



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# Ældretilsynet

## Tilsynsrapport

Reaktivt tilsyn, 2021

### Plejecenter Sct. Jørgensbjerg

**Plejecenter Sct. Jørgensbjerg**  
**Møllehusvej 118**  
**4000 Roskilde**

CVR- eller P-nummer: 1014190968

Dato for tilsynet: 05-10-2021

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 35-2511-314

# 1. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

## Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed modtog den 13. juni 2021 en bekymringshenvendelse fra pårørende til beboer på plejecenter Sct. Jørgensbjerg i Roskilde.

Bekymringshenvendelsen indeholdt en pårørendes bekymringer omkring:

- Manglende kompetencer i plejeenheden i forhold til demens
- En oplevelse af forrående kultur. Pårørende oplever en nedladende tale og har oplevelsen af ligegyldighed
- Manglende svar på kald eller meget lang ventetid for borgerne
- Borgerne får ikke tilbudt hjælp til toiletbesøg
- Mangelfuld støtte til mad og drikke
- Døgnrytmeplaner bliver ikke fulgt
- Mangelfuld dokumentation
- Manglende væske og ernæring
- Manglende opfølgning på urinvejsinfektioner og lungebetændelser
- Mangelfuld medicinhåndtering
- Manglende genoptræning efter knoglebrud
- Manglende ansvar og synlighed fra ledelsens side

## Fokus for tilsyn

På baggrund af ovenstående bekymringshenvendelse vurderede styrelsen, at der var grundlag for et reaktivt ældretilsyn.

Ved det reaktive ældretilsyn den 5.oktober 2021 blev nedenstående temaer i målepunktsættet for ældretilsynet anvendt:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død
- Borgernes trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedurer og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

# 2. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Plejecenter Sct. Jørgensbjerg er et alment kommunalt plejecenter til ældre borgere med plads til 49 beboere. På nuværende tidspunkt bor der 36 borgere fordelt på to afdelinger
- Den daglige ledelse varetages pr. 1. august 2021 af centerleder Katrine Juhl Kofod
- Roskilde kommune tilbød i 2021 borgerne, at de kunne flytte til andre plejecentre i kommunen. Baggrunden for det var, at der var organisatoriske udfordringer og langtidssygemeldinger blandt medarbejdere og ledelse i plejeenheden
- Der er aktuelt 11 ledige boliger i plejeenheden, som der ikke bliver visiteret borgere til, i en periode frem til den nye ledelse og organisation har fundet ressourcer til det
- På plejeenheden er der ansat cirka 50 medarbejdere. Der er ansat følgende faggrupper: Social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygeplejersker, sygehjælpere samt en ergoterapeut
- Plejeenheden har egne timelønnede vikarer ansat, men benytter også eksternt vikarbureau
- Plejeenheden har samarbejde med Roskilde kommune i forbindelse med faglig kompetenceudvikling, dokumentationspraksis, faglig sparring med videre
- Der kommer en præst og afholder gudstjeneste to gange om måneden
- Plejeenheden har mange frivillige og aktivitetsmedarbejder fast i huset
- Plejhjemlægen kommer fast i huset

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået to omsorgsjournaler ud fra alle målepunkter i målepunktsættet for ældretilsynet
- Der blev interviewet to borgere
- Der blev interviewet fire pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelse og medarbejdere
  - Katrine Juhl Kofod, centerleder
  - Sundhedsfaglig konsulent, Roskilde kommune
- Der blev foretaget interview med tre medarbejdere
  - Tre social- og sundhedsassistenter
- Der blev foretaget observation ved rundgang på plejeenheden og frokost i cafeen
- Tilbage melding på tilsynet blev givet til ledelsen samt den sundhedsfaglige konsulent
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulent Trine Gisselmann og specialkonsulent Anne Sophie Laage

# 3. Vurdering og sammenfatning

---

## Konklusion

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 7. december partshørt plejeenheden Plejecenter Sct. Jørgensbjerg over udkast til tilsynsrapport samt udkast til afgørelse om påbud i forbindelse med ældretilsynsbesøget den 5. oktober 2021 hos Plejecenter Sct. Jørgensbjerg.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger i høringsperioden.

Vi har derfor den 21. december 2021 udstedt et påbud til plejeenheden om senest den 21. december 2021 at opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de ved tilsynet konstaterede forhold i orden.

Påbud offentliggøres på [stps.dk](https://stps.dk) og [sundhed.dk](https://sundhed.dk). Når vi ved nyt tilsyn konstaterer, at et påbud er blevet efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

## Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget 05-10-2021 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden for vurderingen er, at der var uopfyldte målepunkter under temaerne:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død
- Borgernes trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedurer og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har i vurderingen lagt vægt på, at der var gennemgående fejl og mangler i den social- og plejefaglige dokumentation, hvilket blandt andet sås ved, at plejeenhedens praksis for social- og plejefaglig dokumentation ikke var implementeret og kendt blandt medarbejderne. Hos en borger med Alzheimers sygdom manglede beskrivelse af aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til mentale funktioner, og hos en borger med faldrisiko manglede beskrivelser af de social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge fald. Herudover var de faglige metoder og arbejdsgange, der blev anvendt til at forebygge magtanvendelse ikke beskrevet hos en konkret borger, hvor det var relevant. Der var ligeledes mangler i dokumentationen, som relaterede sig til manglende beskrivelser af borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning. Plejeenheden havde ikke en systematisk metode til at indhente disse oplysninger. Ledelsen og medarbejderne kunne ved interview redegøre for, at medarbejderne havde de fornødne kompetencer i forhold til pleje og omsorg ved livets afslutning, men medarbejderne kunne ikke redegøre for, hvor de fandt borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation.

Det er styrelsens vurdering, at mangelfuld social- og plejefaglig dokumentation, rummer en betydelig risiko for, at den udførte pleje, omsorg og hjælp til borgerne giver problemer af betydning for den fornødne kvalitet. Dette med hensyn til kontinuitet i hjælp, omsorg og pleje, intern kommunikation i plejeenheden og kommunikation med eksterne samarbejdspartnere samt ved hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået ændring i borgernes funktionsevne eller helbredstilstand.

Vi har ligeledes lagt vægt på, at der ikke kunne redegøres for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsesforløb blev tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt. Ledelse og medarbejdere kunne redegøre for arbejdsgange og metoder, der sikrede en rehabiliterende tilgang i plejen af borgerne i hverdagen, men der kunne ikke redegøres for tilbud om genoptrænings- og vedligeholdelsesforløb til borgerne, når dette var relevant.

I vurderingen har vi herudover lagt vægt på, at pårørende udtrykte, at de ikke oplevede at blive lyttet til og medinddraget i overensstemmelse med borgeres ønsker og behov, og at de ikke oplevede, at borgeren fik hjælp, pleje og omsorg, der tog højde for de særlige behov, som borgeren havde. Desuden oplevede pårørende ikke at hjælp, omsorg og pleje var rettet imod forebyggelse af fald samt forebyggelse af inkontinens. Endelig udtrykte pårørende, at nogle medarbejdere havde en tone og adfærd, der ikke tog højde for borgernes kognitive funktionstab og dermed ikke understøttede borgernes trivsel. Medarbejderne kunne bekræfte, at der i en periode havde været en hård tone i plejeenheden. Det er styrelsens vurdering, at en negativ tone, adfærd og kultur har betydning for den fornødne kvalitet, da borgeren derved ikke oplevede at få den hjælp, pleje og omsorg, der tog højde for borgerens nedsatte kognitive funktionsevne.

Endelig har vi i vurderingen lagt vægt på, at plejeenheden generelt arbejdede tværfagligt og systematisk med forebyggelse, idet der var fokus på ændringer i borgernes tilstand, samt den fornødne opfølgning som følge heraf, fraset de enkelte fund. Plejeenheden havde også relevante faglige arbejdsgange og metoder til at varetage hjælp og støtte til borgere med særlige behov.

Styrelsen anerkender, at der med den nye ledelse og nye organisering blev arbejdet målrettet med at rette op på mange af de problemstillinger, som ligger til grund for de uopfyldte målepunkter. Både medarbejdere, borgere og pårørende udtrykte tillid til den nye ledelse og organisering, og ledelsen kunne redegøre for, hvordan man fremadrettet ville arbejde med at løse udfordringerne. Men tilsynet konstaterede, at plejeenheden fortsat manglede at få implementeret de handleplaner, vi blev præsenteret for.

Ovenstående giver anledning til, at styrelsen vurderer, at der på plejeenheden er kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet.

## Krav

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at vi stiller krav om følgende:

### Målepunkt 1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

- At plejeenheden sikrer at selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden.

### Målepunkt 1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

- At plejeenheden sikrer en praksis for, at borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning bliver indhentet
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kan redegøre for, hvor de finder borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation.

### Målepunkt 2.1. Borgernes trivsel og relationer

- At plejeenheden sikrer, at pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov.
- At plejeenheden sikrer, at aftaler der er indgået med pårørende, som betyder noget for den daglige hjælp, pleje og omsorg, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.

### Målepunkt 3.1 Borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug

- At plejeenheden sikrer, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser og eventuelt pårørende oplever, at borgerne får hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres særlige behov.
- At plejeenheden sikrer, at særlige behov for hjælp, omsorg og pleje hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation i relevante situationer.
- At plejeenheden sikrer, at tone, adfærd og kultur afspejler, at borgerne får den hjælp, omsorg og pleje der tager højde for deres nedsatte funktionsevne.

### Målepunkt 3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

- At plejeenheden sikrer, at faglige metoder og arbejdsgange, der bliver brugt til at forebygge magtanvendelse hos konkrete borgere, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.

### Målepunkt 3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne

- At plejeenheden sikrer, at borgerne og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje er rettet mod at forebygge funktionsevnetab og forringet helbred.
- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge fald og inkontinens er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.

### Målepunkt 4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

- At plejeenheden sikrer, at organiseringen understøtter plejeenhedens udførelse af kerneopgaverne.
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage kerneopgaverne, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere.

### Målepunkt 5.1: Plejeenhedens dokumentationspraksis

- At plejeenheden sikrer, at ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter social- og plejefaglige indsatser.
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne *kender* plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.

- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne *følger* plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.
- At plejeenheden sikrer, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.

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

- At plejeenheden sikrer, at 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.

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

- At plejeenheden sikrer, 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.
- At plejeenheden sikrer, 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.

#### **Målepunkt 6.4 tilbud om aktiviteter til borgere**

- At plejeenheden sikrer, at borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter.

Vi udsteder et påbud om, at plejeenheden skal opfylde ovenstående krav, inden for en fastsat frist. Se nærmere i vedlagte afgørelse om påbud.

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

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

Vi vurderer, at målepunkterne under dette tema ikke var opfyldt, og det udløser tre krav.

Vi har lagt vægt på, at det ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik, at der tidligere havde været - og fortsat var - langtidssygefravær blandt medarbejderne, samt at flere havde opsagt deres stillinger. Dette havde ifølge ledelse og medarbejdere betydning for det psykiske arbejdsmiljø, hvilket kom til udtryk i en - til tider - hård tone blandt medarbejderne og i medarbejdernes kommunikation med borgerne. Dette medførte, at værdighed og selvbestemmelse ikke altid blev understøttet. Den nye centerleder var opmærksom på problematikken og havde igangsat et projekt omkring "den gode tone". Projektet omkring "den gode tone" omhandlede plejeenhedens fokus på, hvordan medarbejdere kommunikerede med hinanden samt fokus på, hvordan medarbejderne kommunikerede med både borgere og pårørende.

Vi har ligeledes lagt vægt på, at der manglede beskrivelser af borgerens eventuelle ønsker til livets afslutning, og at plejeenheden ikke havde en systematisk metode til at indhente og dokumentere disse oplysninger. Ledelse og medarbejdere, kunne ved interview redegøre for pleje og omsorg ved livets afslutning, og styrelsen vurderede, at medarbejderne havde de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning. Medarbejdere fortalte ved interview, at de hos borgere, hvor det var relevant, indgik i en dialog omkring borgerens eventuelle ønsker til den sidste tid, og pårørende blev inddraget hvor det var relevant. Ved behov kunne vågetjenesten tilkaldes.

Det var ikke muligt at spørge ind til ønsker om den sidste tid hos de interviewede borgere, da kognitive udfordringer vanskeliggjorde kommunikation omkring emnet. Ift Målepunkt 1.2 A er derfor markeret som ikke aktuelt.

I vurderingen har vi endelig lagt vægt på, at borgerne ved interview udtrykte, at de oplevede selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv. Medarbejderne kunne ved interview redegøre for, hvordan de tilrettelagde pleje og omsorg ud fra borgerens vaner og ønsker, og de kunne redegøre for, hvordan de forsøgte at inddrage borgerens livshistorie og vaner i de aktiviteter, der blev tilbudt. Ved gennemgang af den social-og plejefaglige dokumentation fremgik borgernes vaner og ønsker.

Ved tilsynet observerede vi herudover i forbindelse med deltagelse i måltidet en god og værdig tone mellem medarbejdere og borgere. Ligeledes observerede vi, at borgere med kognitive udfordringer blev skærmet i forbindelse med måltidet og understøttet på en værdig måde.

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

Vi vurderer, at målepunktet ikke var opfyldt under dette tema, og det udløser to krav.

Vi har lagt vægt på, at to ud af fire pårørende ved interview oplyste, at de ikke oplevede at blive lyttet til og medinddraget i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov. De to pårørende til en konkret borger, oplyste ved interview, at borger oplevede at være begrænset i at leve det liv, vedkommende ønskede, i det borger følte sig begrænset i at deltage i sociale aktiviteter. Borger havde ifølge pårørende tidligere oplevet en hård og nedladende tone fra en medarbejder, som gjorde at vedkommende ikke havde lyst til at deltage i sociale aktiviteter. De pårørende fortalte ligeledes, at borger oplevede, at der ofte gik lang tid inden der kom hjælp, når vedkommende kaldte. En anden pårørende udtrykte også, at der gik lang tid fra borger kaldte til vedkommende fik hjælp.

Ligeledes var aftaler, der var indgået med de pårørende, som havde betydning for den daglige hjælp, pleje og omsorg, ikke beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation i en ud af to stikprøver. Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for, hvilke aftaler der var indgået med de enkelte pårørende, men disse aftaler var ikke beskrevet i den social-og plejefaglige dokumentation.

Der var i plejeenheden gjort forskellige tiltag med henblik på at udvikle samarbejdet med borgere og pårørende til at sikre en god tilværelse i plejeenheden. Eksempelvis tilbød plejeenheden systematisk indflytningssamtaler og evalueringsmøder med borger og eventuelle pårørende. De pårørende udtrykte ved interview, at der var sket forbedringer i kommunikationen efter, at den nye ledelse var tiltrådt, og at der var iværksat tiltag til at forbedre samarbejdet. En pårørende fortalte også om, at der var taget initiativ til indkaldelse til møde i beboer/pårørenderåd, hvor vedkommende var repræsentant og vedkommende så frem til at deltage samarbejdet. En borger fortalte ligeledes om, at vedkommende var blevet beboerrepræsentant i beboer/pårørenderådet. Denne borger udtrykte ligeledes tilfredshed med, at den nye ledelse havde afholdt fællesmøde i dagligstuen og havde orienteret om nye tiltag.

## **3. Målgrupper og metoder**

Vi vurderer, at tre målepunkter under dette tema ikke var opfyldt, og det udløser seks krav.

I vurderingen har vi lagt vægt på, at tre ud af fire pårørende oplevede, at borgerne ikke fik hjælp, omsorg og pleje, der tog højde for deres særlige behov. Eksempelvis angav to pårørende til en konkret borger, at borgeren var utryk ved at bede om hjælp, og de angav utryghed i forhold til om borger fik den psykiske pleje, der var nødvendig. De pårørende gav udtryk for, at der var blevet talt i en hård tone til borger, hvilket medførte at vedkommende ikke



længere havde lyst til at deltage i fælles sociale arrangementer, da borger var nervøs for at blive talt til i en nedladende tone foran andre borgere. Vi har også lagt vægt på, at der i en ud af to stikprøver, omhandlende en borger med kognitive funktionsnedsættelser, ikke var fyldestgørende beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer.

I en stikprøve var de faglige metoder og arbejdsgange, der blev brugt til at forebygge magtanvendelse hos borger ikke beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation. Det er vores vurdering, at den manglende dokumentation af metoder til at undgå konflikt hos borger kan have betydning for den fornødne kvalitet. Ledelse samt medarbejdere redegjorde ved interview for konkrete metoder til forebyggelse af magt, herunder at anvendelse af socialpædagogiske handleplaner kunne bidrage til forebyggelse af magtanvendelse, men det var ikke beskrevet.

Vi har yderligere lagt vægt på, at de forebyggende indsatser i forhold til fald ikke var dokumenteret i omsorgsjournalen i en ud af to stikprøver. En ud af fire pårørende udtrykte tillige ved interview, at hjælp, omsorg og pleje rettet mod forebyggelse ikke var en fast del af praksis hos en borger i forhold til fald og inkontinens.

I vurderingen har vi endelig lagt vægt på, at der ved ledelses- og medarbejderinterview blev oplyst, at der i plejeenheden blev arbejdet systematisk med opsporing af ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand, hvilket også fremgik af dokumentationen. Der var ligeledes iværksat relevante tiltag til forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred, hvilket tilsynet, fraset de enkelte fund, også så ved gennemgang af omsorgsjournalerne. Der blev afholdt triagemøder tre gange dagligt, samt teammøder to gange om ugen, ligesom der blev afholdt tværfaglige konferencer ved behov for sparring. Ledelsen redegjorde ligeledes for, at der ved særlige behov var mulighed for at indkalde kommunale specialkompetencer, såsom demenskonsulenter, hvilket bidrog til læring i plejeenheden.

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

Vi vurderer, at et målepunkt ikke var opfyldt under dette tema, og det udløser to krav.

Vi har lagt vægt på, at plejeenheden havde organisatoriske udfordringer og sygefravær blandt medarbejderne, som påvirkede kontinuiteten. Der var vakante stillinger i nøglepositioner i både dag-, aften-, og ledelseslag, hvilket medførte, at der aktuelt ikke var de nødvendige kompetencer tilstede i organisationen til at sikre kerneopgaven. Man havde tidligere lagt ansvaret for blandt andet dokumentationen over på en bestemt faggruppe, hvilket nu var et problem, da medarbejderne med kompetencerne havde opsagt deres stillinger.

Ledelsen redegjorde for handleplan, som var iværksat i forhold til at løse problematikken vedrørende manglende kompetencer. Således var sidemandsoplæring og undervisning en metode til at sørge for, at nuværende medarbejdere blev oplært i at kunne varetage opgaverne. Ligeledes kunne der indhentes viden og sparring fra andre sundhedsfaglige medarbejdere i kommunen med specielle kompetencer og ressourcer inden for området. Vi har lagt vægt på, at handleplanen ikke var fuldt implementeret ved tilsynet. Medarbejdere på plejeenheden udtrykte ved interview stor tilfredshed med at få kompetencerne til at udføre flere opgaver, men de udtrykte også bekymring for, om det kunne lade sig gøre at tilegne sig viden og færdigheder inden for den begrænsede tidsramme.

Plejeenheden havde kontaktpersonordning for at skabe sammenhæng i borgernes hverdag og for at sikre kontinuitet og kvalitet, anvendte man så vidt muligt faste afløsere. Alle medarbejdere havde adgang til omsorgsjournalerne.

## **5. Procedurer og dokumentation**

Vi vurderer, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt, og det udløser fire krav.

I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden havde fastlagt en dokumentationspraksis for den social- og plejefaglige dokumentation, men ikke alle medarbejderne havde gennemgået den nødvendige undervisning i forhold til at kunne varetage dokumentationen så den understøttede sammenhængende social- og plejefaglige indsatser. Som følge af dette kendte og fulgte medarbejderne ikke den fastlagte dokumentationspraksis, og de kunne ikke redegøre for, hvem der havde ansvaret for at dokumentere i den social- og plejefaglige dokumentation. Fejl og mangler i den social- og plejefaglige dokumentation betød yderligere, at vikarer, trods det at de havde adgang til systemet, ikke kunne orientere sig tilstrækkeligt om borgerne i omsorgsjournalen.

Ledelsen redegjorde for, hvordan man fremadrettet ville sikre, at social- og sundhedshjælpere skulle oplæres i at kunne dokumentere i omsorgsjournalen. Dette skulle primært ske gennem sidemandsoplæring, da det først var muligt at etablere kursus senere på efteråret 2021. På tilsynsdagen var kursus og sidemandsoplæring ikke gennemført og implementeret. Det var en udfordring, at sidemandsoplæringen skulle varetages af kollegaer, som også havde brug for kompetenceløft for at kunne varetage opgaven. Udfordringen var, at de medarbejdere, som havde det overordnede ansvar i forhold til dokumentationen havde opsagt deres stillinger, og de medarbejdere, som skulle varetage sidemandsoplæring af social- og sundhedshjælperne, ikke selv var fortrolige med det social- og plejefaglige dokumentationssystem.

Borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje og afledte social- og plejefaglige indsatser i forhold til hvilke faglige metoder, der skulle benyttes for at imødekomme borgerens individuelle behov, var beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation. Der var mangler i den social- og plejefaglige dokumentation i relation til borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til mentale funktioner i en ud af to stikprøver.

## **6. Aktiviteter og rehabilitering**

Vi vurderer, at tre målepunkter ikke var opfyldt under dette tema, og det udløser fire krav.

I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere kunne redegøre for, hvordan man i plejeenheden tilrettelagde helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, men to ud af fire pårørende oplevede, at de og borgeren ikke var blevet inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte. Vi har ligeledes lagt vægt på, at ledelsen samt medarbejderne ved interview ikke kunne redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb blev tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt. En ud af tre borgere angav desuden, at der var mangel på aktiviteter i weekenden, og borgeren oplevede derfor ikke at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter.

Plejeenheden havde et antal af frivillige, som deltog i forskellige arrangementer. Der blev afholdt forskellige arrangementer på plejeenheden, og der var blandt andet fast besøg af besøgshund samt besøgsvenner hos relevante borgere.

Der er målepunkter i tema 6.1 og 6.3, som er markeret som ikke aktuelt, da der i plejeenheden ikke var borgere, der var visiteret til §83a rehabiliteringsforløb eller §86 genoptræning eller vedligeholdelsestræning.

# 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	Borgerne oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.	X			
B	Ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers 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		Medarbejderne oplyste at selvbestemmelse og borgernes værdighed ikke altid blev understøttet af tone, adfærd og kultur, da den hårde tone der havde været imellem medarbejderne til tider vanskeliggjorde fokus på dette.

### 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		Ledelsen kunne ikke redegøre for en fast praksis til, hvordan borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning skulle indhentes.
	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		Medarbejderne kunne ved interview ikke redegøre for, hvor de fandt borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation, og der var ingen systematik i forhold til, hvor det eventuelt skulle dokumenteres.

## 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		To ud af fire pårørende oplevede ikke at blive inddraget, og at der ikke blev lyttet til dem i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov. Eksempelvis angav to pårørende, at de ikke følte personalet lyttede til dem når de angav bekymringer omkring plejen af deres pårørende.
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		I en ud af to stikprøver, var aftaler, der var indgået med de pårørende, som betød noget for den daglige hjælp, pleje og omsorg, ikke beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation. Eksempelvis var der hos en borger aftaler om, at datteren fulgte med til hospitalsbesøg, men dette var ikke skrevet ned.

## 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		Tre ud af fire pårørende oplevede ikke, at borgerne fik hjælp, omsorg og pleje, der tog højde for de særlige behov. Eksempelvis angav pårørende, at borgeren var utryk ved at bede om hjælp, og de angav utryghed i forhold til om en konkret borger fik den psykiske pleje, der var nødvendig.

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		I en ud af to stikprøver var en borger med kognitive udfordringer særlige behov for hjælp, omsorg og pleje i relevante situationer ikke beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.
E	Tone, adfærd og kultur afspejler, at borgerne får hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres nedsatte funktionsevne.		X		To ud af fire pårørende oplevede at tone, adfærd og kultur ikke afspejlede, at borgerne fik hjælp, omsorg og pleje, der tog højde for deres nedsatte funktionsevne. Eksempelvis havde en borger ifølge pårørende oplevet, at der var talt i en nedladende tone, hvilket havde medført, at borgeren nu havde trukket sig fra sociale arrangementer og oplevede en utryghed ved at være i fællesrum.

### 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		I en ud af to stikprøver, var de faglige metoder og arbejdsgange, der blev brugt til at forebygge magtanvendelse, samt konfliktnedtrappe hos en konkret borger, ikke beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.
---	---	--	---	--	---

### 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		En ud af fire pårørende oplevede, at hjælp, omsorg og pleje ikke var rettet mod at forebygge fald samt inkontinens hos en konkret borger.
B	Ledelsen kan gøre rede for plejeenhedens arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt	X			

	vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.				
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 vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation, hvor det er relevant.		X		I en ud af to stikprøver var de social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge fald hos en konkret borger, ikke beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.

## 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		Plejeenheden havde organisatoriske udfordringer og sygefravær blandt medarbejderne, som påvirkede kontinuiteten og derved påvirkede understøttelsen af kerneopgaverne.
	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		Ledelsen kunne ikke redegøre for, at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer til at varetage kerneopgaverne. Der var vakante stillinger i nøglepositioner i både dag- aften og ledelseslag, hvilket medførte, at der aktuelt ikke var de nødvendige



					kompetencer tilstede i organisationen til at sikre kerneopgaven. Ledelsen redegjorde for handleplan i forhold til at løse problematikken.
	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		Ledelsen kunne ikke redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøttede sammenhængende social- og plejefaglige indsatser, i det ikke alle medarbejderne havde gennemgået den nødvendige undervisning i forhold til at kunne varetage dokumentationen så den understøttede sammenhængende social- og plejefaglige indsatser.
B	B.1 Medarbejderne kender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.		X		Medarbejderne kendte ikke plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation og der var ikke tydelighed i forhold til hvem der skulle dokumentere hvad i den social og

					plejefaglige dokumentation. Social- og sundhedshjælperne havde indtil dato ikke haft mulighed for at dokumentere og skulle først nu læres op i dokumentationssystem et.
	B.2 Medarbejderne følger plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.		X		Medarbejderne fulgte ikke plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.
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		I en ud af to stikprøver var borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til mentale funktioner i forhold til alzheimers ikke beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.
	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 borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål samt en tidsramme for forløbet beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.			X	
	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		To ud af fire pårørende oplevede, at de og borgeren ikke var blevet inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.
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		Ledelsen kunne ikke redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb blev tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der blev sat mål for de enkelte borgers forløb.
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		Medarbejderne kunne ikke redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrog træningselementer og aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.
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		En ud af tre borgere oplevede ikke at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter i weekenden.

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			

# 5. 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

## 6. 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 forskellige måder 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.