



Ældretilsynet Tilsynsrapport Hjemmeplejen Kerteminde

Reaktivt tilsyn, 2021

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

**Hjemmeplejen Kerteminde
Borgmester Hansensvej 7, 1**

5300 Kerteminde

CVR-, SOR- eller P-nummer: 1019041000016008

Dato for tilsynsbesøget: 07-06-2021

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Syd

Sagsnr.: 35-2511-239

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Årsagen til tilsynsbesøget er, at styrelsen den 14. september 2020 modtog en bekymringshenvendelse fra en pårørende til en borger, som fik hjælp af hjemmeplejen Kerteminde. Henvendelsen omhandlede bekymring over gentagne fald og uregelmæssigheder i behandling med medicinsk plaster.

På baggrund af bekymringshenvendelsen anmodede styrelsen i november 2020 hjemmeplejen i Kerteminde om en udtalelse og en række nærmere oplysninger. Hjemmeplejen i Kerteminde fremsendte udtalelser, journalmateriale og beskrivelse af arbejdsgange til belysning af de problemstillinger, der var beskrevet i henvendelsen fra den pårørende, og styrelsen anmodede i december 2020 hjemmeplejen om en række supplerende oplysninger.

Vi behandlede materialet i forhold til, at vurdere, om der var den fornødne kvalitet i pleje og omsorg hos Hjemmeplejen Kerteminde, hvilket vi ikke kunne konstatere ud fra materialet. Vi besluttede på den baggrund, at foretage et reaktivt ældretilsyn med henblik på, at vurdere om den fornødne kvalitet er tilstede i pleje og praktisk hjælp til borgerne. Baggrunden for det er, at der i journalmaterialet mangler dokumentation af arbejdet med at forebygge fald og forringet funktionsevne, samt at fastsætte mål for hjælp og pleje sammen med borgeren. Dette er desuden områder, som Hjemmeplejen Kerteminde fik henstillinger om at efterleve ved ældretilsynet i august 2019.

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Kerteminde hjemmepleje betjener ca. 282 hjemmeplejemodtagere
- Den daglige ledelse varetages af Maria Kunz
- Der er ansat i alt 65 i dag og aften vagt, tyve social- og sundhedsassistenter og resten af medarbejderne er social- og sundhedshjælpere. Desuden er der ansat enkelte timelønnede ufaglærte afløsere.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre omsorgsjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet to pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Maria Kunz
- Der blev foretaget interview med fire medarbejdere
 - social- og sundhedshjælpere
 - social- og sundhedsassistenter
- Der blev foretaget observation i forbindelse med samtaler i borgernes hjem
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til personale og ledelse samt en faglig konsulent
- Tilsynet blev foretaget af Tina Kolding og Sidsel Rohde

3. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget materiale i form af en udtalelse og en bilagssamling fra plejeenheden med oplysning om det konkrete antal borgere, der modtager hjælp og omsorg fra plejeenheden. Endvidere oplysninger om de tiltag, der arbejdes med for fremadrettet at sikre kvaliteten af hjælp, pleje og omsorg til de borgere, der modtager hjælp, pleje og omsorg fra plejeenheden.

Styrelsen anerkender, at plejeenheden har iværksat samt planlagt en række tiltag for at sikre kvaliteten af hjælp, pleje og omsorg til de borgere, der modtager hjælp, pleje og omsorg fra plejeenheden. Vi finder det dog ikke dokumenteret, at tiltagene på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning.

Vi har derfor den 16. august 2021 udstedt et påbud til plejeenheden om senest den 16. august 2021 at opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold 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 den 7. juni 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 herfor er, at der ved tilsynet blev fundet målepunkter under alle temaerne: *Selvbestemmelse og livskvalitet, Trivsel og relationer, Målgrupper og metoder, Organisation, ledelse og kompetencer, Procedurer og dokumentation og Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet der var mangler i relation til borgernes selvbestemmelse og trivsel. Vaner og ønsker, samt aftaler indgået med de pårørende, var ikke konsekvent dokumenteret, og der var ikke en fast praksis for at sikre, at ønsker til den sidste tid blev indhentet. Vi observerede desuden uværdig tale, idet en medarbejder talte om arbejdsopgaver og manglende tid til opgaverne, i en borgers nærvær.

Vi konstaterede mangler i dokumentation af ændringer og opfølgning på borgernes tilstand, samt i forhold til forebyggelse af fald, uplanlagt væggtab og inkontinens, hvilket udgjorde en risiko for, at medarbejderne ikke kunne understøtte borgernes helbred og funktionsevne i tilstrækkelig grad.

Vi konstaterede tilmed mangler i den social- og plejefaglige dokumentation i relation til borgernes ressourcer og udfordringer, mangler i beskrivelser af borgerens mål for hjælpen samt mangler i beskrivelser af borgernes døgnrytmeplaner. I et enkelt målepunkt vedrørende forebyggende indsatser var der mangler i samtlige tre stikprøver. Manglerne i dokumentationen viste, at plejeenhedens dokumentationspraksis ikke konsekvent blev fulgt af medarbejderne.

Det er styrelsens vurdering, at den gældende praksis i plejeenheden ikke kunne sikre videndeling mellem medarbejderne og sammenhængende indsatser. Den gældende praksis kunne heller ikke understøtte kerneopgaven, hvilket udgør en risiko for at hjælpen ikke bliver af fornøden kvalitet.

Ledelsen redegjorde for, at der skulle iværksættes tiltag for at forbedre dokumentationen, idet der var mangler i den gældende dokumentationspraksis. Det er styrelsens vurdering, at den gældende dokumentationspraksis udgør en vigtig del af den samlede organisering. Således understøttede organiseringen ikke plejeenhedens kerneopgaver for nuværende, hvor de nye tiltag endnu ikke var implementerede.

Vi har vurderet, at det er skærpende omstændigheder, at flere af de mangler vi fandt ved tilsynet er områder, som Hjemmeplejen Kerteminde fik henstillinger om at efterleve ved ældretilsynet i august 2019. Det drejer sig om en manglende praksis i forhold til at indhente borgernes ønsker til livets afslutning, mangler i dokumentationen af ændringer og opfølgning, beskrivelse af forebyggende tiltag, og mangler i dokumentation af mål fastsættelse for hjælp og pleje.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

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

I vurderingen er lagt vægt på, at der i en ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelser af borgerens værdier og ønsker. Det blev observeret, at en medarbejder talte om manglende tid til opgaveudførelse i en borgers nærvær. Ledelsen kunne ikke redegøre for, hvordan borgernes ønsker til livets afslutning blev indhentet. Det blev oplyst, at plejeenheden manglede en praksis, der sikrede, at det i alle tilfælde blev sikret, at ønskerne til livets afslutning var indhentet.

Det er styrelsens vurdering, at ovenstående udgør en risiko for, at borgerne ikke altid oplever selvbestemmelse og værdighed i forbindelse med hverdagen og i forbindelse med deres sidste tid.

Der blev redegjort for, at der i plejeenheden var de rette kompetencer tilstede i forhold til at yde pleje i den sidste tid.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er lagt vægt på, at der i to ud af tre omsorgsjournaler manglede en beskrivelse af aftaler indgået med de pårørende. Det var i forhold til, at pårørende stod for opgaver som indkøb, tøjvask og praktisk hjælp til diverse opgaver.

Det er styrelsens vurdering, at disse manglende beskrivelser udgør en risiko for, at de pårørende ikke altid inddrages i borgernes hverdag, i det omfang borgerne ønsker det.

Borgerne tilkendegav, at de oplevede trivsel i hverdagen, ligesom de pårørende oplevede et velfungerende samarbejde med plejeenheden, idet der løbende var samtaler om borgernes situation, når der var et behov herfor.

3. Målgrupper og metoder

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

I vurderingen er lagt vægt på, at der i to ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelser af ændringer og opfølgning vedrørende dels en borger, der var blevet alment dårlig og en anden borger, der havde forværring i sin psykiske tilstand.

I tre ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelser af forebyggende indsatser til borgerne angående fald og væggtab samt inkontinens.

I en ud af tre stikprøver manglede beskrivelser af hjælp i relevante situationer vedrørende en borger med demens. Det var i forhold til dennes behov for at blive mindet om aftaler, tilpasse hjælpen efter dagsrytmen og hvordan man skulle takle borgerens hallucinationer.

Det er styrelsens vurdering, at de nævnte mangler udgør en risiko for, at ikke alle medarbejdere kan yde en hjælp, der er tilpasset borgere med kognitive udfordringer, samt understøtte forebyggende tiltag, der kan medvirke til at borgerne bevarer deres funktionsevne og helbred.

Målepunktet vedrørende beskrivelse af metoder til forebyggelse af magtanvendelse er vurderet ikke relevant, idet borgerne i de tre stikprøver ikke havde udad reagerende adfærd. Plejeenheden redegjorde for, at de anvendte relevante metoder og arbejdsgange til borgere med kognitive udfordringer, psykisk sygdom og misbrug.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er lagt vægt på, at ledelsen redegjorde for, at der skulle iværksættes tiltag for at forbedre dokumentationen, idet der var mangler i den gældende dokumentationspraksis. Det er styrelsens vurdering, at den gældende dokumentationspraksis udgør en vigtig del af den samlede organisering. Således understøttede organiseringen ikke plejeenhedens kerneopgaver for nuværende, hvor de nye tiltag endnu ikke var implementerede.

Medarbejderne havde de nødvendige kompetencer, der var en tværfaglighed og kontinuitet i, hvem der kom og hjalp borgerne. Der var desuden en fastlagt introduktion af nye medarbejdere, og fokus på rekruttering af nye medarbejdere til vakante stillinger.

5. Procedurer og dokumentation

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

I vurderingen er lagt vægt på, at ledelsen redegjorde for, at der skulle iværksætte tiltag for at forbedre dokumentationen, idet der var mangler i den gældende dokumentationspraksis. Der var flere mangler i dokumentationen, hvilket viste at plejeenhedens dokumentationspraksis ikke blev fulgt af medarbejderne. I to ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelser af ressourcer og udfordringer. Hos en borger var det vedrørende, at en pårørende var en stor ressource, hos en anden borger var det udfordringer med synet, der ikke var beskrevet. I to ud af tre omsorgsjournaler manglede opdaterede beskrivelser af borgernes døgnrytmeplaner og i en ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelser af borgerens mål for hjælpen.

Det er styrelsens vurdering, at den gældende praksis ikke kunne sikre videndeling mellem medarbejderne, sammenhængende indsatser og at den kunne heller ikke understøtte kerneopgaven, hvilket udgør en risiko for at hjælpen ikke bliver af fornøden kvalitet.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at et målepunkt under dette tema ikke var opfyldt.

I vurderingen er lagt vægt på, at der i tre ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelser af borgerens mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83). Vi vurderer, at dette udgør en risiko for, at ikke alle medarbejdere kan tage udgangspunkt i borgernes målsætning, når de yder hjælp til borgerne.

Målepunktet vedrørende beskrivelse af borgerens funktionsevne efter afsluttet rehabiliteringsforløb er vurderet ikke aktuelt, da borgerne i stikprøverne var i uafsluttede forløb. Målepunkterne vedrørende dokumentation af borgernes oplevelser ved genoptræning og vedligeholdelsestræning, samt at formål og ændringer er dokumenteret, er vurderet ikke aktuelt, da ingen af borgerne i stikprøverne var i et forløb.

Det er styrelsens vurdering, at borgerne ved behov og efter ønske fik tilbudt individuelt tilpassede meningsfulde aktiviteter, og ligeledes forløb med træning og rehabilitering.

Krav

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

- At plejeenheden sikrer, at værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden (1.1)
- At plejeenheden sikrer, at beskrivelser af borgernes vaner og ønsker fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer en systematisk praksis for at indhente ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer, at eventuelle aftaler med pårørende fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, 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 (målepunkt 3.1)

- At plejeenheden sikrer, at beskrivelser af ændringer og opfølgning i borgernes tilstand fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at indsatser for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet (målepunkt 3.4)
- At ledelsen sikrer, at organiseringen understøtter plejeenhedens kerneopgaver (målepunkt 4)
- At plejeenheden sikrer, at den fastlagte dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender den fastlagte dokumentationspraksis (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes behov for hjælp er afdækket og beskrevet (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes mål for personlig pleje og praktisk hjælp fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (målepunkt 6.1)

Vi har udstedt et påbud om, at plejeenheden skal opfylde ovenstående krav, inden for en fastsat frist.

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	At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv	x			
B	At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	x			
C	At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt	x			
D	At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker		x		I en ud af tre manglende beskrivelser af borgerens vaner og ønsker.
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden		x		Det blev observeret, at en medarbejder talte om manglende tid til opgaveudførelse i en borgers nærvær.

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		Ledelsen kunne ikke redegøre for, hvordan borgernes ønsker til livets afslutning blev indhentet. Det blev oplyst, at plejeenheden mangede en praksis, der sikrede, at det ikke i nogle tilfælde blev overset.
	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,	x			

	samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det				
C	C1. At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i borgernes behov og ønsker for udførelsen af omsorgen og plejen	x			
	C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres eventuelle pårørende og det omgivende samfund	x			
D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret		x		I to ud af tre omsorgsjournaler manglede en beskrivelse af aftaler indgået med de pårørende. Det var i forhold til, at pårørende stod for opgaver som indkøb, vaske tøj og praktisk hjælp til diverse opgaver.

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 funktions- evnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	x			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevne- nedsættelser (herunder demens), psykisk syg- dom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer		x		I en ud af tre stikprø- ver manglede beskri- velser af hjælp i rele- vante situationer ved- rørende en borger. Det var i forhold til dennes behov for at blive mindet om afta- ler, tilpasse hjælpen efter dagsrytmen og hvordan man skulle takle borgerens hal- lucinationer.
E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur, at borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (her- under demens), psykisk sygdom og/eller mis- brug 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 kommenta- rer
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 plejeen- hedens faglige metoder og arbejdsgange for fo- rebyggelse af magtanvendelse	x			
C	At der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og ar- bejdsgange 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		I to ud af tre omsorgsjournaler mangede beskrivelser af ændringer og opfølgning vedrørende en borger, der var blevet alment dårlig og en borger, der havde forværring i sin psykiske 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 vægttab, 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 tre ud af tre omsorgsjournaler mangede beskrivelser af forebyggende indsatser til borgerne. Det var i forhold til fald og vægttab samt inkontinens.

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		Ledelsen redegjorde for, at der skulle iværksætte tiltag for at forbedre dokumentationen, idet der var mangler i den gældende dokumentationspraksis. Således kunne gældende dokumentationspraksis ikke understøtte plejeenhedens kerneopgaver for nuværende.
	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		Ledelsen redegjorde for at der skulle iværksætte tiltag for at forbedre dokumentationen, idet der var mangler i den gældende dokumentationspraksis. Således kunne den gældende praksis ikke sikre viddeling mellem medarbejderne.
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats		x		Ledelsen redegjorde for, at der skulle iværksætte tiltag for at forbedre dokumentationen, idet der var mangler i den gældende dokumentationspraksis. Således kunne gældende dokumentationspraksis ikke understøtte sammenhængende indsats for nuværende.
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation		x		Der var flere mangler i dokumentationen der viser, at plejeenhedens dokumentationspraksis ikke blev fulgt af medarbejderne.
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg,		x		I to ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelser af

	praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger				ressourcer og udfordringer. Hos en borger var det vedrørende, at pårørende var en stor ressource, hos en anden borger var det udfordringer med synet, der ikke var beskrevet.
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet		x		I to ud af tre omsorgsjournaler manglende opdaterede beskrivelser af borgerens døgnrytmeplaner.
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret		x		I en ud af tre omsorgsjournaler manglende beskrivelser af beskrivelse af borgerens mål for hjælpen.
	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,	x			

	som tager udgangspunkt i borgernes egne mål (§83a)				
	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	Målepunktet vedrørende beskrivelse af borgerens funktionsevne efter afsluttet rehabiliteringsforløb er vurderet ikke aktuelt, da borgerne i stikprøverne var i uafsluttede forløb.
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)		x		I en ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelser af borgerens mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83).

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			x	Målepunktet vedrørende om borgerene

	daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet				oplever at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet er vurderet ikke aktuelt, da ingen af borgerne i stikprøverne var i et forløb.
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	Målepunktet vedrørende, at der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb, er vurderet ikke aktuelt, da ingen af borgerne i stikprøverne var i et forløb.
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret			x	Målepunktet vedrørende, at ændringer i forhold til genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret, er vurderet ikke aktuelt, da ingen af borgerne i stikprøverne var i et forløb.

6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for dem	x			
	A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter	x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgere tilknyttet plejeenheden og eventuelt pårørende bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger	x			
C	C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter	x			
	C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter	x			

5. Begrundelse for tilsynet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Vurdering af plejeenheden

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

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

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

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

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

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