



# Ældretilsynet Tilsynsrapport Plejecenter Ålholmhjemmet

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Plejecenter Ålholmhjemmet  
Kirsebæralle 7  
3400 Hillerød

CVR- eller P-nummer: 1003281148

Dato for tilsynet: 24-02-2020

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 35-2511-102

# 1. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Ålholmhjemmet er et af Hillerød Kommunes plejecentre målrettet borgere med demens
- Der er 46 lejligheder, hvoraf de 17 er med plads til ægtepar. Lejlighederne er fordelt på seks huse med ca. otte beboere i hver. Hvert hus har eget køkken og fællesstue. Husene er sammenhængende
- Den daglige ledelse varetages af plejecenterleder Kirsten Gosvig. Ledelsen består desuden af to områdeledere
- På plejeenheden er der ansat social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, en psykomotorisk terapeut og administrativ medarbejder. Ved behov for sygeplejerske aften og nat benyttes Hillerød Kommunes akutteam. Der anvendes ikke eksterne afløsere men alene timelønnede afløsere, der kender stedet
- Ca. 60 % af borgerne har valgt den praktiserende læge, der er tilknyttet plejeenheden. Lægen kommer en gang hver uge
- Ålholmhjemmet arbejder ud fra Eden Alternative principper
- Plejeenheden har mange frivillige tilknyttet
- Ålholmhjemmet har mange elever og studerende: SSH-elever, SSA- elever, psykomotorik studerende samt praktikanter fra et Jobcenter, Desuden kommer der hvert år studerende fra Tyskland, Sverige og Spanien for at studere den særlige tilgang Eden Alternative.

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået 6 borgerjournaler
- Der blev interviewet 4 borgere
- Der blev interviewet 8 pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - Plejecenterleder Kirsten Gosvig
  - Områdeleder Kirsten Andersen
- Der blev foretaget interview med 7 medarbejdere
  - Social- og sundhedsassistenter
  - Psykomotorisk terapeut
  - Sygeplejerske
  - Aktivitetsmedarbejder
  - Administrativ medarbejder
- Der blev foretaget observation ved, at deltagelse i frokostmåltidet i 2 huse samt ved tøndeslagning i forbindelse med fastelavn for hele centret
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til plejecenterleder Kirsten Gosvig, områdeleder Kirsten Andersen og 7 medarbejdere
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulent Susie Poulsen og oversygeplejerske Lone Teglbjærg.

## 2. Vurdering og sammenfatning

---

### Konklusion efter partshøring

Styrelsen for patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget bemærkning fra plejeenheden om, at de ikke havde ændringer til de faktuelle forhold.

Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

### Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget 24-02-2020 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at det ved tilsynet blev vurderet, at alle målepunkter var opfyldte.

Styrelsen har vurderet, at der ingen problemer er af betydning for den fornødne kvalitet, idet plejeenheden understøttede borgernes selvbestemmelse og livskvalitet. Der blev arbejdet tværfagligt og systematisk med forebyggelse, der var faglige arbejdsgange, og der blev anvendt faglige relevante metoder til borgere med særlige behov. Desuden blev selvbestemmelse og værdighed understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden.

Borgerne tilkendegav, i det omfang det var muligt i forhold til deres kognitive funktion, at have selvbestemmelse i hverdagen og gode muligheder for deltagelse i det omgivende samfund, samt deltagelse i aktiviteter og træning. De pårørende tilkendegav, at der var et godt samarbejde med personalet, og at de oplevede at blive hørt og inddraget i forhold til dagligdagen på plejeenheden.

Plejeenheden havde et tæt tværfagligt samarbejde, samt arbejdsgange og metoder, der sikrede en rehabiliterende tilgang i plejen af borgerne. Organiseringen med den tværfaglige sammensatte medarbejdergruppe, og den fastlagte praksis for dokumentationen, understøttede plejeenhedens kerneopgaver.

Der var fokus på at forebygge forringet helbred og funktionsevne hos borgerne. Desuden var der fokus på ændringer i borgernes situation, og den fornødne opfølgning ved ændringer.

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

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

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgere og pårørende tilkendegav, at borgerne, i det omfang det var muligt i forhold til deres kognitive funktion, selv kunne bestemme over hverdagen. Ved indflytning blev der taget udgangspunkt i borgerens livshistorie i et tæt samarbejde med pårørende. Der blev planlagt besøg i hjemmet inden indflytning eller besøg på Ålholmhjemmet, således at der var en glidende overgang fra eget hjem til indflytning på plejeenheden. Hvis borger havde et kæledyr eller et æbletræ som betød meget, flyttede disse med ind.

Plejeenheden redegjorde for en praksis, hvor hjælp, pleje og omsorg blev tilrettelagt med afsæt i, at imødekomme borgerens ønsker og vaner bedst mulig, hvilket understøttede borgerens selvbestemmelse og livskvalitet. Der blev ligeledes redegjort for god praksis for arbejdet med at sikre en værdig død. Der blev anvendt vågekone, musikpude ved uro, palliations handleplan, tilbudt weekendseng og overnatning til pårørende m.v.

I vurderingen er der yderligere lagt vægt på, at der ved journalgennemgang var grundige og udførlige beskrivelser af borgernes vaner og ønsker, og at borgerne/pårørende ved samtale gav udtryk for at opleve selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.

Der var et beboer- pårørenderåd på plejeenheden, og de pårørende udtrykte ved interview, at de følte sig inddraget og hørt, og at der var en god og værdig tone og kultur i plejeenheden.

Det er således styrelsens vurdering, at selvbestemmelse, livskvalitet og en værdig død blev understøttet i plejeenheden.

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

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne kunne deltage i mange forskellige aktiviteter, som blandt andet understøttede relationerne til det omkringliggende samfund. Der var et målrettet nabosamarbejde, som blandt andet omhandlede samarbejde med et nærtliggende fritidshjem, der hver eftermiddag kom og fodrede de to grise, børnehaven som tit kiggede forbi f.eks. til tøndeslagning ved fastelavn, baby salmesang, Grundtvighøjskolen og 10. klasse skolen.

I vurderingen er der yderligere lagt vægt på, at borgerne/pårørende ved interview fortalte, at de oplevede at få den hjælp, de selv ønskede. Pårørende gav udtryk for, at de oplevede, at der var en god tone og kultur i plejeenheden, og at den enkeltes borgers ønsker og behov blev respekteret. Dette fremgik også ved tilsynets observationer.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden sikrede borgernes trivsel og tilknytning til deres relationer.

### **3. Målgrupper og metoder**

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden arbejdede systematisk med, at der i hverdagen blev observeret og fulgt op på tegn på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand. Der var blandt andet

tavlemøder 3 gange om ugen, hvor alle borgeres tilstand blev triageret, og der var tydelige arbejdsgange for, hvem der havde ansvaret for at gå videre med opgaver omkring borgeren.

Det var et tæt tværfagligt samarbejde i forhold til at imødegå særlige behov hos borgerne, herunder at forebygge magtanvendelse. Der blev anvendt Marte Meo principper og pædagogiske handleplaner og plejeenheden kunne inddrage egne demenskoordinatorer og eksterne samarbejdspartner så som kommunens demenskonsulent.

Der var fokus på kompetenceudvikling. Alle medarbejdere skulle have en 12 ugers demensuddannelse, som blev arrangeret sammen med UCC. Alle medarbejdere skulle igennem et forløb vedrørende Eden Alternative. Eden Alternatives principper går ud på at eliminere ensomhed, kedsomhed og hjælpeløshed hos beboerne, hvilket på Ålholmehjemmet betød, at den enkelte beboer deltog i hverdagslivet, med individuelle hensyn til den enkeltes ressourcer.

Der blev arbejdet med tidlig opsporing for at forebygge inkontinens, dårlig ernæring, dehydrering, tryk, fald og dårlig mundhygiejne.

Det er styrelsens vurdering, at der i plejeenheden var de fornødne kompetencer, arbejdsgange og metoder til at sikre plejen af borgere med særlige behov, forebygge magtanvendelse, samt forebygge helbredsforværring og forværring af funktionsevne blandt borgerne.

#### **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 udpræget kultur for kollegial sparring, og fælles ansvar for opgaverne, samt ejerskab til plejeenheden og dennes værdier. Plejeenheden havde kontaktpersonordning for at skabe sammenhæng i borgernes hverdag, og for at sikre kvaliteten anvendte man så vidt muligt faste afløsere. Alle medarbejdere havde adgang til at orientere sig og dokumentere i borgerens journal.

Der var gode muligheder for kompetenceudvikling på stedet. Ved samtale med ledelse og medarbejdere fremgik det, at der var et højt faglige niveau med gode refleksioner.

Det er styrelsens vurdering, at organiseringen understøttede plejeenhedens kerneopgaver, hvilket blev understøttet af medarbejdernes udsagn vedrørende ansvars- og kompetenceforhold, samt ledelsens udsagn vedrørende rammer for pleje og behandling.

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

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der var en fast praksis for, hvem der sikrede at dokumentationen var opdateret, og hvornår der blev dokumenteret. Ligeledes var de nødvendige oplysninger om borgerne i journalerne tilgængelige for alle medarbejderne. Der dokumenterede den elektroniske journal KMD Nexus og på hver borgerlejlighed er der adgang til In-Care skærm.

I vurderingen er der yderligere lagt vægt på, at det ved journalgennemgang fremgik, at der var klare og grundige beskrivelser af borgernes ressourcer og begrænsninger, borgernes behov for hjælp samt borgernes mål for hjælpen.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens dokumentationspraksis understøttede en tværfaglig sammenhængende dokumentation, som var udgangspunktet for plejen af borgerne.

## **6. Aktiviteter og rehabilitering**

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne kunne deltage i mange forskellige aktiviteter, som borgere og pårørende ved samtale gav udtryk for, var meningsfulde for dem. Aktiviteterne blev tilbudt både på individuelt niveau og på gruppeniveau.

Plejeenheden havde to kælegrise som borgerne havde navngivet Joachim og Frederik. Flere boede med deres hunde eller andre dyr og personalet havde også mulighed for at tage deres hunde og børn med.

Plejeenheden havde egen bus som flittigt blev anvendt. Vægge og døre i det store gangareal var malet og pyntet således, at borgere ikke søgte dørene men fællesskabet, eksempelvis blev der brugt meget tid på et stort maleri, der forestillede en bus, hvor passagerne var genkendelige beboere og personale.

Der var en rehabiliterende tilgang i plejen, og borgerne blev tilbudt vedligeholdende træning efter eget ønske og behov, ud fra den enkeltes målsætning. Der var indrettet træningscenter i kælderen på plejeenheden. Terapeuter fra kommunen varetog bl.a. opgaver i relation til dysfagi og træning efter Sundhedsloven. Flere borgere modtog ligeledes vederlagsfri fysioterapi.

Der var ingen borgere som modtog hjælp efter §86a og det er derfor ikke aktuelt.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden sikrede, at borgerne blev tilbudt den fornødne aktivitet, træning og rehabilitering i forhold til at understøtte deres livskvalitet og helbred, samt funktionsevne.

# 3. Fund ved tilsynet

---

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

### 1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

| Målepunkt |   | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|---|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A         | At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv   | X       |              |              |                     |
| B         | At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgeres 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       |              |              |                     |

|   |   |   |  |  |  |
|---|---|---|--|--|--|
|   | B2. At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning | X |  |  |  |
| C | C1. At relevante medarbejdere kan redegøre for udførelse af pleje af borgere ved livets afslutning                                  | X |  |  |  |
|   | C2. At medarbejdere kan redegøre for, hvordan de fremfinder borgernes ønsker til livets afslutning                                  | X |  |  |  |

## Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

### 2.1 Borgernes trivsel og relationer

| Målepunkt |   | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|---|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A         | A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker   | X       |              |              |                     |
|           | A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov   | X       |              |              |                     |
| B         | B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel   | X       |              |              |                     |
|           | B2. At ledelsen kan redegøre for, at plejeenheden understøtter borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende, samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det | X       |              |              |                     |
| C         | C1. At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i borgernes behov og ønsker for udførelsen af omsorgen og plejen   | X       |              |              |                     |
|           | C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres eventuelle pårørende og det omgivende samfund  | X       |              |              |                     |
| D         | At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret  | X       |              |              |                     |



# 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 funktionsevnenedsættelser (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 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       |              |              |                     |
| 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 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 |  |  |  |
| 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       |              |              |                     |
| 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            |                     |
|           | 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 (§83)   | 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  | X       |              |              |                     |
|           | D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret  | X       |              |              |                     |

## 6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

| Målepunkt |   | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|---|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A         | A1. At borgeren og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for dem   | X       |              |              |                     |
|           | A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter  | X       |              |              |                     |
| B         | At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgere tilknyttet plejeenheden og eventuelt pårørende bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger | X       |              |              |                     |
| C         | C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter   | X       |              |              |                     |
|           | C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter   | X       |              |              |                     |

# 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 herunder eksempelvis i forbindelse med de gennemførte interviews med borgere, pårørende, medarbejdere og ledelse 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.