

## AFGØRELSE

Styrelsen for Patientsikkerhed fastholder påbud af 28. maj 2019.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder endvidere på baggrund af tilsynsbesøg den 2. juli 2019 Ældrecenter Lynggården:

- 1) **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 arbejds-gange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige genoptrænings- rehabiliterings- og vedligeholdelsestræningsfor-løb samt målfastsættelse i den forbindelse, herunder i den dag-lige hjælp, omsorg og pleje.**

9. oktober 2019

Sagsnr. 5-9513-12/1/  
Reference ALMS  
T +4572229022  
E

Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed ved et nyt tilsynsbesøg efter servicelovens § 150 har konstateret, at påbuddet er efterlevet.

Styrelsen gør opmærksom på, at manglende efterlevelse af påbuddet straffes med møde, jf. servicelovens § 157 a.

### Begrundelse

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 2. juli 2019 et reaktivt tilsyn efter servicelovens § 150 med Ældrecenter Lynggården, Baggrunden for tilsynet var at følge på op et påbud, som styrelsen gav plejeenheden den 28. maj 2019.

Styrelsen havde endvidere modtaget en bekymringshenvendelse vedrørende de social- og plejefaglige forhold på Ældrecenter Lynggården, som også er indgået i det reaktive, opfølgende tilsynsbesøg.

Styrelsen har ved afgørelsen benyttet de oplysninger, der fremkom ved tilsynet, og som er anført i tilsynsrapporten. Endvidere modtog styrelsen den 18. juli 2019 en handleplan fra plejeenheden, hvori der beskrives en række tiltag med henblik på at forbedre forholdene på plejeenheden.

Styrelsen for Patientsikkerhed har endvidere modtaget hørings svar af 3. oktober 2019 med en handleplan over, hvordan kravene i påbuddene vil imødekommes i plejeenheden.

Ved tilsynet den 2. juli 2019 kunne styrelsen desuden konstatere, at plejeenheden havde iværksat en række faglige tiltag, blandt andet faste triagemøder og fordeling af sygeplejekompetencer for at sikre en tværfaglig vidensdeling på plejeenheden.

Styrelsen for Patientsikkerhed

Islands Brygge 67  
2300 København S  
Tlf. +45 7228 6600  
Email stps@stps.dk

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

Styrelsen har således fundet, at plejeenhedens afdeling med de faste pladser var kommet langt i forhold til at rette op på de forhold, som styrelsen ved afgørelse af 28. maj 2019 påbød Ældrecentre Lynggården at sikre.

Styrelsen anerkender derved, at Ældrecenter Lynggården har gjort og planlagt en række tiltag med henblik på at opfylde påbud af 28. maj 2018, ligesom det fremgår af høringssvaret for dette påbud, at plejeenheden har iværksat en række tiltag. Det er imidlertid styrelsens vurdering, at fundene ved tilsynet samt de tilsendte handleplaner ikke giver anledning til at ændre vurderingen af forholdene. Dette skyldes, at der ikke alene på baggrund af de beskrevne tiltag kan fastslås, at der på nuværende tidspunkt er rettet op på de konstaterede forhold i påbud af 28. maj 2019 samt ved tilsynet af 2. juli 2019 i den *samlede* plejeenhed.

Det er således styrelsens vurdering, at Ældrecenter Lynggården fortsat har større problemer af betydning for den fornødne kvalitet. Dette skyldes, at styrelsen kunne ved tilsynet konstatere, at afdelingen med de midlertidige pladser havde en generel mangelfuld dokumentationspraksis. Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at plejeenheden manglede en tydelig opgave- og ansvarsfordeling i relation til dokumentation og prioritering af opgaver.

Herudover har styrelsen lagt vægt på, at der manglede systematiske arbejdsgang i relation til borgernes genoptrænings- og vedligeholdelsesforløb, herunder særligt i relation til målfastsættelse og opgave- og ansvarsfordeling.

Styrelsen har lagt vægt på, at Ældrecenter Lynggården har en organisering, hvor der er en tydelig opdeling mellem afdelingen med de faste pladser og afdelingen med de midlertidige pladser, og at styrelsen fandt store forskelle mellem de to enheder.

Ved tilsynsbesøg af 6. november 2018 havde styrelsen gjort en række fund, der i høj grad relaterede sig til plejeenhedens faste pladser, hvor styrelsen ved tilsynsbesøg af 2. juli 2019 gjorde en række fund, som relaterede sig til plejeenhedens midlertidige pladser.

For en detaljeret gennemgang af fundene ved tilsynsbesøget henvises til tilsynsrapporten.

Det er styrelsens vurdering, at idet der er tale om en plejeenhed med samme daglige og faglige ledelse for de to afdelinger, burde plejeenhedens indsats for at rette op på de påbudte forhold af 28. maj 2019 afspejle sig i den samlede plejeenhed, og ikke alene i afdelingen med de faste pladser.

Styrelsen fastholder derfor påbud af 28. maj 2018. Dette for at sikre, at Ældrecenter Lynggården laver en samlet indsats for at sikre, at hjælp, omsorg og

pleje i plejeenheden har den fornødne kvalitet, uanset hvilken afdeling der er tale om.

Styrelsen har endvidere på baggrund af tilsynsbesøget den 2. juli 2019 fundet det nødvendigt at give Ældrecenter Lynggården et supplerende påbud.

I forlængelse af begrundelsen for påbuddet, som fremgår af påbud af 28. maj 2019, har styrelsen fundet det hensigtsmæssigt at komme med supplerende begrundelse til påbuddets elementer, som begrundet styrelsens vurdering af nødvendigheden af fastholdelse af påbuddet henset til fundene på enheden for de midlertidige pladser, se nedenfor.

#### Plejeenhedens dokumentationspraksis

Ved tilsynsbesøget den 2. juli 2019 kunne styrelsen konstatere, at Ældrecenter Lynggården fortsat havde problemer med dokumentation af den social- og plejefaglige, idet dokumentationen fortsat ikke fremgik entydigt og systematisk.

Ved tilsynsbesøget foretog styrelsen en gennemgang af i alt fire omsorgsjournaler, to hver fra afdeling for de hhv. faste og midlertidige pladser.

Styrelsen kunne ved tilsynsbesøget konstatere, at afdelingen med de faste pladser havde arbejdet med en række tiltag for at forbedre dokumentationen i enheden, hvilket dokumentationen afspejlede.

Samtidig fandt styrelsen en række mangler i dokumentationen i afdelingen for midlertidige pladser af sådan en karakter, at styrelsen vurderer, at påbuddet af 28. maj 2019 ikke kan ophæves.

Styrelsen kunne ved gennemgangen konstatere, at der i dokumentationen for de midlertidige pladser var mangelfulde og uopdaterede beskrivelser af borgernes generelle oplysninger, så som ressourcer, motivation, mestring samt mål for personlig og praktisk hjælp.

Styrelsen har lagt vægt på, at der dels var problematikker i den generelle dokumentation hos borgeren, og dels i forhold til dokumentation af opfølgning på- og ændringer i borgernes helbredstilstand, eksempelvis opfølgning på mundhygiejne og urinvejsinfektion.

Det er styrelsens opfattelse, at de beskrevne grundlæggende og gennemgående mangler i Ældrecenter Lynggårdens dokumentationspraksis rummer en risiko for, at der ikke ydes en personlig hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet jf. servicelovens § 150 stk. 2.

Styrelsen har lagt på, at medarbejderne gav udtryk for, at der manglede en samlet opgave- og ansvarsfordeling i forhold til, hvilke dokumentationsopgaver de

forskellige faggrupper skulle varetage. Denne uklarhed resulterede således i manglende, utilstrækkelig eller uopdaterede omsorgsjournaler.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at der for både de faste og midlertidige pladser var problematikker i forhold til målfastsættelse (Se begrundelse for supplerende påbud nedenfor) og dokumentation af målene for genoptræning, vedligeholdelsestræning og rehabilitering. Hertil manglede plejeenheden endvidere dokumentation af ændringer i borgernes forskellige træningsforløb.

Det er styrelsens vurdering, at det er nødvendigt for at sikre den rette social- og plejefaglige indsats for borgere, at plejeenheden har kendskab til borgernes aktuelle ressourcer og behov, og at alt relevant personale kan orientere sig i beskrivelserne af disse.

Styrelsen har lagt vægt på, at hjælpen løbende skal justeres borgerens behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5. Det personale, der udfører hjælpen, skal derfor indberette både bedring og forværring i borgerens funktionsevne, således at hjælpen kan tilpasses borgerens behov.

Det er endvidere styrelsens vurdering, at det er afgørende for at sikre et meningsfyldt træningsforløb for borgeren, at der fastsættes mål, og at der løbende sker dokumentation i tilfælde af ændringer i forhold til træningsforløbet.

Dokumentation efter servicelovens § 83, stk. 5 skal indeholde individuelle mål for personlig og praktisk hjælp og eventuelle rehabiliteringsforløb, som borgeren og medarbejderne samarbejder om. Disse mål skal være tilgængelig for såvel borgeren som de medarbejdere, der er involveret i hjælpen.

Det er efter styrelsens vurdering en skærpende omstændighed, at der er tale om en enhed med midlertidige pladser, hvor samtlige borgere visiteret hertil har oplevet en væsentlig ændring i deres funktionsevnetilstand. Her kan der være særligt behov for hjælp, omsorg og pleje, ligesom der er behov for træningsforløb, genoptræning, vedligeholdelsestræning.

Hos disse borgere er der samarbejde mellem mange aktører, og det er plejeenhedens ansvar at sikre de fornødne oplysninger til at kunne udføre en helhedsorienteret og sammenhængende pleje og behandling.

Systematik og målrettede indsatser er således afgørende for at undgå, at borgerens tilstand forværres. Her er dokumentation grundlaget for, at enhver medarbejder bedst muligt kan varetage borgerens behov.

Styrelsen anerkender, at Ældrecenter Lynggården har arbejdet med plejeenhedens dokumentationspraksis, og at dette afspejlede sig i dokumentationen for de

faste pladser. Det er imidlertid styrelsens vurdering, at manglerne i dokumentationen for de midlertidige pladser var af en sådan karakter, at de udgjorde en risiko for den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje i plejeenheden.

Styrelsen desuden lagt vægt på, at Ældrecenter Lynggården overgik til journal-systemet Cura i marts 2018, men at der endnu ikke var implementeret en tilstrækkelig dokumentationspraksis for den samlede plejeenhed, herunder klare retningslinjer for, hvem der var ansvarlig for hvilke dokumentationsopgaver.

#### Plejeenhedens organisering

Ved tilsynsbesøget den 2. juli 2019 konstaterede styrelsen, at plejeenhedens organisering ikke i tilstrækkeligt omfang understøttede plejeenhedens kerneopgaver.

Styrelsen har lagt vægt på, at plejeenheden efter tilsynsbesøget den 6. november 2018 har arbejdet med en række tiltag for at sikre klarhed i arbejdsgangene, blandt andet ved triagemøder og beboerkonferencer, som ledelsen redegjorde for ved tilsynsbesøget og i handleplan af 18. juli 2019.

Disse tiltag afspejlede sig dog kun i afdelingen for de faste pladser og ikke over den samlede plejeenhed. På den baggrund fastholder styrelsen påbuddet om, at plejeenheden skal sikre, at plejeenhedens organisation understøtter plejeenhedens kerneopgaver, herunder ved en tydelig ansvars- og opgavefordeling.

Styrelsen har lagt vægt på, at der i afdelingen for de midlertidige pladser mangler en tydelig opgave- og ansvarsfordeling. Ved interview med medarbejderne fremgik det, at der var usikkerhed omkring, hvem der var foretog dokumentationsopgave, ligesom der var en usikkerhed omkring prioritering af opgaverne.

Styrelsen vurderer, at det er afgørende, at medarbejderne har kendskab til egne samt andre faggruppers ansvars- og opgavefordeling, når der skal løses opgaver af social- og plejefaglig karakter, således at der kan ske den nødvendige koordinering og vidensdeling for at kunne løse de forskellige opgaver, der måtte være aktuelle hos den enkelte borger.

Styrelsen har lagt vægt på, at dette er nødvendigt for den samlede plejeenhed, særligt henset til at medarbejderne kunne hjælpe hinanden på tværs af de faste og midlertidige pladser.

Det er således styrelsens vurdering, at der fortsat er betydelige problemer i forhold til Ældrecenter Lynggårdens organisering, som udgør en risiko for, at plejeenheden ikke kan varetage sine kerneopgaver af fornøden kvalitet.

## **Begrundelse for supplerende påbud vedrørende plejeenhedens understøttelse af aktiviteter og rehabilitering**

Ved tilsynsbesøget den 2. juni 2019 fandt Styrelsen for Patientsikkerhed, at plejeenheden manglede procedurer og arbejdsgange for målfastsætningsarbejdet i den samlede plejeenhed.

Styrelsen har lagt vægt på, at det ved interview med borgere og pårørende tilknyttet de faste pladser fremkom, at de ikke følte sig inddraget i målfastsættelsen. Styrelsen blev endvidere ved tilsynet opmærksom på, at enheden ikke havde systematiske arbejdsgange for borgerinddragelsen. Der manglede endvidere systematik i forhold til arbejdet med den kommunale terapeut såvel som samarbejdet med private træningsterapeuter.

Det er styrelsens vurdering, at systematik og faste arbejdsgange er en forudsætning for, at borgeren kan opleve sammenhæng i den daglige udførsel af hjælp, omsorg og pleje.

Styrelsen har lagt vægt på, at borgere og pårørende tilknyttet de midlertidige pladser ligeledes oplevede manglende inddragelse i målfastsætningsarbejdet. Styrelsen fandt, at enheden generelt manglede procedurer og arbejdsgange for inddragelse af borgere og eventuelt pårørende i målfastsætningsarbejdet, ligesom der manglede dokumentation af borgernes mål i træningsforløb (Se afsnit vedrørende dokumentation ovenfor).

Styrelsen har desuden lagt vægt på, at medarbejderne tilknyttet de midlertidige pladser ikke kunne redegøre for målene i træningsforløbene, hvem der havde ansvar for at inddrage træningselementer i den daglige hjælp, omsorg og pleje eller fremfinde løbende dokumentation af ændringer i forhold til borgernes træningsforløb.

Styrelsen har lagt vægt på, at ledelsen redegjorde for, at Ældrecenter Lynggården havde etableret et tværfagligt samarbejde, hvor terapeuter og medarbejder fra visitationen deltog en gang om ugen. Medarbejderne tilkendegav dog, at den tværfaglige sparring med særlig terapeuter skete ad hoc i det daglige arbejde, uden systematik for samarbejdet.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at det tværfaglige samarbejde omkring genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbene blev særligt udfordret af plejeenhedens dokumentationspraksis som beskrevet ovenfor.

Det er styrelsens vurdering, at det er en skærpende omstændighed, at der er tale om en plejeenhed med en hel afdeling med midlertidige pladser med borgere

med særlige behov i forhold til genoptrænings- og vedligeholdelsesforløb. Der er derfor særligt vigtigt at der sikres en systematik, og at der fokus på at tilbyde en individuel træningsindsats til borgere, som har brug for hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder, herunder at fastsætte mål og inddrage borgeren i dette.

### Konklusion

På baggrund af ovenstående vurderer styrelsen, at Ældrecenter Lynggårdens mangelfulde dokumentationspraksis, organisering og praksis for aktiviteter og rehabilitering udgør en risiko for, at der fortsat ikke ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet.

Styrelsen for Patientsikkerhed fastholder på den baggrund påbud af 28. maj 2019 i sin helhed.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder desuden Ældrecenter Lynggården at sikre, at der fastsættes mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte inden fire uger fra afgørelsesdatoen.

Manglende efterlevelse af påbuddet straffes med bøde, jf. serviceloven § 157 a stk.1, medmindre højere straf er fastsat i anden lovgivning.

Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed ved et nyt tilsynsbesøg efter servicelovens § 150 har konstateret, at påbuddene er efterlevet.

### **Offentliggørelse**

Styrelsen for Patientsikkerhed skal offentliggøre alle afgørelser efter serviceloven § 150 d. Det følger af § 16 i bekendtgørelse om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn på ældreområdet. Påbuddet offentliggøres på styrelsens hjemmeside.

Vi gør opmærksom på, at den enkelte plejeenhed også skal offentliggøre påbuddet på plejeenhedens egen hjemmeside samt gøre påbuddet umiddelbart tilgængeligt i selve plejeenheden. Den stedlige kommune har ligeledes pligt til at offentliggøre tilsynsrapport samt påbud på kommunens hjemmeside. Det følger af kapitel 4 i bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn på ældreområdet.

Med venlig hilsen

Alberte Munkesø Storm  
Fuldmægtig, cand.jur.

Jane Bjerregaard  
Tilsynskonsulent

## **Lovgrundlag:**

Lov om social service, lovbekendtgørelse nr. 1114 af 30. august 2018:

**§ 150.** Styrelsen for Patientsikkerhed skal føre tilsyn med den personlige hjælp, omsorg og pleje efter §§ 83-87, som ydes på de registreringspligtige kommunale og private enheder efter § 150 c, stk. 1 og 2.

*Stk. 2.* Styrelsen for Patientsikkerhed skal gennemføre tilsynet efter stk. 1 ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for, at den personlige hjælp, omsorg og pleje ikke har den fornødne kvalitet. Styrelsen for Patientsikkerhed skal ligeledes på baggrund af en begrundet mistanke gennemføre tilsyn efter stk. 1, hvis det vurderes nødvendigt af hensyn til den fornødne kvalitet af den personlige hjælp, omsorg og pleje i en enhed.

*Stk. 3.* Bliver Styrelsen for Patientsikkerhed bekendt med overtrædelser, mangler eller bekymrende forhold i forbindelse med tilsyn efter stk. 1, skal styrelsen orientere vedkommende registreringspligtige enhed og den stedlige kommunalbestyrelse.

*Stk. 4.* Bliver den stedlige kommunalbestyrelse orienteret om overtrædelser, mangler eller bekymrende forhold efter stk. 3, skal kommunalbestyrelsen orientere de kommunalbestyrelser, som har ansvar for hjælpen til den enkelte borger, jf. §§ 9-9 b i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, når disse borgere kan blive berørt.

*Stk. 5.* Styrelsen for Patientsikkerhed fastsætter nærmere regler om vurdering af kvaliteten af den personlige hjælp, omsorg og pleje, herunder i form af opstilling af kriterier og indikatorer.

**§ 150 b.** Styrelsen for Patientsikkerhed udarbejder en tilsynsrapport efter hvert tilsynsbesøg udført efter § 150, stk. 1. Styrelsen for Patientsikkerhed udarbejder en årlig sammenfatning af observationer og vurderinger som følge af tilsynene efter § 150, stk. 1.

*Stk. 2.* Styrelsen for Patientsikkerhed fastsætter regler om offentliggørelse af tilsynsrapporter og sammenfatninger, jf. stk. 1.

**§ 150 d.** Tilsiger forholdene i den registreringspligtige enhed det, kan Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud om krav til den social- og plejefaglige indsats eller om midlertidigt at indstille driften af den social- og plejefaglige indsats hos den pågældende enhed helt eller delvis.

*Stk. 2.* Afgørelser efter stk. 1 kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.

*Stk. 3.* Styrelsen for Patientsikkerhed fastsætter regler om offentliggørelse af afgørelser truffet efter stk. 1.





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 tilsynsbesøget: 2. juli 2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord  
Sagsnr.: 5-9513-12/1

# 1. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

## Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte d. 28. maj 2019 et påbud til Ældrecenter Lynggården med 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).

Styrelsen for Patientsikkerhed har d. 8. maj 2019 modtaget en bekymringshenvendelse vedrørende de social- og plejefaglige forhold på Lynggården, som derfor også indgår i det opfølgende tilsyn.

Tilsynet er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet samt bekymringshenvendelsen.

## **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 genoptræningspladser, hvoraf de fire er neurorehabilitering. 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 de faste boliger og genoptræningspladserne
- Ledelsen varetages af afdelingsleder Irene Mikkelsen
- Plejeenheden har ansat sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere 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 interviewet to pårørende på faste pladser og en pårørende på midlertidige pladser
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - Afdelingsleder Irene Mikkelsen
  - Områdeleder af plejeboligerne Jette Pedersen
  - Faglig kvalitetskonsulent Birgitte Schöne
- Der blev foretaget interview med en medarbejder fra faste pladser og to fra de midlertidige pladser samt en sygeplejerske
  - Social- og sundhedsassistenter
  - Social- og sundhedshjælper
  - Sygeplejerske
- Der blev foretaget observation ved, at de tilsynsførende besøgte borgerne i egen bolig samt ved ophold i fælles areal på midlertidige pladser samt i opholdstue på de faste pladser
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til afdelingsleder Irene Mikkelsen, områdeleder for plejeboligerne Jette Pedersen og faglig kvalitetskonsulent Birgitte Schöne
- Tilsynet blev foretaget af: tilsynskonsulent Jane Filtenborg Bjerregaard og Annalise Kjær Petersen.

# 3. Vurdering og sammenfatning

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget ændringer til de faktuelle forhold, som er skrevet ind i rapporten. Herudover har styrelsen modtaget en handleplan fra plejeenheden. Det er styrelsens vurdering, at materialet ikke giver anledning til at ændre vurderingen af indplacering i kategorien 'større problemer af betydning for den fornødne kvalitet', idet styrelsen ikke alene på baggrund af indholdet i det tilsendte materiale kan konstatere, at de uopfyldte målepunkter er bragt i orden. Styrelsen for Patientsikkerhed har derfor ved afgørelse af 9. oktober 2019 fastholdt påbud af 28. maj 2018. Styrelsen har ligeledes givet plejeenheden et supplerende påbud om, at plejeenheden inden for fire uger skal opfylde de nærmere fastsatte krav for at bringe forholdene i orden. Påbud offentliggøres separat på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside. Er påbuddet ikke længere offentliggjort, har Styrelsen for Patientsikkerhed efterfølgende konstateret, at påbuddet er blevet efterlevet.

## Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 2. juli 2019 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet fortsat blev vurderet målepunkter under temaerne: *Målgrupper og metoder, Organisation, ledelse og kompetencer, Procedurer og dokumentation og Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet der for enheden med de midlertidige pladser var en generel mangelfuld dokumentation af de social- og plejefaglige indsatser og opfølgning heraf samt manglende opdaterede og aktuelle beskrivelser af borgernes fysiske

og/eller psykiske funktionsevne. Det var gennemgående ved journalgennemgang på de midlertidige pladser, at der var mangelfulde og uopdaterede beskrivelser af borgernes generelle oplysninger så som ressourcer, motivation og mestring samt beskrivelser af mål for personlig og praktisk hjælp.

Derudover har styrelsen i vurderingen lagt vægt på den generelle problematik, at det ikke var tydeligt for medarbejderne i forhold til arbejdsgange og ansvarsfordeling i forbindelse med dokumentation og prioritering af opgaver, hvilket gjorde sig gældende for den samlede plejeenhed.

Det er styrelsen vurdering, at der manglede procedurer og arbejdsgange for målsætningsarbejdet og inddragelse af borgere og eventuelt pårørende i målfastsættelsesarbejdet for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte. Endvidere var der ikke systematiske arbejdsgange implementeret i forhold til borgernes genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb på de midlertidige pladser i relation til mål for træningsforløbet og i forhold til ansvaret for at inddrage og koordinere træningsforløbet med den daglige hjælp, pleje og omsorg til borgeren.

Styrelsen har i vurderingen lagt vægt på, at plejeenheden havde iværksat faglige tiltag, blandt andet som faste triagemøder med henblik på at følge op på ændringer i borgerens funktionsevne og helbredstilstand og systematiske fordeling af sygeplejekompetencer for tværfaglig videndeling for at forbedre forholdene på plejeenheden. Ligeledes var der ansat en faglig vejleder for gruppen fra den 1. juli 2019.

Styrelsen har også lagt vægt på, at borgere og pårørende overordnet gav udtryk for tilfredshed med den hjælp, omsorg og pleje, de modtog fra plejeenheden.

Styrelsen har på den baggrund vurderet, at henstillingerne fra tilsynsrapport af 28. maj 2019 er efterkommet.

Det er dog fortsat styrelsens vurdering, at tiltagene ikke giver anledning til ændring af vurderingen af, at der er i plejeenheden fortsat er 'større problemer af betydning for den fornødne kvalitet'.

Fundene ved tilsynet giver således anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed **fastholder følgende krav:**

- At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (3.3)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens aktuelle ressourcer og udfordringer bliver beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger (5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb bliver dokumenteret (målepunkt 5.1)

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

- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgerens dokumentation (3.4)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen (4.1)
- At plejeenheden sikrer, at der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (6.1)

- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål, samt arbejdsgangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (6.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgeren og eventuelt pårørende i videst muligt omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (6.1)
- At plejeenheden kender målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de – hos disse borgere – inddrager træningselementer og aktiviteter i den daglige hjælp, omsorg og pleje (6.2)
- At plejeenheden sikrer, at ændringer i forhold til borgerens forløb løbende bliver dokumenteret (6.2)

Fundene ved tilsynet giver anledning til at Styrelsen for Patientsikkerhed fastholder påbud af 28. maj 2019 i sin helhed. Fundene giver desuden anledning til, at styrelsen udsteder et yderligere påbud til plejeenheden.

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/forventningsamtaler med udgangspunkt i generelle oplysninger og livshistorie.

Plejeenheden havde igangsat en god proces, hvor de arbejdede med beboernes selvbestemmelse og livskvalitet igennem kontaktpersonsordning. I praksis betød det, at plejeenheden synliggjorde, hvem kontaktpersonen var over for borgerne og igennem dialog imødekomme borgernes behov. Der var tilknyttet to personer 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 indflytnings-/forventningssamtale, 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. Det fremkom under interview med en borger, at hjælpen var forskellig alt efter hvem, der var på arbejde. Borgerne oplyste, at det var blevet bedre, efter fast kontaktperson var tilknyttet, og at der blev benyttet faste afløsere, der kendte borgerne.

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 igangsat triagemøder tre gange om ugen fra den 1. juli 2019. 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.

#### Vedrørende midlertidige pladser

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema på enheden med de midlertidige pladser. I vurderingen er der lagt vægt på, at der i to ud af to journaler ikke var opdaterede og aktuelle beskrivelser af borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne, og i begge journaler manglede dokumentation af de forebyggende social- og plejefaglige indsatser samt opfølgning herpå.

Ledelsen og medarbejderne redegjorde for, at der dagligt blev afholdt triagemøder med fokus på ændringer hos borgerne, ligesom der en gang om ugen var etableret tværfaglige møder med deltagelse af visitationen til vurdering af behovet for hjælp, omsorg og pleje til den enkelte borger, så hjælpen blev tilpasset borgerens aktuelle behov. I dokumentationen var det dog ikke muligt at følge ændringer og opfølgning eksempelvis ved mundhygiejneproblematik og ved urinvejsinfektion. Desuden var borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne tilstanden ikke opdateret i dokumentationen.



På enheden for de midlertidige pladser var der tillige fokus på kompetenceudvikling på det sygeplejefaglige område med undervisning i demens og neuropædagogik, ligesom der var samarbejde med den kommunale demenskoordinator med fokus på tilgange og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse.

Det er styrelsens vurdering, at det er afgørende, at der sker den nødvendige dokumentation med henblik på at sikre en forsvarlig og sammenhængende social- og plejefaglig indsats til borgeren.

Det er ligeledes vigtig, at det sikres, at alle ændringer i borgerens tilstand og funktionsniveau, som kan medføre ændringer i behovet for hjælp, omsorg og pleje, bliver registreret og videregivet. Det er afgørende, at der i hverdagen bliver observeret og fulgt op på de borgere, der modtager hjælp, omsorg og pleje med henblik på, at der hurtigt kan reageres ved tegn på ændringer i fysisk og psykisk funktionsevne og/eller helbredstilstand så den systematiske, målrettede og afledte indsats kan forebygges at borgerens tilstand forværres. Dermed er dokumentationen også grundlaget for, at enhver medarbejder kan varetage hjælp, omsorg og pleje ud fra den faglige beskrivelse i dokumentationen.

#### **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, men i særlige tilfælde var det forventeligt, at de sundhedsfaglige medarbejdere kunne hjælpe hinanden på tværs af enhederne. 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 fra den 1. juli 2019. Den faglige vejleder var tiltænkt som en kulturbærer inden for den faglige udførelse af pleje og behandling. Den faglige vejleder og afdelingsleder skulle have 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, målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det i interview med medarbejderne fremkom, at det ikke var tydeligt for medarbejderne i forhold til arbejdsgange og ansvarsfordeling i forbindelse med dokumentation og prioritering af opgaver. På den baggrund er det styrelsens vurdering, at plejeenhedens organisering ikke i tilstrækkeligt omfang understøtter plejeenhedens kerneopgaver.

Der var altid en sygeplejerske tilknyttet de midlertidige pladser og sygeplejersken deltog i plejen hos de borgere som var tiageret "røde". Der blev afholdt daglige triagemøder også i weekender, og sygeplejersken var ansvarlig for afholdelse af forventningssamtale den første dag, som borgeren ankom til de midlertidige pladser med henblik på koordinering og formidling af borgerens forløb.

Ved interview med medarbejderne fremkom det tydeligt, at der var usikkerhed med hensyn til, hvilke dokumentationsopgaver som den enkelte faggruppe var ansvarlig for at udføre i omsorgssystemet.

Det er styrelsens vurdering, at en tydelig opgave- og ansvarsfordeling med ledelsesstøtte er væsentlig for medarbejderne, for at den nødvendige viden og koordinering skal kunne bidrage til at løse de forskellige opgaver, som måtte være aktuelle i relation til den enkelte borgers aktuelle forløb.

## **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 den 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 var borgernes livshistorie beskrevet, hvor borgerne ønskede det. Desuden var afvigelser fra den social- og plejefaglige indsats 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 ikke var opfyldt under dette tema på enheden med de midlertidige pladser. I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved journalgennemgang var gennemgående, at der var mangler i den social- og plejefaglige dokumentation. Dette vedrørte mangelfulde og uopdaterede beskrivelser af borgernes generelle oplysninger så som ressourcer, motivation og mestring samt mål for personlig og praktisk hjælp.

Styrelsen konstaterede under tilsynet en usikkerhed fra medarbejderne om, hvordan der skulle dokumenteres i journalsystemet, og den social- og plejefaglige dokumentation fremgik ikke entydig og systematisk. I dokumentationen var det eksempelvis ikke muligt at følge ændringer og opfølgning f.eks ved mundhygiejne og ved urinvejsinfektion. Medarbejderne udtrykte behov for en overordnet plan for dokumentationen for at sikre den sammenhængende og helhedsorienterede indsats hos borgerne. I den sammenhæng manglede medarbejderne nogle klare retningslinjer for, hvilke dokumentationsopgaver der skulle dokumenteres hvor, og hvordan der skulle følges op på dokumentationen på enheden med midlertidige pladser og hvem, der var ansvarlig for udførelsen.

Det er styrelsens vurdering, at når en borger ankommer på midlertidig plads, er der sket en væsentlig ændring i borgerens funktionsevnetilstand, og det er plejeenhedens ansvar at sikre, at der er de fornødne oplysninger til at kunne udføre en helhedsorienteret og sammenhængende pleje- og behandling. I forhold til borgerens hverdag samarbejder mange forskellige aktører for at hjælpe og understøtte borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje. Dokumentationen i omsorgsjournalen bør derfor på systematisk vis afspejle borgerens ressourcer og evne til at medvirke i opgaveløsningen.

## **6. Aktiviteter og rehabilitering**

### Vedrørende de faste pladser:

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema på enheden med de faste pladser. Under interview med borger og pårørende fremkom det, at de ikke oplevede sig inddraget i målfastsættelse for personlig og praktisk hjælp. Det blev generelt drøftet med medarbejderne, hvordan målfastsættelse kan italesættes over for borger og pårørende, som en del af den rehabiliterende tilgang i hverdagen. Det blev derfor tydeligt, at medarbejderne ikke havde en praksis med en systematisk arbejdsgang for at inddrage borgerne i dette arbejde, men de var beviste om, at det havde betydning for gennemførelsen af den helhedsorienterede pleje.

Triagesering 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. Under tilsynet fik en borger udført træning af privatpraktiserende terapeut, og her var medarbejderen opmærksom på at få etableret samarbejdet for at understøtte træningen i den daglige aktiverende pleje. Der var ikke en systematik i praksis for dette samarbejde, og det blev drøftet under tilsynet, hvordan systematiske arbejdsgange kunne bidrage til, at borgeren 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 plejeprincip, 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 der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema på enheden med de midlertidige pladser. I vurderingen er der lagt vægt på, at der manglede procedurer og arbejdsgange for målsætningsarbejdet og inddragelse af borgere og eventuelt pårørende i målfastsættelsesarbejdet for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte. Der manglede endvidere dokumentation heraf. Formålet med at sætte mål efter servicelovens § 83 er at skabe klarhed omkring hjælpen for den enkelte borger samt at fremme en fokuseret og koordineret indsats, som enten kan være aktiverende, kompenserende eller rehabiliterende fra de forskellige medarbejdere, som yder hjælp, omsorg og pleje.

Ved journalgennemgang hos to borgere i forhold til deres genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb, kunne medarbejderne ikke redegøre for målene i træningsforløbet, og hvem der havde ansvaret for at

inddrage relevante træningselementer i den daglige hjælp, pleje og omsorg, eksempelvis når træningsassistenter varetog dele af træningselementerne. Ligeledes kunne medarbejderne ikke fremfinde løbende dokumenterede ændringer i forhold til borgerens træningsforløbet.

Ledelsen redegjorde for, at der var etableret tværfagligt samarbejde en gang om ugen med deltagelse af terapeut og visitation. Medarbejderne tilkendegav, at den tværfaglige sparring, med specielt terapeuterne, skete ad hoc i det daglige arbejde. Der var ikke en systematik i praksis for dette samarbejde, og det blev drøftet under tilsynet, hvordan systematiske arbejdsgange kunne bidrage til at borgeren oplevede sammenhæng i den daglige udførelse af pleje, omsorg og hjælp.

I vurderingen er der lagt vægt på, at det tværfaglige samarbejde i forhold til borgernes genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb blev meget udfordret af den dokumentationsmæssige praksis, hvor plejepersonalet ikke kunne fremfinde borgerens mål og terapeuternes løbende dokumentation i forhold til borgernes forløb. Denne problematik var efter styrelsens vurdering medvirkende til, at plejeenheden ikke havde grundlaget for at sikre, at der systematisk blev fulgt op på de færdigheder, som borgeren havde brug for i sine daglige gøremål ved at inddrage træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.

Fundene ved tilsynet giver anledning til at Styrelsen for Patientsikkerhed ophæver dele af påbuddet af den 28. maj 2019 og fastholder og tilføjer nyt til påbuddet.

Styrelsen for Patientsikkerhed agter at udstede et påbud om, at plejeenheden skal opfylde de stillede krav og henstillinger inden for en fastsat frist. Se nærmere vedlagte høringsbrev.

Plejeenheden anmodes om at fremsende eventuelle bemærkninger hertil og eventuel dokumentation for opfyldelse af ovenstående punkter.

# 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 dokumenterer, at de uopfyldte målepunkter er bragt i orden. Derfor planlægger styrelsen med at opfølgende tilsyn med henblik på at vurdering af, om de uopfyldte målepunkter er 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, samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det	X			
C	C1. At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i borgernes behov og ønsker for udførelsen af omsorgen og plejen	X			
	C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres eventuelle pårørende og det omgivende samfund	X			
D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret	X			

## Tema 3: Målgrupper og metoder

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

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

	sorg og pleje af borgere med kognitive funktionsevne- nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug				
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	
E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur, at borgere med kognitive funktionsevne- nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller mis- brug 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 plejeen- hedens faglige metoder og arbejdsgange for fo- rebyggelse af magtanvendelse	X			
C	At der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og ar- bejdsgange 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 journalgennemgange var der ikke fyldestgørende og opdaterede beskrivelser af borgerens ændringer af funktionsniveau eksempelvis fremkom det ikke ved borgere på midlertidigplads

### 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,		X		I to ud af fire journalgennemgange var der ikke beskrevet fo-

	dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet				rebyggende indsatser for eksempel med urinvejsinfektion og mundhygiejne
--	--	--	--	--	---

## 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		Medarbejderne efterspurgte tydelig ledelse omkring arbejds gange i forbindelse med dokumentation og prioritering af opgaver.

## Tema 5: Procedurer og dokumentation

### 5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder	X			

	hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne				
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats	X			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation		X		Det er uklart for medarbejderne hvem, hvad og hvor der skal dokumenteres i forhold til borgerens helhedsorienterede pleje
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger		X		I to ud af fire journalgennemgange var der mangelfulde og ikke opdaterede beskrivelser af generelle oplysninger for eksempel ressourcer, motivation og mestring
	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		I to ud af fire journalgennemgange var der ikke beskrevet borgerens mål for personlig og praktisk hjælp
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsats er dokumenterede	X			

# Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

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

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet (§83a)			X	
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)		X		I fire stikprøver oplevede borgere og pårørende sig ikke inddraget i målfastsættelse
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejenheden 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		I to ud af fire journalgennemgange var der ingen beskrivelse af borgerens mål og dermed manglende implementering af arbejdsgange for målfastsættelse for personlig og praktisk hjælp
D	D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål (§83a)			X	
	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		I to ud af fire journalgennemgange var der ikke fastsat mål
--	---	--	---	--	---

## 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		I to ud af fire journalgennemgange kunne medarbejderne ikke redegøre for målene i træningsforløbet og hvem der havde ansvaret for at inddrage relevante træningselementer i den daglige hjælp, pleje og omsorg eksempelvis når træningsassistenter varetog dele af træningselementerne
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		I to ud af fire journalgennemgange var der ikke løbende dokumenteret ændringer i forhold til træningsforløbet

## 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			

## Øvrige

Målepunkt	Ingen fund	Fund og kommentarer
14: <u>Øvrige fund med patient-sikkerhedsmæssige risici</u>		Styrelsen blev ved tilsynet opmærksom på problematikker af sundhedsfaglig karakter, som er videregivet til vores sundhedsfaglige tilsyn.

# Begrundelse for tilsynet

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

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

I bekendtgørelsen<sup>2</sup> er der fastlagt følgende seks temaer, som tilsynet skal omfatte i forhold til at afdække den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats:

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

På baggrund af de seks temaer, er der udarbejdet 12 målepunkter, som repræsenterer vigtige risikotemaer i forhold til at vurdere den fornødne kvalitet.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er plejeenheden, der er genstand for tilsynet. Eventuelle fejl og mangler bliver anskuet ud fra et organisatorisk synspunkt.

Uddybning af målepunkter samt referencer ligger på styrelsens hjemmeside på dette link:

<https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/social-og-plejefagligt-tilsyn-paa-aeldreomraadet/>

---

<sup>11</sup> <https://www.regeringen.dk/media/4365/satspuljeaftaletekst-paa-aeldreomraadet.pdf>

<sup>2</sup> Bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med ældreplejen

# 5. Vurdering af plejeenheden

---

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

- Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet vurdering af den fornødne kvalitet med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter. Styrelsens vurdering er baseret på de forhold, der var til stede ved det aktuelle tilsyn.

Styrelsen for Patientsikkerhed har forskellige sanktionsmuligheder afhængigt af kategoriseringen for den enkelte plejeenhed.

Hvis der konstateres mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, har styrelsen mulighed for at reagere ved at give en henstilling til plejeenheden om eksempelvis at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan plejeenheden vil følge op på uopfyldte målepunkter. Hvis der konstateres større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, får plejeenheden et påbud om at opfylde et eller flere krav. Hvis der konstateres kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet, gives der påbud om, at plejeenheden helt eller delvist skal indstille virksomheden.

Hvis styrelsen bliver opmærksom på mangler efter sundhedsloven eller anden lovgivning, kan styrelsen give informationen videre til de relevante tilsynsmyndigheder





Ældrecenter Lynggården  
Østergade 30  
9850 Hirtshals

**Sendt via digital post**

## Afgørelse om påbud til Ældrecenter Lynggården

9. oktober 2019

Styrelsen for Patientsikkerhed har nu truffet endelig afgørelse i sagen med sagsnr. 5-9513-12/1.

Sagsnr. 5-9513-12/1/  
Reference ALMS  
T +4572229022  
E

Styrelsen har den 13. september 2019 partshørt Ældrecenter Lynggården over udkast til tilsynsrapport og afgørelsesudkast om påbud efter servicelovens § 150 d.

Vi har den 3. oktober 2019 modtaget hørings svar fra Ældrecenter Lynggården. Høringen giver ikke anledning til at ændre vurderingen af forholdene, da det ikke alene på baggrund af de beskrevne tiltag kan konstateres, at der på nuværende tidspunkt er rettet op på de konstaterede forhold.

Afgørelsen og den endelige tilsynsrapport er vedlagt. Ældrecenter Lynggården har pligt til at offentliggøre tilsynsrapporten på plejeenhedens egen hjemmeside samt gøre påbuddet umiddelbart tilgængeligt i selve plejeenheden<sup>1</sup>, ligesom påbud af 28. maj 2019 fortsat skal være tilgængeligt.

Styrelsen for Patientsikkerhed sender afgørelse og tilsynsrapport til kommunen til orientering og offentliggørelse på kommunens hjemmeside<sup>2</sup>.

Med venlig hilsen

Alberte Munkesø Storm  
Fuldmægtig, cand. jur.

<sup>1</sup> Jf. §§ 14 og 17 i bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn på ældreområdet

<sup>2</sup> Jf. §§ 15 og 18 i bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn på ældreområdet