



# Tilsynsrapport ÆLDRECENTER BIRKELY, VEJEN

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

ÆLDRECENTER BIRKELY, VEJEN  
Maltvej 58

6600 Vejen

CVR- eller P-nummer: 1003333200

Dato for tilsynet: 19-03-2019

Tilsynet blev foretaget af:  
Sagsnr.: 5-9514-131/1

# 1. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Ældrecenter Birkely er et plejecenter i Vejen Kommune
- På ældrecenteret bor 33 borgere
- Målgruppen er borgere med almene plejebehov og omfatter både borgere med somatiske lidelser og/eller kognitive funktionsnedsættelser
- Den daglige ledelse varetages af centerleder Frede Karstoft og områdeleder Bo Smith
- Der er ansat social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og en enkelt ufaglært medarbejder
- To af medarbejderne er ansat udelukkende som aktivitetsmedarbejdere
- Sygeplejefaglige opgaver varetages af en udekørende sygeplejegruppe
- Dokumentationssystemet Nexus var indført i marts 2018 og Sekoia-skærme i lejlighederne i efteråret 2018.

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået fire borgerjournaler
- Der blev interviewet fire borgere
- Der blev interviewet tre pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - Frede Karstoft, centerleder
  - Bo Smith, områdeleder
- Der blev foretaget interview med tre medarbejdere
  - En social- og sundhedsassistent
  - To social- og sundhedshjælpere
- Der blev foretaget observation ved at deltage i borgernes middagsmåltid og indgå i aktiviteter i fællesområder, samt observation af personalets interaktion med borgerne i fællesområder
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til centerleder Frede Karstoft, områdeleder Bo Smith, en kvalitetsudviklingskoordinator og kommunens myndighedschef
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Sidsel Rohde og Tina Kolding.

## 2. Vurdering og sammenfatning

---

### Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget en handleplan af den 10. maj 2019, som opfylder styrelsens anmodninger. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

### Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 19. marts 2019 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

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

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet styrelsen fandt mangler i forhold til beskrivelserne i borgernes journaler. Manglerne omfattede borgernes vaner og ønsker, aftaler med pårørende, relevant beskrivelse af hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsnedsættelser og relevante beskrivelser af borgernes ressourcer og udfordringer, borgernes mål for personlig og praktisk hjælp og relevant beskrivelse af social- og plejefaglige indsatser. Styrelsen fandt også mangler i forhold til, om eventuelle ønsker til livets afslutning blev noteret og kunne fremfindes af personalet, når det var relevant. Styrelsen fandt, at der gennemgående var mangler i forhold til plejeenhedens dokumentationspraksis og personalets kendskab til den. Styrelsen har lagt vægt på, at manglerne i relation til dokumentationen havde et større omfang og havde sin årsag i, at dokumentationssystemet indført i foråret 2018 endnu ikke var fuldt implementeret.

Styrelsen fandt også, at en borger med faldtendens, og som havde nødkald, havde manglet dette i flere dage, uden at nogen havde bemærket det. Styrelsen fandt også, at en pårørende oplevede, at indflytningssamtalen kunne virke upersonlig og kun med fokus på aftaler og forventninger og ikke nok på personlighed og livshistorie.

Styrelsen har lagt vægt på, at fundet vedrørende det manglende nødkald var enkeltstående, og at der straks blev iværksat tiltag til at undgå dette. Styrelsen har lagt vægt på, at borgere og pårørende var meget tilfredse med plejeenheden og personalet og udtrykte glæde og tryghed ved at bo der. Ledelse og medarbejdere var ved tilsynet åbne og imødekommende og indgik i aktiv dialog med tilsynet.

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at styrelsen henstiller følgende: At plejeenheden fremsender en tids – og handleplan for plejeenhedens dokumentationspraksis samt implementeringen af det elektroniske dokumentationssystem, som sikrer følgende:

- At plejeenheden sikrer, at der er en beskrivelse af borgernes vaner og ønsker, som fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kan fremfinde eventuelle ønsker til livets afslutning når aktuelt (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer, at eventuelle aftaler med pårørende er dokumenteret (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer at, der hos borgere med særlige behov er beskrevet relevant hjælp, pleje og omsorg (målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer, at ændringer og opfølgning på borgerens tilstand dokumenteres i omsorgsjournalen (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at relevante forebyggende tiltag rettet imod uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet i omsorgsjournalen (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at der er fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, den fastlagte dokumentationspraksis understøtter en sammenhængende social- og plejefaglig indsats (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og pleje-faglige indsatser er beskrevet (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender borgerens mål for genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb, så de kan inddrage træningselementer og – aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg (målepunkt 6.2).

For de resterende uopfyldte målepunkter vurderer styrelsen, at plejeenheden kan rette op på manglerne ud fra den dialog og rådgivning, der blev givet under tilsynet og henstiller følgende:

- At plejeenheden sikrer, at selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet ved at sørge for, at borgere med nødkald har mulighed for at benytte det ved behov og at borgerne inddrages, hvis personalet hænger huskesedler op i deres hjem (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer, at pårørende føler sig lyttet til og inddraget i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov (målepunkt 2.1).

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

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

Styrelsen har fundet, at to målepunkter ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at i to ud af fire journaler fremgik der ingen beskrivelser af borgernes vaner og ønsker. Der var ophængt et skilt til personalet om at huske medicinen i en svagtseende borgers hjem uden, at borgeren havde sagt ja tak til dette, eller var informeret om det.

En borger med kognitiv funktionsnedsættelse, som var faldet tre dage før tilsynet, havde i forbindelse med faldet opdaget, at hun manglede sit nødkald. Ved tilsynet manglede hun fortsat sit nødkald. Hun havde glemt at informere personalet om problemet, og personalet havde ikke lagt mærke til, at hun ikke bar sit nødkald som vanligt, hverken da hun faldt eller de efterfølgende dage.

I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelsen straks efter tilsynet indførte procedurer, der sikrede, at personalet ville opdage eventuelle problemer med nødkald hos borgere, hvor det var relevant, ved at lægge dette ind som en daglig opgave for medarbejderne hos de aktuelle borgere.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der var ikke var en fast aftale om, at eventuelle aftaler om ønsker til livets afslutning blev nedskrevet, så de kunne fremfindes, når det var aktuelt.

I vurderingen er der også lagt vægt på, at borgerne oplevede selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i deres liv, og at der var faste kontaktpersoner, som kunne redegøre for borgernes vaner og ønsker. Medarbejderne redegjorde for, at de tog meget hensyn til borgernes ønsker, og at de tilrettelagde det daglige arbejde ud fra dette. Ledelsen redegjorde for, at der blev arbejdet med "aktivt hverdagsliv", og at man her inddrog borgernes ressourcer, livshistorie og ønsker i relation til dette. Kontaktpersoner deltog altid i indflytningssamtalen. Der havde været brugt en skabelon til indflytningssamtalen, som kunne fungere som den røde tråd i forhold til borgerens liv og ønsker, men dette materiale var i øjeblikket under revidering.

Borgerne udtrykte, at de ville være trygge ved at tale med personalet om ønsker til livets afslutning, men at personalet ikke tog initiativ til det. Personalet redegjorde for, at de tog hul på emnet, når tiden nærmede sig og her fik afklaring på ønsker i samarbejde med borger og pårørende. Nogle medarbejdere følte, at emnet kunne være svært at tage hul på, og ledelsen redegjorde for, at der var planer om et kursus for medarbejderne, så de kunne føle sig bedre klædt på. Medarbejderne redegjorde for, at de havde kompetencer til at udføre pleje ved livets afslutning, og at de samarbejdede med lægen og ved behov kunne trække på den kommunale hjemmesygepleje og vågetjeneste.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, hvis personalet ikke er opmærksomme på om borgere med nødkald kan benytte det, når det er relevant, og hvis personalet ikke inddrager borgeren i beslutninger om at ophænge huskesedler til personalet i borgerens hjem. Ligeledes har det betydning for den fornødne kvalitet, hvis borgerens vaner og ønsker ikke er dokumenteret, da de ikke altid er kendt af personalet, men afhænger af det personlige kendskab. Det er af betydning for den fornødne kvalitet, om borgerne spørges om eventuelle ønsker til livets afslutning rettidigt, og at disse ønsker noteres og opbevares, så de kan findes frem når relevant.

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

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at en pårørende oplevede, at indflytningssamtalen var upersonlig og mest med fokus på forventningsafstemning og aftaler om opgaveløsning. Der var et ønske om, at der kunne være mere fokus på borgerens personlighed og livshistorie i samtalen. I vurderingen er der lagt vægt på, at i fire ud af fire journaler manglede dokumentation af

relevante aftaler med pårørende. Eksempelvis at pårørende hjalp med økonomi, tandlæge, lægebesøg og frisør. I vurderingen er der også lagt vægt på, at der var faste kontaktpersoner, som var kendt af både borgere og pårørende, og at pårørende generelt følte det trygt, og at de blev holdt godt orienteret. Ledelsen redegjorde for, at kontaktperson-ordningen var et vigtigt redskab i samarbejdet med pårørende og blev vægtet højt. Der blev afholdt dialogmøder to gange årligt og ud over dette, en del arrangementer med deltagelse af pårørende, som styrkede det gensidige kendskab. Medarbejderne redegjorde for, at de gjorde brug af mange forskellige muligheder for at sikre borgernes trivsel og deres relationer. Medarbejderne lagde vægt på, at de hjalp borgerne, så de i høj grad fik mulighed for at blive accepteret, som den de var og føle tryghed ved de andre, ved at medarbejderne understøttede venskab og fællesskab mellem borgerne.

Det er styrelsens vurdering, at det er af betydning for den fornødne kvalitet, hvis pårørende ikke føler sig inddraget og lyttet til i forhold til deres viden om borgernes personlighed og livshistorie. Det er nødvendigt, at aftaler med pårørende noteres ned når relevant, så pårørendes indsats synliggøres og samarbejdet mellem personale og pårørende styrkes.

### **3. Målgrupper og metoder**

Styrelsen har fundet, at der var tre målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at der i to ud af fire journaler, hos borgere med hukommelsesproblemer, ikke var beskrevet, eksempelvis behov for hjælp til at huske aftaler og behov for hjælp til at finde rundt uden for. I to ud af fire journaler manglede opfølgning efter ændring i borgernes tilstand i relation til et sår og et hudproblem. I tre ud af fire journaler manglede beskrivelse af forebyggende indsatser, relateret til risiko for fald, tandpleje og ernæring.

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne oplevede, at der blev taget hensyn til deres særlige behov i den hjælp, omsorg og pleje, de modtog, og at medarbejderne kunne redegøre for de relevante tiltag hos borgerne i målgruppen ud fra deres personlige kendskab til borgerne. Demenskonsulenten blev inddraget ved behov, og personalet kunne struktureret afprøve forskellige metoder og tilgange eksempelvis afprøvning af hjælpemidler, fokus på døgnrytme og lignende. Der var uddannet en demensnøgleperson.

Ved hjælp af ovenstående blev brug af magtanvendelse forebygget. Der var ingen borgere ved tilsynet, hvor det aktuelt var relevant med forebyggelse af magtanvendelse.

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgere og pårørende oplevede, at medarbejderne var opmærksomme på ændringer i borgernes sædvanlige tilstand, og at ledelse og medarbejdere redegjorde for, hvordan der var fokus på dette. Der var i journalerne en beskrivelse af borgernes habitustilstand, så det var muligt at opdage ændringer også, hvis man ikke kendte borgeren. Der blev samarbejdet med de udekørende sygeplejersker, som dagligt kom i plejeenheden. Det er styrelsens vurdering, at personalet fulgte op på ændringer i borgernes tilstand, men ikke altid fik det dokumenteret.

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgere og pårørende oplevede, at der var fokus på forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred, og at både ledelse og medarbejdere kunne gøre rede for relevante tiltag og arbejdsgange relateret hertil.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, hvis det ikke er beskrevet, hvordan borgere med kognitive funktionsnedsættelser bedst hjælpes, og hvis medarbejderne ikke beskriver en opfølgning på en ændret tilstand, da det kan medføre tvivl, om der er handlet på observationerne. Ligeledes er det af betydning for den fornødne kvalitet, hvis medarbejderne ikke beskriver relevante forebyggende tiltag, så enhver medarbejder er bevidst om dette og kan tilrettelægge arbejdet ud fra det.

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

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der var en stab af fast personale, som kendte borgerne godt. I forbindelse med behov for vikar, sikrede man sig, at vikarerne fra de eksterne vikarbureauer for det meste var nogle, som kendte plejeenheden og borgerne i forvejen. Der var udarbejdet et introduktionsprogram til nyt personale, og der var en god arbejdsgang i forhold til at sikre, at både nye medarbejdere og vikarer kendte arbejdsgangene. Lederen havde kun været ansat siden efteråret 2018 og redegjorde for, at plejeenheden havde haft en del udfordringer med blandt andet håndtering af en meget vanskelig borger, en del langtidssygemeldinger samt indførelse af de to nye dokumentationssystemer. Dette havde betydet, at der ikke samtidig kunne være fokus på at prioritere og arbejde med andre relevante udviklingspunkter.

Medarbejderne redegjorde for, at de kendte ansvars- og opgavefordelingen.

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

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

Styrelsen har fundet, at målepunktet ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at der ikke var en fast praksis for, hvornår, hvad og hvordan der skulle dokumenteres, og at dette medførte, at medarbejderne var i tvivl om hvor og hvornår, der skulle dokumenteres i journalen. Dette medførte, at dokumentationen ikke understøttede en sammenhængende social- og plejefaglig indsats. Ledelsen redegjorde for, at efter indførelsen af nyt omsorgssystem i marts 2018 samt et nyt system med Sekoia-skærme i efteråret 2018, havde det været svært at finde en fast praksis for, hvad der skulle skrives hvor. Der var fokus på problemet i kommunen.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der i tre ud af fire journaler manglede relevant beskrivelse af borgernes ressourcer og udfordringer eksempelvis i relation til mobilitet, et aktuelt træningsforløb og mentale funktioner hos en borger med kognitiv funktionsnedsættelse. I to ud af fire journaler manglede beskrivelse af en borgers behov for tilsyn om aftenen og en anden borgers behov for psykisk støtte i relation til kognitiv funktionsnedsættelse. I fire ud af fire journaler var borgernes mål ikke dokumenteret.

Der var en god praksis for at afvigelser fra planlagte indsatser blev dokumenteret via sekoia-skærmene i borgernes hjem.

Det er styrelsens vurdering, at det er af betydning for den fornødne kvalitet, at der er en fast dokumentationspraksis, som understøtter en sammenhængende social- og plejefaglig indsats hos borgerne, og at medarbejderne kender denne praksis. Det har betydning for indsatsen hos borgerne, at enhver medarbejder kan fremfinde relevante beskrivelser af borgeren, dennes ressourcer og funktionstab og mål for plejen.

### **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 redegjorde for, at de ikke havde adgang til at se i journalen hvilken træning, der var iværksat samt mål og formål og derfor havde svært ved at inddrage træningselementer i den daglige hjælp, pleje og omsorg. I fire ud af fire journaler var borgerens mål for hjælp og pleje med rehabiliterende sigte ikke dokumenteret

I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelsen redegjorde for, at medarbejderne var godt klædt på til at implementere en rehabiliterende tilgang i hverdagen i relation til "aktivt hverdagsliv". Der havde været et fokus på

dette igennem længere tid, og medarbejderne havde fokus på hjælp til selvhjælp og inddragelse i hverdagslivets aktiviteter.

Ledelsen redegjorde for, at man kunne rekvirere en træningsindsats ved behov, men at sagsbehandlingstiden var blevet længere i forbindelse med, at der ikke længere var en fast fysioterapeut på plejeenheden.

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne oplevede, at der var mulighed for meningsfuld aktivitet, og at medarbejderne redegjorde for, at der var stort fokus på dette både med de faste aktivitetsmedarbejdere men også et godt samarbejde med en større gruppe frivillige og brug af klippekortsordning til både individuelle og fælles aktiviteter.

Der var ingen af borgerne ved det aktuelle tilsyn, der var i rehabiliteringsforløb.

Der var ingen af borgerne ved det aktuelle tilsyn, der fik træning efter servicelovens § 86.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, hvis medarbejderne ikke kan følge et træningsforløb og understøtte det i den daglige hjælp, pleje og omsorg og ligeledes af betydning for den fornødne kvalitet hvis hjælp og pleje med rehabiliterende sigte ikke har et fastsat mål, så både borger og medarbejdere kan arbejde målrettet med indsatserne



# 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		I to ud af fire journaler fremgik der ingen beskrivelser af borgernes vaner og ønsker
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden		x		<p>I en borgers hjem havde personalet hængt et skilt op om, at huske borgerens medicin. Hverken borger eller medarbejder vidste hvorfor skiltet var der, og borgeren, som var svagtseende, var ikke bekendt med, eller blevet inddraget i, at skiltet var hængt op.</p> <p>En borger med kognitiv funktionsnedsættelse, som var faldet for tre dage siden, havde i forbindelse med faldet opdaget, at</p>

					hun manglede sit nødkald. Ved tilsynet manglede hun fortsat sit nødkald. Hun havde glemt at informere personalet om problemet, og personalet havde ikke lagt mærke til, at hun ikke bar sit nødkald som vanligt, hverken da hun faldt eller de efterfølgende dage.
--	--	--	--	--	--

## 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		Der var ikke en fast aftale om, at eventuelle aftaler eller ønsker til livets afslutning blev dokumenteret i journalen, eller hvor i journalen det skulle skrives.

# 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		En pårørende oplevede, at indflytnings samtalen var upersonlig og mest med fokus på forventningsafstemning. Der var et ønske om, at der også kunne være mere fokus på borgerens personlighed og livshistorie i samtalen.
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 fire ud af fire journaler manglede dokumentation af relevante aftaler med pårørende. Eksempelvis, at pårørende hjælp med økonomi, tandlæge, lægebesøg og frisør

## 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 funktionsevne-nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov	x			
C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsevne-nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	x			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevne-nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer		x		I to ud af fire journaler manglede beskrivelse af hjælp hos borgere med særlige behov. Hos en borger med hukommelsesproblemer manglede beskrivelse af behov for hjælp til at huske aftaler og hjælp til at holde struktur på hverdagsliv og aktiviteter. For den anden borger manglede der beskrivelse af, at hun havde orienteringsproblemer, og at personalet holdt øje, når hun gik tur, så hun ikke gik for langt væk.
E	At borgere med kognitive funktionsevne-nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger, og at det afspejles i tone, adfærd og kultur	x			

### 3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås	x			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse	x			

C	At der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange der hos den konkrete borger kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse			x	
---	--	--	--	---	--

### 3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand	x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	x			
C	At medarbejderne kender og arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	x			
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen		x		I to ud af fire journaler manglede opfølgning efter ændring i tilstand i relation til f.eks. et sår og et hudproblem

### 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 vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet		x		I tre ud af fire journaler manglede beskrivelse af forebyggende indsatser relateret til risiko for fald, tandpleje og ernæring
---	---	--	---	--	--

## 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		Ledelsen forklarede at efter indførelsen af nyt omsorgssystem i marts 2018 samt et system med Sekoia-skærme i efteråret

					2018, havde det været svært, at finde en fast praksis for, hvad der skulle skrives hvor. Der var fokus på problemet i kommunen.
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats		x		På grund af ovenstående, var der vanskeligheder med at dokumentationen understøttede en sammenhængende social- og plejefaglig indsats
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation		x		Medarbejderne var i tvivl om hvor og hvornår, der skulle dokumenteres i journalen.
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 tre ud af fire journaler manglede relevant beskrivelse af borgernes ressourcer og udfordringer eksempelvis i relation til mobilitet, et aktuelt træningsforløb og mentale funktioner hos en borger med kognitiv funktionsnedsættelse
	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 fire journaler manglede beskrivelse af en borgers behov for tilsyn om aftenen og en anden borgers behov for psykisk støtte i relation til kognitiv funktionsnedsættelse
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret		x		I fire ud af fire journaler var borgerens mål ikke dokumenteret
	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			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	x			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål	x			
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte	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	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			x	
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet			x	
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne			x	
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte		x		I fire ud af fire journaler var borgerens mål ikke dokumenteret

## 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		Medarbejderne redegjorde for, at de ikke havde adgang til at se i journalen hvilken træning der var iværksat samt mål og formål og derfor havde svært ved at inddrage træningselementer 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			

	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 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

## 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 i forbindelse med de gennemførte interviews med borgere, pårørende, ledelse og medarbejdere samt de foretagne stikprøver af borgeres omsorgsjournaler og observationer foretaget under tilsynet.

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.