



# **Ældretilsynet - høringsudkast til tilsynsrapport Område Nord - Plejecenter Højager, Jel- ling**

Reaktivt tilsyn, 2019

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

**Område Nord - Plejecenter Højager, Jelling  
Ringvejen 1**

**7300 Jelling**

CVR- eller P-nummer: 1003338755

Dato for tilsynsbesøget: 18. november 2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Syd  
Sagsnr.: 5-9513-32/1

# 1. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

## Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har d. 28. august 2019 modtaget en henvendelse fra en medarbejder på Højagercentret, hvor det fremgik, at medarbejderen var bekymret i forhold til en konkret borger, som havde en svær og udadreagerende adfærd. Af henvendelsen fremgik det, at medarbejderen både var bekymret for den sundhedsfaglige pleje og behandling af borgeren og kvaliteten af de social- og plejefaglige tiltag iværksat hos borgeren. Derudover var medarbejderen bekymret i forhold til de andre beboere på plejecenteret, som kunne være påvirket af denne konkrete beboers tilstand og adfærd. Dette var både i forhold til deres sikkerhed og deres oplevelse af livskvalitet, selvbestemmelse og trivsel på plejecenteret.

Styrelsen for Patientsikkerhed bad på den baggrund Højagercenteret om en redegørelse, der belyste, hvordan man arbejdede med de anførte problemer i plejeenheden og hos den pågældende borger. På baggrund af redegørelsen vurderede styrelsen ikke, at der var problemer med den sundhedsfaglige pleje og behandling af borgeren, eller med kvaliteten af de iværksatte social- og plejefaglige tiltag i forhold til den konkrete borger.

Styrelsen besluttede dog, at man ikke alene på baggrund af redegørelsen kunne vurdere, om der var problemer i forhold til de andre beboeres oplevelse af livskvalitet, selvbestemmelse og trivsel i plejeenheden.

Styrelsen for Patientsikkerhed besluttede derfor at udføre et reaktivt tilsyn med ældreplejen på Højagercenteret.

## Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på:

- Målepunkterne for Ældretilsynet 2019

# 2. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- På Højagercentret er der 48 boliger. Heraf er tre midlertidige pladser til aflastningsophold
- Centret er delt i fire afdelinger, Oasen, Lagunen, Solstrålen og Udsigten
- Målgruppen er en blandet gruppe borgere med fysiske og/eller psykiske og kognitive funktionsnedsættelser
- Den daglige ledelse varetages af Anne Dorte Madsen, konstitueret centerleder og Susanne Kjær Christensen, som desuden er centerleder på et andet af kommunens plejecentre
- I plejeenheden er der ansat cirka 60 medarbejdere: En ergoterapeut, en fysioterapeut, fire sygeplejersker, en pædagog og en større gruppe social- og sundhedsassistenter og - hjælpere
- Højagercentret bliver drevet som registreret Eden alternativt hjem
- Der boede desuden to hunde på centret
- Mad blev tilberedt i et køkken i hver afdeling af en køkkenassistent

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler, og set på en ekstra journal til belysning af målepunktet vedrørende forebyggelse af magtanvendelse
- Der blev interviewet i alt tre borgere. Heraf boede de to borgere i den samme afdeling som den borger, der blev omtalt i bekymringshenvendelsen
- Der blev interviewet en pårørende og talt med yderligere en pårørende i fællesarealet
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - Anne Dorte Madsen, konstitueret centerleder
  - Susanne Kjær Christensen, centerleder
  - En udviklingssygeplejerske
  - En faglig udviklingskonsulent
- Der blev foretaget interview med syv medarbejdere
  - Tre social- og sundhedsassistenter
  - To sygeplejersker
  - En fysioterapeut
  - En pædagog
- Der blev foretaget observation ved ophold i fællesrum, og deltagelse i frokost på en afdeling, samt observationer af aktiviteter rundt omkring på centret
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til konstitueret leder, centerleder medarbejdere og udviklingsmedarbejdere
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Sidsel Rohde og Tina Kolding samt oversygeplejerske Ulla Smith

# 3. Vurdering og sammenfatning

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i høringsperioden modtaget bemærkninger suppleret med uddrag af journalnotater vedrørende målepunkterne 2.1.D, 3.1.D, 5.1.C og 6.1.D4.

Det indkomne materiale er vurderet, men det giver os ikke anledning til at revidere i vores vurdering.

Vi har også modtaget en handleplan af den 23.12.2019, som opfylder vores henstillinger.

Vi afslutter dermed tilsynet.

## Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 18. november 2019 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*, *Trivsel og relationer*, *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 var en borger, som oplevede at dennes selvbestemmelse, livskvalitet og trivsel blev udfordret, når der kom nyt og skiftende personale. Borgeren oplevede, at personalet i sådanne tilfælde ikke altid kendte dennes vænner og ønsker. Det medførte, at medarbejderne ikke altid kunne tilrettelægge plejen ud fra vænner og ønsker, og ud fra de særlige behov borgeren havde, på baggrund af problemer med hukommelsen. Ligeledes manglede der i to journaler beskrivelser af aftaler med pårørende om at de hjalp med indkøb og økonomi. Styrelsen fandt, at en journal ikke var blevet opdateret efter en borgers indflytning, og at beskrivelsen af ressourcer, udfordringer, behov og mål derfor ikke var retvisende og aktuelle. Der var mangler i dokumentationen vedrørende opfølgning efter ændringer, og beskrivelsen af forebyggende tiltag rettet mod fald.

Medarbejderne kunne redegøre for, at der var taget stilling til opfølgning, og at relevante forebyggende tiltag blev udført i dagligdagen.

Styrelsen har lagt vægt på, at fundene generelt drejede sig om, at afløsere og nyt personale ikke i tilstrækkelig grad kendte borgerne og deres vaner og ønsker. Styrelsen vurderer, at dette til dels var begrundet i mangelfulde beskrivelser af, hvordan hjælp og pleje skulle udføres hos nogle af borgerne. Styrelsen har desuden lagt vægt på, at en ny konstitueret leder var tiltrådt fire uger før tilsynet, og at denne havde fokus på, at der i en periode før lederen tiltrådte, havde været problemer i plejeenheden, der havde gjort det nødvendigt at benytte flere afløsere og vikarer, end man ellers havde været vant til i plejeenheden. Styrelsen har lagt vægt på at manglerne ikke var gennemgående i alle stikprøverne, og i alle temaer, og at plejeenheden generelt fremstod som velorganiseret med gode procedurer. Ledelse og medarbejdere var ved tilsynet åbne og imødekommende og indgik aktivt i dialog med tilsynet.

## Henstillinger

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

- Plejeenheden skal sikre, at borgerne oplever selvbestemmelse og medinddragelse, uanset hvilken medarbejder de skal samarbejde med (målepunkt 1.1)
- Plejeenheden skal sikre, at borgernes vaner og ønsker er beskrevet (målepunkt 1.1)
- Plejeenheden skal sikre, at borgerne får hjælp til at leve det liv de ønsker, ved at sikre, at alle medarbejdere, som skal samarbejde borgerne, er bekendt med borgernes ønsker (målepunkt 2.1)
- Plejeenheden skal sikre, at aftaler med pårørende er beskrevet (målepunkt 2.1)
- Plejeenheden skal sikre, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser oplever, at den hjælp pleje og omsorg de modtager, tager højde for borgernes særlige behov (målepunkt 3.1)
- Plejeenheden skal sikre, at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser findes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer (målepunkt 3.1)
- Plejeenheden skal sikre, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne eller helbredstilstand samt opfølgningen herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)
- Plejeenheden skal sikre, at social- og plejefaglige indsatser rettet mod fald er beskrevet (målepunkt 3.4)
- Plejeenheden skal sikre, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger (målepunkt 5.1)
- Plejeenheden skal sikre, at borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet (målepunkt 5.1)
- Plejeenheden skal sikre at borgernes mål for personlig og praktisk hjælp er dokumenteret (målepunkt 5.1)
- Plejeenheden skal sikre, at der fastsættes mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (målepunkt 6.1)

## Handleplan

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at plejeenheden opfylder ovenstående henstillinger. Der skal desuden indsendes en handleplan for hvordan nedenstående henstillinger bliver opfyldt:

- Plejeenheden skal sikre, at borgerne oplever selvbestemmelse og medinddragelse, uanset hvilken medarbejder de skal samarbejde med (målepunkt 1.1)
- Plejeenheden skal sikre, at borgernes vaner og ønsker er beskrevet (målepunkt 1.1)
- Plejeenheden skal sikre, at borgerne får hjælp til at leve det liv de ønsker, ved at sikre, at alle medarbejdere, som skal samarbejde om borgerne, er bekendt med borgernes ønsker (målepunkt 2.1)

- Plejeenheden skal sikre, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser oplever, at den hjælp pleje og omsorg de modtager, tager højde for borgernes særlige behov (målepunkt 3.1)
- Plejeenheden skal sikre, at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser findes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer (målepunkt 3.1)

Handleplanen bedes indsendt inden for tre uger

Styrelsen anmoder om at eventuelle bemærkninger til rapporten bliver fremsendt tre uger efter modtagelsen af denne.

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, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at en borger oplevede, at nyt og skiftende personale ikke kendte borgerens vaner og ønsker i forhold til hjælp og pleje. Desuden at borgeren i de tilfælde ikke oplevede selvbestemmelse i forhold til for eksempel hvad tid på dagen borgeren gerne ville i bad. I to ud af tre journaler manglede beskrivelser af borgernes vaner og ønsker.

Borgerne oplevede i øvrigt selvbestemmelse og udtrykte tilfredshed med deres liv. Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at der var en praksis for, at borgerne altid blev inddraget og at man var lyttende, anerkendende og nysgerrig i forhold til borgernes oplevelser og ønsker. Det lå som en overordnet værdi i relation til Eden filosofien, at man altid så på det hele menneske og var nysgerrig på at lære mennesket at kende, herunder ved at inddrage borgernes oplevelse af identitet og livshistorie. Der var et beboer/pårørenderåd, som mødtes to gange om året, og blev inddraget i beslutninger eller ændringer i plejeenheden. Medarbejderne arbejdede fleksibelt, og kunne justere planlægningen i løbet af dagen, for at tilgodese individuelle ønsker.

Borgerne oplevede at blive mødt med værdighed og respekt, hvilket også blev observeret under tilsynet.

Det er styrelsens vurdering, at det er af betydning for den fornødne kvalitet, hvis borgernes vaner og ønsker ikke er beskrevet, da det gør det vanskeligt for nyt personale at tilrettelægge deres arbejde med borgeren ud fra kendskabet til dette.

Borgerne udtrykte, at de følte tryk ved at tale med medarbejderne om ønsker til livets afslutning, og der var kompetence i plejeenheden til at tale med borgerne om deres eventuelle ønsker. Der var etableret en systematik, der sikrede at alle borgeren blev inviteret til en samtale om emnet inden for tre måneder efter indflytning. Plejeenheden anvendte støttemateriale, man kunne tage udgangspunkt i ved samtalen om den sidste tid. Medarbejderne redegjorde for relevante faglige overvejelser i relation til pleje af borgere ved livets afslutning. Der var tæt samarbejde med pårørende, og man kunne inddrage en præst og vågekoner efter ønske og behov.

Det er styrelsens vurdering at plejeenheden levede op til fornøden kvalitet i relation til en værdig død.

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

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at en borger oplevede, at nyt og skiftende personale ikke var bekendt med vigtigheden i at få støtte til at skrive aftaler ned, og at borgerens dag helst skulle forløbe efter en fast struktur. Der er desuden lagt vægt på at

der i to ud af tre journaler manglede beskrivelser af, at de pårørende hjalp med eksempelvis økonomi og indkøb.

I plejeenheden arbejdede man på at modvirke eller forhindre ensomhed, kedsomhed og hjælpeløshed jvf. Eden filosofien. I forhold til det, arbejdede man bredt på, at sikre borgerens relationer både indbyrdes på plejecenteret, i relationen til medarbejderne og relationen til pårørende, og det omgivende samfund. Der var tæt samarbejde med pårørende, som også blev inviteret ind og deltog i diverse arrangementer. Pårørende oplyste ved tilsynet at blive inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgernes ønsker. Borgerne oplyste, at de følte sig godt tilpas i deres hjem og i forholdet til andre beboere.

Det er styrelsens vurdering, at det er af betydning for den fornødne kvalitet, hvis borgerne ikke oplever at få hjælp til at leve det liv de ønsker, fordi nyt og skiftende personale ikke har nok kendskab til borgerne. Det er ligeledes af betydning for den fornødne kvalitet, hvis aftaler med pårørende ikke er beskrevet, da dette har betydning for samarbejdet mellem pårørende og medarbejdere, og synliggør de pårørendes rolle i borgerens liv.

### **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 en borger med hukommelsesproblemer oplevede, at nyt og skiftende personale ikke altid var bevidst om vigtigheden af en fast struktur på borgerens dag, og at borgeren skulle have hjælp til at aftaler blev skrevet ned. Der er desuden lagt vægt på, at der i to ud af tre journaler manglede beskrivelser af omsorg og pleje. I begge tilfælde, var det manglende beskrivelser af, hvordan man hjalp borgerne med at kompensere for deres hukommelsesproblemer i relation til aftaler, struktur og forudsigelighed

I forhold til borgere med kognitive funktionsnedsættelser havde plejeenheden fokus på faglige metoder, der sikrede, at borgernes særlige behov blev imødekommet ved blandt andet at møde borgerne individuelt, og afpasse indsatserne til borgernes ressourcer. Der var flere medarbejdere, som havde været på demenskurser. Læge, demenskonsulent og musikterapeut kunne inddrages efter behov. Viden blev delt mellem medarbejderne, og der var en klar ansvarsfordeling, hvor kontaktpersonen havde opgaven med at sikre, at alle kollegaer kendte til forskellige indsatser eller nye tiltag, som blev afprøvet. Ved behov blev der udarbejdet socialpædagogiske handleplaner i samarbejde med demenskonsulenten. Det blev desuden observeret, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser modtog hjælp, pleje og omsorg, der tog højde for deres begrænsninger. Ligeledes blev det observeret, at der var en tone, adfærd og kultur i plejeenheden, der afspejlede dette. Ved hjælp af ovenstående blev magtanvendelse forebygget i plejeenheden.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, i forhold til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, hvis borgerne oplever, at nye og skiftende medarbejdere ikke har kendskab til deres særlige behov. Det vurderes desuden, at det har betydning for den fornødne kvalitet, hvis der ikke findes fyldestgørende beskrivelser af pleje og praktisk bistand, som imødekommer borgernes særlige behov, da dette giver risiko for, at medarbejderne ikke kan have kendskab til, hvordan hjælpen skal gives.

Ved vurderingen er der lagt vægt på, at der i en ud af tre journaler manglede opfølgning efter, at en borger havde haft urinvejsinfektion og var færdigbehandlet. Medarbejderne kunne redegøre for, at der var fulgt op på dette, men det var ikke dokumenteret. Ligeledes er der lagt vægt på, at der i en ud af tre journaler manglede beskrivelser af relevante tiltag rettet mod forebyggelse af fald. Medarbejderne kunne dog redegøre for, at der i praksis blev gjort de relevante tiltag for at forebygge, at borgeren havde faldepisoder.

Borgere og pårørende oplevede, at medarbejderne havde fokus på ændringer i deres tilstand, samt at der var fokus på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne. Der var en fast arbejdsgang for, at ændringer i borgernes tilstand blev beskrevet. En udpeget medarbejder læste dagligt observationerne og sørgede for, at der blev iværksat relevante handlinger og opfølgninger. Metoden TOPS og triagering blev benyttet i forhold til at vurdere behovet for handling på ændringer i borgernes tilstand.

I forhold til forebyggelse blev der arbejdet tværfagligt med faglige relevante metoder. Ved risiko for tryksår benyttede man et screeningsværktøj og inddrog hjælpemidler. Alle beboere blev vejet med faste intervaller, hvis de havde ønske om det og der var mulighed for inddragelse af diætist og tæt samarbejde med køkkennassistent. Der var mulighed for at inddrage kontinens sygeplejerske til forebyggelse af inkontinens. Medarbejderne oplevede at antallet af urinvejsinfektioner var faldet i relation til fokus på hygiejne ved nedre toilette. I forhold til faldforebyggelse blev der benyttet faldudredningsskemaer. Desuden var der fokus på lys, rigtigt fodtøj, løse ledninger og korrekt brug af f.eks. rollator.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, hvis der ikke dokumenteres en opfølgning på ændringer i borgernes tilstand. Dokumentation af ændringer har til formål at sikre, at borgeren får den hjælp og pleje, som borgeren har brug for. Desuden at det har betydning for den fornødne kvalitet, hvis relevante forebyggende indsatser ikke er beskrevet, så enhver medarbejder kan finde viden herom.

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

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at en ny ledelse var tiltrådt fire uger før tilsynet, og at denne havde fokus på at rette op på, at der i en længere periode havde været problemer i plejeenheden med brug af mange skiftende medarbejdere og afløsere. Plejeenheden havde ingen problemer med rekruttering af personale, og der var et fast introduktionsprogram til nye medarbejdere og afløsere, som skulle sikre, at medarbejderne kendte arbejdsgangene og kunne løse kerneopgaven med at yde pleje og praktisk bistand til borgerne. Medarbejderne var organiseret i mindre teams, og der var to kontaktpersoner til hver borger. Denne organisering sikrede kontinuiteten hos borgerne.

Der var ansat en bred vifte af forskellige tværfaglige kompetencer, og der kunne desuden tilkaldes hjælp fra kommunens akutteam ved behov

Der var udarbejdet kompetenceprofiler og en kompetenceplan. Medarbejderne fulgte ansvars- og opgavefordelingen.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden levede op til fornøden kvalitet i forhold til organisering, ledelse og kompetencer.

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

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at i en ud af tre journaler var en borgers aktuelle ressourcer og udfordringer ikke opdateret i journalen. Borgeren fremstod med færre ressourcer, og flere udfordringer, end det var aktuelt. I samme journal var beskrivelsen af borgerens behov for hjælp, og de afledte social- og plejefaglige indsatser, ikke opdateret efter at borgerens tilstand var forbedret. Desuden manglede dokumentation af borgerens mål for personlig og praktisk hjælp. Borgeren var flyttet ind cirka seks uger før tilsynet, og medarbejderne redegjorde for, at man havde afventet et nærmere kendskab til borgeren, inden man ville opdatere journalen.

Styrelsen fandt, at der var en fastlagt dokumentationspraksis, som understøttede arbejdet med sammenhængende social- og plejefaglige indsatser, og at medarbejderne kendte plejeenhedens praksis. Medarbej-



derne redegjorde for, at arbejdet med dokumentation fortsat var i en proces og udvikling, efter at man var overgået til en ny metode, Fællessprog III.

Det er styrelsens vurdering, at det er af betydning for den fornødne kvalitet, hvis beskrivelsen af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer, samt afledte indsatser og mål for hjælp, ikke er beskrevet. Det gør det vanskeligt for nyt eller skiftende personale at vide, både hvilken hjælp borgeren skal have, og hvordan hjælpen skal gives, så borgerens ressourcer og egne mål kan inddrages i samarbejdet med borgeren.

## **6. Aktiviteter og rehabilitering**

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt under dette tema, som ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der hos en ud af tre borgere ikke var fastsat mål for den personlige og praktiske hjælp med rehabiliterende sigte.

I vurderingen er der også lagt vægt på, der blev fastlagt strukturerede rehabiliteringsforløb for borgerne, hvor det var relevant. Der blev løbende taget stilling til alle borgernes muligheder for rehabilitering eller behov for træning. Igangværende indsatser blev løbende evalueret og justeret på ugentlige tværfaglige møder, og i samarbejde med borgerne.

Der var tæt samarbejde mellem terapeuterne og plejepersonalet, som sikrede, at borgernes mål og arbejdet med indsatserne blev tilrettelagt som en integreret del af den daglige pleje og hjælp. De strukturerede rehabiliterings- og træningsforløb var tillige beskrevet i borgernes journaler med fokus på borgernes ressourcer, ønsker, behov og mål for forløbet.

Der var mulighed for en bred vifte af aktiviteter. Der var fokus på hverdagsaktiviteter, som deltagelse i dagligdagens gøremål – f.eks. lægge vasketøj sammen, skrælle kartofler og bage småkager. Der var et bredt udvalg af fælles aktiviteter i huset, og der blev jævnligt arrangeret ture ud af huset.

Der var en stor venneforening, som bidrog til arbejdet med at sikre meningsfulde aktiviteter til borgerne. Borgerne oplevede tillige, at der blev talt med dem om ønsker til meningsfulde aktiviteter

Der var ikke udtrukket stikprøver ved tilsynet, hvor der var et afsluttet rehabiliteringsforløb. Punktet vedrørende rehabiliteringsforløb er derfor vurderet som ikke aktuelt

Der var ikke udtrukket stikprøver ved tilsynet, hvor det havde været relevant at dokumentere en ændring i borgerens træningsforløb, hvorfor dette punkt er vurderet som ikke aktuelt.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, hvis en borgers mål for hjælp med rehabiliterende sigte ikke er beskrevet, så medarbejderne kan tilrettelægge hjælp og pleje ud fra dette. Det er ligeledes styrelsens vurdering at plejeenheden levede op til fornøden kvalitet i forhold til træning – og vedligeholdelsestræningsforløb og tilbud om aktiviteter til borgerne.

# 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		En borger oplevede at nyt og skiftende personale ikke kendte hendes vaner og ønsker i forhold til hjælp og pleje og at hun i de tilfælde ikke oplevede selvbestemmelse i forhold til for eksempel hvad tid på dagen hun gerne ville i bad
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 manglede beskrivelser af borgernes vaner og ønsker
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		En borger oplevede at nyt og skiftende personale ikke var bekendt med vigtigheden i at få støtte til at skrive aftaler ned og at borgerens dag helst skulle forløbe efter en fast struktur
	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 eventuelle pårørende og det omgivende samfund	x			
D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret		x		I to ud af tre journaler manglede beskrivelser af, at de pårørende hjælp med eksempelvis økonomi og indkøb

## 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		x		En borger med hukommelsesproblemer oplevede at nyt og skiftende personale ikke altid var bevidst om vigtigheden af en fast struktur på borgerens dag og at borgeren skulle have hjælp til at aftaler blev skrevet ned

B	At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsevne-nedsættelser (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 funktionsevne-nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	x			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevne-nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer		x		I to ud af tre journaler manglede relevante beskrivelser af omsorg og pleje. Hos den ene borger manglede der beskrivelse af, at der skulle tage hensyn til borgerens behov for struktur og forudsigelighed og at aftaler skulle nedskrives. Hos den anden borger, at borgeren skulle have hjælp med nedskrive aftaler
E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur, at borgere med kognitive funktionsevne-nedsættelser (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		I en ud af tre journaler manglede opfølgning efter at en borger havde haft urinvejsinfektion. Medarbejderne kunne redegøre for, at der var fulgt op på dette, men at det ikke var blevet dokumenteret

### 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 vægttab, 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 vægttab, 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 vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	x			
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet		x		I en ud af tre journaler manglede beskrivelser af relevante tiltag rettet mod forebyggelse af fald. Medarbejderne kunne dog redegøre for, at der blev gjort tiltag.

## 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		I en ud af tre journaler var en borgers aktuelle ressourcer og udfordringer ikke opdateret i journalen. Borgeren fremstod med færre ressourcer og flere udfordringer end det var aktuelt.
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsats er beskrevet		x		I en ud af tre journaler var beskrivelsen af borgerens behov for hjælp og de afledte social- og plejefaglige indsats ikke opdateret efter, at borgerens tilstand var forbedret.



	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret		x		I en ud af tre journaler manglede borgernes mål for personlig og praktisk hjælp.
	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		Hos en ud af tre borgere, var der ikke fastsat mål for den personlige og praktiske hjælp med rehabiliterende sigte.

## 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