



Ældretilsynet Tilsynsrapport Rehabiliteringscenter Vigerslev- hus

Reaktivt tilsyn, 2019

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

**Rehabiliteringscenter Vigerslevhus
Vigerslevvej 180**

2500 Valby

CVR- eller P-nummer: 1016178876

Dato for tilsynsbesøget: 23. maj 2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.:5-9513-11/1

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har d. 7.6.2018 modtaget en henvendelse fra Alzheimerforeningen som har modtaget en bekymringshenvendelse vedrørende ophold på Vigerslevhus.

Henvendelsen beskriver et hændelsesforløb i forbindelse med indlæggelse, udskrivning og (manglende) palliativ behandling til en 86 årig kvinde med Alzheimers sygdom og vaskulær demens. Familien ønsker ikke at klage, men vil gerne gøre opmærksom på forløbet, så tilsvarende kritisable forløb kan undgås.

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på følgende:

- Tema omkring selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død
- Tema omkring målgruppe og metoder

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

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Vigerslevhus er en kommunal organisation i Københavns Kommune, der omfatter kommunens borgere i forhold til akut modtagelse, palliativ behandling samt rehabilitering med følgende fordeling for behandlingsstedet:
 - Akutfunktion 30 pladser
 - Palliativ funktion 15 pladser
 - Rehabilitering 40 pladser
- Organisationen har indtil primo marts 2019 haft 32 pladser for kommunens borgere forbeholdt rehabilitering. Siden den 1. marts 2019 er der tilføjet 8 pladser, således at rehabiliteringsenheden ved tilsynet omfatter 40 pladser.
- Den daglige ledelse varetages af Berit Juhl, centerleder
- Rehabiliteringsenhedens ledelse varetages af enhedsleder for rehabilitering og herudover består ledelsen af enhedsledere for Palliativ og akut enhed.
- Der er ca. 120 ansatte i Vigerslevhus, der omfatter følgende personalekategorier:
- Sygeplejersker incl. nattevagt
 - Social-og sundhedsassistenter
 - Fysio-og ergoterapeuter
 - Servicefunktioner
 - Der anvendes sygeplejersker som timelønnede i vikarfunktioner.
- Der er tre praktiserende læger tilknyttet Vigerslevhus og endvidere samarbejdes der tæt med kommunens visitatorer og organisationens egne koordinatore, der sammen koordinerer visitation af patienter i forbindelse med udskrivning fra hospital samt behov for ophold for kommunens borgere.

Om tilsynet

Tilsynet var planlagt som et reaktivt tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse, der var fremsendt af Alzheimerforeningen på vegne af to anonyme pårørende til en patient med et terminalt forløb i rehabiliteringsenheden. Alzheimerforeningen opfordrede i henvendelsen Styrelsen for Patientsikkerhed til at gennemgå det konkrete forløb med henblik på eventuelle tiltag i henhold til patientforløbet.

På den baggrund besluttede styrelsen at føre tilsyn med, om hjælp, omsorg og pleje på plejeenheden havde den fornødne kvalitet, herunder, hvordan plejeenheden arbejdede med en værdig død og med særlige målgrupper

Styrelsen har derfor gennemført et reaktivt tilsyn med udgangspunkt i målepunkter til Ældretilsynet på plejecentre, hjemmeplejeenheder og midlertidige pladser: <https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/social-og-plejefagligt-tilsyn-paa-aeldreomraadet/temaer-og-maalepunkter-for-tilsyn-paa-aeldreomraadet/>

Ved tilsynet blev følgende gennemgået:

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Centerleder Berit Juhl,
 - Afsnitsleder for rehabilitering, afsnitsleder for akut funktion, afsnitsleder for palliativ enhed
- Der blev foretaget interview med syv medarbejdere
 - Sygeplejersker, koordinator, fysioterapeut, social-og sundhedsassistenter og udviklingssygeplejerske
- Der blev foretaget observation ved at interviewe tre borgere og deltage i måltid i rehabiliteringsenheden.
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til:
 - centerleder Berit Juhl
 - Afsnitsleder for rehabilitering, afsnitsleder for akut funktion, afsnitsleder for palliativ enhed
 - Udviklingssygeplejerske
- Tilsynet blev foretaget af Tilsynskonsulent Susie Poulsen og Oversygeplejerske Karen Riisberg.

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 23.5.2019 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 på baggrund af observationer, interview samt gennemgang af den social-og plejefaglige dokumentation, at der ingen problemer er af betydning for den fornødne kvalitet, idet det ved tilsynet blev vurderet, at alle målepunkter var opfyldte.

Efter bekymringshenvendelsen vedrørende et specifikt terminalt patientforløb, redegjorde ledelse og medarbejdere for, at ledelsen havde drøftet det konkrete patientforløb med de pårørende. Dette har afstedkommet, at personalet har modtaget undervisning, der fokuserer på personalets korrekte adfærd i forbindelse med dødsfald på rehabiliteringsafsnittet. Der var blevet afholdt temadage for personalet i rehabiliterings enheden med fokus på de områder som bekymringshenvendelsen omhandler.

Ledelsesmæssigt havde man ændret arbejdsgange og procedurer omkring det palliative området på rehabiliteringsenheden. For at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer til at varetage pleje og behandling af borgere i et terminalt forløb, der involverer et tæt samarbejde med organisationens palliative enhed, havde ledelsen iværksat kompetenceudvikling og øget samarbejde med den palliative enhed.

På baggrund af tilsynet fremstod plejeenheden velorganiseret med gode procedurer, og personalet havde stor viden i forhold til plejeenhedens kerneopgaver. Den social- og plejefaglige dokumentation fremstod systematisk og overskuelig i journalsystemet og bidrog til at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats over for den enkelte borger.

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 indflytningsamtaler med udgangspunkt i generelle oplysninger og livshistorie.

Plejeenheden afholdt velkomstmøder og tre ugentlige, tværfaglige tavlemøder, hvor blandt andet borgernes helbredsstatus blev drøftet og det er styrelsens vurdering, at plejeenheden tog individuelle hensyn og imødekom borgerens individuelle ønsker.

Medarbejdere og ledelse redegjorde for, hvordan de arbejdede fokuseret med at sikre borgerne værdighed i den sidste tid og ved livets afslutning. Efter den pågældende bekymringshenvendelse vedrørende et specifikt terminalt patientforløb, redegjorde ledelse og medarbejdere for, at ledelsen havde drøftet det konkrete patientforløb med de pårørende. Dette har afstedkommet, at personalet har modtaget undervisning, der fokuserer på personalets korrekte adfærd i forbindelse med dødsfald på rehabiliteringsafsnittet. Under tilsynet blev det observeret, at der var udviklet en procedure i alle enheder, hvor der blev sat et bord med lys, der signalede, at en borger var afgået ved døden.

Den palliative enhed var endvidere i større omfang end tidligere involveret i palliative forløb uden for Palliativ enhed og var medvirkende til at sammensætte behandlingsforløb i form af råd og vejledning.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne ved interview fortalte, 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 på plejeenheden, og at den enkeltes ønsker og behov blev respekteret. Dette fremgik også ved tilsynets observationer.

På tilsynsdagen var det desværre ikke muligt at tale med pårørende til borgere som var indlagt på den rehabiliterende enhed og derfor er enkelte punkter ikke aktuelle. Både ledelsen og medarbejdere oplyste, at pårørende samarbejdet var blevet styrket i løbet af det sidste år og at medarbejderne havde større fokus på inddragelse af pårørende allerede inden de ankom til enheden. Det fremgik, at der blev afholdt evaluering og opfølgingsmøder med pårørende og dette var et initiativ som var blev igangsat på baggrund af henvendelsen som ligger til grund for tilsynet.

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. Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at rehabiliteringscenteret arbejdede systematisk med faglige arbejdsmetoder og arbejdsgange. Der var udarbejdet handleplaner for sundhedsfaglige indsatser, og plejeenheden benyttede mulighed for sparring og vejledning personalet imellem. Dette blev gennemført ved tre ugentlige tværfaglige konferencer samt daglig opsamling.

Medarbejderne udtrykte ved interview, at deres kompetencer til at motivere borgerne og den motiverende samtale var blevet opdateret på baggrund af den klage, som plejeenheden havde modtaget i forbindelse med et terminalt forløb.

Plejeenheden arbejdede systematisk med, at der i hverdagen blev observeret og fulgt op på tegn på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand. Der var blandt andet tværfaglige konferencer hver måned samt morgen- og formiddagsmøder dagligt.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede fagligt og systematisk med pleje og behandling af terminalt syge borgere i deres afsluttende levetid. Plejeenheden havde kontaktpersonordning, hvilket sikrede kontinuitet i plejen af borgerne.

Der var ved tilsynet ikke borgere, hvor der aktuelt blev arbejdet med forebyggelse af magtanvendelse, og der blev ikke foretaget interview af borgere og pårørende, hvorfor det er noteret som uaktuelt i afsnit 3.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden 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 det i interview med ledelse fremgik, at man ledelsesmæssigt med udgangspunkt i en konkret klage fra pårørende til en borger i et terminalt forløb, havde uddraget læring af dette patientforløb, som efterfølgende har influeret på den proces, der for nuværende ligger til grund for plejeenhedens procedure som Vigerslevhus har iværksat, for at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer til at varetage pleje og behandling af borgere i et terminalt forløb, der involverer et tæt samarbejde med organisationens palliative enhed.

Der var endvidere etableret et tværfagligt tavlemøde tre gange ugentlig, hvor borgernes aktuelle situation blev drøftet og justeret, således at viden og informationer blev delt på tværs af borgernes behandlingsplan.

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 der lagt vægt på, at det ved journalgennemgang fremgik, at der var klare og grundige beskrivelser af borgernes ressourcer og begrænsninger, borgernes behov for hjælp samt borgernes mål for hjælpen.

Alle medarbejdere og vikarer havde adgang til dokumentationssystemet. Plejeenheden havde uddannet superbrugere i dokumentationssystemet, som havde ansvar implementering og løbende undervisning samt sparring i forhold til dokumentationen.

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 det ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik, at plejeenheden arbejdede tværfagligt, og at der i høj grad var mulighed for, at borgerne kunne deltage i aktiviteter og havde indsigt i egne behandlingsmål for rehabilitering.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede med rehabilitering og træning til borgere, så disse fik mulighed for at forbedre funktionsevne med henblik på ophold i eget hjem, samt at plejeenheden inddrog borgeren til at deltage i meningsfulde aktiviteter.

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 trykthed 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