

Randers Kommune  
Laksetorvet 1 - 0

8900 Randers C

**Endeligt påbud og tilsynsrapport udstedt efter Ældretilsynets tilsyn  
hos Huset Nyvang den 8. oktober 2020**

22. december 2020

Styrelsen for Patientsikkerhed var den 8. oktober 2020 på et tilsynsbesøg hos plejeenheden Huset Nyvang.

Sagsnr. 35-2511-202/  
Reference MNLW  
T +4572229243  
E

Styrelsen har efter endt partshøring samt modtaget høringssvar af 11. december 2020 vurderet sagen.

Styrelsen anerkender, at Huset Nyvang arbejder på at udbedre manglerne.

Styrelsen vurderer dog på baggrund af, at de oplysninger, der fremkom ved Ældretilsynets tilsyn den 8. oktober 2020, at disse uændret danner grundlag for at udstede et endeligt påbud, idet det vurderes, at der er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet i den hjælp, omsorg og pleje, som ydes i Huset Nyvang, jf. servicelovens § 150d.

Styrelsen vedlægger afgørelse om påbud samt endelig tilsynsrapport med henblik på offentliggørelse i kommunen og på plejeenheden.

Med venlig hilsen

Miriam Nana Lereng Wilmont  
Specialkonsulent, cand.jur

## AFGØRELSE

Styrelsen for Patientsikkerhed giver på baggrund af tilsynet den 8. oktober 2020 et påbud til plejeenheden Huset Nyvang om:

1. At plejeenheden skal sikre borgernes livskvalitet, værdighed og trivsel, herunder:
  - a. At sikre, at samtlige medarbejdere har en adfærd, der understøtter borgernes værdighed (målepunkt 1.1)
  - b. At sikre, at pårørende så vidt muligt inddrages og lyttes til i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov (målepunkt 2.1)
  
2. At plejeenheden skal sikre, at plejeenhedens dokumentationspraksis understøtter, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet, herunder:
  - a. At der fastlægges en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvor, hvornår og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne, så der understøttes en fornøden sammenhæng i de social- og plejefaglige indsatser (målepunkt 5.1)
  - b. At der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser findes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer (målepunkt 3.1)
  - c. At der hos borgere, hvor det er relevant, forefindes beskrivelser af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange, der kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse (målepunkt 3.2)
  - d. At ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktions-evne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af borgernes dokumentation (målepunkt 3.3)
  - e. At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgernes dokumentation (målepunkt 3.4)
  - f. At borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje bliver af-dækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser samt at borgerens mål for personlig og praktisk hjælp bliver beskrevet (målepunkt 5.1)
  
3. At plejeenheden skal sikre, at der anvendes systematik, faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet, herunder:
  - a. At sikre, at medarbejderne kender og anvender faglige metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser (målepunkt 3.1)

- b. **At sikre, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for borgerens særlige behov og begrænsninger, og at dette afspejles i tone, adfærd og kultur i plejeenheden (målepunkt 3.1)**
  - c. **At sikre, at plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgerens fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand, og at medarbejderne således er opmærksomme på ændringer i borgernes sædvanlige tilstand (målepunkt 3.3)**
  - d. **At sikre, at medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje af borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne (målepunkt 3.4)**
- 4. At plejeenheden skal sikre, at plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver, herunder**
- a. **At samtlige medarbejdere har de fornødne kompetencer samt kendskab til borgerne i relation til udførelsen af hjælp, omsorg og pleje (målepunkt 4.1)**
- 5. At plejeenheden skal sikre den fornødne indsats i forhold til borgernes genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb hos relevante borgere, herunder**
- a. **At medarbejderne kender borgerens mål for træningsforløbet og hvordan de, hos de relevante borgere, inddrager træningselementer og aktiviteter i den daglige hjælp, omsorg og pleje (målepunkt 6.1)**

Påbuddet skal være efterlevet inden fire uger fra datoen for afgørelsen.

## **Begrundelse**

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 8. oktober 2020 et reaktivt tilsynsbesøg efter servicelovens § 150 på plejeenheden Huset Nyvang. Baggrunden for tilsynet var, at Styrelsen for Patientsikkerhed, foranlediget af medieomtale af Huset Nyvang, var blevet opmærksom på en række forhold, som potentielt udgjorde en risiko for, om der blev tilbudt hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet i plejeenheden.

Styrelsen har ved tilsynsbesøget anvendt de målepunkter, der er udarbejdet til brug for tilsyn med, at den social- og plejefaglige indsats på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder har den fornødne kvalitet. Målepunkterne er udarbejdet ud fra hvad, der efter styrelsens opfattelse skal efterleves i en plejeenhed for at understøtte, at hjælp, omsorg og pleje har den fornødne kvalitet.

Målepunkterne er opstillet og gennemgået i tilsynsrapportens afsnit 3.

Styrelsen har ved afgørelsen benyttet de oplysninger, der fremkom ved tilsynet og som er anført i tilsynsrapporten.

Styrelsen har lagt vægt på, at der ved tilsynet var fund i samtlige målepunkter, som samlet udgør en betydelig risiko for, at der ikke ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet ved Huset Nyvang.

I det følgende begrundes de enkelte dele af påbuddet.

### Manglende sikring af borgernes livskvalitet, værdighed og trivsel

Ved tilsynet den 8. oktober 2020 kunne styrelsen konstatere, at Huset Nyvang ikke i tilstrækkeligt omfang understøttede borgernes livskvalitet, værdighed og trivsel.

Styrelsen har lagt vægt på, at det under tilsynet blev observeret, at en borger opsøgte hjælp og blev urolig, men at ingen medarbejdere reagerede på dette. Det blev endvidere observeret, at nogle medarbejdere smækkede med dørene og havde samtaler hen over hovedet på en borger, ligesom borgeren blev omtalt i tredjeperson frem for at blive inddraget i samtalen.

Det er styrelsens vurdering, at medarbejderne ved deres adfærd dermed ikke tog højde for borgerens fysiske og kognitive begrænsninger ligesom der ikke blev taget hensyn til den enkelte borgers oplevelse af værdighed. Det er styrelsens vurdering, at medarbejderne derved manglede den nødvendige faglige tilgang til at yde hjælp, omsorg og pleje for borgere med kognitive funktionsnedsættelser.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at pårørende ikke oplevede at blive inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov.

Ved tilsynet blev der interviewet fire pårørende, hvoraf tre gav udtryk for utryghed for, om borgeren fik hjælp til at leve det liv, som borgeren ønskede.

Styrelsen har lagt vægt på, at pårørende gav udtryk for, at der i plejeenheden blev igangsat aktiviteter uden koordinering med medarbejderne og uden at sikre sig, at disse var i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov.

Endeligt har styrelsen lagt vægt på, at to pårørende gav udtryk for, at ikke alle medarbejdere orienterede sig i borgernes omsorgsjournaler i forhold til at få kendskab til borgernes specifikke behov og ønsker, hvorfor kvaliteten af hjælp, omsorg og pleje blev oplevet som værende meget afhængigt af, om medarbejderen havde dette kendskab til borgeren, og dette afspejlede sig i den tilbudte hjælp, omsorg og pleje.

Styrelsen bemærker, at det er afgørende for at sikre den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje, at borgeren oplever at have indflydelse på eget liv, og at hjælpen så vidt muligt tilrettelægges i samarbejde med den enkelte borger. Her skal borgerens ønsker og behov være i centrum i forbindelse med den ydede hjælp, omsorg og pleje. Det er derfor afgørende, at alle medarbejdere har kendskab til borgernes ønsker, vaner og behov.

Det er efter styrelsens vurdering en skærpende omstændighed, at Huset Nyvang er en plejeenhed udelukkende med borgere med demens, og at det derfor er særligt vigtigt, at samtlige medarbejdere, der yder hjælp, omsorg og pleje for borgerne har dette fokus.

Det er styrelsens opfattelse, af de ovenfor beskrevne grundlæggende og gennemgående mangler i form af manglede fokus på understøttelse af borgernes værdighed, selvbestemmelse og livskvalitet rummer en risiko for, at der ikke ydes personlig hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet, jf. servicelovens § 150, stk. 2.

#### Plejeenhedens dokumentationspraksis

Ved tilsynet den 8. oktober 2020 kunne Styrelsen for Patientsikkerhed konstatere, at Huset Nyvangs dokumentationspraksis ikke i tilstrækkeligt omfang understøttede, at der kunne ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet.

Ved tilsynet kunne styrelsen således konstatere, at der i to ud af fire af de ved stikprøve udvalgte omsorgsjournaler manglede fyldestgørende social- og plejefaglige dokumentation vedrørende indsatser samt opfølgning og evaluering herpå.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden havde fastlagt en dokumentationspraksis, men denne praksis var endnu ikke implementeret tilstrækkeligt. Der er i vurderingen lagt vægt på, at det ved journalgennemgangen ikke var tydeligt, hvor relevante oplysninger blev dokumenteret, ligesom det var vanskeligt for medarbejderne at fremfinde relevante oplysninger ved tilsynets forespørgsler under gennemgang af dokumentationen.

Det er styrelsens opfattelse, at de beskrevne grundlæggende og gennemgående

mangler i forhold til plejeenhedens dokumentationspraksis rummer en risiko for, at der ikke ydes en personlig hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet jf. servicelovens §§ 83 og 87, jf. servicelovens § 150 stk. 2.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens dokumentationspraksis generelt bærer præg af manglende individuelle hensyn og beskrivelser af den enkelte borger.

Der er i vurderingen lagt vægt på, at der i to ud af fire omsorgsjournaler vedrørende borgere med kognitive funktionsned sættelser var mangelfulde beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje i relevante situationer.

I en omsorgsjournal manglede der eksempelvis beskrivelser af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange, der kunne anvendes til at forebygge eventuel magtanvendelse, når borgeren blev dørsøgende og i den forbindelse kunne blive udadreagerende.

I alle fire stikprøver på omsorgsjournalerne var der desuden mangelfulde beskrivelser af ændringer i borgernes helbredstilstand og opfølgning herpå.

Det er styrelsens vurdering, at det er afgørende for at sikre den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje af borgeren, at alle medarbejdere har den nødvendige viden om borgeren. Hertil er dokumentationen det nødvendige grundlag for, at medarbejderne kan varetage hjælp, omsorg og pleje ud fra den faglige beskrivelse af borgerens behov i dokumentationen.

Styrelsen bemærker endvidere, at hjælpen løbende skal tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 85, stk. 5. Det personale, der udfører hjælpen, skal derfor indberette både bedring og forværring af borgernes funktionsevne, således at hjælpen kan justeres efter det aktuelle behov.

Det er i den forbindelse vigtigt, at faste arbejdsrutiner sikrer, at alle ændringer i borgernes tilstand og funktionsniveau, som kan medføre ændringer i behovet for hjælp, registreres

Styrelsen anser det som en skærpende omstændighed, at der ved Huset Nyvang er tale om et plejehjem udelukkende med borgere med demenssygdomme, der kan have svært ved at give udtryk for sine behov for hjælp, pleje og omsorg, hvilket understreger nødvendigheden af fyldestgørende dokumentation om borgeren.

Styrelsen anser det endvidere for en skærpende omstændighed i forhold til den manglende dokumentationspraksis, at plejeenheden endvidere på visse områder manglede systematik, faglige metoder og arbejdsgange til at sikre, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet, jf. påbuddets tredje punkt nedenfor.

### Plejeenhedens kendskab til og anvendelse af faglige metoder og arbejdsgange

Ved tilsynsbesøget den 8. oktober 2020 fandt styrelsen, at Huset Nyvang ikke i fornødent omfang anvendte systematik, faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der blev ydet hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet.

I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved tilsynet blev oplyst, at plejeenheden havde en praksis for, hvordan man arbejdede med at imødekomme borgerens særlige behov, og at man herigennem tilstræbte at tilrettelægge hjælpen ud fra kendskabet til den enkelte borger.

Det er dog styrelsens vurdering, at plejeenhedens dokumentation, der netop skal sikre, at samtlige medarbejdere har fornødent kendskab til borgerens behov og hermed kan tage højde for særlige behov, var mangelfuld. Der var dermed ikke det fornødne grundlag for, at enhver medarbejder kunne udføre sammenhængende og helhedsorienteret hjælp, omsorg og pleje af den enkelte borger. Det er derfor styrelsens vurdering, at der i plejeenheden var en betydelig risiko for, at kvaliteten af plejen var for tilfældig i forhold til den enkelte medarbejders kendskab til borgeren og plejeenhedens generelle praksis.

I vurderingen er der lagt vægt på, at de manglende beskrivelser af, hvilken faglig relevant støtte, hjælp og særlig indsats, som skal tilbydes borgere med kognitiv funktionsnedsættelser udgør en betydelig risiko for den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje udført i plejeenheden.

Ved tilsynet fandt styrelsen dog, at der i plejeenheden var kendskab til visse faglige metoder, der var relevante i forhold til at yde hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet, herunder i forhold til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, men at der i praksis manglede arbejdsgange og systematik i anvendelsen af disse.

Samtidig blev det oplyst ved tilsynet, at plejeenhedens metode for opsporing af adfærdsændringer ikke blev oplevet som tilstrækkelig af medarbejderne, der var usikre på anvendelsen af metoden og de fastlagte arbejdsgange til opsporing og opfølgning på iværksatte indsatser til at forebygge borgernes helbredstilstand. Dette afspejlede sig desuden i den social- og plejefaglige dokumentation.

Det blev desuden oplyst ved interview af en pårørende, at denne ikke oplevede, at medarbejderne var tilstrækkeligt opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand. Den pårørende oplevede i stedet selv at skulle gøre medarbejderne opmærksomme på ændringer, og selv komme med forslag til, hvilken indsats der skulle iværksættes.

Styrelsen bemærker hertil, at det er afgørende, at der arbejdes med faglige metoder og systematik for at sikre, at der løbende følges op på, om det er den rette hjælp der gives, og at hjælpen løbende tilpasses borgernes behov.

Herunder er det afgørende, at plejeenheden har fokus på social- og plejefaglige

indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne, for at undgå forværring af borgernes funktionsevne og helbredstilstand, og at disse indsatser er beskrevet, jf. også styrelsens første påbud ovenfor.

Endelig har styrelsen lagt vægt på, at der ved tilsynet blev observeret en tone, adfærd og kultur, som ikke var passende, og som efter styrelsens vurdering afspejlede, at medarbejderne ikke i tilstrækkeligt omfang kendte og anvendte faglige metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser, herunder demens. Det blev således observeret, at medarbejderne ikke reagerede på en borgers urolige adfærd og søgen efter hjælp, ligesom det blev observeret, at der blev smækket med døre og talt hen over hovedet på en borger, som i øvrigt blev omtalt i tredjeperson på trods af at borgere var tilstede og ikke blev inddraget i samtalen om borgeren, hvilket ikke understøttede borgerens oplevelse af værdighed.

Det er på baggrund af ovenstående styrelsens vurdering, at plejeenhedens manglende anvendelse af faglige metoder og arbejdsgange udgør en betydelig risiko for, at plejeenheden i både plejesituationer samt almindelige hverdagssituationer ikke yder den særligt fagtilrettelagte personcentrerede hjælp, omsorg og pleje til borgerne jf. servicelovens §§ 83-87 og 150 stk. 2.

#### Plejeenhedens organisering, ledelse og kompetencer

Ved tilsynet den 8. oktober 2020 kunne styrelsen konkludere, at Huset Nyvangs organisering ikke i fornødent omfang understøttede varetagelsen af plejeenhedens kerneopgaver. Styrelsen fandt, at der manglede en systematik for, hvordan ledelsen ville sikre fastholdelse af de nødvendige kompetencer til at understøtte hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet i forhold til plejeenhedens målgruppe.

Styrelsen har lagt vægt på, at Huset Nyvang er en plejeenhed for borgere med demenssygdom. Imidlertid er det styrelsens vurdering, at hjælp, omsorg og pleje i plejeenheden ikke skete med udgangspunkt i faglige metoder og arbejdsgange som understøtter denne målgruppe, som beskrevet ovenfor i påbuddets punkt 1, 2 og 3.

Styrelsen har lagt vægt på, at det ved tilsynet fremgik, at der i kommunen overordnet var udarbejdet en femårig handleplan vedrørende de problemstillinger, der var i plejeenheden, herunder kompetenceafklaring ved medarbejderstaben. Imidlertid var den fremadrettede proces for fastholdelse og løbende udvikling af de nødvendige kompetencer hos personalet ikke endeligt klarlagt ved tilsynet den 8. oktober 2020.

Det blev endvidere oplyst ved tilsynet, at der aktuelt var en proces i gang i forhold til ansættelse af flere sygeplejefaglige kompetencer, der på sigt skulle tilbydes diplomuddannelse inden for demensområdet, ligesom der blev redegjort for undervisning af alle medarbejdere i demensfaglig pleje herunder vikarer, som skete ved ansættelse i plejeenheden.

Det er imidlertid styrelsens vurdering, at femårsplanen var for usikker i forhold til at sikre, at samtlige medarbejderne løbene kunne fastholde og udvikle disse nødvendige faglige kompetencer til at varetage hjælp, omsorg og pleje på betryggende vis over for denne særligt sårbare målgruppe borgere.

Styrelsen har i denne forbindelse lagt vægt på, at der er tale om en plejeenhed udelukkende med borgere med demenssygdomme, hvilket understreget behovet for, at der er de nødvendige demensfaglige kompetencer i plejeenheden, og at disse kompetencer fastholdes og udvikles hos personalet.

Der er i denne forbindelse lagt vægt på, at det ved tilsynet den 8. oktober 2020 blev observeret, at hjælp, omsorg og pleje af borgerne afspejlede, at ikke alle medarbejder anvendte de faglige metoder, de havde modtaget undervisning, som beskrevet i påbuddets del 1 og 3.

Styrelsen har i den forbindelse endvidere lagt vægt på, at det ved interview med pårørende fremgik, at der var bekymring i forhold til oplæring af samt manglende faglig viden hos vikarer og andet ikke-fast personale. Det blev oplyst, at disse ikke altid havde kendskab til specifikke indsatser og beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje hos borgeren, ligesom de pårørende oplevede, at der ikke altid blev fulgt op på igangsatte initiativer, når plejen blev foretaget af ikke-faste medarbejdere.

Styrelsen bemærker i den forbindelse, at det er nødvendigt for at sikre den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje til borgerne døgnet rundt, at der arbejdes målrettet med løbende oplæring, rekruttering og kompetenceudvikling af medarbejderne, og at der i opgave- og ansvarsfordelingen tages hensyn til medarbejdernes kompetenceniveau ved fordelingen af opgaver af social- og plejefaglig karakter, således at borgernes behov imødekommes med den fornødne kvalitet.

Endvidere er det afgørende, at den social-og plejefaglige dokumentation er fyldestgørende, således at enhver medarbejder kan orientere sig om eksempelvis særlige behov og socialpædagogiske indsatser hos den konkrete borger gennem gele døgnet.

Det er således styrelsens vurdering, at de beskrevne grundlæggende mangler i forn af, at plejeenhedens organisering ikke understøttede plejeenhedens kerneopgaver idet plejeenheden ikke i tilstrækkeligt omfang anvendte faglige og arbejdsgange udgør en risiko for, at der ikke ydes personlig hjælp, omsorg og pleje efter servicelovens §§ 83-87 af fornøden kvalitet, jf. servicelovens § 150

#### Målfastsættelse i forbindelse med genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb

Ved tilsynet den 8. oktober 2020 kunne styrelsen konstatere, at der ikke i fornødent omfang kunne redegøres for arbejdet med målfastsættelse samt hvordan plejeenheden sikrede opfølgning på træningsforløb, herunder hvordan fastholdelse af borgerens færdigheder blev understøttet i den daglige hjælp, omsorg og pleje.

Styrelsen har lagt vægt på, at der ikke kunne redegøres for, hvordan der blev fulgt op på forløbet hos en borger, der havde afsluttet et træningsforløb. Der manglende endvidere beskrivelser af, hvordan borgerens færdigheder blev understøttet i den daglige hjælp, omsorg og pleje.

Der er endvidere lagt vægt på, at en pårørende oplyste, at denne havde givet udtryk for bekymring for borgerens vedligeholdelse af gangfunktionsniveau, men havde ikke oplevet lydørhed herfor hos plejeenheden, der i stedet henviste til, at borgerens ændring i funktionsniveau var en del af udviklingen i demenssygdommen.

Det blev ved tilsynet oplyst, at plejeenheden havde en praksis, hvor der blev arbejdet med en rehabiliterende tilgang i relation til rehabilitering, genoptræning og aktiviteter i samarbejde med borgerne og andre relevante aktører. Der var blandet andet et samarbejde med kommunale fysioterapeuter, der deltog i borgernes træningsforløb. Det blev desuden oplyst, at der var en proces i gang i forhold til implementering af tværfaglige rehabiliteringsmøder, hvor plejeenheden ville følge op på borgernes forløb og mål.

Det er imidlertid styrelsens vurdering, at selvom plejeenheden havde formaliserede arbejdsgange til at understøtte faglig vurdering, igangsætning og opfølgning på træningsforløb, manglede plejeenheden en koordineret indsats og opfølgning på træningsforløb og at træningselementer- og aktiviteter kunne blive inkorporeret i den daglige hjælp, omsorg og pleje.

Styrelsen bemærker, at der i borgernes omsorgsjournaler skal fremgå individuelle mål for personlig og praktisk hjælp og eventuelt rehabiliteringsforløb samt genoptræning- og vedligeholdelsestræningsforløb, som borgeren og medarbejderne så vidt muligt samarbejder om at fastsætte. Disse mål skal være tilgængelige for såvel borgeren som de medarbejdere, der er involveret i hjælpen, og dokumentationen skal stemme overens med kravene i servicelovens §§ 83, 83 a og 86.

### **Konklusion**

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer på baggrund af ovenstående forhold, at plejeenhedens understøttelse af borgernes livskvalitet, trivsel og værdighed, plejeenhedens dokumentationspraksis, den manglende anvendelse af faglige metoder og arbejdsgange, plejeenhedens organisering samt plejeenhedens arbejde med målfastsættelse og opfølgning på træningsforløb udgør en betydelig risiko for, at der ikke ydes personlig hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet efter servicelovens §§83-87, jf. § 150.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund Huset Nyvang at sikre borgernes livskvalitet, værdighed og trivsel inden fire uger fra datoen for den afgørelsen.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder endvidere Huset Nyvang at sikre, at plejeenhedens dokumentationspraksis understøtter, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet inden fire uger fra datoen for afgørelsen.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder desuden Huset Nyvang at sikre, at der anvendes systematik, faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet inden fire uger for datoen for afgørelsen.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder endvidere Huset Nyvang at sikre, at plejeenhedens organisering understøtter varetagelse af plejeenhedens kerneopgaver inden fire uger fra datoen for afgørelsen.

Endeligt påbyder Styrelsen for Patientsikkerhed Huset Nyvang at sikre den fornødne indsats i forhold til borgernes genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb hos relevante borgere inden fire uger fra datoen for afgørelsen.

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

### **Offentliggørelse**

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

Vi gør opmærksom på, at den enkelte plejeenhed også skal offentliggøre påbuddet på plejeenhedens egen hjemmeside samt gøre påbuddet umiddelbart tilgængeligt i selve plejeenheden.

Det samme gælder for den stedlige kommune. Dette følger af § 14 i bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn på ældreområdet.

Kommunen har endvidere pligt til at sikre, at påbuddet samt tilsynsrapporten bliver offentliggjort på [Plejehjemsoversigten.dk](http://Plejehjemsoversigten.dk). Det følger af bekendtgørelse nr. 1219 af 22. oktober 2018 om plejehjemsoversigten<sup>1</sup>.

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

### **Klagevejledning**

Man kan ikke klage over Styrelsen for Patientsikkerheds afgørelse og sagsbehandling til en anden administrativ myndighed, jf. servicelovens § 150 d, stk. 2.

---

<sup>1</sup> Det er kommunalbestyrelser, jf. § 4 i bekendtgørelsen, og private tilbud, jf. § 5 i bekendtgørelsen, der løbende skal indberette oplysninger til plejehjemsoversigten om nye tilbud eller ændringer i allerede eksisterende tilbud omfattet af plejehjemsoversigten.dk

