



# Ældretilsynet Tilsynsrapport Sølgaven Valby S/I

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Sølgaven Valby S/I  
Følager 15 - 0  
2500 Valby

CVR- eller P-nummer: 1012489044

Dato for tilsynet: 04-02-2020

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 35-2511-86

# 1. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Solgaven Valby er et landsdækkende specialplejehjem for blinde og svagtseende borgere. Derudover bor der borgere på plejeenheden med demenslidelse, andre kognitive udfordringer, problemer med hørelse, multisygdom med mere. Borgerne er fra 40-års alderen og op
- Plejeenheden er særligt indrettet under hensyn til blinde og svagtseende borgere
- Plejeenheden har 94 pladser fordelt på 93 boliger
- Huset er fordelt på seks etager, delt op i tre plejeafdelinger med tre afdelingsledere
- På plejeenheden er der ansat følgende faggrupper: sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, aktivitetsmedarbejdere, pædagoger, afspændingspædagog, servicemedarbejdere og en ernæringsfaglig konsulent. Derudover kommer der frivillige i huset
- Huset har eget produktionskøkken, som tilbereder al mad til servering i huset. Derudover er der en frisør, café og et wellnesscenter
- Der er tilknyttet omsorgstandpleje, som kommer fast i huset. Desuden er to praktiserende læger tilknyttet plejeenheden, som benyttes af cirka 80% af borgerne
- Ved nyansættelse afholdes fire obligatoriske undervisningsseancer. En gruppe af medarbejdere er hvert år på specialuddannelse for medarbejdere ansat på Solgavehjem i Danmark. Desuden modtager medarbejderne demensfaglig supervision samt undervisning i palliation
- Der er fast tilknyttet fysioterapeut og ergoterapeut, som indgår i samarbejdet om borgernes behov for vedligeholdende træning og eventuel genoptræning. Terapeuterne er tilstede på plejeenheden fire hverdage om ugen.

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet tre pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen:
  - Ulla Thomsen, forstander
  - Souschef
  - Tre afdelingsledere
- Der blev foretaget interview med seks medarbejdere:
  - Tre social- og sundhedsassistenter
  - Tre sygeplejersker
- En sundhedsfagligt konsulent fra områdekontoret, Københavns Kommune, deltog på tværs af de forskellige dele af tilsynet
- Der blev foretaget observation ved deltagelse i frokosten på to forskellige afdelinger
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til forstander Ulla Thomsen og det deltagende personale
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulent Trine Gisselmann Andersen og oversygeplejerske Sarah Sommer

## 2. Vurdering og sammenfatning

---

### Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 10. marts 2020 modtaget handleplan for, hvordan Solgaven Valby vil opfylde henstillingerne efter tilsynet den 4. februar 2020.

Styrelsen for Patientsikkerhed konstaterer, at nogle målepunkter stadig ikke er bragt i orden, men at den krævede handleplan er tilfredsstillende, og vi afslutter dermed tilsynet.

### Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget 04-02-2020 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 *Trivsel og relationer*, *Målgrupper og metoder*, *Organisation, ledelse og kompetencer* og *Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet problemerne relaterede sig til, at pårørende ikke oplevede, at de blev tilstrækkeligt inddraget og informeret i relevant viden i forbindelse med borgernes indflytning. Problemerne relaterede sig ligeledes til, at pårørende ikke oplevede, at der blev taget hensyn til borgernes særlige behov. Styrelsen har endvidere i sin vurdering lagt vægt på, at både borgere og pårørende beskrev manglende indsatser i forhold til forebyggelse af funktionstab og forringet helbred hos borgere. Endelig var borgernes behov for genoptræning ikke tilrettelagt og vurderet fyldestgørende.

Styrelsen har lagt vægt på, at ledelse og personale på plejeenheden under tilsynet var reflekterende og imødekommende, og at personalet havde viden i forhold til plejeenhedens kerneopgaver samt særlige målgruppe.

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed anmoder plejeenheden om at udarbejde og indsende en handleplan over, hvordan nedenstående henstillinger vil blive opfyldt:

- At plejeenheden sikrer, at pårørende bliver inddraget, og at der lyttes til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden arbejder med pårørendeinddragelse, således at pårørende til borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser oplever, at den hjælp, omsorg og pleje, borgeren modtager, tager højde for borgerens særlige behov (målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer, at hjælp, omsorg og pleje til borgeren er rettet mod forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred, herunder fald og hørenedsættelse (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for fald (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af fald er beskrevet (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at vikarer får adgang til at dokumentere og få indsigt i pleje- og omsorgssystemet (målepunkt 4.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgeren inddrages i træningsforløb, og at borgeren oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål, er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet (målepunkt 6.2)

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 der i omsorgsjournalen var beskrivelser af borgernes vaner og ønsker, og at borgerne ved interview gav udtryk for at opleve selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.

Medarbejdere og ledelse redegjorde for, hvordan de arbejdede med at sikre borgerne værdighed i den sidste tid og ved livets afslutning. Der var blandt andet tæt samarbejde med præst, og en medarbejder var tilmeldt kursus vedrørende forløb om palliation. På sigt skulle flere medarbejdere igennem forløb vedrørende palliation, og der var plan for implementering af viden om palliation i hele organisationen. Plejehjemslægerne, som 80 % af borgerne på plejeenheden var tilknyttet, var ligeledes en tæt samarbejdspartner i forløb vedrørende døden. I beboerrådet havde man drøftelse om, hvordan man bedst muligt fik taget afsked med borgere og hvilke ritualer samt arbejdsgange, der skulle være i forbindelse med den sidste tid. Borgernes ønsker til livets afslutning var dokumenteret.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for, hvordan beboerrådet var inddraget i forskellige arbejdsgrupper og afgørelser. Blandt andet deltagelse i arbejdsgruppe vedrørende "den gode indflytning" og deltagelse i månedlige menumøder, hvor ønsker til maden blev drøftet.

Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at man via kontaktpersonordning arbejdede med at sikre kontinuitet i relation til borgeren, og det er styrelsens vurdering, at plejeenheden tog individuelle hensyn og imødekom borgerens ønsker.

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

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at to ud af tre pårørende ved interview gav udtryk for, at de ikke altid følte sig inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgernes behov. Dette gjorde sig især gældende i forbindelse med indflytning i plejeenheden, hvor pårørende ikke oplevede at få nok information og viden om indflytning og om plejeenheden. En pårørende gav udtryk for ikke at kende ledelsen, og at det var svært at komme i kontakt med ledelsen.

Det er styrelsens vurdering, at den manglende inddragelse af pårørende kan have betydning i forhold til at sikre borgerens trivsel og relationer og den fornødne kvalitet på plejeenheden.

I vurderingen er der også lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere redegjorde for, hvordan man via pårørendemøder på afdelingerne arbejdede på at sikre et tættere samarbejde med pårørende. Derudover blev der redegjort for, hvordan man arbejdede med at inddrage det omkringliggende samfund ved at invitere naboer, nærliggende institutioner, sangkor med flere til at komme på besøg og deltage i diverse aktiviteter. Dansk Blindesamfund havde man ligeledes en tæt relation til.

### **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 en pårørende ikke oplevede, at der blev taget hensyn til borgeres behov for struktur i løbet af dagen. Dette var ifølge pårørende et behov, borgeren havde som følge af kognitive funktionsnedsættelser. Pårørende oplevede således ikke, at hjælp omsorg og pleje tog hensyn til borgerens behov.

Styrelsen har ligeledes vurderet, at der på plejeenheden ikke var den fornødne kvalitet i forhold til forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne, specielt i forhold til faldforebyggelse, som var særlig væsentlig på en plejeenhed med blinde og svagtseende borgere. I to ud af tre stikprøver var der ikke en fyldestgørende beskrivelse af de social- og plejefaglige indsatser i forbindelse med faldforebyggelse, ligesom medarbejderne ikke kunne redegøre fyldestgørende for arbejdsgange i forbindelse med fald hos en borger. En borger og dennes pårørende oplevede i samme forbindelse ikke, at der var fulgt op på svimmelhed og fald hos borgeren. En anden pårørende oplevede ikke, at der var fulgt op forebyggelse af hørenedsættelse hos borgeren.

Det er styrelsens vurdering, at manglende social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred kan have betydning for den fornødne kvalitet i plejeenheden.

Ledelse og medarbejdere kunne redegøre for faglige metoder og arbejdsgange i forhold til målgruppen på plejeenheden. Der blev dagligt afholdt triageringsmøder, hvor plejepersonale fulgte op på ændringer hos borgerne. Der blev afholdt tværfaglige ugentlige møder, hvor mobilityinstruktører, sygeplejerske, ernæringsfaglig medarbejder, aktivitetscenter samt ergoterapeuter og fysioterapeuter deltog. Mobilityinstruktørerne havde ansvar for undervisning i organisationen i forhold til blinde og svagtseende borgeres specielle udfordringer. Den ernæringsfaglige medarbejder, havde i samarbejde med plejeenhedens køkken fokus på kost og ernæring. Man havde fokus på det gode måltid og havde uddannet måltidsværter, som havde ansvar for det gode måltid på afdelingerne. Ledelse og medarbejdere redegjorde ligeledes for arbejdsgange og faglige metoder i forhold til borgere med demens og i forhold til at forebygge magtanvendelse.

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

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelsen ikke kunne redegøre fyldestgørende for ansvars- og opgavefordelingen i forhold til vikarer, idet vikarerne ikke havde adgang til at dokumentere i pleje- og omsorgssystemet og dermed ikke kunne dokumentere egne observationer og handlinger hos borgeren.

Det er herudover styrelsens vurdering, at de faste medarbejdere havde de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, og at der var tydelighed omkring de faste medarbejders ansvars- og kompetenceforhold.

## **5. Procedurer og dokumentation**

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at der var en fast praksis for, hvem der sikrede dokumentationen, og hvornår der blev dokumenteret. Ligeledes var de nødvendige oplysninger om borgerne i omsorgssystemet tilgængelige for alle medarbejderne.

I vurderingen er der yderligere lagt vægt på, at det ved gennemgang af stikprøver fremgik, at der var beskrivelser af borgernes ressourcer og begrænsninger, borgernes behov for hjælp samt borgernes mål for hjælpen.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens dokumentationspraksis understøttede en tværfaglig sammenhængende dokumentation, som var udgangspunktet for plejen af borgerne.

## **6. Aktiviteter og rehabilitering**

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at en borger ikke oplevede, at der blev fulgt op på en funktionsevnenedsættelse, som havde betydning for borgerens færdigheder i dagligdagen, og borger oplevede ikke at være informeret om hvilke indsatser, der kunne være aktuelle for at bedre funktionsevnen hos borgeren.

Derudover er der i vurderingen lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere kunne redegøre for et tæt samarbejde med Københavns Kommunes ergo- og fysioterapeuter vedrørende træning efter servicelovens § 86. Terapeuterne kom fast i huset fire dage om ugen, og medarbejderne kunne redegøre for, hvordan de samarbejdede med terapeuterne, blandt andet gennem tværfaglige møder på plejeenheden. Det fremgik ligeledes af dokumentationen, hvilken formål der var med en borgers genoptræningsforløb, og hvordan medarbejderne i plejen kunne følge op på det gennem hverdagsaktiviteter.

Medarbejdere, ledelse og borgere redegjorde for forskellige aktiviteter i plejeenhedens aktivitetsdel kaldet "mødestedet". Aktivitetsmedarbejder besøgte borgerne og spurgte ind til hvilke aktiviteter, de var interesserede i. Der var aktiviteter hver dag og aften, bortset fra søndag. Der var ligeledes fokus på aktiviteter i afdelingerne samt fokus på aktiviteter målrettet den enkelte. Sidstnævnte blev blandt andet organiseret gennem klippekortsordning.

Målepunktet vedrørende rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83a er vurderet ikke aktuelt, da ingen af borgerne i stikprøverne var i et §83a forløb.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden generelt arbejdede med hverdagsrehabilitering og træning af borgere, så disse fik mulighed for at vedligeholde og forbedre funktionsevnen.

# 3. Fund ved tilsynet

---

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

### 1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv	X			
B	At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgeres 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		To ud af tre pårørende oplevede ikke at blive informeret og inddraget i forbindelse med indflytning på plejecentret. Dette var gældende både i indflytningsfasen ved sammenlægning af de to tidligere plejecentre samt ved indflytning, hvor borger kom fra egen bolig, som ikke var et af de to tidligere plejecentre
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		En pårørende oplevede ikke, at der blev taget højde for borgerens særlige behov for omsorg og pleje, set i forhold til borgerens behov for støtte til struktur i hverdagen
B	At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeeenheden 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 funktionsevnenedsættelser (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			

### 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		En borger og en pårørende oplevede ikke, at der var iværksat

					forebyggende tiltag for at forhindre svimmelhed og fald. En anden pårørende oplevede ikke, at der var fokus på tiltagende problematik omkring hørenedsættelse.
B	At ledelsen kan gøre rede for plejeenhedens arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, 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 vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne		X		Medarbejderne havde ikke fokus på faldforebyggelse og relevante indsatser i forhold til svimmelhed hos borgerne.
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet		X		I to ud af tre stikprøver var der ikke beskrevet social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge fald.

## 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		Afløsere og timelønnede medarbejdere havde

					udelukkende "læseadgang" til dokumentationssystemet og kunne således ikke dokumentere egne observationer og handlinger.
B	At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen	X			

## Tema 5: Procedurer og dokumentation

### 5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne	X			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats	X			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation	X			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger	X			
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet	X			
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret	X			
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede	X			

# Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

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

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

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

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet		X		I en ud af tre stikprøver fortalte borger, at der ikke var fulgt op på og iværksat træning af borgers gener efter nerverelammelse
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 aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger	X			

C	C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter	X			
	C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter	X			

## 4. Begrundelse for tilsynet

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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



## 5. Vurdering af plejeenheden

---

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

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

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet vurdering af den fornødne kvalitet med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter. Styrelsens vurdering er baseret på de forhold, der var til stede ved det aktuelle tilsyn herunder eksempelvis i forbindelse med de gennemførte interviews med borgere, pårørende, medarbejdere og ledelse samt de foretagne stikprøver af borgeres omsorgsjournaler.

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.