



# Ældretilsynet Tilsynsrapport Plejedistrikt Slivsø

Reaktivt tilsyn

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Plejedistrikt Slivsø  
Rådmandsvej 22 - 24

6100 Haderslev

CVR- eller P-nummer: 1016880481

Dato for tilsynsbesøget: 10. december 2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Syd  
Sagsnr.: 5-9513-27/1

# 1. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

## Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte d. 22.10.2019 et påbud til Plejedistrikt Slivso med følgende indhold:

- 1) At plejeenheden sikrer understøttelse af borgernes selvbestemmelse og trivsel, herunder:
  - a. at sikre en praksis, som understøtter borgernes selvbestemmelse, trivsel og medinddragelse i eget liv ved udførelsen af hjælp, omsorg og pleje hos borgeren
  - b. at medarbejderne kender og kan fremfinde borgernes ønsker og vaner
  - c. at sikre beskrivelser af aftaler med pårørende, som er relevante for borgerens pleje, og at pårørende bliver inddraget i det omfang, borgeren ønsker det
  - d. at plejeenheden sikrer en praksis for at indhente borgernes ønsker til den sidste tid.
- 2) At sikre, at plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver, herunder:
  - a. at samtlige medarbejdere har det fornødne kendskab til borgerne i relation til udførelse af hjælp, omsorg og pleje
  - b. at arbejdstilrettelæggelsen i plejeenheden sker under hensyn til varetagelse af borgernes særlige behov med fokus på kontinuitet og kompetencer.
- 3) At plejeenheden sikrer en dokumentationspraksis, der understøtter, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet, herunder:
  - a. at sikre dokumentation af borgernes funktionsevne og helbredstilstand
  - b. at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelse forefindes beskrivelser af hjælp til borgeren i relevante situationer, således at hjælpen tager højde for borgernes særlige behov
  - c. at sikre, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens, og dårlig mundhygiejne er beskrevet
  - d. at sikre beskrivelser, hvor det er relevant, af faglige metoder og arbejdsgange, som hos den konkrete borger kan anvendes til at forebygge magtanvendelse
  - e. at sikre, at ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå dokumenteres
  - f. At sikre en praksis for målfastsættelse samt dokumentation heraf i forbindelse med borgernes træning med rehabiliterende sigte.

Tilsynet er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet.

## **Fokus for tilsyn**

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på:

- 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 blev der anvendt målepunktsættet for ældretilsyn 2019, og alle målepunkter blev gennemgået.

## 2. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om plejeenheden

- Plejedistrikt Slivsø udgør et af i alt syv plejedistrikter i Haderslev Kommune
- Plejeenheden yder personlig og praktisk hjælp til en blandet målgruppe af cirka 150 borgere hele døgnet
- Den daglige ledelse varetages af driftsleder Hanna Barfoed, og teamleder Line Olesen
- Der er ansat 59 medarbejdere i plejeenheden, hvoraf 14 er social- og sundhedsassistenter og 45 er social- og sundhedshjælpere
- De sygeplejefaglige og terapeutfaglige opgaver varetages af kommunens sygeplejersker og terapeuter, som er organiseret i særskilte enheder i kommunen.

### Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler og set yderligere en journal til belysning af målepunktet om rehabilitering efter § 83 a
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet to pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - Hanna Barfoed, driftsleder
  - Line Olesen, teamleder
- Der blev foretaget interview med fire medarbejdere
  - To social- og sundhedsassistenter
  - To social- og sundhedshjælpere
- Der blev foretaget observation ved at observere personalets interaktion med borgerne i forbindelse med borgerinterview
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til Hanna Barfoed, driftsleder og Line Olesen, teamleder samt personalet
- Tilsynet blev foretaget af: tilsynskonsulenterne Sidsel Rohde og Tina Kolding.

# 3. Vurdering og sammenfatning

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed den 10. juli 2020 modtaget hørings svar og en tids- og handleplan fra Plejedistrikt Slivso. Handleplanen omhandler, hvordan plejedistrikt Slivso pataenker at styrke plejeenhedens dokumentationspraksis med undervisning af medarbejderne i forhold til dokumentation og fastsaettelse af mal for indsaetserne i hjemmet sammen med borgerne. Det planlaegges at disse tiltag vil vaere implementeret i oktober 2020.

Styrelsen anerkender de tiltag Plejedistrikt Slivso har gjort i hoeringsperioden, men vurderer at kravene i paebuddet endnu ikke er imoedekommet. Vi finder derfor ikke anledning til at ophaeve kan ikke ud fra det tilsendte vurdere, at kravene i paebuddet er imoedekommet. Vi finder derfor ikke anledning til ophaeve paebuddet af 22. oktober 2019

## Samlet vurdering efter tilsynsbesoeg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesoget den 10-12-2020 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien

Stoerre problemer af betydning for den foernoedne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet maalepunkter under temaerne: *Maalgrupper og metoder, Procedurer og dokumentation og Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt, og som var omfattet af paebud givet til plejeenheden den 22. oktober 2019.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om stoerre problemer af betydning for den foernoedne kvalitet idet der var mangler i maalfastsaettelsen for pleje og praktisk bistand med rehabiliterende sigte efter servicelovens § 83. Manglerne omfattede baade medarbejdernes arbejde med at fastsaette mal sammen med borgerne og dokumentation af borgernes mal i journalerne. Der var desuden mangler i den social- og plejefaglige dokumentation. Disse mangler var ikke gennemgaende i alle temaer eller i alle stikprover.

Siden sidste tilsyn havde plejeenheden arbejdet målrettet med at imødekomme kravene i påbuddet. Borgerne oplevede, at personalet havde godt kendskab til opgaverne hos dem, samt deres vaner og ønsker. Borgerne fortalte, at de oplevede selvbestemmelse, trivsel og medinddragelse. De pårørende følte sig lyttet til og inddraget i overensstemmelse med borgernes ønsker.

Organiseringen var ændret, så der var kontaktpersoner tilknyttet borgerne og mindre teams til sårbare borgere. Der var en fastlagt arbejdsgang for kontaktpersonens opgaver, som blandt andet indebar at sikre samarbejdet med pårørende, og at sikre at borgerne fik mulighed for at fortælle om eventuelle ønsker til livets afslutning. Der var fuld bemanning af fast personale. Der var blevet etableret og tilknyttet et internt vikarkorps i kommunen. Disse faktorer bidrog til at sikre medarbejdernes kendskab til borgerne, og kontinuitet i den hjælp og pleje borgerne modtog.

Plejeenheden havde siden påbuddet af 22. oktober 2019 arbejdet fokuseret med den social- og plejefaglige dokumentation. Dokumentationen fremstod sammenhængende og med aktuelle beskrivelser af borgerne, og deres tilstand, bortset fra enkeltstående mangler. Dette betød, at nye medarbejdere og afløsere kunne orientere sig i borgernes dokumentation, og få viden om den aktuelle hjælp og pleje.

Ledelsen fortalte, at der var en praksis for, hvordan mål skulle fastsættes sammen med borgerne, men medarbejderne kunne ikke klart redegøre for denne praksis.

Medarbejderne fortalte dog, at de havde en rehabiliterende tilgang i den daglige tilrettelæggelse af hjælp og pleje, og at medarbejderne havde fokus på at inddrage, aktivere og understøtte, at borgernes ressourcer kom i spil i dagligdagens aktiviteter og gøremål. Dette fremgik dog ikke tydeligt i dokumentationen.

Borgere og pårørende fortalte, at de oplevede at blive inddraget i målfastsættelsen for hjælp og pleje med rehabiliterende sigte efter § 83. Vi vurderer, at plejeenheden var på i en proces i forhold til at efterkomme påbuddets krav, men at der manglede at blive implementeret en systematik for målfastsættelse og dokumentation i samarbejdet med borgerne.

Ledelse og medarbejdere indgik aktivt i dialog ved tilsynet.

På baggrund af de beskrevne mangler i relation til målfastsættelsen og dokumentationen heraf finder styrelsen anledning til at fastholde påbud af 22. oktober 2019 i sin helhed. Se vedsendte afgørelse herom.

## Krav

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

- At plejeenheden sikrer, at opfølgning efter ændringerne i borgernes tilstand er systematisk beskrevet (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, at alle relevante oplysninger om borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes mål for pleje og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte er systematisk beskrevet (målepunkt 5.1 og 6.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for målfastsættelse for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte efter § 83 (målepunkt 6.1)

Styrelsen for Patientsikkerhed fastholder på baggrund af ovenstående fund påbud af 22. oktober 2019 i sin helhed.

Styrelsen forudsætter endvidere, at Plejedistrikt Slivsø fortsat overholder gældende lovgivning, herunder de krav, som påbuddet ud over ovenstående var udtryk for.

Plejeenheden anmodes om at fremsende eventuelle bemærkninger hertil og eventuel dokumentation for opfyldelse af ovenstående punkter.

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

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

Styrelsen har fundet, at målepunkterne under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne oplevede, at der blev lyttet til dem, og at medarbejderne kendte borgernes vaner og ønsker, og der blev taget hensyn til dette i tilrettelæggelsen af den daglige hjælp og pleje. Borgerne oplyste at blive mødt med værdighed og respekt. Dette blev også observeret under tilsynet.

Ledelse og medarbejdere fortalte, at man forsøgte at leve op til alle ønsker, så vidt det var muligt. Det blev oplyst, at ønsker til, for eksempel tidspunkt for modtagelse af hjælp, i høj grad kunne imødekommes. Borgernes vaner og ønsker af relevans for plejen var beskrevet, så enhver medarbejder kunne bruge denne viden i tilrettelæggelsen af hjælpen.

Borgerne oplevede tryghed ved at tale med medarbejderne om ønsker til livets afslutning. Der var fastlagt en praksis i plejeenheden, hvor det var kontaktpersonens opgave og ansvar at sikre, at borgerne blev inviteret til en samtale om eventuelle ønsker til livets afslutning. Dette skete i praksis ofte i forbindelse med udarbejdelse af borgernes livshistorie. Der var en fastlagt praksis for, hvor eventuelle ønsker skulle nedskrives, så de kunne fremfindes, når det var aktuelt.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at der var kompetencer til at varetage plejen af borgere ved livets afslutning. Sygeplejen var altid inddraget i disse forløb, og der var et tæt tværfagligt samarbejde samt et tæt samarbejde og inddragelse af eventuelle pårørende. Ved behov kunne der arrangeres vågetjeneste.

### **2. Trivsel og relationer**

Det er styrelsens vurdering, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne oplevede at få hjælp til at leve det liv, de ønskede, og at de pårørende oplevede at blive inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov. Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at plejeenheden havde fokus på et tæt samarbejde med pårørende. Blandt andet sørgede man for en forventningsafstemning, når plejeenheden modtog nye borgere, så der var klarhed mellem plejeenhed, borgere og pårørende om opgaveløsningen. Der var etableret en kontaktpersonordning, som betød at kommunikation mellem plejeenhed, borger og pårørende primært skete igennem den samme medarbejder. Dette sikrede, at medarbejderne understøttede borgernes tilknytning til pårørende. Medarbejderne havde fokus på, hvad der var vigtigt for borgerne og understøttede dette. Der var fokus på at forebygge ensomhed hos borgerne og medarbejderne kendte mulighederne i kommunen i forhold til det.

### **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 der i en ud af tre stikprøver ikke var dokumenteret opfølgning efter et tilfælde af problemer med tarmfunktion. Man kunne dog ud af dokumentationen se, at der vanligvis var tæt observation og opfølgning på den pågældendes helbred men at der var et tilfælde, hvor opfølgningen ikke var dokumenteret. Personalet kunne redegøre for, at opfølgning havde fundet sted.

Styrelsen fandt, at borgerne oplevede, at der var fokus på ændringer i deres tilstand. Der var metoder og faste arbejdsgange for beskrivelse af borgernes tilstand. Der var strukturerede møder, hvor ændringer blev diskuteret og handlinger iværksat. Man benyttede metoden TO (tidlig opsporing) og triagering til vurdering af borgernes tilstand og eventuelle ændringer. Møderne var tværfaglige med deltagelse af sygeplejen, og andre relevante samarbejdspartnere eksempelvis terapeuter, demenskonsulent og visitator. Borgerne oplevede fokus på forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred. Ledelse og medarbejdere redegjorde for, hvordan man arbejdede med forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne. Relevante forebyggende tiltag var beskrevet i borgernes dokumentation, således at alle medarbejdere kunne arbejde ud fra dette.

I forhold til borgere med kognitive funktionsnedsættelser fandt borgerne i målgruppen, at der blev taget hensyn til deres særlige behov. En borger havde tidligere haft dårlige oplevelser, men fortalte, at borgeren aldrig havde haft det bedre end nu. Alle medarbejdere havde gennemført onlinekurset ABC demens, og der var også medarbejdere, som havde gennemført demens 1 og 2 kurser. Hjælp og pleje blev tilrettelagt af kontaktpersonen i tæt samarbejde med borger og eventuelle pårørende, så der blev taget højde for de særlige behov. Der var mulighed for at inddrage eksempelvis demenskonsulent ved behov. Der kunne organiseres et mindre team af medarbejdere hos de borgere, hvor der var særlig stort behov for genkendelighed og kontinuitet. Der var udførlige beskrivelser af hjælp og pleje i omsorgsjournalerne. Ved hjælp af ovenstående blev magtanvendelse desuden forebygget.

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

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at organiseringen af medarbejderne understøttede kerneopgaven med kontaktperson ordning og mindre teams hos sårbare borgere. Der var en klar defineret ansvars- og opgavefordeling, som medarbejderne kendte og fulgte. Der var udarbejdet introduktionsmateriale, som sikrede, at nye medarbejdere og afløsere kunne løse opgaverne. Der var etableret et internt afløserkorps, som understøttede, at medarbejderne havde den nødvendige viden og kompetencer til at kunne løse opgaverne hos borgerne. Der var ingen vakante stillinger i plejeenheden, og ledelsen oplevede ikke problemer med at rekruttere kompetent personale.

Medarbejderne oplevede, at det havde gjort en forskel for deres kontinuitet hos borgerne, at der næsten ikke længere blev brugt eksterne vikarer. Medarbejderne oplevede ligeledes ingen problemer i forhold til at sikre kontinuiteten hos borgere med særlige behov med etablering af mindre teams.

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

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at i en ud af tre stikprøver, oplyste den faste medarbejder, at borgeren kunne have synshallucinationer. Dette var ikke beskrevet. Alle andre aktuelle ressourcer og udfordringer var beskrevet. Vi vurderer, at det har betydning for hjælp og pleje hos en borger at vide, at en borger kan have synshallucinationer. I vurderingen er der også lagt vægt på, at i en ud af tre stikprøver ikke var beskrevet, at ægtefællen stod for madlavning, kørsel, indkøb, rengøring, toiletbesøg og ledsagelse hos en borger med omfattende plejebehov. Det er styrelsens vurdering, at disse oplysninger kan have betydning for tilrettelæggelsen af plejen i hjemmet.

I to ud af tre omsorgsjournaler kunne man ikke udlede, om borgeren havde været inddraget i målfastsættelsen for hjælp med rehabiliterende sigte efter § 83.

Styrelsen fandt, at plejeenheden havde arbejdet med at udvikle interne retningslinjer siden sidste tilsyn og at der ellers var fyldestgørende beskrivelser af borgernes ressourcer og udfordringer. Der var etableret en fast



praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, som medarbejderne kendte og fulgte. Der var mulighed for at få afsat ekstra tid til dokumentation ved behov. Der var udarbejdet en guide og tjekliste til dokumentation, som medarbejderne kunne orientere sig i. I alle stikprøverne var borgernes behov for hjælp og indsatserne beskrevet. Der var desuden beskrevet afvigelser for planlagte indsatser i alle journaler.

## **6. Aktiviteter og rehabilitering**

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt under dette tema, som ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgernes mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte efter § 83 i to ud af tre omsorgsjournaler ikke var beskrevet. Ledelsen fortalte, at der var en praksis for, hvordan mål skulle fastsættes sammen med borgerne, men medarbejderne kunne ikke klart redegøre for denne praksis.

Medarbejderne fortalte dog, at de havde en rehabiliterende tilgang i den daglige tilrettelæggelse af hjælp og pleje, og at medarbejderne havde fokus på at inddrage, aktivere og understøtte, at borgernes ressourcer kom i spil i dagligdagens aktiviteter og gøremål. Borgerne oplyste, at de oplevede at være inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte efter § 83.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden således var på vej i forhold til at fastsætte mål for hjælp og pleje med rehabiliterende sigte, men at en fast praksis endnu ikke var implementeret.

Der var etableret en rehabiliteringsenhed, som varetog rehabiliteringsforløb efter § 83a, og der var en fast arbejdsgang og medarbejdere, som varetog dette. Ledelse og medarbejder kendte og fulgte de fastlagte arbejdsgange vedrørende dette.

Det blev oplyst, at hos borgere med behov for genoptræning eller vedligeholdelsestræning kunne der ansøge om forløb gennem kommunens visitation. Der var mulighed for såvel fællestræning som individuelle træningsforløb.

Borgerne oplevede, at der blev talt med dem om meningsfulde aktiviteter og ledelse og medarbejdere kendt muligheder for aktiviteter, både i frivilligt og kommunalt regi, og hvordan man kunne sætte aktiviteter i gang for en borger.

Ingen af borgerne tilknyttet plejeenheden var i et forløb med træning efter § 86. Punkterne om dette er derfor vurderet ikke aktuelle.

Ingen af borgerne udtrukket til stikprøve var i et rehabiliteringsforløb efter § 83a. Der blev gennemgået en ekstra omsorgsjournal til belysning af de resterende målepunkter vedrørende rehabilitering, som var opfyldte.

# 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			
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	x			

	eventuelle pårørende og det omgivende samfund				
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	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		I en ud af tre stikprøver var der ikke dokumenteret en opfølgning efter at en borger havde haft problemer med tarm-

					funktionen. Personalet kunne redegøre for, at opfølgning havde fundet sted.
--	--	--	--	--	---

### 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		<p>I en ud af tre stikprøver, oplyste den faste medarbejder, at borgeren kunne have synshallucinationer. Dette var ikke beskrevet, men alle andre aktuelle ressourcer og udfordringer var beskrevet.</p> <p>I en ud af tre stikprøver fremgik det af samtale med borger</p>

					og pårørende, at ægtefællen hjalp med madlavning, kørsel, indkøb, rengøring, toiletbesøg og ledsagelse. Dette var ikke beskrevet i omsorgsjournalen, selvom dette kunne have betydning for tilrettelæggelsen af hjælpen i hjemmet.
	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 alle stikprøver fremgik de faglige mål for hjælpen af omsorgsjournalen. I to ud af tre omsorgsjournaler kunne det ikke udledes af teksten, om dette også var borgerens egne mål.
	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		<p>Medarbejderne kendte og fulgte arbejdsgangene for rehabiliteringsforløb efter § 83a.</p> <p>Ledelsen fortalte, at der var en praksis for, hvordan mål for hjælp med rehabiliterende sigte efter §83 skulle fastsættes sammen med borgerne, men medarbejderne kunne ikke klart redegøre for denne praksis. Medarbejderne redegjorde for, at de havde en rehabiliterende tilgang i den daglige tilrettelægning af hjælp og pleje, og havde fokus på at inddrage, aktivere og understøtte, at borgernes ressourcer kom i spil i dagligdagens aktiviteter og gøremål.</p>
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		I to ud af tre stikprøver manglede borgernes egne mål for personlig

					og praktisk 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	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	
	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			

# 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