



# **Ældretilsynet Tilsynsrapport Hjemmet ved Noret, Skælskør Slagelse Kommune**

Reaktivt tilsyn, 2019

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

**Hjemmet ved Noret, Skælskør  
Nordvænget 5**

**4230 Skælskør**

CVR- eller P-nummer: 1003296004

Dato for tilsynsbesøget: Den 1. juli 2019

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 5-9513-18/1

# 1. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

## Begrundelse for tilsyn

Årsagen til besøget er:

- I. at Styrelsen for Patientsikkerhed d. 28. maj 2019 har modtaget en bekymringshenvendelse fra en pårørende til en beboer på Hjemmet ved Noret, vedrørende de social- og plejefaglige forhold på Hjemmet ved Noret.
- II. at Styrelsen for Patientsikkerhed ønsker at følge op på, hvordan Hjemmet ved Noret har fulgt de henstillinger, der blev givet i forlængelse af Ældretilsynet aflagt den 29. oktober 2018, herunder at offentliggøre rapporten på Hjemmet ved Norets hjemmeside jf. brev af 15. januar 2019, hvor den endelige rapport blev fremsendt.

## Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på det samlede målepunktssæt for Ældretilsynet eksklusiv målepunkt 1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning.

# 2. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Hjemmet ved Noret er et nyrenoveret plejecenter med 29 boliger fordelt på to afdelinger samt en aflastningsbolig
- Den daglige ledelse varetages af Tina Hammer, der også leder et andet plejecenter
- Samlet angives der at være ansat cirka 24 medarbejdere med social- og sundhedsfaglig uddannelse, heraf fem social- og sundhedsassistenter, en sygeplejerske samt social- og sundhedshjælpere
- Det daglige fremmøde pr. afdeling er tre i dagvagt, to i aftenvagt og om natten dækker to personer hele centret. Sygeplejerske dækker hele huset
- Hjemmet ved Noret har et centerråd bestående af repræsentanter for borgere, pårørende, medarbejdere og ledelse samt ældrerådet som observatør
- Hjemmet ved Noret er EDEN certificeret.

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået to borgerjournaler
- Der blev interviewet to borgere
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - Tina Hammer, centerleder
- Der blev foretaget interview med to medarbejdere
  - Sygeplejerske
  - Social- og sundhedshjælper
- Der blev foretaget observation ved deltagelse i frokost og rundgang på plejeenheden
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til Tina Hammer, centerleder
- Tilsynet blev foretaget af: Tilsynskonsulent Trine Gisselmann Andersen og tilsynskonsulent Anne Marie Glennung

# 3. Vurdering og sammenfatning

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger i partshøringsperioden. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

## Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 1. juli 2019 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

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

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet fundene alene relaterede sig til dele af dokumentationen og ikke var gennemgående. Plejeenheden fremstod velorganiseret, og personalet havde stor viden i forhold til plejeenhedens kerneopgaver.

Styrelsen har ligeledes vurderet, at plejeenhedens ledelse på passende vis har taget hånd om de problematikker, der tidligere har været angående brug af vikarer på grund af vakante stillinger og langtidsfravær.

Styrelsen har ligeledes vurderet, at plejeenheden på baggrund af de værdier, der kendetegner plejeenheden tilbød borgerne et liv med selvbestemmelse, medinddragelse, respekt, trivsel og tryghed i hverdagen.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden vil være i stand til at rette op på de uopfyldte målepunkter ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet og derved opfylde henstillingerne.

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

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

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden ikke i tilstrækkeligt omfang havde fulgt op på henstillingen fra tidligere tilsyn vedrørende fortrolig håndtering af borgerjournaler, som styrelsen vurderede havde betydning for borgernes værdighed. Skriftlig dokumentation foregik på den ene af plejeenhedens afsnit, så det var muligt gennem en glasrude at aflæse personlige oplysninger vedrørende den enkelte borger på en pc-skærm. Dette brød fortroligheden vedrørende personlige forhold og vurderes ikke at være værdigt. I vurderingen er der ligeledes lagt vægt på, at der i journalerne ikke var beskrivelser af borgernes vaner og ønsker.

Det er styrelsens vurdering i forhold til øvrige punkter under temaet, at der på plejeenheden var stor fokus på selvbestemmelse, og der blev arbejdet aktivt med borgernes livshistorie. De interviewede borgere gav udtryk for, at der var høj grad af selvbestemmelse, og at de kunne tale fortroligt med personalet.

Styrelsen vurderer, at det var et problem for den fornødne kvalitet, at plejeenheden ikke systematisk beskrev borgernes ønsker og vaner, og at den social- og plejefaglige dokumentation var organiseret på en sådan måde, at uvedkommende via indkig gennem glasrude havde mulighed for at læse i borgerjournalerne.

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

Styrelsen har fundet, at et målepunkt, ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at der ikke var dokumenteret aftaler med borgerens pårørende i de tilfælde, hvor det var væsentligt for borgerens hverdag.

I vurderingen er der endvidere lagt vægt på, at borgerne oplevede at blive inddraget og lyttet til i overensstemmelse med ønsker og behov. Tilsynet observerede, at der ved frokost og øvrig rundgang i plejeenheden var fokus fra personalet på at skabe relationer mellem borgerne og andre, der havde deres gang på plejeenheden. Det blev oplyst, at tidspunktet for, hvornår på døgnet borgerne skulle have varm mad, blev bestemt af borgerne i det enkelte hus.

Ledelsen informerede om, at der med udgangspunkt i EDEN konceptet blev lavet livshistorie på alle. Der blev løbende holdt husmøder for borgerne og temamøder for borgere og pårørende med udgangspunkt i værdier bag EDEN konceptet.

Styrelsen vurderer, at det var et problem for den fornødne kvalitet, at plejeenheden ikke systematisk beskrev aftaler af betydning for borgerens hverdag og den social- og plejefaglige indsats, der var truffet med de pårørende.

### **3. Målgrupper og metoder**

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at de forebyggende tiltag i forhold til eksempelvis forebyggelse af urinvejsinfektioner, vægttab og tryksår ikke i tilstrækkeligt omfang var beskrevet i journalerne. Medarbejderne kunne fagligt redegøre for og reflektere over de relevante indsatser og faglige metoder til at prioritere og igangsætte rettidige indsatser vedrørende målrettet pleje og tidlig opsporing af begyndende sygdom.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der på plejeenheden blev anvendt relevante metoder i forhold til borgernes funktionsnedsættelse, der blandt andet omfattede borgere med kognitiv funktionsnedsættelse. Derudover er der lagt vægt på, at plejeenheden anvendte relevante metoder til forebyggelse af magtanvendelse.

Styrelsen vurderer, at det er et problem for den fornødne kvalitet, at plejeenheden ikke systematisk beskrev de forebyggende tiltag, der indgår i hverdagens praksis, således at andre end borgerens kontaktperson eksempelvis afløsere og vikarer kan varetage opgaverne.

#### **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 en organisering, der understøttede plejeenhedens kerneopgave. Personalet havde stor viden om borgerne, og der var en tydelig opgave- og ansvarsfordeling for medarbejderne.

Ved interview oplyste en ud af to borgere, at der i perioder havde været afløsere, som ikke helt var bekendt med, hvordan vedkommende konkret skulle hjælpes. Borgeren gav udtryk for, at det ikke var optimalt. Ledelsen redegjorde for, at der havde været en periode med afløsere, men at alle stillinger nu var besat, og at nyt personale var godt introduceret til opgaverne på plejeenheden herunder de værdier og målsætninger, der kendetegnede plejeenheden, hvilket også blev bekræftet af de interviewede medarbejdere.

Lederen, som også varetog ledelsen af et andet plejecenter i kommunen, oplyste endvidere, at ledelsesstrukturen var ændret til klyngeledelse med daglige ledere på plejecentrene. Der var nedsat ansættelsesudvalg med borger og pårørenderepræsentation med henblik på besættelse af den pågældende stilling.

Det er styrelsens vurdering at plejeenhedens organisering understøttede plejeenhedens kerneopgave, og at der var en tydelighed omkring medarbejdernes ansvars- og kompetenceforhold.

#### **5. Procedurer og dokumentation**

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at beskrivelsen af de social- og plejefaglige indsatser i en ud af to stikprøver var begrænsede og bar præg af tavs viden. I vurderingen er der lagt vægt på, at afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser var dokumenteret, men der var ikke konsekvent fulgt op på afvigelse.

Plejeenheden havde skiftet omsorgssystem i begyndelsen af 2019, og der var fokus på den løbende implementeringsproces og mulighed for løbende instruktion, sparring og sidemandsoplæring. Alle medarbejdere og eksterne vikarer havde adgang til og kunne dokumentere i omsorgssystemet.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden på trods af de fund, der blev gjort, grundlæggende havde en praksis, der understøttede en sammenhængende social- og plejefaglig indsats.

Styrelsen vurderer, at det var et problem for den fornødne kvalitet, at plejeenheden ikke systematisk beskrev borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje, så det var muligt at følge op på eventuelle afvigelser.

#### **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 kommunens fysioterapeuter havde forløb efter servicelovens § 86 med en borger, men personalet kunne ikke finde beskrivelser af den pågældende indsats i omsorgsjournalen, og de var ikke bekendt med i hvilket omfang, de eventuelt skulle indgå i et samarbejde med henblik på at understøtte genoptræningsindsatsen.

I vurderingen er der ligeledes lagt vægt på, at rehabilitering fysisk, socialt og mentalt var indarbejdet som et bærende element i borgerens hverdag, så funktionsevne og færdigheder blev bevaret eller udviklet, hvilket

blev suppleret af en borgers beskrivelser af, hvordan vedkommende dagligt gik tur og hvordan træningscyklen blev brugt. Der var forskellige former for aktiviteter på plejeenheden, som blev igangsat af medarbejdere og venneforening, og som tog udgangspunkt i borgernes ønsker og behov.

Det er styrelsens vurdering, at det har betydning for den fornødne kvalitet, at eventuelle trænings- og rehabiliteringsindsatser dokumenteres i et fælles omsorgssystem, og at plejepersonalet er bekendt med og medinddrages i disse indsatser, når det er relevant i forhold til en sammenhængende indsats.

## Henstillinger

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

- At plejeenheden sikrer, at borgerenes vaner og ønsker er kendt eller kan fremfindes af relevante medarbejdere (Målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer, at selvbestemmelse og værdighed afspejles i tone, adfærd og kultur på plejeenheden, eksempelvis ved at sikre fortrolig håndtering af borgerjournaler (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer, at aftaler med pårørende af betydning for borgerens hverdag og den social og plejefaglige indsats dokumenteres (Målepunkt 2.1).
- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgerens dokumentation (Målepunkt 3.4).
- At plejeenheden sikrer, at borgeren behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser bliver beskrevet (Målepunkt 5.1).
- At plejeenheden sikrer, at afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser bliver dokumenteret. At plejeenheden sikrer, at der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning bliver dokumenteret et formål med borgerens forløb (Målepunkt 5.1).
- At plejeenheden sikrer, at ændringer i forhold til borgerens forløb løbende bliver dokumenteret (Målepunkt 6.2).

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at plejeenheden opfylder ovenstående henstillinger.

Styrelsen anmoder om at eventuelle bemærkninger til rapporten bliver fremsendt tre uger efter modtagelsen af denne.

# 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			
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 en ud af to journaler var der ikke beskrivelser af borgerens vaner og ønsker
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden		X		På en afdeling var lokalet, hvor personalet dokumenterede, adskilt fra beboergang, med en glasvæg. Ved tilsynet var det muligt fra gangen gennem glasvæggen at læse personlige oplysninger på skærmen.



# 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 en ud af to journaler var relevante 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			
C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktions-evnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	X			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer	X			
E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur, at borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger.	X			

## 3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres	X			

	indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås				
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse	X			
C	At der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange der hos den konkrete borger kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse	X			

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

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

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

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje til borgeren er rettet mod	X			

	forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne				
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		<p>Der sås begrænsede beskrivelser af de forebyggende indsatser.</p> <p>Eksempelvis:</p> <p>I en stikprøve havde borgeren tendens til urinvejsinfektioner, men der sås ingen beskrivelser af forebyggelsesindsatsen.</p> <p>I to ud af to stikprøver blev borgeren vundet, men der sås ingen notater om opfølgningen på dette.</p>

## Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

### 4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A A.1 At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver	X			

	A.2 At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere	X			
	A.3 At ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer	X			
B	At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen	X			

## Tema 5: Procedurer og dokumentation

### 5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne	X			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats	X			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation	X			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger	X			
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsats er beskrevet		X		I en ud af to stikprøver var beskrivelserne af borgerens behov for hjælp ikke fyldestgørende.
	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		<p>I to ud af to stikprøver blev borgeren vejet, men der sås ingen notater om opfølgningen på dette.</p> <p>I en stikprøve havde borgeren tendens til urinvejsinfektioner, men der sås ingen beskrivelser af forebyggelsesindsatsen.</p> <p>I en stikprøve havde borgeren haft et mindre sår. Handling vedrørende forebyggelse af nyt sår, var ikke dokumenteret.</p>
--	---	--	---	--	---

## Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

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

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet (§83a)			X	
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål (§83a)			X	
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	X			

C	At medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål, samt arbejdsgangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§§83a og 83)	X			
D	D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål (§83a)			X	
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet (§83a)			X	
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne (§83a)			X	
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83a)	X			

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

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet			X	
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgeres forløb	X			
C	At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg	X			
D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb		X		I en ud af to stikprøver havde borgeren et forløb med fysioterapeut. Der sås ingen

					beskrivelser af forløbsformål. Plejeenheden var i tvivl om, hvorvidt kommunens fysioterapeuter dokumenterede i samme system som plejeenheden.
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret		X		I en ud af to stikprøver havde borgeren et forløb med fysioterapeut. Der sås ingen beskrivelser vedrørende dette. Plejeenheden var i tvivl om, hvorvidt kommunens fysioterapeuter dokumenterede i samme system som plejeenheden.

### 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 borgere bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter	X			



# 5. Begrundelse for tilsynet

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

# 6. Vurdering af plejeenheden

---

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

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

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

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

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

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