



# Tilsynsrapport Hjemmepleje Distrikt Svanedam Øst, Nyborg

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Hjemmepleje Distrikt Svanedam Øst, Nyborg  
Bredahlsgade 24A, 1

5800 Nyborg

CVR- eller P-nummer: 1018472801

Dato for tilsynet: 25-02-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Syd  
Sagsnr.: 5-9514-116/1

# 1. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Distrikt Svanedam er en hjemmeplejeenhed
- Distrikt Svanedam leverer serviceydelser til cirka 350 borgere
- Der er ca. 55 ansatte og de ansatte består af ni social og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere samt ufaglærte
- Distrikt Svanedam leverer serviceydelser dag og aften. Serviceydelser om natten hører til en anden enhed
- Fysioterapeuter og ergoterapeuter er tilknyttet træningsafdelingen.

## Om tilsynet

- Fire journaler blev gennemgået
- Der blev foretaget interview med fire borgere og en pårørende
- Der blev foretaget interview med områdeleder Birgitte Toft og konsulterende leder Sophie Fraser
- Der blev interviewet tre medarbejdere
  - En social- og sundhedsassistent
  - To social- og sundhedshjælpere
- Observation
- Afsluttende opsamling på fund blev givet til ledelse og personale
- Tilsynet blev foretaget af: Tilsynskonsulent Sidsel Rhode og tilsynskonsulent Hanne M. Søgaard.

## 2. Vurdering og sammenfatning

---

### Konklusion efter partshøring

*Styrelsen for Patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget bemærkninger fra plejeenheden vedrørende rapportens indhold.*

*Det indkomne høringssvar er vurderet, men giver ikke anledning til ændringer i vurderingen efter tilsyn.*

*Bemærkningerne er kommenteret ved mail til plejeenheden, og bemærkningerne har givet anledning til præciseringer i rapporten.*

*Styrelsen har ligeledes modtaget en handleplan af den 12. juni 2019, som opfylder styrelsens henstilling. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.*

### Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 25. februar 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 ved tilsynet blev fundet målepunkter under temaerne vælg: *Selvbestemmelse og livskvalitet, Trivsel og relationer, Målgrupper og metoder, Procedurer og dokumentation og Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt

Baggrunden herfor er, at styrelsen fandt, at borgerne oplevede manglende indflydelse på eget liv idet der kom mange skiftende medarbejdere og afløsere, som også påvirkede borgernes trivsel. Plejeenheden havde ikke en praksis for, hvordan medarbejderne fik talt med borgerne om deres ønsker til livets afslutning og fik det beskrevet, så ønskerne kunne fremfindes og imødekommes.

Ligeledes oplevede borgere, at de skiftende personaler ikke i tilstrækkelig grad var opmærksomme på ændringer i deres fysiske og psykiske helbredstilstand og funktionsevne, og der var ikke en systematik i plejeenheden

i forhold til, hvordan tidlig opsporing og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand blev udført og dokumenteret.

Styrelsen har lagt vægt på, at plejeenheden ikke systematisk arbejdede med opsporing og opfølgning på borgernes fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand.

Styrelsen henstiller derfor til, at plejeenheden udarbejder og fremsender en handleplan for implementering af en metode til systematisk opsporing og opfølgning af borgernes funktionsevne og helbredstilstand (målepunkt 3.3).

Herudover henstiller Styrelsen for Patientsikkerhed til følgende:

- At plejeenheden sikrer, at borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet. (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kan fremfinde borgernes ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2)
- At plejeenheden sikrer, at borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand. (målepunkt 3.1)
- At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb (målepunkt 6.1)

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden vil være i stand til at rette op på de anførte problemer, ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet, og således efterkomme ovenstående henstillinger.

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

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

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at en ud af fire borgere ikke oplevede, at hendes ønsker og behov var i centrum, da borgeren oplevede, at tiderne hvor medarbejderne kom varierede, og at der var meget skiftende personale, som kom i borgerens hjem.

Ledelsen redegjorde for, at samme borger fik hjælp gange tre om dagen, og at det af planlægningsmæssige hensyn var forklaringen på, at der kom forskellige medarbejdere ud til borgeren. I planlægningen af kørelisterne, blev der taget hensyn til den enkelte borgers ønsker og behov.

Medarbejderne redegjorde for, at de lyttede til borgerens ønsker og behov og at hjælp og støtte tog udgangspunkt i og havde respekt for, hvordan den enkelte borger ønskede det, og at de mødte borgeren, hvor borgeren var.

Ledelsen redegjorde for overvejelser omkring hvornår og hos hvilke borgere, man indhentede ønsker til livets afslutning, men der var ikke en praksis for hvordan og hvornår, medarbejderne talte med borgerne om emnet. Medarbejderne talte med borgerne, når borgerne selv bragte det på bane.

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne var trygge ved de medarbejdere, der kom, og oplevede, at de kunne tale med dem også om svære emner. Der var ikke nogen af borgerne, der havde talt med medarbejderne om ønsker til livets afslutning. De havde talt med deres pårørende, og to af borgerne havde oprettet et livstestamente, hvoraf det ene ikke var beskrevet i borgerens journal.

Ledelsen redegjorde for, at de overvejelser, der var omkring hvornår og hos hvilke borgere, der blev talt med borgeren, var, når det var relevant, og det gav mening. Generelt talte medarbejderne først med borgeren om emnet, når borgeren selv bragte det på bane, og såvel leder som medarbejdere redegjorde for, at det primært var sygeplejerskerne, der havde dialogen med borger / pårørende, når de blev involveret, og det var typisk, når borgeren var terminal eller døende. Det var sygeplejersken, der dokumenterede, efter samråd med lægen i borgerens journal, hvorvidt borgeren ønskede genoplivning eller ej.

I vurderingen har styrelsen lagt vægt på, at der tales med borgeren om borgerens ønsker til livets afslutning, rettidigt og løbende, hvilket giver den enkelte borger mulighed for at bestemme over den sidste tid af livet på et tidspunkt, hvor borgeren er relevant. Dokumentation af borgerens ønsker giver borger og pårørende et redskab, som tydeliggør, hvad man skal gøre for at respektere den enkelte borgers ønsker til livets afslutning.

## **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 borger ikke trivedes med, at der blev sendt mange afløsere ud til hende.

Ledelsen redegjorde for, at det i udgangspunktet var de samme medarbejdere, der kom hos de samme borgere og at dette blev tilgodeset og planlagt i kørelisterne, hvor man i planlægningen tog hensyn til den enkelte borgers særlige behov for relationen og kompetencen hos den enkelte medarbejder.

Ledelsen redegjorde for at der var samtaler med borger og de pårørende hvis der var særlige tiltag der skulle iværksættes hos borgeren, for at borgeren kunne trives.

## **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 i tre ud af fire journaler manglede dokumentation af opfølgning på henholdsvis hudforandringer ved indstiksstedet til en ernæringssonde, hudforandringer i en borgers nakke og opfølgning vedrørende en borgers tilstand efter en brand i hjemmet.

I vurderingen er endvidere lagt vægt på, at plejeenheden ikke systematisk arbejdede med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgerens fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand. Ledelsen og medarbejdere redegjorde for, at der ugentligt blev afholdt tværfaglige teams møder, med deltagelse af terapeuter, sygeplejersker og diætist, hvor udvalgte borgere blev drøftet.

Ledelsen og medarbejdere redegjorde for, at der hos borgere med demens var et tæt samarbejde med kommunens demenskoordinator, hvor pårørende blev inddraget, og der blev etableret muligheder for at aflaste pårørende, der kunne have behov for det. Medarbejderne redegjorde for de principper de anvendte ude hos de demensramte borgere. Hos borgere hvor forebyggelse af magt var nødvendig, var der to faste personaler tilknyttet, og man havde et tæt samarbejde med demenskoordinatoren, som var Marte – meo specialist.

Medarbejderne havde for år tilbage været på demenskursus, og der var i kommunen planer om at opdatere dette. Medarbejderne redegjorde for de faglige metoder de brugte, herunder brug af ernæringscreening, væskeskema og tæt samarbejde med sygeplejersker når udsatte borgere der var i risiko for at udvikle tryksår, skulle screenes for tryk.

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

Styrelsen har fundet, at målepunktet var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelsen kunne redegøre for at den organisering, der lå til grund for planlægning af besøgene hos borgerne tog udgangspunkt i at imødekomme borgerens behov og ønsker samt relationen mellem medarbejderen og borgeren. Medarbejderne arbejdede ud fra kompetencebeskrivelser, som var udarbejdet ud fra den enkelte medarbejders uddannelse, efteruddannelse og delegeringsprincipper.

#### **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 i to ud af to journaler var borgerens mål for personlig og praktisk hjælp ikke dokumenteret.

Plejeenheden havde implementeret nyt dokumentationssystem juni 2018, og der var planer om fokuseret undervisning af medarbejderne og om at gøre brug af superbrugere til sidemandsoplæring. Medarbejderne gav udtryk for, at de efterhånden var fortrolige med brugen af systemet.

Dokumentationspraksis var at observationer og besøgsnotater skulle være dokumenteret samme dag og ved udgangen af en vagt, og denne praksis kendte medarbejderne. Vikarer havde adgang til at dokumentere med egen adgangskode i dokumentsystemet.

#### **6. Aktiviteter og rehabilitering**

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at der i en journal manglede dokumentation af formål med træningen og ændringer i træningsforløbet hos en borger, der modtog træning efter i § 86. Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at en medarbejder oplyste, at maden blev smurt for en borger, der godt selv ville kunne smøre mad siddende ved et bord.

Ledelsen redegjorde for, at hos borgere i § 83 a forløb blev terapeuterne tilknyttet, og at medarbejderne via koordinatoren kunne tage kontakt til visitator, som oprettede en træningssag. Hos borgere i træningsforløb kunne terapeuten enten komme hjem til borgeren, eller borgeren kunne vælge at komme i træningscenteret.

I vurderingen er lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere redegjorde for, at pårørende til borgere med demens fik tilbudt aktiviteter, der aflastede den pårørende.

Borgerne oplevede, at der var blevet talt med dem om aktiviteter, der gav mening for dem. Kommunen tilbød aktiviteter på et aktivitetscenter og klubtilbud, som borgerne kunne henvises til. Hos to af borgerne blev der brugt klippekort til gåture, og ledelse og medarbejdere redegjorde for, at borgere blev motiveret til aktiviteter med brug af klippekortet.

# 3. Fund ved tilsynet

---

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

### 1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.		X		En ud af tre borgere oplevede manglende indflydelse på eget liv i forhold til at, der kom for mange skiftende medarbejdere og afløsere. Borgeren oplevede at de aftalte tider for hjælpen varierede for meget.
B	At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet.	X			
C	At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt.	X			
D	At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker.	X			
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden.	X			

## 1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning.	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet.		X		Ledelsen redegjorde for overvejelser omkring hvornår og hos hvilke borgere, man indhentede ønsker til livets afslutning men ikke hvordan. Praxis var, at det overgik til sygeplejerskerne og lægerne, når borgere var terminale og døende.
	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			Medarbejderne fremfandt ønsker til livets afslutning i den dokumentation, der var omkring genoplivning. Borgere der havde oprettet livstestamenter, kunne ikke fremfindes.
	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 fire borgere oplevede det utrygt, når der kom så mange skiftende medarbejdere, som borgeren ikke fik en relation til.
	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			

## Tema 3: Målgrupper og metoder

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

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

### 3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås.	X			

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		En ud af fire borgere oplevede, på grund af skiftende personale, at medarbejderne ikke var opmærksomme på ændringer
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.		X		Der blev ikke arbejdet systematisk, med opsporing og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand.
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		Medarbejderne arbejdede ikke systematisk, med opsporing og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand.
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen.		X		I tre ud af fire journaler manglede dokumentation, af opfølgning på henholdsvis hudforandringer ved indstiksstedet til en ernæringssonde, samt hudforandringer i en borgers nakke samt en borgers psykiske tilstand efter at have oplevet en brand i sit hjem.

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

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

## Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

### 4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver	X			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere	X			

	A.3 At ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer.	X			
B	At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen.	X			

## Tema 5: Procedurer og dokumentation

### 5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne	X			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats.	X			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.	X			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger	X			
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet	X			
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret		X		I to ud af to journaler var borgerens mål, for personlig og praktisk hjælp ikke dokumenteret.
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede.	X			

# Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

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

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet			X	
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.			X	
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.	X			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål, samt arbejdsgangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.	X			
D	D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål			X	
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet			X	
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne			X	
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte.			X	

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

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet	X			
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 borgers 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 D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret.		X		I en journal manglede dokumentation, af formål med træningen og ændringer i træningsforløbet

## 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 A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter.	X			

		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  C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter.	X		X	I dialogen med en medarbejder, oplyste denne, at maden blev smurt for en borger, der selv ville kunne smøre mad, siddende ved et bord.



## 4. Begrundelse for tilsynet

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

## 5. Vurdering af plejeenheden

---

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

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

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet vurdering af den fornødne kvalitet med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter.

Styrelsens vurdering er baseret på de forhold, der var til stede ved det aktuelle tilsyn i forbindelse med de gennemførte interviews med borgere, pårørende, ledelse og medarbejdere samt de foretagne stikprøver af borgeres omsorgsjournaler.

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

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

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