



Ældretilsynet Tilsynsrapport Skovbrynet

Reaktivt tilsyn, 2020

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Skovbrynet
Søengen 4 - 0

2840 Holte

CVR- eller P-nummer: 1011361060

Dato for tilsynsbesøget: 25.06.2020

Tilsynet blev foretaget af:

Sagsnr.: 35-2511-126

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte d. 13.01.2020 et påbud til Skovbrynet med følgende indhold:

- 1) At plejeenheden sikrer en dokumentation, der systematisk understøtter fornøden sammenhængende social- og plejefaglige indsatser, og at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder:
 - a. At der fastlægges en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvor, hvornår og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne (målepunkt 5.1)
 - b. At der forefindes beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer, samt at borgernes behov for hjælp er afdækket og beskrevet (målepunkt 5.1)
 - c. At borgernes mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret (målepunkt 5.1)
 - d. At der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje, og at denne tager højde for borgerens begrænsninger (målepunkt 3.3)
 - e. At ændringer i borgere med kognitive funktionsnedsættelsers fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå dokumenteres (målepunkt 3.3)
 - f. At sikre at social- og plejefaglige forebyggelsesindsatser er beskrevet (målepunkt 3.4)
 - g. At sikre en praksis for at borgernes ønsker og vaner samt aftaler med pårørende med relevans for plejen er beskrevet og kan fremfindes (målepunkt 1.1. og 2.1)
- 2) At plejeenheden sikrer, at der anvendes faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet, herunder ved at medarbejderne kender og anvender faglige metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje til borgere med risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne (målepunkt 3.3 og 3.4)
- 3) At plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver, herunder således at alle medarbejdere, som udfører hjælp, omsorg og pleje har adgang til journalsystemet og at medarbejderne har de fornødne kompetencer til at varetage opgaverne (målepunkt 4.1)
- 4) At plejeenheden sikrer, der fastsættes mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte, og at borgere og eventuelt pårørende oplever, at de i videst muligt omfang bliver inddraget i målfastsættelsen (målepunkt 6.1).

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Skovbrynet er et kommunalt plejehjem i Rudersdal kommune med plads til 24 beboere
- Den daglige ledelse varetages af afdelingsleder Sandra Jill Christensen samt af centerleder Malou Unna-Lindhard, som også er leder af det tilstødende genoptræningscenter Skovbrynet
- Genoptræningscenteret og plejeenheden samarbejder på tværs omkring de sygeplejefaglige opgaver i weekenderne, aften og nattetimerne
- På plejecenteret bliver der arbejdet ud fra leve-bo miljø konceptet, hvilket bl.a. indebærer, at beboere bliver medinddraget i hverdagens aktiviteter
- Der er ingen bestemt beboermålgruppesammensætning på plejecenteret, men 20 af 24 beboerne lider af hukommelsessvækkelse
- Plejeenheden er opdelt i to enheder: Grenen og Kvisten
- Plejeenheden har tilknyttet plejehjemslæge, som er tilknyttet 21 af de 24 beboere, og der er ugentligt lægebesøg med gennemgang af de tilknyttede beboers helbredsforhold.
- I plejeenheden er der ansat en sygeplejerske, en fysioterapeut, en social- og sundhedsassistent, social- og sundhedshjælpere, en pædagog og en aktivitetsmedarbejder
- Plejeenheden har sit eget afløserkorps
- Der samarbejdes med kommunens visitatorer, demenskonsulenter, hjemmesygeplejen og andre ressourcepersoner
- Plejecenteret modtager frokost og aftensmad fra plejehjemmet Hegngården og der bliver serveret varm mad til frokost og smørrebrød til aften.

Om tilsynet

Tilsynet blev gennemført som et kombineret ældretilsyn og sundhedsfagligt tilsyn.

- Der blev gennemgået fem borgerjournaler
- Der blev interviewet to borgere
- Der blev interviewet to pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Mette Rytter centerchef
 - Malou Unna-Lindhard centerleder
 - Sandra Jill Christensen afdelingsleder
- Der blev foretaget interview med tre medarbejdere
 - Social og sundhedshjælper
 - Fysioterapeut
- Der blev foretaget observation ved, tilsynets færden i fællesområder.
 - Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til Mette Rytter centerchef, Malou Unna-Lindhard centerleder, Sandra Jill Christensen afdelingsleder samt to medarbejdere.

- Tilsynet blev foretaget af: Susanne Jensen tilsynskonsulent, Anne Marie Glennung tilsynskonsulent, Sarah Sommer oversygeplejerske.

3. Vurdering og sammenfatning

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 25.06.2020 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Begrundelsen herfor er, at det ved tilsynet blev vurderet, at alle målepunkter var opfyldte.

Styrelsen har vurderet, at der ikke er tale om problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet alle målepunkter nu er opfyldte. Plejeenheden havde siden tilsynet arbejdet målrettet med den social- og plejefaglige dokumentation, således at denne nu fremstod opdateret og systematisk i forhold til de enkelte borgere. Som led i dette var der implementeret arbejdsgange for den social- og plejefaglige dokumentation. Alle medarbejdere havde fået undervisning i den elektroniske journal, ligesom det var sikret, at alle havde de fornødne rettigheder, og social- og sundhedshjælperne dokumenterede og ajourførte døgnrytmeplaner, hvilket understøttede, at der blev ydet en personlig hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet til borgerne. Plejeenheden havde tillige implementeret en systematik i tidlig opsporing og ved afholdelse tværfaglige møder blev der udarbejdet pædagogiske handleplaner, hvis borgerne havde særlige udfordringer.

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.

Ledelsen redegjorde for, at de arbejdede systematisk med at sikre borgernes selvbestemmelse og livskvalitet, hvilket blev bekræftet af borgere og pårørende. Borgene gav udtryk for, at de også i perioden med besøgsrestriktioner pga. corona oplevede, at medarbejdere og ledelse havde fokus på at tilrettelægge dagen ud fra deres ønsker.

Det er styrelsens vurdering, at vaner, ønsker og aftaler var tilstrækkeligt beskrevet og medarbejdere kunne redegøre for, hvordan de sikrede viden om dette.

Ved indflytning i plejeenheden blev der afholdt indflytningssamtale, og når det var muligt besøg i eget hjem inden indflytning, hvor de pårørende deltog.

Plejeenheden havde ritualer og rutiner for at sikre en værdig død. Der var samarbejde mellem det faste personale og personale med specialviden herunder også samarbejde med det Sankt Lucas Stiftelsen. Plejeenheden havde planlagt undervisning af alle medarbejdere i palliation, dette var dog blevet aflyst grundet corona og ledelsen planlagde at gennemføre undervisning, når det var muligt. Borgere og pårørende oplyste, at de havde talt om livets afslutning med personalet og dette var tillige dokumenteret.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at aftaler indgået med pårørende var dokumenteret, samt at borgere og pårørende gav udtryk for, at de indgåede aftaler blev efterlevet. De pårørende oplevede et tæt samarbejde med medarbejdere og ledelse.

Borgere og pårørende gav udtryk for, at der i perioden med besøgsrestriktioner havde været tæt dialog mellem plejeenheden og pårørende. Medarbejderne havde understøttet borgerne i kontakten til deres pårørende på alternative måder, både digitalt og ved at følge den enkelte borger hen til den omgivende hæk, så de pårørende kunne hilse på god afstand. Der blev, f.eks. afholdt gårdkoncerter, hvor borgerne deltog og de pårørende kunne opleve dette ved at opholde sig uden for den omgivende hæk. En pårørende oplyste, at de, da ikke kunne holde borgerens fødselsdag på anden vis, aftalte med plejeenheden, at et kor i stedet gav koncert i haven.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden understøttede den enkelte borgers trivsel og relationer til pårørende og det omgivende samfund.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at beskrivelsen af hjælp, omsorg og pleje var opdateret og systematisk.

Borgerne i plejeenheden tilhørte en blandet målgruppe med en stor andel af borgere med nedsat kognitiv funktionsniveau. Det indgår tillige i vurderingen, at der blev arbejdet ud fra forskellige fagligt relevante metoder inden for demensomsorgen, f.eks. personcentreret omsorg og brug af Marte Meo. Hvis en borger havde

særlige udfordringer, blev der afholdt tværfaglige møder, med fokus på at tilrettelægge hverdagen og konkrete metoder til pleje og omsorg. Dette blev tillige dokumenteret i pædagogiske handleplaner. Ved tilsynet blev observeret, at personalet via pædagogiske metoder forebyggede magtanvendelse.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden anvendte relevante faglige metoder til tidlig opsporing og ændringer i borgernes funktionsevne. Der blev afholdt tværfaglige triagemøder tre gange om ugen, heraf to i dagvagten og en i aftenvagten samt daglige tavlemøder. Medarbejdere og ledelse gav udtryk for, at møderne var systematiserede, således at social- og sundhedshjælperne mundtligt redegjorde for observationer, og at der i samarbejde med social- og sundhedsassistenter eller sygeplejerske blev aftalt opfølgning og dokumenteret. Alle faggrupper havde adgang til at dokumentere og læse.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden systematisk dokumenterede og ajourførte beskrivelser af den pleje og omsorg borgerne havde behov for, samt at medarbejderne havde kendskab til, og anvendte faglige metoder til forebyggelse, tidlig opsporing og opfølgning.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at alle medarbejdere havde adgang til at skrive observationer i journalsystemet. Der var sikret adgang til IT og alle medarbejdere havde fået undervisning i dokumentation og journalsystem og medarbejdere redegjorde for, at der var faglig fokus på dokumentation.

Det fremgik ved tilsynet, at plejeenheden havde eget afløserkorps. Afløserkorpset og egne medarbejdere blev så vidt muligt anvendt frem for eksterne vikarbureauer, hvilket sikrede kvalitet og kontinuitet i plejen. Nye medarbejdere og afløsere blev undervist i dokumentation, som led i introduktionsprogrammet.

Ledelsen havde iværksat kompetenceudvikling af alle medarbejdere samt ansat flere social- og sundhedsassistenter. Ledelsen indgik ved tilsyn i dialog og refleksion med tilsynet om ideer og tiltag, der kunne udvikle plejen og omsorg, lige som chefen for Center for Træning og Omsorg deltog igennem hele dagen. Ledelsen oplyste f.eks. at Centret og herunder plejeenheden tog del i sundhedsstyrelsens palliations indsats og plejeenheden skulle have besøg af Rådet for Velfærdsteknologi og Magt. Dette var dog udsat pga. corona nedlukning.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at beskrivelser af borgernes ressourcer og udfordringer, egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner og generelle oplysninger fremgik af den social- og plejefaglige dokumentation og var opdaterede i alle stikprøver.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at social- og sundhedshjælpere havde fået adgang til at dokumentere og social- og sundhedshjælpere dokumenterede observationer og opdaterede døgnrytmeplaner og havde mulighed for, efter faglig dialog, at ændre tilstande.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden havde systematik, overskuelighed og entydighed i den social- og plejefaglige dokumentation, hvilket understøttede, at der blev ydet en personlig hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet til borgerne.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at der forelå beskrivelse af mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.

Det indgår tillige i vurderingen, at borgere og pårørende gav udtryk for at have indflydelse på aktiviteter og tilfredshed med mulighederne for aktiviteter.

Beboere og pårørende gav udtryk for, at personalet havde haft stort fokus på mulighed for aktiviteter under besøgsforbuddet grundet corona. Der havde været samarbejde mellem borgere, pårørende og personale, hvordan der kunne etableres aktiviteter er tilgodeså borgerne under hensyntagen til restriktioner.

Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at der var tæt samarbejde mellem plejepersonale og fysioterapeuten, der var ansat i plejeenheden. Mål for træning var dokumenteret, og plejepersonale havde kendskab til målene og inddrog disse i pleje og omsorg.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden havde et godt tværfagligt samarbejde, hvor mål blev dokumenteret og en tværfaglig tilgang, der medvirkede til at pleje og omsorg af den fornødne kvalitet blev udført i overensstemmelse med borgerens mål.

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			
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			

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	X			

	eventuelle pårørende og det omgivende samfund				
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 funktionsnedsættelser (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 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			

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 indsats 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 indsats 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	X			

	bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger				
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