STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Ældretilsynet
Tilsynsrapport
S/I Odense Friplejehjem
Provstegaardshjemmet

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Tilsynsrapport S/I Odense Friplejehjem
Provstegaardshjemmet
Elmelundsvej 8 - 8

5200 Odense V

CVR- eller P-nummer: 29951764

Dato for tilsynet: 03-06-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Syd
Sagsnr.: 5-9514-180/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Provstegaardshjemmet består af 72 boliger og der bor 72 borgere
- Plejeenheden er inddelt i tre afdelinger
- Målgruppen er en blandet gruppe af borgere med både somatiske og/eller kognitive funktionsnedsættelser
- Den daglige ledelse varetages af konstitueret forstander Rikke Mouritzen, som havde været ansat siden 1. marts 2019
- Der er ansat cirka 75 medarbejdere
- Der er en sygeplejerske tilknytter hver af de tre afdelinger. Der er desuden ansat social- og sundhedsassistenter, plejehjemsassistenter, sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter. Heraf har to en faglig baggrund som pædagoger
- Plejeenheden har et aktivitetscenter, hvor der dagligt er personale, som sørger for aktivitetstilbud til borgerne
- Plejeenheden har et centralt køkken, hvor der dagligt produceres mad til alle borgerne i plejeenheden

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler og set yderligere en journal med henblik på belysning af et bestemt målepunkt
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet tre pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
    - Rikke Mouritzen, konstitueret forstander
- Der blev foretaget interview med fire medarbejdere
    - Sygeplejerske
    - Social- og sundhedsassistenter
    - Social – og sundhedshjælper
- Der blev foretaget observation ved, at deltage i et måltid og observere personalets interaktion med borgerne
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til konstituereret forstander Rikke Mouritzen og medarbejdere
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Sidsel Rohde og Tina Kolding

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget kommentarer til vurderingerne i rapporten. Dette er telefonisk drøftet med lederen af plejeenheden. Kommentarerne i det indkomne materiale er vurderet, men giver ikke anledning til ændringer i vurderingen efter tilsyn. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 3. juni 2019 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien

Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet målepunkter under temaerne: *Trivsel og relationer, Målgrupper og metoder, Procedurer og dokumentation og Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet styrelsen fandt mangler i forhold til beskrivelser af aftaler med pårørende samt manglende beskrivelse af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer, samt borgernes mål for de plejefaglige indsatser. Ligeledes manglede der dokumentation i forhold til ændringer i en borgers funktionsevne og opfølgning herpå, og der manglede beskrivelser af enkelte relevante forebyggende indsatser. Derudover fandt styrelsen mangler i relation til arbejdsgange for rekvirering af træningsforløb til borgere, hvor dette måtte være relevant.

Styrelsen har lagt vægt på, at de fleste mangler kun vedrørte manglende dokumentation og at manglerne ikke var gennemgående i alle journalerne. Der er desuden lagt vægt på at ledelsen kunne redegøre for, at man var i gang med at etablere arbejdsgange for rekvirering af træningsforløb til relevante borgere. Styrelsen har også lagt vægt på, at plejeenheden generelt fremstod som velorganiseret med gode procedurer. Ledelse og medarbejdere var ved tilsynet åbne og imødekommende, og indgik aktivt i dialog med tilsynet.

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

- At plejeenheden sikrer, at eventuelle aftaler med pårørende dokumenteres i journalen (målepunkt 2.1)

- At plejeenhedens sikrer, at ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen (Målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger (Målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerne og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (Målepunkt 6.1)
- At plejeenheden sikrer, at der etableres en arbejdsgang for, hvordan borgere og medarbejdere sammen arbejder med målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (Målepunkt 6.1)
- At plejeenheden sikrer, at der etableres en arbejdsgang for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgeres forløb (målepunkt 6.2)

Det er styrelsens vurdering, at manglerne i forhold til målepunkterne kan udbedres, og at plejeenheden vil være i stand til at rette op på de anførte problemer ud fra den rådgivning, der er givet under 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 alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgere og pårørende gav udtryk for, at de oplevede selvbestemmelse og indflydelse i dagligdagen, og at de oplevede en respektfuld tone, pleje og omsorg. Ledelsen sørgede for, at plejeenhedens værdier, om eksempelvis respekt for den enkelte og en kærlig og respektfuld omgangstone, blev italesat for nye medarbejdere. Medarbejderne fortalte, at de havde mulighed for at være fleksible i den daglige arbejdstilrettelæggelse, så individuelle ønsker kunne tilgodeses og at de altid var positive og åbne over for borgernes ønsker. I arbejdsgange og dokumentation, var der lagt vægt på at beskrive borgernes vaner og ønsker. I forhold til selvbestemmelse ved livets afslutning var det fastlagt, at alle borgere fik tilbudt en samtale om ønsker til den sidste tid på et passende tidspunkt efter indflytning og der var en fast aftale om, hvor disse ønsker kunne genfindes, når det blev aktuelt. Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at personalet havde kompetencer til at varetage omsorg og pleje ved livets afslutning og kunne inddrage sygeplejen, akutteam og læge ved mere komplicerede forløb. Der var desuden mulighed for at inddrage vågekoner ved behov.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden lever op til fornøden kvalitet i relation til temaet.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at et målepunkt under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der ikke var dokumenteret aftaler med pårørende om, at de eksempelvis stod for indkøb, bestille frisør og andre praktiske opgaver.
Styrelsen har derudover fundet, at borgere og pårørende oplevede at kunne få hjælp til at leve det liv de ønskede og at pårørende følte sig godt inddraget i borgernes liv. Ledelse og medarbejdere beskrev, hvordan de vægtede samarbejdet med pårørende og blandt andet benyttede kontaktbog til at kommunikere, og at det blev prioriteret at være i tæt dialog med pårørende. Det blev prioriteret at alle borgere havde en kontaktperson, som primært tog sig af de daglige opgaver og dette medvirkede til en tæt relation mellem borgeren og dennes pårørende og personalet. Medarbejderne havde generelt et godt kendskab til borgerne. Der var et plejehjemsråd med deltagelse af borgere, pårørende, ledelse og køkken som mødtes to gange årligt. Desuden samarbejde med dagpleje og besøgsdyr og gudstjeneste ugentligt. Der blev udgivet et blad fire gange om året med nyheder, informationer og aktivitetsoversigt. Plejeenheden havde rådighed over en bus og frivillige chauffører og dette medvirkede til, at personale og borgere kunne tage på udflugter.
Plejeenheden rådede over en feriebolig, hvor borgere, pårørende og personale kunne tage på ferie sammen.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, at aftaler med pårørende er beskrevet i journalen, da det synliggør de pårørendes rolle og indsats hos borgerne og fremmer et godt samarbejde mellem personale og pårørende.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at i en ud af tre journaler manglede en beskrivelse af, at en borger efter indlæggelse ikke længere kunne gå, men benyttede kørestol permanent. I en ud af tre journaler manglede relevante beskrivelser af forebyggende tiltag rettet mod forebyggelse af tryksår og forebyggelse af urinvejsinfektion.
I forhold til målgruppen af borgere med kognitive funktionsnedsættelser, misbrug og psykisk sygdom har styrelsen fundet, at pårørende til borgere med kognitive funktionsnedsættelser oplevede, at pleje og omsorg tog hensyn til borgernes særlige behov. Dette blev understøttet at de observationer, der blev gjort under tilsynet og udtalelser fra en borger med kognitiv funktionsnedsættelse. Medarbejdere og ledelse redegjorde for relevante faglige metoder til at tilrettelægge pleje og omsorg til disse borgere. Herunder eksempelvis inddragelse af pårørendes kendskab til borgeren, livshistorien og fælles faglige møder. Der var mulighed for inddragelse af kommunens demenskonsulent ved behov. Den pædagogiske tilgang til borgerne og den daglige udførelse af hjælp og pleje var beskrevet. Der var desuden et nært kendskab mellem personale og borgere, som bidrog til at medarbejderne vidste, hvordan der skulle tages hensyn til særlige behov.
Ved hjælp af ovenstående blev magtanvendelse forebygget.
Styrelsen fandt også at borgerne oplevede, at der var opmærksomhed på ændringer i deres tilstand. Der blev arbejdet struktureret med at opspore og handle på ændringer ved, at alle ændringer blev noteret i journalen og mulige handlinger eller observationer blev drøftet ved hvert vagtskifte, og på tværs af afdelingerne ved sygeplejens fastlagte møder. I forhold til forebyggelse var der fokus på, at være på forkant ved indflytning, eksempelvis ved at tage stilling til indsatser ved risiko, for eksempelvis vægttab eller tryksår. Der var samarbejde med omsorgstandpleje, hjælpemiddelafdelingen, og der var ansat forflytningsvejledere i plejeenheden, som kunne agere hurtigt, hvis en borger var i risiko for tryksår.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, hvis relevante indsatser rettet mod forebyggelse af tryksår og inkontinens/urinvejsinfektion ikke er beskrevet, da det giver risiko for, at alle

medarbejdere ikke har viden om, hvilke indsatser der skal gøres, for at forebygge forringet helbred hos borgeren.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at den konstituerede forstander havde lagt en plan for udvikling af kvaliteten i plejeenheden, herunder etablering af nyt introduktionsmateriale til ny-ansatte, en mentor ordning til nye medarbejdere, og der var planer om individuel kompetenceudvikling til medarbejderne.
Der var etableret sygeplejecafe med deltagelse af ledelse og medarbejdere i alle afdelinger, hvor emner af både faglig og organisatorisk karakter kunne drøftes. Der var mange medarbejdere, som havde været ansat i mange år. Der var ingen problemer med rekruttering af kompetent personale ved vakante stillinger. Der var fokus på tværfagligt samarbejde og udnyttelse af tværfaglige kompetencer. Plejeenheden benyttede sin egen stab af faste afløsere, som var introduceret til plejeenheden og borgerne. Plejeenheden benyttede ikke vikarbureau. Medarbejderne kendte og fulgte ansvars- og opgavefordelingen.

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

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at et målepunkt under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der i en ud af tre journaler ikke var fyldestgørende beskrivelser af en borgers ressourcer og udfordringer i forhold til mobilitet, mentale funktioner og inkontinens. I en ud af tre journaler manglede en beskrivelse af, hvordan en borger skulle forflyttes, mobiliseres, trænes og have hjælp til nedre toilette. I tre ud af tre journaler manglede dokumentation af borgernes mål.
Der var en fastlagt praksis for den social- og plejefaglige dokumentation og, hvordan viden blev delt mellem medarbejderne og eventuelle afløsere.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, hvis der ikke er aktuelle og fyldestgørende beskrivelser af borgernes funktionsniveau og den hjælp og pleje de har brug for, da det kan gøre det vanskeligt for en medarbejder, som ikke kender borgeren at tilbyde den rette hjælp. Det har også betydning for den fornødne kvalitet, hvis der ikke er fastsat mål for de social- og plejefaglige indsatser, da det ellers kan være svært for borger og medarbejdere at evaluere og justere indsatserne.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at der var ikke en praksis for at fastsætte borgerens mål for den personlige og praktiske hjælp med rehabiliterende sigte efter § 83. Der var etableret et samarbejde med Odense kommune i forhold til, hvordan plejeenheden kunne rekvirere vedligeholdelses- og genoptræning efter § 86 til relevante borgere, men dette var ikke implementeret endnu.

I vurderingen er der også lagt vægt på, at der var stort fokus på en rehabiliterende tilgang til borgernes hjælp og pleje. Der var fokus på hjælp til selvhjælp og inddragelse i dagliglivets aktiviteter, hvor det var muligt og at

hjælpe borgerne til at indgå i et ligeværdigt samarbejde om at løse forskellige opgaver. Medarbejderne havde også fokus på fysisk træning og sørgede eksempelvis for, at en borger som havde ønske om at generhverve sin gangfunktion fik mulighed for at træne i plejeenhedens motionscenter i samarbejde med personalet. Der var etableret daglige gåture til de borgere, der havde ønske om dette. Der er også lagt vægt på, at plejeenheden havde et aktivitetscenter, hvor borgerne kunne komme og deltage i både fælles og individuelt tilrettelagte aktiviteter. Der var en stor kreds af frivillige, som blandt andet bidrog med at planlægge fester, underholdning og køreture. Borgere og pårørende gav udtryk for, at der blev talt med dem om deres ønsker til meningsfulde aktiviteter, og at disse ønsker også blev imødekommet. Ledelse og medarbejdere gav udtryk for, at det var vigtigt for dem, at lytte til borgernes ønsker, og at man kunne strække sig langt for at opfylde individuelle ønsker om aktiviteter.

Der var ingen borgere ved tilsynet, som var i et aktuelt rehabiliteringsforløb efter § 83a eller træningsforløb efter § 86, hvorfor målepunkterne vedrørende dette er vurderet ikke aktuelle.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, hvis der ikke fastsættes mål for pleje og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte, da det gør det vanskeligt for borgere og medarbejdere at tilrettelægge hjælp og pleje, så den imødekommer borgerens mål. Det har også betydning for den fornødne kvalitet, hvis medarbejderne ikke er vidende om, hvordan de kan hjælpe med at rekvirere træningsforløb til borgere med behov for vedligeholdelses- eller genoptræning, da der kan være risiko for at borgere i målgruppen dermed ikke får et relevant træningstilbud.

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			

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker	x			
	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov	x			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel	x			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at plejeenheden understøtter borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende, samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det	x			
C	C1. At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i borgernes behov og ønsker for udførelsen af omsorgen og plejen	x			
	C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres eventuelle pårørende og det omgivende samfund	x			
D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret		x		I tre ud af tre journaler, var der ikke dokumenteret aftaler med pårørende om, at de eksempelvis stod for indkøb og bestille frisør

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 funktionsevne-nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov	x			
C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	x			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer	x			
E	At borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger, og at det afspejles i tone, adfærd og kultur	x			

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres	x			

	indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås				
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		I en ud af tre journaler manglede beskrivelse af, at borgeren efter indlæggelse, ikke længere kunne gå, men benyttede kørestol permanent

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 en ud af tre journaler manglede relevante beskrivelser af forebyggende tiltag rettet mod tryksårsforebyggelse og forebyggelse af urinvejsinfektion

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 indsatser	x			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation	x			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger		x		I en ud af tre journaler var der ikke fyldestgørende beskrivelser af en borgers ressourcer og udfordringer i forhold til mobilitet, mentale funktioner og inkontinens
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og pleje-faglige indsatser er beskrevet		x		I en ud af tre journaler manglede en beskrivelse af hvordan en borger skulle forflyttes, mobiliseres, trænes og have hjælp til nedre toilette
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret		x		I tre ud af tre journaler manglede dokumentation af borgernes mål
	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			x	
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte		x		Der var ikke en praksis for. at borgerens mål for den personlige og praktiske hjælp blev fastsat i samarbejde med borger og/eller pårørende
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelæggehelhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål	x			
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte		x		Der var ikke en praksis for at, borgerens mål for den personlige og praktiske hjælp blev fastsat
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		x		Der var ikke en praksis for at, borgerens mål for den personlige og praktiske hjælp blev fastsat
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			x	
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet			x	
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne			x	
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte		x		Der var ikke en praksis for, at borgerens mål for den personlige og praktiske hjælp blev fastsat

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 borgeres forløb		x		Der var etableret et samarbejde med Odense kommunen i forhold til, hvordan plejeenheden kunne rekvirere vedligeholdelses- og genoptræning efter § 86 til relevante borgere, men dette var ikke implementeret endnu.
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 år[1].

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 bekendtgørelsen[2] 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 i forbindelse med de gennemførte interviews med borgere, pårørende, ledelse og medarbejdere 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.