



Ældretilsynet tilsynsrapport Berits Hjemmepleje A/S

Reaktivt tilsyn, 2021

Reaktivt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Berits Hjemmepleje A/S
Klamsagervej 19B, 2
8230 Åbyhøj

CVR- eller P-nummer: 1023579517

Dato for tilsynet: 06-09-2021

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning, Nord
Sagsnr.: 35-2511-262

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget to bekymringshenvendelser; en fra pårørende og en fra akut modtagelsen Aarhus universitetshospital, omhandlende flere problematikker, der relaterer sig til borgernes manglende mulighed for et værdigt liv. I bekymringshenvendelserne beskrives blandt andet, at der ikke ydes sufficient hjælp, pleje og omsorg til borgere, som har svært nedsat funktionsevne og ændringer i helbredstilstande. Eksempelvis manglende hjælp til føde-, og væskeindtagelse samt faldproblematik og oplysninger om manglende hjælp til at imødekomme borgerens særlige behov. Herudover beskrives det, at der er en dårlig kultur i plejeenheden og at værdier ikke efterleves.

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret ældretilsynet på:

- Selvbestemmelse og værdighed
- Inddragelse af pårørende
- Ændringer i funktionsevne og helbredstilstande samt opfølgning her på
- Forebyggende indsatser

Det reaktive Ældretilsyn blev udført med baggrund i det fulde målepunktssæt for hjemmepleje, plejehjem og midlertidige pladser januar 2021 med følgende temaer.

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

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Berits Hjemmepleje A/S er en privat plejeenhed med driftsoverenskomst indgået med Aarhus Kommune. Plejeenheden udfører personlig pleje og praktisk bistand hos ca. 1381 borgere.
- Den daglige ledelse varetages af Berit Thomsen, som under tilsynet var fraværende grundet ferie
- Der er i plejeenheden ansat 1 sygeplejerske, som på tilsynsdagen var på barsel, 3 social- og sundhedsassistenter og 21 social- og sundhedsmedhjælpere. Herudover er der 32 timelønnede vikarer ved ferie mv. og 18 ufaglærte medarbejdere.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre omsorgsjournaler udvalgt af de tilsynsførende samt en fjerde udvalgt omsorgsjournal, der blev gennemgået inden for udvalgte områder
- Der blev interviewet tre borgere,
- Der blev telefon interviewet tre pårørende,
- Der blev foretaget interview med ledelsen af plejeenheden:
 - Souschef Heidi Hansen
 - Kvalitetsmedarbejder Else-Marie Frandsen
- Der blev foretaget interview med tre medarbejdere
 - social- og sundhedsassistent
 - social- og sundhedshjælper
 - Sygeplejerske – fra Horsens afdelingen i Berits Hjemmepleje
- Tilbage melding på tilsynet blev givet til souschef i Berits Hjemmepleje og Bodil Skov, kvalitetsafdelingen Århus kommune og Jakob Nielsen, konsulent for leverandørkontrakter, Århus kommune.
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Jane Filtenborg Bjerregaard og Mary-Ann Steenbryggen Christiansen.

3. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget partshøringssvar fra Berits Hjemmepleje A/S den 1. og 4. og 6. oktober 2021 samt fra Aarhus Kommune den 4. oktober 2021 i form af redegørelser for opstart af initiativer til at rette op på forholdene hos Berits Hjemmepleje A/S samt Aarhus Kommunes beskrivelse af, hvorledes man i kommunen påtænker at understøtte Berits Hjemmepleje A/S i den efterfølgende proces.

Styrelsen anerkender, at Berits Hjemmepleje A/S og Aarhus Kommune har igangsat et indledende arbejde med henblik på at forbedre forholdene hos Berits Hjemmepleje A/S.

Det er imidlertid styrelsens vurdering, at oplysningerne i høringssvarene ikke giver anledning til en ændret vurdering af forholdene, da det ikke alene på baggrund af de fremsendte oplysninger kan konstateres, at der på nuværende tidspunkt er rettet tilstrækkeligt op på den social- og plejefaglige indsats, herunder i forhold til dokumentation for gennemførte praktiske og teoretiske oplæringer og uddannelser af personalet hos Berits Hjemmepleje A/S til således som er en forudsætning for at påbuddet kan ophæves. Styrelsen vurderer på den baggrund, at de i høringssvarerne beskrevne indledende tiltag ikke er fyldestgørende således, at den af Berits Hjemmepleje A/S tilbudte personlige og praktiske hjælp, omsorg og pleje har den fornødne kvalitet og kan varetages på forsvarlig vis på nuværende tidspunkt.

Styrelsen har derfor den 7. oktober 2021 givet Berits Hjemmepleje A/S påbud om, at plejeenheden skal indstille driften af den social- og plejefaglige indsats gældende fra den 8. oktober 2021 kl. 12 og omfattende al personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje efter servicelovens §§ 83-87. Forbuddet er gældende indtil Berits Hjemmepleje A/S har opfyldt de af styrelsen nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden, og styrelsen ved nyt tilsyn vurderer det forsvarligt at modtage social- og plejefaglige indsatser herunder personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje af Berits Hjemmepleje A/S i Aarhus Kommune.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget 06-09-2021 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Baggrunden for vurderingen er, at der var uopfyldte målepunkter under samtlige temaer i målepunktsættet for ældretilsynet:

- 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 mængde af de uopfyldte målepunkter har afgørende betydning for den manglende fornødne kvalitet i den af Berits Hjemmepleje 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 dokumentationen.

Vi har i vurderingen lagt vægt på, at borgere og pårørende ved interviews med tilsynet udtrykte, at de havde oplevet problemer i forhold til manglende selvbestemmelse og inddragelse i forhold til den tilbudte hjælp fra Berits Hjemmepleje. Ligesom borgere og pårørende oplevede, at der ikke blev taget udgangspunkt i borgernes ønsker og behov i forhold til at kunne leve det liv som borgeren selv ønskede. Vi har i vurderingen af den fornødne kvalitet i den tilbudte hjælp, omsorg og pleje lagt vægt på, at borgernes og pårørendes tilkendegivelser er et udtryk for, at der ikke i plejeenheden opleves at være en kultur, tone og adfærd, der understøtter selvbestemmelse, medinddragelse, trivsel og livskvalitet hos borgere og pårørende. Disse mangler vurderer vi udgør en væsentlig og betydelig risiko for, at der i plejeenheden Berits Hjemmepleje ikke udføres hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet i forhold til at sikre værdighed i den pleje, hjælp og omsorg, der varetages af plejeenheden over for borgerne.

Den manglende social- og plejefaglige dokumentation var gennemgående i tre ud af tre stikprøver i omsorgsjournalerne og relaterede sig til manglende beskrivelser af borgernes ønsker til den sidste tid og manglende beskrivelser af borgernes ønsker og vaner. Ligesom plejeenheden manglede en systematisk praksis for at indhente borgernes ønsker og vaner.

Det er vores vurdering, at en manglende systematisk praksis for at sikre, at borgerne får mulighed for at tilkendegive deres ønsker og vaner, herunder eventuelle ønsker til livet afslutning, udgør en væsentlig og betydelig risiko for, at man i plejeenheden ikke tilstrækkeligt får understøttet borgernes selvbestemmelse og medindflydelse i den helhedsorienterede pleje, og dermed ikke sikrer den fornødne kvalitet i den tilbudte hjælp, omsorg og pleje af borgerne.

Vi konstaterede, at dokumentationen af de social- og plejefaglige indsatser samt opfølgning på ændringer i borgernes situation og helbred ikke var systematisk beskrevet. Ligesom de forebyggende tiltag i forhold til funktionsevnetab og forringet helbred ikke var beskrevet. Yderligere var der ikke fastlagt en praksis for målfastsættelse vedrørende hjælp, pleje og omsorg samt træningsforløb i samarbejde med borgere og eventuelle pårørende. Tilsynet konstaterede tillige, at plejeenheden manglede at få implementeret den på tilsynets oplyste fastlagte dokumentationspraksis for den social- og plejefaglige dokumentation, da det ikke var entydigt, hvor relevante oplysninger blev dokumenteret i omsorgsjournalssystemet.

Det er vores vurdering, at mangelfuld social- og plejefaglig dokumentation samt manglende entydighed og overskuelighed i føringen omsorgsjournalerne rummer en væsentlig og betydelig risiko for, at den udførte pleje, omsorg og hjælp til borgerne ikke har den fornødne kvalitet. Dette med hensyn til kontinuitet i den udførte hjælp, omsorg og pleje, således at hjælp, pleje og omsorg ikke bliver sårbar og personafhængig, sikring af den interne kommunikation i plejeenheden og eksterne kommunikation med samarbejdspartnere samt sikring af hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået ændring i borgernes funktionsevne eller helbredstilstand.

Vi vurderer, som en skærpende omstændighed, at der hos borgere med betydelige nedsat funktionsevne, ikke forefindes det beskrevne grundlag for at udføre sammenhængende sociale- og plejefaglige indsatser af fornøden kvalitet, fordi denne borgergruppe ofte befinder sig i situationer, hvor opsporing af eller opfølgning i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne og helbredtstand kræver en tværfaglig koordineret indsats i forhold til at udøve den nødvendige pleje, omsorg og hjælp ud fra borgernes aktuelle behov. Det er vores vurdering, at plejeenhedens organisering ikke understøttede udførelsen af kerneopgaven, da der ikke i plejeenheden var en tydelig ansvars- og opgavefordeling, herunder tydelige arbejdsgange og procedurer, der sikrede den helhedsorienterede pleje, omsorg og hjælp til borgerne.

De på ældretilsynet 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, og kræver derfor efter vores vurdering gennemgribende indsatser i forhold til implementering af systematiske arbejdsgange, metoder og dokumentation.

Vi vurderer derfor, der er kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet i Berits Hjemmepleje.

Krav

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

Målepunkt 1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

- At plejeenheden sikrer, at borgerne oplever at have selvbestemmelse, medindflydelse og medinddragelse i eget liv, uanset hvilke medarbejdere borgerne samarbejder med (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes vaner og ønsker er beskrevet og kan fremfindes af alle relevante medarbejdere (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer, at tonen, adfærden og kulturen i plejeenheden understøtter borgernes selvbestemmelse og værdighed (målepunkt 1.1)

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 (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer en praksis for, at borgernes ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer, at alle relevante medarbejdere ved, hvor de kan finde borgernes ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 1.2)

Målepunkt 2.1 Borgernes trivsel og relationer

- At plejeenheden medvirker til, at borgerne kan leve det liv, de ønsker (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at pårørende bliver inddraget og at der lyttes i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at der er fokus på at understøtte borgernes trivsel (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at aftaler af betydning for borgernes daglige, hjælp, pleje og omsorg er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 2.1)

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

- At plejeenheden sikrer, at borgere med kognitiv funktionsnedsættelse får den rette hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres særlige behov og udfordringer (målepunkt 3.1)

- At plejeenheden sikrer, at der anvendes faglige metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser (målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer, at der hos borgere med kognitiv funktionsnedsættelse findes beskrivelser i den social- og plejefaglige dokumentation af den hjælp, pleje og omsorg, som ydes til disse borgere i relevante situationer (målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer, at tone, adfærd og kultur afspejler, at borgere med kognitiv funktionsnedsættelser modtager den relevante faglige hjælp, omsorg og pleje (målepunkt 3.1)

Målepunkt 3.2 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 3.2).

Målepunkt 3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

- At plejeenheden har fokus på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer en praksis, hvor der er fokus på:
 - systematisk opsporing af ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand (målepunkt 3.3)
 - systematisk opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand (målepunkt 3.3)
 - faglige metoder og redskaber samt arbejdsgange til systematisk opsporing og opfølgning på ændringer (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer en praksis, hvor der er kendskab til:
 - systematisk opsporing af ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand (målepunkt 3.3)
 - systematisk opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand (målepunkt 3.3)
 - faglige metoder og redskaber samt arbejdsgange til systematisk opsporing og opfølgning på ændringer (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer en praksis, hvor der systematisk:
 - opspores ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand (målepunkt 3.3)
 - følges op på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand (målepunkt 3.3)
 - anvendes faglige metoder og redskaber samt arbejdsgange til systematisk opsporing og opfølgning på ændringer (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)

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, uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at der er fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer kendskab til fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne (målepunkt 3.4)

- At plejeenheden sikrer anvendelse af fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere med risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgerenes dokumentation (målepunkt 3.4)

Målepunkt 4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

- At plejeenheden sikrer, at organiseringen understøtter plejeenhedens udførelse af kerneopgaverne (målepunkt 4.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender ansvars- og opgavefordeling (målepunkt 4.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne følger ansvars- og opgavefordelingen (målepunkt 4.1)

Målepunkt 5.1: Plejeenhedens dokumentationspraksis

- At plejeenheden sikrer, at der er fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne følger praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder at 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 (målepunkt 5.1)
- At Plejeenheden sikre, at borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket og de afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)

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 (målepunkt 6.1)

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 (målepunkt 6.2)
- At plejeenheden sikrer, at der er en praksis for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte (målepunkt 6.2)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender arbejdsgangene for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte (målepunkt 6.2)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne følger arbejdsgangene for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte (målepunkt 6.2)
- At plejeenheden sikrer, at mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 6.2)

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

- At plejeenheden sikrer, at der er en praksis for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt og at der bliver sat mål for de enkelte borgers forløb (målepunkt 6.3)

Målepunkt 6.4: Tilbud om aktiviteter til borgere

- At plejeenheden sikrer, at der er en praksis for at indhente borgernes ønsker til meningsfulde aktiviteter (målepunkt 6.4)
- 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 (målepunkt 6.4)

Styrelsen har efterfølgende inddraget plejeenhedens partshøringssvar af 1. oktober, 4. oktober og 6. oktober 2021 samt kommunens høringssvar af 4. oktober 2021 i styrelsens endelige afgørelse. Det fremgår af høringssvarene fra plejeenheden, at Berits Hjemmepleje A/S har udarbejdet en redegørelse for det indledende arbejde med at forbedre forholdene med en gennemgående tidplan den 1. november 2021 eller løbende. Det fremgår af høringssvar fra Aarhus Kommune, at kommunen vil understøtte Berits Hjemmepleje A/S i den efterfølgende proces med ophævelse af påbuddet gennem ugentlige møder med den kommunale kvalitetsafdeling, den kommunale myndighed, IT-afdeling og repræsentanter for den kommunale hjemmepleje. Ligeledes har Styrelsen inddraget de oplysninger, der kom frem ved styrelsens møde med Berits Hjemmepleje A/S og Aarhus Kommune den 1. oktober 2021.

Styrelsen anerkender, at plejeenheden og kommunen har igangsat et indledende arbejde med henblik på at forbedre forholdene hos Berits Hjemmepleje A/S.

Det er imidlertid styrelsens vurdering, at oplysningerne i høringssvarene ikke giver anledning til en ændret vurdering af forholdene, da det ikke alene på baggrund af de fremsendte oplysninger kan konstateres, at der på nuværende tidspunkt er rettet tilstrækkeligt op på den social- og plejefaglige indsats, herunder i forhold til dokumentation for gennemførte praktiske og teoretiske oplæringer og uddannelser af personalet hos Berits Hjemmepleje A/S således, som er en forudsætning for at påbuddet kan ophæves. Styrelsen vurderer på den baggrund, at de i høringssvarene beskrevne indledende tiltag ikke er fyldestgørende således, at den af Berits Hjemmepleje A/S tilbudte personlige og praktiske hjælp, omsorg og pleje har den fornødne kvalitet og kan varetages på forsvarlig vis på nuværende tidspunkt.

Vi agter at udstede et påbud om, at plejeenheden skal opfylde ovenstående krav inden for en fastsat frist. Se nærmere det udstedte påbud om midlertidigt at helt at indstille driften af den social- og plejefaglige indsats over for borgere i Aarhus Kommune, der modtager personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje fra Berits Hjemmepleje A/S.

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 seks krav.

Vi har lagt vægt på, at borger gav udtryk for at komme for sent op om morgenen i forhold til ønsket døgnrytme, hvilket havde betydning for borgerens oplevelse af medindflydelse og selvbestemmelse, da ikke alle medarbejdere havde det fulde kendskab til borgerens ønsker og behov i forhold til opgaveudførelse. Dette bevirkede, at borgeren oplevende morgenhjælpen, som ikke-værdig og med manglende hensyntagen til borgerens ønske om medindflydelse og selvbestemmelse. En pårørende gav udtryk for, at der ikke blev taget hensyn til en borgers ønske om tiltaleformen "De", og herved blev selvbestemmelse og værdighed ikke understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden. Desuden var det gennemgående i tre ud af tre stikprøver i omsorgsjournalerne, at der var manglende beskrivelser af borgernes vaner og ønsker.

Medarbejderne redegjorde for, at borgernes ønsker og behov så vidt muligt blev imødekommet, via dialog med borgerne i forbindelse med udførelse af hjælp, pleje og omsorg. Ledelsen redegjorde for plejeenhedens arbejde

med at bevare og fremme borgernes medindflydelse og selvbestemmelse i hverdagen, herunder med kontinuerlig fokus på medarbejdernes kommunikation over for borgerne.

I vurderingen har vi lagt vægt på, at der i tre ud af tre omsorgsjournaler, ikke var beskrivelser af borgerens eventuelle ønsker til livets afslutning. Plejeenheden havde ikke en systematisk metode til at indhente disse oplysninger. Borgerenes ønsker til livets afslutning blev indhentet i situationen ved livets afslutning eller ad hoc i dagligdagen. Under tilsynet blev drøftet, at et fremadrettet fokusområde med fordel kunne være en mere systematisk praksis for at indhente eventuelle ønsker til livet afslutning, herunder en klar og tydelig procedure og arbejdsgang for, hvornår i et forløb og hvem, der tilbød samtalen i det tværfaglige samarbejde med fx hjemmesygeplejerskerne omkring palliationsforløb.

Plejeenhedens medarbejdere havde kendskab til pleje og omsorg ved livets afslutning.

2. Borgernes trivsel og relationer

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

Vi har lagt vægt på, at en borger oplevede begrænsninger i at leve det ønskede liv. Når døgnrytmen blev ændret på baggrund af, at morgenhjælpen blev ydet midt på formiddagen, så var det svært at få måltider, hvileperioder og besøg af netværket indpasset i hverdagen, og borgeren oplevede nedsat trivsel som følge heraf. Ligesom to pårørende ikke oplevede at blive inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov. To pårørende følte sig ikke inddraget i forhold til opgaveudførelsen, hvor borger med kognitiv funktionsnedsættelse ofte afviste hjælp til personlig pleje.

Ledelsen redegjorde ikke 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 var en praksis for, at ledelsen indgik i samarbejde med pårørende og tilbød individuelle samtaleforløb, hvis der var komplicerede borgerforløb.

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 tre målepunkter ikke var opfyldt under dette tema og det udløser 14 krav.

Vi har lagt vægt på, at der i tre ud af tre stikprøver ikke forelå en fyldestgørende beskrivelse af borgernes funktionsevne, samt at der manglede beskrivelser af forebyggende indsatser og opfølgning herpå.

Vi har yderligere lagt vægt på, at ledelsen redegjorde for, at der skulle benyttes samme arbejdsgange og procedurer som man havde i Aarhus kommune i forhold til de forskellige faggrupperes faglige beskrivelser af arbejdsgange og procedurer for at sikre sammenhængende indsatser i forhold til helhedsplejen ud fra den enkelte borgers behov og problematikker.

Under tilsynet blev det konstateret, at medarbejder med ansvar for oplæring af vikarer mm, ikke havde viden om, hvor arbejdsgange og instrukser kunne tilgås eller fremfindes. Ved tilsynet forsøgte anden medarbejder forgæves at logge på Aarhus kommunes intranet for at få adgang til diverse arbejdsgange og instrukser. Det viste sig, at det ikke var muligt for medarbejderen at logge ind på kommunens intranet.

Det blev oplyst, at Aarhus kommune har en fastlagt praksis for forskellige borgerforløb, hvor medarbejderne indkalder tværfaglige kompetencer i forhold til det specifikke borgerforløb. Ligesom medarbejderne fra Berits Hjemmepleje skulle benytte kompetencer fra Aarhus kommune med specialviden inden for fx demensområdet og hjemmesygeplejen, når der var komplicerede borgerforløb.

Under journalgennemgang kunne medarbejderne ikke fremfinde de relevante oplysninger i omsorgsjournalen. Under tilsynets besøg i en borgers hjem var der en borger med traumesår og nyreproblematik. Tilsynsførende observerede, at den påsatte forbindelse ikke kunne suge mere sårvæske, og der var sårskorper og løbende sårvæske ned i panden på borger. Borger ønskede at få forbindelse skiftet, men medarbejder oplyste, at forbindingen først skulle skiftes dagen efter. Tilsynsførende fandt aktuelt behov for skift af borgers forbindelse, indgik i dialog med medarbejder om, at der samme dag blev kommunikeret med hjemmesygeplejen herom. Ved besøg i anden borgers hjem, oplyste borger, at borgeren afventede hjælp til at få lægekontakt, da borger havde fået det dårlig efter nylig indlæggelse med lungebetændelse og nu havde taledyspnø. Tilsynet konstaterede, at der var oprettet et observationsnotat på ændringen i borgerens tilstand, men der var ikke sket en opfølgning herpå eller taget initiativ til lægekontakt på trods af observationsnotatet.

Det blev tydeligt under tilsynet, at der i plejeenheden ikke var systematiske metoder og arbejdsgange til at opspore ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand samt til at igangsætte forebyggende indsatser og sikre opfølgning på disse. Fx havde en borger tabt sig og blev vejet dagligt, i omsorgsjournalen var beskrevet vejning x 2 ugentlig, men der var ikke en krydshenvisning noteret om, at der blev ført vægtregistrering på papir i hjemmet. Samme borger drak protein-drik, havde nyreproblematik og begyndende tryk på siddefloden, som blev smurt dagligt. Borgeren oplyste også, at der var opstået synkeproblemer. Ændringer og indsatser i relation til de disse problematikker fremgik ikke i borgerens omsorgsjournal og medarbejder kunne ikke redegøre for det tværfaglige samarbejde omkring den helhedsorienterede pleje angående det specifikke komplicerede borgerforløb med forskellige af hinanden afhængige indsatser. Tilsynet var derfor ikke betryggede i, at der i plejeenheden blev anvendt de fastlagte arbejdsgange, metoder og om der var kompetencer 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 helhedsplejen vedrørende hjælp, pleje og omsorg skulle være beskrevet i døgnrytmeplanen. I vurderingen er der tillige lagt vægt på, at pårørende og borgere 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 en stikprøve, at den social- og plejefaglige indsats hos borger med faldtendens, og som havde haft faldepisode, ikke var beskrevet, hvorledes man skulle forebygge yderligere fald.

Hos en borger udtrykte pårørende bekymring angående manglende hjælp til personlig pleje hos en borger med kognitiv funktionsnedsættelse, som ofte modsatte sig hjælpen. Pårørende oplyste, at en bestemt medarbejder havde god kontakt til borgeren og denne medarbejder kunne udøve den nødvendige personlige pleje. Der var ikke i omsorgsjournalen beskrevet, hvilke metoder, der blev anvendt for at gennemføre hjælpen. Forespurgt kunne den interviewede medarbejder ikke redegøre for de anvendte socialpædagogiske metoder, da medarbejderen ikke kendte borgeren og funktionsevnetilstande og døgnrytmeplan var ikke opdateret.

De faste medarbejderne kunne ved borgere, som de kendte, mundtligt redegøre for borgernes fysiske og psykiske funktionsevne. Desuden kunne en medarbejder redegøre for en faglig metode med brug af ISBAR og TOPS.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

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

Vi har lagt vægt på, at den social- og plejefaglige dokumentationspraksis ikke var fuldt ud implementeret i plejeenheden, og dermed manglede det beskrevne grundlag til at sikre understøttelse af plejeenhedens kerneopgaver hele døgnet igennem, og som ikke var sårbar og personafhængig.

Ledelsen kunne ved tilsynet ikke redegøre for at have en organisering, som understøttede plejeenhedens løsning af kerneopgaverne gennem hele døgnet. Ledelsen kunne ikke redegøre for 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 ved tværfaglige samarbejdspartnere.

Ledelsen redegjorde for, at besøgsruterne forsøgtes tilrettelagt ved brug med fast tilknyttede medarbejdere til borgere. Hver enkelt besøgsrute blev varetaget af to faste medarbejdere, der mundtligt vejledte og videns delte med hinanden ved det daglige morgenmøde, dog uden systematik for faglig sparring og refleksion med resten af medarbejdergruppen i aften- og nattevagt, hvor det var det beskrevne grundlag, som skulle sikre den helhedsorienterede hjælp, pleje og omsorg. Det blev tydeligt under tilsynet, at hjælp, pleje og omsorg til borgerne herved blev sårbar og for personafhængigt, da arbejdsgange og procedurer for dokumentation og samarbejdet, herunder det tværfaglige samarbejde med relevante faggrupper i Aarhus kommune ikke var kendte, og derved ikke blev anvendt af alle medarbejdere i plejeenheden.

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 fem 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 entydigt, hvor relevante oplysninger blev dokumenteret. Det var fx generelt i alle tre dokumentationsgennemgange, at motivation, ressourcer, mestring og livshistorie 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. Den manglende systematik og entydighed i den social- og plejefaglige dokumentation betød, at medarbejderne ikke kunne finde de relevante oplysninger i dokumentationssystemet.

6. Aktiviteter og rehabilitering

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

Vi har lagt vægt på, at borgere og pårørende oplevede manglende inddragelse i målfastsættelse. Ligesom der ikke var implementeret en systematisk arbejdsgang for målfastsættelse af hjælp med aktiverende sigte og for hvor målet med hjælpen var beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.

Plejeenheden redegjorde for en praksis, hvor der 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 fra træningsenheden i Aarhus kommune. Terapeuterne beskrev formål med et træningsforløb i forbindelse med en borgers genoptræningsforløb efter indlæggelse, og det fremgik i den social- og plejefaglige dokumentation. Det fremkom under gennemgang af den social- og plejefaglige dokumentation, at medarbejderne ikke kendte denne praksis. 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 meningsfulde 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.

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 | | En ud af tre borger oplevede at komme for sent op om morgenen (formiddag) og der var mange forskellige medarbejdere som kom i hjemmet. Dette oplevedes belastende for borgeren, da ikke alle medarbejdere havde det nødvendige kendskab til, borgerens ønske om medinddragelse og indflydelse ift. hjælp, pleje og omsorg. |
| B | Ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet. | x | | | |
| 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 tre ud af tre gennemgange af omsorgsjournaler var der ikke beskrevet borgernes ønsker og vaner. |
| E | Selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden. | | x | | En pårørende oplyste, at tiltaleformen "De" var vane i hjemmet, når der ikke var personlige relationer. Dette blev |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | ikke understøttet i plejeenhedens praksis. En anden pårørende oplyste, at medarbejdere låste sig ind via elektronisk dørsystem, uden omtanke for almindelige dannelse ift. at banke på døren, eller sige "Hej". |
|--|--|--|--|--|---|

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 | | To ud af tre borgere gav udtryk for, at de ikke var tilbudt en samtale om livets afslutning. En borger havde aftalt med børnene, hvilke ønsker der var til livets afslutning. En anden borger ønskede, at livet snart sluttede. |
| B | B1. Ledelsen kan redegøre for, hvordan borgernes ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet. | | x | | Der var ingen fast praksis for at indhente borgernes ønsker til livets afslutning. |
| | 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 | | I tre ud af tre omsorgsjournaler var der ikke dokumenteret eventuelle ønsker til livets afslutning og medarbejderne kunne ikke redegøre for, hvor det skulle dokumenteres i omsorgsjournalen. |

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 | | En ud af tre borgere følte sig begrænset i at leve det ønskede liv. |
| | A2. Pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov. | | x | | To ud af tre pårørende oplevede ikke at blive inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov. De oplevede, at der kom mange forskellige medarbejdere i hjemmet, hvilket hos borgere med kognitiv funktionsnedsættelse gav utryghed. |
| B | B1. Ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel. | | x | | Der var ikke en fast praksis i forhold til arbejdet med at understøtte borgernes trivsel. |
| | 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 | | Der var ikke en praksis for at understøtte borgernes relationer, herunder inddrage og samarbejde med de pårørende. |
| 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 manglede af inddrage borgerne og tage udgangspunkt i deres behov og ønsker. |
| | C2. Medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til eventuelle pårørende og det omgivende samfund. | | x | | Der blev ikke indhentet aftaler med pårørende. |
| 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 ikke beskrevet aftaler med de pårørende. Ligesom der ikke var en systematik for, hvor eventuelle |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | aftaler blev dokumenteret. Fx. ved en borger med kognitiv funktions-nedsættelse og som fik I personlig og praktisk bistand var det ikke angivet hvorledes hjælp, pleje og omsorg skulle varetages når borger afviste den nødvendige 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 | | I to ud af tre interview gav de pårørende udtryk for, at der ikke blev taget højde for borgernes særlige behov f.eks. i forhold til hvilke kommunikations metoder, der kan anvendes. |
| B | Ledelsen kan redegøre for de faglige metoder og arbejdsgange, der bliver brugt i plejeenheden. | x | | | |
| C | C.1 Medarbejderne kender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje. | | x | | De faglige metoder og arbejdsgange var ikke implementeret hos medarbejderne. |
| | C.2 Medarbejderne bruger de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje. | | x | | Under interview fremkom, at medarbejderne ikke anvendte kompetencerne med special viden fx demensområdet eller hjemmesygepleje i Aarhus kommune, selvom der var indgået aftale herom. |
| 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 fire omsorgsjournaler var der ikke beskrevet hjælp, pleje og omsorg i relevante situationer. |

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| | | | | | Fx havde en borger nedsat sprogbrug og det var ikke dokumenteret, hvilke metoder, der skulle benyttes til at kommunikere med borger. Hos en anden borger, var der en opmærksomhed på, at borger frasagde sig hjælp, men ikke afdækket, hvilken metode, der kunne benyttes for at borgeren tog imod hjælp, omsorg og pleje. |
| E | Tone, adfærd og kultur afspejler, at borgerne får hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres nedsatte funktionsevne. | | x | | To pårørende oplyste ved interview, at der ikke var afdækket, hvordan der skulle kommunikeres med borger, og derfor ikke afspejlede, at borgerne fik hjælp, omsorg og pleje, der tog højde for kognitivt nedsat funktionsevne. |

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 | | | |
| B | B.1 Medarbejderne kender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for at forebygge magtanvendelse. | | | x | På baggrund af den manglende dokumentation af de faglige metoder og, at medarbejder på tilsynsdagen ikke kunne redegøre for forebyggelse af magtanvendelse hos konkret borger, kunne målepunktet ikke vurderes på tilsynsdagen |
| | B.2 Medarbejderne bruger plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for at forebygge magtanvendelse. | | | x | På baggrund af den manglende dokumentation af de faglige metoder, og at |

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| | | | | | medarbejder på tilsynsdagen ikke kunne redegøre for forebyggelse af magtanvendelse hos konkret borger, kunne målepunktet ikke vurderes på tilsynsdagen. |
| C | Faglige metoder og arbejdsgange, der bliver brugt til at forebygge magtanvendelse hos konkrete borgere, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation. | | x | | Hos en borger udtrykte pårørende bekymring angående manglende hjælp til personlig pleje hos en borger med kognitiv funktionsnedsættelse som ofte modsatte sig hjælpen. Pårørende oplyste at en bestemt medarbejder havde god kontakt til borgeren og denne medarbejder kunne udøve den nødvendige personlige pleje. Der var ikke i omsorgsjournalen beskrevet hvilke metoder, der blev anvendt for at gennemføre hjælpen. Og medarbejderne på tilsynsdagen kunne ikke redegøre herfor, da de ikke kendte borgeren |

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 | | To ud af tre borgere oplevede ikke, at medarbejderne var opmærksomme på ændringer i den sædvanlige tilstand. |
| 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 | | Ledelsen redegjorde ikke for, hvordan der systematisk blev opsporet ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber |

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|
| C | C.1 Medarbejderne kender ovennævnte arbejdsgange, faglige metoder og redskaber. | | x | | Når ledelsen ikke kunne redegøre for dette, blev det personafhængigt hvordan arbejdsgange og redskaber samt hvilke faglige metoder, der blev anvendt. |
| | C.2 Medarbejderne bruger ovennævnte arbejdsgange, faglige metoder og redskaber. | | x | | Medarbejderne anvendte ikke arbejdsgange og faglige metoder. |
| D | Ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation. | | x | | Funktionsevnetilstande var generelt ikke opdateret på trods af ændringer hos borgernes funktionsevne og helbred, som fx. hudproblemer, tryk, vægtændring, synkebesvær, taledyspnøe og indlæggelse, fald mm |

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 | | <p>I en ud af tre interview var oplevelsen, at hjælp, pleje og omsorg ikke var rettet mod at forebygge uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.</p> <p>En ud af tre borgere havde selv anskaffet trykaflastende hynde til lænestol, da der var rødt trykmærke på huden/ siddefluden.</p> <p>I to ud af tre interviews med pårørende blev der generelt udtrykt bekymring for, at de basale faglige kompetencer ikke var tilstede i plejeenheden ifm hjælp, omsorg og pleje rettet mod at forebygge uplanlagt væggtab, tryksår, fald,</p> |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|
| | | | | | dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne. |
| B | Ledelsen kan gøre rede for plejeenhedens arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne. | | x | | Ledelsen kunne ikke redegøre for arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne. |
| C | C.1 Medarbejderne kender 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 | | Under interview af medarbejdere og under gennemgang af dokumentationen, fremkom der usikkerhed om hvem der skulle gøre hvad og hvor det skulle dokumenteres. |
| | 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 | | Under interview af medarbejdere og under gennemgang af dokumentationen, fremkom der usikkerhed om hvem der skulle gøre hvad og hvor det skulle dokumenteres. |
| 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 | | Hos to ud af tre borgere var der ikke beskrevet forebyggende tiltag i forbindelse med uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering. |

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 | | På baggrund af manglende implementering af arbejdsgange og |

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| | | | | | procedurer for den social- og plejefaglige dokumentationspraksis, kunne der overfor tilsynet ikke redegøres for en organisering, der understøttede udførelsen af plejeenhedens kerneopgaver. |
| | 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 | | | |
| | A.3 Ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende og vikarer. | x | | | |
| B | B.1 Medarbejderne kender ansvars- og opgavefordelingen. | | x | | Medarbejderne kendte ikke ansvars- og opgavefordelingen f.eks. ved tværfaglige indsatser. |
| | B.2 Medarbejderne følger ansvars- og opgavefordelingen. | | x | | Medarbejderne fulgte ikke ansvars- og opgavefordelingen. |

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 | | Ledelsen redegjorde for, at medarbejderne fik oplæring ved Aarhus kommune i dokumentationspraksis, og at der var en superbruger, der kunne benyttes ved tvivlsspørgsmål. Det var tydeligt, at ledelsen ikke kendte den fastlagte praksis for den social- og plejefaglige dokumentation i Aarhus kommune. |
| | A.2 Ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter | | x | | Ledelsen redegjorde for, at medarbejderne fik oplæring ved |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|
| | sammenhængende social- og plejefaglige indsatser. | | | | Aarhus kommune i dokumentationspraksis og at der var en superbruger, der kunne benyttes ved tvivsspørgsmål. Det var tydeligt at ledelsen ikke kendte den fastlagte praksis for den social- og plejefaglige dokumentation i Aarhus kommune. |
| B | B.1 Medarbejderne kender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation. | | x | | Under interview og ved gennemgang af dokumentationen fremkom der usikkerhed om hvem og hvornår der skulle dokumenteres samt hvor det i den social- og plejefaglige dokumentation skulle fremgå |
| | B.2 Medarbejderne følger plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation. | | x | | Under interview og ved gennemgang af dokumentation fremkom der usikkerhed om hvem og hvornår der skulle dokumenteres samt hvor det i den social- og plejefaglige dokumentation skulle fremgå |
| 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 der generelt ikke beskrevet om borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til egenomsorg, mobilitet, mentale funktioner og generelle oplysninger. |
| | 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 manglede det beskrevne grundlag for at udføre hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet. |
| | 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 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 | | Ledelsen kunne ikke redegøre for tilrettelæggelse af helhedsorienteret og tværfaglige rehabiliteringsforløb med udgangspunkt i borgernes egne mål |
| C | C.1 Medarbejderne kender plejeenhedens arbejdsgange for gennemføre helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål. | x | | | Ved tre stikrøver var der ikke borgere der modtog rehabiliteringsforløb. |
| | 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 | | Medarbejderne kunne under interview redegøre for kommunikationen med borgerne her om, men 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 stikprøver, 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 | | Ledelsen kunne ikke redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgers forløb. |
| 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 | | Ledelsen kunne ikke 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. |
| 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.