

Tilsynsrapport Frederiksberg Kommunes Døgnerhabilitering

Reaktivt ældretilsyn, 2025

Frederiksberg Kommunes Døgnerhabilitering
Vej 6 4 2
2000 Frederiksberg

CVR- nummer: 11259979 **P-nummer:** 1015572260 **SOR-ID:** 1046481000016009

Dato for tilsynsbesøget: 12-05-2025

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst

Sagsnr.: 35-2511-1213



1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

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

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den **12-05-2025** vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Vurderingen af den fornødne kvalitet af hjælp, pleje og omsorg er baseret på observationer, interview med borgere og pårørende, interview af ledelse og medarbejdere samt journalgennemgang.

Vurdering

Ved tilsynet konstaterede vi, at seks ud af syv målepunkter var opfyldt. Målpunktet vedrørende borgernes selvbestemmelse var ikke opfyldt.

Ledelse og medarbejdere, der deltog i tilsynet, fremstod reflekterede, imødekommende og indgik aktivt i dialog med tilsynet. Medarbejderne havde et godt kendskab til borgerne og deres behov for pleje, hjælp og omsorg, og de kunne redegøre for, hvordan de i samarbejde med den enkelte borger planlagde og udførte opgaverne, så flest mulige færdigheder blev bevaret.

Vi konstaterede ved tilsynet at borger og pårørende ikke oplevede, at have selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv. To ud af to borgere oplevede, at der gik lang tid før kald blev besvaret og ligeledes oplevede borgere og pårørende problemer med tone og adfærd fra nogle nattevagter. Ved tilsynet konstaterede vi endvidere, at der ikke var fastlagt en praksis for systematisk indhentning af borgernes livshistorie.

Vi vurderer, at det udgør en risiko for den fornødne kvalitet af hjælp, pleje og omsorg, såfremt alle medarbejdere ikke har viden om borgernes vaner og ønsker samt har en værdig tone, adfærd og kultur da dette har betydning for den enkeltes selvbestemmelse, værdighed og livskvalitet frem til livets afslutning.

Der blev under tilsynet givet råd og vejledning til, at plejeenheden kunne arbejde med et perspektivskifte fra et midlertidigt ophold med genoptræning til en skærpet nysgerrighed på hvem det enkelte menneske og borger var. Kort indlæggelsestid kræver systematisk og grundig indhentning af præcise oplysninger om om mennesket, idet der er mange overgange med risiko for tab af viden. Set i lyset af dette perspektiv, er

det derfor særligt vigtigt med indhentning af en fyldestgørende livshistorie.

Plejeenheden inddrog borgernes pårørende i det omfang, som borgerne ønskede det. Borgerne oplevede, at de havde mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter.

Der er i vurderingen lagt vægt på, at ledelse og medarbejdere ved interview redegjorde for, hvordan de havde fokus på et bedre pårørende samarbejde ved at se pårørende som medspillere og ressourcer. Der var både udarbejdet en pårørendepjece, opstartet pårørende hold, en retningslinje for ledere og medarbejdere for hvordan der skal samarbejdes med pårørende og endeligt var der udviklet en systematisk evaluering således at pårørende kunne evaluere borgerens forløb på Frederiksberg Kommunes Døgnerhabilitering. Desuden redegjorde ledelse og medarbejdere for, at de havde mange frivillige som hjælp til med meningsfulde aktiviteter for borgerne.

Plejeenheden tog højde for borgernes særlige behov i forbindelse med, at borgerne modtog hjælp, omsorg og pleje. Plejeenheden benyttede således relevante faglige metoder og arbejdsgange samt forebyggede magtanvendelse hos borgere med særlige behov.

Vi har i vurderingen lagt vægt på, at plejeenheden havde arbejdsgange, der sikrede, at der blev anvendt relevante faglige metoder i forhold til borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser, som demens, psykisk sygdom og misbrug, herunder også en systematisk praksis, der understøttede arbejdet med at forebygge magtanvendelse i hjælp, pleje og omsorg til den enkelte borger. Plejeenheden havde specialsenge, kædedynner og anvender bl.a. delirscreening og uroskema.

Plejeenheden havde fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og sædvanlige tilstand og arbejdede systematisk med opfølgning på disse ændringer hos borgerne. Der var fokus på tidlig opsporing og på ændringer i beboernes funktionsevne og helbredstilstande via faste triagemøder.

Derudover er der i vurderingen lagt vægt på at plejeenheden har etableret et samarbejde med socialafdelingen omkring fælles visitation ved fælles borgere.

Plejeenheden fremstod velorganiseret og med de nødvendige tværfaglige kompetencer og en organisering der understøttede varetage af plejeenhedens kerneopgaver igennem hele døgnet.

Der var et velfungerende tværfagligt samarbejde i plejeenheden, hvilket fremgik ved interview med ledelsen og medarbejderne. Derudover havde de et on-boardingsystem med faste samtaler og tværfaglig undervisning i relevante temaer. Plejeenheden anvendte kompetenceskemaer til alle plejepersonaler og havde delesygeplejersker der roterede hvert halve år mellem Frederiksberg Kommunes rehabilitering og geriatrik afdeling på Bispebjerg Hospital.

Den social- og plejefaglige dokumentationspraksis understøttede de sammenhængende social- og plejefaglige indsatser til borgerne, således at enhver medarbejder kunne varetage hjælp, pleje og omsorg samt rehabilitering- og træningsforløb ud fra de faglige beskrivelser i dokumentationen.

I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved interview med ledelsen og medarbejdere fremgik, at der var en fast praksis for dokumentation, og at denne var kendt og blev anvendt af medarbejderne. Plejeenheden udarbejdede SMART mål for borgernes træningsforløb.

Plejeenheden sikrede, at borgerne efter behov fik tilbud om rehabilitering- og træningsforløb, som var tilrettelagt for at forbedre eller vedligeholde deres fysiske og/eller psykiske færdigheder. Plejepersonale og terapeuter lavede ved opstart af et forløb en målsætningssamtale med borger hvor pårørende også inviteres til at deltage.

Konklusion

På baggrund af ovenstående vurderer vi, at der i plejeenheden er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet af hjælp, pleje og omsorg og at plejeenheden vil være i stand til at rette op på problemerne ud fra den rådgivning, der blev givet under tilsynet. Vi forudsætter, at plejeenheden opfylder nedenstående henstillinger.

2. Henstillinger

Henstillinger

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

Målepunkt	Henstillinger
Borgernes selvbestemmelse, herunder en værdig død	• Plejeenheden skal sikre, at borgeren og pårørende i videst muligt omfang oplever, at blive inddraget i, at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte. • Plejeenheden skal sikre, at borgerne oplever at have selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv. • Plejeenheden skal sikre, at tonen, adfærden og kulturen i plejeenheden understøtter borgernes selvbestemmelse og værdighed.

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at plejeenheden opfylder ovenstående henstillinger.

3. Fund ved tilsynet

Borgernes selvbestemmelse, herunder en værdig død

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Borgernes selvbestemmelse		X		Én ud af to borgere gjorde opmærksom på, at nogen gange blev kaldet ikke registreret på medarbejdernes kald og derudover kunne der gå lang tid før end kaldet blev besvaret. Det blev på tilsynsdagen oplyst, at der var ført log på responstiden på svar af kald som lå indenfor kvalitetsstandarden. To borgere og to pårørende oplevede problemer i form af tone og adfærd specielt om natten var der personaler, der ikke talte pænt til borgerne. Én borger udtrykte det således: "det er ikke rart at være nervøs for hvem der kommer på vagt" og samme borger ønskede mere ensartethed i plejen. En anden pårørende udtrykte at borgeren blev "nattet" mens medarbejderen talte i telefon. Samme medarbejder kunne tale i en hård kommanderende tone "vend dig om". Den pårørende oplevede, at borgeren blev berørt af situationen. Ved tilsynet konstaterede vi at der ikke var fastlagt en praksis for systematisk indhentning af borgers livshistorie. Og borgerne oplevede ikke at blive medinddraget i evalueringer og plan for forløb. Én borger beskrev en praksis hvor brug af bækkenstol foregik på sengestuen uden afskærmning.

Borgernes trivsel og relationer samt aktiviteter

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	Borgernes trivsel og relationer	X			

Målgrupper og metoder

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3.	Borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	X			
4.	Fokus på ændring i borgernes funktionsevne samt sædvanlige tilstand	X			

Organisation, ledelse og kompetencer

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
5.	Organisation, ledelse og kompetencer	X			

Procedure og dokumentation

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	Plejeenhedens dokumentationspraksis	X			

Rehabilitering og træning

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7.	Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter §83a samt genoptræning og vedligeholdelsestræning efter §86	X			

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering er midlertidige pladser organiseret under Sundheds- og Omsorgsafdelingen i Frederiksberg Kommune.
- Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering har 85 midlertidige pladser fordelt på tre afdelinger. Bøgerne kommer fra eget hjem eller efter endt hospitalsophold.
- Den daglige ledelse varetages af Lene Holst Merrild, leder i tæt samarbejde med Lisbeth Skafte, afdelingssygeplejerske, Mai Vallentin, afdelingssygeplejerske, Malene Chalk, afdelingsleder og Anja Mattey, terapeut- og serviceleder.
- Der er i plejeenheden samlet ansat ca. 110 medarbejdere med følgende faglige baggrunde: social- og sundhedshjælpere, social og sundhedsassistenter, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter, fagkoordinatorer, diætist, socialrådgiver, aktivitetsmedarbejder og ufaglærte medarbejdere.
- Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering arbejder tværfagligt med neuropsykolog, hjerneskadekoordinator, demenskoordinator samt service- og køkkenpersonale. Plejeenheden har faste timeafløsere og bruger sjældent eksterne vikarer.
- Plejeenheden er uddannelsessted for sygeplejerskestuderende, social- og sundhedsassistenten, fysio- og ergoterapeutstuderende. Ligeledes er der virksomhedspraktiker.
- Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering samarbejder blandt andet med geriatriske læger fra Bispebjerg Hospital, som har fysisk fremmøde på Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering på hverdage i dagstiden. Den øvrige tid kan bagvagten på Geriatrisk afdeling på Bispebjerg Hospital kontaktes. Derudover samarbejder plejeenheden med sygehuse, hjemmesygeplejen, visitationen, Sundhedscenteret, akutteammet og med Frederiksberg Kommunes plejecentre.
- Frederiksberg kommunes Døgnrehabilitering har kompetenceudvikling af personalet i form af monofaglige og tværfaglige møder, undervisning, tavlemøder, tværfaglige konferencer mm.
- Plejeenheden anvender dokumentationssystemet Cura.
- Plejeenheden har fokus på frivillighed, har VR cykling og besøg af kirken.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse fra en pårørende til en borger omhandlende manglende de social- og plejefaglige forhold i plejeenheden. Henvendelsen blev modtaget af Styrelsen for Patientsikkerhed den 25.03.2025.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået to journaler.
- Der blev foretaget interview med to borgere.
- Der blev foretaget interview med to pårørende.

- Der blev foretaget interview med ledelse og medarbejdere.
- Der blev foretaget observation af plejeenhedens tone, adfærd og kultur.
- Målepunktsættet for ældretilsynet blev anvendt.
- Ved tilsynet og den afsluttende opsamling deltog:
 - Lene Holst Merrild, leder af Frederiksberg Kommunes døgnrehabilitering
 - Lisbeth Skafte, afdelingssygeplejerske
 - Mai Vallentin, afdelingssygeplejerske
 - Malene Chalk, afdelingsleder
 - Anja Matthey, terapeut og serviceleder
 - To fagkoordinatorer
 - Én udviklingssygeplejerske
 - Én udviklingsterapeut
 - Én klinisk diætist
 - Én fysioterapeut
 - Én ergoterapeut
 - Én sygeplejerske
 - To social- og sundhedsassistenter
 - Én ufaglært
- Tilsynet blev foretaget af:
 - Gitte Landberger, oversygeplejerske
 - Helle Marianne Hornø, oversygeplejerske

5. Målepunkter

Borgernes selvbestemmelse, herunder en værdig død

1. Borgernes selvbestemmelse

Målepunktet handler om borgernes muligheder for selvbestemmelse, medinddragelse og indflydelse i eget liv frem til livets afslutning, samt plejeenhedens arbejde med at fremme værdighed og dermed den enkelte borgers livskvalitet. Målepunktet handler også om plejeenhedens arbejde med aktiverende og kompenserende hjælp til borgere, så de får mulighed for at vedligeholde funktionsevnen, og i så høj grad som muligt forblive selvhjulpne.

Vi vurderer målepunktet på baggrund af samtaler med borgerne og pårørende samt interview med ledelsen og medarbejderne.

Ved samtale med borgerne og pårørende skal det fremgå:

- at borgerne oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv
- at selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden
- at borgeren og pårørende oplever, at de i videst muligt omfang bliver inddraget i at sætte mål for personlig pleje og praktisk hjælp med aktiverende sigte

Ved interview af ledelsen og medarbejderne skal det fremgå:

- at ledelsen og medarbejderne kan redegøre for, hvordan borgernes ønsker til hjælp, pleje og omsorg ved livets afslutning bliver indhentet rettidigt og dokumenteret

Referencer:

- [Undersøgelse af systematik i arbejdet med værdighed i ældreplejen - Sundhedsstyrelsen](#)
- [Vejledning om hjælp og støtte efter lov om social service \(kapitel 63, pkt. 323, 324 og 327\), VEJ nr. 9765 af 02. oktober 2023](#)
- [Vejledning om hjælp og støtte efter lov om social service \(kapitel 8 og 9\), VEJ nr. 9765 af 02. oktober 2023](#)
- [Bekendtgørelse af lov om social service \(Kapitel 16, §83\), LBK nr. 1089 af 16. august 2023](#)
- [Bekendtgørelse af lov om social service \(Kapitel 15, §82 stk. 2\), LBK nr. 1089 af 16. august 2023](#)
- [Bekendtgørelse af lov om social service \(Kapitel 16, §83 stk. 3, 5 og 6\), LBK nr. 1089 af 16. august 2023](#)
- [Bekendtgørelse af lov om social service \(Kapitel 15, §81\), LBK nr. 1089 af 16. august 2023](#)
- [Bekendtgørelse af lov om social service \(Kapitel 1, §1 stk. 2-3\), LBK nr. 1089 af 16. august 2023](#)
- [Vejledning om servicelovens formål og generelle bestemmelser i loven \(kapitel 1, pkt. 1, 4 og 5\), VEJ nr. 9347 af 28. marts 2017](#)

1. Borgernes selvbestemmelse

- [Bekendtgørelse om værdighedspolitikker for ældreplejen \(§2 nr. 5\), BEK nr. 70 af 21. januar 2019](#)
- [Bekendtgørelse om værdighedspolitikker for ældreplejen \(§ 2 nr. 1-2\), BEK nr. 70 af 21. januar 2019](#)
- [Bekendtgørelse om værdighedspolitikker for ældreplejen \(§ 1 stk. 2\), BEK nr. 70 af 21. januar 2019](#)

Borgernes trivsel og relationer samt aktiviteter

2. Borgernes trivsel og relationer

Målepunktet handler om, hvordan plejeenheden understøtter borgernes trivsel og relationer til pårørende og det omgivende samfund. Herunder hvordan borgerne bliver inddraget i og motiveres til at deltage i meningsfulde aktiviteter.

Vi vurderer målepunktet på baggrund af samtaler med borgerne og pårørende.

Ved samtale med borgerne og pårørende skal det fremgå:

- at pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov
- at borgerne oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter

Referencer:

- [Bekendtgørelse af lov om social service \(Kapitel 1, stk. 1\) LBK nr. 1089 af 16. august 2023](#)
- [Bekendtgørelse af lov om social service \(Kapitel 15, §85\) LBK nr. 1089 af 16. august 2023](#)
- [Bekendtgørelse af lov om social service \(Kapitel 15, §83 stk. 4\) LBK nr. 1089 af 16. august 2023](#)
- [Undersøgelse af systematik i arbejdet med værdighed i ældreplejen - Sundhedsstyrelsen](#)
- [Bekendtgørelse af lov om social service \(Kapitel 15, §82 stk. 2\), LBK nr. 1089 af 16. august 2023](#)
- [Bekendtgørelse af lov om social service \(Kapitel 15, §81\), LBK nr. 1089 af 16. august 2023](#)

Målgrupper og metoder

3. Borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug

Målepunktet handler om, hvordan plejeenheden bruger faglige metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje, samt forebygger magtanvendelse, hos borgere med særlige behov på grund af:

- kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens)

3. Borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug

- psykisk sygdom
- misbrug

Vi vurderer målepunktet på baggrund af samtaler med borgerne og pårørende samt interview med ledelsen og medarbejderne.

Ved samtaler med borgerne og pårørende skal det fremgå:

- at borgerne og pårørende oplever, at borgerne får hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for de særlige behov

Ved interview med ledelsen og medarbejderne skal det fremgå:

- at ledelsen og medarbejderne kan redegøre for de faglige metoder og arbejdsgange, der bliver brugt i plejeenheden til borgere med særlige behov
- at ledelsen og medarbejderne kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås

Referencer:

- [Bekendtgørelse om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne samt om særlige sikkerhedsforanstaltninger for voksne og modtagepligt i boformer efter lov om social service, BEK nr. 1239 af 22. november 2019](#)
- [Vejledning om hjælp og støtte efter lov om social service \(kapitel 9, pkt. 63-64\), VEJ nr. 9765 af 02. oktober 2023](#)
- [Vejledning om hjælp og støtte efter lov om social service \(kapitel 63, pkt. 316, 317, 320 og 322\), VEJ nr. 9765 af 02. oktober 2023](#)
- [Bekendtgørelse af lov om social service \(Kapitel 15, §82 stk. 2\) LBK nr. 1089 af 16. august 2023](#)
- [Bekendtgørelse af lov om social service \(Kapitel 16, §83 stk. 8\) LBK nr. 1089 af 16. august 2023](#)
- [Bekendtgørelse af lov om social service \(Kapitel 16, §83 stk. 1\) LBK nr. 1089 af 16. august 2023](#)
- [Undersøgelse af systematik i arbejdet med værdighed i ældreplejen - Sundhedsstyrelsen](#)
- [Vejledning om servicelovens formål og generelle bestemmelser i loven Vejledning \(kapitel 1, pkt. 5\), VEJ nr. 9347 af 28. marts 2017](#)
- [Vejledning om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne, herunder pædagogiske principper, VEJ nr. 10148 af 14. december 2019](#)

4. Fokus på ændring i borgernes funktionsevne samt sædvanlige tilstand

Målepunktet handler om plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange, der skal sikre, at der bliver observeret og fulgt op på borgernes tilstand. Dette således, at der hurtigt kan reageres ved tegn på ændringer i fysisk og psykisk funktionsevne samt den sædvanlige tilstand, herunder forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.

Vi vurderer målepunktet på baggrund af samtaler med borgerne og pårørende samt interview med ledelsen og medarbejderne.

Ved samtaler med borgerne og pårørende skal det fremgå:

- at borgerne og pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt sædvanlige tilstand

Ved interview med ledelsen og medarbejderne skal det fremgå:

- at ledelsen og medarbejderne kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt sædvanlige tilstand

Referencer:

- [Undersøgelse af systematik i arbejdet med værdighed i ældreplejen - Sundhedsstyrelsen](#)
- [Bekendtgørelse af lov om social service \(Kapitel 16, §83 stk. 3, 4, 5 og 6\) LBK nr. 1089 af 16. august 2023](#)
- [Forebyggelse på ældreområdet - håndbog til kommunerne - Sundhedsstyrelsen](#)
- [Anbefalinger til ældre med uplanlagt vægttab](#)
- [Bedre måltider til ældre - Sundhedsstyrelsen](#)
- [National Klinisk Retningslinje for Forebyggelse af Tryksår hos voksne over 18 år](#)
- [Forebyggelse af inkontinens hos ældre - Sundhedsstyrelsen](#)
- [Anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne - hos voksne med erhvervet hjerneskade \(Kapitel 3 - Opsporing af dysfagi\)](#)
- [Vejledning om hjælp og støtte efter lov om social service \(kapitel 9\), VEJ nr. 9765 af 02. oktober 2023](#)

Organisation, ledelse og kompetencer

5. Organisation, ledelse og kompetencer

Målepunktet handler om plejeenhedens organisering, herunder medarbejdernes ansvars- og kompetenceforhold.

Vi vurderer målepunktet på baggrund af samtaler med ledelsen og medarbejderne.

Ved interview med ledelse og medarbejdere skal det fremgå:

5. Organisation, ledelse og kompetencer

- at ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer, samt at plejeenhedens organisering understøtter kerneopgaverne

Referencer:

- [Undersøgelse af systematik i arbejdet med værdighed i ældreplejen - Sundhedsstyrelsen](#)
- [Vejledning om hjælp og støtte efter lov om social service \(kapitel 14, pkt. 82\), VEJ nr. 9765 af 02. oktober 2023](#)

Procedure og dokumentation

6. Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunktet handler om plejeenhedens dokumentationspraksis med henblik på at understøtte en sammenhængende social- og plejefaglig indsats.

Vi vurderer målepunktet på baggrund af journalgennemgang samt interview med ledelsen og medarbejderne.

Ved interview med ledelsen og medarbejderne og ved gennemgang af den social- og plejefaglige dokumentation skal det fremgå:

- at ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres
- at borgernes behov for hjælp, pleje og omsorg er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation herunder:
 - aktuelle ressourcer og udfordringer
 - borgerens vaner og ønsker, herunder ønsker til livets afslutning
 - relevante aftaler med pårørende
 - mål for personlig og praktisk hjælp
 - social- og plejefaglige indsatser
 - særlig pædagogisk tilgang
 - ændringer og opfølgning på funktionsevne samt sædvanlige tilstand
 - forebyggende indsatser
 - rehabiliterende forløb
 - genoptræning og vedligeholdelsestræning

Referencer:

- [Bekendtgørelse om kvalitetsstandarder for hjemmehjælp, rehabiliteringsforløb og træning efter servicelovens §§ 83, 83 a og 86, BEK nr. 1575 af 27. december 2014](#)
- [Undersøgelse af systematik i arbejdet med værdighed i ældreplejen - Sundhedsstyrelsen](#)

6. Plejeenhedens dokumentationspraksis

- [Bekendtgørelse af lov om social service \(Kapitel 15, §81 stk. 1\) LBK nr. 1089 af 16. august 2023](#)
- [Bekendtgørelse af lov om social service \(Kapitel 16, §83 stk. 5\) LBK nr. 1089 af 16. august 2023](#)
- [Bekendtgørelse af lov om social service \(Kapitel 16, §83a stk. 3\) LBK nr. 1089 af 16. august 2023](#)
- [Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven \(kapitel 8 stk. 39, 40, 41, kapitel 9, kapitel 20, pkt. 128\), VEJ nr. 9765 af 02. oktober 2023](#)

Rehabilitering og træning

7. Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter §83a samt genoptræning og vedligeholdelsestræning efter §86

Målepunktet handler om plejeenhedens arbejde med rehabilitering til borgere, så borgerne får mulighed for at forbedre funktionsevnen og blive mere selvhjulpne. Målepunktet handler også om plejeenhedens arbejde med genoptræning og vedligeholdelsestræning, som kan bidrage til at afhjælpe væsentlige følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Vi vurderer målepunktet på baggrund af samtaler med ledelsen og medarbejderne.

Ved interview af ledelsen og medarbejdere skal det fremgå:

- at ledelsen og medarbejderne kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede, og tværfaglige, rehabiliteringsforløb efter §83a, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål
- at ledelsen og medarbejderne kan redegøre for, hvordan forløb ved genoptræning og vedligeholdelsestræning efter §86 bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgers forløb

Referencer:

- [Bekendtgørelse af lov om social service \(Kapitel 15, §81\), LBK nr. 1089 af 16. august 2023](#)
- [Undersøgelse af systematik i arbejdet med værdighed i ældreplejen - Sundhedsstyrelsen](#)
- [Bekendtgørelse af lov om social service \(Kapitel 16, §83a\) LBK nr. 1089 af 16. august 2023](#)
- [Bekendtgørelse af lov om social service \(Kapitel 16, §86\) LBK nr. 1089 af 16. august 2023](#)
- [Vejledning om hjælp og støtte efter lov om social service, VEJ nr. 9765 af 02. oktober 2023](#)

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Baggrund

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 år¹. 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 Patientsikkerhed².

Formål

Formålet med tilsynet er at styrke det social- og plejefaglige tilsyn på ældreområdet samt vurdere om den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, som 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 bekendtgørelsen³ 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 syv målepunkter, som repræsenterer vigtige risikotemaer i forhold til at vurdere den fornødne kvalitet.

Uddybning af målepunkter samt referencer ligger på vores hjemmeside på dette link:
Målepunkter | Styrelsen for Patientsikkerhed (stps.dk)

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

² Aftale om udmøntning af reserven til foranstaltninger på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet 2021-2024

³ Bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med ældreplejen

Vurdering af plejeenheder

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenheder i disse 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 plejeenhed i forhold til vurderingen af forhold af betydning for den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats på stedet.

Hvis vi vurderer, at der ved tilsynet var få forhold af større omfang eller problemer af betydeligt omfang, som medfører 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. Hvis vi i stedet vurderer, at problemerne er af større omfang og medfører en *væsentlig* forøget risiko for den fornødne kvalitet i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje, kan vi ligeledes give et påbud med krav til den social- og plejefaglige indsats. I dette tilfælde kan vi samtidig stille et midlertidigt krav om, at plejeenheden indstiller dele af driften eller driften i sin helhed.

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 informationer 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.

Modstridende krav fra tilsynsmyndigheder

Oplever behandlingsstedet, at styrelsen stiller krav, der strider mod krav fra andre tilsynsmyndigheder, kan behandlingsstedet gøre styrelsen opmærksom på det ved at skrive til modstrid@stps.dk.