



Ældretilsynet Tilsynsrapport Lindely

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

**Lindely
Sankt Lukasvej 9A
2900 Hellerup**

CVR- eller P-nummer: 1003233665

Dato for tilsynet: 02-03-2020

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 35-2511-85

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Lindely er et alment plejecenter til borgere med 74 boliger Plejeenheden er en del af Sankt Lukasstiftelsens fællesskab og har driftsoverenskomst med Gentofte Kommune
- Den daglige ledelse bliver varetaget af forstander Tine Nørrekær. I ledelsen er derudover en viceforstander, tre gruppeledere og en leder for aktivitetsafdelingen
- På plejeenheden er der ansat cirka 60 medarbejdere. Der er ansat følgende faggrupper: Social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygeplejersker, sygehjælpere, plejehjemsassistenter, sekretærer og en fysioterapeut
- Plejeenheden har egne timelønnede vikarer ansat, men benytter også eksternt vikarbureau
- Der er et stort frivilligt fællesskab omkring Sankt Lukasstiftelsen, som også inkluderer plejeenheden
- Der er tilknyttet en plejehjemsrådgiver til plejeenheden
- Plejeenheden har samarbejde med Gentofte kommune i forbindelse med faglig kompetenceudvikling, dokumentationspraksis, faglig sparring med videre.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler for alle målepunkter. En ekstra journal blev gennemgået med fokus på dokumentation vedrørende dysfagi
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet to pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelse og medarbejdere
 - Tine Nørrekær, forstander
 - Viceforstander
 - To gruppeledere
 - En aktivitetsmedarbejder
 - En fysioterapeut
- Der blev foretaget interview med seks medarbejdere
 - To social- og sundhedshjælpere
 - En plejehjemsassistent
 - En social- og sundhedsassistent
 - En sygehjælper
 - En fysioterapeut
- Der blev foretaget observation ved, rundgang på plejeenheden og ved at deltage i frokosten på en afdeling
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til ledelse og medarbejdere, der havde deltaget ved tilsynet
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Anne Marie Glennung og Trine Gisselmann

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget en handleplan, der overordnet set er tilfredsstillende.

Vi afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget 02-03-2020 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 temaerne: *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 mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet problemerne relaterede sig til manglende systematik i arbejdsgange og faglige metoder i forhold til opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand. I sammenhæng med dette, fandt tilsynet, at der ikke var en fyldestgørende beskrivelse af borgerens aktuelle udfordringer og ressourcer, hvilket besværliggjorde observation af ændringer hos borgeren, da man ikke havde en habituel tilstand at observere ud fra. Ligeledes relaterede problemerne sig til implementering af arbejdsgange og faglige metoder i forbindelse med forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne. Der er lagt vægt på at medarbejdere kunne redegøre for et kendskab til borgerne og en opmærksomhed på ændringer i hverdagen hos borgerne. Der er ligeledes lagt vægt på, at leder af plejeenheden, som var tiltrådt stillingen en måned før tilsynet, havde fokus på problemerne, og allerede havde en plan for implementering af faglige metoder og arbejdsgange til at imødekomme problemerne.

Der er endvidere lagt vægt på, at der var problemer, som relaterede sig til manglende tilbud om genoptræning og vedligeholdelsestræning til borgere, som måtte have behov for dette. Der er i vurderingen lagt vægt på, at plejeenheden havde stor fokus på at inddrage borgere og pårørende i aktiviteter, og i dagligdagen arbejdede ud fra en rehabiliterende tilgang i samarbejde med borgerne.

Styrelsen har endelig lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere på plejeenheden under tilsynet var reflekterende og imødekommende, og det er styrelsens vurdering, at plejeenheden vil være i stand til at rette op på de anførte problemer ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet.

Styrelsen vurderer imidlertid, at fundene i målepunkterne 3.3, 3.4 og 6.2 er af et omfang, der kræver, at plejeenheden udarbejder en handleplan, der imødekommer problemstillingen. Handleplanen bedes fremsendt inden for tre uger.

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

- At plejeenheden sikrer, at aftaler indgået med pårørende eller nære relationer er dokumenteret (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer implementering af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber til opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgerens fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer at medarbejderne kender og følger fastlagte arbejdsgange og faglige metoder til forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at vikarer har adgang til at læse og skrive i omsorgsjournalen (målepunkt 4.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle udfordringer og ressourcer er beskrevet i omsorgsjournalen (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgere, som har behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning jævnfør servicelovens § 86, kan tilbydes dette (målepunkt 6.2).

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har fundet, at alle målepunkterne under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at de interviewede borgere gav udtryk for at opleve selvbestemmelse, og at de blev inddraget i beslutninger i forhold til deres hverdagsliv. Ligeledes gav borgerne udtryk for tryk ved at tale med personalet om nære og svære ting i livet.

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. Plejeenheden havde et tæt samarbejde med præsten fra Sankt Lukasstiftelsen, som jævnligt kom i huset. Borgerne gav udtryk for, at præsten ofte var tilstede og god at tale med. Samtalen om "den sidste tid" var integreret i indflytningssamtalen, som gruppelederen var ansvarlig for.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at de aftaler, der var med pårørende eller nære relationer, ikke var dokumenteret i en ud af tre stikprøver. Derudover var det ikke tydeligt for medarbejderne, hvor aftaler med pårørende og nære relationer skulle dokumenteres i omsorgsjournalen.

I vurderingen er der ligeledes lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere kunne redegøre for, hvordan plejeenheden understøttede borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende. En

pårørende udtrykte tilfredshed med den frivillighedskultur, der var på stedet, og at præsten og Sankt Lukasstiftelsen var "en stor gave for stedet". Borgerne udtrykte ved interview og samtale generel tilfredshed med at bo på plejeenheden, og at de oplevede at få hjælp til at leve det liv, som de ønskede.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. Vi har i vurderingen lagt vægt på, at ledelsen kunne redegøre for, hvordan de fremadrettet ville implementere faglige metoder, redskaber og arbejdsgange til opsporing og ændring i borgernes funktionsevne. Blandt andet fremlagde ledelsen under tilsynet en plan for indførelse af triagering på alle afdelinger.

Derudover fandt tilsynet, at medarbejderne ikke grundlæggende kendte arbejdsgange og faglige metoder for forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne. Blandt andet var der ikke enighed om arbejdsgang for at forebygge begyndende inkontinens hos en borger.

Medarbejdere og ledelse kunne med afsæt i eksempler fra hverdagens praksis med personcentreret omsorg redgøre for faglige metoder og arbejdsgange i tilgangen til borgere med kognitive funktionsnedsættelser. Medarbejderne havde alle deltaget i kurser for at øge kompetencer inden for demens, neurorehabilitering og konflikthåndtering. Der blev redegjort for forebyggelse af magtanvendelse ved anvendelse af "mindsteindgrebsprincippet", og ved et tværfagligt samarbejde i komplekse situationer, hvor både interne og eksterne samarbejdspartner blev inddraget. Herudover arbejdede man med primær og sekundær kontaktperson for at sikre kontinuitet hos borgerne. Der var på tilsynsdagen ingen borgere, hvor der var relevant med særlige beskrivelser i journalen af forebyggelse af magtanvendelse, hvorfor dette er markeret som ikke relevant.

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

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at eksterne vikarer ikke havde adgang til at dokumentere i pleje- og omsorgssystemet og dermed ikke kunne dokumentere egne observationer og handlinger hos borgeren. Ledelsen redegjorde for, at det var et opmærksomhedspunkt, og at man arbejdede på at få problemet løst i hele kommunen.

Det er herudover styrelsens vurdering, at de faste medarbejdere havde de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, og at der var tydelighed omkring de faste medarbejders ansvars- og kompetenceforhold.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer ikke var beskrevet fyldestgørende i tre ud af tre stikprøver. Det var således ikke muligt at få et entydigt billede af borgernes habituelle niveau, hvilket havde betydning for observationer i forhold til ændringer i borgernes funktionsevne. Der er i vurderingen lagt vægt på, at medarbejderne gav udtryk for at kende borgerne godt, og dermed havde et billede af, hvornår der var ændringer i funktionsevnen hos borgerne.

Borgernes behov for hjælp, pleje og omsorg var afdækket og faglige indsatser beskrevet, ligesom borgernes mål med den personlige og praktiske hjælp fremgik af døgnrytmeplanerne.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere ikke kunne redegøre for, hvordan borgere med behov for genoptræning eller vedligeholdelsestræning kunne blive tilbudt dette efter servicelovens § 86. Fysioterapeuten på plejeenheden varetog opgaver i forbindelse med forflytningsvejledning, arbejdspladsvurderinger, hjælpemidler med videre og kommunens trænende terapeuter tilbød udelukkende genoptræning efter sundhedsloven.

Der var på plejeenheden fokus på en rehabiliterende tilgang i forbindelse med den personlige og praktiske pleje, hjælp og omsorg til borgerne, og der var fokus på at tilbyde meningsfulde aktiviteter i hverdagen. Aktivitetsmedarbejder redegjorde for mange forskellige aktiviteter på plejeenheden, som både kunne være tilrettelagt som gruppeaktivitet, men også som en individuel aktivitet, hvor den enkelte borger, kunne tilbydes følge til eksempelvis en gåtur. En pårørende, der deltog i interview, fortalte om, hvordan hun havde ansvar for at udgive et beboerblad, hvor omdrejningspunktet var formidling af dagligdagen på plejeenheden, herunder aktiviteter, fortælling om borgerne med videre.

Borgere udtrykte ved interview tilfredshed med de aktiviteter, der blev tilbudt i huset.

Målepunktet vedrørende rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83a er vurderet ikke aktuelt, da ingen af borgerne i stikprøverne var i et §83a forløb.

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 borgeres livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	X			
C	At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt	X			
D	At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker	X			
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden	X			

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet	X			

	B2. At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning	X			
C	C1. At relevante medarbejdere kan redegøre for udførelse af pleje af borgere ved livets afslutning	X			
	C2. At medarbejdere kan redegøre for, hvordan de fremfinder borgernes ønsker til livets afslutning	X			

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker	X			
	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at plejeenheden understøtter borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende, samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det	X			
C	C1. At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i borgernes behov og ønsker for udførelsen af omsorgen og plejen	X			
	C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres eventuelle pårørende og det omgivende samfund	X			
D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret		X		I en ud af tre stikprøver, manglede beskrivelse af aftaler med pårørende. Der var dokumenteret, at en pårørende gav "stedfortrædende samtykke", men der var ikke beskrivelser af, hvornår det var relevant. Borger var habil og kunne svare

					relevant om sin situation.
--	--	--	--	--	----------------------------

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

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås	X			

B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse	X			
C	At der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange der hos den konkrete borger kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse			X	

3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber		X		Ledelsen kunne ikke redegøre for hvordan de på nuværende tidspunkt arbejdede systematisk med opsporing af og opfølgning på borgernes psykiske og fysiske funktionsevne og helbredstilstand. Ledelsen kunne redegøre for, hvordan de fremadrettet havde planlagt implementering af mere systematiske arbejdsgange og faglige metoder til opsporing af og opfølgning på borgernes psykiske og fysiske funktionsevne og helbredstilstand.
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		Jf. punkt 3.3.b, var dette punkt ikke opfyldt
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen		X		I tre ud af tre stikprøver manglede en fyldestgørende beskrivelse af borgernes aktuelle

					ressourcer og udfordringer, og det var derfor ikke muligt at have en systematisk dokumentation på ændringer i tilstanden. Medarbejderne kunne redegøre for, at de kendte borgerne, og var opmærksomme på deres tilstand.
--	--	--	--	--	--

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 var ikke entydigt klar over arbejdsgange i forbindelse med forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred. Eksempelvis havde en borger begyndende inkontinens. Her var der fokus på blestørrelse, og ikke på hvordan eller hvem der kunne udrede borgeren for funktionsevnetabet, og dermed forebygge korrekt.
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		Vikarer havde ikke læse og skriveadgang til omsorgsjournalen.
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		I tre ud af tre stikprøver var borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer ikke beskrevet

					fyldestgørende i omsorgsjournalen.
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet	X			
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret	X			
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede	X			

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

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

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

	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	X			
--	---	---	--	--	--

6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet			X	
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgers forløb		X		Ledelsen kunne ikke redegøre for borgernes mulighed for træning efter §86. Det var ikke muligt for borgerne på plejeenheden at blive visiteret til denne træning.
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		Jf. punkt 6.2B er dette punkt ikke opfyldt.
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	X			

	bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger				
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			

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 herunder eksempelvis 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.