

Styrelsen for Patientsikkerhed

Tilsynsrapport

Bistrupvang

Risikobaseret planlagt tilsyn med ældreplejen efter
servicelovens
§§ 83-87

Bistrupvang

Bistrup Byvej 6
3460 Birkerød

CVR- eller P-nummer: 1017730246

Dato for tilsynet: 18-10-2018

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagnr.: 5-9514-16/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Bistrupvang Plejecenter blev indviet i september 2012 og råder over 50 plejeboliger, fordelt i en Øst- og Vestafdeling med tilhørende fællesfaciliteter
- Plejeenheden er naturligt integreret i den omgivende natur, og der er fokus på naturen og udemiljøet
- På Bistrupvang Plejecenter bliver der arbejdet ud fra leve-bo miljø konceptet, hvilket blandt andet indebærer, at borgerne bliver inddraget i hverdagens aktiviteter
- Der er ingen bestemte målgrupper i plejeenheden
- I plejeenheden er der ansat to afdelingsledere, sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter. På tværs af huset er der en fysioterapeut, ernæringsassistenter, rengøringspersonale, pedel og sekretær
- Der er sygeplejersker i dag- og aften timerne, og i nattevagten kommer hjemmesygeplejen og varetager sygeplejeopgaver
- Plejeenheden har tilknyttet lægehus, hvorfra der ugentligt er lægebesøg.

Om tilsynet

- Der blev foretaget tre interview med borgere
- Der blev foretaget et interview med syv medarbejdere
 - Sygeplejersker
 - Social- og sundhedsassistenter
 - Social- og sundhedshjælpere
- Der blev foretaget et interview med ledelsen
 - Centerleder Jane Nilsson
 - Afdelingsledere
 - En udviklingssygeplejerske fra et andet plejecenter i kommunen
- Styrelsen gennemgik tre borgerjournaler sammen med medarbejdere, og brugte observationsmetode gennem deltagelse ved måltid i to afdelinger
- Afsluttende opsamling blev givet til centerleder Jane Nilsson samt afdelingsledere, medarbejdere og udviklingssygeplejerske fra et andet plejecenter i kommunen
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Trine Gisselmann og Susie Poulsen.

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 18. oktober 2018 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet.

Det er styrelsens samlede vurdering, at der i plejeenheden ingen problemer er af betydning for den fornødne kvalitet.

Baggrunden herfor er, at det ved tilsynet blev fundet, at alle målepunkter var opfyldt. Styrelsen har endvidere vurderet, at plejeenheden fremstod velorganiseret med gode procedurer og en høj grad af systematik.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at ledelsen redegjorde for, at de arbejdede systematisk med at sikre borgernes selvbestemmelse og livskvalitet.

Ved samtale med borgere var det tydeligt, at ønsker til maden og indretningen af plejeenheden blev taget alvorligt og justeret.

Borgerne fortalte, at de oplevede at have indflydelse på hverdagen i plejeenheden. De kunne selv vælge spisetider og sengetider, og der blev taget individuelle hensyn. Den individuelle tilgang fremgik også i samtalen med medarbejderne samt i dokumentationen.

2. Trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at borgerne fortalte, at de kunne få hjælp til at leve det liv, de selv ønsker, og at der var et godt samarbejde med ledelsen. Ligeledes kunne pårørende komme i dialog med ledelsen omkring borgernes ønsker og behov, ud over den daglige dialog med medarbejderne.

Borgerne oplevede, at der var en god tone og adfærd på stedet, og den enkeltes ønsker og behov blev respekteret.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at medarbejderne og ledelsen tydeligt kunne redegøre for de teorier, de anvendte (Marte Meo teori og metode og Tom Kitwood teori). Borgerne i plejeenheden var ikke i en bestemt målgruppe.

Personalet og ledelsen kunne forklare de pædagogiske metoder og arbejdsgange i forbindelse med forebyggelse af magtanvendelse, og dette fremkom både ved interview med ledelse og medarbejdere samt ved gennemgang af dokumentationen.

Der blev arbejdet systematisk med triagering, tidlig opsporing og tavlemøder, og der var fokus på ændringer i borgernes funktionsevne. Ved gennemgang af dokumentationen var der god beskrivelse af hjælp, omsorg og pleje af de enkelte borgere, hvor der var taget højde for den enkeltes behov og ønsker.

Tilsynet fandt, at der blev arbejdet tværfagligt fokuseret og systematisk med tværfaglige rehabiliteringsplaner.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at plejeenhedens kerneopgaver, vision og mission var fint beskrevet, og at ledelsen og medarbejderne kunne redegøre for, hvorledes dette blev anvendt i hverdagen.

Plejeenheden havde i sommeren 2018 haft udfordringer med en del vikarer og afløsere, hvilket havde haft betydning for borgerne. Ledelsen og medarbejderne havde evalueret og handlet på baggrund af forløbet og arbejdede nu målrettet og fokuseret på at sikre kontinuitet og fast personale for borgerne.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at det ved journalgennemgang fremgik, at der blev arbejdet systematisk med dokumentationen, og at borgernes mål og behov fremgik af journalen.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at det ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik, at der var daglige aktiviteter, og at borgerne havde medindflydelse på udvalget af aktiviteter. De interviewede beboerne udtrykte stor tilfredshed med aktiviteterne.

Der var et fint samarbejde med fysioterapeuten på stedet, som varetog træning efter sundhedslovens § 140 og servicelovens § 86, og der var adgang til træningscenteret alle dage for borgerne. Ved en stikprøve fandt tilsynet, at en borger var blevet bevilget træning efter sundhedslovens § 140, og denne træning varetog fysioterapeuten. Som følge af at terapeuten og træningsfaciliteterne var let tilgængelig, modtog borgeren daglig genoptræning. Ved behov for ergoterapeutisk behandling kom ergoterapeut fra træningsenheden og varetog bevilling og justering af hjælpemidler og træning efter sundhedslovens § 140 og servicelovens § 86 stk. 1.

Der blev ikke visiteret rehabilitering efter servicelovens §83A, hvorfor målepunkter vedrørende denne paragraf er uaktuelle.

2. Fund ved tilsynet

Tema 1: Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

- A At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.
Opfyldt
- B At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgeres livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet.
Opfyldt
- 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.
Opfyldt
- D At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker.
Opfyldt
- E At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden.
Opfyldt

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

- A At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning.
Opfyldt
- B B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet.
Opfyldt

B2. At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning.

Opfyldt

C C1. At relevante medarbejdere kan redegøre for udførelse af pleje af borgere ved livets afslutning.

Opfyldt

C2. At medarbejdere kan redegøre for, hvordan fremfinder borgernes ønsker til livets afslutning.

Opfyldt

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

A A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker

Opfyldt

A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov.

Opfyldt

B B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel

Opfyldt

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.

Opfyldt

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.

Opfyldt

C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres eventuelle pårørende og det omgivende samfund.

Opfyldt

D At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret.

Opfyldt

Tema 3: Målgrupper og metoder

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

- 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.
- Opfyldt**
- B At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsevne-nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov.
- Opfyldt**
- 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.
- Opfyldt**
- 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.
- Opfyldt**
- 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.
- Opfyldt**

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

- A At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås.
- Opfyldt**
- B At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse.
- Opfyldt**
- 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.
- Opfyldt**

3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

A At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand.

Opfyldt

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.

Opfyldt

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.

Opfyldt

D At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen.

Opfyldt

3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

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.

Opfyldt

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.

Opfyldt

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.

Opfyldt

D At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet.

Opfyldt

Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

- A
- A.1 At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver
- Opfyldt**
- 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.
- Opfyldt**
- A.3 At ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer.
- Opfyldt**
- B
- At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen.
- Opfyldt**

Tema 5: Procedurer og dokumentation

5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

- 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.
- Opfyldt**
- A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats.
- Opfyldt**
- B
- At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.
- Opfyldt**
- C
- C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger
- Opfyldt**

C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet

Opfyldt

C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret

Opfyldt

C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede.

Opfyldt

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

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

- A
- A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet
- Ikke aktuelt**
- 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.
- Opfyldt**
- B
- B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål
- Ikke aktuelt**
- B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.
- Opfyldt**
- 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.
- Opfyldt**
- 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
- Opfyldt**
- D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet
- Ikke aktuelt**
- D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne.
- Ikke aktuelt**

D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.

Opfyldt

6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

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

Opfyldt

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 borgeres forløb.

Opfyldt

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.

Opfyldt

D D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb

Opfyldt

D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret.

Opfyldt

6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

A A1. At borgeren og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for dem

Opfyldt

A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter.

Opfyldt

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.

Opfyldt

C C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter

Opfyldt

C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter.

Opfyldt

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/>

¹ <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 i forbindelse med de gennemførte interviews med borgere, pårørende, medarbejdere og ledelse samt de foretagne stikprøver af borgernes 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.