



# Ældretilsynet

## Tilsynsrapport

### 3 - Plejecenter Rytterkasernen

Reaktivt tilsyn, 2020

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

3 - Plejecenter Rytterkasernen  
Rytterkasernen 7A - 0

5000 Odense C

CVR- eller P-nummer: 1008998775

Dato for tilsynsbesøget: 11-08-2020

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Syd  
Sagsnr.: 35-2011-4698

# 1. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

## Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har d. 26.05.2020 modtaget en henvendelse fra en pårørende til en borger som bor på Rytterkasernen Plejecenter. Af henvendelsen fremgår det, at den pårørende ikke oplevede et hensigtsmæssigt forløb i forbindelse med borgerens indflytning på plejecenteret. Dette var især relateret til restriktioner i forbindelse med besøgsforbuddet på plejehjemmene i foråret 2020. De pårørende oplevede, at der var mangler i informationerne til dem om borgerens tilstand. Desuden at plejeenheden ikke tog tilstrækkeligt hensyn til borgerens kognitive funktionstab og særlige behov i relation til indflytningen, samt at der ikke blev handlet på borgerens behov for at komme til tandlæge.

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget journalmateriale og en udtalelse fra Rytterkasernen Plejecenter relateret til sagen.

På baggrund af henvendelsen og det indsendte materiale valgte styrelsen at gennemføre et reaktivt ældretilsyn.

## Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på: målepunkterne for ældretilsynet

- Selvbestemmelse, livskvalitet, herunder en 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

- Plejecenter Rytterkasernen har 52 boliger. Ved tilsynet boede der 46 borgere
- Målgruppen er primært borgere med demenssygdom. Plejecenteret er delt op i flere afsnit. Der er fire afdelinger med hver syv et-rumsboliger forbeholdt borgere med demenssygdom. Der er to afdelinger med hver 12 to-rumsboliger. Borgerne her har ikke nødvendigvis demenssygdom eller andre kognitive funktionstab, men den overvejende del af borgerne hører til denne gruppe
- Den daglige ledelse varetages af Lone Høj, rehabiliteringsleder og Louise Pedersen, konstitueret assisterende rehabiliteringsleder
- Der er ansat 52 medarbejdere dag og aften, flertallet er social- og sundhedsassistenter, derudover social- og sundhedshjælpere, sygehjælpere og en pædagog.
- Der er ansat fire nattevagter, som er organiseret med en selvstændig ledelse under Odense Kommunes nattevagtteam
- Der er tilknyttet 3 sygeplejersker, som fordeler deres tid mellem Plejecenter Rytterkasernen og to andre plejecentre. Sygeplejerskerne er organiseret under en selvstændig ledelse.

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet to borgere. Den ene var udvalgt af plejeenheden. Den anden blev udvalgt af tilsynskonsulenterne på dagen
- Der blev interviewet tre pårørende til tre borgere. De to borgere var udvalgt af plejeenheden. Den tredje blev udvalgt af tilsynet på dagen.
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - Lone Høj, rehabiliteringsleder og Louise Pedersen, konstitueret assisterende rehabiliteringsleder
- Der blev foretaget interview med fire medarbejdere
  - En social og sundhedshjælper
  - En sygehjælper
  - To social- og sundhedsassistenter
- Der blev foretaget observation ved at observerer personalets interaktion med borgerne i fællesområderne
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til personale og ledelse
- Tilsynet blev foretaget af: tilsynskonsulenterne Sidsel Rohde og Tina Kolding

# 3. Vurdering og sammenfatning

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget en handleplan af 08.09.2020, som opfylder vores henstillinger.

Vi afslutter dermed tilsynet.

## Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 11.08. 2020 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet målepunkter under temaerne *Selvbestemmelse og livskvalitet, Målgrupper og metoder, Procedurer og dokumentation og Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet der blev konstateret flere gennemgående mangler i dokumentationen. Der var desuden et enkeltstående tilfælde af, at en borger og pårørende ikke oplevede, at der blev arbejdet forebyggende med uplanlagt væggtab, og der manglede en praksis for at udarbejde mål med borgerne for deres hjælp og pleje. Ved vurderingen har vi lagt vægt på, at de pårørende generelt oplevede et godt samarbejde med plejeenheden og at organiseringen med kontaktpersoner og teams sikrede, at de faste medarbejdere kendte borgernes ønsker og behov for hjælp, pleje og omsorg.

Vi vurderer, at den manglende dokumentation har betydning for den fornødne kvalitet, da det dermed ikke er sikret, at alle medarbejdere kender til borgernes vaner, ønsker og behov. Det er heller ikke sikret, at alle medarbejdere kan finde viden om, hvordan pleje skal udføres, så der kan tages højde for borgere med særlige behov.

Vi har yderligere lagt vægt på, at plejeenheden havde kompetencer og systematiske, faglige metoder til at afdække, hvordan hjælp til borgere med kognitive funktionstab skulle ydes, for at tage højde for deres særlige behov.

Plejeenheden fremstod ved tilsynet reflekterende og indgik aktivt i dialog med de tilsynsførende. Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden kan rette op på de mangler, der blev fundet ved tilsynet ud fra den dialog, der fandt sted. Desuden ved at indsende en tids- og handleplan for, hvordan der sikres tilstrækkelig dokumentation, fastsættelse af mål for pleje og praktisk hjælp, samt inddragelse af borger og pårørende i arbejdet med forebyggende tiltag.

## Henstillinger

Fundene ved tilsynet giver anledning til at Styrelsen for Patientsikkerhed henstiller følgende:

- At plejeenheden sikrer, at borgernes vaner og ønsker er beskrevet (1.1)
- At plejeenheden sikrer, at der forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionstab i relevante situationer (3.1)
- At plejeenheden sikrer, at opfølgning på ændringer i borgernes tilstand beskrives i borgernes dokumentation (3.3)
- At plejeenheden sikrer, at borgere og eventuelt pårørende oplever at hjælp, omsorg og pleje er rettet mod forebyggelse af uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne (3.4)
- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser rettet mod forebyggelse af uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet (3.4)
- At plejeenheden sikrer, at dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser (5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger (5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte er dokumenteret (5.1)
- At plejeenheden sikrer, at der er fastsat mål sammen med borgerne for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (6.2)

Styrelsen anmoder om at få tilsendt eventuelle bemærkninger til rapporten. Der skal desuden indsendes en handleplan for, hvordan ovenstående henstillinger bliver opfyldt.

Handleplanen bedes fremsendt inden for 3 uger.

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

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

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt under dette tema, som ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at beskrivelserne af borgernes vaner og ønsker var mangelfuld beskrevet i to ud af tre journaler.

De interviewede borgere og pårørende oplyste, at de oplevede, at medarbejderne tog hensyn til deres selvbestemmelse, og at der blev lyttet og taget hensyn til borgernes vaner og ønsker i tilrettelæggelsen af hjælp, omsorg og pleje. Borgerne oplevede sig medinddraget i store og små beslutninger og gøremål i plejeenhedens dagligdag. Ledelse og medarbejdere havde borgernes ønsker og behov som et centralt omdrejningspunkt, og der blev taget daglige og individuelle hensyn til f.eks. ønsker om mad og tidspunkter for hjælp. Arbejdet med at få viden om borgernes vaner, ønsker og behov startede ved indflytningen. Der var udarbejdet et systematisk materiale til indhentning af disse oplysninger. Ved observation af medarbejdernes interaktion med beboerne på fællesarealerne fandt styrelsen desuden, at borgernes selvbestemmelse og værdighed blev understøttet af den tone, adfærd og kultur der var i plejeenheden.

Styrelsen fandt, at borgerne udtrykte tryghed ved at tale med medarbejderne om deres eventuelle ønsker til livets afslutning. Der var en fastlagt praksis i plejeenheden der sikrede, at alle borgere fik mulighed for at udtrykke sådanne ønsker. Der var kompetencer i plejeenheden til at sikre pleje og omsorg til borgere ved livets afslutning. I disse forløb blev sygeplejen samt den praktiserende læge desuden altid inddraget.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, hvis borgernes vaner og ønsker ikke er beskrevet i borgernes dokumentation, så viden om dette er tilgængeligt for alle medarbejdere som skal hjælpe borgerne.

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

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne udtrykte at få hjælp til at leve det liv de ønskede, og at medarbejderne oplyste at have stort fokus på dette. De pårørende oplevede sig inddraget og lyttet til, og udtrykte, at der var et godt og tæt samarbejde med medarbejderne. Både borgere og pårørende oplevede, at de kendte medarbejderne godt, og at der altid var en medarbejder tilstede i plejeenheden, som kendte borgerne, hvilket både borgere og pårørende oplevede som trygt. Ledelsen havde organiseret medarbejderne, så der altid var to kontaktpersoner tilknyttet hver borger. Medarbejderne var organiseret i teams i hver enhed, men der var også rotation af medarbejderne på tværs af enhederne, der sikrede, at alle faste medarbejdere havde et godt kendskab til borgerne. Ledelsen oplyste, at der var planer om at indbyde borgere og pårørende til individuelle samtaler med ledelsen som opfølgning på perioden med besøgsrestriktioner i foråret 2020.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden levede op til fornøden kvalitet i forhold til borgernes trivsel og relationer.

### 3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at der var tre målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at der i tre ud af tre journaler manglede fyldestgørende beskrivelser af hjælp omsorg og pleje hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser.

Borgerne og deres pårørende udtrykte, at medarbejderne tog hensyn til borgernes særlige behov i tilrettelæggelsen af hjælp, pleje og omsorg. Ledelse og medarbejdere oplyste, at plejeenheden var et af to kommunale plejecentre målrettet borgere med demensdiagnoser. Alle medarbejdere havde fået Odense Kommunes demensuddannelse. Der blev arbejdet systematisk og målrettet med demensfaglige redskaber knyttet til metoden "Personcentreret Omsorg", ligesom der var uddannet lokale ressourcepersoner, som støtte for resten af medarbejderne i dette arbejde. Der var en medarbejder, som var uddannet Marte Meo terapeut. Denne metode blev brugt som supplement i analysen af årsager til borgernes adfærd. Ved mere komplicerede forløb kunne kommunens demenskonsulent inddrages, ligesom plejeenheden ved behov benyttede sig af VISO (den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation på det sociale område). Ved hjælp af ovenstående metoder blev magtanvendelse forebygget.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der i to ud af tre journaler manglede en beskrivelse af forebyggende indsatser. I den ene journal manglede beskrivelse af indsatser rettet mod en borgers vægttab samt opfølgning på vægttabet samt indsatser rettet mod forebyggelse af fald. I en anden journal manglede beskrivelser af, hvordan borgeren skulle hjælpes med tandbørstning. I en ud af tre stikprøver oplevede en borger og pårørende ikke, at der var iværksat tiltag, der kunne afhjælpe borgerens vægttab. Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at opfølgningen havde fundet sted og, at der var iværksat indsatser til forebyggelse af vægttabet, men at det ikke var blevet beskrevet i journalen.

Borgere og pårørende oplevede, at medarbejderne var opmærksomme på ændringer i borgernes tilstand og at der var fokus på at forebygge forringet helbred og funktionsevne. Ændringer i borgernes tilstand blev observeret og beskrevet. Der blev systematisk taget fagligt stilling til disse ændringer og hvilken opfølgning, der skulle finde sted. Viden om borgernes tilstand blev delt på daglige overleveringsmøder og til ugentlige beboerkonferencer, ligesom læge og sygeplejersker blev inddraget ved behov. Ledelse og medarbejdere redegjorde for plejeenhedens tiltag til forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne. F.eks. blev borgerne med succes tilbudt slush-ice på meget varme dage og der var tæt samarbejde og kommunikation med omsorgstandpleje i forhold til forebyggelse af dårlig mundhygiejne.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, hvis beskrivelserne af hjælp, pleje og omsorg til borgere med kognitive funktionstab ikke er fyldestgørende beskrevet. Desuden, hvis borger og/eller pårørende ikke informeres om iværksatte forebyggende tiltag, og hvis relevante indsatser til forebyggelse af forringet helbred og funktionsevne ikke beskrives, så alle medarbejdere kan tilrettelægge hjælpen ud fra denne viden. Ligeledes at det har betydning for den fornødne kvalitet, hvis opfølgning efter ændringer i en borgers tilstand ikke dokumenteres, så hjælpen kan tilrettelægges ud fra denne viden.

### 4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelsen havde sikret at plejeenhedens organisering understøttede plejeenhedens kerneopgave, blandt andet ved at sørge for, at der altid var faste medarbejdere i enhederne, som kendte beboerne og de pårørende og

i kraft af kontaktpersonordningen. Der var en fast stab af afløsere, og der blev kun sjældent benyttet eksterne vikarer. Der var en tydelig ansvars- og opgavefordeling som medarbejderne fulgte og kendte. Der var et udarbejdet introduktionsmateriale til både faste medarbejdere og afløsere. Ved ledige stillinger oplevede plejeenheden ingen problemer med at få stillingerne besat. Samarbejdet med Odense Kommunes sygepleje var organiseret, så det altid var de samme kendte sygeplejersker som kom på plejecenteret, hvilket styrkede det tværfaglige samarbejde mellem sygeplejen og medarbejderne i plejeenheden. Der var etableret et tæt samarbejde mellem dag- og aftenvagter som bidrog til at sikre kontinuiteten i omsorg og pleje på tværs af vagtlag og medarbejdere.

## **5. Procedurer og dokumentation**

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden havde en praksis, hvor der var udarbejdet mapper i hver enhed med angivelser af hjælp og pleje til borgerne. Beskrivelserne i mapperne var ikke i overensstemmelse med beskrivelserne i de elektroniske journaler, og beskrivelserne i mapperne var ikke fyldestgørende i forhold til borgernes ønsker, vaner og behov for hjælp. I vurderingen er der lagt vægt på, at der i en ud af tre journaler manglede beskrivelser af en borgers mentale funktioner. I to ud af tre journaler var oplysninger om borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til henholdsvis mobilitet og generelle oplysninger ikke ajourført og beskrevet i forhold til borgernes aktuelle situation. I tre ud af tre journaler var borgernes mål for personlig og praktisk hjælp ikke beskrevet. Plejeenheden skulle overgå til et nyt dokumentationssystem i november 2020, og det blev oplyst af ledelsen, at nogen af de ovenstående mangler i dokumentationen var relateret til processen med at samle beskrivelserne og gøre klar til at kopiere oplysningerne over i det nye system. Her var nogle af oplysningerne ved en fejl ikke kommet med.

Der var en fastlagt praksis for, hvordan og hvornår der skulle dokumenteres i journalerne, og en fastlagt praksis for, hvem der havde ansvar for at aktuelle og generelle oplysninger om borgerne og deres behov for hjælp, pleje og omsorg var beskrevet.

Det er styrelsens vurdering, at de har betydning for den fornødne kvalitet, hvis der findes bilag til den elektroniske journal på papir, og der ikke er krydshenvist til oplysningerne, da det kan give usikkerhed i forhold til, om medarbejderne forholder sig til oplysninger begge steder. Ligeledes har det betydning for den fornødne kvalitet, hvis oplysninger om borgernes aktuelle ressourcer og funktionstab ikke er opdateret. Desuden vurderes det at have betydning for den fornødne kvalitet, hvis borgernes mål med hjælp og pleje ikke er beskrevet, så medarbejderne kan tage udgangspunkt i denne viden, når de tilrettelægger den daglige hjælp til borgerne.

## **6. Aktiviteter og rehabilitering**

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at der ikke var en praksis for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte efter §83. Desuden at der i tre ud af tre journaler ikke var fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.

I vurderingen er der også lagt vægt på, at borgerne og pårørende oplevede sig inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløb, og at medarbejderne desuden kendte arbejdsgangene for gennemførelse af rehabiliteringsforløb efter § 83a.

Al pleje og omsorg blev grundlæggende planlagt og udført ud fra rehabiliterende principper, hvor borgernes ressourcer i videst mulig udstrækning blev inddraget i udførelsen af opgaverne i dagligdagen, men der var



ikke en praksis for, at fastsætte mål for disse indsatser, medmindre der var tale om et afgrænset målrettet rehabiliteringsforløb. I disse forløb fandt styrelsen, at der var udarbejdet mål, tidsramme og opdateret funktionsbeskrivelse af borgernes tilstand ved afslutningen af et forløb.

I forhold til træning og genoptræning efter § 86 var der en fast praksis for, at der blev ansøgt om træningsforløb ved behov. Der var i disse forløb tæt samarbejde mellem den trænende terapeut og plejepersonalet, så træningsindsatsen kunne understøttes i den daglige hjælp og pleje.

Der var ingen beboere, som aktuelt var i et træningsforløb efter §86 hvorfor målepunkterne vedrørende dette er vurderet som ikke aktuelle.

Borgere og de pårørende udtrykte, at de oplevede mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter. Medarbejderne tog udgangspunkt i borgernes livshistorie og deres ønsker i arbejdet med at finde ud af, hvilke aktiviteter gav mening for den enkelte borger. Der var mulighed for forskellige aktiviteter både gruppevis og individuelt, ligesom der var en del frivillige tilknyttet OK-aktiv. På plejecenteret var der desuden et dagcenter, med borgere udefra, hvor der blev samarbejdet på tværs med blandt andet fælles arrangementer.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, hvis borgere og eventuelt pårørende ikke inddrages i at sætte mål for pleje og praktisk hjælp efter §83, så medarbejderne kan tage udgangspunkt i dette ved tilrettelæggelsen af den daglige hjælp.

# 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		I to ud af tre journaler var beskrivelser af vaner og ønsker mangelfuldt beskrevet.
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,	x			

	samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det				
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 eventuelle pårørende og det omgivende samfund	x			
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		x		I tre ud af tre journaler manglede der fyldestgørende beskri-

	hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer				velser af hjælp omsorg og pleje hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser.
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,	x			

	herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber				
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		I en ud af tre journaler manglede der beskrivelse af opfølgning af en borgers væggtab.

### 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		I en ud af tre stikprøver oplevede en borger og dennes pårørende, at der ikke blev handlet tilstrækkeligt på et uplanlagt væggtab.
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				I to ud af tre journaler manglede der beskrivelse af indsatser rettet mod forebyggelse af væggtab og fald.  I en anden journal manglede der fyl-

					destgørende beskrivelse af, hvordan borgeren skulle hjælpes med mundhygiejne.
--	--	--	--	--	---

## 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		Plejeenheden havde en praksis, hvor der var udarbejdet mapper i hver enhed med angivelser af hjælp og pleje til borgerne. Beskrivelserne i mapperne var ikke i overensstemmelse med beskrivelserne i journalerne. De var heller ikke fyldestgørende beskrevet i forhold til ønsker, vaner og behov for hjælp.
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		I en ud af tre journaler var der manglede beskrivelser af en borgers mentale funktioner.  I to ud af tre journaler var oplysninger om borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer, i forhold til henholdsvis mobilitet og generelle oplysninger, ikke ajourført og beskrevet i forhold til borgernes aktuelle situation.
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsats er beskrevet	x			
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret		x		I tre ud af tre journaler var borgernes mål for personlig og praktisk hjælp ikke beskrevet.
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsats er dokumenterede	x			



# Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

## 6.1 Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter § 83a og hjælp med rehabiliterende sigte efter § 83

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet (§83a)			x	
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	x			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål (§83a)	x			
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)		x		Der var ikke en praksis for, at der blev fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.
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		Der var ikke en praksis for, at der blev fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.
D	D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål (§83a)			x	
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet (§83a)			x	
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne (§83a)			x	

	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83a)		x		I tre ud af tre journaler var der ikke fastsat mål for personlig og praktisk hjælp.
--	--	--	---	--	---

## 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 borgeres forløb	x			
C	At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg	x			
D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb			x	
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret			x	

## 6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for dem	x			

	A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter	x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgere tilknyttet plejeenheden og eventuelt pårørende bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger	x			
C	C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter	x			
	C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter	x			

# 5. Begrundelse for tilsynet

---

I satspuljeaftalen for 2018-2021 blev der indgået en aftale om, at Styrelsen for Patientsikkerhed pr. 1. juli 2018 skal føre et risikobaseret tilsyn med ældretilsynet på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder efter servicelovens §§ 83-87 i en forsøgsperiode på fire 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