



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# Ældretilsynet Tilsynsrapport Attendo Udsigten

Reaktivt tilsyn, 2020

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Attendo Udsigten  
Kirkevej 35

3230 Græsted

CVR- eller P-nummer: 1008200994

Dato for tilsynsbesøget: 21-1-2020

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 35-2511-76

# 1. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

## Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed modtog den 30. oktober 2019 en bekymringshenvendelse vedrørende de social- og plejefaglige forhold på Plejecentret Attendo Udsigten. Af henvendelsen fremgik det, at der var udfordringer i forhold til pleje og omsorg af en borger med svære kognitive udfordringer og manglende mulighed for at kunne journalføre. Derudover omhandlede bekymringen flere sundhedsfaglige forhold på plejeenheden.

Der blev samtidig gennemført sundhedsfagligt reaktivt tilsyn.

## Fokus for tilsyn

Ved tilsynet blev der anvendt målepunktsættet for ældretilsyn 2019, og alle målepunkter blev gennemgået.

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

# 2. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Attendo Udsigten er et privat alment plejecenter med driftsoverenskomst med Gribskov Kommune
- Plejecentret har 28 boliger. Aktuelt bor 26 borgere fordelt på tre afdelinger
- Den daglige ledelse varetages af virksomhedschef Louise Ivanhoe Nielsen og souschefen Kirstine Jensen
- Der er ansat 26 medarbejdere, heraf 18 social- og sundhedshjælpere og 6 social- og sundhedsassistenter, en ernæringsassistent og en rengøringsassistent. Derudover er der to sygeplejersker, som også udgjorde plejecentrets ledelse.
- Der er tilknyttet faste afløsere og der blev anvendt vikarer fra vikarbureau, men primært de samme personer.
- Hver uge kommer der en ergoterapeut på plejecentret til træning af borgerne samt vejledning af personalet i f.eks. forflytningssituationer.
- Størstedelen af borgerne var tilknyttet den lokale læge, som kom fast hver uge.
- Attendo Udsigten anvender samme journalsystem som Gribskov Kommune, Nexus og Fælles Sprog III. Alle medarbejdere, herunder vikarer, har adgang til journalsystemet, og der anvendes tablets til den daglige dokumentation.
- Der har været et ledelsesskift i oktober 2019, den nye ledelse var dog først tiltrådt fuldtid pr. 1. januar 2020.

## Om tilsynet

- Den social- og plejefaglige dokumentation for tre borgere blev gennemgået
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet en pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - virksomhedschef Louise Ivanhoe Nielsen og souschefen Kirstine Jensen
- Der blev foretaget interview med tre medarbejdere
  - Social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistenter
- Der blev foretaget observation ved tilsynets færd i plejeenheden
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til
  - Pernille Søndergaard, stedfortrædende direktør, Attendo Danmark
  - Louise Ivanhoe Nielsen, sygeplejerske og virksomhedschef
  - Kristine Jensen, sygeplejerske og souschef
  - Lise Berner, risikomanager Gribskov Kommune
- Tilsynet blev foretaget af: Susanne Jensen og Anne Marie Glennung, tilsynskonsulenter.

# 3. Vurdering og sammenfatning

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget en handleplan af 6.4.2020, som opfylder vores henstillinger.

Vi afslutter dermed tilsynet.

## Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 21. januar 2020 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: *Målgrupper og metoder*, *Procedurer og dokumentation* som ikke var opfyldt.

Styrelsen har i vurderingen lagt vægt på, at problemerne overordnet relaterede sig til den social- og plejefaglige dokumentation, idet indsatsen i forhold til at forebygge tab af funktionsevne og forringet helbred hos borgerne, samt ændringer og opfølgning på ændringer i borgernes helbred ikke fremgik af den social- og plejefaglige dokumentation. I vurderingen er der ligeledes lagt vægt på, at beskrivelser af og opfølgning på de social – og plejefaglige indsatser ikke var beskrevet fyldestgørende.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der i plejeenheden ikke var en tydelig praksis for medarbejdernes ansvarsområde i forhold til dokumentation og at ikke alle medarbejdere, havde de fornødne kompetencer i forhold til dette.

Styrelsen for Patientsikkerhed har noteret sig, at der var tiltrådt ny lokal ledelse for ganske nyligt. Der var fra ledelsens side stort fokus på, og indsats for, at opdatere journalsystemet med henblik på fremadrettet at sikre overskuelighed og systematik i journalføringen. På trods af denne indsats var der imidlertid ikke fyldestgørende social- og plejefaglig dokumentation.

## Henstillinger

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

- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgernes dokumentation (målepunkt 3.3 og 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at der fastlægges en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser bliver beskrevet (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser bliver dokumenteret (målepunkt 5.1)

Styrelsen anmoder om at få tilsendt eventuelle bemærkninger til rapporten. Der skal desuden indsendes en handleplan for, hvordan ovenstående henstillinger for målepunkterne bliver opfyldt.

Handleplanen bedes fremsendt inden for 3 uger.

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at plejeenheden opfylder ovenstående henstillinger.

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

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

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelsen kunne redegøre for, hvordan plejeenheden arbejdede systematisk med at sikre borgernes selvbestemmelse og livskvalitet.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden imødekom borgernes ønsker og understøttede den enkelte borgers livskvalitet og selvbestemmelse. Borgerne gav ved samtale udtryk for at opleve selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv. Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at der blev afholdt samtaler ved indflytning, hvor der blev talt om borgerens livshistorie og andre relevante oplysninger.

Det er tillige styrelsens vurdering, at borgerne oplevede tryghed ved at tale med personalet om livets afslutning. Ved indflytningssamtale og opfølgning indgik materialer som "den sidste vilje" og drøftelse af evt. behandlingstestamente mm.

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

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at de interviewede borgere og pårørende gav udtryk for at opleve, at borgerne fik hjælp til at leve det liv, som de ønskede, og pårørende blev inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov. Borgere og pårørende gav udtryk for, at der var sket en stor ændring i forbindelse med den nye ledelse.

Der var etableret centerråd med deltagelse af pårørende, ældreråd, medarbejdere og frivillige, her blev f.eks. drøftet spørgsmål om menuplan. Det var besluttet, at hver etage havde mulighed for at vælge på skift, når den varme mad blev tilberedt i plejeenheden to gange om ugen, øvrige dage kom det varme måltid fra centralkøkkenet.

### **3. Målgrupper og metoder**

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at forebyggende indsatser for f.eks. uplanlagt væggtab og forebyggelse af tryksår ikke var dokumenteret. Tillige var ændringer og opfølgning på borgernes situation ikke dokumenteret. Medarbejderne kunne redegøre for indsatser.

Det indgår tillige i vurderingen, at medarbejdere og ledelse redegjorde for, at der blev afholdt triageringsmøder en gang om ugen med fokus på ændringer i borgernes aktuelle situation. En gang om måneden var der tværfagligt møde med fokus på tidlig opsporing. Borgerne blev tilbudt vejning og rejse-sætte-sig test en gang om måneden. Resultatet var dokumenteret, men den faglige vurdering fremgik ikke af dokumentationen.

Det indgår i vurderingen, at borgere med kognitiv funktionsnedsættelse og deres pårørende oplevede at modtage hjælp, omsorg og pleje, der tog højde for deres særlige behov. Medarbejderne havde alle deltaget i demenskursus arrangeret af kommunen, og der havde været et forløb med VISO, der også havde medvirket til, at medarbejderne havde fået faglige værktøjer til at hjælpe borgere, der f.eks. var fysisk urolige og omkringvandrene. Ved tilsynet blev det drøftet med medarbejdere og ledelse, hvorledes f.eks. beboerkonference som metode fremadrettet kan medvirke til udvikling, afklaring og fælles tilgang.

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

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

Ledelsen af plejeenheden var ny, og borgere, pårørende og medarbejdere oplevede, at der var sket en positiv forandring, og der var let adgang til ledelsen.

I vurderingen er der også lagt vægt på, at det ved interview med ledelsen fremgik, at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver og en organisering, der understøttede, at plejeenhedens opgaver blev varetaget igennem hele døgnet.

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

Styrelsen har fundet, at målepunktet ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at der ikke var en tydelig praksis for medarbejdernes ansvarsområde i forhold til den social- og plejefaglige dokumentation og at alle medarbejdere ikke kendte omsorgssystemet og ikke kunne fremfinde relevante oplysninger.

I vurderingen er der desuden lagt vægt på, at det var gennemgående i alle tre stikprøver, at beskrivelsen af de social- og plejefaglige indsatser samt opfølgningen herpå ikke var tilstrækkeligt handlingsanvisende til, at det uden forudgående kendskab til borgeren var muligt at varetage borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje.

Det indgår tillige i vurderingen, at der var fyldestgørende beskrivelser af borgernes funktionsevne, mestring og motivation.

## **6. Aktiviteter og rehabilitering**

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik, at plejeenheden arbejdede tværfagligt og med en rehabiliterende tilgang således, at der blev taget udgangspunkt i borgernes ressourcer og egne mål. Borgerne fik mulighed for at forbedre og/eller vedligeholde deres funktionsevne.

Borgerne gav udtryk for, at de var blevet tilbudt træning, men ikke ønskede dette.

Der var på plejeenheden etableret dagcenter to gange om ugen, hvor beboere og borgere udefra kunne deltage. Der var tilbud om deltagelse i gymnastik en gang om ugen. Herudover arrangerede frivillige forskellige aktiviteter som spiseaftener, musik, samt besøgshunde og besøgsspony.

Medarbejderne oplyste, at der var tilknyttet en ergoterapeut, der varetog træning af borgerne, men også vejledte i forflytning, hjælpemidler mm

Borgerne gav ved interview udtryk for, at have mulighed for at kunne deltage i meningsfulde aktiviteter i hverdagen, som tog udgangspunkt i deres interesser og behov, men enkelte borgere oplevede at aftener og weekender kunne være lange

Der var i plejeenheden ikke borgere i forløb efter §§83a og 86, hvorfor dele af målepunkt 6.1 og 6.2 er noteret som ikke aktuelle.

# 4. Fund ved tilsynet

---

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

### 1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

| Målepunkt |   | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|---|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A         | At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv   | X       |              |              |                     |
| 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, 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  | X       |              |              |                     |

|   |  |   |  |  |  |
|---|--|---|--|--|--|
|   | eventuelle pårørende og det omgivende samfund  |   |  |  |  |
| 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 hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer   | X       |              |              |                     |
| 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       |              |              |                     |
| 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 tre stikprøver var ændringer og opfølgning på borgernes helbredstilstand ikke dokumenteret. |

|  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  | <p>F.eks. Blev borger vejlet og vægt noteret, men der mangede dokumentation af indsatser i forhold til borgers væggtab.</p> <p>Personalet kunne mundtlig redegøre for tiltag.</p> |
|--|--|--|--|--|---|

### 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            |              | <p>I tre ud af tre stikprøver var forebyggende indsatser vedrørende tryksår, inkontinens og fald ikke beskrevet.</p> <p>En borger var fast kørestolsbruger og dermed i risiko for at udvikle tryksår. Der sås ingen faglige risikovurderinger</p> |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  | <p>En borger anvendte et kontinenshjelpe-middel hele døgnet. Der var ingen social- og plejefaglig beskrivelse, af de indsatser medarbejderne iværksatte i forhold til at støtte borger bedst muligt for at forebygge infektion i hud og urinveje som følge af brugen af kontinenshjelpe-midlet.</p> <p>En borger, der havde balanceproblemer og dermed faldtendens, brugte en rollator ved al færden. Medarbejder der kendte borgeren godt, beskrev indsatser mhp at forebygge faldepisoder, f.eks. hvordan borgeren på en særlig måde blev støttet og guidet ved stillingsskift. Der sås ingen beskrivelse af denne forebyggende indsats.</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       |              |              |                     |
|           | 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            |              | Der var ikke en endelig fastlagt praksis for den social- og plejefaglige dokumentation |
|           | A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats  | ?       |              |              |  |

|   |  |   |   |  |  |
|---|--|---|---|--|--|
| B | At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation  |   | x |  | Alle medarbejdere havde adgang til den elektroniske omsorgsjournal, men ikke alle var bekendte med og kunne anvende systemet.  |
| 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 indsatser er beskrevet  |   | X |  | I tre ud af tre stikprøver var behovet for hjælp, omsorg og pleje afdækket, men de social- og plejefaglige indsatser var ikke beskrevet fyldestgørende.<br><br>Medarbejderne havde et godt kendskab til borgerne og kunne mundtligt redegøre for den daglige pleje og omsorg |
|   | 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 |  | I to ud af tre stikprøver var afvigelser i de social- og plejefaglige indsatser ikke beskrevet i tilstrækkeligt omfang, eksempelvis i forbindelse med opfølgning på hudproblemer og inkontinens  |

# Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

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

| Målepunkt |   | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|---|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A         | A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet (§83a)  |         |              | X            |                     |
|           | A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)  | X       |              |              |                     |
| B         | B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål (§83a)  |         |              | X            |                     |
|           | B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)   | X       |              |              |                     |
| C         | At medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål, samt arbejdsgangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§§83a og 83) | X       |              |              |                     |
| D         | D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål (§83a)   | X       |              |              |                     |
|           | D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet (§83a)   |         |              | X            |                     |
|           | D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne (§83a)   |         |              | X            |                     |
|           | D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)   | x       |              |              |                     |



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

| Målepunkt |  | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|--|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A         | At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet  |         |              | X            |                     |
| B         | At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgers forløb                  | X       |              |              |                     |
| C         | At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg | X       |              |              |                     |
| 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 ak- | X       |              |              |                     |

|   |   |   |  |  |  |
|---|---|---|--|--|--|
|   | tiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger   |   |  |  |  |
| 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