



Ældretilsynet Tilsynsrapport Team Midt

Reaktivt tilsyn, 2019

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Team Midt
Anlægsvej 4A

4920 Søllested

CVR- eller P-nummer: 1023012363

Dato for tilsynsbesøget: 5. november 2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 35-2511-52

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte d. 25. juni 2019 et påbud til Team Midt med følgende indhold:

1) At plejeenheden sikrer en dokumentation, der understøtter, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet, 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 de relevante medarbejdere, så der understøttes en fornøden sammenhæng i social- og plejefaglige indsatser
- b. at medarbejderne kender og anvender den for plejeenheden gældende praksis for social- og plejefaglige dokumentation, og at dokumentationen er tilgængelig for alle relevante medarbejdere
- c. at borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser samt afvigelser fra borgerens social- og plejefaglige indsatser bliver beskrevet
- d. at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje, der skal gives til borgeren i relevante situationer, og at medarbejderne kender og anvender disse
- e. at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer bliver beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger
- f. at plejeenheden sikrer den fornødne beskrivelse af borgerens hjælp med rehabiliterende sigte efter servicelovens § 83 samt rehabiliteringsforløb i overensstemmelse med servicelovens § 83 a.

2) At plejeenheden sikrer, at der anvendes systematik, faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet, herunder

- a. at arbejdstilrettelæggelsen i plejeenheden sker under hensyn til varetagelse af borgernes særlige behov med fokus på kontinuitet og kompetencer
- b. at der sikres faglige metoder til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov
- c. at der foreligger arbejdsgange og faglige metoder og arbejdsgange for borgere med risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne, og at medarbejderne kender og anvender disse faglige metoder og arbejdsgange
- d. at der sikres systematisk opsporing og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand herunder ved brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.

Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed ved et nyt tilsynsbesøg efter Servicelovens § 150d har konstateret, at påbuddet er efterlevet.

Tilsynet er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet den 25. juni 2019 vedrørende de social- og plejefaglige forhold i Team Midt.

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på:

- Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet (målepunkt 1.1)
- Pleje af borgere ved livets afslutning (målepunkt 1.2)
- Borgerens trivsel og relationer (målepunkt 2.1)
- Målgrupper og Metoder (målepunkt 3.1, 3.2, 3.4 og 3.5)
- Organisation, ledelse og kompetencer (målepunkt 4.1)
- Procedure og dokumentation (målepunkt 5.1)
- Aktiviteter og rehabilitering (målepunkt 6.1, 6.2 og 6.3)

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Hjemmeplejen Team Midt, Søllested er et nyt team etableret i januar 2018
- Hjemmeplejen Team Midt har ingen bestemte målgrupper
- Plejeenheden leverer indsatser til cirka 120 borgere
- Den daglige ledelse varetages af teamleder Camilla Susanne Jensen
- I plejeenheden er der ansat 16 social- og sundhedshjælpere samt seks social- og sundhedsassistenter
- Der er samarbejde med praktiserende læger, demenskoordinator, fysioterapeuter, ergoterapeuter, hospitaler samt hjemmesygeplejen.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Margit Jeppesen, teamleder team Nord Øst
 - Jane Ramussen, projekt- og kvalitetsmedarbejder i Lolland Kommune
- Der blev foretaget interview med tre medarbejdere
 - Social- og sundhedsassistenter
 - Social- og sundhedshjælper
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til Margit Jeppesen Teamleder, Jane Ramussen, projekt- og kvalitetsmedarbejder, Ulla Gotsæd, leder af sygeplejen og de tre medarbejdere
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Anne Marie Glennung og Susanne Jensen

3. Vurdering og sammenfatning

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 5. november 2019 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 vurderet, at alle målepunkter var opfyldt.

Team Midt har efter påbuddet arbejdet målrettet med at efterleve påbuddet af 25. juni 2019. Team Midt og Lolland kommune udarbejdede en handleplan med henblik på at kunne efterleve af påbuddet. Handleplanen indeholdt indsatser målrettet dokumentation, systematiske faglige metoder og arbejdsgange. Sideløbende med dette har teamets samlede personalegruppe og ledelse sammen med andre teams i kommunen deltaget i et "Vækstforløb" med formål at skabe teamudvikling.

Ved tilsynet fremstod plejeenheden velorganiseret, handleplanen var implementeret og alle målepunkter var opfyldt.

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 borgerne gav udtryk for, at de havde medindflydelse på planlægningen af hjælpen. Borgerne gav også udtryk for, at de oplevede, at det var en mindre gruppe af medarbejdere, der hjalp dem og de vidste hvilken hjælp de skulle have.

Plejeenheden havde indført at alle borgere havde en kontaktperson, og det var så vidt, det var muligt den samme person, der kom dagligt. Ved besøg i borgernes hjem og interview af borgere blev der observeret en god tone og værdighed i samspillet mellem borger og medarbejder.

Det indgår tillige i vurderingen, at borgernes livshistorie, vaner og ønsker var beskrevet.

Det er styrelsens vurdering, at borgerne oplevede tryghed til at tale med deres faste hjælpere om svære emner og der var praksis for samarbejde med bl.a. hjemmesygepleje og palliativ sygeplejerske, når borgere nærmede sig den sidste tid.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne oplevede et godt samarbejde med hjemmeplejen og de fik den hjælp de havde behov for.

Plejeenheden indgik i projekt "virtuel sygepleje", hvor borgerne via skærm kunne få et tryghedsopkald som supplement til besøgene i hjemmet. Borgerne gav udtryk for, at de oplevede udfordringer med dette og ønskede alle besøg blev aflagt i hjemmet.

Medarbejderne støttede borgerne i at få kontakt til lokalsamfundet, bl.a. ved at støtte til deltagelse i lokal kortklub.

Ved tilsynet deltog ikke pårørende, hvorfor målepunkt 2.1.A2 ikke er aktuelt.

Det er styrelsens vurdering, at borgerne oplevede, at plejeenheden medvirker til at styrke borgernes trivsel og relationer.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden arbejdede systematisk med tidlig opsporing. Der blev afholdt ugentlige tavlemøder med fokus på observation af ændringer hos borgerne ud fra metoden "Roskildehjulet". Der var fagligt fokus på at forebygge tryksår og plejeenheden havde udarbejdet lommekort til medarbejderne til at sikre faglig observation og dokumentation. Ved gennemgang af den social- og plejefaglige dokumentation var ændringer i borgeres situation og forebyggende indsatser dokumenteret.

Det er styrelsens vurdering, at borgere med kognitiv funktionsnedsættelse, psykisk sygdom og/eller misbruger modtog hjælp, pleje og omsorg, der tog højde for deres særlige behov, hvilket også fremgik af den social- og plejefaglige dokumentation. Borgerne gav udtryk for, at personalet havde fokus på deres psykiske behov og understøttede dem i forhold til deres udfordringer.

En medarbejder var under uddannelse som demensvejleder på diplom niveau og der var tæt samarbejde med kommunens demenskoordinator. En gang årligt blev der i kommunen afholdt demenskonference for medarbejdere, ledere, politikere og ældrerådet, hvor der var undervisning mm.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden ved tilsynet fremstod med systematiske arbejdsgange, der understøttede de anvendte faglige metoder.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at alle medarbejdere havde deltaget i et team udviklingsforløb, der har medvirket til bedre samarbejde og åbenhed i gruppen.

Medarbejderne gav udtryk for, at der nu var kontinuitet i plejen og der var åbenhed i gruppen til at drøfte faglige observationer og få sparring vedrørende forskellige faglige spørgsmål af såvel social- og plejefaglig karakter som terapifagligt eller sygeplejefagligt.

Plejeenheden oplevede aktuelt ikke rekrutteringsvanskeligheder og rekrutterede bl.a. elever, der havde været i praktik.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden har en organisering, der understøtter kerneopgaven

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden havde arbejdet systematisk med at sikre den social- og plejefaglige dokumentation. Plejeenheden udpegede medarbejdere, der blev ressourcpersoner. En tjekliste til at sikre den social- og plejefaglige dokumentation var blevet udarbejdet og taget i brug og ressourcpersonerne oplærte kollegerne i dokumentation. For at sikre den social- og plejefaglige dokumentation fremadrettet blev der planlagt og gennemført journalaudit med faste intervaller.

Gennemgang af den social- og plejefaglige dokumentation ved tilsynsbesøget viste, at intentionerne fra den indsendte handleplan var implementeret og borgernes ressourcer og udfordringer samt behov for hjælp og mål for pleje var dokumenteret.

Det er styrelsens vurdering, at arbejdet med plejeenhedens dokumentationspraksis fremstår med klare retningslinjer for, hvem der ansvarlig for dokumentationsopgaver. Den social- og plejefaglige dokumentation afspejler på systematisk vis borgernes aktuelle funktionsevne, mål for den social- og plejefaglige indsats og helbredstilstande. Det betyder, at plejeenheden sikrer grundlaget for, at enhver medarbejder kan udføre en sammenhængende og helhedsorienteret hjælp, pleje og omsorg

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der var fastlagt en praksis for borgere, der modtager hjælp efter Servicelovens §83a. Der var et tæt samarbejde med fysioterapeuter, der i samarbejde med borgeren satte mål for den rehabiliterende indsats og iværksatte relevant træning og øvelser. Plejeenheden understøttede og trænede borgerne efter instruktion. Fysioterapeuter og plejeenheden anvendte samme journal og kunne se de opfølgende notater vedr. træning mm.

For borgere der havde behov for træning efter Servicelovens §86, var praksis tilsvarende. Ledelsen redegjorde for, at plejeenheden fremadrettet skulle indgå i projekt med digital træning, hvor medarbejdere skulle træne sammen med borgerne ud fra iPad.

Medarbejderne kendte til de forskellige aktivitetstilbud i kommunen og vejledte og informerede borgerne herom, hvilket også fremgik af samtalerne med borgerne.

Det indgår tillige i vurderingen, at mål for træning var dokumenteret og ændringer i forløb var dokumenteret.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden ved tilsynet sikrede grundlaget for at der systematisk blev fulgt op på de færdigheder, borgerne havde brug for i hverdagens gøremål.

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 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 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 (§83a)	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