



# Ældretilsynet Tilsynsrapport Ældre Ravnshøjgruppen

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Ældre Ravnshøjgruppen  
Mejerivej 4  
9900 Frederikshavn

CVR- eller P-nummer: 1019647230

Dato for tilsynet: 19-11-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord  
Sagsnr.: 35-2511-37

# 1. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Ældre Ravnhøjgruppen er en hjemmeplejeenhed i Frederikshavn kommune, som servicerer 300-400 borgere med personlig og praktisk hjælp
- Ledelsen varetages af gruppeleder Hanne Sonnesen og assisterende leder Anne Bonderup. De varetager også ledelsen af Strandby gruppen. Medarbejderne er primært tilknyttet en af grupperne, men de koordinerende planlæggere ser på, hvor der er behov for hvilke kompetencer ud fra borgernes behov
- Medarbejderne fordeler sig inden for følgende faggrupper: ergoterapeut, social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistent, pædagoger og ufaglærte timelønnede vikarer
- Der er et samarbejde med hjemmesygeplejen, hvor der er tilknyttet sygeplejersker til de teams, som varetager personlig og praktisk hjælp. Sygeplejersken kommer på et fast tidspunkt i teamet to gange om ugen til triagemøde
- I specifikke forløb kan der tværfagligt samarbejdes med eksempelvis demenskonsulent, gerontopsykiatrien, palliativ team, træningsenheden, hjerneskadekoordinator med flere.

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet to pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - Gruppeleder Hanne Sonnesen
  - Assisterende leder Anne Bonderup
  - Deltagelse af leder på Sæby ældrecenter Annette Spolum
- Der blev foretaget interview med tre medarbejdere
  - Social- og sundhedshjælper
  - Social- og sundhedsassistent
  - Ergoterapeut
- Der blev foretaget observation ved, at de tilsynsførende besøgte borgerne i hjemmet
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til ledelse og medarbejdere
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulent Jane Filtenborg Bjerregaard, Rikke Sønderkov Sørensen og konsulent Karen Marie Dencker.

## 2. Vurdering og sammenfatning

---

### Konklusion efter partshøring

Styrelsen har modtaget hørings svar af 11. marts 2020, hvor plejeenheden redegjorde for tiltag, som plejeenheden har iværksat for at imødekomme påbuddets punkter. Blandt andet oplyses det, at der er iværksat en organisationsændring i Frederikshavn Kommune, og derved også Ældre Ravnshøjgruppen, der pr. 1. februar 2020, blevet en selvstændig gruppe med ny gruppeleder. Styrelsen anerkender, at plejeenheden derved har gjort og planlagt en række tiltag med henblik på at forbedre forholdene på plejeenheden.

Der er endvidere anført i hørings svaret, at plejeenheden finder fristen på fire uger kort henset til påbuddet om målepunktsættets tema 4 vedrørende plejeenhedens organisering, idet plejeenhedens iværksatte tiltag og overgangen til Cura.

Styrelsen bemærker hertil, at uanset om en plejeenhed er i en implementeringsfase eller i en organisationsændring kræves det, at plejeenheden kan understøtte kerneopgaverne og at der forefindes opdateret, aktuelt dokumentation og arbejdsgange, mens arbejdet står på.

Vi konstaterer på baggrund af hørings svar, at plejeenheden arbejder fokuseret med at forbedre den fornødne kvalitet i plejeenheden. Vi konstaterer dog, at alle de uopfyldte målepunkter stadig ikke er bragt i orden.

Styrelsen har derfor den **15. maj 2020** givet plejeenheden et påbud om at bringe de konstaterede forhold i orden.

Påbud offentliggøres på stps.dk. Når vi konstaterer, at et påbud er blevet efterlevet, fjernes det fra hjemmesiden.

### Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsyn 19-11-2019 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet målepunkter under temaerne: *Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død, Målgrupper og metoder, Ledelse og organisering, Procedurer og dokumentation og Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om større problemer af betydning for den fornødne kvalitet. Styrelsen har lagt vægt på, at der i fem ud af seks temaer var uopfyldte målepunkter.

Styrelsen har yderligere lagt vægt på, at plejeenheden manglende systematik i forhold til faglige arbejdsgange, videndeling og anvendelse af faglige metoder i plejen af borgere med kognitive funktionsnedsættelse. Plejeenheden manglede herudover generelt en systematisk praksis for arbejdet med opsporing, opfølgning og forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne og dokumentation heraf. Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at plejeenheden manglede en praksis i forhold til at dokumentere borgerens eventuelle ønsker til livet afslutning i omsorgsjournalen.

Fundene ved tilsynet giver på den baggrund anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed **stiller følgende krav:**

- At plejeenheden sikrer, at medarbejdere kan fremfinde borgernes ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer, at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje i relevante situationer (målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug (målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen. Ligeledes skal plejeenheden sikre dokumentation af de forebyggende indsatser (målepunkt 3.3, 3.4)
- At plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver og sikrer anvendelse af faglige metoder samt at viden bliver delt mellem medarbejderne (målepunkt 4.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser bliver beskrevet (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden kender målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de – hos disse borgere – inddrager træningselementer og aktiviteter i den daglige hjælp, omsorg og pleje (målepunkt 6.2)

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 borgernes ønsker til livets afslutning ikke var dokumenteret. Desuden var der ikke overordnet taget stilling til, hvor medarbejderne i omsorgssystemet skulle dokumentere borgernes ønsker til livets afslutning. Medarbejderne tilkendegav, at der i plejeenheden var en praksis for at tale med borgerne om deres ønsker til livets afslutning.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for plejeenhedens praksis i arbejdet med at sikre en værdig død. Medarbejdernes varetagelse af pleje og omsorg ved livets afslutning, foregik i et tværfagligt samarbejde med sygeplejerske, læge og andre relevante fagpersoner i de palliative forløb. Der var endvidere samarbejde med den frivillige vågetjeneste. Sygeplejersken tilbød opfølgende besøg til de pårørende efter dødsfald.

Det er dog styrelsens vurdering, at det er afgørende for at sikre, at enhver medarbejder kan imødekomme borgerens ønsker til livets afslutning rettidigt, at borgernes eventuelle ønsker hertil bliver dokumenteret.

Der var ved tilsynet ikke borgere, som blev interviewet om deres oplevelse af tryghed ved at tale med medarbejderne om ønsker til livets afslutning. Derfor er det noteret som ikke aktuelt i målepunktet.

Styrelsen har i vurderingen videre lagt vægt på, at såvel borgerne som pårørende gav udtryk for overordnet tilfredshed med den hjælp, de modtog fra plejeenheden. Borgerne gav yderligere udtryk for, at medarbejderne tog hensyn til borgernes ønsker og behov og så vidt muligt planlagde hjælpen efter disse.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden havde en praksis for at imødekomme borgernes individuelle ønsker og behov. Borgernes vaner og ønsker blev beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.

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

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne og en pårørende tilkendegav, at de oplevede, at der blev givet den hjælp til borgerne, som der var behov for. Borgerne og pårørende gav udtryk for at opleve, at der var en god tone og adfærd fra medarbejdernes side, og at de følte sig inddraget og respekteret.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for, hvorledes der kontinuerlig var fokus på samarbejdet med borger og pårørende. Ledelsen oplyste, at alle nye medarbejdere gennemgik introduktionsprogram, blandt andet med fokus på sidemandsoplæring i praksis og forskellige e-learning kurser.

Medarbejderne gav udtryk for, at de i det daglige arbejde bestræbte sig på, inden for de givne rammer, at tilgodese borgernes individuelle ønsker og generelt benyttede alle medarbejdere den motiverende tilgang i udførelsen af hjælp, pleje og omsorg.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede med at understøtte den enkelte borgers trivsel og relationer til pårørende og det omgivende samfund, blandt andet det der var dokumenteret aftaler med pårørende og der var fast kontaktperson tilknyttet hjemmet.

## **3. Målgrupper og metoder**

Styrelsen har fundet, at tre målepunkter ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at der manglede systematik i arbejdsgange til at understøtte opsporing af og opfølgning på ændringer i borgerens fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand. Eksempelvis manglede der opfølgning på den faglige overvejelse om at igangsætte en indsats med et væskeskema hos en borger.

I vurderingen er der yderligere lagt vægt på, at der i to ud af tre stikprøver manglede beskrivelser af den socialpædagogiske tilgang i forbindelse med den udførte hjælp, omsorg og pleje af borgere i relevante situationer. En borger gav udtryk for, at oplevede at skulle forklare hvilken hjælp, der skulle udføres, især når der kom vikarer. Gennemgang af dokumentationen viste, at der ikke var dokumenteret en beskrivelse af den pågældende borgers nedsatte funktionsevne. Ligeledes var der ikke dokumenteret, hvilke konkrete teknikker og metoder, der kunne anvendes for at støtte borgeren. Denne viden var således ikke tilgængelig for vikarer eller andre medarbejdere, som ikke var vant til at færdes i det pågældende hjem.

Ledelse og medarbejdere redegjorde videre for, at man i plejeenheden havde fokus på faglige arbejdsmetoder i forhold til forebyggelse af magtanvendelse. Der var for eksempel mulighed for at inddrage kommunens demenskonsulent ad hoc til sparring, undervisning og formidling af metoder i forhold til borgere med kognitive funktionsnedsættelser. Det var også muligt at benytte nøgleperson med viden om demens og hjerneskadecoordinator samt pædagoger med flere.

Der var i de tre stikprøver ikke borgere, hvor det var relevant, at beskrive hvilke faglige metoder og arbejdsgange der blev anvendt til at forebygge magtanvendelse. Derfor er det noteret som ikke aktuelt i målepunktet.

Det er styrelsens vurdering, at det er afgørende for at sikre den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje, at samtlige relevante medarbejdernes har indblik i borgerens situation og begrænsninger i funktionsevne. Det er endvidere styrelsens vurdering, at det er nødvendigt anvende relevante faglige metoder og arbejdsgange med henblik på at sikre forsvarlig og sammenhængende social- og plejefaglig indsats.

Det er videre styrelsens vurdering, at manglende aktuel dokumentation af de social- og plejefaglige tiltag kan have betydning for vurderingen af borgerens tilstand. Dette kan medføre forsinkelse i den forebyggende indsats og derved udgøre en risiko for, at der ikke ydes pleje af den fornødne kvalitet.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at plejeenheden havde fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand. Plejeenheden benyttede faste triageringsmøder to gange om ugen i forhold til opfølgning på eventuelle ændringer hos borgere, med det formål, at igangsætte relevante tiltag med udgangspunkt i borgernes behov. Sygeplejersken og ergoterapeut blev brugt som sparringspartnere i borgerrelaterede problemstillinger ad hoc.

Triagemøderne havde imidlertid alene fokus på de akutte borgere, hvorfor de øvrige, stabile borgere ikke blev gennemgået. Dette betød, at der ikke var et fokus på forebyggelse af ændringer i helbredstilstande og funktionstilstande hos disse borgere. Eksempelvis manglede der opfølgning på en påtænkt igangsat indsats med væskeskema. Idet de mere stabile borgere ikke blev systematisk triageret, er det styrelsens vurdering, at der manglende en helhedsorienteret indsats over for disse borgere, og at der ikke var det fornødne fokus på vidensdeling de forskellige fagligheder imellem.

Det er styrelsens vurdering, at denne praksis udgør en risiko for, at der ikke blev ydet hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet for samtlige borgere omfattet af plejeenheden. Det er styrelsens vurdering, at der i plejeenheden var kendskab til relevante faglige metoder, men at der manglede systematiske arbejdsgange til at understøtte anvendelsen og dokumentationen af disse metoder i de konkrete borgerforløb.

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

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt, idet det er styrelsens vurdering, at plejeenheden ved tilsynet ikke havde en organisering, som understøttede plejeenhedens løsning af kerneopgaverne.

Ledelsen redegjorde for en organisering, hvor opgaverne blev tilrettelagt under hensyntagen til borgernes behov for kontinuitet, plejens kompleksitet samt medarbejdernes kompetenceniveau, herunder tilknytning af fast kontaktperson. Plejeenheden havde endvidere planlæggere ansat med henblik på at sikre tilrettelæggelse af opgaverne med fokus på faglige kompetencer og den enkelte borgers behov.

Det blev dog under tilsynet tydeligt, at der manglede der systematiske arbejdsgange for opfølgning og evaluering af hjælp, pleje og omsorg for borgere, der havde langsom fremadskridende udvikling i helbreds- og funktionsevnetilstand.

Styrelsen har videre lagt vægt på, at det under tilsynet fremkom en manglende systematik i forhold til anvendelse af triage. Der var ikke udpeget en fast mødeleder, ligesom der ikke var en tydelig dagsorden for afholdelse af triagemødet. Triagen manglede systematik i arbejdsgange og vidensdeling i forhold til borgerens aktuelle ressourcer og udfordringer.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der var fokus på at gennemgå de borgere, som var triageret med et behov for en hurtig indsats, men der var ikke fastlagt et interval eller plan for, hvordan man som plejeenhed sikrede sig, at borgere med et ikke-akut behov for en indsats også blev prioriteret, og at der blev fulgt op på deres situation.

Det fremkom videre under interview med medarbejdere og ledelse, at det var personafhængigt, hvordan og hvornår der blev vidensdelt om aktuelle faglige udfordringer i forhold til borgernes situation. Der var ikke tydelige arbejdsgange for inddragelse af andre faggrupper i konkrete helbredsmæssige problemstillinger, f.eks. når der var påtænkt indsats med væskekema, eller når borgerne var kognitiv udfordret på f.eks. kommunikationsområdet.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden ved tilsynet fremstod med medarbejdere, som havde de fornødne kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver. Det er samtidig styrelsens vurdering, at plejeenhedens organisering ikke understøttede arbejdsgange for medarbejderne, som tilgodeså borgernes behov, idet der ikke var en fornøden vidensdeling mellem medarbejderne imellem, sådan at de relevante faglige kompetencer blev inddraget i den enkelte borgers forløb. I stedet kunne den enkelte medarbejder opleve at sidde alene med en problemstilling hos en borger. Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at borgere oplevede selv at skulle forklare, hvilken pleje der skulle udføres.

## **5. Procedurer og dokumentation**

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at i to ud af tre stikprøver manglede der beskrivelse af, hvilke socialpædagogiske tilgange medarbejderne skulle anvende i forbindelse med at yde hjælp, omsorg og pleje til de konkrete borgere. Eksempelvis manglede der beskrivelser af den pædagogiske tilgang for at fremme kommunikationen hos en borger. Ligeledes manglede der dokumentation af vurderingen og den eventuelle opfølgning ved en borger med identificeret problemstilling vedrørende faglige overvejelser om at igangsætte en indsats med et væskekema hos borgeren.

Det er styrelsens vurdering, at manglende aktuel dokumentation af de social- og plejefaglige tiltag kan have betydning for vurderinger af borgernes tilstand, da der er risiko for, at der opstår tvivl om, hvorvidt en ændring i funktionsevne og helbredstilstand er nyopstået eller ej. Dette kan medføre en forsinkelse i den forebyggende indsats, og deraf manglende pleje af fornøden kvalitet. Eksempelvis manglede der hos en borger beskrivelse af den forebyggende indsats for urinvejsinfektion.

Der var væsentlige problemer med dokumentationen, idet der i alle stikprøver ikke var tilstrækkelig systematisk dokumentation i forhold til at sikre sammenhæng mellem de forskellige faglige beskrivelser i funktionsevne, helbredstilstande og besøgsplan, herunder beskrivelser af de koordinerede forebyggende indsatser, hvorfor styrelsen vurderer, at dette udgør en betydelig risiko for, at plejen, hjælpen og omsorgen ikke har den fornødne kvalitet.

Det er endvidere styrelsens vurdering, at den manglende systematiske dokumentation af borgerens hjælp, omsorg og pleje i relevante situationer indebærer en betydelig risiko for, at udførelsen af den social- og plejefaglige hjælp ikke er sammenhængende og helhedsorienteret og derved ikke af fornøden kvalitet.

## **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 medarbejderne ikke kunne redegøre for, hvordan der blev fulgt op på og inddraget relevante træningselementer i den daglige pleje for at understøtte borgernes træningsforløb. Det blev under interview med medarbejdere og ledelse tydeligt, at der ikke var formaliserede arbejdsgange til at understøtte en faglig

vurdering, igangsætning og opfølgning på træningsforløb. Plejeenheden manglede arbejdsgange, der sikrer en koordineret indsats, når træningen blev varetaget som vederlagsfri fysioterapi, for at sikre opfølgningen således, at eventuelle træningselementer- og aktiviteter kunne blive inkorporeret i den daglige hjælp, pleje og omsorg.

Medarbejderne tilkendegav, at de generelt arbejdede med en hverdagsrehabiliterende tilgang, hvor medarbejderne tog afsæt i deres kendskab til den enkelte borger, samt havde fokus på borgernes fortsatte mulige udvikling eller fastholdelse af funktioner. Der var tilknyttet fast ergoterapeut i plejeenheden, som medarbejderne kunne bruge som sparringspartner med henblik på vurdering af et træningsforløb hos borgerne.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for systematiske arbejdsgange i forhold til tilrettelæggelse af de målrettede og tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb, der blev varetaget og koordineret af ergoterapeuten i plejeenheden, i samarbejde med de medarbejdere, der var hjemmetrænere. Der var opfølgning ved ergoterapeuten hver 14. dag i de konkrete træningsforløb.

Det er styrelsens vurdering, at de manglende arbejdsgange for opfølgning på træningsforløb og inddragelse af relevante træningselementer i den daglige hjælp, omsorg og pleje, udgjorde en risiko for den fornødne kvalitet, da det ikke var sikret, at hjælp, omsorg og pleje skete med fokus på borgernes ønsker, ressourcer og behov. Ved tilsynet var de udvalgte borgere ikke i genoptrænings- eller vedligeholdelsestrænings forløb og det er noteret som uaktuel i målepunktet.



# 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 borgeres 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		I tre ud af tre journaler var der ikke overordnet taget stilling til hvor i omsorgsjournalen dette skulle dokumenteres

## 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 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 funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug		X	Der manglede systematiske arbejdsgange til at understøtte kendskab og anvendelse af relevante metoder og arbejdsgange hos alle medarbejdere
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 to ud af tre journaler manglede der beskrivelser af den pædagogiske tilgang for udførelse af hjælp, pleje og omsorg. Hos en borger med afasi manglede beskrivelse af den pædagogiske tilgang for at fremme kommunikationen. Hos anden borger manglede beskrivelse af den pædagogiske tilgang ved f.eks. udførelsen af personlig hygiejne
E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur at borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller	X		

	misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger.				
--	-----------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

### 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		Der manglende systematik i arbejdsgange til at understøtte anvendelse af, og opfølgning på, ændringer i borgerens fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand. Hos en borger var registreret overvejelse om væskeskema, men der var ingen

					opfølgning og evaluering her på
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 var beskrevet at det blev overvejet med et væskeskema – opfølgning og evaluering var ikke mulig at følge

### 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		I en journal var beskrevet at det blev overvejet med et væskeskema – opfølgning og evaluering var ikke mulig at følge.  I anden journal manglede beskrivelse af den forebyggende indsats for urinvejsinfektion. Medarbejderne redegjorde for indsatsen i praksis.

# 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		<p>Ledelsen redegjorde for organiseringen, men det blev synligt, at der manglede systematiske arbejdsgange f.eks i forbindelse med afvikling af triage. Ligeledes manglede understøttelse af anvendelsen af de faglige metoder og systematiske arbejdsgange for vidensdeling, som er grundlaget for at sikre en koordineret og sammenhængende indsats hos alle borgere</p>
	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	X			

	dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne				
	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		Medarbejderne anvendte ikke plejeenhedens praksis for dokumentation. I to ud af tre journaler manglede opdaterede fyldestgørende social- og plejefaglige indsats.
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 to ud af tre journaler manglede beskrivelser af borgernes mentale funktioner og udfordringer her af
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsats er beskrevet		X		I to ud af tre journaler manglede der beskrivelse af de afledte social- og plejefaglige indsats. I en journal manglede beskrivelse af hvilke konkrete teknikker og metoder der kunne anvendes for at støtte kommunikation. Hos anden borger med kognitiv funktionsnedsættelse var ikke beskrevet tilgangen for hjælp, omsorg og pleje
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret	X			
	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			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål, samt arbejdsgangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§§83a og 83)	X			
D	D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål (§83a)	X			
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet (§83a)	X			
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne (§83a)			X	
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	X			

## 6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet			X	



B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgers forløb	X			
C	At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg		X		Medarbejderne tilkendegav, at det ikke altid var muligt at inddrage relevante træningselementer i den daglige hjælp omsorg og pleje, idet der manglede formaliserede arbejdsgange til at understøtte faglig vurdering, igangsætning og opfølgning på træningsforløb.
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			

# 3. Begrundelse for tilsynet

---

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

Formålet med tilsynet er at styrke det social- og plejefaglige tilsyn på ældreområdet samt vurdere om den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, den enkelte plejeenhed yder, har den fornødne kvalitet. Formålet er også at bidrage til læring i forhold til den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, der ydes i de enkelte plejeenheder.

I 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

## 4. 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 herunder eksempelvis i forbindelse med de gennemførte interviews med borgere, pårørende, medarbejdere og ledelse samt de foretagne stikprøver af borgeres omsorgsjournaler.

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.