn, idet der var påbud efter sundhedsloven på baggrund af tilsynet den 24. november og 25. november 2019.

Tilsynet den 10. marts 2020 blev gennemført som led i opfølgningen på påbuddet af den 21. november 2019.

Styrelsen for Patientsikkerhed har i januar 2020 modtaget en bekymringshenvendelse fra pårørende til en tidligere patient på De midlertidige pladser, Kildegården. Henvendelsen omhandlede forhold inden for det social- og plejefaglige område samt forhold inden for det sundhedsfaglige område. Indholdet fra henvendelsen er vurderet af Styrelsen for Patientsikkerhed, og generelle organisatoriske temaer er ligeledes inddraget i det opfølgende reaktive tilsyn.

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Kildegården er en kommunal plejeenhed i Gladsaxe Kommune, der omfatter 64 midlertidige pladser og en plejeboligplads
- Kildegården er et §84, stk. 2 tilbud, og der arbejdes med indsatser fra servicelovens § 83, 83a og 86
- De midlertidige pladser består af fire typer pladser:
 - Rehabiliteringspladser
 - Observationspladser
 - Midlertidige plejeboligpladser (ventepladser)
 - Aflastningspladser
- Den daglige ledelse varetages af Anne Kristensen, som også er leder af hjemmeplejen samt sous-chef Susanne Dyrmosé. Herudover er der tre afdelingsledere
- I plejeenheden er der ansat sygeplejersker, fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter, ergoterapeuter, diætist, aktivitetsmedarbejder og udviklingspsykiatriske plejersker
- Plejeenheden har et internt afløserkorps og har fastansatte afløsere
- Der samarbejdes tæt med kommunens visitatorer, demenskonsulenter, brobyggere (en form for pårørende konsulenter, som bygger bro mellem borgere og personalet i hjemmeplejen og på midlertidige pladser) og andre ressourcepersoner.

Om tilsynet

Tilsynet var planlagt som et reaktivt tilsyn på baggrund af påbud fra den 21. november 2019.

Tilsynet blev foretaget som et kombineret Ældre-og Sundhedsfagligt tilsyn.

Ved tilsynet blev følgende gennemgået:

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet to pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - leder Anne Kristensen
 - tre afdelingsledere
- Der blev foretaget interview med seks medarbejdere
 - sygeplejerske, fysioterapeut, social-og sundhedsassistenter, udviklingskonsulent
- Der blev foretaget observation ved
 - deltagelse i frokosten på to forskellige afdelinger
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til:
 - leder Anne Kristensen, afdelingsledere samt medarbejdere
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Trine Gisselmann og Susie Poulsen.

3. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger i partshøringsperioden. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 10. marts 2020 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 blev fundet målepunkter under tema: *Procedurer og dokumentation*, som ikke var opfyldt.

Siden tilsynsbesøget i september 2019, hvor plejeenheden fik påbud, havde ledelsen udarbejdet en handleplan for, hvorledes de kunne arbejde med de udfordringer, som der blev fundet ved tilsynet. Plejeenheden havde arbejdet systematisk og fokuseret med tonen og kulturen i plejeenheden, og alle medarbejdere havde fået kompetenceudvikling blandt andet indenfor "den personcentrerede omsorg" (PCO). Der var foretaget ændringer i organiseringen, både med hensyn til faglig ledelse og ekstra ressourcer til at sikre dokumentationen, og der var tæt ledelsesmæssig kontakt til medarbejderne.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der var få og ikke gennemgående mangler i den social- og plejefaglige dokumentation. Dette vedrørte manglende beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i to ud af tre stikprøver samt manglende beskrivelser af afvigelser i en ud af tre journaler. Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for ovenstående, men det var ikke beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation. Plejeenheden havde siden sidste tilsyn i september arbejdet fokuseret og systematisk med kompetenceudvikling af alt personale omkring dokumentation og der var igangsat en proces med re-implementering af dokumentationssystemet Nexus og FSIII som først blev afsluttet i maj 2020. Plejeenheden var godt på vej og der var fremgang og tilsynet fandt forbedring af den social og plejefaglige dokumentation, trods de få fejl og

mangler under tema 5 som plejeenheden skulle sætte fokus på i løbet af marts og april måned, inden de havde fuldført re-implementeringen af deres dokumentationssystem og FSIII.

Styrelsen har vurderet, at der var mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet plejeenheden havde arbejdet fokuseret med at understøtte borgernes selvbestemmelse og livskvalitet. Der blev arbejdet tværfagligt og systematisk med forebyggelse, der var faglige arbejdsgange, som nu var fuldt ud implementeret, og der blev anvendt faglige relevante metoder til borgere med særlige behov. Desuden blev selvbestemmelse og værdighed understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden.

Borgerne tilkendegav at have selvbestemmelse i hverdagen og ved livets afslutning, og at de havde gode muligheder for deltagelse i aktiviteter. De pårørende tilkendegav, at der var et godt samarbejde med personalet, og at de oplevede at blive hørt og inddraget i forhold til dagligdagen på plejeenheden. Der var fokus på forebyggelse af forringet helbred og funktionsevnetab hos borgerne. Desuden var der fokus på ændringer i borgernes situation og den fornødne opfølgning ved ændringer.

Plejeenheden havde et tæt tværfagligt samarbejde samt arbejdsgange og metoder, der sikrede en rehabiliterende tilgang i plejen af borgerne. Organiseringen, med den tværfaglige sammensatte medarbejdergruppe og den fastlagte praksis for dokumentationen, understøttede plejeenhedens kerneopgaver.

Henstillinger

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

- At plejeenheden sikrer, at borgerens aktuelle ressourcer og udfordringer bliver beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser bliver dokumenteret (målepunkt 5.1).

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at plejeenheden opfylder ovenstående henstillinger.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

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

Plejeenheden havde ritualer og rutiner omkring en værdig død, og der var samarbejde mellem det faste personale, nøglepersoner med ekstra viden på området samt vågetjenesten.

Ved indflytning til plejeenheden blev der afholdt målsamtale, hvor de pårørende også deltog. Gennem livshistorie og samtale om forventninger, blev borgers vaner og ønsker til hverdagen belyst. På mødet blev der udleveret materiale omkring plejeenheden, materiale omkring brobyggerfunktionen og udleveret telefonnumre til SSA og sygeplejersker til borgerne og pårørende, hvis de skulle have kontakt til en medarbejder, udover at kunne tilkalde hjælp via kaldeapparat.

Både medarbejdere og ledelse fortalte ved interview, at der var blevet sat fokus på forventningsafstemning med de pårørende ved indflytning, blandt andet omkring hvilke tider borgeren havde brug for hjælp, for herigennem at sikre, at borgeren fik hjælp på det rigtige tidspunkt og herved ikke havde behov for at tilkalde hjælp via kaldeapparat.

Ledelsen havde arbejdet fokuseret med en kulturændring omkring besvarelse af nødkald, således at borgerne altid kunne få fat i medarbejderne, og at personalet ikke oplevede det som en negativ opgave at besvare nødkald (som det tidligere har været beskrevet i bekymringshenvendelse fra pårørende). Der var implementeret ny procedure og instruks for besvarelse af kald fra borgerne. Denne instruks beskrev blandt andet, hvor lang tid der måtte gå, før borgeren fik besøg. Der var blevet indkøbt nyt 2-vejs kalde system, hvor kaldene gik direkte til kontaktpersonen, og hvis der ikke blev svaret, gik det videre til en anden i gruppen.

Medarbejderne fortalte, hvorledes de havde arbejdet med at skabe ro på afdelingerne og inddrage borgerne i aktiviteter på afdelingerne, således at borgerne ikke blev urolige på stuerne og benyttede kaldet som en kontaktmulighed. Blandt andet havde en aftenvagt, med stor succes, inviteret fire "uroelige" damer på afdelingen til at deltage i fodbad, således at de var sammen om en aktivitet, og medarbejderen kunne skabe ro på afdelingen.

Når medarbejderne mødte ind om morgenen og om eftermiddagen, gik de en runde til alle beboere for at afstemme de gensidige forventninger omkring hjælp fra personalet, og alle borgere fik tilbudt væske i forbindelse med det korte tilsynsbesøg. På dette korte tilsyn blev forventningerne til den personlige og praktiske hjælp, samt tidspunktet for hjælpen gennemgået af medarbejderen i samråd med borgeren.

Ved samtale med medarbejdere og ledelsen, var det tydeligt, at ledelsen havde arbejdet fokuseret med en kulturændring omkring god tone og adfærd. Der var indhentet konsulentbistand, som foretog observationer på alle afdelinger, og efterfølgende blev der afholdt workshop, hvor observationerne blev behandlet, og der blev undervist i god kommunikation. Der var understøttelse af både ledelse og terapeuter blandt andet ved måltiderne for at sikre god tone og adfærd. Det pædagogiske måltid var blevet omdøbt til Det Gode Måltid, med tværfaglig deltagelse af diætister og terapeuter, og der var flyttet om på møblerne i afdelingerne, således at alle sad ved samme bord (med bordplan, således at det fremgik, hvilke borgere som havde brug for hjælp til måltider, og hvor medarbejderen skulle placeres), og der var måltidsværter ved alle måltider.

I vurderingen er der yderligere lagt vægt på, at der ved journalgennemgang var grundige og udførlige beskrivelser af borgernes vaner og ønsker, og at borgerne ved samtale gav udtryk for at opleve selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.

Ved samtale med pårørende fremgik det, at der blev taget individuelle hensyn til den enkelte borger, og at personalet havde tid til at tale med de pårørende, og at plejen så vidt muligt blev tilrettelagt efter borgerens ønsker.

Styrelsen har lagt vægt på, at de interviewede borgere gav udtryk for at opleve selvbestemmelse og blive inddraget i beslutninger i forhold til deres hverdagsliv samt mulighed for samtale om ønsker til livets afslutning. Plejeenheden redegjorde for en praksis, hvor hjælp, pleje og omsorg blev tilrettelagt med afsæt i, at imødekomme borgerens ønsker og vaner bedst mulig, hvilket understøttede borgerens selvbestemmelse og livskvalitet. Der blev ligeledes redegjort for god praksis for arbejdet med at sikre en værdig død.

2. Borgernes trivsel og relationer

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

Plejeenheden havde siden sidste tilsyn indført, at der ved indflytning blev gennemført en journalgennemgang og udfyldt et PCO skema ("den personcentrerede omsorg") med borgernes vaner og ønsker, således at plejeenheden kunne tage udgangspunkt i denne ved udførelsen af plejen.

Der var etableret samarbejde med kommunens brobyggerkonsulenter, som ofte blev inddraget i pårørende samarbejde. Plejeenheden havde haft fokus på inddragelse af pårørende, og de havde nu mulighed for at overnatte i plejeenheden ved f.eks. terminale forløb eller ved udfordringer med en dement ægtefælle.

I vurderingen er der yderligere lagt vægt på, at borgerne ved interview fortalte, at de oplevede at få den hjælp, de selv ønskede. Borgerne gav udtryk for, at de oplevede, at der var en god tone og kultur i plejeenheden, og at den enkeltes ønsker og behov blev respekteret. Dette fremgik også ved tilsynets observationer.

Styrelsen har lagt vægt på, at de interviewede borgere og pårørende gav udtryk for at opleve, at borgerne fik hjælp til at leve det liv, som de ønskede, og pårørende blev inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov. Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden sikrede borgernes trivsel og tilknytning til deres relationer.

3. Målgrupper og metoder

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden arbejdede systematisk med, at der i hverdagen blev observeret og fulgt op på tegn på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand. Der var blandt andet daglige tavlemøder, hvor borgernes tilstand blev triageret, og der var tydelige arbejdsgange for, hvem der havde ansvaret for at gå videre med opgaver omkring borgeren.

Der var blevet arbejdet systematisk med Den Person Centrede Omsorg (PCO), og alle medarbejdere havde modtaget kompetenceudvikling i den nye tilgang. Blandt andet var der afholdt PCO workshops i afdelingerne, hvor der blev lavet aftaler om, hvordan tilgangen skulle være i afdelingen (leveregler). Ledelsen havde sat fokus på, at alle medarbejdere fik kendskab til kommunens værdighedspolitik, og der var ledelsestilstedeværelse i alle afdelinger for at understøtte udviklingen.

Det var et tæt tværfagligt samarbejde i forhold til at imødegå særlige behov hos borgerne, herunder at forebygge magtanvendelse. Der var fokus på kompetenceudvikling. Alle medarbejdere skulle eksempelvis igennem demensuddannelse omkring personcentreret omsorg.

De interviewede borgere og pårørende gav udtryk for at opleve, at der blev taget højde for borgerens individuelle behov og iværksat tiltag, når det var relevant.

Det er styrelsens vurdering, at der i plejeenheden var de fornødne kompetencer, arbejdsgange og metoder til at sikre plejen af borgere med særlige behov, forebygge magtanvendelse samt forebygge helbredsforværing og funktionsevnetab blandt borgerne. Derudover er der lagt vægt på, at plejeenheden havde en praksis, hvor der systematisk blev arbejdet med opsporing og forebyggelse af borgernes funktionsevne og helbreds-tilstand.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. Styrelsen har lagt vægt på, at plejeenheden fremstod med de nødvendige kompetencer og en organisering, der understøttede varetagelse af plejeenhedens kerneopgaver igennem hele døgnnet.

Ledelsen havde siden sidste tilsyn haft fokus på nedbringelse af vikarforbrug. Alle stillinger var nu besat og der var udarbejdet struktureret plan for introprogrammer for alle nye medarbejdere. Ved påbegyndelse af ny vagt var der overlap fra tidligere vagt, således at vigtige informationer ikke gik tabt, og samarbejdet mellem vagterne blev styrket.

Der var kommet samarbejde med kommunens brobyggerkonsulenter, som ofte blev inddraget i pårørende samarbejde.

Ledelsen havde siden sidste tilsyn, haft fokus på medarbejdernes dokumentationspraksis, og der var blevet afsat yderligere dokumentationstid til alle medarbejdere samt afholdt undervisning. Der var blevet indført "15 faglige minutter", hvor det tværfaglige personale på den enkelte afdeling fik fagligt input en gang ugentligt.

Det er styrelsens vurdering, at organiseringen understøttede plejeenhedens kerneopgaver, hvilket blev understøttet af medarbejdernes udsagn vedrørende ansvars- og kompetenceforhold samt ledelsens udsagn vedrørende rammer for pleje og behandling.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der var mangler i den social- og plejefaglige dokumentation og der var i alt to fund under temaet. Det ene fund vedrørte manglende beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i to ud af tre stikprøver, hvor der ikke var en fyldestgørende beskrivelse af borgernes ressourcer og udfordringer og derved var der ikke en beskrivelse af borgernes habituelle tilstand, som plejepersonalet kunne tage udgangspunkt i ved deres daglige pleje. Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for borgernes ressourcer og udfordringer, men det var ikke beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.

Det andet fund var at der i en ud af tre journaler var der ikke en fyldestgørende dokumentation af afvigelser fra den social- og plejefaglige indsats. I journalen fremgik der ingen observationsnotater fra plejeenheden trods længerevarende ophold på Kildegården. Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for afvigelserne og hvilke observationer og handling der var foretaget på baggrund af afvigelserne, men disse var ikke beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.

Plejeenheden havde siden sidste tilsyn i september arbejdet fokuseret og systematisk med kompetenceudvikling af alt personale omkring dokumentation og der var igangsat en proces med re-implementering af dokumentationssystemet Nexus og FSIII som først blev afsluttet i maj 2020. De fund under dette tema, var områder og emner som plejeenheden skulle sætte fokus på i løbet af marts og april måned, inden de havde fuldført re-implementeringen af deres dokumentationssystem og FSIII.

Der var siden sidste tilsyn blevet indført journalaudit, hvor SSA og sygeplejersker gennemgik dokumentationen og medicinen på en udvalgt borger. Der skulle foreligge en sygeplejefaglig udredning af alle borgere inden 24 timer efter indflytning.

Der var fokus på udfyldelse af døgnrytmeplaner for alle nye borgere inden fire dage efter indflytning, således at borgernes behov for hjælp og pleje var grundigt beskrevet.

Der var ansat it- ressourcepersoner på hver afdeling, som understøttede re-implementering af Nexus og FSIII.

6. Aktiviteter og rehabilitering

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

Plejeenheden redegjorde for en praksis, hvor der blev arbejdet målrettet med rehabilitering, genoptræning og aktiviteter i samarbejde med borgerne og andre relevante aktører. Siden sidste tilsyn, var der blevet ansat en aktivitetsmedarbejder, som skulle igangsætte aktiviteter på afdelingerne.

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne kunne deltage i forskellige aktiviteter, som borgerne ved samtale gav udtryk for, var meningsfulde for dem. Aktiviteterne blev tilbudt både på individuelt niveau og på gruppeniveau.

Der var en rehabiliterende tilgang i plejen, og borgerne blev tilbudt rehabiliteringsforløb og træning efter eget ønske og behov, ud fra den enkeltes målsætning. Styrelsen har lagt vægt på, at de interviewede borgere og pårørende gav udtryk for at blive inddraget i at sætte mål i forhold til den hjælp, pleje og omsorg, de modtog. Ligeledes oplevede de mulighed for at kunne bibeholde deres funktioner samt deltage i meningsfulde aktiviteter, der understøttede deres behov og interesser.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden sikrede, at borgerne blev tilbudt den fornødne aktivitet, træning og rehabilitering i forhold til at understøtte deres livskvalitet og helbred samt funktionsevne.

4. Fund ved tilsynet

Fund fra tilsynet den 10. marts 2020.

Tema 1: Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv	X			
B	At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	X			
C	At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt	X			
D	At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker	X			
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden	X			

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning	X			
C	C1. At relevante medarbejdere kan redegøre for udførelse af pleje af borgere ved livets afslutning	X			
	C2. At medarbejdere kan redegøre for, hvordan de fremfinder borgernes ønsker til livets afslutning	X			

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker	X			
	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at plejeenheden understøtter borgernes relationer, herunder	X			

	inddragelse af og samarbejde med pårørende, samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det				
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			

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	X			

	hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer				
E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur, at borgere med kognitive funktionsevnedesættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger.	X			

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås	X			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeeenhedens 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 plejeeenheden 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 ændrin-	X			

	ger i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber				
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen	X			

3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

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

Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

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

Tema 5: Procedurer og dokumentation

5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

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

B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation	X			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger		X		Ved gennemgang af dokumentationen fandt tilsynet, at der i 2 ud af 3 journaler ikke var en fyldestgørende beskrivelse af borgernes ressourcer og derved ikke en beskrivelse af borgernes habituelle tilstand, som plejepersonalet kunne tage udgangspunkt i ved deres pleje.
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet	X			
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret	X			
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede		X		Ved gennemgang af dokumentationen fandt tilsynet, at der i 1 ud af 3 journaler ikke var en fyldestgørende dokumentation af afvigelser fra den social- og plejefaglige indsats. I journalen fremgik der ingen observationsnotater fra plejeenheden, trods længerevarende ophold på Kildegården.

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

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

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet (§83a)	X			
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål (§83a)	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	X			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål, samt arbejdsgangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§§83a og 83)	X			
D	D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål (§83a)	X			
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet (§83a)	X			
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne (§83a)	X			
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83a)	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	X			
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret	X			

6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for dem	X			
	A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgere tilknyttet plejeenheden og eventuelt pårørende bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger	X			

C	C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter	X			
	C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter	X			

5. Begrundelse for tilsynet

I satspuljeaftalen for 2018-2021 blev der indgået en aftale om, at Styrelsen for Patientsikkerhed pr. 1. juli 2018 skal føre et risikobaseret tilsyn med ældretilsynet på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder efter servicelovens §§ 83-87 i en forsøgsperiode på fire år¹.

Formålet med tilsynet er at styrke ældretilsynet på ældreområdet samt vurdere om den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, den enkelte plejeenhed yder, har den fornødne kvalitet. Formålet er også at bidrage til læring i forhold til den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, der ydes i de enkelte plejeenheder.

I bekendtgørelsen² er der fastlagt følgende seks temaer, som tilsynet skal omfatte i forhold til at afdække den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død
- Trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedurer og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

På baggrund af de seks temaer, er der udarbejdet 12 målepunkter, som repræsenterer vigtige risikotemaer i forhold til at vurdere den fornødne kvalitet.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er plejeenheden, der er genstand for tilsynet. Eventuelle fejl og mangler bliver anskuet ud fra et organisatorisk synspunkt.

Uddybning af målepunkter samt referencer ligger på styrelsens hjemmeside på dette link:

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

¹¹ <https://www.regeringen.dk/media/4365/satspuljeaftaletekst-paa-aeldreomraadet.pdf>

² Bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med ældreplejen

6. Vurdering af plejeenheden

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

- Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet vurdering af den fornødne kvalitet med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter. Styrelsens vurdering er baseret på de forhold, der var til stede ved det aktuelle tilsyn.

Styrelsen for Patientsikkerhed har forskellige sanktionsmuligheder afhængigt af kategoriseringen for den enkelte plejeenhed.

Hvis der konstateres mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, har styrelsen mulighed for at reagere ved at give en henstilling til plejeenheden om eksempelvis at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan plejeenheden vil følge op på uopfyldte målepunkter. Hvis der konstateres større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, får plejeenheden et påbud om at opfylde et eller flere krav. Hvis der konstateres kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet, gives der påbud om, at plejeenheden helt eller delvist skal indstille virksomheden.

Hvis styrelsen bliver opmærksom på mangler efter sundhedsloven eller anden lovgivning, kan styrelsen give informationen videre til de relevante tilsynsmyndigheder