



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Ældretilsynet tilsynsrapport

Reaktivt tilsyn, 2021

Den selvejende institution Løgstrup Friplejehjem

Den selvejende institution Løgstrup Friplejehjem
Hjarbækvej 59
8831 Løgstrup

CVR- eller P-nummer: 1023591061

Dato for tilsynet: 23-11-2021

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord
Sagsnr.: 35-2511-366

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 2. november og 18 november 2021 modtaget en bekymringshenvendelse vedrørende forholdene på Løgstrup Fripølejhjem fra en tidligere medarbejder.

Bekymringshenvendelsen til os beskriver blandt andet, at der på Løgstrup Fripølejhjem er en manglende værdighed i den tilbudte personlige og praktiske hjælp, omsorg og pleje til borgerne. Herunder beskrives en tone, adfærd og kultur i plejeenheden, som ikke tager højde for borgernes funktionsevne.

Styrelsen for Patientsikkerhed har på baggrund af bekymringshenvendelserne udført et reaktivt uvarslet Ældretilsyn på Løgstrup Fripølejhjem den 23. november 2021.

Formål

Hovedformålet med det forestående tilsyn er ud fra målepunktsættet for ældretilsynet at vurdere, om der i Løgstrup Fripølejhjem ydes social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87, jf. § 150.

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død
- Borgernes trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedure og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Løgstrup Fripleshjem er en selvejende plejeenhed i Viborg Kommune. Plejeenheden udfører personlig pleje og praktisk bistand hos 21 borgere. Der er boliger til 24 borgere.
- Ledelsen varetages af konstitueret leder Uffe Madsen. Uffe Madsen er gruppe medlem i den fungerende bestyrelse for Løgstrup Fripleshjem.
- Forstander, som varetager den daglige ledelse på andet Fripleshjem, bistår med det administrative område på Løgstrup Fripleshjem i en periode, indtil ny daglig leder tiltræder.
- Der er ansat ny daglig leder pr. 1/12 2021.
- Der er i plejeenheden samlet ansat 21 medarbejdere: en sygeplejerske på deltid, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælper, pædagog, ufaglært i fleksjob, sygehjælper, ernæringsassistenter, husassistent, køkkenmedhjælper, pedel. Flere medarbejdere havde lang tids fravær.
- Der blev beskrevet et godt samarbejde med hjemmesygeplejen i Viborg kommune.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre omsorgsjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet en pårørende på tilsynsdagen og to pårørende blev telefoninterviewet den 24/11 2021.
- Der blev foretaget interview med:
 - Forstander fra andet Fripleshjem
- Der blev foretaget interview med tre medarbejdere
 - sygeplejerske
 - social- og sundhedshjælper
 - social- og sundhedsassistent
- Der blev foretaget observation ved deltagelse i formiddagens sparringsmøde for medarbejderne.
- Der blev foretaget observation af medarbejdernes adfærd og kommunikation med borgerne i et fælles opholdsrum og i borgerens eget hjem.
- Tilbage melding på tilsynet blev givet til konstitueret leder Uffe Madsen, forstander fra andet friplejehjem og medarbejderne.
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenter Jane Filtenborg Bjerregaard og Rikke Sønderskov Sørensen.

3. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har inden for høringsperioden modtaget materiale i form af en handleplan. Heri beskrives, hvilke indledende tiltag, der er igangsat og samt tiltag, som mere fremadrettet skal sikre den fornødne kvalitet i ydede den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje i Løgstrup friplejehjem.

Vi finder det ikke dokumenteret, at tiltagene på nuværende tidspunkt er implementeret, og har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette forsvarligt op på den fornødne kvalitet af i den tilbudte social- og plejefaglige hjælp, pleje og omsorg på stedet.

Vi har derfor den 13. december 2021 givet Løgstrup Friplejehjem påbud om, at plejeenheden skal opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden.

Påbud offentliggøres separat på stps.dk og på sundhed.dk. Når vi konstaterer, at påbuddet er efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.”

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget 23-11-2021 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Baggrunden for vurderingen er, at der var uopfyldte målepunkter under alle temaerne

Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Borgernes trivsel og relationer

Målgrupper og metoder

Organisation, ledelse og kompetencer

Procedurer og dokumentation

Aktiviteter og rehabilitering

Det er vores vurdering, at alvorligheden af de uopfyldte målepunkter har afgørende betydning for den manglende fornødne kvalitet i den af Løgstrup Frieplejehjem udførte hjælp, pleje og omsorg, idet der var uopfyldte målepunkter i seks ud af seks temaer samt, at der blev fundet væsentlige gennemgående fejl og mangler i organisationen, ledelse og kompetencer samt i dokumentationen.

Vi har i vurderingen lagt vægt på, at pårørende under interview oplyste, at de oplevede at blive imødekommet i forhold til borgernes ønsker og vaner. Pårørende oplyste også at der ikke var tilbudt indflytnings samtale i forhold til borgernes ønsker og vaner. Det er derfor tilsynets vurdering at de pårørende ikke blev inddraget i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov. Tilsynet konstaterede, at der ikke var indhentet og dokumenteret borgernes ønsker og vaner og evt. ønsker til livets afslutning. Vi har tillige lagt vægt på medarbejdernes beskrivelse af praksis, der var præget af travthed og fokus var på mad og væske og borgerne var på en god dag hjulpet op inden middag. Tilsynets samlede billede af forholdene i plejeenheden på tilsynsdagen, medførte at de tilsynsførende på trods af borgernes udsagn om, at deres ønsker og vaner blev opfyldt fandt tilsynsførende at der var risiko for at borgernes selvbestemmelse ikke blev understøttet gennem hele døgnet.

Vi har yderligere lagt vægt på, at hjælp, pleje og omsorg til borgerne var sårbar og personafhængig, da arbejdsgange og procedurer for dokumentation og samarbejdet, herunder det tværfaglige samarbejde med relevante faggrupper med specialviden ikke var implementeret og kendt, og derved ikke blev anvendt af alle medarbejdere i plejeenheden. Den manglende daglige ledelse har afgørende betydning for medarbejdernes faglige retning og ansvars- og kompetencefordeling. Vi vurderer, at plejeenhedens værdier, kultur og adfærd skal være baseret på den ledelsesmæssige forankring. Det vil hermed være muligt for medarbejderne at udvise de fælles værdier igennem kultur, tone og adfærd. Det er på den baggrund, at vi i vores vurdering har lagt vægt på, at der i plejeenheden ikke var det fornødne kendskab til at sikre en forsvarlig ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, og at medarbejderne ikke handlede fagligt relevant og forsvarligt på de observationer vedrørende borgernes funktionsevnetab og forringet helbred, de foretog hos borgerne. Yderligere var der ikke fastlagt en praksis for målfastsættelse vedrørende hjælp, pleje og omsorg samt træningsforløb i samarbejde med borgere og eventuelle pårørende.

Vi vurderer, som en skærpende omstændighed, at der hos borgere med nedsat funktionsevne, ikke forefindes et beskrevet grundlag for at udføre sammenhængende sociale- og plejefaglige indsatser af fornøden kvalitet. Denne borgergruppe befinder sig ofte i situationer, hvor de ikke selv kan gøre opmærksom på eventuelle ændringer i deres tilstand og, at opsporing af eller opfølgning i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstiltand kræver en tværfaglig koordineret indsats i forhold til at udøve den nødvendige pleje, omsorg og hjælp ud fra borgernes aktuelle behov.

Tilsynet var ikke betrykkede i, at når der i plejeenheden ikke var implementeret og ikke blev anvendt fastlagte arbejdsgange og metoder, om der var kompetencer tilstede for at sikre de rette, relevante og sammenhængende indsatser i hjælp, pleje og omsorg for borgerne. Derved er der betydelig og væsentlig risiko for, at hjælp, pleje og omsorg, som plejeenheden udfører ikke har den fornødne kvalitet.

Der manglede beskrivelser af de socialpædagogiske tilgange og indsatser i forhold til at sikre, at alle medarbejdere havde det beskrevne grundlag til at kunne udføre hjælp, pleje og omsorg til borgeren i relevante situationer, samt at sikre at alle medarbejdere arbejdede forebyggende i forhold til magtanvendelse hos borgere med nedsat kognitiv funktionsevne. På den baggrund er det vores vurdering, at der i plejeenheden er en væsentlig og betydelig risiko for at hjælp, pleje og omsorg til borgere med nedsat kognitiv funktionsevne bliver for sårbar og personafhængig i forhold til de enkelte medarbejders faglige kompetencer og personlige kendskab til borgeren. Disse mangler, vurderer vi, udgør en væsentlig og betydelig risiko for, at der i plejeenheden ikke udføres hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet i forhold til at sikre

selvbestemmelse, værdighed og livskvalitet i den pleje, hjælp og omsorg, der varetages af plejeenheden over for borgerne.

Vi vurderer derfor, at der er væsentlig og betydelig risiko for, at borgerne ikke modtager hjælp, pleje og omsorg af fornøden kvalitet. Dette med hensyn til kontinuitet i den udførte hjælp, omsorg og pleje, således at hjælp, pleje og omsorg sker ud fra borgernes aktuelle behov og ikke bliver sårbar og personafhængig. Vi vurderer at der er betydelig og alvorlig risiko for at borgerne ikke er sikret en relevant og rettidig indsats i det der var manglende sikring af den interne kommunikation i plejeenheden og eksterne kommunikation med samarbejdspartnere samt manglende sikring af hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået ændring i borgernes funktionsevne eller helbredstilstand.

Det er vores vurdering, at plejeenhedens organisering ikke understøttede udførelsen af kerneopgaven igennem hele døgnet, da der ikke i plejeenheden var en tydelig og fyldestgørende ansvars- og opgavefordeling, herunder tydelige arbejdsgange og procedurer, der sikrede den helhedsorienterede pleje, omsorg og hjælp til borgerne.

De på ældretilsynet konstaterede gennemgående, omfattende og væsentlige mangler i forhold til opfyldelse af målepunktsættet for ældretilsynet vurderes, at være kritiske i forhold til at kunne sikre den fornødne kvalitet i den af plejeenheden udførte hjælp, pleje og omsorg igennem hele døgnet, og kræver derfor efter vores vurdering gennemgribende indsatser i forhold til implementering af organisering, ledelse og kompetencer samt systematiske arbejdsgange, metoder og dokumentationspraksis for at rette fyldestgørende op på forholdene på plejeenheden.

Vi vurderer derfor, der er kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet på Løgstup friplejehjem.

Krav

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at vi stiller krav om følgende:

At plejeenheden sikrer:

Målepunkt 1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

- At plejeenheden sikre, at der er fokus på at bevare og fremme de enkelte borgeres livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet
- At plejeenheden sikrer, at borgernes vaner og ønsker er beskrevet og kan fremfindes af alle relevante medarbejdere

Målepunkt 1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

- At plejeenheden sikrer, at borgerne oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om ønsker til livets afslutning.
- At plejeenheden sikrer en praksis for, at borgernes ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet
- At plejeenheden sikrer, at alle relevante medarbejdere ved, hvor de kan finde borgernes ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation.

Målepunkt 2.1 Borgernes trivsel og relationer

- At plejeenheden sikrer, at pårørende bliver inddraget og at der lyttes i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov.
- At plejeenheden sikrer, at der er fokus på at understøtte borgernes trivsel.
- At plejeenheden medvirker til at understøtte borgernes relationer ved at inddrage og samarbejde med de pårørende, hvis borgerne ønsker det.
- At plejeenheden sikrer en praksis, hvor borgerne bliver inddraget, og hvor der bliver taget udgangspunkt i deres behov og ønsker i omsorgen og plejen.
- At plejeenheden sikrer en praksis, som understøtter borgernes tilknytning til deres pårørende
- At plejeenheden sikrer, at aftaler af betydning for borgernes daglige, hjælp, pleje og omsorg er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation

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

- At plejeenheden sikrer, at der anvendes faglige metoder og arbejdsgange til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsnedsættelser
- At plejeenheden sikrer, at der er kendskab til faglige metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser
- At plejeenheden sikrer, at der anvendes faglige metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser
- At plejeenheden sikrer, at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser findes beskrivelser i den social- og plejefaglige dokumentation af den hjælp, pleje og omsorg, som ydes til disse borgere i relevante situationer
- At plejeenheden sikrer, at tone, adfærd og kultur afspejler, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser modtager den relevante faglige hjælp, omsorg og pleje

Målepunkt 3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

- At plejeenheden sikrer, at der anvendes metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse
- At plejeenheden sikrer, at der er kendskab til metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse
- At plejeenheden sikrer, at der er anvendes metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse
- At plejeenheden sikrer, at der hos konkrete borgere er beskrivelser i den social- og plejefaglige dokumentation af metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse.

Målepunkt 3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

- At plejeenheden har fokus på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand
- At plejeenheden sikrer en praksis, hvor der er fokus på:
 - a. systematisk opsporing af ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand
 - b. systematisk opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand

- c. faglige metoder og redskaber samt arbejdsgange til systematisk opsporing og opfølgning på ændringer
- At plejeenheden sikrer en praksis, hvor der er kendskab til:
 - a. systematisk opsporing af ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand
 - b. systematisk opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand
 - c. faglige metoder og redskaber samt arbejdsgange til systematisk opsporing og opfølgning på ændringer
- At plejeenheden sikrer en praksis, hvor der systematisk:
 - a. opspores ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand
 - b. følges op på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand
 - c. anvendes faglige metoder og redskaber samt arbejdsgange til systematisk opsporing og opfølgning på ændringer
- At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes:
 - a. fysiske og/eller psykiske funktionsevne samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen
 - b. helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen

Målepunkt 3.4: Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne

- at plejeenheden sikrer, at der er opmærksomhed på, at hjælp, pleje og omsorg er rettet mod at forebygge:
 - a. uplanlagt væggtab
 - b. tryksår
 - c. fald
 - d. dehydrering
 - e. inkontinens
 - f. dårlig mundhygiejne
- At plejeenheden sikrer, at der er fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for:
 - a. uplanlagt væggtab
 - b. tryksår
 - c. fald
 - d. dehydrering
 - e. inkontinens
 - f. dårlig mundhygiejne
- At plejeenheden sikrer kendskab til fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for:
 - a. uplanlagt væggtab
 - b. tryksår
 - c. fald
 - d. dehydrering
 - e. inkontinens
 - f. dårlig mundhygiejne
- At plejeenheden sikrer anvendelse af fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere med risiko:
 - a. uplanlagt væggtab
 - b. tryksår
 - c. fald
 - d. dehydrering

- e. inkontinens
- f. dårlig mundhygiejne
- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af:
 - a. uplanlagt vægttab
 - b. tryksår
 - c. fald
 - d. dehydrering
 - e. inkontinens
 - f. dårlig mundhygiejne

fremgår af borgerenes dokumentation

Målepunkt 4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

- At plejeenheden sikrer, at organiseringen understøtter plejeenhedens udførelse af kerneopgaverne
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage kerneopgaverne
- At plejeenheden sikrer, at der bliver arbejdet med:
 - a. rekruttering af nye medarbejdere
 - b. introduktion af nye medarbejdere
- At plejeenheden sikrer, at der i plejeenheden er ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender ansvars- og opgavefordeling
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne følger ansvars- og opgavefordelingen

Målepunkt 5.1: Plejeenhedens dokumentationspraksis

- At plejeenheden sikrer, at der er:
 - a. fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres
 - b. fastlagt en praksis for, hvordan relevant viden bliver delt mellem medarbejderne
- At plejeenheden sikrer, at dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender praksis for den social- og plejefaglige dokumentation
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne følger praksis for den social- og plejefaglige dokumentation
- At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation i forhold til:
 - a. egenomsorg
 - b. praktiske opgaver
 - c. mobilitet
 - d. mentale funktioner
 - e. samfundsliv
 - f. generelle oplysninger
- At plejeenheden sikrer, at borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket og de afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation
- At plejeenheden sikrer, at afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation

Målepunkt 6.1: Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter § 83a

- At plejeenheden sikrer, at der foreligger en praksis for tilrettelæggelse af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender arbejdsgangene for at gennemføre helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne følger arbejdsgangene for at gennemføre helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål

Målepunkt 6.2: Borgere med behov for hjælp med aktiverende sigte efter § 83

- At plejeenheden sikrer, at borgeren og eventuelt pårørende i videst muligt omfang oplever at blive inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte
- At plejeenheden sikrer, at der er en praksis for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender arbejdsgangene for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne følger arbejdsgangene for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte
- At plejeenheden sikrer, at mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation

Målepunkt 6.3: Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

- At plejeenheden sikrer, at der er en praksis for:
 - a. hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfaglig
 - b. at der bliver sat mål for de enkelte borgers forløb

Målepunkt 6.4: Tilbud om aktiviteter til borgere

- At plejeenheden sikrer, at der er en praksis for at indhente borgernes ønsker til meningsfulde aktiviteter
- At plejeenheden sikrer, at der er en praksis for at inddrage og motivere borgerne til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte

Vi agter at udstede et påbud om, at plejeenheden skal opfylde ovenstående krav, eventuelt inden for en fastsat frist. Se nærmere i vedlagte høringsbrev.

Tematisk fremstilling af den samlede vurdering

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Vi vurderer, at målepunkterne ikke var opfyldt under dette tema og det udløser fem krav.

Vi har lagt vægt på, at plejeenheden ikke havde en systematisk praksis eller en fastlagt metode til at indhente borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning, og i to ud af tre omsorgsjournalerne manglede der beskrivelser

af borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning. Der var ikke en fastlagt praksis for, hvor i den social- og plejefaglige dokumentation at borgernes evt. ønsker til livets afslutning skulle dokumenteres så enhver medarbejder kunne imødekomme borgernes ønsker rettidig.

Under tilsynet blev drøftet behovet for et fremadrettet fokusområde med hensyn til en mere systematisk praksis for at indhente borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning, herunder en klar og tydelig procedure og arbejdsgang for, hvornår i et forløb samt hvem der tilbyder samtalen i plejeenheden. Plejeenhedens medarbejdere havde kendskab til pleje og omsorg ved livets afslutning.

Vi har tillagt det vægt, at medarbejderne redegjorde for en praksis hvor der, afhængig af de fremmødte medarbejder ressourcer og deres kendskab til de enkelte borgere, blev forsøgt at arbejde ud fra borgernes ønsker og vaner, i dialog med borgerne i forbindelse med udførelse af hjælp, pleje og omsorg.

Forstander fra andet Fripnejehjem redegjorde for, at hun var tilstede i plejeenheden ca. en gang om ugen og italesatte over for medarbejderne, hvis hun overhørte eller observerede hård tone over for beboerne eller imellem medarbejderne.

Under tilsynet observerede vi, at medarbejderne havde en værdig tone, adfærd og kultur, når de var sammen med borgerne. Borger og pårørende oplevede generelt at blive imødekommet i forhold til ønsker og vaner. Borgernes ønsker og vaner var ikke beskrevet i to ud af tre omsorgsjournaler i den social- og plejefaglige dokumentation.

2. Borgernes trivsel og relationer

Vi vurderer, at målepunktet ikke var opfyldt under dette tema og det udløser seks krav.

Vi har lagt vægt på, at to pårørende til borgere med kognitiv funktionsnedsættelse ikke oplevede at blive inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov.

Forstander fra andet Fripnejehjem redegjorde for, at der ikke var implementeret en arbejdsgang for hvordan plejeenheden arbejdede med at understøtte borgernes trivsel og relationer til deres pårørende og øvrige netværk. Der var ikke en systematik i forhold til afdækning af samarbejdet med borger og pårørende, for at understøtte borgernes ønsker og behov i forhold til opgaveudførelsen. Det blev oplyst, at der ved et personalemøde var blevet arbejdet med en plan for iværksættelse af kontaktpersonordning og udførelsen af indflytningssamler med borgere og pårørende. Medarbejderne oplyste, at der var afholdt tre samtaler i alt siden december 2020. De tre interviewede pårørende, havde ikke været indbudt til samtale og de to pårørende var ikke informeret om hvem som var kontaktperson for borgerne.

I vurderingen har vi også lagt vægt på, at der generelt i omsorgsjournalerne ikke var beskrivelser af aftaler, indgået med de pårørende og netværket, som havde betydning for den daglige hjælp og støtte til borgerne.

3. Målgrupper og metoder

Vi vurderer, at de fire målepunkter var uopfyldt under dette tema og det udløser 19 krav.

Vi har lagt vægt på, at der i tre ud af tre stikprøver ikke forelå fyldestgørende beskrivelser af borgernes funktionsevne samt at der manglede beskrivelse, af borgere med kognitiv funktionsnedsættelse og deres særlige behov for hjælp, omsorg og pleje i relevante situationer, i den social- og plejefaglige dokumentation.

Vi har yderligere lagt vægt på, at medarbejderne genkendte beskrivelse af den hårde tone og kultur imellem medarbejderne, der også var beskrevet i bekymringshenvendelsen. Medarbejderne redegjorde for, at de som

faglig gruppe ikke var enige i hvilken retning, der skulle arbejdes med f.eks. metoder til forebyggelse af magtanvendelse. Medarbejderne beskrev at forskellighederne i deres faglighed gav udfordringer i forhold til fælles tilgang til borgerne med særlige behov. Konsekvensen her af var, at medarbejderne trak sig og undgik at tage ansvar for den socialpædagogiske tilgang til borgerne med særlige behov.

Medarbejderne havde ikke viden om arbejdsgange og procedure i plejeenheden, der kunne inddrages i indsatsen for at understøtte borgernes særlige behov og udfordringer, herunder forebyggelse af magtanvendelse samt hvilke tværfaglige samarbejdspartnere, der kunne bistå med faglige special kompetencer på området.

Medarbejderne redegjorde for, at der hos en borger med kognitiv funktionsnedsættelse samt nedsat funktionsevne, var en kultur for at madbakken blev leveret på en måde, hvor medarbejderne listede ind og afleverede madbakken foran borgeren, hvorefter medarbejderne hurtig trak sig tilbage. Dette for at undgå en potentiel konflikt med borger. Medarbejderne oplyste, at borgeren reagerede med vrede og opfarehed. Desuden var det blevet kultur, at der var muggen mad hos borgeren, da medarbejderne undgik den potentielle konflikt når mad skulle fjernes. Hos samme borger, var der manglede beskrivelse af, hvordan medarbejderne skulle imødekomme borgerens særlige behov i den personlige hygiejne. En medarbejder beskrev, at det var muligt at hjælpe borger uden risiko for potentiel konflikt. Dette var ikke beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation. Under tilsynet blev det konstateret, at medarbejderne havde forskellige faglige kompetencer og metoder med sig fra tidligere ansættelser. Medarbejderne italesatte dog, at der ikke var enighed om hvilke metoder, der skulle anvendes til konkrete borgere. Derfor var der ikke beskrivelser af tilgangene i døgnrytmeplanerne.

Vi har lagt vægt på, at det var gennemgående i tre ud af tre omsorgsjournaler, at der manglede beskrivelser af de social- og plejefaglige indsatser i relation til ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt manglende dokumentation for opfølgning herpå. Medarbejderne kunne ikke redegøre for planen for helbredstilstanden, opfølgning eller status på de beskrevne ændringer. For eksempel var der hos en hjertesyg borger for nyligt registreret måling som viste et meget højt blodtryk. Blodtrykket havde ikke været målt igennem en længere periode og det kunne ikke fremfindes hvilken ændring i borgerens tilstand, der førte til måling af blodtrykket den pågældende dag. Der var ikke fastsat referenceinterval for blodtrykket, så det var ikke muligt at vurdere, om målingen var inden for normal området, for denne borger. I omsorgsjournalen var der ingen beskrivelse af den faglige stillingtagen og videre plan for handling herpå f.eks. stillingstagen til behov for lægekontakt.

Medarbejderne kunne under tilsynet ikke redegøre for systematiske metoder eller arbejdsgange for arbejdet med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes tilstand. Medarbejderne oplyste, at der ikke var implementeret systematiske arbejdsgange.

Tilsynet var ikke betryggede i, at når der i plejeenheden ikke var implementeret og ikke blev anvendt fastlagte arbejdsgange og metoder, om der var kompetencer tilstede for at sikre de rette, relevante og sammenhængende indsatser i hjælp, pleje og omsorg for borgerne. Derved er der betydelig og væsentlig risiko for, at hjælp, pleje og omsorg, som plejeenheden udfører ikke har den fornødne kvalitet.

I vurderingen er der tillige lagt vægt på, at der i tre ud af tre stikprøver ikke var en opdateret døgnrytmeplan, selvom plejeenheden oplyste, at helbredsplejen vedrørende hjælp, pleje og omsorg skulle være beskrevet i døgnrytmeplanen. Her under skulle de forskellige faggruppers faglige beskrivelser danne grundlag for at sikre sammenhængende indsatser i forhold til den enkelte borgers behov og problematikker.

I vurderingen er der også lagt vægt på, at en pårørende ikke oplevede, at den tilbudte hjælp, pleje og omsorg var rettet mod forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred, og i forbindelse med forebyggelse af

funktionsevnetab sås det tillige i tre ud af tre stikprøver, at den social- og plejefaglige indsats hos borger med faldtendens, og som havde haft faldepisode, ikke var beskrevet, hvorledes man skulle forebygge yderligere fald.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Vi vurderer, at målepunktet var uopfyldt under dette tema og det udløser seks krav.

Forstander fra andet Fripleshjem blev interviewet om ledelsens opgaver og bistod under tilsynet ved journalgennemgang. Der blev redegjort for en delt ledelses opgave i perioden indtil ny forstander på Løgstrup friplejehjem tiltræder pr. 1/12 2021.

Den konstituerede leder Uffe Madsen var tilstede under tilbagemeldingen på tilsynet og redegjorde for den plan der blev iværksat efter at den tidligere forstander fratrådte. Bestyrelsen og den konstituerede leder blev med tiden klar over omfanget af udfordringer vedrørende organiseringen på Løgstrup Fripleshjem. Herunder mangelfuld understøttelse af medarbejdernes ansvars- og opgavefordeling. Under tilsynet fremkom medarbejderne med frustration over den manglende daglige ledelse. Medarbejderne oplyste at den konstituerede leder var fysisk tilstede en gang om ugen, i det han havde ansættelse i regionen.

Forstander fra andet Fripleshjem var også tilstede i plejeenheden en gang om ugen. Personen varetog opgaver i forhold til arbejdsplan, administrative opgaver og fokus på sygefravær.

Medarbejderne oplevede at det daglige fremmøde havde betydning for kvaliteten i den daglige varetagelse af hjælp, pleje og omsorg til beboerne grundet medarbejder fravær. Medarbejderne tilkendegav at der manglende daglige ledelse og det havde afgørende betydning for medarbejdernes faglige retning og ansvars- og kompetencefordeling. På den baggrund, har tilsynet konstateret at der i plejeenheden ikke var det fornødne kendskab til at sikre en forsvarlig ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, og at medarbejderne ikke handlede fagligt relevant og forsvarligt på de observationer vedrørende borgernes funktionsevnetab og forringet helbred, de foretog hos borgerne. Yderligere var der ikke fastlagt en praksis for målfastsættelse vedrørende hjælp, pleje og omsorg samt træningsforløb i samarbejde med borgere og eventuelle pårørende.

Pårørende oplyste at der var mange vikarer i plejeenheden og medarbejderne tilkendegav dette. Under interview med forstander fra andet Fripleshjem, der varetog de administrative opgaver i forhold til arbejdsplan, administrative opgaver og fokus på sygefravær beskæftigede over for tilsynet at der var højt forbrug af vikarer. Medarbejderne tilkendegav at det store forbrug af vikarer medførte, at de faste medarbejdere brugte mange ressourcer på at sætte vikarer og afløsere ind i opgaverne. Medarbejderne kendte ikke ansvars- og opgavefordelingen, herunder hvordan viden blev tilgængeligt for alle relevante medarbejdere gennem hele døgnet samt ved håndtering af komplekse situationer, hvor der var behov for sparring og hjælp fra tværfaglige samarbejdspartnere. En medarbejder redegjorde for, at der var udarbejdet et kompetence katalog, med de specifikke faggruppers ansvars- og kompetence niveau, men det var ikke implementeret eller kendt viden for de øvrige medarbejdere.

Vi konstaterede, at den social- og plejefaglige dokumentationspraksis ikke var implementeret i plejeenheden, og dermed manglede det beskrevne grundlag til at sikre understøttelse af plejeenhedens kerneopgaver hele døgnet igennem, og det blev dermed sårbar og personafhængig hvilken hjælp, pleje og omsorg som borgerne modtog.

Medarbejderne tilkendegav at der blev afholdt et dagligt fagligt sparringsmøde, hvor dagens opgaver og andre problematikker kunne drøftes. Tilsynsførende deltog i en del af dette møde og observerede en hård tone

medarbejderne imellem, i forhold til en medarbejders behov for sparring på en borgerspecifik problematik. Herudover observerede tilsynsførende, at der var stor uro under mødet, hvor der ikke var respekt for, at lytte til den medarbejder der havde ordet. Der forgik i stedet andre snakke mellem en gruppe af medarbejdere imens. De pågældende medarbejdere hørte således ikke den viden der blev forsøgt delt. Der manglede fast dagsorden og ordstyrer på mødet.

Det blev tydeligt under tilsynet, at hjælp, pleje og omsorg til borgerne blev sårbar og for personafhængigt, da arbejdsgange og procedurer for dokumentation og samarbejdet, herunder det tværfaglige samarbejde med relevante faggrupper med specialviden ikke var implementeret og kendte, og derved ikke blev anvendt af alle medarbejdere i plejeenheden. Ligesom den manglende daglige ledelse har afgørende betydning for medarbejdernes faglige retning og ansvars- og kompetencefordeling. Ligesom værdier, kultur og adfærd har ledelsesmæssige forankringer. Det er på den baggrund, at vi i vores vurdering har lagt vægt på, at der i plejeenheden ikke var det fornødne kendskab til at sikre en forsvarlige ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, og at medarbejderne ikke handlede fagligt relevant og forsvarligt på de observationer vedrørende borgernes funktionsevnetab og forringet helbred, de foretog hos borgerne. Vi vurderer derfor, at der er væsentlig og betydelig risiko for, at borgerne ikke modtager hjælp, pleje og omsorg af fornøden kvalitet.

5. Procedurer og dokumentation

Vi vurderer, at målepunktet ikke var opfyldt under dette tema og det udløser syv krav.

Vi har lagt vægt på, at borgernes behov for hjælp, pleje og omsorg i tre ud af tre omsorgsjournaler ikke var afdækket samt, at den socialpædagogiske tilgang og de social- og plejefaglige indsatser ikke systematisk blev beskrevet. Tilsynet konstaterede, at plejeenheden manglede at få implementeret den fastlagte dokumentationspraksis for den social- og plejefaglige dokumentation, da det ikke var fastlagt og entydigt, hvor relevante oplysninger blev dokumenteret. Det var fx generelt i alle tre dokumentationsgennemgange, at motivation, ressourcer, mestring, socialpædagogiske tilgang, vaner og ønsker, aftaler med pårørende, målfastsættelse med aktiverende sigte ikke var udfyldt i omsorgsjournalerne. Under tilsynet blev det drøftet, hvilke muligheder, det gav overordnet at få taget stilling til indholdet i disse beskrivelser, så det blev tydeligt og systematisk, hvor fx. de faglige beskrivelser af metode samt ønsker til livets afslutning kunne fremfindes. Herunder var der flere observationsnotater, der ikke var tilknyttet et indsatsområde, hvilket i praksis havde betydning for det samlede overblik af borgernes behov for at hjælp, pleje og omsorg blev understøttet. Den manglende systematik og entydighed i den social- og plejefaglige dokumentation betød, at medarbejderne ikke kunne finde de relevante oplysninger i dokumentationssystemet og handle relevant og rettidigt på ændringer i helbredstilstand og funktionsevne.

Medarbejderne redegjorde for egne kompetencer som de anvendte i den social- og plejefaglige dokumentation. Der havde ikke været udbudt undervisning til medarbejderne i plejeenheden. Eksempelvis beskrev en medarbejder at hun havde kendskab til omsorgssystemet fra tidligere ansættelse og anvendte den dokumentationspraksis hun havde erfaring med. Forstander fra andet Fripleshjem havde stillet en medarbejder til rådighed for oplæring og sparring af specifik medarbejder på Løgstrup Fripleshjem i omsorgssystemet i en overgangsperiode.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Vi vurderer, at fire målepunkter ikke var opfyldt under dette tema og det udløser 11 krav.

Vi har lagt vægt på, at borgere og pårørende oplyste af de ikke var inddraget i målfastsættelsen for den personlige og praktiske hjælp. Ligesom der ikke var implementeret en fyldestgørende og systematisk arbejdsgang for målfastsættelse af hjælp med aktiverende sigte og for hvor målet med hjælpen var beskrevet i

den social- og plejefaglige dokumentation. Borgere og pårørende havde ikke været indbudt til samtale og det var ikke klart hvornår forløbet med samtaler blev igangsat.

Medarbejderne redegjorde for en praksis, hvor der om muligt grundet de fremmødte medarbejder ressourcer, i det daglige arbejde blev arbejdet ud fra en sundhedsfremmede tilgang i relation til rehabilitering, genoptræning og aktiviteter i samarbejde med borgerne. Plejeenheden havde ikke et formaliseret samarbejde med de fysioterapeuter, der kom hos borgerne. Under tilsynet blev den generelle praksis drøftet for samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere, der varetog træningsforløb, for at sikre det kontinuerlige fokus på træningsmål, understøttelse og inddragelse af træningselementer i hverdagen.

Endelig har vi lagt vægt på, at medarbejderne under interview redegjorde for, hvilke muligheder, der var for at understøtte borgerne i forhold til deltagelse i aktiviteter. Ligesom medarbejderne, hos kendte borgere, kunne redegøre for borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter. I plejeenheden oplevede borgere og pårørende ikke at blive adspurgt omkring hvilke aktiviteter, som de ønskede at deltage i. Det blev oplyst af pårørende, at der var et "beboer råd", hvor en beboer var fælles stemme for beboerne i samarbejdet med de frivillig i forhold til aktiviteter.

Ved tilsynet var der ikke borgere, som var i et § 83a forløb eller i træningsforløb efter § 86, hvorfor dette er markeret som uaktuelt i målepunktet.

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	Borgerne oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.	x			
B	Ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet.		x		Den konstituerede leder var ikke tilstede under tilsynet.
C	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	Borgernes vaner og ønsker er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.		x		I to ud af tre omsorgsjournaler var vaner og ønsker ikke opdateret i den social- og plejefaglige dokumentation.
E	Selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden.		x		Der var ikke en organisering og ledelse i plejeenheden der understøttede borgernes selvbestemmelse og værdighed samt sikre tone, adfærd og kultur i plejeenheden.

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgerne oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om ønsker til livets afslutning.		x		Tre ud af tre borgere har ikke haft mulighed for at tale med medarbejdere om ønsker til livets afslutning.
B	B1. Ledelsen kan redegøre for, hvordan borgernes ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet.		x		Der var ikke en praksis for hvordan borgernes evt. ønsker til livets afslutning blev indhentet og om muligt imødekommet.
	B2. Ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje og omsorg ved livets afslutning.	x			
C	C1. Medarbejderne kan redegøre for pleje og omsorg ved livets afslutning	x			
	C2. Medarbejderne kan redegøre for, hvor de finder borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation.		x		Det var personafhængig hvor i den social- og plejefaglige dokumentation at medarbejderne ville dokumenteret borgernes evt. ønsker til livets afslutning.

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. Borgerne oplever - så vidt muligt - at få hjælp til at kunne leve det liv, de ønsker.	x			

	A2. Pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov.		x		I to ud af tre interviews med pårørende fremkom der oplevelse af, at pårørende ikke bliver inddraget i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov.
B	B1. Ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel.		x		Den konstituerede leder var ikke tilstede under tilsynet.
	B2. 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		Den konstituerede leder var ikke tilstede under tilsynet.
C	C1. Medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i deres behov og ønsker i omsorgen og plejen.		x		Medarbejderne beskrev en hverdag der var præget af travlhed og fokus var på mad og væske og på en god dag var borgerne hjulpet op inden middag.
	C2. Medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til eventuelle pårørende og det omgivende samfund.		x		Der var ikke en fast praksis for at understøtte pårørende inddragelse.
D	Aftaler der er indgået med de pårørende, som betyder noget for den daglige hjælp, pleje og omsorg, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.		x		I tre ud af tre omsorgsjournaler var der ingen eller der manglede opdatering af beskrivelse af aftaler indgået med de pårørende, som havde betydning for den daglige hjælp, pleje og omsorg.

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	Borgerne og eventuelt pårørende oplever, at borgerne får hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for de særlige behov.	x			
B	Ledelsen kan redegøre for de faglige metoder og arbejdsgange, der bliver brugt i plejeenheden.		x		Den konstituerede leder var ikke tilstede under tilsynet.
C	C.1 Medarbejderne kender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje.		x		Medarbejdernes beskrivelse af metoder og arbejdsgange til hjælp, pleje og omsorg var personafhængig og individuel alt efter hvilken erfaring og viden den pågældende medarbejder havde med fra tidligere ansættelse. Medarbejderne angav at der ikke var implementeret en metode eller arbejdsgang til hjælp, pleje og omsorg af borgere med kognitive funktionsnedsættelse psykisk sygdom og /eller misbrug.
	C.2 Medarbejderne bruger de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje.		X		Det var individuelt og personafhængig hvilke metoder og arbejdsgange der blev benyttet til hjælp, pleje og omsorg.
D	Målgruppens særlige behov for hjælp, omsorg og pleje er i relevante situationer er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.		x		I to ud af tre omsorgsjournaler var der ingen beskrivelse af behovet for hjælp, omsorg og pleje i relevante situationer. Hos en borger med kognitiv funktionsnedsættelse manglede der beskrivelse af, hvordan medarbejderne skulle imødekomme borgerens særlige

					<p>behov i den personlige hygiejne.</p> <p>Hos anden borger med kognitiv funktionsnedsættelse manglede der beskrivelse af den pædagogiske tilgang i forhold til hjælp når borgeren blev overstimuleret samt når borgeren var aktiv om natten.</p>
E	Tone, adfærd og kultur afspejler, at borgerne får hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres nedsatte funktionsevne.		x		<p>Medarbejderne beskrev at der hos en borger med kognitiv funktionsnedsættelse samt nedsat hørelse og syn, var en kultur for at madbakken blev leveret på en måde hvor medarbejderne listede ind og afleverede madbakken foran borgeren, hvorefter medarbejderne hurtig trak sig tilbage. Dette for at undgå en potentiel konflikt med borger, der kunne blive vred og opfarende. Der blev således ikke taget højde for de nedsatte funktionsevner.</p>

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås.		x		Den konstituerede leder var ikke tilstede under tilsynet.
B	B.1 Medarbejderne kender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for at forebygge magtanvendelse.		x		Medarbejderne oplyste at der ikke var implementeret

					faglige metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse.
	B.2 Medarbejderne bruger plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for at forebygge magtanvendelse.		x		Der var ikke implementeret faglige metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse og således kunne medarbejderne ikke anvende disse.
C	Faglige metoder og arbejdsgange, der bliver brugt til at forebygge magtanvendelse hos konkrete borgere, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.		x		Der manglede beskrivelser i den social- og plejefaglige dokumentation af de faglige metoder og arbejdsgange til at forebygge magtanvendelse.

3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand.		x		En pårørende havde bedt medarbejderne om at følge op om borgeren kunne have en infektion, da der var ændring i adfærd. Pårørende var ikke kontaktet i forhold til det konkrete forløb.
B	Ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.		x		Den konstituerede leder var ikke tilstede under tilsynet.
C	C.1 Medarbejderne kender ovennævnte arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.		x		Medarbejderne oplyste at der ikke var implementeret arbejdsgange, faglige metoder og redskaber i plejeenheden.

	C.2 Medarbejderne bruger ovennævnte arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.		x		Der var ikke implementeret faglige metoder og arbejdsgange til systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand og således kunne medarbejderne ikke anvende disse.
D	Ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.		x		<p>Medarbejderne oplyste, at der ikke var implementeret arbejdsgange for opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand. F.eks. var en borger nyligt sat i behandling for infektion, men det var ikke muligt af finde beskrivelse på plan, opfølgning og status i den social- og plejefaglige dokumentation. Hos samme borger, var der beskrevet ændring i helbredstilstand vedrørende mave-tarmfunktion, det var ikke muligt af finde beskrivelse på plan, opfølgning og status i den social- og plejefaglige dokumentation.</p> <p>Hos anden borger var der i den social- og plejefaglige dokumentation dokumenteret måling af et meget højt blodtryk, men det var ikke muligt af finde</p>

					<p>beskrivelse på plan, opfølgning og status i den social- og plejefaglige dokumentation.</p> <p>Hos tredje borger med faldtendens var der beskrevet "særlig opmærksomhed ved fald – skal læge kontaktes" da borger har øget blødningsrisiko. Der var dokumenteret et fald hos borger, men det var ikke muligt af finde beskrivelse på plan, opfølgning og status i den social- og plejefaglige dokumentation.</p>
--	--	--	--	--	--

3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgerne og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje er rettet mod at forebygge uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.		x		En pårørende fremkom med bekymring vedrørende at hjælp, omsorg og pleje rettet mod forebyggelse af urinvejsinfektion.
B	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		Den konstituerede leder var ikke tilstede under tilsynet.
C	C.1 Medarbejderne kender plejeenhedens 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		Medarbejderne oplyste at der ikke var implementeret fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt

					vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.
	C.2 Medarbejderne bruger plejeenhedens 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		Medarbejderne oplyste at der ikke var implementeret fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne og således kunne medarbejderne ikke anvende disse.
D	Social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation, hvor det er relevant.		x		Der var hos tre ud af tre borgere dokumenteret fald, men ikke beskrevet hvordan der i den social- og plejefaglige dokumentation fremadrettet forebygger fald hos borgerne. Hos en ud af tre borgere var der beskrevet indsats med vejning på baggrund af vægttab i februar måned. Der var ikke fulgt op på indsatsen og borger var ikke vejret og der var ikke registreret vejninger eller lavet plan for det videre forløb.

Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 Ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter kerneopgaverne.		x		Den konstituerede leder var ikke tilstede under tilsynet.
	A.2 Ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage kerneopgaverne, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere.		x		Den konstituerede leder var ikke tilstede under tilsynet.
	A.3 Ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende og vikarer.		x		Den konstituerede leder var ikke tilstede under tilsynet.
B	B.1 Medarbejderne kender ansvars- og opgavefordelingen.		x		Medarbejderne kender ikke ansvars- og opgavefordelingen.
	B.2 Medarbejderne følger ansvars- og opgavefordelingen.		x		Medarbejderne kender ikke ansvars- og opgavefordelingen og kan således ikke følge disse.

Tema 5: Procedurer og dokumentation

5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 Ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, hvem der har ansvaret for at dokumentere, og hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne.		x		Den konstituerede leder var ikke tilstede under tilsynet.

	A.2 Ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser.		x		Den konstituerede leder var ikke tilstede under tilsynet.
B	B.1 Medarbejderne kender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.		x		Plejeenheden havde ikke en fastlagt praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.
	B.2 Medarbejderne følger plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.		x		Plejeenheden havde ikke en fastlagt praksis for den social- og plejefaglige dokumentation og medarbejderne kunne derfor ikke følge den.
C	C.1 Borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.		x		I tre ud af tre omsorgsjournaler var borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger ikke opdaterede efter indflytning.
	C.2 Borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.		x		I tre ud af tre omsorgsjournaler var de afledte social- og plejefaglige indsatser ikke beskrevet i forhold til hjælp, pleje og omsorg vedrørende fald, ernæring, GPS, personlig pleje. Herudover var der ikke beskrivelser af de socialpædagogiske indsatser hos borgere med kognitiv funktionsnedsættelse.

	C.3 Afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.		x		Der manglede generelt opdatering af omsorgsjournalen efter indflytning af afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser.
--	---	--	---	--	--

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

6.1 Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter § 83a

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet.			x	Ved tre stikrøver var der ikke borgere, der modtog rehabiliteringsforløb.
B	Ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål.		x		Den konstituerede leder var ikke tilstede ved tilsynet.
C	C.1 Medarbejderne kender plejeenhedens arbejdsgange for gennemføre helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål.		x		Medarbejderne kender ikke plejeenhedens arbejdsgange for gennemføre helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål. Medarbejder kunne derfor ikke følge disse arbejdsgange.
	C.2 Medarbejderne følger plejeenhedens arbejdsgange for at gennemføre helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål.		x		
D	D.1 Ved opstart af rehabiliteringsforløb er en individuel vurdering med udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål samt en tidsramme for forløbet beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.			x	Ved tre stikrøver var der ikke borgere, der modtog rehabiliteringsforløb

	D.2 Borgerens funktionsevne er ved afslutning af rehabiliteringsforløbet beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.			x	Ved tre stikrøver var der ikke borgere, der modtog rehabiliteringsforløb
--	---	--	--	---	--

6.2 Borgere med behov for hjælp med aktiverende sigte efter § 83

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i videst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.		x		Ved interview med borgere og pårørende gav de udtryk for, at de ikke oplevede at blive inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk bistand med aktiverende sigte.
B	Ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.		x		Der var ikke en praksis for målfastsættelse for personlig og praktisk hjælp
C	C.1 Medarbejderne kender plejeenhedens arbejdsgange for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.		x		Medarbejderne kunne under interview redegøre for kommunikationen med borgerne herom, men der var ikke implementeret en fast praksis for arbejdet med målfastsættelse.
	C.2 Medarbejderne følger plejeenhedens arbejdsgange for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.		x		Der var ikke implementeret en fast praksis for arbejdet med målfastsættelse.
D	Mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.		x		I tre ud af tre omsorgsjournaler var der ikke beskrevet

					mål for den personlige og praktiske hjælp med aktiverende sigte.
--	--	--	--	--	--

6.3 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål, er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet.			x	Der var ingen borgere i de tre strikprøver, som modtog træningsforløb.
B	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		Den konstituerede leder var ikke tilstede ved tilsynet.
C	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	Der var i de tre strikprøver ikke borgere, som modtog træningsindsatser
D	D.1 Formål med borgerens forløb ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.			x	Der var i de tre strikprøver ikke borgere, som modtog træningsindsatser
	D.2 Ændringer i forhold til borgerens forløb ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er løbende beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.			x	Der var i de tre strikprøver ikke borgere, som modtog træningsindsatser

6.4 tilbud om aktiviteter til borgere

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer

A	A.1 Borgeren og eventuelle pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for borgeren.		x		Det fremkom ved borger- og pårørende interview, at der ikke havde været en samtale om, hvilke aktiviteter, der var meningsfulde for borgerne.
	A.2 Borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter.	x			
B	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		Den konstituerede leder var ikke tilstede under tilsynet.
C	C.1 Medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter.	x			
	C.2 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 den social- og plejefaglige indsats på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder efter servicelovens §§ 83-87 i en forsøgsperiode på fire år¹.

Formålet med tilsynet er at styrke det social- og plejefaglige tilsyn på ældreområdet samt vurdere om den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, den enkelte plejeenhed yder, har den fornødne kvalitet. Formålet er også at bidrage til læring i forhold til den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, der ydes i de enkelte plejeenheder.

I bekendtgørelsen² er der fastlagt følgende seks temaer, som tilsynet skal omfatte i forhold til at afdække den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død
- Trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedurer og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

På baggrund af de seks temaer, er der udarbejdet 12 målepunkter, som repræsenterer vigtige risikotemaer i forhold til at vurdere den fornødne kvalitet.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er plejeenheden, der er genstand for tilsynet. Eventuelle fejl og mangler bliver anskuet ud fra et organisatorisk synspunkt.

Uddybning af målepunkter samt referencer ligger på vores 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

Vores 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. Vores vurdering er baseret på de forhold, der var til stede ved det aktuelle tilsyn herunder eksempelvis i forbindelse med de gennemførte interviews med borgere, pårørende, medarbejdere og ledelse samt de foretagne stikprøver af borgeres omsorgsjournaler.

Vi har forskellige sanktionsmuligheder afhængigt af kategoriseringen for den enkelte plejeenhed.

Hvis der konstateres mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, har vi 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 vi bliver opmærksom på mangler efter sundhedsloven eller anden lovgivning, kan vi give informationen videre til de relevante tilsynsmyndigheder.