



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# Ældretilsynet Tilsynsrapport Plejecentret Solgaven

Reaktivt tilsyn, 2020

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Plejecentret Solgaven  
Amerikavej 21B - 21, 19  
9500 Hobro

CVP-nummer: 1005593612

Dato for tilsynsbesøget: 29-06-2020

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord  
Sagsnr.: 35-2511-160

# 1. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

## Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte d. 9. marts 2020 et påbud til Plejecentret Solgaven på baggrund af et tilsynsbesøg den 12 november 2019.

Af påbuddet d. 9 marts 2020 fremgik, at Plejecentret Solgaven skulle sikre:

1. , at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug, anvendes faglige metoder og arbejdsgange herunder:
  - a. at plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse (målepunkt 3.2)
  - b. at 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 (målepunkt 3.3)
  - c. at plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje af borgere med risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne, og relevante tiltag fremgår af borgernes omsorgsjournaler (målepunkt 3.4)
  
2. at dokumentationspraksis understøtter en sammenhængende social – og plejefaglig indsats i plejeenheden, herunder:
  - a. At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
  - b. At plejeenheden sikrer, at borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser bliver beskrevet (målepunkt 5.1)
  - c. At plejeenheden sikrer, at der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af hvilke faglige metoder og arbejdsgange, der kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse (målepunkt 3.2)
  - d. At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå, fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)
  - e. At plejeenheden sikrer, at borgernes mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb bliver dokumenteret (målepunkt 5.1)

3. at borgerene tilbydes meningsfulde aktiviteter samt ved behov får mulighed for rehabilitering, genoptræning og vedligeholdelsestræning efter servicelovens §§ 83 og 86 herunder:
  - a. at plejeenheden sikrer, at der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (målepunkt 6.1)
  - b. at plejeenheden kender målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan plejeenheden inddrager træningselementer og aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg for disse borgere (målepunkt 6.2)
  - c. at plejeenheden har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter (målepunkt 6.3)
  
4. borgernes selvbestemmelse og livskvalitet herunder:
  - a. at medarbejderne kan fremfinde borgerens ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2)

Tilsynet den 29. juni 2020 er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet den 9. marts.

### **Fokus for tilsyn**

Ved det opfølgende ældretilsyn den 29. juni 2020 blev nedenstående temaer i målepunktsættet for Ældretilsyn 2019 anvendt. Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på følgende temaer:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død
- Målgrupper og metoder
- Procedure og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

Ved det opfølgende tilsyn den 29. juni 2020 var der fokus på, hvilke tiltag plejeenheden havde gennemført for at sikre, at der ydes personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet efter servicelovens §§ 83-87.

# 2. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Plejecenter Solgaven er en kommunal plejeenhed med 57 plejeboliger samt 10 pladser, der er til borgere i afklaringsforløb. Derudover er der et daghjem i tilknytning til plejeenheden, som kan benyttes af plejeenhedens borgere samt borgere udefra
- Den daglige ledelse varetages af centerleder Morten Dueholm Andersen

Der er ansat social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere samt ernæringsassistenter. Der er sygeplejerske tilknyttet plejeenheden, som sygeplejekonsulent, som kommer tre gange om ugen. Ligeledes kommer fast terapeuter to gange om ugen. Der er samarbejde med akutsygeplejersker, som er tilknyttet afklaringspladserne, som kan tilkaldes ad hoc.

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet en pårørende, som var relateret til en borger
- Der blev foretaget interview med leder
  - Centerleder Morten Dueholm Andersen
- Der blev foretaget interview med fire medarbejdere
  - Social- og sundhedsassistenter
  - Social- og sundhedshjælper
- Der blev foretaget observation ved, at tilsynsførende besøgte borgerne i deres lejligheder og bevægede sig rundt i plejeenheden
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til centerlederen og de deltagende medarbejdere i tilsynet
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Annalise Kjær Petersen og Rikke Sønderkov Sørensen.

# 3. Vurdering og sammenfatning

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger i partshøringsperioden. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

## Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 29. juni 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: *Målgrupper og metoder 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 vi fandt enkelt stående fund i forhold til:

- Beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer
- Pårørendes oplevelse af, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand
- Borger og pårørendes oplevelse af, at igangsatte træningselementer understøttes af medarbejderne i hverdagen

Vi har i vurderingen lagt vægt på, at manglerne i dokumentationen ikke var gennemgående i alle tre journaler og, at medarbejderne mundtligt kunne redegøre for indsatsen hos den specifikke borger. Den social- og plejefaglige dokumentation fremstod generelt systematisk og overskuelig i journalsystemet og bidrog til at sikre grundlaget for, at der kunne ydes en sammenhængende og helhedsorienteret social- og plejefaglig indsats til den enkelte borger.

Herudover har vi lagt vægt på, at plejeenheden kunne redegøre for systematisk anvendelse af metoder til opsporing af og opfølgning på ændringer i borgerens fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand hvilket også fremgik af dokumentationen i omsorgsjournalerne.

Endeligt har vi lagt vægt på, at plejeenheden kunne redegøre for systematisk understøttelse af træningselementer i praksis, ligesom der var fyldestgørende og opdateret dokumentation i forhold til træningselementerne i den pågældende journal.

Ledelse og medarbejdere var ved tilsynet åbne og imødekommende og indgik aktivt i dialog med tilsynet omkring de uopfyldte målepunkter. Det er således styrelsens vurdering, at plejeenheden vil kunne rette op på manglerne ud fra den rådgivning, der blev givet under tilsynet.

## Henstillinger

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

- At plejeenheden sikrer, at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer.
- At plejeenheden sikrer, at borgeren og eventuelle pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens tilstand.
- At plejeenheden sikrer, at borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet.

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

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

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen har vi lagt vægt på, at plejeenheden havde arbejdet konstruktivt og målrettet med indsatser i forhold til påbuddet vedrørende manglende dokumentation af borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning. Ved det opfølgende tilsyn d. 29. juni 2020 fandt vi, at der i tre ud af tre stikprøver i den social- og plejefaglige dokumentation nu var systematik og entydighed i, hvor borgernes ønsker til livets afslutning var dokumenteret og medarbejderne kunne fremfinde disse oplysninger. Ledelse og medarbejdere redegjorde for, hvorledes plejeenheden havde arbejdet konstruktivt og målrettet med, at sikre fastlagte systematiske arbejdsgange til sikring af, at borgernes ønsker til livets afslutning blev indhentet og dokumenteret i forbindelse med indflytningssamtalen. I de tilfælde hvor borgeren ikke ønskede samtalen i forbindelse med indflytningssamtalen, var der fastlagt systematiske arbejdsgange for opfølgning, hvor borgerens eventuelle ønsker til livets afslutning blev søgt indhentet ved det årlige statusmøde mellem praktiserende læge, sygeplejerske og borger samt eventuelle pårørende. Herudover kunne samtalen tages af den enkelte medarbejder, når situationen indbød til dette i hverdagen. Ledelse og medarbejdere redegjorde for plejeenhedens praksis med arbejdet i forhold til at sikre en værdig død. Medarbejdernes varetagelse af pleje og omsorg ved livets afslutning foregik i et tværfagligt samarbejde mellem sygeplejerske, læge og andre relevante fagpersoner.

Det er styrelsens vurdering i forhold til målepunkterne om pleje af borgere ved livets afslutning, at der i plejeenheden var relevante procedurer og arbejdsgange i forbindelse med at sikre en værdig død.

Styrelsen konstaterede ved tilsynet d. 12. november 2019, at målepunktet vedrørende selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død, var opfyldt og det var derfor ikke omfattet af det opfølgende tilsyn den 29. juni 2020. Målepunktet er derfor markeret som ikke aktuel under tema 1.

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

Styrelsen konstaterede ved tilsyn den 12. november 2019, at målepunktet under dette tema var opfyldt og det var derfor ikke omfattet af det opfølgende tilsyn den 29. juni 2020. Målepunktet er derfor markeret som ikke aktuel under tema 2.

## **3. Målgrupper og metoder**

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at der i døgnrytmeplanen i en ud af tre journaler ikke var fyldestgørende beskrivelse af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer. Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for hvorledes borgeren modtog hjælp, omsorg og pleje i relevante situationer ud fra deres kendskab til borgeren. Ligeledes var hjælpen dokumenteret i omsorgsjournalen, men der var ikke krydshenvist over i døgnrytmeplanen.

Under interview angav en ud af en pårørende, at medarbejderne ikke havde været opmærksomme på ændringer i borgerens tilstand i forbindelse med borgerens behandling. Under interview redegjorde medarbejdere og ledelse for borgerens omsorg, pleje og behandling, hvilket blev understøttet af dokumentationen i omsorgsjournalen. Plejeenheden redegjorde samtidig for, at der allerede var planlagt opfølgende samtale i forhold til den konkrete problemstilling. Ledelsen redegjorde for et ledelsesmæssigt og kommunalt fokus på kulturen i forhold til at klæde medarbejderne på, så pårørende oplevede at blive mødt anerkendende og taget alvorligt.

Vi har i vurderingen lagt vægt på, at plejeenheden siden påbuddet den 9. marts havde udført flere organisatoriske ændringer og havde arbejdet konstruktivt og målrettet med indsatser i forhold til påbuddene. Blandt andet var der igangsat en proces til at understøtte systematisk anvendelse og dokumentation af faglige metoder og arbejdsgange i forhold til borgere med kognitiv funktionsnedsættelse i plejeenheden, blandt andet i forhold til døgnrytmeplanen. Der var implementeret faste triagemøder to gange ugentligt med fokus på opsporing, opfølgning og forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerene, herunder også fokus på adfærdsændringer. Triagemøderne var med deltagelse af terapeut og sygeplejerske. Herudover var der mulighed for sparring og vejledning personalet imellem, ligesom der var mulighed for at benytte kommunens demenskonsulenter. Til hjælp i særlige komplekse situationer var der mulighed for at trække på eksempelvis VISO team, hjerneskadekoordinator og Geronto-team.

Herudover var der implementeret sygeplejerske og assistentmøder samt undervisning ved fast tilknyttet læge, hvilket gav mulighed for større grad af faglig sparring.

Siden påbuddet den 9. marts havde fire Social- og sundhedsassistenter været på opkolingsuddannelse og var nu fordelt med en på hver af de fire afdelinger. Sygeplejeområdet har siden påbuddet været under en omorganisering således, at sygeplejersken, der var tilkøbt som konsulent/sygeplejerske, nu kom på plejeenheden ca. tre gange om ugen mod før to. Sygeplejersken var nu ansvarlig for triagemøderne, hvor det før var mere uklart, hvem der havde ansvaret. Terapeuten deltog nu på triagemøderne to gange ugentligt, hvor det før var mere sporadisk. Sygeplejerskens kontor var fysisk flyttet tættere på de andre faggrupper, hvilket understøttede faglig sparring og reflesion i hverdagen. Ligeledes var sygeplejersken nu

systematisk opsøgende ud i hver afdeling, hvor det før påbuddet var den enkelte afdeling, der skulle opsøge sygeplejersken ved behov. Herudover var der siden påbuddet d. 9. marts iværksat, at social- og sundhedsassistenterne deltog på en del af sygeplejemøderne tre gange om ugen, ligesom der var etableret undervisning i forskellige relevante emner ved den fast tilknyttede læge.

Ledelse og medarbejdere angav, at alle disse tiltag havde været med til at løfte fagligheden i plejeenheden og i praksis var medvirkende til at forebygge magtanvendelse.

Ved tilsynet var der ikke borgere, hvor det var relevant med forebyggelse af magtanvendelse, hvorfor det er noteret som ikke aktuelt under tema 3.

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

Styrelsen konstaterede ved tilsyn den 12. november 2019, at målepunktet under dette tema var opfyldt og det var derfor ikke omfattet af det opfølgende tilsyn den 29. juni 2020. Målepunktet er derfor markeret som ikke aktuel under tema

#### **5. Procedurer og dokumentation**

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. Vi har i vurderingen lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere, kunne redegøre for, at der var en fast praksis for dokumentation, og at denne anvendtes. Den social- og plejefaglige dokumentation fremstod systematisk og overskueligt i journalsystemet, og medarbejdere kunne fremfinde relevante oplysninger.

Vi har i vurderingen vægtet, at plejeenheden havde arbejdet konstruktivt og målrettet med indsatser i forhold til påbuddene vedrørende plejeenhedens dokumentationspraksis. Eksempelvis var der iværksat tiltag med undervisning, Nexus-cafeer og "brush up" kurser i dokumentationssystemet, herunder tiltag med sidemandsoplæring samt udpegning af to superbrugere som var tilgængelig i hverdagen. Ligeledes var introduktionsmateriale vedrørende dokumentation til nye medarbejdere opdateret og implementeret blandt medarbejderne. Siden påbuddet havde plejeenheden igangsat et systematisk og målrettet arbejde med, at implementere systematiske arbejdsgange i forhold til at sikre den social- og plejefaglige dokumentation således, at en enhver medarbejder kunne varetage relevant hjælp, omsorg og pleje ud fra de faglige beskrivelser i dokumentationen.

Ligeledes blev der redegjort for implementering af en ny indsats, hvor borgerens journal systematisk gennemgås hver tredje måned (samt ved ændringer i tilstand) med fokus på blandt andet fyldestgørende og aktuelle beskrivelser. Ledelse og medarbejdere kunne redegøre for praksis for dette i hverdagen samt med tydelighed i ansvarsfordeling.

Det er styrelsens vurdering, at dokumentationen var beskrevet således, at grundlaget var tilstede til, at der kunne ydes en sammenhængende og helhedsorienteret social- og plejefaglig indsats til borgerne.

#### **6. Aktiviteter og rehabilitering**

Styrelsen har fundet, at et målepunkt under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen har vi lagt vægt på, at en ud af en pårørende samt en ud af tre borgere oplevede, at igangsatte træningselementer ikke blev understøttet af medarbejderne i hverdagen. Medarbejderne kunne redegøre for hvordan de understøttede den



konkrete borgeres træningselementer i hverdagen, ligesom det også fremgik af omsorgsjournalen. Plejeenheden redegjorde samtidig for, at der allerede var planlagt samtale i forhold til den konkrete problemstilling. Ledelsen redegjorde for et ledelsesmæssigt og kommunalt fokus på kulturen i forhold til, at klæde medarbejderne på så pårørende oplevede at blive mødt anerkendende og taget alvorligt.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for en nyetableret fremadrettet indsats med et systematisk samarbejde mellem plejeenhedens terapeuter og privatpraktiserende terapeuter således, at informationer kunne deles og træningselementer understøttes i hverdagen. Ledelse og medarbejdere angav, at dette samarbejde havde været med til, at sikre, at plejeenheden kendte målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene og dermed kunne inddrage aktiviteterne i den daglige hjælp, pleje og omsorg. Herudover angav ledelse og medarbejdere, at indsatsen havde løftet fagligheden i plejeenheden, ikke mindst i forhold til metoder målrettet borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug.

Vi har lagt vægt på, at der i tre ud af tre omsorgsjournaler fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte var dokumenteret.

Ved tilsynet var der ikke borgere, som var visiteret til § 83a rehabiliteringsforløb, hvorfor det er noteret som ikke aktuel under tema 6.

# 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		I en ud af tre omsorgsjournaler manglede en beskrivelse af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i situationer hvor borgeren kunne være udfordret
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		En ud af en pårørende oplevede ikke, at medarbejderne var opmærksomme på ændringer i borgers sædvanlige tilstand
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	x			
C	At medarbejderne kender og arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	x			

D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen	x			
---	--	---	--	--	--

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

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

## Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

### 4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver			x	

	A.2 At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere			x	
	A.3 At ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer			x	
B	At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen			x	

## Tema 5: Procedurer og dokumentation

### 5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne	x			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats	x			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation	x			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger	x			
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsats er beskrevet	x			
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret	x			

	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige 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 plejeheden 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		En ud af en pårørende samt en ud af tre borgere oplevede, at igangsatte træningselementer ikke blev understøttet af medarbejderne i hverdagen.
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgers forløb	x			
C	At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg	x			
D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb	x			
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret	x			

## 6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer

A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for dem	x			
	A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter	x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgere tilknyttet plejeenheden og eventuelt pårørende bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger	x			
C	C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter	x			
	C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter	x			

# 5. Begrundelse for tilsynet

---

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