



# Tilsynsrapport

## Hjemmeplejen Syd, Vallensbæk

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Hjemmeplejen Syd, Vallensbæk  
Vallensbæk Stationstorv 6

2665 Vallensbæk Strand

CVR- eller P-nummer: 1024273209

Dato for tilsynet: 18-02-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 5-9514-125/1

# 1. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Hjemmeplejen Syd, Vallensbæk Kommune har tilknyttet cirka 100 borgere
- Borgerne modtager hjælp til personlig pleje og praktisk bistand
- Plejeenheden har ansat fire social- og sundhedsassistenter og 12 social- og sundhedshjælpere. Derudover er der ansat elever fra social- og sundhedsuddannelsen og en planlægger til at varetage den daglige koordinering
- Den daglige ledelse varetages af teamleder Nina Pedersen. Hun refererer til afdelingsleder Christina Løfqvist, som har den overordnede ledelse for Hjemmeplejen
- Der er et tæt samarbejde med hjemmesygeplejen, som deltager i faglig sparring med plejeenheden en gang ugentlig. Der er ligeledes et tæt samarbejde med aftenvagten, som har adresse samme sted som plejeenheden. Der er tidsmæssigt prioriteret et overlap, så der kan gives mundtlig information fra dagvagt til aftenvagt som supplement til den skriftlige dokumentation
- Plejeenheden er overgået til nyt omsorgssystem og FS3 ultimo november 2018.

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet en pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - Afdelingsleder Christina Løfqvist
  - Teamleder Nina Pedersen
- Der blev foretaget interview med fem medarbejdere
  - Sygeplejerske
  - Social- og sundhedsassistent
  - Social- og sundhedshjælpere
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til afdelingsleder Christina Løfqvist, teamleder Nina Pedersen samt sygeplejerske
- Tilsynet blev foretaget af: Tilsynskonsulenterne Susanne Jensen og Trine Gisselmann.

## 2. Vurdering og sammenfatning

---

### Konklusion efter partshøring

Styrelsen for patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget ændringer til de faktuelle forhold. De er skrevet ind i rapporten, men giver ikke anledning til ændringer i vurderingen efter tilsyn.

Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

### Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 18. 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: *Selvbestemmelse og livskvalitet, Målgrupper og metoder, Organisation, ledelse og kompetencer, Procedurer og dokumentation og Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet styrelsen fandt mangler i forhold til beskrivelser af borgernes vaner og ønsker samt manglende beskrivelse af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer. Ligeledes manglede dokumentation i forhold til ændringer i borgernes funktionsevne og opfølgning herpå. Endelig var notater ikke tilgængelige for relevant personale, idet vikarer ikke havde adgang til omsorgsjournalen og derved oplysninger om borgerne.

Hjemmeplejen Syd har ved partshøring oplyst, at vikarer fra primo marts har adgang til den elektroniske omsorgsjournal.

Styrelsen har lagt vægt på, at fundene ikke var gennemgående i alle journalerne, og at plejeenheden generelt fremstod som velorganiseret med gode procedurer. Ledelse og medarbejdere var ved tilsynet åbne og imødekommende og indgik aktivt i dialog med tilsynet.

Det er styrelsens vurdering, at manglerne i forhold til målepunkterne kan udbedres, og at plejeenheden vil være i stand til at rette op på de anførte problemer ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet.

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

- At plejeenheden sikrer, at der er en beskrivelse af borgernes vaner og ønsker, som fremgår af omsorgsjournalen (målepunkt 1.1)
- 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 vikarer har adgang til omsorgsjournalen, og at vikarer ved, hvordan de skal dokumentere relevante observationer om borgerne (målepunkt 4.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet, og at afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser bliver dokumenteret (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at der er dokumenteret formål med træningsforløb i omsorgsjournalen, og at eventuelle ændringer i forhold til borgernes træningsforløb løbende dokumenteres (målepunkt 6.2).

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter således, at plejeenheden opfylder 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 ét målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. Styrelsen har her lagt vægt på, at der i to ud af tre journaler manglede beskrivelser af borgernes vaner og ønsker. Medarbejderne kendte borgernes vaner og ønsker, men disse var ikke dokumenteret.

I vurderingen er lagt vægt på, at såvel borgerne som pårørende udtrykte ved interview, at de var glade og tilfredse med plejeenheden. Borgerne og de pårørende gav yderligere udtryk for, at plejepersonalet tog hensyn til borgernes ønsker og behov og så vidt muligt planlagde hjælpen efter dette. Det er således styrelsens vurdering, at plejeenheden tog individuelle hensyn og imødekom borgernes individuelle ønsker.

Plejeenheden redegjorde for god praksis i arbejdet med at sikre en værdig død. Det faste personale varetog pleje i den sidste tid med mulighed for ekstra personaleresourcer. Der var tillige tæt kontakt med pårørende, praktiserende læge, hospice, vågekoner med videre.

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

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at interviewede borgere og pårørende gav udtryk for at få den hjælp, de oplevede, der var behov for, og der var tæt samarbejde med hjemmeplejen.

Plejeenheden redegjorde for arbejdet med at understøtte relationer, blandt andet ved at støtte borgerne i at deltage i aktiviteter i nærområdet. Blandt andet tilbud om stavgang, udekørende bibliotek, aktivitetscenter osv. Plejeenheden leverede ekstra ydelser via "klippekort" og "egen tid" - ordninger, hvor borgeren kunne vælge ekstra støtte til aktiviteter og omsorg uden visitation.

### **3. Målgrupper og metoder**

Styrelsen har fundet, at der var ét målepunkt under dette tema, som ikke var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at der i to ud af tre stikprøver ikke var dokumenteret ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå. Ledelse og medarbejdere kunne redegøre for, hvordan man sikrede

observation af ændringer, og hvordan der blev fulgt op på ændringer, men det fremgik ikke tydeligt af dokumentationen. Plejeenheden havde i november 2018 implementeret nyt omsorgssystem og FS3 og havde i den forbindelse udfordringer med at få dokumenteret fyldestgørende og systematisk. Tilsynet lagde vægt på, at der skulle sikres arbejds gange, hvor ændringer i funktionsevne og opfølgning herpå fremgik.

Styrelsen har i øvrigt lagt vægt på, at der i plejeenheden var møde en gang ugentlig, hvor sygeplejersker deltog i faglig sparring omkring borgerne. Det var planlagt at tilkøbe triageringsmodul til det nye omsorgssystem og indføre triagering på de ugentlige sparringsmøder. Der blev aktuelt arbejdet med implementering af en model kaldet "blomsten", som skulle sikre en helhedsvurdering af alle borgerne. Terapeuter deltog i ugentlige møder i plejeenheden i forbindelse med samarbejde omkring rehabiliteringsforløb.

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

Styrelsen har fundet, at der var ét målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er lagt vægt på, at det i interview med ledelse fremgik, at vikarer ikke havde adgang til den elektroniske omsorgsjournal og dermed oplysninger om borgerne. Medarbejdere oplyste, at de gav grundig mundtlig information om borgerne til vikarer, og vikarer altid kunne ringe til planlægger og videregive observationer til faste medarbejdere ved frokost.

Ledelsen oplyste, at der blev arbejdet med dette centralt og de forventede, at der kom en snarlig løsning. Hjemmeplejen Syd har ved partshøring oplyst, at vikarer fra primo marts har adgang til den elektroniske omsorgsjournal.

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

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

Styrelsen har fundet, at der var ét målepunkt under dette tema, der ikke var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at aktuelle ressourcer og udfordringer ikke var beskrevet i en ud af tre stikprøver, idet borgers aktuelle udfordringer i forbindelse med et fald og efterfølgende skulderfraktur ikke fremgik af journalen. I vurderingen er yderligere lagt vægt på, at det i to ud af tre stikprøver ikke fremgik tydeligt af dokumentationen hvilke social- og plejefaglige indsatser, borgerne havde behov for.

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

Styrelsen har fundet, at der var ét målepunkt under dette tema, som ikke var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at det i to ud af tre stikprøver, hvor borgerne deltog i træningsforløb, ikke var beskrevet hvilket formål træningsforløbet havde, samt hvilke opgaver plejepersonalet havde i forbindelse med at støtte op om træningen i hverdagen.

Det er i øvrigt styrelsens vurdering, at plejeenheden havde et godt samarbejde med kommunens fysio- og ergoterapeuter i forbindelse med rehabiliteringsforløb efter § 83a og pleje med rehabiliterende sigte efter § 83. Terapeuter deltog i ugentlige møder med plejeenheden, og samarbejde omkring rehabiliteringsforløbene blev her planlagt og koordineret. I plejeenheden arbejdede man således med en rehabiliterende tilgang med det formål, at borgerne skulle blive så selvhjulpne i hverdagen som muligt.



# 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            |              | I to ud af tre stikprøver, var der ikke beskrivelser af borgernes vaner og ønsker. |
| 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 trykthed 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            | I de aktuelle stikprøver, var der ikke samarbejde med pårørende idet borgerne selv varetog al kommunikation mm. |



## 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            | I de aktuelle stikprøver indgik ikke borgere med kognitiv funktionsnedsættelse , psykisk sygdom mm. |
| B         | At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionssevnenedsættelser (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            | I de aktuelle stikprøver indgik ikke borgere med kognitiv funktionsnedsættelse , psykisk sygdom mm. |
| 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   |         |              | X            |                     |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  | arbejdsgange der hos den konkrete borger kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

### 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            |              | <p>I to ud af tre stikprøver var der ikke dokumenteret ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand samt fulgt op herpå.</p> <p>F.eks manglede opfølgning og evaluering hos borger med ødematøs arm, herunder også opfølgning på ernæring, idet hun fik proteindrik. Hos borger med skulderfraktur manglede dokumentation af bedring af borgers tilstand, samt hvilke aftaler, der var lavet i forbindelse med øget selvstændighed i hverdagen.</p> |

### 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            |              | Vikarer havde ikke adgang til omsorgsjournalen, og i den udleverede køreliste var oplysninger om borgeren mangelfuld i forhold til at kunne varetage opgaven |

|   |   |   |  |  |                                       |
|---|---|---|--|--|---------------------------------------|
|   |   |   |  |  | hos borgeren med<br>fornøden kvalitet |
| 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 indsætter  | 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            |              | I en ud af tre stikprøver var aktuelle ressourcer og udfordringer ikke beskrevet. Der var ikke beskrevet forhold i forbindelse med skulderfraktur, som var udgangspunktet for den hjælp borgeren fik. |
|           | C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsætter er beskrevet   |         | X            |              | I to ud af tre stikprøver var der ikke en fyldestgørende beskrivelse af borgerens behov for daglige pleje   |
|           | C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret   | X       |              |              |   |
|           | C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsætter 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  |         | X            |              | I en ud af tre stikprøver var der ikke dokumenteret formål med borgerens træningsforløb.  |
|           | D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret  |         | X            |              | I en ud af tre stikprøver var der ikke dokumenteret ændringer i borgerens træningsforløb, hvilket gjorde det vanskeligt at understøtte forløbet tværfagligt |

### 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 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.