



Område Viby-Højbjerg
Nygårdsvej 34
8270 Højbjerg

25. november 2019
Sagsnr. 5-9514-234/1

Endelig tilsynsrapport efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed sender hermed den endelige tilsynsrapport vedrørende styrelsens tilsynsbesøg den **19-09-2019**.

Styrelsen for Patientsikkerhed har sendt en høringsversion af tilsynsrapporten i høring med høringsfrist den **21-11-2019**. Styrelsen har ikke modtaget bemærkninger til rapporten, som derfor nu er endelig.

Styrelsen for Patientsikkerhed kan oplyse, at tilsynsrapporten nu vil blive gjort offentligt tilgængelig på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside i tre år. Styrelsen skal gøre opmærksom på, at plejeenheden også har pligt til snarest at gøre tilsynsrapporten let tilgængelig på sin hjemmeside (eventuelt med et link til rapporten på styrelsens hjemmeside) samt umiddelbart tilgængelig på plejeenheden. Herudover skal den stedlige kommune offentliggøre Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynsrapport på kommunens hjemmeside¹. Det skal ske i samme periode, som rapporten er offentliggjort på styrelsens hjemmeside www.stps.dk.

Venlig hilsen

Rikke Sønderkov Sørensen
Styrelsen for Patientsikkerhed
STPS, Tilsyn og Rådgivning Nord

¹ Bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn på ældreområdet kapitel 4



Ældretilsynet Tilsynsrapport 2019 Område Viby-Højbjerg

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Område Viby-Højbjerg
Nygårdsvej 34
8270 Højbjerg

P-nummer: 1003361390

Dato for tilsynet: 19-09-2019

Tilsynet blev foretaget af: STPS, Tilsyn og rådgivning Nord
Sagsnr.: 5-9514-234/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Hjemmeplejen Lokalcenter Holme, Århus Kommune har tilknyttet cirka 100 borgere, der modtager hjælp til personlig pleje og praktisk bistand. Lokalcenter Holme tilhører område Viby-Højbjerg i Aarhus kommune
- Den daglige ledelse af dagvagter varetages af leder af hjemmeplejen Susanne Winter. Plejeenheden er organiseret med en særskilt leder for aftenvagterne.
- Plejeenheden har ansat sygeplejersker, ergoterapeut, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. Derudover er ansat ufaglærte til varetagelse af rengøring. Der er ansat en ressourcekoordinator til at varetage den daglige koordinering med planlægning af vagtplan og kørelister
- Plejeenheden har ansat faste afløsere til dækning af weekender og ferier. Der benyttes sjældent eksterne vikarer. Vikarvagter dækkes af et internt kommunalt vikarkorps "flyverkorps", hvor personalet er introduceret til kommunen og omsorgssystemet
- Der er et tæt samarbejde med sygeplejerskerne, og der afholdes tværfaglig forløbskonference en gang ugentligt, hvor sygeplejersker fra sundhedsenheden deltager. Hjemmesygeplejen, demenskonsulenter og Akut team kan tilkaldes ved behov.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet to pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Leder af Hjemmeplejen for dagvagter, Susanne Vinther
 - Kommunens kvalitetsudvikler tilknyttet lokalområdet deltog under ledelsesinterviewet
- Der blev foretaget interview med syv medarbejdere
 - Sygeplejerske
 - Ergoterapeut
 - Social- og sundhedshjælpere
 - Social- og sundhedsassistenter
- Der blev foretaget observation ved, at de tilsynsførende besøgte borgerne i deres hjem
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til Områdechef Lene Offersen, Viceområdechef Anette Gammelgaard, leder af hjemmeplejen Susanne Vinther, kommunens kvalitetsudvikler og de medarbejder, som havde deltaget i tilsynet
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Annalise Kjær Petersen og Jane Filtenborg Bjerregaard. Tilsynskonsulent Rikke Sønderkov Sørensen deltog som observatør.

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

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

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 19-09-2019 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, at der var et målepunkt under temaet *Selvbestemmelse og livskvalitet*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet der generelt manglede dokumentation i journalerne i forhold til borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning.

I vurderingen er yderligere lagt vægt på, at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, og at plejeenheden under tilsynet generelt fremstod velorganiseret og med relevante procedurer. Desuden er der lagt vægt på, at borgere og pårørende overordnet over for tilsynet gav udtryk for tilfredshed med den hjælp, omsorg og pleje, de modtog fra plejeenheden og, at plejepersonalet tog hensyn til borgernes ønsker og behov og så vidt muligt planlagde hjælpen efter disse.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere var åbne og reflekterende og havde opmærksomhed på det målepunkt, som ikke var opfyldt ved tilsynsbesøget.

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

- At plejeenheden sikrer, at medarbejdere kan fremfinde borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2)

Det er styrelsens vurdering, at manglerne i forhold til målepunktet kan udbedres, og at plejeenheden vil være i stand til at rette op på de anførte problemområder ud fra den rådgivning, der blev givet ved tilsynet.

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter således, at plejeenheden opfylder ovenstående henstillinger.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at det var gennemgående at der manglede dokumentation i journalerne i forhold til borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning. Medarbejderne tilkendegav, at der i plejeenheden var en praksis for at tale med borgerne om deres ønsker til livets afslutning.

I vurderingen er der derudover lagt vægt på, at såvel borgerne som pårørende gav udtryk for overordnet tilfredshed med den hjælp de modtog fra plejeenheden. Borgerne gav yderligere udtryk for, at plejepersonalet tog hensyn til deres ønsker og behov og så vidt muligt planlagde hjælpen efter disse. Ledelse og medarbejdere oplyste, at der blev afholdt samtale med alle nye borgere, med udgangspunkt i at foretage en forventningsafstemning, at indhente generelle oplysninger og, at få indsigt i borgerens livshistorie.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden så vidt det var muligt og inden for de givne rammer imødekom borgernes individuelle ønsker.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for en praksis med at sikre en værdig død. Medarbejdernes kompetencer til at varetage pleje og omsorg ved livets afslutning blev anvendt i et tværfagligt samarbejde i de konkrete situationer. Der blev generelt udbudt undervisning inden for temaet til medarbejderne. Medarbejderne indhentede borgerens ønsker til livets afslutning i de konkrete situationer, men borgernes ønsker blev ikke systematisk dokumenteret i journalen. Under tilsynet blev drøftet vigtigheden af det kontinuerlige fokus på emnet med henblik på at sikre arbejdsgange, der kunne afdække borgerens ønsker og behov i forhold til en værdig død så tidligt som muligt. Overordnet var der i kommunen fokus på emnet og arbejdet inden for palliationsområdet.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgere og pårørende oplevede at blive inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov. For eksempel i forbindelse med ønsker og behov til måltider og ønsker om fleksibel hjælp under hensyntagen til borgerens og de/den pårørendes hverdagsliv. Styrelsen har desuden lagt vægt på, at det var gennemgående i tre ud af tre journaler, at medarbejderne dokumenterede aftaler indgået med pårørende. Der var fokus på inddragelse og samarbejde med borger og pårørende, og plejeenheden var i opstartsfasen med borgerkonferencer i borgerens hjem med inddragelse af eventuelle pårørende samt andre relevante samarbejdspartnere.

Under tilsynet blev drøftet vigtigheden af, at plejeenheden har et kontinuerligt fokus på borgerens hjem, som en helhed.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden generelt arbejdede med at understøtte den enkelte borgers trivsel og relationer til pårørende.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at ledelsen og medarbejdere oplyste, at der i plejeenheden blev anvendt relevante metoder i forhold til borgerne med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug.

Derudover er lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere redegjorde for, arbejdsgange der understøttede forebyggelse af magtanvendelse. Det var muligt at inddrage områdets demensnøgleperson og demenskoordinator til sparring i relevante situationer.

Ved tilsynet var der ikke udvalgt borgere, hvor det var relevant med beskrivelse af forebyggelse af magtanvendelse. Derfor er dette noteret som uaktuelt i målepunktet.

Styrelsen har desuden lagt vægt på, at medarbejdere og ledelse i plejeenheden redegjorde for relevante metoder med henblik på at forebygge funktionsevnetab, og følge op på ændringer i borgerens funktionsevne og aktuelle helbredstilstand. Der blev afholdt forløbskonference to gange ugentligt, hvor der var fokus på at følge op på ændringer i borgerens funktionsevne og helbredstilstand.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden benyttede relevante faglige metoder og arbejdsgange for at sikre den fornødne kvalitet af hjælp, omsorg og pleje i plejeenheden.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenhedens organisering understøttede plejeenhedens kerneopgaver, og at alle medarbejdere kendte og fulgte ansvars- og opgavefordelingen som beskrevet af ledelsen.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver. Herunder at plejeenheden havde et introduktionsprogram for nyansatte samtidig med at der var flere tiltag og tilbud, der sikrede vedligeholdelse og opkvalificering af de fastansattes kompetencer.

Plejeenheden havde kontaktpersonordning og var opdelt i to teams. Ledelse, medarbejdere, borgere og pårørende tilkendegav, at dette bidrog til at skabe kontinuitet i plejen.

Under tilsynet blev organiseringen med leder for dagvagten og lederen af aftenvagts drøftet. Ledelsen var opmærksom på den ledelsesmæssige koordinering i overgangen for at sikre den fornødne kvalitet af pleje og omsorg til borgeren igennem hele døgnet.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden ved tilsynet fremstod med medarbejdere, som havde de fornødne kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, og medarbejderne kendte ansvars- og opgavefordelingen.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved gennemgang af den social- og plejefaglige dokumentation, at der var fyldestgørende beskrivelser af borgernes ressourcer og begrænsninger, borgernes behov for hjælp samt borgernes mål for hjælpen.

Plejeenheden havde fokus på den vedvarende lærings- og implementeringsproces i relation til dokumentationssystemet.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens dokumentationspraksis understøttede en sammenhængende social- og plejefaglig indsats.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik, at plejeenheden arbejdede tværfagligt, og at der var mulighed for, at borgerne kunne deltage i meningsfulde aktiviteter.

Der var et godt samarbejde med kommunens fysioterapeuter, som var fast tilknyttet plejeenheden, og hvor medarbejderne havde mulighed for sparring og videndeling i forhold til træningsforløb hos relevante borgere. Ligesom der var systematiske arbejdsgange i forhold til tilrettelæggelse af tværfaglige, målrettede og tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede med rehabilitering og træningsforløb, hvor der via motivation til deltagelse i træning og hverdagsaktiviteter var fokus på at understøtte borgerens fysiske og psykiske funktionsevne.

Ved tilsynet var der ikke udvalgt borgere, som var i et § 83a forløb. Derfor er dette noteret som uaktuelt i målepunktet. Ligeledes var der ingen af de udvalgte borgere, som var visiteret til § 86 trænings- og vedligeholdelsestræningsforløb, hvorfor det er noteret som ikke aktuelt i tema 6.

3. Fund ved tilsynet

Tema 1: Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

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

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

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

	B2. At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning	x			
C	C1. At relevante medarbejdere kan redegøre for udførelse af pleje af borgere ved livets afslutning	x			
	C2. At medarbejdere kan redegøre for, hvordan de fremfinder borgernes ønsker til livets afslutning		x		I tre ud af tre journaler var borgernes ønsker til livets afslutning ikke beskrevet.

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			

Tema 3: Målgrupper og metoder

3.1 Borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug og eventuelt pårørende oplever, at den hjælp, omsorg og pleje, borgeren modtager, tager højde for borgerens særlige behov	x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov	x			
C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	x			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer	x			
E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur at borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger.	x			

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås	x			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse	x			

C	At der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange der hos den konkrete borger kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse			x	
---	--	--	--	---	--

3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand	x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	x			
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 væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	x			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	x			
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet	x			

Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

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

Tema 5: Procedurer og dokumentation

5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne	x			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats	x			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation	x			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger	x			
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet	x			

	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret	x			
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede	x			

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

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

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

6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet			x	
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgers forløb	x			
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.