

Ældrecenter Lynggården  
Østergade 30

9850 Hirtshals

## Styrelsen for Patientsikkerhed ophæver påbud

16. december 2019

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte den 28. maj 2019 et påbud til Ældrecenter Lynggården. Ved et opfølgende, reaktivt tilsynsbesøg den 2. juli 2019 fandt styrelsen grundlag for at fastholde påbuddet af 28. maj 2019 og samtidig udstede endnu et påbud.

Sagsnr. 35-2511-61/  
Reference ALMS  
T +4572229022  
E

Påbuddene havde følgende indhold:

- 1) At plejeenheden sikrer, at der anvendes faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet,
- 2) At plejeenheden sikrer en dokumentation, der understøtter, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet,
- 3) At plejeenheden sikrer, at plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver,
- 4) At plejeenheden sikrer, at der fastsættes mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte, herunder

Det blev ved begge afgørelser besluttet, at påbuddet kunne ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed ved et nyt tilsynsbesøg, jf. servicelovens § 150 har konstateret, at påbuddet blev efterlevet.

Styrelsen var herefter på et opfølgende tilsynsbesøg hos Ældrecenter Lynggården den 3. december 2019.

Ved dette tilsynsbesøg kunne styrelsen konstatere, at Ældrecenter Lynggården siden de to tidligere tilsynsbesøg havde arbejdet fokuseret og systematisk med alle målepunkterne. Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden har rykket sig siden tilsynsbesøgene, således at der ikke længere er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet.

I vurderingen er der lagt vægt på, at Ældrecenter Lynggårdens ledelse kunne redegøre for faglige metoder og systematiske arbejdsgange med tværfaglige samarbejdsfora, ligesom der var fokus på kompetenceudvikling hos medarbejderne. Medarbejderne kunne ligeledes redegøre for relevante faglige metoder eksempelvis med henblik på at følge op på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand.

Styrelsen for Patientsikkerhed

Islands Brygge 67  
2300 København S  
Tlf. +45 7228 6600  
Email [stps@stps.dk](mailto:stps@stps.dk)

[www.stps.dk](http://www.stps.dk)

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at Ældrecenter Lynggården havde udarbejdet en ny dokumentationspraksis, således at borgernes dokumentation fremstod aktuel, opdateret og sammenhængende. Der var således beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer, samt mål for borgernes personlige pleje og praktiske hjælp af den fornødne kvalitet.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens siden de to tilsynsbesøg havde fået fokus på sammenhæng mellem de to plejeenheder, således at der nu var en tydelig sammenhængende indsats mellem de faste og de midlertidige pladser, som bl.a. kom til udtryk gennem de fælles triagemøder. Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at det ved tilsynsbesøget den 3. december 2019 fremgik, at den igangværende proces, som påbuddene havde iværksat, havde givet tydelighed omkring opgave- og ansvarsfordelingen, eksempelvis i forhold til, hvilke dokumentationsopgaver de forskellige faggrupper skulle varetage.

Det er således styrelsens vurdering, at plejeenhedens organisering understøttede plejeenhedens kerneopgaver både ved de faste og de midlertidige pladser på Ældrecenter Lynggården.

På baggrund af ovenstående har Styrelsen for Patientsikkerhed dags dato ophævet påbuddene til Ældrecenter Lynggården.

Styrelsen forudsætter, at Ældrecenter Lynggården fortsat overholder gældende lovgivning, herunder de krav, som påbuddene var udtryk for.

Styrelsen har på denne baggrund fjernet påbuddene fra styrelsens hjemmeside, ligesom tilsynsrapporterne er skiftet ud med tilsynsrapport fra tilsynsbesøget den 3. december 2019.

Med venlig hilsen

Alberte Munkesø Storm  
Fuldmægtig, cand. jur.  
Styrelsen for Patientsikkerhed  
Sundhedsjura



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# **Ældretilsynet Tilsynsrapport Ældrecenter Lynggården**

Reaktivt tilsyn, 2019

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

**Ældrecenter Lynggården  
Østergade 30**

**9850 Hirtshals**

CVR- eller P-nummer: 1003379086

Dato for 3. december 2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord  
Sagsnr.: 5-9513-29/1

# 1. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

## Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte den 28. maj 2019 et påbud til Ældrecenter Lynggården. Der blev foretaget reaktiv opfølgende tilsyn den 2. juli 2019, hvor styrelsen på baggrund af tilsynsbesøget på Ældrecenter Lynggården fastholdt påbuddet fra den 28. maj 2019 og yderligere udstedte et påbud. Påbuddet havde følgende indhold:

- 1) At plejeenheden sikrer, at der anvendes faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet, herunder
  - a. fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne (målepunkt 3.4)
  - b. at medarbejderne kender og arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes sædvanlige tilstand (målepunkt 3.3).
- 2) At plejeenheden sikrer en dokumentation, der understøtter, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet, herunder
  - a. at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer bliver beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger (målepunkt 5.1)
  - b. at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)
  - c. at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet (målepunkt 3.4)
  - d. at afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser bliver dokumenteret (målepunkt 5.1)
  - e. at borgernes mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb bliver dokumenteret (målepunkt 5.1)
  - f. at ændringer i forhold til borgernes genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb løbende bliver dokumenteret (målepunkt 6.2)
  - g. at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1).
- 3) At plejeenheden sikrer, at plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver (målepunkt 4.1).

- 4) **At plejeenheden sikrer, at der fastsættes mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte, herunder**
- a. **At sikre, at medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige genoptrænings- rehabiliterings- og vedligeholdelsestræningsforløb samt målfastsættelse i den forbindelse, herunder i den daglige hjælp, omsorg og pleje.**

Tilsynet er gennemført som en del af opfølgningen efter påbuddet og bekymringshenvendelse af den 8. maj 2019 vedrørende de social- og plejefaglige forhold på Ældrecenter Lynggården.

## **Fokus for tilsyn**

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på:

- Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet (målepunkt 1,1)
- Borgerens trivsel og relationer (målepunkt 2)
- Målgrupper og Metoder (målepunkt 3)
- Organisation, ledelse og kompetencer (målepunkt 4)
- Procedure og dokumentation (målepunkt 5)
- Aktiviteter og rehabilitering (målepunkt 6)

## 2. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om plejeenheden

- Lynggården er en kommunal plejeenhed i Hjørring Kommune
- Lynggården er opdelt i to plejeenheder. Der er en plejeenhed med 20 midlertidige pladser, hvoraf der er forskellige pladstyper. Der er en plejeenhed med 17 faste boliger
- Der er tilknyttet aktivitetscenter og café. Hvis borgere uden for plejeenheden skal være en del af aktivitetscentret, skal de være visiteret hertil. Der er "Torvet", hvor der er fælles aktiviteter for borgerne på faste pladser og for borgerne på de midlertidige pladser
- Ledelsen varetages af afdelingsleder Irene Mikkelsen
- Plejeenheden har ansat sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundheds-hjælpere samt en sygehjælper. Der er social- og sundhedsassistentelever og sygeplejerskestuderende i praktik
- Personalet er organiseret i to teams tilhørende enten de midlertidige pladser eller de faste pladser
- Sygeplejerskerne har en tværgående funktion omfattende begge plejeenheder
- Der er samarbejde med den kommunale hjemmesygepleje, hvor plejeenheden kan benytte de kommunale sygeplejersker ved behov i aften- og nattetimerne samt weekender.

### Om tilsynet

- Der blev gennemgået to borgerjournaler på faste pladser og to borgerjournaler på midlertidige pladser
- Der blev interviewet to borgere på faste pladser og to borgere på midlertidige pladser
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - Afdelingsleder Irene Mikkelsen
  - Afdelingsleder myndighed Ingelene Schelde
  - Afdelingsleder træningsenheden Susanne Gårdboe
  - Kvalitetskonsulent Birgitte Schône
  - Udviklingskonsulent Lone Bredal
- Der blev foretaget interview med fem medarbejdere
  - Social- og sundhedsassistenter
  - Sygeplejersker
- Der blev foretaget observation ved, at de tilsynsførende besøgte borgerne på faste pladser og på de midlertidige pladser
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til medarbejdere og afdelingsleder Irene Mikkelsen, afdelingsleder træningsenheden Susanne Gårdboe, kvalitetskonsulent Birgitte Schône, udviklingskonsulent Lone Bredal og områdeleder af plejeboligerne Jette Pedersen
- Tilsynet blev foretaget af: tilsynskonsulent Jane Filtenborg Bjerregaard og Annalise Kjær Petersen.

# 3. Vurdering og sammenfatning

---

## Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 3. december 2019 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, det ved tilsynet blev vurderet, at alle målepunkter var opfyldte.

Styrelsen har vurderet, at den social- og plejefaglige dokumentation fremstod aktuel og opdateret i plejeenheden. Der var beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer samt mål for personlig pleje og praktisk hjælp. Borgernes vaner, ønsker samt evt. aftaler med pårørende var beskrevet, ligesom borgernes livshistorie var beskrevet, hvor borgerne ønskede det. Desuden var afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser samt opfølgning herpå dokumenteret.

Der var implementeret systematiske arbejdsgange og etableret systematiske tværfaglige samarbejdsfora, hvor medarbejderne havde kendskab til egne og andres faggruppers ansvar- og opgavefordeling, således at der kunne ske den nødvendige koordinering og vidensdeling for at løse de forskellige opgaver, der måtte være aktuelle hos de enkelte borgere.

I vurderingen er der desuden lagt vægt på, at det generelle indtryk efter interview med borgere var, at de oplevede at have medindflydelse og selvbestemmelse på eget liv, samt at medarbejderne imødekom deres ønsker og behov inden for plejeenhedens rammer. Borgerne gav udtryk for, at de oplevede, at der var en god tone og adfærd på plejeenheden, og at den enkeltes ønsker og behov blev respekteret. Dette fremgik også ved tilsynets observationer.

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

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

#### Fælles for faste pladser og midlertidige pladser

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der ved journalgennemgang var beskrivelser af borgernes vaner og ønsker. I vurderingen er der desuden lagt vægt på, at det generelle indtryk efter interview med borgere var, at de oplevede at have medindflydelse og selvbestemmelse på eget liv, samt at personalet imødekom deres ønsker og behov inden for plejeenhedens rammer.

Ved interview med leder og medarbejdere fremgik det, at der blev afholdt indflytningssamtaler/forventningssamtaler med udgangspunkt i at indhente borgernes generelle oplysninger og livshistorie.

Plejeenheden havde igangsat en god proces, hvor de arbejdede med borgerens selvbestemmelse og livskvalitet igennem kontaktpersonsordning. I praksis betød det, at plejeenheden synliggjorde, hvem kontaktpersonen var over for borgerne og igennem dialog imødekom borgernes behov. Der var tilknyttet to medarbejdere som kontaktperson, en sygeplejerske og en social- og sundhedshjælper eller en social og sundhedsassistent.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden tog individuelle hensyn og imødekom borgerens individuelle ønsker.

Der var ikke fokus på emnet en værdig død under tilsynet, hvorfor der ikke er lavet en vurdering heraf.

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

#### Fælles for faste pladser og midlertidige pladser

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det var tydeligt, hvem der var kontaktperson, ligesom eventuelle aftaler med nære pårørende var dokumenteret i journalen.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for arbejdet med at fremme den enkeltes livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet ved for eksempel at have indflytningssamtale, hvor kontaktpersonerne deltog. Mødet var til fælles afstemning af forventninger og for at sikre, at plejeenheden understøttede den enkelte borgers mulighed for livsudfoldelse på baggrund af livshistorie, ressourcer samt sociale og kulturelle baggrund.

Derudover er der lagt vægt på, at borgerne oplyste, at de oplevede at få den hjælp, de selv ønskede, og at det også blev respekteret, hvis de ikke ønskede at deltage i arrangementer og træning.

Borgerne gav udtryk for, at de oplevede, at der var en god tone og adfærd på plejeenheden, og at den enkeltes ønsker og behov blev respekteret. Dette fremgik også ved tilsynets observationer.

## **3. Målgrupper og metoder**

#### Vedrørende faste pladser



Styrelsen har fundet, at alle målepunkter var opfyldt under dette tema på enheden med de faste pladser. I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelsen kunne redegøre for de faglige metoder og havde fokus på kompetenceudvikling på det sygeplejefaglige område med undervisning i demens og neuropædagogik. Medarbejderne redegjorde for samarbejdet med den kommunale demenskoordinator med fokus på tilgange og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse ved særlige komplekse borgerforløb.

Medarbejderne i plejeenheden med faste pladser redegjorde for relevante metoder med henblik på at følge op på ændringer i borgerens funktionsevne og helbredstilstand. Der var triagemøder tre gange om ugen. Det var sygeplejersken, der varetog ledelsen af triagemøderne og havde fokus på den faglige kvalitet samt dokumentationen for at sikre den sammenhængende social- og plejefaglige indsats. I dokumentationen på de faste pladser fremkom der beskrivelser af borgerens nuværende helbredstilstand og forebyggende tiltag, ligesom det var muligt at fremfinde ændringer under de beskrevne observationer. Under tilsynet blev det drøftet, hvordan funktionsevnetilstandene blev benyttet ensartet i kommunen, f.eks. muligheden for, at der overordnet blev taget stilling til hvilke funktionsevnetilstande, der som minimum skulle vurderes også i forhold til samarbejdet med regionshospitalerne.

#### Vedrørende midlertidige pladser

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter var opfyldt under dette tema på enheden med de midlertidige pladser. I vurderingen er der lagt vægt på, at de to journaler var opdaterede og fremstod med aktuelle beskrivelser af borgernes fysiske og/eller psykisk funktionsevne. Ligeledes fremstod begge journaler med dokumentation af de forebyggende social- og plejefaglige indsatser samt opfølgninger herpå.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at der dagligt blev afholdt tværfaglig triagemøde med fokus på ændringer og borgernes mål. Ligesom der en gang om ugen var tværfaglige status møder med relevante involverede parter, til vurdering af behovet for hjælp, omsorg og pleje til den enkelte borger, så hjælpen blev tilpasset borgerens aktuelle behov. Dette fremgik nu tydelig af dokumentationen. Det var visitationen, som opdaterede borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne tilstande ud fra de ugentlige status møder. Det blev drøftet under tilsynet, hvordan det var muligt at holde funktionsevnetilstande aktuelle og opdateret i dokumentationen. Ligesom muligheden for, at der overordnet f.eks. blev taget stilling til hvilke funktionsevnetilstande, der som minimum skulle vurderes også i forhold til samarbejdet med regionshospitalerne.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden ved tilsynet fremstod med systematiske arbejdsgange der understøttede anvendelsen af de faglige metoder. Journalerne fremstod med aktuelle beskrivelser af hjælp, pleje og omsorg samt opfølgning på ændringer var dokumenteret.

Det var ikke relevant i forbindelse med journalgennemgang at se beskrivelser af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange der hos den konkrete borger kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse. Dette er noteret som uaktuel under målepunktet.

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

#### Fælles for faste pladser og midlertidige pladser

Plejeenhedens organisering var med teams tilknyttet enten de faste boliger eller de midlertidige pladser. Den daglige arbejdstilrettelæggelse blev varetaget af de enkelte teams ud fra kontaktpersonsordningen og det faglige kompetenceniveau. Sygeplejerskerne havde en tværgående funktion imellem de faste pladser og de midlertidige pladser. Der blev afholdt sygeplejemøder hver anden uge, og en sygeplejerske var fungerende

faglig vejleder for gruppen. Den faglige vejleder var tiltænkt som en kulturbærer inden for den faglige udførelse af pleje og behandling. Den faglige vejleder og afdelingsleder havde faste møder og fælles mål. Der blev afholdt personalemøder fire gange om året, og derudover blev der afholdt kontinuerlige teammøder på henholdsvis faste pladser og midlertidige pladser.

#### Vedrørende faste pladser:

Styrelsen har fundet, at målepunktet var opfyldt under dette tema på enheden med faste pladser. I vurderingen er der lagt vægt på, at sygeplejerskerne fire dage om ugen var tilknyttet de faste pladser og var fysisk tilstede. Det var sygeplejersken, som ledede triagemødet og var ansvarlig for at sikre den sammenhængende dokumentation ved ændringer. Der var beboerkonferencer hver fjerde uge, således at dokumentationen fremstod opdateret og fyldestgørende. Det var alle vagtlag, der var inviteret ind til disse møder. Det var tydeligt under interview med medarbejderne, at de igangsatte faste arbejdsgange og det kontinuerlige samarbejde med sygeplejersken understøttede dokumentationsopgaven på de faste pladser.

#### Vedrørende midlertidige pladser:

Styrelsen har fundet at, alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at medarbejderne og ledelse gav udtryk for, at den igangværende proces med påbuddet, havde givet tydelighed omkring hvordan opgave- og ansvarsfordelingen var i forhold til hvilke dokumentationsopgaver de forskellige faggrupper skulle varetage. Ligesom det tværfaglige arbejde omkring velkomstsamtale og målsamtale med borgere og eventuelle pårørende bidrog til, at plejeenheden havde kendskab til borgernes aktuelle ressourcer og behov, samt at alle relevante medarbejdere kunne orientere sig i beskrivelserne af disse samt opfølgning herpå var dokumenteret.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens organisering understøtter kerneopgaven ved tilsynet, herunder med en tydelig ansvars- og opgavefordeling.

## **5. Procedurer og dokumentation**

#### Fælles for faste pladser og midlertidige pladser:

Plejeenheden var overgået til nyt journalsystem, Cura, i marts 2018, hvor alle medarbejdere havde været til undervisning i journalsystemet. Der var tilknyttet en superbruger for systemet, og implementeringen fandt sted i plejeenheden, hvor hver medarbejder var ansvarlig for at tilmelde sig undervisning ved behov.

#### Vedrørende faste pladser:

Styrelsen har fundet, at målepunktet var opfyldt på de faste pladser. Der er i vurderingen lagt vægt på, at der i interview med medarbejderne fremkom en praksis for triagemøder tre gange om ugen, og at der var tilknyttet en sygeplejerske, som var fysisk tilstede fire dage om ugen. Det var sygeplejersken som forestod triagemødet og skulle sikre vidensdeling og sammenhængende dokumentation i samarbejde med medarbejderne tilknyttet de faste pladser.

Ved journalgennemgangen var der beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer samt mål for personlig pleje og praktisk hjælp. Borgernes vaner, ønsker samt evt. aftaler med pårørende var beskrevet, ligesom borgernes livshistorie var beskrevet, hvor borgerne ønskede det. Desuden var afvigelser fra den social- og plejefaglige indsats samt opfølgninger herpå dokumenteret.

Det blev under journalgennemgang drøftet med medarbejderne, hvordan den social- og plejefaglige dokumentation kunne fremstå mere entydig, og hvordan der blev sikret sammenhæng imellem pleje og behandling ved for eksempel at henvise til andre dele i journalen. Det var tydeligt under journalgennemgangen, at der var igangsat en god proces med det kontinuerlige samarbejde med sygeplejersken.

#### Vedrørende midlertidige pladser:

Styrelsen har fundet, at målepunktet var opfyldt på de midlertidige pladser. I vurderingen er der lagt vægt på, at der ved journalgennemgangen var opdaterede beskrivelser af borgernes generelle oplysninger, ressourcer, motivation og mestring, samt at der var sat mål for personlig og praktisk hjælp. Styrelsen konstaterede under tilsynet, at den social- og plejefaglige dokumentation fremgik entydig og systematisk og der var dokumenteret ændringer og opfølgninger på de forebyggende indsatserne.

Det er styrelsens vurdering, at arbejdet med plejeenhedens dokumentationspraksis for den samlede enhed nu fremstår med klare retningslinjer for, hvem der er ansvarlig for hvilke dokumentationsopgaver. Dokumentation i omsorgsjournalen afspejler på systematisk vis borgernes funktionsevne og helbredstilstand. Det betyder, at plejeenheden sikrer grundlaget for, at enhver medarbejder kan udføre sammenhængende og helhedsorienteret pleje.

## **6. Aktiviteter og rehabilitering**

#### Vedrørende de faste pladser:

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter var opfyldt under dette tema på enheden med de faste pladser. Under interview med borgere fremkom det, at de oplevede sig inddraget i hjælp, omsorg og pleje. Der var systematiske arbejdsgang for opfølgning på borgernes situation og at inddrage borgerne og eventuelle pårørende i dette arbejde.

Triagering på de faste pladser var uden deltagelse af terapeuter, men hvis borger var i et træningsforløb, var der fokus på at tilrettelægge og inddrage træningselementer i den daglige hjælp, pleje og omsorg. Der var i disse situationer ad hoc samarbejde med den kommunale terapeut. Ligeledes var der nu formaliserede arbejdsgange for dokumentation og samarbejdet med de privatpraktiserende terapeuter. Her var medarbejderne opmærksom på at få etableret samarbejdet for at understøtte træningen i den daglige aktiverende pleje, og at borgeren derved oplevede sammenhæng i den daglige udførelse af pleje, omsorg og hjælp.

Ledelsen redegjorde for, at der ikke blev arbejdet med rehabiliteringsforløb, da borgere på de faste pladser fik ydelser ud fra det kompenserende plejefagprincip, men der var fokus på behovet for vedligeholdelsestræning og genoptrænings indsatser.

De interviewede borgere gav udtryk for, at de kunne deltage i meningsfulde aktiviteter. Medarbejderne kendte borgernes ønsker og behov for deltagelse i tilbud og aktiviteter.

Plejeenheden havde udbud af forskellige aktiviteter, som for eksempel besøg fra dagplejen, besøgshund, cykeltyre på rickshaws, gudstjeneste med mere.

#### Vedrørende de midlertidige pladser:

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter var opfyldt under dette tema på enheden med de midlertidige plad-

ser. I vurderingen er der lagt vægt på, at der var systematiske arbejdsgange for målfastsættelse og inddragelse af borgere og eventuelle pårørende. Det blev klart for borgerne hvad formålet var, og det skabte klarhed omkring hjælpen for den enkelte borger samt fremmede en fokuseret og koordineret indsats fra de forskellige medarbejdere som ydede hjælp, omsorg og pleje.

Ved journalgennemgangen hos to borgere i forhold til genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb, kunne medarbejderne redegøre for målene i træningsforløbet, og hvem der havde ansvaret for at inddrage de relevante træningselementer i den daglige hjælp, pleje og omsorg. Ligeledes kunne medarbejderne fremfinde løbende dokumenterede ændringer i forhold til borgernes træningsforløb.

Ledelsen redegjorde for, at der var etableret systematiske tværfaglige samarbejdsfora, hvor medarbejderne havde kendskab til egne og andres faggruppers ansvar- og opgavefordeling, således at der kunne ske den nødvendige koordinering og vidensdeling for at løse de forskellige opgaver, der måtte være aktuelle hos de enkelte borgere.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden ved tilsynet sikrede grundlaget for, at der systematisk blev fulgt op på de færdigheder, som borgerne havde brug for i de daglige gøremål ved at inddrage træningselementer og – aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.

Der var under tilsynet ikke borgere der ved journalgennemgange var i et rehabiliterende træningsforløb efter §83a, hvorfor det er noteret som uaktuel i målepunktet.

# 4. Fund ved tilsynet

---

## Fund fra indhentet materiale

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøg d. 2. juli 2019 modtaget materiale i form af revideret handleplan den 12. juli 2019, som plejeenheden har udarbejdet og revideret på baggrund af opsamling og tilbagemelding på tilsynet.

Det er styrelsens vurdering, at det tilsendte materiale ikke i sig selv dokumenterede, at de uopfyldte målepunkter var bragt i orden. Derfor har styrelsen foretaget et opfølgende tilsyn den 3. december 2019 med henblik på en vurdering af, om de uopfyldte målepunkter var bragt i orden.

## Tema 1: Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

### 1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv	X			
B	At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	X			
C	At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt	X			
D	At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker	X			
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden	X			

## 1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning			X	
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet			X	
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning			X	
C	C1. At relevante medarbejdere kan redegøre for udførelse af pleje af borgere ved livets afslutning			X	
	C2. At medarbejdere kan redegøre for, hvordan de fremfinder borgernes ønsker til livets afslutning			X	

# Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

## 2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker	X			
	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at plejeenheden understøtter borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende,	X			

	samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det				
C	C1. At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i borgernes behov og ønsker for udførelsen af omsorgen og plejen	X			
	C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres eventuelle pårørende og det omgivende samfund	X			
D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret	X			

## Tema 3: Målgrupper og metoder

### 3.1 Borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug og eventuelt pårørende oplever, at den hjælp, omsorg og pleje, borgeren modtager, tager højde for borgerens særlige behov	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov	X			
C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	X			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af	X			

	hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer				
E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur, at borgere med kognitive funktionsevnededsættelser (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			

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

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

## Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

### 4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer

A	A.1 At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver	X			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere	X			
	A.3 At ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer	X			
B	At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen	X			

## Tema 5: Procedurer og dokumentation

### 5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

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

	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret	X			
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede	X			

## Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

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

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet (§83a)			X	
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan 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 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