



# Ældretilsynet Tilsynsrapport Lev-Vel Sjælland ApS

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Lev-Vel Sjælland ApS  
Energivej 7

4690 Haslev

CVR- eller P-nummer: 1013722265

Dato for tilsynet: 27-11-2018

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 5-9514-66/1

# 1. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Lev Vel er en privat leverandør af hjemmepleje. De udfører visiterede ydelser, praktisk bistand og personlig pleje efter servicelovens § 83 fra Faxe Kommune. Derudover varetager Lev Vel videredelegerede sygeplejeopgaver såsom medicindosering og administration, sondeernæring og sårpleje
- Plejeenheden Lev Vel har 230 borgere tilknyttet og ingen bestemte målgrupper
- Lev Vel har et godt samarbejde med det udekørende gadeteam omkring udsatte borgere, og Lev Vel har en del udsatte borgere, som de leverer hjælp og pleje til
- Cirka 55 % af borgerne, modtager hjælp til personlig pleje, ellers er det praktisk hjælp, som Lev Vel leverer. Derudover leverer Lev Vel tilkøbsydelser til praktiske bistand mod egenbetaling
- I plejeenheden Lev Vel er der ansat 18 medarbejdere med baggrund som social- og sundhedshjælpere, fire social- og sundhedsassistenter (herunder to ledere) og serviceassistenter
- På hverdage er der otte medarbejdere, som kører otte forskellige hjemmeplejeruter
- Den daglige ledelse varetages af teamleder Cecilie Johansen og direktør og leder Lene Bång Jensen. Lev Vel har yderligere en afdeling i Vordingborg, og der er fælles ledelse for de to plejeenheder
- I Faxe Kommune er der et akutteam, som dækker hele kommunen ved akutte sygeplejeopgaver, og Lev Vel har samarbejde med den kommunale Sygepleje
- Lev Vel har den 1. juni 2018 fået nyt it system (Cura) og FSIII, som er fælles med resten af Faxe Kommune
- Der er ad hoc samarbejde med Faxe Kommunes terapeuter ved behov for hjælpemidler og træning, men ikke systematiske møder
- Lev Vel har mulighed for at få diætist bistand, sygepleje bistand, fys/ergo bistand fra Faxe Kommune.

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler (de to borgere som blev interviewet samt en kompleks borger med flere lidelser)
- Der blev interviewet to borgere (en borger med alkohol- og misbrugsproblematik og en borger som led af slidgigt, nedsat gangfunktion og mén efter hoftefraktur)
- Der blev interviewet én pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen, som består af teamleder Cecilie Johansen og direktør og leder Lene Bång Jensen
- Der blev foretaget interview med to medarbejdere, hvor den ene var social- og sundhedshjælper, og den anden var ufaglært
- Afsluttende opsamling blev givet til direktør og leder Lene Bång Jensen og teamleder Cecilie Johansen
- Tilsynet blev foretaget af oversygeplejerske Lone Teglbjærg og tilsynskonsulent Susie Poulsen.

## 2. Vurdering og sammenfatning

---

### Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger eller materiale i partshøringsperioden. Styrelsen for Patientsikkerhed har derfor ved afgørelse af 2. april 2019 givet plejeenheden påbud om, at plejeenheden inden den 30. april 2019 skal opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe målepunkterne i orden.

Påbuddet offentliggøres separat på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside. Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed ved et nyt tilsynsbesøg jf. servicelovens § 150 har konstateret, at påbuddet er efterlevet. Herefter vil påbuddet blive fjernet fra Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside.

### Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 27. november 2018 vurderet, at plejeenheden Lev Vel Sjælland indplaceres i kategorien

Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

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

Styrelsen har vurderet, at der er tale om større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet der var gennemgående mangler i dokumentationen, og der ikke blev arbejdet systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne. Derimod fandtes al den relevante viden hos teamlederen, som medarbejderne havde daglig kontakt med og kunne stille spørgsmål til om plejen eller give relevante oplysninger til om borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje. Det er teamlederen, som har den daglige kontakt til den kommunale sygepleje ved ændringer i borgernes funktionsniveau. Der var ingen brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.

Styrelsen har i vurderingen lagt vægt på, at teamlederens funktion som 'vidensbank' udgør en risiko for, at plejeenheden ikke kan yde hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet i det tilfælde, at teamlederen ikke er til rådighed eksempelvis på grund af ferie, sygdom eller jobskifte.

Plejeenheden har siden den 1. juni 2018 arbejdet med omlægning af deres omsorgssystem Cura samt implementering af FSIII. Efter aftale med Faxe Kommune skal systemet være fuldt ud implementeret inden den 1. januar 2019, og plejeenheden oplyser, at de ikke har haft hverken kigge- eller skriveadgang til det gamle system siden den 1. august 2018.

I plejeenheden Lev Vel er det teamlederen, som står for omlægning til det nye omsorgssystem.

Der var en del målepunkter, som ikke var opfyldt grundet den manglende fyldestgørende implementering af it-systemet.

Styrelsen kunne ved stikprøverne ikke konstatere, at borgerne ikke får tilstrækkelig hjælp og pleje af den fornødne kvalitet, men plejeenheden har store udfordringer med dokumentationen, og det er på dette område, tilsynet gjorde fund.

## **Krav**

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

- At Lev Vel sikrer, at der i nødvendigt omfang anvendes faglige metoder og arbejdsgange til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov (målepunkt 3.1)
- At der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom, og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer, og at medarbejderne kender og anvender disse (målepunkt 3.1)
- At Lev Vel sikrer, at alle 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 ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)
- At Lev Vel har arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår og fald, og at medarbejderne kender og anvender disse (målepunkt 3.4)
- At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgerens dokumentation (målepunkt 3.4)
- At Lev Vel fastlægger en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne, så al viden ikke er placeret hos teamlederen (målepunkt 5.1)
- At Lev Vel sikrer, at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
- At Lev Vel sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer bliver beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger (målepunkt 5.1)
- At Lev Vel sikrer, at borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser bliver beskrevet (målepunkt 5.1)

- At Lev Vel sikrer, at borgerens mål for personlig og praktisk hjælp bliver dokumenteret (målepunkt 5.1)
- At Lev Vel sikrer, at afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser bliver dokumenteret (målepunkt 5.1)

## Henstillinger

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

- At Lev Vel beskriver borgerenes vaner og ønsker (målepunkt 1.1)
- At Lev Vel dokumenterer aftaler indgået med borgernes pårørende, som har betydning i forhold til den konkrete pleje, eksempelvis hvis pårørende hjælper med den personlige pleje (målepunkt 2.1)

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden vil kunne opfylde ovenstående henstillinger ud fra den rådgivning, der blev givet under tilsynet. Styrelsen forudsætter således, at plejeenheden opfylder ovenstående henstillinger.

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

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

Styrelsen har fundet, at der var ét målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at tilsynet ved journalgennemgang fandt, at der manglede beskrivelser af borgernes vaner og ønsker i to ud af tre stikprøver. Yderligere var der i to ud af tre stikprøver ikke en beskrivelse af borgernes livshistorie, som medarbejderne kunne tage udgangspunkt i ved deres pleje og omsorg. Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at hvis medarbejderne var i tvivl om borgernes vaner og ønsker i forhold til den udførte pleje, så kontaktede medarbejderne teamlederen telefonisk, da teamlederen har viden om dette, men denne er ikke dokumenteret i den elektroniske journal.

Det er styrelsens vurdering, at det ved samtale med borgere og pårørende var tydeligt, at plejeenheden tog individuelle hensyn og imødekom borgernes individuelle ønsker.

### 2. Trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at der var ét målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at der i to ud af tre stikprøver ved journalgennemgang ikke var en beskrivelse i den elektroniske journal af aftaler indgået med de pårørende. Det drejede sig blandt andet om aftale med en datter, som boede i nærheden, og som ofte var i borgernes hjem og hjalp med akutte toiletbesøg, hvis Lev Vel ikke kunne komme inden for en kort tidsramme. Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for aftaler med de pårørende.

Borgerne fortalte ved interviewet, at de kunne få den hjælp, de selv ønsker, og at der var et godt samarbejde med plejeenheden og de pårørende. Borgerne og pårørende oplevede, at der var en god tone og adfærd fra plejeenheden, og den enkeltes ønsker og behov blev respekteret.

Det er styrelsens vurdering, at der var opmærksomhed på problemstillingen omkring dokumentation af aftaler med pårørende. Styrelsen har lagt vægt på, at de manglende dokumenterede aftaler med de pårørende har en betydning for tilrettelæggelse af hjælpen fra Lev Vel og for pårørende samarbej-

det. Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at hvis medarbejderne var i tvivl om aftaler med pårørende i forhold til den udførte pleje, så kontaktede medarbejderne teamlederen telefonisk, da teamlederen har viden om dette, men denne er ikke dokumenteret i den elektroniske journal.

### **3. Målgrupper og metoder**

Styrelsen har fundet, at der var 7 målepunkter, som ikke var opfyldt under målepunkt 3.1, 3.3 og 3.4.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at tilsynet ved journalgennemgang i en ud af tre stikprøver fandt, at der hos en borger med et misbrug ikke var en beskrivelse af hjælp, omsorg og pleje, men medarbejderen kunne mundtligt redegøre for plejen.

Borgerne, som modtog praktisk bistand og personlig pleje, var ikke i en særlig målgruppe, men Lev Vel havde en del udsatte borgere fra blandt andet Gadeteamet, og der blev ikke anvendt særlige faglige metoder eller faglige arbejdsgange til denne målgruppe.

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

I vurderingen er der lagt vægt på at tilsynet ved journalgennemgang fandt, at social- og plejefaglige indsatser ikke var beskrevet eller dokumenteret i omsorgssystemet, ligesom der ikke blev arbejdet systematisk med eller dokumenteret opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber. Styrelsen har herved lagt vægt på, at den relevante viden samles hos teamlederen, men ikke dokumenteres nogen steder, hvilket udgør en risiko for, at plejeenheden ikke kan yde hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet i det tilfælde, at teamlederen ikke er til rådighed eksempelvis på grund af ferie, sygdom eller jobskifte.

Ved interview med ledelsen og medarbejdere fremgik det, at alle medarbejdere i plejeenheden mødes hver morgen og taler om borgerne, men dette er ikke systematisk, og det var ikke systematisk eller struktureret om borgerne blev taget op, da det ikke var borgernes funktionsevne eller helbredstilstand, som var i fokus, men derimod justeringer i forhold til planlægningen eller organiseringen af plejen. Der var således ikke fastlagt en procedure for opfølgning eller evaluering på samtlige borgere.

Eftersom Lev Vel ikke arbejder med løbende i hverdagen at observere og følge op på borgerne, kan de ikke reagere hurtigt ved tegn på ændringer i borgernes fysiske eller psykiske funktionsevne og helbredstilstande. Det er vigtigt løbende at være opmærksom på hvilken form for hjælp, der bedst løser borgerens behov. Det afgørende er derfor, at der løbende følges op på, om det er den rette hjælp, der gives, og at hjælpen er tilpasset borgerens aktuelle situation. De medarbejdere, der udfører hjælpen, skal derfor indberette både forbedring og forværring, således at hjælpen kan justeres efter det aktuelle behov. I den forbindelse er det vigtigt, at faste arbejdsrutiner sikrer, at alle ændringer i borgernes tilstand og funktionsniveau, som kan medføre ændringer i behovet for hjælp, registreres og videregives til kommunen.

Teamlederen havde ved behov telefonisk kontakt til medarbejdere, og de kontaktede teamlederen ved spørgsmål til plejen. Det var teamlederen, som havde den daglige kontakt til den kommunale sygepleje eller andre samarbejdspartner ved ændringer i borgernes funktionsniveau.

Plejeenheden blev informeret og vejledt om værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn og systematisk identifikation fra Sundhedsstyrelsen.

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

Ved journalgennemgang og interview med ledelse og medarbejdere var det tydeligt, at plejeenheden Lev Vel ikke har faglige metoder eller arbejdsgange, som understøtter arbejdet med at forebygge uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.

Ældre borgere har øget risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne og hver af disse tilstande kan nedsætte borgerens funktionsevne og kan således øge deres behov for hjælp, omsorg og pleje i dagligdagen, ligesom de kan nedsætte borgernes livskvalitet. Forebyggelse har derfor stor betydning for borgerens mulighed for at fastholde egne ressourcer og selvstændighed samt at vedligeholde den fysiske, psykiske og sociale funktionsevne.

Plejeenheden blev informeret og vejledt om materialet "I sikre hænder" og Sundhedsstyrelsens anbefalinger omkring forebyggelse på ældreområdet.

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

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der var et godt samarbejde i plejeenheden med den kommunale hjemmesygepleje. Dette fremgik både ved interview med ledelsen samt ved medarbejderinterviewet.

Det fremgik af interview med ledelsen, at personalet blev inddraget mest mulig i den daglige arbejdstilrettelæggelse under forudsætning af, at de nødvendige kompetencer altid var tilstede i forhold til de konkrete opgaver.

Alle medarbejdere i plejeenheden mødes hver morgen og taler om borgerne, men dette er ikke systematisk, og det var tilfældigt om borgerne blev diskuteret, da dialogen mest handlede om planlægning og organisering.

Derudover er der lagt vægt på, at plejeenheden følger Faxe Kommunes retningslinjer omkring ansvars- og opgavefordeling, og der var god introduktion til nyansatte.

## **5. Procedurer og dokumentation**

Styrelsen har fundet, at der var syv målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at det fremgik af interview med ledelsen, at plejeenheden siden den 1. juni 2018 har arbejdet med omlægning af deres omsorgssystem (Cura). Efter aftale med Faxe Kommune skal systemet være fuldt ud implementeret inden den 1. januar 2019, og plejeenheden oplyser, at de siden den 1. august 2018 ikke har haft hverken kigge- eller skriveadgang til det gamle system. Hvis Lev Vel havde behov for at få oplysninger fra det gamle system, kontaktede de sygeplejen, som havde adgang til at se i det gamle system. I plejeenheden var det teamlederen, som stod for omlægning til det nye omsorgssystem samt oplæring af alle medarbejdere til FSIII.

Ved samtale med medarbejdere og ledelse samt ved journalgennemgang fremgik det, at der ikke var fastlagt en praksis for dokumentation eller en praksis for hvornår, hvor og hvordan, der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne.

Ledelsen kunne ved interview ikke redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser, og der var ingen praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.

Ved journalgennemgang fremgik det i tre ud af tre stikprøver, at borgerens aktuelle ressourcer og udfordringer ikke var beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner og generelle oplysninger. Yderligere var borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje ikke beskrevet af hjemmeplejeenheden, men udelukkende fra visitationen og afledte social- og plejefaglige indsatser var ikke gengivet eller dokumenteret. Derudover fremgik det af journalgennemgangen, at borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb ikke var dokumenteret og afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser var ikke dokumenterede.

Plejeenheden blev vejledt om, at udvikle plejeenhedens dokumentationspraksis for at understøtte social- og plejefaglige indsatser.

## **6. Aktiviteter og rehabilitering**

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden Lev Vel ikke havde borgere, som modtog ydelser efter servicelovens § 83a eller § 86. Disse borgere fik udelukkende hjælp til praktisk og personlig pleje fra den kommunale hjemmepleje og ikke Lev Vel.

Ved samtale med ledelse, medarbejdere og borgere fremgik det, at plejeenheden Lev Vel arbejder med at tilbyde borgerne meningsfulde aktiviteter, og der var fokus på Klippekortordningen og borgerens individuelle ønsker til dette.

### **Øvrige fund**

Plejeenheden Lev Vel varetager videredelegerede sygeplejeopgaver såsom medicindispensering, medicin-administration, sondeernæring og sårpleje. Der blev på tilsynet den 27. november 2018 observeret mangler på sundhedslovsområdet.

Disse mangler gav anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte et sundhedsfagligt tilsyn den 18. februar 2019.



# 3. Fund ved tilsynet

---

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

### 1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv	X			
B	At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	X			
C	At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt	X			
D	At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker		X		I to ud af tre stikprøver var borgernes vaner og ønsker ikke beskrevet
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 trykthed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning	X			

B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgernes 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		I to ud af tre stikprøver var aftaler med pårørende ikke dokumenteret

## 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		Ved samtale med ledelsen fremgik det, at der ikke blev benyttet faglige metoder eller arbejdsgange til borgere med kognitive funktionsevnenedsætter eller ved borgere med misbrug
C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionssevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug			X	Der var ingen metoder eller arbejdsgange
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		I en ud af en stikprøve hos den relevante målgruppe var der ingen beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af en borger med misbrug.
E	At borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger, og at det afspejles i tone, adfærd og kultur	X			

### 3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås			X	Der var ingen borgere i denne målgruppe og derfor ikke aktuelt
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		Der blev ikke arbejdet systematisk med opsporing eller opfølgning på ændringer i borgernes funktionsevne.
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		Plejeenheden arbejdede ikke systematisk med opsporing eller opfølgning på ændringer i borgernes funktionsevne.
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen		X		Plejeenheden arbejdede ikke systematisk med opsporing eller opfølgning på ændringer i borgernes funktionsevne og der var derfor ingen dokumentation af dette.

### 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 vægttab, 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 vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne		X		Plejeenheden havde ingen faglige arbejdsgange eller faglige metoder i forbindelse med forebyggelse af funktionstab.
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		Plejeenheden arbejdede ikke med faglige arbejdsgange eller faglige metoder i forbindelse med forebyggelse af funktionstab.
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet		X		Plejeenheden arbejdede ikke med faglige arbejdsgange eller faglige metoder i forbindelse med forebyggelse af funktionstab og derfor var der ingen dokumentation på dette.

# 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		Plejeenheden havde ingen fastlagt dokumentationspraksis og derfor kunne ledelsen ikke redegøre for denne.
	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		Plejeenheden havde ingen fastlagt dokumentationspraksis
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		Plejeenheden havde ingen fastlagt dokumentationspraksis og

	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet		X		derfor var dette ikke dokumenteret.
	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			X	Plejeenheden havde ikke borgere som fik hjælp efter §83a. Disse borgere fik hjælp af den kommunale hjemmepleje og kommunale sygepleje.
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte			X	
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål			X	
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte			X	
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål, samt arbejdsgangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte			X	
D	D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål			X	
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet			X	
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne			X	

	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte			X	
--	---	--	--	---	--

## 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	Plejeenheden havde ikke borgere som fik genoptræning eller rehabilitering efter §86. Disse borgere fik hjælp af den kommunale hjemmepleje og kommunale sygepleje.
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 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 fund.

Plejeenheden Lev Vel varetager videredelegerede sygeplejeopgaver såsom medicindispensering, medicinadministration, sondeernæring og sårpleje.

Der blev på tilsynet den 27. november 2018 observeret mangler på sundhedslovsområdet.

Styrelsen for patientsikkerhed vil vurdere om disse mangler giver anledning til opfølgning via sundhedsfaglig tilsyn.

# 4. Begrundelse for tilsynet

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

# 5. Vurdering af plejeenheden

---

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

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

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

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.