



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# Ældretilsynet tilsynsrapport

Reaktivt tilsyn, 2022

## Hjemmeplejen Gudenågruppen

Hjemmeplejen Gudenågruppen  
Gormsvej 2  
8600 Silkeborg

CVR- eller P-nummer: 1023940821

Dato for tilsynet: 17-01-2022

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord  
Sagsnr.: 35-2511-369

# 1. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

## Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte d. 21.10.2021 et påbud til Hjemmeplejen Gudenågruppen, Silkeborg Kommune med følgende indhold:

### 1. Plejeenheden skal sikre borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, trivsel og relationer, herunder:

- a. At plejeenheden sikrer, at borgerne oplever at have selvbestemmelse, medindflydelse og medinddragelse i eget liv gennem hele døgnet (målepunkt 1.1)
- b. At plejeenheden sikrer, at der i praksis bliver arbejdet med at fremme og bevare borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt (målepunkt 1.1)
- c. At plejeenheden sikrer, at borgernes vaner og ønsker er beskrevet og kan fremfindes af alle relevante medarbejdere (målepunkt 1.1)
- d. At plejeenheden sikrer, at tonen, adfærden og kulturen i plejeenheden understøtter borgernes selvbestemmelse og værdighed (målepunkt 1.1)
- e. At plejeenheden sikrer en praksis for, hvordan borgernes ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet (målepunkt 1.2)
- f. At plejeenheden medvirker til, at borgerne kan leve det liv, de ønsker (målepunkt 2.1)
- g. At plejeenheden sikrer en praksis, hvor borgerne bliver inddraget, og hvor der bliver taget udgangspunkt i deres behov og ønsker i omsorgen og plejen (målepunkt 2.1)

### 2. Plejeenheden skal sikre, at der anvendes faglige metoder, arbejdsgange og systematik til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet, herunder:

- a. At plejeenheden sikrer, at der hos borgere med demenssygdomme findes beskrivelser i den social- og plejefaglige dokumentation af den hjælp, pleje og omsorg, som ydes til disse borgere i relevante situationer (målepunkt 3.1)
- b. At plejeenheden sikrer en praksis, hvor der systematisk:
  - anvendes faglige metoder og redskaber samt arbejdsgange til systematisk opsporing og opfølgning på ændringer (målepunkt 3.3)
  - opspores ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand (målepunkt 3.3)
  - følges op på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand (målepunkt 3.3)
- c. At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)

- d. At plejeenheden sikrer anvendelse af fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere med risiko for:
  - uplanlagt vægttab (målepunkt 3.4)
  - tryksår (målepunkt 3.4)
  - fald (målepunkt 3.4)
- e. At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår og fald fremgår af borgerenes dokumentation (målepunkt 3.4)

**3. Plejeenheden skal sikre, at organiseringen understøtter varetagelse af kerneopgaven.**

**4. Plejeenheden skal sikre en dokumentationspraksis, der understøtter, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af fornøden kvalitet, herunder:**

- a. At plejeenheden sikrer, at der er fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres (målepunkt 5.1)
- b. At plejeenheden sikrer, at dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser (målepunkt 5.1)
- c. At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
- d. At plejeenheden sikrer, at medarbejderne anvender praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
- e. At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation i forhold til:
  - egenomsorg (målepunkt 5.1)
  - praktiske opgaver (målepunkt 5.1) o mobilitet (målepunkt 5.1)
  - mentale funktioner (målepunkt 5.1)
  - samfundsliv (målepunkt 5.1)
  - generelle oplysninger (målepunkt 5.1)
- f. At plejeenheden sikrer, at borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket og de afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den socialog plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)

Tilsynet d. 17.01. 2022 er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet.

## **Fokus for tilsyn**

Ved det opfølgende reaktive tilsyn blev anvendt det fulde målepunktssæt for ældretilsynet på plejecentre, hjemmeplejeenheder og midlertidige pladser.

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på:

- Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

- Borgerens trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedurer og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

## 2. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om plejeenheden

- Hjemmeplejen Gudenågruppen er en kommunal plejeenhed i Silkeborg Kommune. Plejeenheden udfører personlig pleje og praktisk bistand hos ca. 200 borgere.
- Den daglige ledelse varetages af Tina Steentoft Madsen.
- Der er i plejeenheden samlet ansat 30 medarbejdere: social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ufraglærte og faste afløsere samt elever. Derudover har plejeenheden fast tilknyttet en kompetencesygeplejerske og kompetenceterapeut. Pr. 3.1.22 har plejeenheden ansat endnu en kompetencesygeplejerske.
- Plejeenheden anvender kommunens interne vikarkorps, hvorfra det primært er de samme afløsere der kommer i plejeenheden, samt eksternt vikarbureau, som kommunen har indgået aftale med.
- Der er samarbejde med hjemmesygeplejen, kommunens akutteam samt kommunens træningsenhed

### Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre omsorgsjournaler, stikprøver blev udvalgt af tilsynet på tilsynsdagen.
- Der blev interviewet tre borgere, stikprøver blev udvalgt af tilsynet på tilsynsdagen.
- Der blev interviewet fire pårørende, stikprøver blev udvalgt af tilsynet på tilsynsdagen
- Der blev foretaget interview med ledelsen af plejeenheden:
  - daglig leder Tina Steentoft Madsen
  - sundhedsfaglig leder, Hanne Kirial
- Der blev foretaget interview med fem medarbejdere
  - sygeplejersker
  - social- og Sundhedsassistenter
  - social- og sundhedshjælper
  - to kommunale konsulenter deltog også i tilsynet
- Der blev foretaget observation af medarbejdernes adfærd og kommunikation med borgerne i borgerens eget hjem
- Tilbage melding på tilsynet blev givet til ledelsen og medarbejderne
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenter Annalise Kjær Petersen og Rikke Sønderkov Sørensen.

# 3. Vurdering og sammenfatning

---

## Konklusion

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte den 21. oktober 2021 et påbud til Hjemmeplejen Gudenågruppen på baggrund af fund gjort på tilsynsbesøg den 13. september 2021. Styrelsen har på denne baggrund været på et opfølgende reaktivt tilsyn den 17. januar 2022 med henblik på vurdering af om påbuddet i sin helhed er blevet efterlevet af Hjemmeplejen Gudenågruppen.

På baggrund af det opfølgende reaktive tilsyn den 17. januar 2022 hos Hjemmeplejen Gudenågruppen, er det Styrelsen for Patientsikkerheds samlede vurdering, at Hjemmeplejen Gudenågruppen siden udstedelse af påbuddet har arbejdet målrettet med indsatserne, som var omfattet af påbuddet.

Styrelsen kunne ved det opfølgende reaktive tilsyn den 17. januar 2022 konstatere, at der i plejeenheden ikke er problemer af betydning for den fornødne kvalitet i henhold til hjælp, omsorg og pleje, jf. servicelovens §§ 83-87, og at påbuddet derfor i sit hele er efterlevet hos Hjemmeplejen, Gudenågruppen.

Påbuddet af den 21. oktober 2021 ophæves derfor.

## Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget 17-01-2022 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Baggrunden for vurderingen er, at alle målepunkter var opfyldt ved tilsynet.

Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering er, at plejeenheden havde arbejdet målrettet med en fokuseret proces med hensyn til, systematisk at tilbyde borgerne og eventuelle pårørende en opstartssamtale med afsæt i at understøtte borgernes livskvalitet og selvbestemmelse i hverdagen, samt indhente borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning.

Borgerne gav udtryk for at de fik hjælp til at leve det liv de ønskede, og de havde muligheder for sociale kontakter og meningsfulde aktiviteter, ligesom borgerne kunne få tilbud om rehabiliteringsforløb og træning efter behov.

Plejeenheden havde arbejdet med og implementeret arbejdsgange i forhold til fleksibilitet vedrørende den organisatoriske planlægning, hvor der nu var et kontinuerligt fokus på, om plejeenheden bedre kunne imødekomme borgernes individuelle ønsker og behov i hverdagen, herunder muligheder for ændringer i relation til fastlagte tidspunkter for planlagte opgaver samt videregivelse af eventuelle opgaver til andre vagtlagsgrupper under anden ledelse.

Det er dermed vores vurdering, at plejeenheden havde arbejdet målrettet med kultur og adfærd, så der nu i plejeenheden blev arbejdet understøttende i forhold til borgernes selvbestemmelse, medinddragelse, trivsel og livskvalitet.

Yderligere har vi vurderet, at plejeenheden havde iværksat og implementeret arbejdsgange til sikring af, at der nu var en systematisk, overskuelig og fyldestgørende social- og plejefaglige dokumentation, hvor det skriftlige grundlag var beskrevet i forhold til at alle medarbejdere kunne udføre hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet. Plejeenheden havde også lavet en fremadrettet plan for fastholdelse af den fastlagte dokumentationspraksis, herunder den løbende kompetenceudvikling hos medarbejderne.

Det er også vores vurdering, at plejeenheden arbejdede tværfagligt og systematisk med forebyggelse, idet der var implementeret relevante metoder og arbejdsgange til opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes tilstand, samt fyldestgørende dokumentation heraf.

Det er vores vurdering, at plejeenhedens tværfaglige organisering og dokumentationspraksis understøttede kerneopgaverne, samt at plejeenheden havde arbejdsgange og metoder, der sikrede en rehabiliterende tilgang og sammenhængende indsatser i den hjælp, pleje og omsorg, der blev ydet til borgerne.

Det er således styrelsen samlede vurdering, at der i plejeenheden ingen problemer er af betydning for den fornødne kvalitet og at påbuddet kan ophæves.

## **Tematisk fremstilling af den samlede vurdering**

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

Vi vurderer, at de to målepunkter var opfyldt under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at de interviewede borgere gav udtryk for at opleve livskvalitet og selvbestemmelse, samt at de blev inddraget i beslutninger i forhold til deres hverdag. Borgere og pårørende oplyste, at de oplevede imødekommenhed hos medarbejderne i plejeenheden, hvis der var behov for eventuelle ændringer i den planlagte hjælp, pleje og omsorg.

Plejeenheden havde nu fået implementeret en systematik for opstartssamtaler, således at alle nye borgere og eventuelt pårørende fik tilbudt en samtale inden for 14 dage efter visitering af hjælp, pleje og omsorg fra plejeenheden. Til disse samtaler var blevet udarbejdet en spørgeguide til at understøtte, at der ved samtalerne blev indhentet borgernes vaner og ønsker samt lavet en fælles forventningsafstemning i forhold til det

fremtidige samarbejde mellem borger, pårørende og plejeenheden. Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at man hos de eksisterede borgere i plejeenheden, også havde arbejdet med opdatering af borgernes vaner og ønsker samt fælles forventningsafstemning i forhold til hjælp, pleje og omsorg, der blev ydet af plejeenheden.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at borgernes ønsker og vaner så vidt muligt blev imødekommet, og ledelsen redegjorde for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme borgernes medindflydelse og selvbestemmelse i hverdagen, herunder muligheder for fleksibilitet i forhold til det organisatoriske system med kørelister og tidsangivelser, hvor der kontinuerlig var fokus på, om plejeenheden bedre kunne imødekomme borgernes individuelle ønsker og behov i hverdagen.

I omsorgsjournalerne var der fyldestgørende beskrivelser af borgernes vaner og ønsker, så alle medarbejdere kunne finde disse oplysninger.

Under tilsynet observerede vi, at medarbejderne og ledelsen italesatte mulighederne frem for begrænsninger i forhold til det kontinuerlige fokus på bedre, at kunne imødekomme borgernes individuelle ønsker og behov i hverdagen.

Vi har yderligere lagt vægt på, at plejeenheden også havde fået implementeret en systematisk arbejdsgang for at tilbyde borgere og eventuelle pårørende samtale om borgerens eventuelle ønsker til livets afslutning, herunder en klar og tydelig procedure og arbejdsgang for, hvornår i et forløb og hos hvilke borgere, samt hvem der tilbød samtalen i det tværfaglige samarbejde med f.eks. hjemmesygeplejerskerne. Plejeenhedens medarbejdere kunne redegøre for pleje og omsorg ved livets afslutning, og borgerens eventuelle ønsker til livets afslutning fremgik entydigt i omsorgsjournalerne.

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

Vi vurderer, at målepunktet var opfyldt under dette tema.

Vi har vi lagt vægt på, at de interviewede borgere gav udtryk for, at de så vidt muligt fik hjælp til at kunne leve det liv de ønskede, samt at de pårørende oplevede at blive inddraget i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov.

Ledelsen og medarbejderne redegjorde for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel og relationer til deres pårørende og øvrige netværk. Ledelsen redegjorde også for den ledelsesmæssige arbejdsgang i forhold til at kunne imødekomme borgernes individuelle ønsker og behov i hverdagen, herunder fleksibilitet i forhold til den organisatoriske planlægning, hvis der var behov for at rykke opgaver til andre vagtlagsgrupper under anden ledelse.

I vurderingen har vi også lagt vægt på, at der i omsorgsjournalerne var beskrivelser af aftaler, indgået med de pårørende og netværket, som havde betydning for den daglige hjælp og støtte.

## **3. Målgrupper og metoder**

Vi vurderer, at de fire målepunkter var opfyldt under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at de interviewede borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug og deres pårørende gav udtryk for, at hjælp, omsorg og pleje tog højde for borgernes særlige behov.



Ledelsen redegjorde for relevante faglige metoder og arbejdsgange, der tilgodeså borgernes behov. Disse metoder og arbejdsgange var kendte af medarbejderne og blev anvendt i praksis, når de ydede hjælp, omsorg og pleje hos borgerne. Desuden var der beskrivelser af borgernes hjælp, omsorg og pleje i relevante situationer i omsorgsjournalerne.

Ledelsen og medarbejderne redegjorde også for, at plejeenheden benyttede relevante metoder og arbejdsgange med henblik på at forebygge magtanvendelse, og der var etableret et samarbejde med kommunens demenskonsulent, som kom fast i plejeenheden en gang om ugen i forhold til vidensdeling og faglig sparring i særlige komplekse borgerforløb.

Vi har yderligere lagt vægt på, at borgerne og de pårørende oplevede, at medarbejderne var opmærksomme på ændringer i borgernes tilstand. Ledelsen og medarbejderne redegjorde for en systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes tilstand. Plejeenheden havde daglige tværfaglige triagemøder for tværfaglig gennemgang af konkrete borgerforløb, når der var ændringer i tilstanden. Ændringer i borgernes funktionsevne og/eller helbredstilstand var nu entydigt beskrevet i omsorgsjournalen, så det fremgik systematisk hvilke tiltag og opfølgninger, der var iværksat i relation til de beskrevne ændringer. Ligeledes havde man fast mødefora for en mere dybdegående gennemgang af borgernes samlede forløb.

Ledelsen og medarbejderne redegjorde for plejeenhedens relevante arbejdsgange og faglige metoder i arbejdet med de forebyggende indsatser i forhold til funktionsevnetab og forringet helbred, og ved udvalgte stikprøver, fremgik beskrivelser af forebyggende indsatser i relation til bl.a. tryksår, fald og mundhygiejne i omsorgsjournalerne.

Under tilsynet var der ikke borgere, hvor det var relevant med en beskrivelse i forhold til forebyggelse af magtanvendelse. Derfor er disse punkter markeret som ikke aktuel under målpunkt 3.2.

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

Vi vurderer, at målepunktet var opfyldt under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at plejeenhedens tværfaglige organisering understøttede kerneopgaverne, og der var nu udarbejdet og implementeret en fastlagt social- og plejefaglige dokumentationspraksis i plejeenheden. Ligeledes var der blevet arbejdet målrettet med organiseringen, således var der pr. 3.1.22 ansat endnu en kompetencesygeplejerske, der var specifik tilknyttet plejeenheden med henblik på at understøtte kompetenceudvikling hos medarbejderne samt fastholde og kontinuerligt videreudvikle i forhold til den fastlagte dokumentationspraksis. Ligeledes var der i plejeenheden blevet arbejdet med planlægningen, så der var tydelige arbejdsgange i forhold til mulighederne for at kunne imødekomme borgernes individuelle ønsker og behov døgnet igennem.

Derudover har vi lagt vægt på, at ledelsen kunne redegøre for en tydelig ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, elever/studerende og vikarer. Medarbejderne havde de nødvendige kompetencer og fulgte ansvars- og opgavefordelingen.

Vi har også lagt vægt på, at ledelsen havde fokus på arbejdet med rekruttering af nye medarbejdere, ligesom plejeenheden havde en systematik i forhold til at oplære nye medarbejdere i plejeenhedens opgaver, og i de værdier, som dannede grundlag for plejeenhedens indsatser hos borgerne.

## **5. Procedurer og dokumentation**

Vi vurderer, at målepunktet var opfyldt under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at plejeenheden havde iværksat en proces med undervisning og med udpegning af nøglepersoner inden for dokumentationsområdet, og havde nu fået implementeret en fastlagt praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, som understøttede sammenhængende indsatser. Fremadrettet blev den fastlagte dokumentationspraksis fastholdt via udførelse af journalaudits hver 2. mdr. ligesom der var blevet ansat endnu en kompetencesygeplejerske i plejeenheden, som skulle understøtte arbejdet med dokumentation samt medarbejdernes kompetencer.

Vi konstaterede, at den social- og plejefaglige dokumentation nu fremstod systematisk, og dermed var der overskuelighed i forhold til borgernes plejeforløb, med fyldestgørende beskrivelser af social- og plejefaglige indsatser i relation til at sikre sammenhæng og helhedsorienteret hjælp, pleje og omsorg til borgeren.

Under tilsynet var det tydeligt, at medarbejderne var bekendte med hvornår, hvor og hvordan der skulle dokumenteres, og hvordan den nødvendige viden blev delt mellem medarbejderne.

Tilsynet konstaterede at medarbejderne fulgte den fastlagte dokumentationspraksis, og relevante beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer, social- og plejefaglige indsatser samt afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser fremgik af omsorgsjournalerne.

## **6. Aktiviteter og rehabilitering**

Vi vurderer, at de fire målepunkter var opfyldt under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at de interviewede borgere og pårørende gav udtryk for at blive inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløb efter § 83a. Plejeenheden havde en praksis for tilrettelæggelse og gennemførelse af tværfaglige rehabiliteringsforløb med udgangspunkt i borgernes mål, herunder en fast arbejdsgang for gennemgang af igangværende forløb samt mulige relevante borgerforløb med henblik på rehabiliteringspotentialerne en gang ugentligt i samarbejde med plejeenhedens tilknyttede kompetenceterapeut.

Vi har også lagt vægt på, at borgerne og de pårørende oplevede, at blive inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte efter § 83. Plejeenheden havde en fastlagt praksis for målfastsættelse for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.

Vi har endvidere lagt vægt på, at borgerne og de pårørende oplevede, at borgernes færdigheder var en del af træningsforløb efter § 86. Plejeenheden havde fokus på helhedsorienterede og tværfaglige træningsforløb med udgangspunkt i borgernes mål, og inddrog træningselementer i den daglige hjælp, pleje og omsorg.

Endelig har vi lagt vægt på, at plejeenheden havde fokus på at motivere og understøtte den enkelte borger i at deltage i og udføre meningsfulde aktiviteter, herunder muligheden for at inddrage omsorgsmedarbejdere i relation til eventuel oplevet ensomhed hos borgeren, ligesom der var fokus på "flere i fællesskab" via en fællesskabsguide.

# 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	Borgerne oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.	x			
B	Ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgeres livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet.	x			
C	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	Borgernes vaner og ønsker er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	x			
E	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	Borgerne oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om ønsker til livets afslutning.	x			
B	B1. Ledelsen kan redegøre for, hvordan borgernes ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet.	x			

	B2. Ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje og omsorg ved livets afslutning.	x			
C	C1. Medarbejderne kan redegøre for pleje og omsorg ved livets afslutning	x			
	C2. Medarbejderne kan redegøre for, hvor de finder borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation.	x			

## Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

### 2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. Borgerne oplever - så vidt muligt - at få hjælp til at kunne leve det liv, de ønsker.	x			
	A2. Pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov.	x			
B	B1. Ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel.	x			
	B2. 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. Medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i deres behov og ønsker i omsorgen og plejen.	x			
	C2. Medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til eventuelle pårørende og det omgivende samfund.	x			
D	Aftaler der er indgået med de pårørende, som betyder noget for den daglige hjælp, pleje og omsorg, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	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	Borgerne og eventuelt pårørende oplever, at borgerne får hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for de særlige behov.	x			
B	Ledelsen kan redegøre for de faglige metoder og arbejdsgange, der bliver brugt i plejeenheden.	x			
C	C.1 Medarbejderne kender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje.	x			
	C.2 Medarbejderne bruger de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje.	x			
D	Målgruppens særlige behov for hjælp, omsorg og pleje er i relevante situationer er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	x			
E	Tone, adfærd og kultur afspejler, at borgerne får hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres nedsatte funktionsevne.	x			

### 3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås.	x			
B	B.1 Medarbejderne kender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for at forebygge magtanvendelse.	x			
	B.2 Medarbejderne bruger plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for at forebygge magtanvendelse.	x			
C	Faglige metoder og arbejdsgange, der bliver brugt til at forebygge magtanvendelse hos konkrete borgere, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.			x	

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

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand.	x			
B	Ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.	x			
C	C.1 Medarbejderne kender ovennævnte arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.	x			
	C.2 Medarbejderne bruger ovennævnte arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.	x			
D	Ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	x			

### 3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgerne og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje er rettet mod at forebygge uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.	x			
B	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	C.1 Medarbejderne kender plejeenhedens 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			
	C.2 Medarbejderne bruger plejeenhedens 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	Social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation, hvor det er relevant.	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 Ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter kerneopgaverne.	x			
	A.2 Ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage kerneopgaverne, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere.	x			
	A.3 Ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende og vikarer.	x			
B	B.1 Medarbejderne kender ansvars- og opgavefordelingen.	x			
	B.2 Medarbejderne 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 Ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, hvem der har ansvaret for at dokumentere, og hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne.	x			

	A.2 Ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser.	x			
B	B.1 Medarbejderne kender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.	x			
	B.2 Medarbejderne følger plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.	x			
C	C.1 Borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	x			
	C.2 Borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	x			
	C.3 Afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	x			

## Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

### 6.1 Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter § 83a

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet.	x			
B	Ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål.	x			
C	C.1 Medarbejderne kender plejeenhedens arbejdsgange for gennemføre helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål.	x			
	C.2 Medarbejderne følger plejeenhedens arbejdsgange for at gennemføre helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål.	x			
D	D.1 Ved opstart af rehabiliteringsforløb er en individuel vurdering med udgangspunkt i	x			



	borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål samt en tidsramme for forløbet beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.				
	D.2 Borgerens funktionsevne er ved afslutning af rehabiliteringsforløbet beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.			x	

## 6.2 Borgere med behov for hjælp med aktiverende sigte efter § 83

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i videst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.	x			
B	Ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.	x			
C	C.1 Medarbejderne kender plejeenhedens arbejdsgange for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.	x			
	C.2 Medarbejderne følger plejeenhedens arbejdsgange for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.	x			
D	Mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	x			

## 6.3 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	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	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	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	D.1 Formål med borgerens forløb ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	x			
	D.2 Ændringer i forhold til borgerens forløb ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er løbende beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	x			

## 6.4 tilbud om aktiviteter til borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 Borgeren og eventuelle pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for borgeren.	x			
	A.2 Borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter.	x			
B	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	C.1 Medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter.	x			
	C.2 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 oprindeligt 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>. Ved Aftale om udmøntning af reserven til foranstaltninger på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet 2021-2024 blev det besluttet, at forlænge ældretilsynet med yderligere 4 år fra 2021-2024, og at ældretilsynet forsat skulle varetages af Styrelsen for Patientsikkerhed som hidtil.<sup>2</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>3</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 vores hjemmeside på dette link:

<https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/social-og-plejefagligt-tilsyn-paa-aeldreomraadet/>

---

<sup>1</sup> <https://www.regeringen.dk/media/4365/satspuljeaftaletekst-paa-aeldreomraadet.pdf>

<sup>2</sup> [Aftale om udmøntning af reserven til foranstaltninger på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet 2 021-2024](#)

<sup>3</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 i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje
- Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje
- Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje
- Kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje

Vores kategorisering sker på baggrund af samlet vurdering af den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og ikke opfyldte målepunkter. Vores vurdering er baseret på de forhold, der var tilstede ved vores aktuelle ældretilsyn, herunder fx i forbindelse med tilsynets interview med borgere, pårørende, medarbejdere og ledelse samt ved foretagne stikprøver i borgernes omsorgsjournaler på tilsynsdagen.

Vi har forskellige sanktionsmuligheder afhængigt af kategoriseringen af den enkelte plejeenheden i forhold til vurderingen af forhold af betydning for den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats på stedet.

Afhængig af kategoriseringen kan et tilsynsbesøg blive fulgt op af henstillinger til plejeenheden om at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan plejeenheden vil følge op på uopfyldte målepunkter.

Hvis vi vurderer, at der ved tilsynet var problemer af betydeligt omfang eller få forhold af større omfang, og at de medfører risiko for den fornødne kvalitet i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje, eller vi vurderer, at der er problemer af større omfang, og at disse medfører en væsentligt forøget risiko for den fornødne kvalitet i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje, kan vi give et påbud med krav til den social- og plejefaglige indsats eller om at virksomheden på plejeenheden skal indstilles helt eller delvist.

Påbud kan blive fulgt op på forskellig måde afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg, afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldt.

Hvis vi ved ældretilsynet bliver opmærksomme på mangler, der ikke er omfattet af tilsynets kompetence, kan vi give disse information videre til den kompetente myndighed.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er plejeenheden, der er genstand for tilsynet, ikke de enkelte medarbejdere.