



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Ældretilsynet Tilsynsrapport

Reaktivt tilsyn, 2021

Lindely

Lindely
Sankt Lukas Vej 9A
2900 Hellerup

CVR- eller P-nummer: 979511000016004

Dato for tilsynet: 19-08-2021

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 35-2511-326

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed modtog den 21. maj 2021 en bekymringshenvendelse fra en pårørende til en beboer på Lindely. Pårørendes klage omfatter beskrivelse af manglende omsorg og pleje, og omhandler blandt andet følgende problematikker:

- Stor udskiftning i ledelseslag og blandt medarbejdere og ukvalificeret personale
- Manglende kontinuitet og rutine i plejen hos borger med kognitive funktionsnedsættelser.
- Manglende rengøring af bolig og urent tøj i skabe
- Manglende støtte til at få sufficient mad og drikke
- Dårlig kommunikation og svært at få fat i ledere eller kontaktpersoner i det daglige
- Problemer med manglende vejledning om og bevilling af hjælpemidler
- Manglende forebyggelse og opfølgning på tryksår

Den 27. maj 2021 modtager Styrelsen for Patientsikkerhed yderligere en bekymringshenvendelse fra en pårørende til en tidligere beboer på Lindely. Pårørendes klage omfatter som den første beskrivelse af manglende omsorg og pleje, og omhandler blandt andet følgende problematikker:

- Oplevelse af forråelse i adfærden omkring henvenders pårørende og en anden beboer. Det beskrives, hvordan tone og adfærd på afdelingen ikke er værdig
- Problemer med manglende vejledning om og bevilling af hjælpemidler
- Organisatoriske forhold. Det nævnes i bekymringshenvendelsen, at der er mange vikarer og stor ledelsesudskiftning samt mange omorganiseringer, som gør kommunikation vanskelig i dagligdagen.

På baggrund af ovenstående to bekymringshenvendelser vurderede Styrelsen, at der var grundlag for et reaktivt ældretilsyn.

Fokus for tilsyn

Ved det reaktive ældretilsyn den 19. august 2021 blev nedenstående temaer i målepunktsættet for ældretilsynet anvendt:

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

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Lindely er et alment plejecenter til ældre borgere. Lindely har 65 plejeboliger og syv aflastningsboliger
- Plejeenheden er en del af Sankt Lukas Stiftelsens fællesskab og har driftsoverenskomst med Gentofte Kommune
- 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 frivilligt fællesskab omkring Sankt Lukas Stiftelsen, 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
- Den daglige ledelse varetages pr. 1 august 2021 af konstitueret forstander Silke Nørgaard. Ledelsen består derudover af tre afdelingsledere.
- Der er ansat fem social- og sundhedsassistenter som faglige koordinatore.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre omsorgsjournaler ud fra alle målepunkter i målepunktsættet for ældretilsynet. En ekstra omsorgsjournal blev gennemgået med fokus på dokumentation vedrørende borger med kognitive udfordringer og socialpædagogisk handleplan
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet tre pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelse og medarbejdere
 - Silke Nørgaard, forstander
 - Afgående forstander, som stopper den 31. august 2021
 - To afdelingssygeplejersker
- Der blev foretaget interview med fire medarbejdere
 - To social- og sundhedshjælpere
 - En plejehjemsassistent
 - En social- og sundhedsassistent/fagkoordinator
- Der blev foretaget observation ved rundgang på plejeenheden og ophold i cafeen
- Tilbage melding på tilsynet blev givet til ledelsen og ansvarshavende aftenvagter
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulent Trine Gisselmann og specialkonsulent Anne Sophie Laage

3. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger eller materiale i høringsperioden. Vi har derfor den 20. oktober 2021 udstedt et påbud til plejeenheden om senest den 20. oktober 2021 at opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe **målepunkterne 1.1, 1.2, 2.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 5.1 og 6.4.** i orden.

Påbud offentliggøres på stps.dk og sundhed.dk. Når vi ved nyt tilsyn konstaterer, at et påbud er blevet efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget 19-08-2021 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 for vurderingen er, at der var uopfyldte målepunkter under samtlige temaer:

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

Der er i vurderingen lagt vægt på interview med borgere og pårørende, hvor en borger ved interview udtrykte, at vedkommende ikke oplevede selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i hverdagen. Borgeren fortalte, at der var mange vikarer og manglende ressourcer grundet sygdom blandt personalet, hvilket medførte, at der ikke var tid og mulighed for at inddrage borgerne og give dem indflydelse og medbestemmelse. Der blev ligeledes ved interview af en anden borger og en pårørende givet udtryk for, at

borgeren ikke oplevede at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter og derfor ikke oplevede at få hjælp til at leve det liv borgeren ønskede.

Det er herudover styrelsens vurdering, at der var gennemgående mangler i den social- og plejefaglige dokumentation i relation til borgernes behov for hjælp, pleje og omsorg.

Den manglende social- og plejefaglige dokumentation relaterede sig til manglende beskrivelse af borgernes ønsker til den sidste tid, borgernes ønsker og vaner, manglende beskrivelser af eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer samt manglende dokumentation af, hvilke faglige metoder der skulle benyttes for at imødekomme borgerens individuelle behov.

Desuden vurderes, at dokumentationen af de social- og plejefaglige indsatser samt opfølgning på ændringer ikke var systematisk beskrevet, ligesom de social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge uplanlagt vægttab, tryksår eller fald ej heller var beskrevet, hvor det var relevant, idet det ikke kunne fremfindes ved gennemgang af omsorgsjournalerne.

Medarbejderne og ledelsen kunne redegøre for, hvilke faglige metoder de anvendte i forhold til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, men borgernes særlige behov for hjælp, omsorg og pleje i relevante situationer var ikke beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.

Ledelsen kunne ved tilsynet redegøre for at have en organisering, som understøttede plejeenhedens løsning af kerneopgaverne i dagvagten, men vi vurderer, at der ikke er de fornødne kompetencer for løsning af kerneopgaven i aftenvagten. Styrelsen lægger vægt på, at plejeenhedens organisering skal sikre, at plejeenheden understøtter kerneopgaven igennem hele døgnet.

Tilsynet konstaterede, at plejeenheden manglede at få implementeret den fastlagte dokumentationspraksis for den social- og plejefaglige dokumentation, da det ikke var entydigt, hvor relevante oplysninger blev dokumenteret i omsorgsjournalen.

Det er styrelsens vurdering, at mangelfuld social- og plejefaglig dokumentation, samt manglende entydighed og overskuelighed i omsorgsjournalerne rummer en betydelig risiko for, at den udførte pleje, omsorg og hjælp til borgerne ikke har den fornødne kvalitet. Dette med hensyn til kontinuitet i hjælp, omsorg og pleje, intern kommunikation i plejeenheden og kommunikation med eksterne samarbejdspartnere samt ved hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået ændring i borgernes funktionsevne eller helbredstilstand.

Det er styrelsens vurdering, at ledelse og medarbejdere på plejeenheden under tilsynet var reflekterende og imødekommende.

Ovenstående giver anledning til, at styrelsen vurderer, at der på plejeenheden er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet.

Krav

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at vi stiller krav om følgende:

- At plejeenheden sikrer, at borgerne oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes vaner og ønsker er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 1.1)

- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kan redegøre for, hvor de finder borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer, at borgerne oplever - så vidt muligt - at få hjælp til at kunne leve det liv, de ønsker (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at aftaler, der er indgået med de pårørende, som betyder noget for den daglige hjælp, pleje og omsorg, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser og eventuelt pårørende oplever, at borgerne får hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres særlige behov (målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer, at særlige behov for hjælp, omsorg og pleje hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation i relevante situationer (målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer, at faglige metoder og arbejdsgange, der bliver brugt til at forebygge magtanvendelse hos konkrete borgere, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 3.2)
- At plejeenheden sikrer, at borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender de anvendte arbejdsgange, faglige metoder og redskaber til opsporing af og opfølgning på ændringer i borgerens fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne bruger arbejdsgange, faglige metoder og redskaber til opsporing af og opfølgning på ændringer i borgerens fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand, som anvendes på plejeenheden (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at borgerne og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje er rettet mod at forebygge funktionsevnetab og forringet helbred (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne bruger plejeenhedens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder til forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge tryksår og fald er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at plejeenhedens organisering understøtter kerneopgaven igennem hele døgnet (målepunkt 4.1)
- At plejeenheden sikrer, at der er fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, hvem der har ansvaret for at dokumentere, og hvordan relevant viden bliver delt mellem medarbejderne (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne følger praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)

- At plejeenheden sikrer, at borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter (målepunkt 6.4)

Vi agter at udstede et påbud om, at plejeenheden skal opfylde ovenstående krav, inden for en fastsat frist. Se nærmere den vedlagte afgørelse om udstedelse af påbud.

Tematisk fremstilling af den samlede vurdering

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Vi vurderer, at to af målepunkterne under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen har vi lagt vægt på, at en ud af tre borgere, samt to ud af tre pårørende angav, at de ikke oplevede, at borgene havde selvbestemmelse og indflydelse, samt at de ikke blev inddraget i beslutninger i hverdagslivet. En ud af tre borgere, samt to ud af tre pårørende angav, at de havde måtte bede vikarer på plejeenheden om at tale ordenligt til borgeren og de pårørende.

Vi har ligeledes lagt vægt på, at det var gennemgående, at der manglede beskrivelser af borgerens vaner og ønsker, samt borgerens eventuelle ønsker til livets afslutning. Plejeenheden havde ikke en systematisk metode til at indhente og dokumentere disse oplysninger. Under interview med ledelse, medarbejdere og borgere blev det tydeligt, at de faste medarbejdere havde et godt kendskab til borgerne, men udfordringen bestod i, at der var en vikardækning primært i aftentimerne, hvor vikarerne ikke kendte til borgerens vaner, rutiner og behov. Den manglende systematiske dokumentation af borgernes vaner og ønsker, samt eventuelle ønsker til livets afslutning, indebar en risiko for, at udførelsen af den social- og plejefaglige omsorg ikke havde den fornødne kvalitet. Grundlaget for, at en vikar, som ikke kendte borgeren, kunne udføre sammenhængende og helhedsorienteret hjælp, omsorg og pleje, i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov, manglede.

En borger udtrykte ved interview, at borgeren oplevede tryghed ved at tale med præst, som kom på plejeenheden, i forhold til ønsker til livets afslutning. Styrelsen vurderede tillige under interview med ledelse og medarbejdere, at medarbejderne havde de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning. Medarbejdere fortalte ved interview, at de ved borgere, hvor det var relevant, indgik i en dialog omkring borgerens eventuelle ønsker til den sidste tid og ved behov kunne vågetjeneste tilkaldes. Medarbejderne kunne ikke redegøre for, hvor de fandt eventuelle ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation.

2. Borgernes trivsel og relationer

Vi vurderer, at målepunktet ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen har vi lagt vægt på, at det var gennemgående, at der manglede beskrivelser af aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer i omsorgsjournalerne. Plejeenheden havde ikke en systematisk metode til at indhente og dokumentere disse oplysninger. Medarbejderne kunne under interview ikke mundtligt redegøre for, hvilke aftaler der var indgået med de enkelte pårørende og i tre ud af tre journaler, var aftaler med pårørende ikke dokumenteret i den social- og plejefaglige dokumentation.

Der var i plejeenheden gjort forskellige tiltag med henblik på at udvikle samarbejdet med borgere og pårørende om at sikre en god tilværelse i plejeenheden. Eksempelvis tilbød plejeenheden systematisk indflytningssamtale og evalueringsmøder med borger og eventuelle pårørende. På trods af dette oplevede en ud af tre borgere samt to ud af tre pårørende ikke at de blev inddraget, og at der ikke blev lyttet til dem i

overensstemmelse med borgerens ønsker og behov. Eksempelvis angav en ud af tre borgere et ønske om at komme mere ud af huset, og borgeren oplyste, at det ikke kunne lade sig gøre, hvilket blev begrundet med manglende ressourcer blandt plejepersonalet.

Den manglende systematiske indhentning og dokumentation af aftaler indgået med de pårørende, indebar efter vores vurdering en risiko for, at den social- og plejefaglige omsorg ikke havde den fornødne kvalitet. Grundlaget for, at enhver medarbejder kunne inddrage pårørende og understøtte borgerens tilknytning til deres eventuelle pårørende og det omgivende samfund, i overensstemmelse med borgerens og pårørendes ønsker og behov, manglede.

Medarbejderne kunne ved interview redegøre for, hvordan de tilrettelagde pleje og omsorg ud fra borgerens vaner og ønsker, og kunne redegøre for hvordan de forsøgte at inddrage borgerens livshistorie og vaner i de aktiviteter der blev tilbudt, men ved gennemgang af den social-og plejefaglige dokumentation fremgik disse vaner og ønsker ikke specifikt for borgerne.

3. Målgrupper og metoder

Vi vurderer, at fire målepunkter under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen har vi lagt vægt på, at der ved ledelsesinterview blev oplyst, at der i plejeenheden var igangsat en praksis for opsporing af ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand, og at der var iværksat relevante tiltag til forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred. Det foregik dog ikke systematisk på alle afdelinger, og det var forskelligt fra afdeling til afdeling. Der var et ønske fra både ledelse og medarbejdere om et dagligt tavlemøder på alle afdelingerne, hvor borgerne skulle triageres, men dette var grundet udskiftning af medarbejdere endnu ikke systematisk indført på alle afdelinger.

I en ud af tre stikprøver fandt vi, at de forebyggende indsatser i forhold til forebyggelse af tryksår og fald ikke var dokumenteret i omsorgsjournalen. Derudover gav en ud af tre borgere ved interview udtryk for at hjælp, omsorg og pleje rettet mod forebyggelse ikke var en fast del af praksis.

I to ud af tre stikprøver omhandlende borgere med kognitive funktionsnedsættelser, var der ikke fyldestgørende beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgerne i relevante situationer.

Ledelse samt medarbejdere redegjorde for konkrete metoder til forebyggelse af magt, herunder at en socialpædagogisk handleplan kunne bidrage til forebyggelse af magtanvendelse. De faglige metoder og arbejdsgange, der blev brugt til at forebygge magtanvendelse hos konkrete borgere, var imidlertid ikke beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation. Vi har lagt vægt på den manglende dokumentation, da det kan have betydning for den fornødne kvalitet i forebyggelse af magtanvendelse.

Ledelsen redegjorde for, at der ved særlige behov var mulighed for at indkalde kommunale specialkompetencer såsom demenskonsulenter, hvilket bidrog til læring i plejeenheden, og det var ledelsens ønske, at udvalgte medarbejdere skulle blive demensvidenspersoner.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Vi vurderer, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at ledelsen redegjorde for de omfattende organisationsændringer, som plejeenheden igennem de sidste par år havde været igennem. Den nuværende forstander var tiltrådt pr. 1 august 2021. Den nye ledelse havde organiseret sig med en organisation bestående af en forstander, samt tre sygeplejefaglige afdelingsledere. Den ene afdelingslederstilling var endnu ikke besat. Derudover var plejeenheden nu organiseret med fem fagkoordinatorer fordelt på hver afdeling, som blandt andet skulle være ansvarlige for planlagte triagemøder, hvor fokus skulle være på ændringer i borgernes helbredstilstande samt vurdering af borgernes generelle

funktionsniveau. Triagemøderne var endnu ikke implementeret på alle afdelingerne. Fagkoordinatorerne var også planlagt til at være ressourcepersoner på forskellige fagområder.

Ledelsen redegjorde for, at fire aftenvagter var langtidssygemeldte, hvilket gjorde det svært for plejeenheden altid at sikre kontinuiteten i forhold til vagtdækning, men i det omfang det var muligt, benyttede plejeenheden sig af deres eget afløserkorps. Ledelsen kunne dermed redegøre for at have en organisering, som understøttede plejeenhedens løsning af kerneopgaverne i dagvagten, men vi vurderer, at der ikke er de fornødne kompetencer for løsning af kerneopgaven i aftenvagten. Styrelsen lægger vægt på, at plejeenhedens organisering skal sikre, at plejeenheden understøtter kerneopgaven igennem hele døgnet.

5. Procedurer og dokumentation

Vi vurderer, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der i tre ud af tre omsorgsjournaler ikke var fyldestgørende dokumentation af de social- og plejefaglige indsatser samt opfølgning og evaluering herpå.

Tilsynet konstaterede, at plejeenheden manglede at få implementeret en systematisk og fastlagt dokumentationspraksis for den social- og plejefaglige dokumentation, da det ikke var entydigt, hvor relevante oplysninger blev dokumenteret i omsorgsjournalssystemet. Det var således ikke tydeligt for den enkelte medarbejder hvornår, hvor og hvordan, der skulle dokumenteres, ligesom det ikke var tydeligt, hvordan viden om dokumentationspraksis skulle deles mellem medarbejderne, herunder vikarer.

Under tilsynet blev det drøftet, hvilke muligheder det gav, overordnet at få taget stilling til dokumentationspraksis, så det blev tydelig og systematisk, hvor eksempelvis de faglige beskrivelser af metode og ønsker til livets afslutning kunne fremstå i dokumentationen. Under gennemgang af den social- og plejefaglige dokumentation fremkom både ledelsen samt medarbejderne med idé til udvikling af en fremadrettet systematisk dokumentationspraksis.

Vi har lagt vægt på, at en mangelfuld dokumentation kan betyde, at udførelse af den relevante social- og plejefaglige omsorg ikke har den fornødne kvalitet, da der er ikke vil være grundlag for, at alle medarbejderne – også vikarer - kan udføre en relevant, sammenhængende og helhedsorienteret hjælp, omsorg og pleje til borgerne.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Vi vurderer, at et målepunkt under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at en ud af tre borgere ikke oplevede at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter. En pårørende gav ligeledes ved interview udtryk for mangelfulde aktiviteter især i eftermiddagstimerne.

Medarbejderne kunne redegøre for, hvordan de inddrog træningselementer og aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg. Dette blev sikret via et samarbejde med plejeenhedens terapeut, hvor viden om eventuelle træningselementer og aktiviteter blev delt. Plejeenheden havde desuden et antal af frivillige, som deltog i forskellige arrangementer.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at der blev arbejdet med en hverdagsrehabiliterende tilgang, hvor medarbejderne tog afsæt i kendskab til den enkelte borger og dennes særlige behov og havde fokus på borgerens ønsker og på, at borgerne forsat udviklede eller fastholdt deres funktionsevne.

Der er målepunkter i tema 6.1, som er markeret som ikke aktuelt, da der i plejeenheden ikke var borgere, der var visiteret til §83a rehabiliteringsforløb.

4. Fund ved tilsynet

Tema 1: Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgerne oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.		X		I en ud af tre stikprøver fremgik det, at borgeren ikke oplevede selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.
B	Ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet.	X			
C	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	Borgernes vaner og ønsker er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.		X		I to ud tre journaler var borgernes vaner og ønsker ikke beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.
E	Selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden.	X			

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
-----------	--	---------	--------------	--------------	---------------------

A	Borgerne oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om ønsker til livets afslutning.	X			
B	B1. Ledelsen kan redegøre for, hvordan borgernes ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet.	X			
	B2. Ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje og omsorg ved livets afslutning.	X			
C	C1. Medarbejderne kan redegøre for pleje og omsorg ved livets afslutning	X			
	C2. Medarbejderne kan redegøre for, hvor de finder borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation.		X		Ved interview af medarbejdere kunne de ikke redegøre for, hvor de kunne finde borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation.

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. Borgerne oplever - så vidt muligt - at få hjælp til at kunne leve det liv, de ønsker.		X		I et ud af tre stikprøver fremgik det, at borgeren ikke oplevede at få hjælp til at leve det liv, der var ønsket.
	A2. Pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov.		X		I to ud af tre stikprøver med pårørende fremgik det, at de ikke oplevede at blive inddraget, og at der ikke bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov.
B	B1. Ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel.	X			
	B2. 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. Medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i deres behov og ønsker i omsorgen og plejen.	X			
	C2. Medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til eventuelle pårørende og det omgivende samfund.	X			
D	Aftaler der er indgået med de pårørende, som betyder noget for den daglige hjælp, pleje og omsorg, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.		X		I tre ud af tre stikprøver fremgik det ikke, hvilke aftaler, der var indgået med de pårørende, og det var ikke entydigt, hvor eventuelle aftaler skulle fremfindes.

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	Borgerne og eventuelt pårørende oplever, at borgerne får hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for de særlige behov.		X		Ved interview fremgik det af to ud af tre borgere samt to pårørende ikke oplevede, at borgerne får hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for de særlige behov. En borger oplevede ikke at få hjælp til at komme ud af ensomhed og en pårørende var ikke tryk ved at borger fik den hjælp vedkommende skulle have, hvorfor hun selv følte hun måtte møde op og tjekke det.
B	Ledelsen kan redegøre for de faglige metoder og arbejdsgange, der bliver brugt i plejeenheden.	X			
C	C.1 Medarbejderne kender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje.	X			
	C.2 Medarbejderne bruger de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje.	X			

D	Målgruppens særlige behov for hjælp, omsorg og pleje er i relevante situationer er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.		X		I to ud af tre stikprøver fremgik det, at borgere med særlige behov for hjælp, omsorg og pleje i relevante situationer ikke var beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.
E	Tone, adfærd og kultur afspejler, at borgerne får hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres nedsatte funktionsevne.	X			

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

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

3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand.		X		Ved interview fremgik det at en ud af tre borgere og en pårørende oplevede, at medarbejderne ikke var opmærksomme på

					ændringer i borgerens søvnmønster.
B	Ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.	X			
C	C.1 Medarbejderne kender ovennævnte arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.		X		Ved interview fremgik det, at medarbejderne ikke kendte de arbejdsgange, faglige metoder og redskaber til opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne, som ledelsen redegjorde for.
	C.2 Medarbejderne bruger ovennævnte arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.		X		Ved interview fremgik det, at medarbejderne ikke systematisk anvendte, de arbejdsgange, faglige metoder og redskaber, som ledelsen redegjorde for.
D	Ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	X			

3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgerne og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje er rettet mod at forebygge uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.		X		To ud af tre borgere samt pårørende gav ved interview udtryk for at hjælp, omsorg og pleje ikke var rettet mod at forebygge tryksår og fald. Eksempelvis oplevede en pårørende, at borger ikke blev smurt korrekt med sårsalve, og at pårørende derfor selv måtte sørge for det.
B	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	C.1 Medarbejderne kender plejeenhedens 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			
	C.2 Medarbejderne bruger plejeenhedens 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 brugte ikke systematisk plejeenhedens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.
D	Social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation, hvor det er relevant.		X		I en ud af tre stikprøver var de social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge tryksår og fald ikke beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation, hvor det var relevant.

Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 Ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter kerneopgaverne.		X		Ledelsen kunne ikke redegøre for, at organiseringen understøttede plejeenhedens kerneopgave igennem hele døgnet, da det ved interview med ledelsen fremgik, at der var fire langtidssygemeldte aftenvagter, og at det var svært at skaffe vikarer og dermed sikre kontinuitet i

					forhold til vagtdækning om aftenen.
	A.2 Ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage kerneopgaverne, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere.	X			
	A.3 Ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende og vikarer.	X			
B	B.1 Medarbejderne kender ansvars- og opgavefordelingen.	X			
	B.2 Medarbejderne 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 Ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, hvem der har ansvaret for at dokumentere, og hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne.		X		Ledelsen havde ved tilsynet ikke fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, hvem der har ansvaret for at dokumentere, og hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne.
	A.2 Ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser.		X		Ledelsen kunne ved tilsynet ikke redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser.
B	B.1 Medarbejderne kender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.		X		Medarbejderne kendte ved tilsynet ikke plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.

	B.2 Medarbejderne følger plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.		X		Medarbejderne fulgte ved tilsynet ikke plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.
C	C.1 Borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.		X		Ved tre ud af tre journaler var borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, og generelle oplysninger ikke beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.
	C.2 Borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.		X		I to ud fire journaler var borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje ikke afdækket, og afledte social- og plejefaglige indsatser var ikke beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation. Eksempelvis manglede beskrivelser af hvordan personalets tilgang skulle være til en borger med kognitiv svækkelse.
	C.3 Afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	X			

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

6.1 Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter § 83a

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet.		X	
B	Ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål.	X		

C	C.1 Medarbejderne kender plejeenhedens arbejdsgange for gennemføre helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål.	X			
	C.2 Medarbejderne følger plejeenhedens arbejdsgange for at gennemføre helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål.	X			
D	D.1 Ved opstart af rehabiliteringsforløb er en individuel vurdering med udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål samt en tidsramme for forløbet beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.			X	
	D.2 Borgerens funktionsevne er ved afslutning af rehabiliteringsforløbet beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.			X	

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

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

6.3 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål, er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet.	X			
B	Ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgeres forløb.	X			
C	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	D.1 Formål med borgerens forløb ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	X			
	D.2 Ændringer i forhold til borgerens forløb ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er løbende beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	X			

6.4 tilbud om aktiviteter til borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 Borgeren og eventuelle pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for borgeren.	X			
	A.2 Borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter.		X		Ved interview fremgik det, at en ud af tre borgeren oplevede ikke at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter.

B	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	C.1 Medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter.	X			
	C.2 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 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 vores 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

Vores 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. Vores 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.

Vi har forskellige sanktionsmuligheder afhængigt af kategoriseringen for den enkelte plejeenhed.

Hvis der konstateres mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, har vi 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 vi bliver opmærksom på mangler efter sundhedsloven eller anden lovgivning, kan vi give informationen videre til de relevante tilsynsmyndigheder.