



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Ældretilsynet

Tilsynsrapport

Lev-Vel Sjælland ApS

Reaktivt tilsyn, 2019

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Lev-Vel Sjælland ApS
Energivej 7

4690 Haslev

CVR- eller P-nummer: 1013722265

Dato for tilsynsbesøget: 28. maj 2019

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9513-13/1

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte den 2. april 2019 et påbud til Lev Vel på baggrund af Ældretilsyn den 27. november 2018.

Tilsynet den 28. maj 2019 var gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet.

Af påbuddet fremgik det, at Lev-Vel Sjælland ApS skulle sikre:

- 1) At der anvendes en systematik, faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet, herunder
 - a. faglige metoder og arbejdsgange til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgerens særlige behov
 - b. faglige metoder og arbejdsgange for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne, og at medarbejderne kender og følger disse arbejdsgange og faglige metoder
 - c. systematik med opsporing og opfølgning på ændringer i borgerens fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber

- 2) At plejeenheden sikrer en dokumentation, der understøtter, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet, herunder
 - a. at borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser bliver beskrevet
 - b. at afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser bliver dokumenteret
 - c. at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet
 - d. at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer bliver beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger
 - e. at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af den hjælp, omsorg og pleje af borgeren, der skal gives i relevante situationer, og at medarbejderne kender og anvender disse
 - f. at eventuelle ændringer og opfølgning på borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand fremgår af dokumentationen
 - g. at borgerens mål for personlig og praktisk hjælp bliver dokumenteret
 - h. at der fastlægges en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne, og at medarbejderne kender og anvender denne praksis

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på følgende temaer:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død
- Trivsel og relationer
- Målgruppe og metoder
- Procedurer og dokumentation

Ved tilsynet blev der anvendt målepunktsættet for Ældretilsyn 2019, og alle målepunkter blev gennemgået.

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Lev- Vel Sjælland ApS er en privat leverandør af hjemmepleje og hjemmesygepleje i Faxe Kommune. Lev- Vel Sjælland ApS har også driftaftaler med Vordingborg, Guldborgsund og Lolland kommune
- Plejeenheden Lev Vel har 230 borgere tilknyttet og ingen bestemte målgrupper
- Cirka 55 % af borgerne modtager hjælp til personlig pleje, ellers er det praktisk hjælp, som Lev Vel leverer. Derudover leverer Lev Vel tilkøbsydelse til praktiske bistand mod egenbetaling
- I plejeenheden Lev Vel er der ansat 18 medarbejdere med baggrund som social- og sundhedshjælper, fire social- og sundhedsassistenter (herunder to ledere) og serviceassistenter
- På hverdage er der otte medarbejdere, som kører otte forskellige hjemmeplejeruter
- Den daglige ledelse varetages af teamleder Cecilie Johansen og direktør og leder Lene Bång Jensen, der begge er uddannet social- og sundhedsassistenter
- I Faxe Kommune er der et akutteam, som dækker hele kommunen ved akutte sygeplejeopgaver, og Lev Vel har samarbejde med den kommunale Sygepleje
- Lev Vel har samarbejde med sygeplejen omkring palliativ pleje, faldforebyggelse og ernæringscreening
- Der er samarbejde med Faxe Kommunes terapeuter ved behov for hjælpemidler og træning
- Lev Vel har samarbejde med Faxe kommune omkring diætist bistand og demenskoordinatorer.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev foretaget interview med ledelsen, som består af teamleder Cecilie Johansen og direktør og leder Lene Bång Jensen
- Der blev foretaget interview med en medarbejder ud over teamleder og leder. Medarbejderen var uddannet social- og sundhedshjælper
- Afsluttende opsamling blev givet til direktør og leder Lene Bång Jensen og teamleder Cecilie Johansen
- Tilsynet blev foretaget af oversygeplejerske Lone Teglbjærg og tilsynskonsulent Susie Poulsen.

3. 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 28. maj 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 opfyldte.

Styrelsen har vurderet, at plejeenheden siden tilsynet i november 2018, har arbejdet systematisk og fokuseret med alle målepunkter, har udarbejdet faglige metoder og arbejdsgange samt ny dokumentationspraksis, således at der ikke længere er problemer af betydning for den fornødne kvalitet.

Siden sidste tilsyn i november 2018 var der foretaget ændringer omkring opgavefordelingen i plejeenheden. Blandt andet var opgaverne fordelt anderledes på kontoret, idet der er ansat en person i fleksjob 15 timer om ugen til administrative opgaver, således at der blev frigivet tid til sundheds- og plejefagligt arbejde til teamlederen. Der var blevet ansat flere uddannede medarbejdere i plejeenheden, blandt andet en medarbejder som både var uddannet pædagog og social- og sundhedshjælper til borgere med psykiatriske lidelser.

Plejeenheden havde indkøbt tavler til triagering og det var planlagt, at der, få dage efter tilsynet, skulle starte triagering op på alle borgere.

Der var blevet indkøbt og udleveret mobiltelefoner til alle medarbejdere, således at de kunne dokumentere, når de var hos borgerne, og tilgængeligheden af redskaber til dokumentation havde medført en forbedret dokumentationspraksis.

Plejeenheden har intensiveret deres samarbejde med Faxe kommune og havde nu tæt samarbejde med kommunens demenskoordinatorer samt det palliative team og skal efter sommerferien medvirke i rehabilite-

ringsprojekt på ældreområdet. Plejeenheden har tæt samarbejde med kommunen omkring faldforebyggelse og ernæringscreening.

Siden sidste tilsyn i november 2018 havde Lev Vel endvidere indført kontaktpersonsordning og opstartssamtaler med alle nye borgere omkring forventningsafstemning og inddragelse af livshistorie.

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 der ved journalgennemgang var grundige og udførlige beskrivelser af borgernes vaner og ønsker. Borgerne gav ved samtale udtryk for at opleve selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv. Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at der blev afholdt opstartssamtaler med udgangspunkt i generelle oplysninger, og hvor livshistorie samt forventningerne til hjælpen kunne afstemmes.

Medarbejdere og ledelse redegjorde for, hvordan de arbejdede fokuseret med at sikre borgerne værdighed i den sidste tid og ved livets afslutning, og samarbejdet med kommunens palliative team var blevet udbygget siden sidste tilsyn.

Det er styrelsens vurdering, at det ved samtale med borgere og pårørende var tydeligt, at Lev Vel tog individuelle hensyn og imødekom borgernes individuelle ønsker.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der ved journalgennemgang var grundige og udførlige beskrivelser af aftaler med pårørende. Ved interview med borgerne fortalte de, at de oplevede at få den hjælp, de selv ønskede. Borgerne gav udtryk for, at de oplevede, at der var en god tone og adfærd fra Lev Vel og at den enkeltes ønsker og behov blev respekteret. Dette fremgik også ved tilsynets observationer. På tilsynet var det ikke muligt at tale med pårørende til borgere som modtog hjælp fra plejeenheden og derfor var der målpunkter, som ikke er aktuelle under tema 2.

Siden sidste tilsyn havde plejeenheden indført kontaktpersonsordning og opstartssamtaler med alle nye borgere omkring forventningsafstemning og inddragelse af livshistorie og dette fremgik også af journalgennemgangen.

Kontaktpersonsordningen betyder også at borgeren har det direkte telefonnummer til deres kontaktperson, så de hurtigt kan komme i kontakt med dem. Ved sygdom og fravær blev der henvist til andet nummer. Ved interview med medarbejder oplyste denne, at det var til stor tilfredshed for både borgere og medarbejdere, at de kunne komme i direkte kontakt med hindanden og at alting ikke skulle gå omkring kontoret.

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 der lagt vægt på, at der ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik, at Lev Vel arbejdede systematisk med faglige arbejdsmetoder og arbejdsgange. Plejeenheden arbejdede nu eksempelvis systematisk med, at der i hverdagen blev observeret og fulgt op på tegn på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand, og dette fremgik også ved journalgennemgangen.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede fagligt og systematisk med pleje og behandling af borgere med kognitive funktionsnedsættelser. Der var blevet ansat flere uddannede medarbejdere i plejeenheden, blandt andet en medarbejder, som både var uddannet pædagog og social- og sundhedshjælper til borgere med psykiatriske lidelser og til demente borgere.

Der var ved tilsynet ikke borgere, hvor der aktuelt blev arbejdet med forebyggelse af magtanvendelse, og der blev ikke foretaget interview af pårørende hvorfor disse målepunkter er noteret som uaktuelle.

Plejeenheden havde indkøbt tavler til triagering og det var planlagt, at der, få dage efter tilsynet, skulle startes med triagering. Herved kunne de arbejde med opsporing og opfølgning på ændringer i borgerens fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand. Dog manglede stillingtagen til, hvorledes der sikres en systematisk struktur for faglige triagemøder, således at personalet har mulighed for at mødes og drøfte de fund, der bliver gjort.

Plejeenheden har intensiveret deres samarbejde med Faxe kommune og har nu tæt samarbejde med kommunens demenskoordinatorer og samarbejder blandt andet om faldforebyggelse og ernærings screening som led i forebyggelsen af funktionsevnetab. Lev Vel skal efter sommerferie medvirke i rehabiliteringsprojekt på ældreområdet i samarbejde med Faxe kommune.

Det er styrelsens vurdering, at Lev Vel, blandt andet med hjælp fra ekstern konsulent, havde implementeret og benyttede relevante faglige metoder og arbejdsgange for, at sikre den fornødne kvalitet af hjælp, omsorg og pleje i plejeenheden.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der siden sidste tilsyn var foretaget ændringer omkring opgavefordelingen i plejeenheden. Blandt andet var opgaver fordelt anderledes på kontoret, idet der er ansat en flexjobber 15 timer om ugen til administrative opgaver, således at der blev frigivet tid til sundhedsfagligt arbejde til teamlederen.

Der var blevet ansat flere uddannede medarbejdere i plejeenheden, blandt andet en medarbejder, som både var uddannet pædagog og social- og sundhedshjælper til borgere med psykiatriske lidelser.

Der var et godt samarbejde i plejeenheden med den kommunale hjemmesygepleje. Dette fremgik både ved interview med ledelsen samt ved medarbejderinterviewet.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens udvikling af organiseringen således understøttede plejeenhedens kerneopgaver, hvilket blev understøttet af medarbejdernes udsagn vedrørende ansvars- og kompetenceforhold samt ledelsens udsagn vedrørende rammer for pleje og behandling.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at Lev Vel havde indkøbt og udleveret mobiltelefoner til alle medarbejdere, således at de kunne dokumentere, når de var hos borgerne. Tilgængeligheden af redskaber til dokumentation havde medført en forbedret dokumentationspraksis.

Ved samtale med medarbejdere og ledelse samt ved journalgennemgang fremgik det, at der på baggrund af det sidste tilsyn nu var fastlagt en praksis for dokumentation og en praksis for hvornår, hvor og hvordan, der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne.

Ved journalgennemgang fremgik borgerens aktuelle ressourcer og udfordringer samt borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje var grundigt og systematisk beskrevet.

Der var siden sidste tilsyn indført nye arbejdsgange omkring dokumentation, og nu havde alle medarbejdere koder og adgang til det elektroniske journalsystem. Ved journalgennemgangen fremgik den ændrede dokumentationspraksis og det fremgik, at afledte social- og plejefaglige indsatser var beskrevet, samt at afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser var dokumenteret.

Ved samtale med ledelse og medarbejdere fremgik det, at alle medarbejdere havde modtaget undervisning i det elektroniske journalsystem og ved journalgennemgangen var der grundige beskrivelser af social- og plejefaglige indsatser samt beskrivelser af ændringer og opfølgning på borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand. Herudover var borgerens mål for personlig og praktisk hjælp dokumenteret.

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

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden Lev Vel ikke havde borgere, som modtog ydelser efter servicelovens § 83a eller § 86. Disse borgere fik udelukkende hjælp til praktisk og personlig pleje fra den kommunale hjemmepleje og ikke Lev Vel, og derfor var der målepunkter, som ikke var aktuelle i tema 6.

Ved samtale med ledelse, medarbejdere og borgere fremgik det, at plejeenheden Lev Vel arbejdede med at hjælpe borgerne med at finde meningsfulde aktiviteter, og der var fokus på borgernes individuelle ønsker til dette, hvilket fremgik af dokumentationen. Plejeenheden havde intensiveret deres samarbejde med Faxe kommune og skal efter sommerferien medvirke i rehabiliteringsprojekt på ældreområdet for at "re-booste" fokuset på den rehabiliterende tilgang i plejen.

Det er styrelsens vurdering, at Lev Vel arbejdede med rehabilitering og aktiviteter til borgere, så disse fik mulighed for at forbedre funktionsevne, samt at de inddrog borgeren i de daglige opgaver.

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 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			

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