



Ældretilsynet Tilsynsrapport CENTRUMPLEJE ApS

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

CENTRUMPLEJE ApS
Bakkekammen 4

4291 Ruds Vedby

CVR- eller P-nummer: 1019682060

Dato for tilsynet: 08-07-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9514-197/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Centrupleje ApS er en privat leverandør af hjemmepleje og hjemmesygepleje i Kalundborg Kommune og er ejet af Mariola Jensen
- Plejeenheden Centrupleje ApS har 100 borgere tilknyttet og ingen bestemt målgruppe
- Den daglige ledelse varetages af Mariola Jensen som er uddannet social- og sundhedsassistent
- Cirka 50 % af borgerne, modtager hjælp til personlig pleje, ellers er det praktisk hjælp, som Centrupleje ApS leverer. Derudover leverer Centrupleje ApS tilkøbsydelse til praktisk bistand mod egenbetaling
- I plejeenheden Centrupleje ApS er der fire medarbejdere med baggrund som social- og sundhedsassistenter (herunder leder) seks social- og sundhedshjælpere og to serviceassistenter som varetager rengøring
- Der er altid en social- og sundhedsassistent, som har vagttelefonen døgnet rundt
- Der er alle dage fem forskellige hjemmeplejeruter og to aftenruter
- I Kalundborg Kommune er der et akutteam, som dækker hele kommunen ved akutte sygeplejeopgaver, og Centrupleje ApS har samarbejde med den kommunale sygepleje
- Centrupleje ApS har samarbejde med sygeplejen omkring palliativ pleje, faldforebyggelse og ernæringscreening
- Der er samarbejde med træningsenheden i Kalundborg kommune ved behov for hjælpemidler og træning.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået fire borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet en pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen, Mariola Jensen
- Der blev foretaget interview med to medarbejdere ud over leder Mariola
 - social- og sundhedsassistent og koordinator
 - social- og sundhedsassistent
- Afsluttende opsamling blev givet til leder Mariola Jensen og to medarbejdere
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Anne Marie Glennung og Susie Poulsen.

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget en handleplan af den 20. juli 2019, som opfylder styrelsens anmodninger. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 8.7.2019 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 vælg: *Selvbestemmelse og livskvalitet, Trivsel og relationer, Målgrupper og metoder og Procedurer og dokumentation*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet der var gennemgående mangler i dokumentationen. Ledere og medarbejdere kunne dog mundtligt redegøre for, hvordan de udførte de social- og plejefaglige opgaver. Styrelsen har således vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet de uopfyldte målepunkter udelukkende omhandlede den social- og plejefaglige dokumentation, og at disse fund efterfølgende affødte en ledelsesmæssig opfølgning.

Plejeenheden har siden den februar 2019 arbejdet med omlægning af deres omsorgssystem samt implementering af FSIII og ved tilsynet stod det klart, at plejeenheden ikke fuldt ud havde implementeret det nye it-system, da der var områder, som endnu ikke var udfyldt og beskrevet. Der var en del målepunkter, som ikke var opfyldt grundet den manglende fyldestgørende implementering af it-systemet.

Det er styrelsens vurdering, at borgerne fik hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, men at plejeenheden havde udfordringer med dokumentationen, og det er på dette område, hvor tilsynet gjorde fund.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at plejeenheden femstod velorganiseret, med en tydelig ledelse og velreflekterende personale i forhold til plejeenhedens kerneopgave og værdier.

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed henstiller til, at plejeenheden udarbejder og indsender en handleplan over, hvordan nedenstående henstillinger vil blive opfyldt:

- At plejeenheden sikrer, at der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejdere kan fremfinde borgernes ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer, at aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af eksempelvis uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet (målepunkt 3.4)
- 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 borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser bliver beskrevet (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb bliver dokumenteret (målepunkt 5.1)

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har fundet, at der var ét målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at tilsynet ved journalgennemgang fandt, at der manglede beskrivelser af borgerens vaner og ønsker i to ud af fire stikprøver. Yderligere var der i fire ud af fire stikprøver ikke en beskrivelse af borgernes livshistorie, som medarbejderne kunne tage udgangspunkt i ved deres pleje og omsorg.

Ved samtale med ledelse og medarbejdere fremgik det, at hvis medarbejderne var i tvivl om borgernes vaner og ønsker i forhold til den udførte pleje, så kontaktede medarbejderne lederen telefonisk, da lederen havde viden om dette, men denne var ikke dokumenteret i den elektroniske journal.

Ved opstart af pleje afholdt lederen opstartsmøde med deltagelse af pårørende og medarbejdere, hvor borgernes og de pårørendes forventninger blev afstemt.

Plejeenheden redegjorde for praksis i arbejdet med at sikre en værdig død, men ved samtale fremgik, at det var uklart for medarbejderne, hvor de kunne fremfinde og dokumentere borgernes ønsker til livets afslutning. Det faste personale varetog pleje i den sidste tid med mulighed for ekstra personaleressourcer. Der var tillige tæt kontakt med pårørende, praktiserende læge, kommunens hjemmesygepleje og akutteam med mere.

Det er styrelsens vurdering, at det ved samtale med borgere og pårørende var tydeligt, at plejeenheden tog individuelle hensyn og imødekom borgernes individuelle ønsker, men det er styrelsens vurdering, at det er vigtigt at borgernes ønsker til den sidste tid dokumenteres

2. Trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at der var ét målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at der i to ud af fire stikprøver ved journalgennemgang ikke var en beskrivelse i den elektroniske journal af aftaler indgået med de pårørende. Medarbejderne kunne dog mundtligt redegøre for aftaler med de pårørende.

Det er styrelsens vurdering, at det er vigtigt at sikre dokumentation af aftaler indgået med pårørende med henblik på at eventuelt afløsende personale kan orientere sig i disse ved varetagelse af plejen.

Borgerne fortalte ved interviewet, at de kunne få den hjælp, de selv ønskede, og at der var et godt samarbejde med plejeenheden og de pårørende. Borgerne og pårørende oplevede, at der var en god tone og adfærd fra enheden, og at den enkeltes ønsker og behov blev respekteret.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved journalgennemgang fremgik, at der ikke forelå beskrivelser af social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse.

Personalet og ledelsen kunne redegøre for pædagogiske metoder og arbejdsgange i forbindelse med forebyggelse af magtanvendelse, og dette fremkom både ved interview med ledelse og medarbejdere. Der var påbegyndt arbejde i samarbejde med sygeplejen fra Kalundborg kommune med systematisk opsporing med triagering. Der var kontaktpersons ordning, således at medarbejderne kendte deres borgere og vidste hvilke ydelser som skulle leveres. Ved udfordringer blev borgerne gennemgået i fællesskab og der blev afholdt en form for borgerkonference med fokus på løsninger.

Styrelsen fandt, at de forebyggende indsatser relateret til pleje og omsorg ikke var beskrevet i journalerne, men forankret i den enkelte medarbejders kendskab til borgeren og dennes behov. Det er styrelsens vurdering, at der i plejeenheden var behov for fortsat udvikling af dokumentationen af hensyn til den fornødne kvalitet. Plejeenheden blev ved tilsynet informeret og vejledt om materialet "I sikre hænder" og Sundhedsstyrelsens anbefalinger omkring forebyggelse på ældreområdet.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at der var et godt samarbejde i plejeenheden med den kommunale hjemmesygepleje. Dette fremgik både ved interview med ledelsen samt ved medarbejder interviewet. Alle medarbejdere i plejeenheden mødtes hver morgen kl 6.00 og her blev borgerne gennemgået. Der var faste møder med visitationen fra Kalundborg kommune og godt samarbejde med demenskonsulent fra kommunen.

Det fremgik af interview med ledelsen, at personalet blev inddraget mest mulig i den daglige arbejdstilrettelæggelse under forudsætning af, at de nødvendige kompetencer altid var tilstede i forhold til de konkrete opgaver.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at plejeenhedens kerneopgaver og vision og værdier var beskrevet, og at ledelse og medarbejderne ved interview kunne redegøre for, hvorledes dette blev anvendt i hverdagen.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at det fremgik af interview, at plejeenheden siden februar 2019 har arbejdet med omlægning af deres omsorgssystem, men at der stadig var områder, som manglede at blive beskrevet.

Ved journalgennemgang fremgik det, at borgerens aktuelle ressourcer og udfordringer ikke var beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner og generelle oplysninger. Yderligere var borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje ikke beskrevet af plejeenheden og afledte social- og plejefaglige indsatser var ikke dokumenteret. Derudover fremgik det af journalgennemgangen, at borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb ikke var dokumenteret.

Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for ovenstående, men dette var ikke dokumenteret eller beskrevet. Det var et problem for den fornødne kvalitet, at borgernes ressourcer, udfordringer, mål og behov for hjælp, pleje og omsorg ikke er beskrevet i journalen, men alene forankret i den enkelte medarbejders kendskab til borgeren og dennes behov eller noteret på en "køreliste".

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der blev arbejdet målrettet med rehabilitering og inddragelse i de daglige aktiviteter. I vurderingen er der endvidere lagt vægt på, at der på plejeenheden var et tæt samarbejde med Kalundborg Kommunes fysio- og ergoterapeuter i forhold til igangsætning af rehabiliterende og vedligeholdende indsatser.

Der var på plejeenheden ikke borgere visiteret til træning efter servicelovens § 86, hvorfor det er noteret som uaktuelt i målepunkt 6.

Ved samtale med ledelse, medarbejdere og borgere fremgik det, at plejeenheden arbejdede med at tilbyde borgerne meningsfulde aktiviteter (blandt andet ved at spise morgenmad med borgerne i weekenderne, hvis borgerne var småtspisende), og der var fokus på Klippekortordningen og borgernes individuelle ønsker til dette.

Øvrige fund

Plejeenheden Centrumpleje ApS varetager delegerede sygeplejeopgaver såsom medicindispensering, medicinadministration, blodtryksmåling, kateterskylning, sondeernæring og sårpleje. Der blev på tilsynet den 8. 7.2019 observeret mangler på sundhedslovsområdet inden for journalføring og hygiejne.

Styrelsen for patientsikkerhed vurderer, at disse mangler giver anledning til opfølgning via et sundhedsfaglig tilsyn.

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		I to ud af fire stikprøver fandt tilsynet, at borgernes vaner og ønsker var meget sparsomt og ikke fyldestgørende beskrevet. Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for det, men det var ikke dokumenteret.
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		Medarbejderne kunne ved samtale ikke redegøre for, hvor de fremfinder borgernes ønsker til livets afslutning.

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker	X			
	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at plejeenheden understøtter borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende, samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det	X			
C	C1. At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i borgernes behov og ønsker for udførelsen af omsorgen og plejen	X			

	C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres eventuelle pårørende og det omgivende samfund	X			
D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret		X		I to ud af fire stikprøver var aftaler med pårørende meget sparsomt og ikke fyldestgørende beskrevet. Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for det, men det var ikke dokumenteret.

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

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres 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			
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			
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 vægttab, 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 vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet		X		I to ud af fire stikprøver var social- og plejefaglige indsatser meget sparsomt og ikke fyldestgørende beskrevet. Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for det, men det var ikke dokumenteret.

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		I tre ud af fire stikprøver var borgernes ressourcer og udfordringer meget sparsomt og ikke fyldestgørende beskrevet. Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for det, men det var ikke dokumenteret.
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet		X		I tre ud af fire stikprøver var borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje ikke afdækket. Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for det, men det var ikke dokumenteret. Ved praktisk hjælp var indsatsen beskrevet på medarbejderens køreliste og ikke i borgerens journal.
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret		X		I tre ud af fire stikprøver var der ikke opsat mål for personlig og praktisk hjælp.

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

6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet			X	
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgers forløb	X			
C	At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg	X			
D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb			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			

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.