



Ældretilsynet

Tilsynsrapport

Distrikt 21 - Stævnhøj Plejecenter

Reaktivt tilsyn, 2021

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Distrikt 21 - Stævnhøj Plejecenter
Tingvejen 31

7000 Fredericia

CVR- eller P-nummer: 1007491000016003

Dato for tilsynsbesøget: 21-01-2021

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Syd
Sagsnr.: 35-2511-231

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Baggrunden for ældretilsynet er, at Styrelsen for Patientsikkerhed af avisartikler i august 2020 fik viden om en dødsulykke på grund af, at en borger, uventet havde forladt Stævnhøj Plejecenter. I den forbindelse bad vi plejeenheden om en udtalelse vedrørende omstændighederne omkring ulykken og borgerens aflastningsophold på plejeenheden.

Vi modtog udtalelsen den 8. september 2020, og fandt umiddelbart anledning til, at vi ønskede at undersøge kvaliteten af pleje og omsorg på Stævnhøj Plejecenter nærmere. På grund af covid situationen, blev tilsynet udsat og fremrykket til den 21 januar 2021.

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på følgende temaer:

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

Ved tilsynet den 21. januar 2021 blev anvendt målpunktsættet for Ældretilsynet 2020 .

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Stævnhøj Plejecenter har 50 boliger og otte aflastningsboliger, hvoraf to boliger er intervalaflastningsboliger for borgere med demens
- Otte af de 50 boliger er for borgere med somatisk sygdom, og øvrige boliger er for borgere med demens
- Den daglige ledelse varetages af centerleder Tove Jørgensen og en afdelingsleder
- Der er ansat 90 medarbejdere, heraf tre sygeplejersker, 14 social- og sundhedsassistenter, 40 social- og sundhedshjælpere, aktivitetsmedarbejdere, en rengøringsgruppe, to praktiske medarbejdere, 25 medarbejdere i flexjob, administrative medarbejdere og ufaglærte ferieafløsere. Kommunens vikarkorps benyttes ved behov.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre omsorgsjournaler, og en fjerde omsorgsjournal blev gennemgået i forhold til dokumentation af socialpædagogiske tiltag til forebyggelse af magtanvendelse
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet tre pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Tove Jørgensen
 - En afdelingsleder
- Der blev foretaget interview med fem medarbejdere
 - social- og sundhedsassistent
 - social- og sundhedshjælpere
- Der blev foretaget observation ved ophold og samvær i fællesarealer
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til medarbejdere og ledelse
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenter Tina Kolding og Sidsel Rohde

3. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 29. marts 2021 modtaget hørings svar fra plejeenheden vedrørende udkast til tilsynsrapport samt udkast til afgørelse om påbud i forbindelse med ældretilsynsbesøget den 21. januar 2021 hos Stævnhøj Plejecenter.

Plejeenheden oplyser, at en af de tre borgere, der indgik i tilsynets tre stikprøver, var udskrevet få timer inden tilsynet, hvilket ikke stemmer overens med de oplysninger, som tilsynskonsulenterne fik under tilsynet. Vi har på den baggrund efter tilsynet anmodet om journalmateriale, som vi modtog den 19. maj 2021. Formålet var at afklare, hvornår borgeren kom på midlertidigt ophold på Stævnhøj, samt hvornår borgeren var indlagt i perioden fra opholdet startede til den 21. januar 2021, hvor tilsynet blev udført. Det fremgik af journalmaterialet, at borgeren opholdt sig på Stævnhøj fra den 16. december 2020, og var indlagt fra den 2. januar 2021 til den 9. januar 2021.

Plejeenheden oplyser, at de har udtaget to medarbejdere til dagligt at have fokus på, at dokumentationen udføres korrekt, samt at to medarbejdere og afdelingslederen hver 3. måned vil gennemgå borgernes dokumentation.

Plejeenheden oplyser, at de vil lave en procedure for at sikre, at ønsker til livets afslutning bliver indhentet og dokumenteret.

Plejeenheden oplyser, at de vil sætte fokus på at dokumentere borgerens mål for personlig- og praktisk hjælp, samt mål med rehabiliterende sigte.

Plejeenheden oplyser, at de over for kommunens beslutningstagere har påpeget, at det er svært at få igangsat § 86 træning.

Styrelsen anerkender, at plejeenheden har iværksat samt planlagt tiltag med henblik på, at rette op på plejeenhedens dokumentationspraksis, lave en procedure for at sikre at ønsker til livets afslutning bliver indhentet samt arbejde for at borgerne ved behov kan tilbydes §86 træning. Vi finder det dog ikke dokumenteret, at tiltagene på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op kvaliteten af pleje- og omsorg på stedet.

Vi har derfor den 17. juni 2021 givet behandlingsstedet påbud om, at behandlingsstedet skal opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden.

Påbud offentliggøres separat på stps.dk og på sundhed.dk når vi konstaterer, at påbuddet er blevet efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 21. januar 2021 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

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

Styrelsen har vurderet, at der er tale om større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet der var utilstrækkelige arbejdsgange og vidensdeling, samt manglende terapeutfaglige kompetencer i plejeenheden, hvorfor organiseringen samlet set ikke i tilstrækkeligt omfang understøttede plejeenhedens varetagelse af kerneopgaver.

I vurderingen er der lagt på, at der var mangler i dokumentationen under flere målepunkter, og i to af temaerne var det mangler, der var gennemgående i alle tre omsorgsjournaler. Plejeenhedens dokumentationspraksis var ikke tilstrækkeligt kendt og anvendt af medarbejderne. Det har betydning for den fornødne kvalitet, at der findes relevante beskrivelser af borgernes vaner og ønsker samt aktuelle ressourcer og udfordringer. Desuden har det betydning for den fornødne kvalitet, at der er beskrivelser af aftaler med de pårørende, beskrivelser af metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse hos borgerne, samt beskrivelser af behovet for hjælp og af borgernes mål. Dette i forhold til, at enhver medarbejder skal kunne medvirke til at sikre sammenhængende social- og plejefaglige indsatser til målgruppen af borgere samt forebygge magtanvendelse. I vurderingen er der lagt vægt på, at de manglende beskrivelser udgjorde en risiko i forhold til, om borgerne fik den hjælp, pleje og omsorg de havde behov for, og som tog udgangspunkt i deres ressourcer og funktionsnedsættelser samt vaner og ønsker, da medarbejdernes viden om dette blev for personafhængigt.

I vurderingen er der videre lagt vægt på, at der var mangler i forhold til at sikre borgernes trivsel og relationer, deres selvbestemmelse og livskvalitet i hverdagen, og i den sidste tid. En borger oplevede manglende indflydelse på tider for hjælpen, og havde desuden oplevelsen af at savne meningsfuld aktivitet. Der var en manglende praksis dels for at indhente ønsker til livets afslutning, og i forhold til at få dokumenteret borgernes vaner og ønsker. Plejeenheden fik ikke konsekvent talt med borgerne om deres trivsel og aktivitetsønsker, ligesom aftaler indgået med de pårørende ikke altid var dokumenteret, så alle medarbejdere kunne tilgå viden herom.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der var problemer med at sikre hjælp til borgere med særlige behov og sikre, at magtanvendelse blev forebygget samt sikre forebyggelse af urininkontinens. Pårørende oplevede, at hjælpen var utilstrækkelig i forhold til at forebygge ægtefællens inkontinens. Borgeren havde særlige be-

hov og gav udtryk for, at der ikke blev taget hensyn til, at borgeren havde det svært med forandringer, ligesom det ikke var beskrevet, hvordan borgeren skulle hjælpes, når borgeren blev vred eller sagde nej tak til hjælp med toiletbesøg, så urininkontinens blev forebygget. Vi vurderer på den baggrund, at plejeenhedens metoder og arbejdsgange ikke i tilstrækkeligt omfang levede op til en fornøden kvalitet i forhold til at sikre, at der blev taget højde for borgernes særlige behov, forebyggelse af magtanvendelse samt forebyggelse af inkontinens.

I vurderingen er der også lagt vægt på, at der manglede en fast systematik i forhold til at indhente og dokumentere borgernes mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte, hvilket udgjorde en risiko for, at medarbejderne ikke kunne understøtte borgernes mål i forbindelse med at medarbejderne ydede støtte og hjælp. Der var mangler i forhold til at få igangsat rehabiliterings- og træningsforløb til borgerne, når det var relevant, idet det ikke blev prioriteret igangsat af træningsenheden, når plejeenheden anmodede herom på borgernes vegne. Ledelsen havde forsøgt at rette henvendelse til kommunens beslutningstagere for at sikre, at det blev muligt at få igangsat rehabiliterings- og træningsforløb, men forholdene var ikke blevet ændret på trods af lederens forsøg herpå. Vi vurderer, at manglen på målrettede rehabiliterings- og træningsforløb udgjorde en risiko for, at borgernes funktionsevne ikke i tilstrækkelig grad blev understøttet og forbedret.

Endelig er der lagt vægt på, at vi vurderer, at det er skærpende omstændigheder at de henstillinger vi gav ved ældretilsynet i 2019 fortsat ikke er opfyldt. Ved ældretilsynet i 2019 gav vi henstillinger om, at borgernes vaner og ønsker er kendte og kan fremfindes af relevante medarbejdere, at plejeenheden sikrer, at borgerne så vidt muligt oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker, samt at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet, så det kan danne baggrund for at yde den rette indsats og opsporing af eventuelle ændringer i borgernes habituelle tilstand. Desuden at borgerens mål for personlig og praktisk hjælp er beskrevet, så det kan danne baggrund for at yde den rette indsats.

De interviewede borgere og pårørende udtrykte tilfredshed med medarbejdernes opmærksomhed på ændringer og handlinger i forhold til borgernes tilstand, samt tilfredshed med, at borgerne blev behandlet med værdighed og respekt.

KRAV

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

- At plejeenheden sikrer, at borgerne oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer, at beskrivelser af borgernes vaner og ønsker fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer en systematisk praksis for at indhente ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer, at borgerne så vidt muligt oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at eventuelle aftaler med pårørende fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 2.1)

- At plejeenheden sikrer, at borgere med kognitive funktionsevnedssættelser (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 (målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer, at der hos borgere med kognitive funktionsevnedssættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug findes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer (målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer, at relevante beskrivelser af faglige metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 3.2)
- At plejeenheden sikrer, at borgere 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 (målepunkt 3.4)
- At ledelsen sikrer, at organiseringen understøtter plejeenhedens kerneopgaver (målepunkt 4.1)
- At ledelsen sikrer, at medarbejderne har de rette kompetencer og at nye medarbejdere får den fornødne introduktion (målepunkt 4.1)
- At plejeenheden sikrer, at den fastlagte dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender den fastlagte dokumentationspraksis (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og pleje-faglige indsatser er beskrevet (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes mål for personlig pleje og praktisk hjælp fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerne og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (målepunkt 6.1)
- At plejeenheden sikrer, at der kan tilrettelægges helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål efter § 83a (målepunkt 6.1)
- At plejeenheden sikrer, at der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (målepunkt 6.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og følger en kendt praksis for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (målepunkt 6.1)
- At plejeenheden sikrer at genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgeres forløb (målepunkt 6.2)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager trænings-elementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg (målepunkt 6.2)
- At plejeenheden sikrer, at borgere og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for dem, og at borgerne oplever at have meningsfulde aktiviteter (målepunkt 6.3)

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er der lagt vægt på, at det i en ud af tre interview blev oplyst, at trivsel var påvirket af, at borgeren savnede aktiviteter og oplevede ikke at blive spurgt om borgerens ønsker til aktiviteter. Borgeren savnede også mere indflydelse på tider for hjælp om aftenen. I to ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelser af borgernes vaner og ønsker. I den ene omsorgsjournal var intet beskrevet. I den anden omsorgsjournal manglede beskrivelse af borgerens ønsker om at være soigneret, og borgerens ønsker til aktiviteter.

Ledelsen kunne ikke redegøre for en praksis vedrørende indhentelse af ønsker til livets afslutning, idet lederen oplyste, at det var en praksis, som de havde planer om at ville indføre som led i deres udviklingsarbejde.

Det er styrelsens vurdering, at manglende indflydelse på tider for hjælpen, oplevelsen af ikke at have meningsfulde aktiviteter, tillige med en manglende praksis for at indhente ønsker til livets afslutning, og ikke at få dokumenteret borgernes vaner og ønsker, udgjorde en ikke ubetydelig risiko for, at borgernes mulighed for selvbestemmelse og livskvalitet ikke havde den fornødne kvalitet.

Plejeenheden afholdt indflytningssamtaler, hvor borgernes vaner og ønsker blev drøftet, med det formål at kunne understøtte borgernes selvbestemmelse og livskvalitet. Under tilsynet observerede vi, at medarbejderne havde en værdig tone, adfærd og kultur, når de var sammen med borgerne.

Det er styrelsens vurdering, at der var et tværfagligt samarbejde i forhold til at sikre pleje ved livets afslutning, med inddragelse af de pårørende. Medarbejderne kunne redegøre for, hvor de fremfandt ønsker til livets afslutning, såfremt disse var dokumenterede.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er der lagt vægt på, at en ud af tre borgere oplevede at mangle hjælp til at få meningsfulde aktiviteter, hvilket påvirkede borgerens trivsel negativt.

To ud af tre pårørende oplevede manglende inddragelse. De savnede en invitation til en samtale om borgernes situation og en samtale om, hvordan status var. I en ud af tre omsorgsjournaler manglede en beskrivelse af aftaler med pårørende om, at denne stod for indkøb og økonomi. De pårørende blev informeret om generelle forhold via en husavis, og der var planer om at etablere et pårønderåd, når ledelsen kunne finde tid hertil.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden ikke konsekvent fik talt med borgerne om deres trivsel og aktivitetsønsker, ligesom aftaler indgået med de pårørende ikke altid var dokumenteret, så alle kunne tilgå viden herom. Dette vurderer vi udgjorde en risiko for, at plejeenhedens arbejde med at understøttede borgernes trivsel og relationer ikke havde den fornødne kvalitet.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at der var tre målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er der lagt vægt på, at en ud af tre borgere oplevede, at der ikke blev taget højde for borgernes særlige behov for en fast struktur, når der kom vikarer for at hjælpe borgeren. I en ud af fire omsorgsjournaler hos en borger med kognitiv funktionsnedsættelse, og problemer med urininkontinens, manglede

beskrivelse af, hvordan borgeren kunne motiveres til faste toiletbesøg. I to ud af fire omsorgsjournaler manglede beskrivelser af, hvordan magtanvendelse kunne forebygges. Det var i forhold til tilgangen hos en borger, der kunne blive udadreagerende. Hos en anden borger manglede beskrivelse af, hvordan borgeren skulle hjælpes, når borgeren var vred og ville forlade plejeenheden, samt hvem blandt medarbejderne, der havde ansvaret for, at borgerens GPS var opladt. Plejeenheden beskrev en kultur, samt faglige metoder og arbejdsgange, der skulle imødekomme behovene hos borgere med særlige behov. Der blev nævnt metoder som Tom Kitwood og Nænsom Nødværge. Det er styrelsens vurdering, at de nævnte metoder og arbejdsgange ikke var fuldt ud implementerede i forhold til at sikre, at der blev taget højde for borgernes særlige behov samt sikre, at magtanvendelse blev forebygget.

Medarbejderne havde været på demenskursus, og der var videns personer blandt medarbejderne. Disse personer, samt demenskonsulent og musikerapeut, blev efter behov inddraget i arbejdet med at finde relevante social pædagogiske tiltag. Desuden var der en fastlagt praksis, der sikrede at borgere med orienteringsproblemer fik hjælp, hvis de gik ud, og der blev gjort brug af teknologiske hjælpemidler i den forbindelse.

Vi vurderer, at plejeenheden havde systematiske arbejdsgange med tidlig opsporing af begyndende sygdom, triagering og opfølgning samt dokumentation af dette, som samlet set sikrede fokus på ændringer hos borgerne og opfølgning herpå.

Ledere og medarbejdere redegjorde for arbejdsgange og metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne. Dog tilkendegav en ud af tre pårørende, at den pårørende oplevede, at borgeren ikke i tilstrækkeligt omfang fik hjælp til toiletbesøg, der skulle forebygge urininkontinens.

Det er på baggrund af ovenstående vores vurdering, at der var risiko for at borgerne ikke i tilstrækkeligt omfang fik hjælp, der imødekommer deres særlige behov, samt forebygger magtanvendelse, og tab af funktionsevne og forringet helbred.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er lagt vægt på, at der var utilstrækkelige arbejdsgange og vidensdeling, samt manglende terapeutfaglige kompetencer i plejeenheden, hvorfor organiseringen samlet set ikke i tilstrækkeligt omfang understøttede plejeenhedens kerneopgaver.

Lederen beskrev, at det var svært at få inddraget kommunens fysio- og ergoterapeuters faglighed, når der var et behov herfor hos borgerne. Dermed var der ikke tilstrækkelige tværfaglige kompetencer i plejeenheden, i forhold til at kunne understøtte kerneopgaverne.

Plejeenhedens medarbejdere var primært tilknyttet en fast afdeling, og de havde kontaktpersonordning for at skabe tryghed for borgerne. Der var planlægningsmøder hver morgen, hvor medarbejderne sammen samlede op og planlagde dagens opgaver. Der var kompetenceskemaer, der gav overblik over de enkelte medarbejders kompetencer, og medarbejderne fulgte ansvarsfordelingen i plejeenheden.

Det er styrelsens samlede vurdering, at den manglende tværfaglighed, og manglende inddragelse af terapeutfaglig viden og målrettede rehabiliterings- og træningsforløb, udgjorde en risiko for, at borgernes funktionsevne ikke i tilstrækkelig grad blev understøttet og forbedret. Derfor vurderer vi, at organiseringen ikke understøttede plejeenhedens kerneopgaver.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt under dette tema, som ikke var opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelsen ikke kunne redegøre for en dokumentationspraksis, der sikrede vidensdeling og sammenhængende indsatser. Der var, på grund af udfordringer med dokumentationen, nyligt indført journalaudit, superbrugere blandt medarbejderne, og en guide til brug ved dokumentationspraksis, med henblik på at få alle medarbejdere klædt på til at kende og gøre brug af en fælles dokumentationspraksis.

I tre ud af tre omsorgsjournaler manglede beskrivelser af aktuelle ressourcer og udfordringer. Det var i forhold til, at det hos to borgere ikke var beskrevet, at de modtog vederlagsfri fysioterapi. Hos en borger var der ingen beskrivelser af ressourcer og udfordringer. I en ud af tre omsorgsjournaler var det ikke beskrevet, at borgeren havde behov for hjælp til toiletbesøg. I tre ud af tre omsorgsjournaler var borgernes mål for personlig og praktisk hjælp ikke beskrevet. Dette vurderer vi udgjorde en risiko for, at medarbejderne ikke med sikkerhed kunne have kendskab til, hvordan borgerne skulle støttes og hjælpes. Desuden at medarbejderne ikke kunne støtte borgerne i at nå deres mål i forhold til hjælpen.

Det er således, på baggrund af den manglende målfastsættelse samt manglerne i omsorgsjournalerne, vores vurdering, at plejeenhedens dokumentationspraksis ikke understøttede sammenhængende social- og plejefaglige indsatser.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er der lagt vægt på, at tre ud af tre borgere oplevede manglende inddragelse i at fastsætte mål for hjælp med rehabiliterende sigte. Ledelsen kunne ikke redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte, idet der ikke var en praksis herfor i plejeenheden.

Ledelsen og medarbejderne kunne videre ikke redegøre for tilrettelæggelse, gennemførelse samt understøtning af rehabiliteringsforløb og § 86 træningsforløb. Lederen beskrev, at det var meget svært at få igangsat træning- og rehabiliteringsforløb til borgerne med et behov herfor. Lederen havde derfor rettet henvendelse til beslutningstagere i kommunen, uden at dette havde ændret på forholdene.

Plejeenheden havde aktivitetsmedarbejdere og mange frivillige, der stod for at tilbyde aktiviteter til borgerne, både som gruppeaktivitet og en til en aktivitet. En ud af tre borgere oplevede dog, at borgeren ikke havde haft en samtale med medarbejderne om meningsfulde aktiviteter, og borgeren oplevede ikke at have meningsfulde aktiviteter.

Ingen af de interviewede borgere var i et rehabiliteringsforløb, hvorfor vurdering, målfastsættelse, tidsramme og status er vurderet som ikke aktuelt. Ingen af de tre interviewede borgere deltog i et § 86 træningsforløb,

hvorfor målepunktet vedrørende om borgeren og eventuelt pårørende oplevede, at de færdigheder, borgeren havde brug for i sine daglige gøremål var en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet, er vurderet som ikke aktuelt. Ingen af de interviewede borgere var i et § 86 træningsforløb, hvorfor målepunktet vedrørende dokumentation af formål og ændringer er vurderet som ikke aktuelt.

Det er styrelsens vurdering, at en borgers uopfyldte behov for meningsfulde aktiviteter, ligesom den manglende tværfaglighed, den manglende terapeutfaglige rehabiliterings- og træningsindsats, og det forhold, at der ikke blev fastsat mål sammen med borgerne, samlet set udgjorde en risiko for, at borgernes funktionsevne ikke i tilstrækkelig grad blev understøttet og forbedret.

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		En ud af tre borgere savnede aktiviteter og oplevede ikke at være blevet spurgt om ønsker til aktiviteter. Borgeren savnede også mere indflydelse på tider for hjælp om aftenen.
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 omsorgsjournaler manglede beskrivelser af borgernes vaner og ønsker. I den ene omsorgsjournal var intet beskrevet. I den anden omsorgsjournal manglede beskrivelse af ønsker om at være soigneret og ønsker til aktiviteter.

E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden	x			
---	--	---	--	--	--

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning	x			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet		x		Ledelsen kunne ikke redegøre for en praksis vedrørende at indhente ønsker til livets afslutning, idet lederen oplyste, at det var en praksis, som de havde planer om at ville indføre.
	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		En ud af tre borgere oplevede at mangle hjælp til at få meningsfulde aktiviteter.

	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov		x		To ud af tre pårørende oplevede manglende inddragelse. De savnede en invitation til en samtale om borgernes situation og en samtale om, hvordan status var.
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 en ud af tre omsorgsjournaler manglede en beskrivelse af aftaler med pårørende om at denne stod for indkøb og økonomi.

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		x		En ud af tre borgere oplevede ikke at der

	og/eller misbrug og eventuelt pårørende oplever, at den hjælp, omsorg og pleje, borgeren modtager, tager højde for borgerens særlige behov				blev taget højde for borgerens særlige behov for en fast struktur, når der kom vikarer for at hjælpe borgeren.
B	At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsevne-nedsættelser (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 funktionsevne-nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	x			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevne-nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer		x		Hos en borger med kognitiv funktionsnedsættelse, og problemer med urininkontinens, var det ikke beskrevet, hvordan borgeren kunne motiveres til faste toiletbesøg.
E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur, at borgere med kognitive funktionsevne-nedsættelser (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		I to ud af fire omsorgsjournaler manglede beskrivelser af, hvordan magtanvendelse skulle forebygges. Det var i forhold til tilgangen hos en borger, der kunne blive udadreagerende. Hos en anden borger manglede beskrivelse af, hvordan borgeren skulle hjælpes, når borgeren var vred og ville forlade plejeenheden, samt hvem der havde ansvaret for at borgers GPS var opladet.

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 vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne		x		En ud af tre pårørende oplevede, at borgeren ikke i tilstrækkeligt omfang fik hjælp til toiletbesøg, der skulle forebygge urininkontinens.
B	At ledelsen kan gøre rede for plejeenhedens arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	x			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	x			
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt vægttab, 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		Der var utilstrækkelige arbejdsgange og vidensdeling, samt manglende terapeutfaglige kompetencer i plejeenheden, hvorfor organiseringen samlet set ikke i tilstrækkeligt omfang understøttede plejeenhedens kerneopgaver.
	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		Lederen beskrev, at det var svært at få inddraget kommunens fysio- og ergoterapeuters faglighed, når der var et behov herfor hos borgerne. Dermed var der ikke tilstrækkelige tværfaglige kompetencer i plejeenheden, i forhold til at kunne understøtte kerneopgaverne.
	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		Ledelsen kunne ikke redegøre for en dokumentationspraksis, der sikrede vidensdeling og sammenhængende indsatser. Der var nylig indført audit

					samt superbrugere, og en guide til dokumentationspraksis, med henblik på at få alle medarbejdere klædt på til at kende og gøre brug af en fælles dokumentationspraksis.
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats		x		Ledelsen kunne ikke redegøre for en dokumentationspraksis, der sikrede vidensdeling og sammenhængende indsats. Der var nylig indført audit samt superbrugere, og en guide til dokumentationspraksis, med henblik på at få alle medarbejdere klædt på til at kende og gøre brug af en fælles dokumentationspraksis.
B	At medarbejderne kender og anvender plejehedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation		x		Der var nylig indført audit samt superbrugere, og en guide til dokumentationspraksis, med henblik på at få alle medarbejdere klædt på til at kende og gøre brug af en fælles 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		I tre ud af tre omsorgsjournaler mangede beskrivelser af aktuelle ressourcer og udfordringer. Det var i forhold til, at det hos to borgere ikke var beskrevet, at de modtog vederlagsfri fysioterapi. Hos en borger var der ingen beskrivelser af ressourcer og udfordringer.

	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet		x		I en ud af tre omsorgsjournaler var det ikke beskrevet, at borgeren havde behov for hjælp til toiletbesøg.
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret		x		I tre ud af tre omsorgsjournaler var borgernes mål for personlig og praktisk hjælp ikke beskrevet.
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede	x			

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

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

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet (§83a)		x	
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)		x	Tre ud af tre borgere oplevede manglende inddragelse i at fastsætte mål for hjælp med rehabiliterende sigte.
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	Ledelsen kunne ikke redegøre for tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb. Leder beskrev, at det var meget svært at få igangsat træning- og rehabiliteringsforløb til borgerne med et behov herfor. Leder havde derfor rettet henvendelse til be-

					slutningstagere i kommunen, uden at dette havde ikke ændret på forholdene.
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)		x		Ledelsen kunne ikke redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte, idet der ikke var en praksis herfor i plejeenheden.
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		Tre ud af tre borgere oplevede manglende inddragelse i at fastsætte mål for hjælp med rehabiliterende sigte.

6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A			x	
	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine			

	daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet				
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		Ledelsen kunne ikke redegøre for tilrettelæggelse af træningsforløb. Leder beskrev, at det var meget svært at få igangsat træning- og rehabiliteringsforløb til borgerne med et behov herfor. Leder havde derfor rettet henvendelse til beslutningstagere i kommunen, uden at dette havde ikke ændret på forholdene.
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		Medarbejderne kunne ikke redegøre for arbejdet med at understøtte § 86 træningsforløb.
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		En ud af tre borgere oplevede ikke havde haft en samtale med medarbejderne om meningsfulde aktiviteter. Borgeren oplevede ikke at have meningsfulde aktiviteter.

	A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter		x		En ud af tre borgere oplevede ikke have haft en samtale med medarbejderne om meningsfulde aktiviteter. Borgeren oplevede ikke at have meningsfulde aktiviteter.
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 år¹.

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 bekendtgørelsen² 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/>

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

² 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