



# **Ældretilsynet tilsynsrapport 2019**

## **ODD FELLOWPLEJEHJEMMET**

### **SCT OLAF**

#### **Aarhus kommune**

**Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87**

**ODD FELLOWPLEJEHJEMMET SCT OLAF**  
**Hjulbjergvej 58**  
**8270 Højbjerg**

**CVR- eller P-nummer: 1001619319**

**Dato for tilsynet: 13-06-2019**

**Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord**  
**Sagsnr.: 5-9514-211/1**

# 1. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Odd Fellowplejehjemmet er en selvejende institution med drift overenskomst med Århus kommune, hvor der bor 48 borgere. Der er 50 boliger til fastboende borgere fordelt på to etager. Der er tilknyttet en café, der er åben for alle i lokal området
- Plejehjemmet er ledet af plejeforf Lene Sommer Jepsen og den daglige leder af plejen Helle Hansen
- Plejehjemmet har fem sygeplejersker, 15-20 social- og sundhedsassistenter, 10-12 social- og sundhedshjælpere, en sygehjælper og en socialpædagog er ansat i plejen
- Der er ansat to fysioterapeuter og en ergoterapeut på plejehjemmet til varetagelse af trænings- og rehabiliteringsopgaver. Fremmøde for terapeuterne er fortrinsvis i dagvagter
- Af andre faggrupper er der tre serviceassistenter, der varetager rengøring og tøjvask, ernæringsassistenter, elever og en ledende økonom samt administrativ personale og pedel
- Der er fremmøde af 12-14 medarbejdere i plejen i dagvagt og 6-8 medarbejdere i aftenvagt og 2 nattevagter, der dækker hele huset. I weekender og helligdage er der fremmøde af 10-12 medarbejdere i plejen i dagvagt, 6-8 medarbejdere i aftenvagt og 2 nattevagter, der dækker hele huset.
- Sygeplejerskerne har fortrinsvis dagvagter og der er et godt samarbejde med Århus kommune i aften- og nat timer samt weekender og helligdage, hvor akut teamet og hjemmesygeplejersken kan kontaktes ved behov.

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev foretaget telefoninterview med en pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - Plejeforf Lene Sommer Jespersen
  - Leder af plejen Helle Hansen
  - Ledende økonom Susan Kjær
  - Kvalitetssygeplejerske Mark Schneider
- Der blev foretaget interview med fire medarbejdere
  - Fysioterapeut
  - Sygeplejersker
  - Social- og sundhedsassistent
- Der blev foretaget observation ved, at en tilsynsførende deltog i træning
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til plejeforf Lene Sommer Jespersen, leder af plejen Helle Hansen, ledende økonom Susan Kjær, kvalitetssygeplejerske Mark Schneider
- Tilsynet blev foretaget af tilsynsførende Jane Filtenborg Bjerregaard og Annalise Kjær Petersen

## 2. Vurdering og sammenfatning

---

### Konklusion efter partshøring

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

### Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 13. juni 2019 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Styrelsen har vurderet, at der var mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet det ved tilsynet blev vurderet, at et målepunkt ikke var opfyldt under temaet *Borgerens trivsel og relationer*.

Pårørende tilkendegav, at det ikke var tydeligt hvordan og hvem der kunne rettes henvendelse til i plejeenheden, når der var behov for opfølgning af borgerens situation. Der var en oplevelse af, at oplysningerne fra pårørende ikke blev videregivet personalet imellem og dermed manglende opfølgning af borgerens situation.

Der ud over er der i vurderingen lagt vægt på, at plejeenheden fremstod som en velfungerende plejeenhed med procedurer og arbejdsgange i forhold til at tilrettelægge og udføre en helhedsorienteret og sammenhængende social- og plejefaglig indsats til borgerne. Ledelse og medarbejdere var ved tilsynet åbne og imødekomne og indgik aktivt i dialog med tilsynet.

Borgere gav udtryk for at være tilfredse og oplevede selvbestemmelse og indflydelse på eget liv.

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

- At plejeenheden sikrer, at pårørende – så vidt mulig – bliver inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov

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

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 alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der desuden lagt vægt på, at det generelle indtryk efter interview med borgere var, at de oplevede at have medindflydelse og selvbestemmelse på eget liv, samt at personalet imødekom deres ønsker og behov inden for plejeenhedens rammer. Der er yderligere lagt vægt på, at der ved journalgennemgangen var beskrivelser af borgerens vaner og ønsker. Ved interview med leder og medarbejdere fremgik det, at der blev afholdt indflytningssamtaler med udgangspunkt i generelle oplysninger og livshistorie.

Medarbejdere og ledelse redegjorde for, at der var fokus på at sikre borgernes værdighed i den sidste tid og ved livets afslutning. Det skete i samarbejde med læge og sygeplejerske i den konkrete situation. Der blev generelt drøftet under tilsynet, at plejeenheden med henblik på faglig udvikling kunne sætte fokus på systematiske arbejdsgange, og struktur for indhold af samtaler om livets afslutning, samt oprettelse af plejetestementer. Der blev henvist til materiale i målepunktssættet samt til Videns-center for værdig ældrepleje.

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

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at under interview med en pårørende, blev det tilkendegivet, at det ikke var tydeligt for pårørende, hvordan og hvem der kunne rettes henvendelse til, når der var behov for opfølgning af borgerens situation. Der var en oplevelse af, at oplysningerne fra pårørende ikke blev videregivet personalet imellem og dermed manglende opfølgning af situationen. Det blev drøftet under tilsynet med ledelsen, hvordan inddragelse af og samarbejde med pårørende, fremadrettet blev tydeliggjort i praksis, da det kan være et væsentligt element for borgerens trivsel.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for arbejdet med at fremme den enkeltes livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet ved for eksempel at lave hjemmebesøg inden indflytning, hvor kontaktperson og leder af plejen deltog. Mødet var til fælles afstemning af forventninger og for at imødegå at plejeenheden understøttede den enkelte borgers mulighed for livsudfoldelse på baggrund af livshistorie, ressourcer samt sociale og kulturelle baggrund. Desuden er der lagt vægt på, at borgerne oplyste, at de oplevede at få den hjælp, de selv ønskede, og at det også blev respekteret, hvis de ikke ønskede at deltage i arrangementer og træning. Borgerne gav udtryk for, at de oplevede, at der var en god tone og adfærd på plejeenheden, og at den enkeltes ønsker og behov blev respekteret. Dette fremgik også ved tilsynets observationer.

Det er styrelsens vurdering, at der i plejeenheden var fokus på borgernes trivsel og relationer, men hvor inddragelse af pårørende med fordel kan blive mere tydeliggjort i praksis.

### **3. Målgrupper og metoder**

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at under interview med ledelse og medarbejdere fremkom det, at plejeenheden arbejdede med relevante faglige arbejdsmetoder og arbejdsgange. Plejeenhedens sygeplejerske havde daglig opfølgning og sparring med plejepersonalet i forhold til ændringer hos borgerne. Terapeuterne blev inddraget når det blev vurderet relevant i forhold til borgerens situation.

Der blev under tilsynet generelt drøftet, at plejeenheden fremadrettet kunne iværksætte mere formaliserede møder med henblik på den daglige opsporing og opfølgning på borgernes funktionsevne og helbredstilstand. Herunder benytte, at der var terapeuter i plejeenheden og dermed få en tydelig og systematisk tværfaglig vidensdeling.

Det er styrelsens vurdering, at der i plejeenheden var arbejdsgange der tværfagligt understøttede de anvendte metoder for at sikre den koordinerede indsats i forhold til borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje. I forhold til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, herunder demens, var der mulighed for sparring og vejledning personalet imellem, ligesom kommunens demenskonsulent og hjerneskadekoordinator kunne kontaktes med henblik på sparring og hjælp i særlige komplekse situationer, herunder udarbejdelse af socialpædagogiske handleplaner. Der var en medarbejder, som havde gennemgået demensuddannelsen, og to medarbejdere var demens nøglepersoner. De blev benyttet til sparring på tværs i plejeenheden ad hoc i komplekse situationer, og der blev arbejdet aktivt med borgerens livshistorie og relationer for at forebygge magtanvendelse. Der blev drøftet under tilsynet, hvordan ledelsen fremadrettet kunne gøre brug af vidensdeling på tværs i plejeenheden, i forhold til forskellige faggruppers kompetencer for eksempel var der ansat en pædagog i plejeenheden.

Plejeenheden havde kontaktpersonordning, hvilket sikrede kontinuitet i plejen af borgerne. Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden benyttede relevante faglige metoder og arbejdsgange for at sikre den fornødne kvalitet af hjælp, omsorg og pleje i plejeenheden.

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

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det i interview med lederen fremgik, at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver.

Medarbejderne var primært tilknyttet en boenhed, og der var fleksibilitet i forhold til at hjælpe hinanden på tværs af de to boenheder. Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens organisering understøttede plejeenhedens kerneopgaver, og at der var en tydelighed omkring medarbejdernes ansvars- og kompetenceforhold. Ledelsen oplyste at der var store udfordringer med hensyn til rekruttering af faguddannet medarbejdere, som var en generel problemstilling i hele kommunen. Yderligere var der igangsat en udviklingsproces med henblik på de kulturelle problemstillinger mellem medarbejdere og beboere, som var af sproglig karakter, traditioner og hvordan værdierne skulle komme udtryk i praksis, blev daglig omtalt.

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

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved journalgennemgang fremgik, at der var beskrivelser af borgernes ressourcer og begrænsninger, borgernes behov for hjælp samt borgernes mål for hjælpen.

Plejeenheden havde fokus på den vedvarende lærings- og implementeringsproces i relation til dokumentationssystemet, hvor der blev arbejdet med sidemandsoplæring, løbende undervisning samt sparring i forhold til dokumentationen. Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens dokumentationspraksis understøttede en sammenhængende social- og plejefaglig indsats.

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

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik, at plejeenheden arbejdede tværfagligt, og at der var mulighed for, at borgerne kunne deltage i aktiviteter.

Der var samarbejde mellem plejepersonale og terapeuterne dagligt og ad hoc. Plejeenheden havde en praksis for at facilitere det tværfaglige samarbejde, hvor sygeplejersken var koordinerende for dette samarbejde. Det blev drøftet under tilsynet, hvordan plejeenheden fremadrettet kunne tydeliggøre systematiske arbejdsgange med privat praktiserende terapeuter i forhold til vedligeholdende træning og, hvordan denne

træning blev understøttet i den social- og plejefaglige dokumentation for gennemførelse af en sammenhængende og helhedsorienterende pleje.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede med rehabilitering og træning til borgere, så disse fik mulighed for at forbedre funktionsevnen, samt at plejeenheden inddrog borgeren til at deltage i meningsfulde aktiviteter.

Der var på plejeenheden ikke borgere visiteret til tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb jævnfør § 83a, hvorfor det er noteret som uaktuelt i målepunkt 6.

# 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		En pårørende gav udtryk for ikke at blive lyttet til og medinddraget eksempelvis i forbindelse med udskrivelse fra hospital og opfølgning på den videre behandling
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	At borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger, og at det afspejles i tone, adfærd og kultur	X			

### 3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås	X			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse	X			

C	At der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange der hos den konkrete borger kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse	X			
---	--	---	--	--	--

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

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand	X			
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 indsats 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			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			
	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.