



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# Ældretilsynet tilsynsrapport Plejecenter Marienlyst

Reaktivt tilsyn, 2020

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Plejecenter Marienlyst  
Marienlystvej 11  
7800 Skive

CVR- eller P-nummer: 1009393206

Dato for tilsynsbesøget: 11. august 2020

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord  
Sagsnr.: 35-2511-189

# 1. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

## Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte d. 26. maj 2020 et påbud til Plejecenter Marienlyst på baggrund af et tilsynsbesøg d. 21. november 2019.

Af påbuddet d. 26. maj 2020 fremgik, at Plejecenter Marienlyst skulle sikre:

1. At medarbejderne kontinuerligt er opmærksomme på ændringer i borgernes tilstand, herunder:
  - a) at plejeenheden sikrer, at der arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand (målepunkt 3.3)
  - b) at plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og følger de af ledelsen fastlagte arbejdsgange, faglige metoder og redskaber for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne (målepunkt 3.4)
  - c) at plejeenheden kender målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan man i plejeenheden inddrager træningselementer og aktiviteter i den daglige hjælp, omsorg og pleje for disse borgere (målepunkt 6.2.)
  
2. At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder:
  - a) at plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning på ændringerne fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3.)
  - b) at plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgernes dokumentation (målepunkt 3.4)
  - c) at plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger bliver beskrevet (målepunkt 5.1)
  - d) at plejeenheden sikrer, at borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje og heraf følgende afledte social – og plejefaglige indsatser bliver beskrevet (målepunkt 5.1)

- 3. At organiseringen understøtter plejeenhedens varetagelse af kerneopgaver, herunder:**
- a) at plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og følger plejeenhedens ansvars- og opgavefordeling (målepunkt 4.1)**
  - b) Plejeenheden så vidt muligt sikrer, at pårørende bliver inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov (målepunkt 2.1)**

Tilsynet den 11. august 2020 er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet.

## **Fokus for tilsyn**

Ved det opfølgende ældretilsyn den 11. august 2020 blev nedenstående temaer i målepunktsættet for Ældretilsyn 2019 anvendt. Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på følgende temaer:

- Borgernes trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedure og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

Ved det opfølgende tilsyn den 11. august 2020 var der fokus på, hvilke tiltag plejenheden havde gennemført for at sikre, at der ydes hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet efter servicelovens §§ 83-87.

# 2. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Plejecenter Marienlyst i Skive kommune er en kommunal somatisk plejeenhed med 37 almene plejeboliger, 24 midlertidige pladser, heraf 3 akut pladser. I forbindelse med det opfølgende ældretilsyn var det de faste 37 almene plejeboliger, som var fordelt på to afdelinger, der var omfattet af det opfølgende tilsyn.
- Borgerne modtager hjælp til personlig pleje og praktisk bistand samt til sundhedsfaglige opgaver.
- I plejeenheden er ansat 50-60 medarbejdere inden for følgende faggrupper: sygeplejersker, ergoterapeut, pædagoger, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, køkkenmedarbejdere og pedeller.
- Den daglige ledelse af de almene plejeboliger varetages af Anette Toft, der er leder for alle typer boliger/pladser i plejeenheden.
- Der er samarbejde med den kommunale hjemmesygepleje og akutteam, som plejeenheden kan benytte ved behov.

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre omsorgsjournaler.
- Der blev interviewet tre borgere.
- Der blev interviewet to pårørende.
- Der blev foretaget interview med ledelsen:
  - Leder Anette Toft.
  - Leder af plejeboligområdet Marianne Frost.
  - Kommunens kvalitetskoordinatorer deltog i tilsynet.
- Der blev foretaget interview med fem medarbejdere:
  - Centersygeplejersker
  - Social- og sundhedsassistenter.
- Der blev foretaget observation ved, at tilsynsførende besøgte borgerne i deres boliger samt bevægede sig rundt i plejeenheden.
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til ledelsen og medarbejdere, der havde deltaget i tilsynet.
- Tilsynet blev foretaget af: tilsynskonsulenterne Annalise Kjær Petersen og Jane Filtenborg Bjerregaard.

# 3. Vurdering og sammenfatning

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte den 26. maj 2020 et påbud til Plejecenter Marienlyst på baggrund af tilsynsbesøg de. 21. november 2019. Styrelsen var på opfølgende tilsyn den 11. august 2020 med henblik på vurderingen af forholdene omfattet af påbuddet. Udkast til tilsynsrapport har været i partshøring. Styrelsen modtog den 12. oktober 2020 Plejecenter Marienlysts høringssvar, som vi har gennemgået. Høringssvaret har ikke givet anledning til ændringer i tilsynsrapporten.

Vi konstaterede på baggrund af tilsynet, at plejeenheden arbejder fokuseret med at forbedre den fornødne kvalitet i plejeenheden. Vi konstaterede på tilsynet, at samtlige forhold omfattet af påbud den 26. maj 2020 endnu ikke var efterlevet, og bragt i orden. På baggrund af, at plejeenheden fortsat har mangler omfattet af påbuddet, som ikke er udbedret, fastholdes vurderingen, at der i plejeenheden er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet i plejeenheden. Styrelsen fastholder derfor udstedt påbud af 25. maj 2020 i sin helhed.

## Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 11. august 2020 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Det er styrelsens samlede vurdering, at der i plejeenheden fortsat er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet.

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet målepunkter under temaerne: *Procedurer og dokumentation samt aktiviteter og rehabilitering*, som fortsat ikke var opfyldt.

Vi har i vurderingen lagt vægt på, at der var mangler i dokumentationen, som relaterede sig til uddybning af de social- og plejefaglige indsatser i forhold til borgernes behov for hjælp, pleje og omsorg. Da fundene var gennemgående i alle tre stikprøver, er det styrelsens vurdering, at plejeenheden med baggrund i påbuddet endnu ikke havde fuldt implementeret processen til at sikre en opdateret, aktuel og systematisk social- og plejefaglig dokumentation, som fyldestgørende beskrev borgernes behov for hjælp, pleje og omsorg.

Herudover har vi lagt vægt på, at plejeenheden havde igangsat en målrettet proces i forhold til systematisk anvendelse af metoder til opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, hvilket fremgik af dokumentationen.

Tillige er det blevet vægtet at både borgere og pårørende gav udtryk at opleve, at der blev fulgt op på relevante ændringer og forespørgsler vedrørende borgernes ønsker og behov.

V har også lagt vægt på, at plejeenheden havde foretaget ændringer i forhold til ansættelse af ekstra sygeplejekompetencer samt øget fremmødeprofilen i hverdagen, ligesom der havde været fokus på tydelige beskrivelser af opgave- og ansvarsfordeling i forhold til de enkelte faggrupper.

Endelig har vi vægtet, at plejeenheden kunne redegøre for en systematisk understøttelse af træningselementer i praksis, ligesom der var fyldestgørende og opdateret dokumentation i forhold til træningselementer hos en relevant borger.

Ledelse og medarbejdere var ved tilsynet åbne og imødekommende og indgik aktiv i dialog med tilsynet omkring de uopfyldte målepunkter.

Nedenstående er en tematisk fremstilling af baggrunden for den samlede vurdering:

### **1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død**

Styrelsen konstaterede ved tilsyn den 21. november 2019, at målepunktet under dette tema var opfyldt og målepunktet var derfor ikke omfattet af det opfølgende tilsyn den 11. august 2020. Under tilsynet fremkom ikke oplysninger, som ændrede den oprindelig vurdering.

Målepunktet er derfor markeret som ikke aktuel under tema 1.

### **2. Borgernes trivsel og relationer**

Styrelsen har fundet, at målepunktet, under dette tema var opfyldt.

I vurderingen er lagt vægt på, at de to interviewede pårørende oplevede at blive inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov. Ligesom de gav udtryk for at opleve, at de følte sig imødekommet af medarbejderne ved, at de lyttede til dem, samt fulgte op på deres forespørgsler vedrørende eventuelle ønsker og behov i relation til borgernes hjælp, pleje og omsorg.

Herudover har styrelsen vægtet, at det var gennemgående ved interviews med borgerne, at de oplevede, at kunne få hjælp til at leve det liv, som de ønskede. Herunder at borgerne oplevede, at der var en god tone, adfærd og kultur hos medarbejderne, og at den enkeltes ønsker og behov blev respekteret.

Styrelsen har desuden lagt vægt på, at lederen kunne redegøre for en fokuseret indsats i forhold til at informere pårørende gennem udsendelse af nyhedsbrev, samt italesættelse af hvilken kommunikation medarbejderne skulle møde de pårørende med, når de var i plejeenheden. Denne proces havde medvirket til en øget bevidsthed om dialog til at fremme inddragelse af og samarbejdet med de pårørende, som et væsentligt element i borgernes trivsel.

### **3. Målgrupper og metoder**

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er lagt vægt på, at de interviewede borgere og pårørende oplevede, at medarbejderne var opmærksomme på ændringer i og opfølgning på borgerens sædvanlige tilstand.

Leder og medarbejdere oplyste, at der siden sidste tilsyn, havde været igangsat en målrettet indsats med hensyn til at systematisere de daglige triagemøder, som blev afholdt x 2 dagligt, med fast brug af mødeleder og opdatering af oversigtstavle. Der var blevet afholdt undervisning til medarbejderne, samt pågået et udviklingsarbejde i forhold til oversigtstavlerne.

Medarbejderne oplyste, at den fokuserede indsats, havde bidraget til at sikre en højere grad af systematik i opsporing af ændringer i borgernes tilstand, herunder at der blev iværksat forebyggende tiltag for at forebygge funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne. Derudover redegjorde lederen for, at man i plejeenheden hver sjette uge havde mødefora, hvor der var mulighed for gennemgang af relevante borgers plejeforløb.

Tilsynet kunne konstatere, at den systematiske indsats med opsporing af ændringer i borgerens tilstand og iværksættelse af forebyggende indsatser, var beskrevet i dokumentationssystemet.

Derudover har styrelsen lagt vægt på, at plejeenheden redegjorde for, at man i plejeenheden anvendte relevante metoder i forhold til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug. Leder og medarbejdere redegjorde for, at de kunne inddrage demenskoordinator, i særlige komplekse borgerforløb.

I plejeenheden var der blandt andet fokus på metoden personcentreret omsorg, som en relevant metode at anvende til alle borgere i plejeenheden, og der var derfor planlagt undervisning for alle medarbejdere i efteråret.

Ved tilsynet var der ikke borgere med problemstillinger, hvor det var relevant at arbejde med forebyggelse af magtanvendelse i plejen, derfor er dette markeret som ikke aktuelt i målepunkt 3.2.

#### **4. Organisation, ledelse og kompetencer**

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der siden sidste tilsyn var sket en ændring i plejeenheden, således at der var en leder for hele plejeenheden. Derudover var der blevet ansat en ekstra centersygeplejerske, således at der altid var en eller to centersygeplejersker i alle hverdage i plejeenheden. Derudover var andelen af social- og sundhedsassistenter øget samt planlagt med en øget fremmødeprofil i hverdagen. Der var stabilitet i medarbejdergruppen, og det var faste afløsere, der var i plejeenheden.

Ledelsen oplyste, at der var arbejdet målrettet med introduktion af nye medarbejdere/afløsere samt fokus på den enkelte medarbejders personlige kompetencer, herunder også behovet for en eventuel indsats i forhold til sproglige barrierer, gennem tilbud om sprogundervisning og sproglig guidning i det daglige arbejde.

Medarbejderne tilkendegav at kende deres ansvars- og kompetenceområde og kunne redegøre for procedure og arbejdsgange, når der var opgaver som krævede anden faglig kompetence. Eksempelvis blev der ikke længere anvendt sundhedsfaglige forkortelser i forhold til opgaver, som skulle udføres hos borgeren.

Leder og medarbejdere oplyste, at der var tydelige arbejdsgange i forhold til kommunikation mellem medarbejdere og ledelse, således at der ledelsesmæssigt kunne blive fulgt op på relevante forespørgsler og mulige problemstillinger.

Ved sidste tilsyn var fremkommet problemer med nødkaldeanlægget. Dette var rettet op og de adspurgte borgere tilkendegav at det fungerede, og at de kunne få tilkaldt hjælp ved behov.

## **5. Procedurer og dokumentation**

Det er styrelsens vurdering, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved dokumentationsgennemgang, var gennemgående i alle tre journaler, at der var mangelfulde oplysninger vedrørende de afledte social- og plejefaglige indsatser i forhold til borgerens behov for hjælp, pleje og omsorg. Medarbejderne kunne over for tilsynet mundtligt redegøre for dette hos alle tre borgere, ligesom der var udarbejdet døgnrytmeplaner, der beskrev pleje og omsorg døgnnet igennem. I plejeenheden blev der afholdt indflytningssamtale med borger og pårørende for at indhente borgernes ønsker og vaner.

Styrelsen har lagt vægt på, at lederen kunne redegøre for den proces der var i gangsat i plejeenheden for at sikre en opdateret og aktuel dokumentation. Eksempelvis fik medarbejderne planlagt tid til dokumentationen hver dag, og der var planlagt undervisning ved kommunes to konsulenter i løbet af efteråret. Fremadrettet ville man i kommunen implementere fast audit af den faglige dokumentation på alle plejecentre med et fast interval. Plejeenheden tilkendegav over for tilsynet at ud af de 37 borgere, manglede der at blive gennemgået og opdateret syv af journalerne, som var på borgere der var ny indflyttet i plejeenheden før sommerferien. Plejeenheden tilkendegav at de kunne være færdig med gennemgang af de syv journaler inden for en uge fra tilsynsdato.

Under tilsynet blev drøftet, at den fælles faglige forståelsesramme i forhold til personcentreret omsorg, gav mulighed for at systematisere dokumentationen ved hjælp af metodens faglige begreber, herunder fyldestgørende beskrivelser af de afledte social- og plejefaglige indsatser i forhold til borgerens behov for hjælp, pleje og omsorg

Det er styrelsens vurdering, at dokumentationen er et grundlag for, at enhver medarbejder kan varetage hjælp, omsorg og pleje ud fra den faglige beskrivelse i dokumentationen, hvormed hjælp, pleje og omsorg ikke bliver afhængig af den enkelte medarbejders kendskab til borgeren. Dokumentationen er dermed det beskrevne grundlag der medvirker til at sikre, at borgerne på den baggrund modtager en pleje af den fornødne kvalitet.

## **6. Aktiviteter og rehabilitering**

Styrelsen har fundet, at et målepunkt ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der hos en borger i et aktuelt træningsforløb, ikke kunne fremfindes et dokumenteret formål eller eventuelle ændringer i forhold til borgerens forløb. Ledelsen redegjorde for kommunens organisering med en særskilt træningsenhed, som betød, at fysioterapeuten skulle anvende bestemt formular i omsorgssystemet, for at plejeenheden havde adgang til at læse dette. Ledelsen ville viderebringe denne problematik til træningsenheden med henblik på at sikre, at den beskrevne arbejdsgang blev fulgt.



Ledelse og medarbejdere oplyste, at der i kommunen var ansat mestringsterapeuter til at vurdere og følge op på § 83a forløb. Der var en systematisk arbejdsgang for at medarbejderne rekvirerede mestringsterapeuten ved alle ny indflyttede borgere, hvor det var relevant. Ligeledes var der etableret arbejdsgang for, at medarbejderne skulle sikre opfølgning hos terapeut, når borgeren var i et træningsforløb, således at relevante træningselementer blev beskrevet og inddraget i den daglige hjælp, pleje og omsorg hos borgeren. Tilsynet kunne konstatere, at medarbejderne manglede kendskab til arbejdsgangen i forhold til ansøgning af § 86 træningsforløb hos den kommunale træningsenhed. Ledelsen tilkendegav, at man fremadrettet ville have fokus på formidling til medarbejderne vedrørende denne arbejdsgang, som der var en fast procedure for i kommunen.

Styrelsen har yderligere lagt vægt på, at der i plejeenheden blev tilbudt aktiviteter og det var gennemgående ved interviews med borgerne, at de var tilfredse med de udbudte aktiviteter og oplevede medindflydelse på udbuddet af aktiviteter. På grund af restriktioner i forhold til COVID-19 betød det aktuelt, at der i plejeenheden var øget fokus på, hvordan medarbejderne i det daglige kunne lave dagligdagsaktiviteter, da udbuddet af gruppeaktiviteter var minimeret, herunder brugen af frivillige i forbindelse med aktiviteter.

I målepunkt 6.1 er markeret som ikke aktuelt, da der under tilsynet ikke var borgere i § 83a forløb.

# 4. Fund ved tilsynet

---

## Tema 1: Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

### 1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv			x	
B	At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet			x	
C	At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt			x	
D	At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker			x	
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden			x	

### 1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning			x	

B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet			x	
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning			x	
C	C1. At relevante medarbejdere kan redegøre for udførelse af pleje af borgere ved livets afslutning			x	
	C2. At medarbejdere kan redegøre for, hvordan de fremfinder borgernes ønsker til livets afslutning			x	

## Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

### 2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker	x			
	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov	x			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel	x			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at plejeenheden understøtter borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende, samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det	x			
C	C1. At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i borgernes behov og ønsker for udførelsen af omsorgen og plejen	x			
	C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres	x			

	eventuelle pårørende og det omgivende samfund				
D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret	x			

## Tema 3: Målgrupper og metoder

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

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug og eventuelt pårørende oplever, at den hjælp, omsorg og pleje, borgeren modtager, tager højde for borgerens særlige behov	x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov	x			
C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	x			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer	x			
E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur, at borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger.	x			

### 3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås	x			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse	x			
C	At der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange der hos den konkrete borger kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse			x	

### 3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand	x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	x			
C	At medarbejderne kender og arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	x			
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen	x			

### 3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje til borgeren er rettet mod forebyggelse af uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	x			
B	At ledelsen kan gøre rede for plejeenhedens arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	x			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	x			
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet	x			

## Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

### 4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver	x			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere	x			

	A.3 At ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer	x			
B	At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen	x			

## Tema 5: Procedurer og dokumentation

### 5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne	x			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats	x			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation	X			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger	x			
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsats er beskrevet		x		<p>I tre ud af tre omsorgsjournaler var der mangelfulde oplysninger vedrørende de afledte social- og plejefaglige indsats i forhold til borgernes behov for hjælp, pleje og omsorg.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eks. vis var der ikke fyldestgørende beskrevet vedr. den pædagogiske indsats,</li> </ul>

					<p>som medarbejderne anvendte for at støtte borgeren i at skabe struktur og overblik i hverdagen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hos en anden borger var ikke fyldestgørende beskrevet, hvorledes medarbejderne kunne støtte og motivere i forhold til bad og evt. andre muligheder for at imødekomme at borger fik bad.</li> <li>• Hos en tredje borger var det ikke fyldestgørende beskrevet vedr. den pædagogiske indsats, som medarbejderne anvendte for at støtte borgerens ønskede væggtab.</li> </ul>
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret	x			
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser 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 (§83)	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		<p>Kommunens organisering med en særskilt træningsenhed betød, at fysioterapeut skulle anvende bestemt formular i omsorgssystemet, for at plejeenheden havde adgang til at læse terapeutens dokumentation.</p> <p>Denne praksis var ikke fuldt implementeret i træningsenheden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eksempelvis kunne plejeenheden ikke se det beskrevne formål med en borgers træningsforløb i omsorgssystemet.</li> </ul>
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret		x		<p>Kommunens organisering med en særskilt træningsenhed betød, at fysioterapeut skulle anvende bestemt formular i omsorgssystemet, for at plejeenheden havde adgang til at læse terapeutens dokumentation.</p>

					Hos borgeren i et aktuelt træningsforløb var terapeutens dokumentation ikke tilgængelig for plejeenheden.
--	--	--	--	--	---

### 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 år<sup>1</sup>.

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 bekendtgørelsen<sup>2</sup> 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/>

---

<sup>11</sup> <https://www.regeringen.dk/media/4365/satspuljeaftaletekst-paa-aeldreomraadet.pdf>

<sup>2</sup> 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