



# Ældretilsynet tilsynsrapport Plejecentret Munke Mose, Odense

Reaktivt tilsyn, 2020

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Plejecentret Munke Mose, Odense  
Munke Mose Allé 4

5000 Odense C

CVR- eller P-nummer: 11918697

Dato for tilsynsbesøget: 2. juli 2020

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Syd  
Sagsnr.: 35-2511-164

# 1. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

## Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har d. 30. januar 2020 modtaget en bekymringshenvendelse. Af henvendelsen fremgår det, at personalet på friplejehjemmet Munke Mose følte sig utrygge i forhold til de faglige kompetencer der var tilstede på Munke Mose, og at bekymringer og oplevelser fra beboere og personale ikke blev håndteret hensigtsmæssigt af forstanderen for Munke Mose og af Munke Moses bestyrelse. Det angives, at situationen gik ud over beboernes trivsel på Munke Mose.

I henvendelsen er desuden beskrevet, at der manglede klare rammer for samarbejdet med Odense Kommunes akutteam, hvilket medførte u hensigtsmæssige situationer i forhold til at skaffe relevant faglig hjælp til beboerne i aften- og nattetimerne. Det er også beskrevet, at det var uklart for en medarbejder, hvor langt det sundhedsfaglige ansvar for borgerne og deres behandling rakte, i forhold til den/de ansatte sygeplejersker på Munke Mose, i deres egenskab som koordinatore.

I henvendelsen indgår udtalelse fra en tidligere medarbejder på Munke Mose, som blandt andet begrundet sin opsigelse med en øget tilgang af ufaglært personale, som den tidligere medarbejder oplevede, havde direkte indvirkning på kvaliteten af plejen til borgerne.

Styrelsen for Patientsikkerhed har derudover den 6. februar 2020 modtaget en bekymringshenvendelse fra en tidligere medarbejder, som udtrykte utryghed ved rammerne for samarbejdet med Odense Kommunes akutteam, og manglende sygeplejefaglige kompetencer i aften- og nattetimerne.

På baggrund af henvendelserne vurderede Styrelsen for Patientsikkerhed, at der var grundlag for at gennemføre et reaktivt ældretilsyn på Munke Mose med fokus på den fornødne kvalitet af hjælpen, plejen og omsorgen af borgerne.

## Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på målepunkter for ældretilsynet på plejecentre, hjemmeplejeenheder og midlertidige pladser:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død
- Trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedurer og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

# Relevante oplysninger

## Oplysninger om plejeenheden

- Munke Munke Mose er et friplejehjem beliggende i Odense Kommune. Plejehjemmet blev friplejehjem i begyndelsen af 2019. Munke Mose var tidligere en selvejende institution med driftsoverenskomst med Odense Kommune. Dette ophørte, da plejehjemmet blev friplejehjem
- Friplejehjemmet Munke Mose er en del af Menighedsplejen ved Diakonisser i Odense, som ejer og driver to plejehjem, Provstegaardshjemmet og Munke Mose. De to plejehjem har hver sin bestyrelse
- På Munke Mose bor 50 borgere fordelt på to etager
- Boligerne visiteres af en kommunal visitationsenhed. Herefter kan plejecenteret tilbyde plads til borgere på ventelisten ud fra hensynet til borgerens individuelle behov og udfordringer
- Borgerne udgør en blandet målgruppe af mennesker med fysiske, psykiske og kognitive funktionsnedsættelser
- Der er ansat cirka 47 medarbejdere; to sygeplejersker, heraf en nyansat udviklingssygeplejerske og en vakant stilling. Desuden en ergoterapeut, en fysioterapeut, social og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygehjælpere og en pædagog. Der er tilknyttet cirka 15 faste afløsere, som dækker ved ferie og sygdom
- Der er aftale med Odense Kommunes akutteam om sygeplejefaglig bistand i akutte situationer
- Der er en fast tilknyttet plejhjemslæge, som kommer på plejehjemmet to gange om ugen
- Den daglige ledelse blev varetaget af forstander Anette Nørgaard Christensen. Hun har været ansat i cirka et år og har en faglig baggrund som social- og sundhedsassistent og som diakon, samt uddannelse inden for økonomi
- Det anvendte dokumentationssystem er Nexus. Plejeenheden var ikke overgået til Fællessprog III.

## Om tilsynet

- Tilstede ved tilsynet var forstander Anette Nørgaard Christensen, en udviklingssygeplejerske, en centersygeplejerske, en ergoterapeut og to sygehjælpere
- Der blev gennemgået to borgerjournaler
- Der blev interviewet fem borgere
- Der blev interviewet to pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - Anette Nørgaard Christensen, forstander
- Der blev foretaget interview med to medarbejdere
  - En ergoterapeut
  - En sygehjælper
- Der blev foretaget observationer ved, at tilsynet observerede aktiviteter i fællesområder og medarbejdernes interaktion med beboerne i forbindelse med interview
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til personale og ledelse
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne: Inge Pedersen, Sidsel Rohde og Tina Kolding.

## Øvrigt

- Der blev samme dag gennemført et reaktivt sundhedsfagligt tilsyn på Munke Mose med fokus på patientsikkerheden. Der er udarbejdet særskilt rapport og afgørelse for det sundhedsfaglige tilsyn.

## 2. Vurdering og sammenfatning

---

### Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 3. september 2020 gennemført en partshøring af Fripleshjemmet Munke Mose på baggrund af udkast til tilsynsrapport og afgørelse om påbuddet. Styrelsen har ikke i høringsfasen modtaget bemærkninger fra Munke Mose, hvilket derfor ikke giver anledning til ændringer i tilsynsrapporten eller i afgørelsen om påbud.

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der samlet set er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet i Fripleshjemmet Munke Mose.

Vi har derfor den 6. september 2020 givet plejeenheden påbud om senest 14 dage fra afgørelsen at opfylde nærmere fastsatte krav som er gennemgået i påbuddet for at bringe de konstaterede problematiske forhold i orden.

Påbud offentliggøres på [stps.dk](https://stps.dk). Når vi ved et opfølgende tilsyn konstaterer, at et påbud er blevet efterlevet, fjernes påbuddet fra hjemmesiden.

### Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 2. juli 2020 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, Trivsel og relationer, Målgrupper og metoder, Organisation, ledelse og kompetencer, Procedurer og dokumentation samt Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet der blev fundet mangler inden for alle temaerne i styrelsens målepunktssæt og som har betydning for den fornødne kvalitet i hjælpen, omsorgen og plejen.

Vi har i vurderingen lagt vægt på, at der ikke var en fastlagt praksis, der sikrede, at alle borgere fik mulighed for at udtrykke deres eventuelle ønsker til livets afslutning.

Vi har i vurderingen endvidere lagt vægt på, at de adspurgte borgere og pårørende samstemmende udtrykte, at vikarer og afløsere ikke i tilstrækkelig grad kendte borgerne og deres ønsker og behov for hjælp, omsorg og pleje. Beskrivelserne af borgernes ressourcer og funktionstab, ønsker og behov for hjælp og pleje, samt aftaler med pårørende, var usystematiske og mangelfulde, og der manglede i nogle tilfælde relevante vurderinger af borgernes behov for forebyggende indsatser.

Vi har i vurderingen desuden lagt vægt på, at der manglede faglige metoder og systematiske arbejdsgange, der sikrede, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser og misbrugsproblematikker fik relevant hjælp, omsorg og pleje, som tog højde for borgernes særlige behov i forbindelse hermed. Derudover har vi tillagt det vægt, at der manglede metoder til systematisk opsporing af ændringer i borgernes tilstand og deres behov for forebyggende indsatser.

Der er i vurderingen endvidere lagt vægt på, at der ikke var en praksis for, at borgernes mål for hjælp og pleje blev indhentet og fastlagt og dermed vurderer vi, at medarbejderne ikke kunne inddrage denne viden i deres tilrettelæggelse af den daglige hjælp. Plejeenheden tilbød ikke målrettede rehabiliteringsforløb til borgerne.

På baggrund af ovenstående gennemgående mangler vurderer vi, at plejeenhedens organisering samlet set ikke i tilstrækkelig grad understøtter plejeenhedens varetagelse af kerneopgaver.

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgere og pårørende samstemmende tilkendegav, at de generelt oplevede selvbestemmelse i hverdagen, og at kultur, tone og adfærd blandt ledelse og medarbejdere understøttede borgernes værdighed.

Vi har tillagt det vægt, at ledelse og medarbejdere under tilsynsbesøget var imødekommende, reflekterende og redegjorde for, at den nyansatte udviklingspsygeplejerske skulle stå for at sikre arbejdet med kvalitet og udvikling i plejeenheden, herunder det forestående arbejde med at indføre TOBS og triagering (tidlig opsporing af begyndende sygdom), samt Fællessprog III og undervisning i demens, der kunne medvirke til at imødekomme manglerne i den fornødne kvalitet.

Det er styrelsens samlede vurdering, at ovenstående gennemgående fund samlet udgør en ikke ubetydelig risiko for, at hjælpen, omsorgen og plejen ikke har den fornødne kvalitet i plejeenheden.

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

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

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

I vurderingen er lagt vægt på, at der ikke i plejeenheden var en fast praksis, der sikrede, at alle borgere blev inviteret til en samtale om deres eventuelle ønsker til livets afslutning. Emnet blev først taget op, når borgerne nærmede sig den sidste levetid. Der var således ikke en praksis der tidsmæssigt sikrede, at alle borgernes ønsker til livets afslutning, blev indhentet imens borgerne var i stand til at gøre rede for deres ønsker. Pårørende oplyste, at der var fravalgt genoplivning på sygehuset under en indlæggelse. Den pårørende formodede, at medarbejderne var bekendt med dette fravalg. Medarbejderne var under tilsynet ikke

bekendt med, at borgeren fravalgte genoplivning. Der var ikke talt med borgeren om emnet efter indflytning, og det var ikke beskrevet.

I den udstrækning medarbejderne kendte til beboernes ønsker for livets afslutning blev dette dokumenteret i borgernes omsorgsjournal. Der var en fastlagt praksis for, hvor ønsker blev beskrevet, så det kunne fremfindes når det var aktuelt.

Vi vurderer, at plejeenhedens praksis med at vente med samtalen med borgeren om ønsker til livets afslutning, indtil borgerne nærmede sig den sidste levetid betyder, at ikke alle borgere vil være i stand til at give udtryk for deres eventuelle ønsker til livets afslutning på grund af deres tilstand. Dermed er borgernes selvbestemmelse i forhold til ønsker i forbindelse med deres sidste levetid ikke behørigt sikret.

Plejeenheden afholdte indflytningssamtaler. Medarbejdere og ledelse redegjorde for, at der var fokus på, hvad som havde betydning for den enkelte borger, og at borgernes vaner og ønsker blev beskrevet. Denne viden blev ikke altid tilstrækkeligt delt med nye og skiftende afløsere. Afløsere og vikarer havde adgang til den elektroniske omsorgsjournal, men beskrivelserne var opdelt mellem den elektroniske journal og en mappe med papirskemaer, hvor oplysninger om hjælp, omsorg og pleje i aftentimerne fremgik. Der var ikke krydshenvisning mellem omsorgsjournalen og dokumentationen i mappen. Vi vurderer, at afløsere om aftenen derfor ikke blev tilskyndet til at læse den mere uddybende beskrivelser af borgerne og deres vaner og ønske i den elektroniske journal, men alene brugte mappen.

Plejeenheden havde fokus på at skabe tryghed for borgerne og deres pårørende i plejen ved livets afslutning. Sygeplejersken og det palliative team var inddraget i plejen ved behov.

Det er styrelsens vurdering, at borgerne oplevede selvbestemmelse i hverdagen, og at der var en værdig tone og kultur i plejeenheden.

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

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

I vurderingen er lagt vægt på, at flere borgere gav udtryk for, at de oplevede, at der var mange skiftende medarbejdere og nye afløsere. Disse personaler havde ikke i tilstrækkelig grad kendskab til, hvordan borgeren ønskede at få hjælp, omsorg og pleje, hvilket påvirkede borgernes trivsel og livskvalitet negativt. Aftaler med pårørende var ikke beskrevet i den social- og plejefaglige omsorgsjournal.

Pårørende fortalte, at de oplevede sig inddraget og velkomne i plejeenheden blandt andet ved fællesarrangementer, ligesom der var borger/pårørenderåd i plejeenheden. Plejeenheden havde tilbud om aktiviteter i form af for eksempel musik og sang, banko, wellness, ligesom borgerne blev tilbudt gåture og oplevelser i nærmiljøet.

## **3. Målgrupper og metoder**

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at pårørende til borger med kognitiv funktionsnedsættelse oplevede, at medarbejderne ikke altid var klar over, hvilken tilgang de skulle have til borgeren for at fremme dennes trivsel og for at undgå forvirring. Der var ikke fastlagte metoder og arbejdsgange i plejeenheden for, hvordan

hjælp, omsorg og pleje skulle tilrettelægges til borgere med særlige behov. I vurderingen er lagt vægt på, at der i to ud af to stikprøver manglede beskrivelser af den socialpædagogiske tilgang i forbindelse med den udførte hjælp, omsorg og pleje af borgere i relevante situationer. Ved interview kunne de faste medarbejdere delvist redegøre for, hvordan borgerne skulle have hjælp, omsorg og pleje tilpasset borgerens særlige behov. Denne viden var personafhængig fordi, det var de medarbejdere, der var fast tilknyttet en borger, som havde kendskab til, hvilke socialpædagogiske virkemidler, der skulle benyttes i plejen af borgeren. Vi vurderer, at denne viden ikke i tilstrækkelig grad var tilgængelig for vikarer og afløsere, da ikke var beskrivelser heraf i borgernes omsorgsjournaler.

Plejeenheden havde ikke fastlagte metoder og arbejdsgange for, hvordan medarbejderne skulle tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med særlige behov således, at magtanvendelse kunne forebygges. Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at der var fokus på at skabe tryghed omkring borgeren og benytte fast personale i hjælpen, plejen og omsorgen for borgere tilhørende målgruppen. Ledelse og medarbejdere kunne ikke nærmere redegøre for, hvilke faglige metoder, der blev benyttet til at skabe tryghed hos målgruppen af borgerne. Ved behov, havde plejeenheden mulighed for at benytte eksterne konsulenter til at imødekomme særlige behov hos borgere og derved være med til at forebygge magtanvendelse.

Der var ingen af stikprøverne, hvor der aktuelt var behov for forebyggelse af magtanvendelse, hvorfor målepunktet omkring dokumentation af dette er vurderet, som værende ikke aktuelt.

Plejeenheden havde ikke arbejdsgange og metoder til systematisk at opspore og følge op på ændringer i borgernes tilstand. Der var en fast praksis for, at observationer af ændringer blev dokumenteret, men opfølgning blev ikke systematisk dokumenteret. Det er vores vurdering, at manglende beskrivelser af borgernes aktuelle tilstand betyder, at nye medarbejdere, afløsere og vikarer derfor havde vanskeligt ved at opspore ændringer i borgerenes tilstand. Vi vurderer, at dette udgør en ikke ubetydelig risiko for, at ændringer i borgernes tilstand, som har betydning for borgernes behov for pleje, omsorg og hjælp ikke opdages og videregives rettidigt.

Det er styrelsens vurdering, at det er afgørende for den fornødne kvalitet, at en plejeenhed har fastlagte metoder og arbejdsgange, der sikrer, løbende stillingtagen til borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje, og hvordan hjælp og pleje skal tilpasses den enkelte borger ud fra aktuelle ressourcer og funktionsnedsættelser. Dette er afgørende for, at funktionsevnetab og forringet helbred kan forebygges og håndteres på tilstrækkelig vis.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for metoder og arbejdsgange til forebyggelse af inkontinens, uplanlagt væggtab, fald, dehydrering og dårlig mundhygiejne. Under tilsynet blev der fundet mangler i forhold til stillingtagen til relevante forebyggende tiltag for nogle af borgerne. Desuden i forhold til beskrivelse af de relevante forebyggende tiltag og tilgængeligheden til disse oplysninger. Vi vurderer, 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.

Plejeenheden havde en aftale og et samarbejde med Odense Kommune om tilkøb af sygepleje i aften og nattimer. Desuden var en aftale med kommunens akutteam om sygeplejefaglig bistand i akutte situationer. En læge fast var tilknyttet de borgere, som ønskede det i plejeenheden. Der var endvidere et samarbejde med diætister og omsorgstandplejen og andre samarbejdspartnere ved behov.



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

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

Medarbejderne redegjorde for, at de mange afløsere i plejeenheden, specielt i ydertimerne havde en negativ indvirkning på kvaliteten i plejen af borgerne. Borgerne udtrykte, at der ofte var vikarer, afløsere og nye medarbejdere i plejeenheden. Dette udgjorde særligt et problem i aftentimerne, hvor det faste personale havde til opgave at sikre afløsernes relevante kendskab til borgernes behov for hjælp, pleje og omsorg. Både medarbejdere og beboere udtrykte, at det faste personale havde svært ved at få tid til at sikre at afløserne havde tilstrækkelig viden om borgernes behov. Vi vurderer, at afløsere og vikarer derfor ikke havde tilstrækkelig viden om borgernes ønsker og behov for hjælp, pleje og omsorg. Det blev under tilsynet tydeligt, at der manglede systematiske arbejdsgange og faglige metoder for vurdering, beskrivelser og evaluering af borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje. Vi vurderer, at organiseringen ikke i tilstrækkelig grad understøttede plejeenhedens varetagelse af kerneopgaver.

På baggrund af medarbejdernes tilkendegivelser omkring udfordringer med mange afløsere samt borgernes oplevelser i forbindelse hermed vurderes det, at introduktionen af afløserne i forhold til kendskab til borgernes ønsker og behov for hjælp var mangelfuld. Vi vurderer derfor, at afløserne manglede de fornødne kompetencer til kunne sikre, at borgerne fik relevant hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden var sammensat tværfagligt og havde fokus på at styrke samarbejdet på tværs i plejeenheden. Ledelsen havde fokus på problemet med afløsere og vikarer og havde fået igangsat et arbejde med at få etableret en fast stab af afløsere, som primært var studerende fra forskellige sundhedsfaglige uddannelser.

Plejeenheden havde et velfungerende samarbejde med Odense Kommune og havde mulighed for at gøre brug af Odense Kommunes akutteam i aften- og nattetimerne. Dette samarbejde skulle efter sommerferien udvides til at omfatte mulighed for ved behov at kunne trække på den kommunale sygepleje. I dagtimerne blev sygeplejen varetaget af plejeenhedens egne sygeplejersker. Aften og nat var der altid planlagt tilstedeværelse af en social- og sundhedsassistent.

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

Styrelsen har fundet, at målepunktet ikke var opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at beskrivelser af borgernes behov og ønsker for hjælp, omsorg og pleje blev ført i den elektroniske omsorgsjournal i forhold til beskrivelse af hjælpen i dag- og nattetimerne. Hjælpen i aftentimerne var derimod beskrevet på et særskilt papirskema, som lå i en mappe. I papirskemaet beskrev aften – og nattevagten den praktiske udførelse af opgaver hos borgeren. Disse beskrivelser blev ikke ført i den elektroniske omsorgsjournal. Borgerens ønsker og vaner fremgik ikke af papirskemaet. Der var ikke krydshenvisninger mellem papirskemaet og den elektroniske dokumentation.

I to ud af to stikprøver manglede fyldestgørende beskrivelser. Eksempelvis manglede beskrivelse af borgers mentale funktioner, selvforståelse og identitet i relation til det levede liv. Desuden, at borgeren fik vederlagsfri fysioterapi.

I to ud af to stikprøve fremgik borgerens mål for personlig og praktisk hjælp ikke.

Afvigelser fra planlagte indsatser blev dokumenteret på et særskilt papirskema. Det fremgik ikke af den elektroniske dokumentation, og der var ikke krydshenvist mellem papirskemaet og den elektroniske journal.

Det er styrelsens vurdering, at tilstedeværelsen af et papirskema med dokumentation af indsatser i aftenvagten havde betydning for, at nye medarbejdere og afløsere ikke orienterede sig i den elektroniske journal, som var mere dybdegående i beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje i overensstemmelse med borgernes behov, vaner og ønsker.

Styrelsen vurderer, at tilstedeværelsen af papirskemaer i borgernes boliger og på medarbejdernes kontor, uden krydshenvisning til den elektroniske omsorgsjournal betød, at medarbejderne ikke hurtigt og effektivt kunne skabe sig et aktuelt og fuldstændigt overblik over borgernes tilstand og dermed borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje.

Det er styrelsens vurdering, at der var væsentlige problemer i forbindelse med dokumentationen, idet der i alle stikprøver manglede tilstrækkelig systematisk dokumentation i forhold til at sikre sammenhæng mellem de forskellige faglige beskrivelser i funktionsevne, helbredstilstande og døgnrytmeplan, herunder beskrivelser af de koordinerede forebyggende indsatser, hvorfor styrelsen vurderer, at dette udgør en ikke ubetydelig 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 risiko for, at udførelsen af den social- og plejefaglige hjælp ikke er aktuel, sammenhængende og helhedsorienteret og dermed ikke har den fornødne kvalitet.

Vi har lagt vægt på, at manglerne betød, at medarbejderne skulle have et personligt kendskab til borgernes behov for at kunne yde for hjælp, pleje og omsorg med fornøden kvalitet, og således, at ændringer i borgernes tilstand kunne opdages i rette tid og reageres relevant herpå. Der er lagt vægt på, at borgere og medarbejdere oplevede, at der var et stort behov for, at vikarer og afløsere dækkede vagter, og at der ikke var tilstrækkelig tid og ressourcer i plejeenheden til at sikre, at alle afløsere og vikarer havde nødvendig viden om borgernes aktuelle behov og ønsker for hjælp, pleje og omsorg, hvorfor hjælpen, plejen og omsorgen var personafhængig.

## **6. Aktiviteter og rehabilitering**

Styrelsen har fundet, at der var tre målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgere og pårørende ikke oplevede, at de blev inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp. Der var ikke fastlagte arbejdsgange i plejeenheden for, hvordan der skulle indhentes og fastsættes mål for personlig og praktisk hjælp.

Ledelsen redegjorde for, at de gennem plejen understøttede borgernes mulighed for at være mest muligt selvhjulpne, men at plejeenheden ikke havde tilbud om systematiske og målrettede rehabiliteringsforløb til borgere, der eventuelt havde ønske om at nå et bestemt mål for at fungere bedre og blive mere selvhjulpne i hverdagen. Der er desuden lagt vægt på, at medarbejderne oplevede, at de manglede viden om borgernes individuelle ønsker for meningsfuld aktivitet.

Det er styrelsens vurdering, at det er afgørende, at borgernes mål for hjælp, omsorg og pleje samt borgernes eventuelle behov for rehabiliteringsforløb inddrages i tilrettelæggelsen af hjælpen således, at hjælpen bedst muligt understøtter, at borgeren kan være så selvhjulpne som muligt.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden havde fokus på at tilbyde hjælp med rehabiliterende sigte til borgerne. Ved udførelsen af hjælp og pleje blev borgerne støttet i at klare mest muligt selv. Vi vurderer også, at borgerne ved behov fik tilbud om træning af plejeenhedens fysioterapeut, ligesom der var et samarbejde med fysioterapeuterne om at inddrage træningen i plejen, når det var relevant for borgerne. Ingen af borgerne i stikprøverne var i et træningsforløb, hvorfor punktet vedrørende borgernes perspektiv og dokumentation af disse forløb er derfor vurderet som ikke aktuelt

Det er også vores vurdering, at borgerne oplevede, at de havde mulighed for at deltage i de aktiviteter de ønskede, som eksempelvis wellness, banko, musik og sang og gåture. Samtidigt oplyste medarbejderne dog, at de manglede viden om borgernes individuelle ønsker til meningsfulde aktiviteter.

## Krav

Fundende ved tilsynet giver anledning til at Styrelsen for Patientsikkerhed **stiller følgende krav:**

- At plejeenheden sikrer, at der er en fastlagt praksis for at give alle borgerne mulighed for at udtrykke deres eventuelle ønsker til livets afslutning (Målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer, at borgerne så vidt muligt oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som de ønsker (Målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at aftaler med pårørende er beskrevet og kan fremfindes af (alle) medarbejderne (Målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at de har faglige metoder og arbejdsgange til at tilrettelægge hjælp til borgere med særlige behov (Målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender de faglige metoder og arbejdsgange til at tilrettelægge hjælp til borgere med særlige behov (Målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer beskrivelser af hjælp til borgere med kognitive funktionsnedsættelser i relevante situationer (Målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer, at plejeenheden har metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse (Målepunkt 3.2)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender faglige metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse (Målepunkt 3.2)
- At plejeenheden sikrer, at plejeenheden arbejder systematisk med opsporing og opfølgning på ændringer af borgernes tilstand (Målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at dokumentation af borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgningen herpå fremgår af borgernes omsorgsjournaler (Målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer beskrivelser af indsatser rettet mod forebyggelse af fald, væggtab, dårlig mundhygiejne, tryksår, dehydrering og inkontinens (Målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at organiseringen understøtter kerneopgaverne (Målepunkt 4.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer (Målepunkt 4.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen (Målepunkt 4.1)
- At plejeenheden sikrer, at dokumentationspraksis understøtter sammenhængende indsatser (Målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer beskrivelse af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer (Målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer indhentning og dokumentation af borgernes mål for hjælpen (Målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer dokumentation af afvigelser i indsatserne (Målepunkt 5.1)

- At plejeenheden sikrer, at borgerne og de pårørende så vidt muligt bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§ 83) (Målepunkt 6.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerne tilbydes rehabiliteringsforløb (§ 83a) (Målepunkt 6.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og følger arbejdsgangene for rehabiliteringsforløb (Målepunkt 6.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for at deltage i meningsfulde aktiviteter (Målepunkt 6.3).

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 6. september udstedt et påbud om, at plejeenheden skal opfylde disse krav.

# 3. 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		<p>Emnet blev taget op, når borgerne nærmede sig den sidste levetid. Der var således ikke en praksis der sikrede, at alle borgere blev inviteret til en samtale om ønsker til livets afslutning på et tidspunkt, hvor borgerne stadig var i stand til at gøre rede for deres eventuelle ønsker.</p> <p>En pårørende oplyste at livsforlængende behandling var fravalgt i forbindelse med en indlæggelse. Den pårørende formodede at dette også var gældende på plejehjemmet. Oplysninger om fravalg af genoplivning fremgik ikke af borgerens omsorgsjournal og medarbejderne var ikke bekendte med at dette havde været et ønske eller om borgeren fortsat ikke ønskede genoplivning.</p>
	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		Flere borgere oplevede, at der kom mange nye og skiftende medarbejdere og afløsere. Borgerne oplevede ofte, at nye medarbejdere og afløsere ikke vidste, hvordan borgeren ønskede at få hjælp, pleje og omsorg.
	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 to omsorgsjournaler fremgik aftaler med de pårørende

					<p>ikke af borgernes dokumentation.</p> <p>Det drejede sig om en besøgsven, der læste breve i e-boks for en borger.</p> <p>Desuden en ægtefælle, der stod for økonomien og indkøb og skulle inddrages ved lægekontakt, og medarbejderne skulle bruge en kontaktbog i kommunikationen med ægtefællen.</p>
--	--	--	--	--	--

## 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		En pårørende til en borger med kognitiv funktionsnedsættelse oplevede, at medarbejderne ikke altid var klar over, hvilken tilgang de skulle have til borgeren for at fremme dennes trivsel og undgå frustrationer hos borgeren.
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		Der var ikke fastlagte metoder og arbejdsgange i plejeenheden for, hvordan man skulle tilrettelægge hjælp omsorg og pleje til borgere med særlige behov.



C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktions-evnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug		X		Der var ikke fastlagte metoder og arbejdsgange i plejeenheden for, hvordan man skulle tilrettelægge hjælp omsorg og pleje til borgere med særlige behov.
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		Ved aktuelt misbrugsadfærd var det beskrevet, at personalet skulle prøve at minimere forbruget, men der var ingen anvisning til hvordan.  Hos en borger med kognitiv funktionsnedsættelse var det ikke beskrevet, at borgeren reagerede med frustration ved for mange spørgsmål. og hvordan man skulle hjælpe, hvis borgeren var ked af det eller vred.
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		Plejeenheden havde ikke fastlagte metoder og arbejdsgange for, hvordan man skulle tilrettelægge hjælp omsorg og pleje til borgere med særlige behov, så

					<p>magtanvendelse kunne forebygges.</p> <p>Der var fokus på at skabe tryghed og benytte fast personale til målgruppen. Der kunne desuden benyttes eksterne konsulenter.</p>
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse		X		Der var ikke fastlagte metoder og arbejdsgange i plejeenheden for, hvordan man skulle tilrettelægge hjælp omsorg og pleje til borgere med særlige behov, så magtanvendelse kunne forebygges.
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	Der var ikke på tilsynsdagen borgere, som kunne være omfattet af målepunktet.

### 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		<p>Der var en fast praksis for, at observationer af ændringer blev dokumenteret, men opfølgning på dette blev ikke systematisk dokumenteret.</p> <p>Der manglede beskrivelser af borgernes aktuelle tilstand, som vanskeliggjorde at nye medarbejdere eller afløsere kunne</p>

					opdage eventuelle ændringer.
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		Opfølgning på observerede ændringer blev ikke systematisk dokumenteret.  Der manglede i nogle beskrivelser af borgernes vanlige tilstand, som vanskeliggjorde at nye medarbejdere eller afløserne kunne opdage eventuelle ændringer i borgernes tilstand.
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen		x		I to ud af to omsorgsjournaler manglede dokumentation for, at der var fulgt op på ændringer i borgernes tilstand. Det drejede sig eksempelvis om manglende opfølgning på et hudproblem og et afføringsproblem.

### 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	X			

	uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne				
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet		X		<p>Hos en borger, med kognitiv funktionsnedsættelse, var der ikke taget stilling til behov for tandlægebesøg.</p> <p>Samme borger blev regelmæssigt vejlet. I omsorgsjournalen var vægten ikke angivet de seneste tre måneder. Medarbejderne forklarede, at vægten blev ført på et papirskema, men dette var der ikke henvist til i den elektroniske journal.</p> <p>Hos en anden borger var tiltag i forhold til at forebygge afføringsinkontinens ikke beskrevet.</p>

## 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		Det blev under tilsynet tydeligt, at der manglede systematiske arbejdsgange og faglige metoder for vurdering beskrivelser og evaluering af borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje. Vi vurderer

					derfor at organiseringen ikke i tilstrækkelig grad understøttede plejeenhedens varetagelse af kerneopgaver.
	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		Medarbejderne gav udtryk for, at afløserne manglede viden om borgerne særligt i aftentimerne, hvor det faste personale havde til opgave at sikre afløsernes kendskab til borgerne. Dette oplevede de var svært at få tid til.
	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		Medarbejderne gav udtryk for, at afløserne manglede viden om borgerne særligt i aftentimerne, hvor det faste personale havde til opgave at sikre afløsernes kendskab til borgerne. Dette oplevede de var svært at få tid til.

## 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		X		Den fastlagte dokumentationspraksis understøttede ikke at

	hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne				viden blev delt mellem medarbejderne, da afløsere i aften-vagt kun orienterede sig i et papirskema hvor hjælp og pleje var beskrevet. Der var ikke krydshenvist til papirjournalen og den elektroniske journal.
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats		X		Beskrivelser af borgernes behov og ønsker for hjælp og pleje blev ført i den elektroniske omsorgsjournal i forhold til hjælp dag og nat. For aftenhjælpen var det beskrevet på et særskilt papirskema i en mappe. Papirskemaet beskrev den praktiske udførelse af opgaver hos borgeren, men borgerens ønsker og vaner fremgik ikke.  Der var ikke krydshenvist til papir- og den elektroniske dokumentation.
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 to ud af to omsorgsjournaler manglede fyldestgørende beskrivelser. Eksempelvis manglede der beskrivelse af en borgers mentale funktioner, selvforståelse og identitet i relation til det levede liv. Desuden at borgeren fik vederlagsfri fysioterapi.

	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet	X			
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret		X		I to ud af to stikprøver fremgik borgerens mål for personlig og praktisk hjælp ikke.
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede		X		Afvigelser fra planlagte indsatser blev dokumenteret på et særskilt papirskema. Det fremgik ikke af den elektroniske dokumentation, og der var ikke henvist til papirskemaet.

## 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		Borger og pårørende oplevede ikke, at de blev inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp.
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		Ledelsen redegjorde for, at plejeenheden ikke tilbød målrettede rehabiliteringsforløb.

	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)		X		Der var ikke en praksis for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp.
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål, samt arbejdsgangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§§83a og 83)		X		Der var ikke fastlagte arbejdsgange for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp.
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		Ledelsen redegjorde for, at plejeenheden ikke tilbød målrettede rehabiliteringsforløb.
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet (§83a)		X		
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne (§83a)		X		
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83a)		X		

## 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	X			



	disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg				
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		Medarbejderne udtrykte, at de manglede viden om borgernes individuelle ønsker til meningsfulde aktiviteter.
	C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter	X			

# 4. 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

# 5. 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