



Område Christiønsbjerg  
Østerøgade 20  
8200 Århus N

### Følg brev til endelig tilsynsrapport

Styrelsen for Patientsikkerhed sender hermed den endelige tilsynsrapport vedrørende styrelsens tilsynsbesøg den 19-04-2021.

Styrelsen for Patientsikkerhed kan oplyse, at tilsynsrapporten nu vil blive gjort offentligt tilgængelig på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside i tre år. Styrelsen skal gøre opmærksom på, at plejeenheden også har pligt til snarest at gøre tilsynsrapporten let tilgængelig på sin hjemmeside (eventuelt med et link til rapporten på styrelsens hjemmeside) samt umiddelbart tilgængelig på plejeenheden. Herudover skal den stedlige kommune offentliggøre Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynsrapport på kommunens hjemmeside<sup>1</sup>. Det skal ske i samme periode, som rapporten er offentliggjort på styrelsens hjemmeside [www.stps.dk](http://www.stps.dk).

Venlig hilsen

**Rikke Sønderkov Sørensen**  
Styrelsen for Patientsikkerhed  
Tilsyn og Rådgivning Nord

Dato: 18-05-2021  
Sagsnr.: 35-2511-249  
Reference: Tilsyn og  
Rådgivning Nord  
T: +45 2051 7242  
E: [trnord@stps.dk](mailto:trnord@stps.dk)

**Styrelsen for Patientsikkerhed**  
Tilsyn og Rådgivning Nord

Føstersvej 10  
8940 Rønders SV  
Tlf: +45 2051 7242  
E-mail: [trnord@stps.dk](mailto:trnord@stps.dk)

---

<sup>1</sup> Bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn på ældreområdet kapitel 4



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# **Ældretilsynet**

## **Endelig tilsynsrapport 2021**

### **Område Christiansbjerg**

Reaktivt tilsyn, 2021

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

**Område Christiansbjerg**  
**Østerøgade 20**  
**8200 Aarhus N**

P-nummer: 1003361936

Dato for tilsynsbesøget: 19-04-2021

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord  
Sagsnr.: 35-2511-249

# 1. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

## Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed modtog den 11. januar 2021 en bekymringshenvendelse, hvor der blev oplyst om bekymrende forhold i relation til den ydede hjælp, pleje og omsorg, som blev udført af hjemmeplejen i Område Christiansbjerg. På den baggrund anmodede vi den 29. januar 2021, plejeenheden om en udtalelse omhandlende de problematikker, som blev beskrevet i bekymringshenvendelsen.

Styrelsen for patientsikkerhed modtog den 5. februar 2021 udtalelsen fra plejeenheden. På baggrund af det indkomne materiale vurderede vi at oplysningerne ikke gav et fyldestgørende grundlag til at kunne vurdere om, der i plejeenheden ydes hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet i henhold til Serviceloven §§ 83-87.

Styrelsen for Patientsikkerhed har derfor besluttet at foretage et reaktivt ældretilsyn, for at undersøge om plejeenheden har den fornødne kvalitet i den hjælp, pleje og omsorg, der udføres efter Serviceloven §§ 83-87. Ældretilsynet gennemføres med fuldt målepunktssæt

## Fokus for tilsyn

Ved det reaktive ældretilsyn blev nedenstående temaer i målepunktssættet for Ældretilsynet anvendt. Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på følgende temaer:

- Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet
- Borgernes trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedure og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

# 2. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Hjemmeplejen i område Christiansbjerg er en kommunal plejeenhed, som servicerer cirka 100 borgere i forhold til personlig pleje og praktisk hjælp samt sundhedsfaglige opgaver.
- Medarbejderne er opdelt i teams og der er tilknyttet en kontaktperson til hver enkelt borger.
- Plejeenheden har ansat sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ergoterapeut. Herudover er der ansat faste ufaglærte afløsere som primært er studerende fra sundhedsfaglige uddannelser som sygeplejerskeuddannelsen og medicinuddannelsen.
- Den daglige ledelse varetages af Anne Mikkelsen.

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet tre pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - Anne Mikkelsen
- Der blev foretaget interview med seks medarbejdere
  - Social- og sundhedshjælpere
  - Social- og sundhedsassistent
  - Sygeplejersker
  - Ergoterapeut

Herudover deltog to kvalitetsudviklere fra kommunen som observatør under journalgennemgangen.

- Der blev foretaget observation ved, at de tilsynsførende besøgte borgerene i hjemmet.
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til leder Anne Mikkelsen og de deltagende medarbejdere i tilsynet.
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Rikke Sønderskov Sørensen og Jane Filtenborg Bjerregaard

# 3. Vurdering og sammenfatning

---

## Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 19. april 2021 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

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

Vi har i vores vurdering lagt vægt på, at ledelsen kunne redegøre for, at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer at varetage plejeenhedens kerneopgaver og at det under interview med medarbejderne var tydeligt, at de kendte og fulgte ansvars- og opgavefordelingen.

Vi har herudover vægtet, at plejeenheden fremstod velorganiseret, med tydelig ledelse og værdigrundlag, systematiske procedurer, der også fremadrettet gav mulighed for faglig refleksion, videndeling og læring.

Den social- og plejefaglige dokumentation fremstod i tre ud af tre omsorgsjournaler systematisk og overskuelig og biddrog til at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats over for den enkelte borger.

Vi har ligeledes vægtet, at tre ud af tre borgere og tre ud af tre pårørende gav overordnet udtryk for tilfredshed med den hjælp, omsorg og pleje de modtog fra plejeenheden.

Ledelse og medarbejdere indgik aktivt i dialog ved tilsynet.

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 lagt vægt på, at det under interviews med borgere, pårørende, medarbejdere og ledelse var tydeligt, at der var fokus på, at bevare og fremme den enkelte borgeres livsudfoldelse, herunder selvbe-

stemmelse, medindflydelse og livskvalitet. Borgerne og pårørende gav udtryk for, at opleve, at der var en god tone, adfærd og kultur i plejeenheden og, at de følte sig inddraget og respekteret. Eksempelvis udtrykte en pårørende, at medarbejderne altid talte pænt til borger og pårørende med fokus på, at inkludere borger og pårørende så hjælpen ikke blev oplevet som anmassende.

Tre ud af tre borgere tilkendegav, at der var faste medarbejdere som de var trygge ved og kunne snakke med, også om svære ting som for eksempel eventuelle overvejelser om den sidste tid.

Vi har vægtet at der i tre ud af tre omsorgsjournaler var beskrivelser af borgernes vaner og ønsker samt eventuelle ønsker til livets afslutning og at medarbejderne kunne fremfinde disse oplysninger under gennemgang af omsorgsjournalen.

Det er Styrelsens vurdering, at medarbejderne havde kompetencer i forhold til at varetage pleje og omsorg ved livets afslutning med inddragelse af relevante samarbejdspartnere og eventuelle pårørende.

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

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

I vurderingen er lagt vægt på, at tre ud af tre interviewede borgere oplevede at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønskede.

Vi har herudover lagt vægt på, at tre ud af tre interviewede pårørende tilkendegav, at de oplevede at blive inddraget, og at der blev lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov.

Der var i plejeenheden gjort forskellige tiltag med henblik på at etablere samarbejdet med borgere og pårørende om at sikre en god tilværelse for borgeren. Eksempelvis var der tilknyttet en fast kontaktperson til hver borger. Herudover var alle borgere tilkøbt et forløb med fokus på at understøtte borger og eventuelt pårørende ud fra deres behov og den enkelte borgers motivation. Som en del af den enkelte borgers forløb var der løbende og systematisk samtaler med kontaktperson, borger og pårørende samt andre relevante samarbejdspartnere. Dermed understøttede plejeenhedens praksis den enkelte borgers trivsel og relationer til pårørende og det omgivende samfund.

## **3. Målgrupper og metoder**

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

Styrelsen har lagt vægt på, at plejeenheden havde arbejdsgange, der sikrede, at der blev anvendt relevante faglige metoder i forhold til borgere med kognitive funktionsevnedssættelser, som demens, psykisk sygdom og/eller misbrug, herunder også en systematisk praksis, der understøttede arbejdet med at forebygge magtanvendelse i hjælp, pleje og omsorg til den enkelte borger. eksempelvis inddragelse af psykiatrisk sygeplejerske, demenskoordinator og hjerneskadeteam.

Derudover er lagt vægt på, at plejeenheden havde en praksis, hvor der systematisk blev arbejdet med opsporing af ændringer i borgerens funktionsevne og helbredstilstand. Der var etableret systematiske tværfaglige arbejdsgange, hvor der blev fulgt op på ændringer i borgerens funktionsevne og helbredstilstand, og der blev iværksat relevante tiltag til forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos den enkelte

borger. I tre ud af tre journaler var ændringer i borgerens funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå systematisk og fyldestgørende dokumenteret.

De interviewede borgere og pårørende gav udtryk for, at der blev taget højde for borgerens individuelle behov og iværksat relevante tiltag og at der i plejeenheden var en god tone, adfærd og kultur.

I tre ud af tre omsorgsjournaler var fyldestgørende beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer.

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.

Et målepunkt i tema 3.2 er markeret som ikke aktuel, da der under tilsynet ikke var borgere med problemstillinger, hvor det var relevant at arbejde med forebyggelse af magtanvendelse.

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

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden havde en systematisk procedure hvor de tilrettelagde opgaverne under hensyntagen til borgernes behov for kontinuitet og opgavernes kompleksitet.

Ledelsen redegjorde for at have arbejdet målrettet med indsatser som understøttede borgernes behov for kontinuitet. Eksempelvis var der igangsat organisatoriske indsatser som skulle sikre en tydelig og systematisk arbejdsgang for borgere som flyttede distrikt internt i kommunen.

I plejeenheden var en tydelig ansvars- og opgavefordeling blandt faggrupperne samt ved brug af vikarer, hvor planlagte opgaver blev tilpasset den enkelte medarbejders kompetencer. For at sikre, at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver var der ansat sygeplejersker som stod for kompetenceudvikling og oplæring af medarbejderne.

Ved ansættelse af nyt personale, herunder ufaglærte, var et fast introduktionsprogram med mulighed for individuel tilpasning alt efter den enkelte medarbejders kompetencer.

Plejeenheden oplevede rekrutteringsudfordringer, specielt i forhold til social- og sundhedsassistenter, hvorfor der var fokus på rekrutterings strategier både lokalt i plejeenheden samt overordnet i kommunen. Eksempelvis havde plejeenheden fokus på at rekruttere studerende som havde været i praktik i plejeenheden.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden ved tilsynet havde en organisering samt de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver igennem hele døgnet.

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

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

I vurderingen er lagt vægt på, at det fremgik af interview med ledelse og medarbejdere, at der var en fast praksis for dokumentation, og at denne anvendtes.

Vi har desuden lagt vægt på, at der i tre ud af tre journaler var en dokumentation, der afspejlede borgerens aktuelle ressourcer og udfordringer samt eventuelle ændringer i borgerens tilstand. Vi har yderligere lagt vægt på, at det var gennemgående i alle tre journaler, at borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb var dokumenteret.

Den social- og plejefaglige dokumentation fremstod systematisk og overskuelig i omsorgsjournalen, og medarbejderne kunne fremfinde relevante oplysninger.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens dokumentationspraksis bidrog til at understøtte en sammenhængende social- og plejefaglig indsats

## **6. Aktiviteter og rehabilitering**

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

I vurderingen er lagt vægt på, at ledelsen redegjorde for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsesforløb blev tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, og at der i samarbejde med borger og eventuelle pårørende blev sat mål og plan for den enkelte borgers forløb.

Styrelsen har lagt vægt på, at de interviewede borgere og pårørende gav udtryk for at blive inddraget i at sætte mål i forhold til den hjælp, pleje og omsorg, som de modtog.

Plejeenheden redegjorde for en praksis, hvor der blev arbejdet målrettet med rehabilitering, genoptræning og aktiviteter i samarbejde med borgerne, eventuelle pårørende og andre relevante aktører.

Under tilsynet blev drøftet et fremadrettet fokus på, at sikre et mere systematisk samarbejde mellem andre relevante aktører og plejeenheden når træningen blev varetaget af eksterne aktører, således at eventuelle træningselementer og –aktiviteter kunne blive inddraget i den daglige hjælp, pleje og omsorg, når det var relevant.

Under tilsynet var der ingen borgere som havde afsluttet et § 83a forløb, hvorfor dette er markeret som ikke aktuel under tema 6.1.

Under tilsynet var der ingen borgere, som havde et §86 træningsforløb, hvorfor dette er markeret som ikke aktuel under tema 6.2.



# 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 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	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			

### 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 vægttab, 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 vægttab, 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 vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	x			
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt vægttab, 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 indsats er dokumenterede	x			

# Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

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

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet (§83a)	x			
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	x			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål (§83a)	x			
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	x			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål, samt arbejdsgangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§§83a og 83)	x			
D	D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål (§83a)	x			
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet (§83a)	x			
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne (§83a)			x	
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83a)	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 ak-	x			



	tiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger				
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