



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# Ældretilsynet tilsynsrapport Huset Nyvang

Reaktivt tilsyn, 2021

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Huset Nyvang  
Rindsvej 4  
8920 Randers NV

P-nummer: 1022890405

Dato for tilsynsbesøget: 11-03-2021

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord  
Sagsnr.: 35-2511-241

# 1. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

## Begrundelse for tilsyn:

Styrelsen for Patientsikkerhed blev den 2. juli 2020, via TV2 Østjyllands nyheder, gjort bekendt med pårørendes bekymringer vedrørende den ydede hjælp, pleje og omsorg til borgerne på Huset Nyvang i Randers Kommune. På den baggrund anmodede styrelsen d. 10. juli 2020 Huset Nyvang om en udtalelse omhandlende de problematikker, der blev oplyst i presseomtalen d. 2. juli 2020.

Styrelsen modtog d. 22. juli 2020 udtalelse fra Huset Nyvang. På baggrund af det indkomne materiale vurderede styrelsen, at oplysningerne ikke gav et fyldestgørende grundlag til at kunne vurdere om, der i plejeenheden ydes hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet i henhold til servicelovens regelsæt herom.

På den baggrund besluttede styrelsen at fortage et uvarslet reaktivt ældretilsyn, for at undersøge om plejeenheden har den fornødne kvalitet i den hjælp, pleje og omsorg, der udføres efter servicelovens §§ 83-87.

På baggrund af fund konstateret ved det uvarslede reaktive ældretilsyn d. 8. oktober 2020 udstedte styrelsen 22. december 2020 påbud til Huset Nyvang med følgende indhold:

- At plejeenheden sikrer, at alle medarbejdere har en adfærd, der understøtter borgernes værdighed (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer, at pårørende - så vidt muligt - bliver inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at den hjælp, omsorg og pleje borgere med kognitive funktionsevnedssættelse (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager, tager højde for borgernes særlige behov (3.1).
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug (målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer, at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom, og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer (3.1).
- At plejeenheden sikrer, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp omsorg og pleje, der tager højde for borgernes begrænsninger, og at det afspejles i tone, adfærd og kultur (3.1).
- At plejeenheden sikrer, at der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af hvilke faglige metoder og arbejdsgange, der kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse (målepunkt 3.2).

- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgernes sædvanlige tilstand (målepunkt 3.3)
- At 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 (målepunkt 3.3).
- At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, 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 (målepunkt 3.4)
- 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 (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver herunder, at der bliver arbejdet med fastholdelse af de nødvendige kompetencer (målepunkt 4.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes behov for hjælp, pleje og omsorg bliver afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser bliver beskrevet (målepunkt 5.1).
- At plejeenheden sikrer, at borgernes mål for personlig og praktisk hjælp bliver beskrevet (målepunkt 5.1).
- At plejeenheden kender målene for genoptræning- og vedligeholdelsesforløb hos relevante borgere, og hvordan man – hos disse borgere – inddrager træningselementer og aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg (målepunkt 6.2)

Den 27. januar og den 29. januar 2021 modtog styrelsen supplerende oplysninger fra pårørende til beboere i Huset Nyvang.

På baggrund af påbuddet den 22. december 2020 gennemførte Styrelsen for Patientsikkerhed d. 11. marts 2021 et opfølgende reaktivt ældretilsyn. De supplerende oplysninger som styrelsen havde modtaget den 27. og 29. januar 2021 var omfattet af tilsynet.

## Fokus for tilsyn

Ved det opfølgende ældretilsyn blev nedenstående temaer i målepunktsættet for Ældretilsynet anvendt. Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på følgende temaer:

- Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet
- Borgernes trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder

- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedure og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

Ved det opfølgende reaktive ældre tilsyn den 11. marts 2021 havde styrelsen fokus på, hvilke tiltag plejeenheden havde gennemført for at efterleve påbuddet og dermed sikre, at der i Huset Nyvang ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet efter servicelovens §§ 83 - 87.

# 2. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Huset Nyvang er en kommunal plejeenhed med 60 plejeboliger for borgere med demenssygdomme. Plejeboligerne er fordelt på fire huset, som yderligere er opdelt i to boenheder.
- Den overordnede ledelse varetages af centerleder Cate Karlstad.
- Plejeenheden har følgende personalegrupper ansat: sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter, pædagog, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere samt faste afløsere. Herudover er der ansat ufaglærte medarbejdere og en aktivitetsmedarbejder.

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået fire tilfældigt udvalgte omsorgsjournaler
- Der blev interviewet fire tilfældigt udvalgte pårørende ud af de pårørende, som havde samtykket til interview
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - Centerleder Cate Karlstad
  - Assisterende centerleder, Rebekka Rasmussen
  - Områdeleder Ditte Bach Sørensen
  - Sundhedsfaglig konsulent fra Randers kommune
- Der blev foretaget interview med medarbejdere fra hver afdeling:
  - Sygeplejersker
  - Social- og sundhedsassistent
  - Social- og sundhedshjælper
  - Terapeut
- Der blev foretaget observation om formiddagen og ved middagsmaden samt ved, at de tilsynsførende gik rundt i afdelingerne
- 
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til ledelsen
  - Centerleder Cate Karlstad
  - Assisterende centerleder, Rebekka Huus Rasmussen
  - Sundhedsfaglig konsulent fra Randers kommune
  - Områdeleder Ditte Bach Sørensen
  - Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Rikke Sønderskov Sørensen, Annalise Kjær Petersen, Mary-Ann Steenbryggen Christiansen. Herudover deltog Sektionsleder, overlæge, ph.d. Charlotte Green som observatør.

# 3. Vurdering og sammenfatning

---

## Konklusion

På baggrund af det opfølgende reaktive tilsyn den 11. marts 2021 hos Huset Nyvang, Randers Kommune, hvor styrelsen gik tilsyn på det fulde målepunktsæt samt med udgangspunkt i modtagne supplerende oplysninger fra pårørende til beboere på Huset Nyvang, er det Styrelsen for Patientsikkerheds samlede vurdering, at Huset Nyvang siden udstedelse af påbuddet har arbejdet målrettet med at få implementeret tiltag, der retter sig mod de forhold, som var omfattet af påbuddet.

Styrelsen kunne ved det opfølgende reaktive tilsyn den 11. marts 2021 konstatere, at der i plejeenheden ikke er problemer af betydning for den fornødne kvalitet i henhold til hjælp, omsorg og pleje, jf. servicelovens §§ 83-87, og at påbuddet derfor i sit hele er efterlevet af Huset Nyvang.

Påbuddet af den 22. december 2020 ophæves derfor.

## Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 11. marts 2021 vurderet, at Huset Nyvang indplaceres i kategorien

Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at det ved det opfølgende reaktive ældretilsyn blev vurderet, at alle målepunkter var opfyldte.

Vi har i vores vurdering lagt vægt på, at Huset Nyvang siden påbuddet har arbejdet målrettet med indsatserne omfattet af påbuddet.

Vi har lagt vægt på, at dokumentationen i fire ud af fire omsorgsjournaler fremstod sammenhængende og helhedsorienteret samt var systematiseret således, at enhver medarbejder kunne varetage relevant hjælp,

omsorg og pleje til borgerne ud fra de faglige beskrivelser i dokumentationen. Herudover har vi vægtet, at Huset Nyvang har implementeret systematiske arbejdsgange og undervisning af medarbejdere, som skal sikre, at alle omsorgsjournaler fremadrettet fremstår systematiske, sammenhængende og helhedsorienterede.

Vi har vægtet, at ledelsen har implementeret systematiske indsatser i forhold til Huset Nyvangs generelle kompetenceniveau samt foretaget en opfølgning på de enkelte medarbejders kompetencer. Vi har ligeledes vægtet, at plejeenheden systematisk har implementeret indsats til sikring af anvendelse af særlige demensfaglige metoder til understøttelse af hjælp, omsorg og pleje til borgerne i overensstemmelse med borgernes særlige behov.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at de interviewede pårørende oplevede sig trygge ved fagligheden i Huset Nyvang og oplevede at blive imødekommet, når de ønskede sig inddraget f.eks. i form af samtale om konkrete plejeforløb.

Under tilsynet observerede vi en respektfuld tone og adfærd i alle afdelinger af Huset Nyvang.

Ledelse og medarbejdere indgik aktivt i dialog ved tilsynet.

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

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

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

I vurderingen er lagt vægt på, at der under tilsynets observationer i Huset Nyvang kunne konstateres, at medarbejderne havde en adfærd, der understøttede borgernes selvbestemmelse og værdighed. Eksempelvis blev det observeret, at der blev taget individuelle hensyn og, at medarbejderne var nærværende og opmærksomme på borgernes behov. Eksempelvis blev det i fællesrum observeret, at der blev taget individuelle hensyn til medinddragelse og selvbestemmelse i forhold til de tilbudte aktiviteter. Ligeledes observeredes mere ro i plejeenheden end ved tidligere tilsyn blandt andet ved, at flere døre nu var lukkede, så der ikke var støj fra tilstødende lokaler.

Ledelsen redegjorde for en systematisk og målrettet indsats i forhold til at afdække og beskrive den enkelte borgers vaner og ønsker samt, hvilke faglige metoder og tilgange man som medarbejder skulle anvende for at sikre borgerens selvbestemmelse, vaner, behov og værdighed. Eksempelvis havde man struktureret og optimeret skabelonen, der blev anvendt til indflytningssamtalerne med borger og pårørende for at indhente oplysninger om borgernes ønsker og vaner samt behov for hjælp, pleje og omsorg. Alle borgere og pårørende på plejeenheden blev tilbudt nye indflytningssamtaler, uanset hvor længe borgeren havde boet i Huset Nyvang.

Ledelse og medarbejdere tilkendegav, at denne proces havde skabt øget refleksion, vidensdeling og fokus på fagligheden samt været medvirkende til at sikre grundlaget for, at enhver medarbejder kendte og anvendte metoderne og arbejdsgangene i den tilbudte hjælp, omsorg og pleje til den enkelte borger. Medarbejderne tilkendegav, at indsatsen med at afdække og beskrive, hvilke faglige tilgange man som medarbejder skulle anvende for at sikre borgerens selvbestemmelse, vaner, behov og værdighed havde skabt mere ro i plejeenheden, og at man som medarbejder havde et fagligt fundament til at kunne møde den enkelte borgers særlige behov og derved være med til at sikre borgerens værdighed.

Styrelsen har yderligere lagt vægt på, at der i fire ud af fire stikprøver var fyldestgørende beskrivelser af borgernes vaner og ønsker, herunder eventuelle ønsker til livets afslutning.

Styrelsen konstaterede ved det uvarslede reaktive ældretilsyn den 21. november 2019, at målepunkt 1.2 under dette tema var opfyldt og målepunktet var derfor ikke omfattet af det opfølgende tilsyn den d. 11. marts 2021. Under tilsynet fremkom ikke oplysninger, som ændrende den oprindelig vurdering.

I målepunkt 1.1 og 1.2 er markeret *ikke aktuel*, da borgerne i plejeenheden ikke kognitivt var i stand til at deltage i interview om borgernes oplevelse af selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse samt om ønsker til livets afslutning

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

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

I vurderingen er lagt vægt på, at ledelsen redegjorde for en systematisk og målrettet indsats i forhold til at sikre, at pårørende oplevede at blive inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov. Som en del af indsatsen var der tilkøbt trivselskonsulenter med henblik på supervision af medarbejderne i forhold til dialog og samarbejde med borgere og pårørende. Som supplement havde medarbejderne modtaget materiale om kommunikation med pårørende.

Medarbejderne redegjorde for, at den etablerede struktur og fastlagte praksis for den social- og plejefaglige dokumentation medførte, at den enkelte medarbejder hurtigt og sikkert kunne finde relevante informationer i dokumentationen og hermed i langt højere grad kunne svare på pårørendes spørgsmål end tidligere. Medarbejderne tilkendegav, at indsatserne havde medført, at medarbejderne havde kompetencer og forskellige værktøjer til at sikre fagligheden i kommunikationen og at medarbejdernes oplevelse var, at det skabte en øget tryk hos de pårørende.

I vurderingen er lagt vægt på, at fire ud af fire pårørende oplevede at blive inddraget, informeret og at der blev lyttet til pårørende i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov.

Vi har ligeledes vægtet, at der i fire ud af fire omsorgsjournaler var beskrevet hvilke aftaler, der var indgået med pårørende.

Målepunkt 2. er markeret ikke aktuelt, da borgernes kognitive tilstand medførte, at borgerne ikke kunne ud-tale sig herom

## **3. Målgrupper og metoder**

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

I vurderingen er lagt vægt på, at Huset Nyvang har arbejdet målrettet med indsatserne omfattet af kravene i påbuddet.

Vores vurdering er, at plejeenheden har arbejdet målrettet og systematisk med at afdække, beskrive og implementere faglige metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje målrettet den enkelte borgers særlige behov. Medarbejderne oplyste, at den fokuserede indsats, havde bidraget til øget systematik i opsporing af ændringer i borgernes tilstand, og angav, at dette havde været med til at sikre, at den enkelte borger fik den hjælp, som borgeren skulle have i den relevante situation og hermed forebygge magtanvendelse.



Ledelsen redegjorde for, at der i alle borgerforløb var implementeret et nyt mødeforum, som sikrede mulighed for tværfaglig gennemgang og sparring mellem borgerens kontaktteam og relevante samarbejdspartnere, herunder med demenskoordinator og forandringsagenter.

Der var implementeret en demensfaglig beskrivelse i omsorgsjournalerne af borgernes behov og af, hvorledes medarbejderne ved brug af specifikke social- og plejefaglige metoder kunne imødekomme borgernes særlige behov. Styrelsen vurderede, at der i fire ud af fire omsorgsjournaler var en systematisk og fyldestgørende demensfaglig beskrivelse af den tilbudte hjælp, omsorg og pleje.

Vi har vægtet, at det under medarbejderinterview var tydeligt, at medarbejderne kendte og anvendte metoderne og arbejdsgangene i det daglige arbejde, herunder med inddragelse af demensnøglepersoner ved behov.

Tilsynsførerne observerede, at tonen, adfærden og kulturen i Huset Nyvang afspejlede, at medarbejderne anvendte de metoder og pædagogiske tilgange, som skulle være med til at sikre, at den enkelte borger modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for borgerens udfordringer på grund af kognitiv funktionsnedsættelser.

I vurderingen er der videre lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere kunne redegøre for anvendelse af arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne.

I fire ud af fire omsorgsjournaler fremgik den demensfaglige beskrivelse af hjælp, omsorg og pleje systematisk og entydig. Ledere og medarbejdere oplyste, at der siden sidste ældretilsyn, var igangsat en målrettet indsats med at systematisere og implementere opsporing og opfølgning på ændringer i borgerens funktionsevne og helbredstilstand. Eksempelvis var der implementeret en tydelig systematisk arbejdsgang for, hvilke handlinger der skulle igangsættes ved eksempelvis adfærdsændringer samt hvilken faggruppe, der havde ansvaret for hvilken del.

Herudover havde der været en målrettet indsats i forhold til at sikre, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand fremgik tydeligt og systematisk i omsorgsjournalerne.

Vi har vægtet, at fire ud af fire pårørende angav, at de oplevede, at den hjælp, omsorg og pleje som borgerne modtog, tog højde for borgernes særlige behov. Ligeledes angav fire ud af fire pårørende, at de oplevede, at medarbejderne var opmærksomme på ændringer i borgernes sædvanlige tilstand.

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

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

I vurderingen er lagt vægt på, at Huset Nyvang har arbejdet målrettet med indsatserne omfattet af kravene i påbuddet herunder gennemført flere organisatoriske ændringer og målrettede indsatser.

Ledelsen redegjorde for tilførsel af ekstra medarbejderkompetencer i hver afdeling fordelt på flere vagtlag, herunder tilførsel af flere sygeplejefaglige kompetencer. Herudover var der tilført ekstra ledelsesressourcer og ledelsen var i proces med en omorganisering.

Som en del af indsatserne var der gennemført en systematisk oplæring af afløsere ved demenssygeplejerske, og dette var implementeret som en del af det faste introduktionsprogram fremadrettet. Huset Nyvang havde foretaget en afklaring af de enkelte medarbejders faglige og personlige kompetencer i forhold til at kunne varetage plejeenhedens kerneopgaver i forhold til at varetage plejen af borgere med kognitive funktionsnedsættelser. Den daglige hjælp, pleje og omsorg blev fordelt ud fra disse kompetencer. Herudover var det planlagt, at alle medarbejdere skulle have kursus i blandt andet dokumentation og demensfaglige metoder og flere medarbejdere havde allerede gennemført disse kurser.

Der var indført daglige "stop op" møder i hver afdeling med deltagelse af sygeplejefaglige ressourcer. Medarbejderne tilkendegav, at denne arbejdsmetode sikrede en tæt og rettidig opfølgning på ændringer i borgerens tilstand. Yderligere tilkendegav medarbejderne, at disse møder var med til at sikre tværfagligheden i opgaveløsningerne.

Ledelsen tilkendegav, at plejeenheden havde reduceret forbruget af eksterne vikarer til et minimum, hvilket havde været med til at sikre, at alle medarbejdere havde de nødvendige demensfaglige kompetencer til at varetage kerneopgaverne og, at alle medarbejdere havde det fornødne indblik i borgerenes ressourcer og udfordringer.

Det er styrelsens vurdering ved tilsynet, at Huset Nyvangs organisering understøttede plejeenhedens kerneopgaver og at, plejeenheden fremstod med medarbejdere, som havde de fornødne kompetencer og kendte ansvars- og opgavefordelingen.

## **5. Procedurer og dokumentation**

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

Siden påbuddet var blevet udstedt havde Huset Nyvang igangsat et målrettet arbejde med at sikre systematiske arbejdsgange i forhold til at sikre den social- og plejefaglige dokumentation således, at enhver medarbejder kunne varetage relevant hjælp, omsorg og pleje til borgerne ud fra de faglige beskrivelser i dokumentationen.

Alle medarbejdere havde modtaget undervisning i dokumentation, herunder undervisning i hvornår, hvor og hvordan der skulle dokumenteres. Herudover var der dokumentationsnøglepersoner, man kunne rådføre sig med i det daglige.

Alle omsorgsjournaler var gennemgået ved audit og der var indført systematisk audit hver tredje måned for fremadrettet at sikre, at alle omsorgsjournaler fremstår systematiske, sammenhængende og helhedsorienterede.

I fire ud af fire omsorgsjournaler fremstod den social- og plejefaglige dokumentation systematisk i forhold til at sikre sammenhæng mellem beskrivelser af funktionsevne, helbredstilstande og besøgsplan, så det skriftlige grundlag var tilstede til at sikre en forsvarlig og sammenhængende social- og plejefaglig indsats til borgerne igennem hele døgnet. Medarbejderne tilkendegav, at den demensfaglige metode, gav mulighed for at systematisere dokumentationen ved hjælp af metodens faglige begreber i forhold til borgernes behov for hjælp, pleje og omsorg.

I fire ud af fire omsorgsjournaler var borgerens mål for personlig og praktisk hjælp beskrevet.

## **6. Aktiviteter og rehabilitering**

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

I vurderingen er lagt vægt på, at ledelsen redegjorde for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsesforløb blev tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, og at der i samarbejde med borger og eventuelle pårørende blev sat mål og plan for den enkelte borgers forløb. Ledelsen oplyste, at man i Huset Nyvang løbende afholdt målsamtaler med inddragelse af borger og eventuelle pårørende. Herudover afholdt plejeenheden løbende tværfaglige rehabiliteringsmøder. Der var etableret et systematisk samarbejde mellem terapeuter og sygeplejersker for at sikre opfølgning på eventuelle trænings- og vedligeholdelsesforløb.

Siden udstedelse af påbuddet havde Huset Nyvang igangsat et målrettet arbejde med at sikre systematiske arbejdsgange og vidensdeling i omsorgsjournalen således, at enhver medarbejder kendte målene for genoptræning- og vedligeholdelsesforløb hos relevante borgere, og, hvorledes medarbejderne hos disse borgere, skulle inddrage træningselementer og aktiviteter i den daglige hjælp ud fra de faglige beskrivelser i dokumentationen.

Tilsynet observerede, at der var mange aktiviteter tilpasset de enkelte beboere i de fire huse. Husenes fællesarealer var tilpasset de enkelte beboers behov for såvel aktivitet som behov for skærmning.

Grundet Covid-19 var der flere aktiviteter i fælleshuset, som ikke blev afholdt, blandt andet møder med de pårørende.

Målepunkt 6.1, 6.2 og 6.3 er markeret som opfyldt, selvom borgerne i Huset Nyvang grundet betydelig kognitiv funktionsnedsættelse ikke var i stand til at deltage i interview om deres oplevelse af aktiviteter og rehabilitering. Oplysningerne er i stedet indhentet via interviews med pårørende til beboere i Huset Nyvang.

# 4. Fund ved tilsynet

---

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

### 1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv			x	Borgernes kognitive tilstand medførte, at borgerne ikke kunne udtale sig herom
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	Borgernes kognitive tilstand medførte, at borgerne ikke kunne udtale sig herom
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	Borgernes kognitive tilstand medførte, at borgerne ikke kunne udtale sig herom
	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov	x			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel	x			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at plejeenheden understøtter borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende,	x			

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

## Tema 3: Målgrupper og metoder

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

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

	hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer				
E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur, at borgere med kognitive funktionsevnededsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger.	x			

### 3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås	x			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse	x			
C	At der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange der hos den konkrete borger kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse	x			

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

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand	x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	x			

C	At medarbejderne kender og arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	x			
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen	x			

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

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



# Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

## 4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

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

# Tema 5: Procedurer og dokumentation

## 5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne	x			

	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats	x			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation	x			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger	x			
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsats er beskrevet	x			
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret	x			
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige 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 <b>pårørende</b> oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet (§83a)	x			
	A2. At borgeren og eventuelt <b>pårørende</b> 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 (§83a)	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 <b>pårørende</b> oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet	x		
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgeres forløb	x		
C	At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg	x		

D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb	x			
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret	x			

### 6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt <b>pårørende</b> har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for dem	x			
	A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter	x			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgere tilknyttet plejeenheden og eventuelt pårørende bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger	x			
C	C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter	x			
	C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter	x			

# 5. Begrundelse for tilsynet

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

# 6. Vurdering af plejeenheden

---

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

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

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

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

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

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