



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

# Odsherred Kommune

## Omsorg og Sundhed

### Sejsbo Rehabilitering

Social- og sundhedsfagligt tilsyn

## Indholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>4</b>
<b>Fakta om tilsynet</b> .....	<b>5</b>
<b>Samlet tilsynsresultat</b> .....	<b>5</b>
<b>Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer</b> .....	<b>6</b>
<b>Oversigt over de enkelte temaer</b> .....	<b>10</b>
<b>Tema 1 Pleje, omsorg og praktisk støtte</b> .....	<b>11</b>
<b>Tema 2 Selvbestemmelse og indflydelse</b> .....	<b>12</b>
<b>Tema 3 Hverdagsliv, mad og måltider</b> .....	<b>13</b>
<b>Tema 4 Journalføring SEL (§§83 og 86)</b> .....	<b>14</b>
<b>Tema 5 Journalføring (SUL)</b> .....	<b>15</b>
<b>Tema 6 Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde</b> .....	<b>18</b>
<b>Tema 7 Retsstilling og selvbestemmelse</b> .....	<b>21</b>
<b>Tema 8: Medicinhåndtering og -opbevaring</b> .....	<b>23</b>
<b>Tema 9 Hygiejne</b> .....	<b>25</b>
<b>Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper</b> .....	<b>26</b>
<b>Om virksomheden og kontaktoplysninger</b> .....	<b>28</b>

## Forord

Det kommunale tilsyn på Sejrsbo Rehabilitering er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder, kvalitetspolitikken og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder

Det er hensigten, at rapporten skal kunne bidrage til den faglige og organisatoriske kvalitetsudvikling ved at synliggøre succesfulde resultater såvel som det eventuelle læringspotentiale. Rapporten fokuserer på styrker i plejeenheden som afsæt for anbefalinger for aktuelle forbedringsområder, hvor beboernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandarder m.m.

Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling.

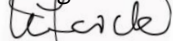
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

Anden del af rapporten indledes med oversigt over målopfyldelsen for de enkelte temaer. Herefter er de konkrete kvalitetsindikatorer medtaget, så læseren kan se, hvad der er grundlaget for vurderingerne. Fund er medtaget i det omfang, det skønnes at være af værdi for den videre kvalitetsudvikling. Farvemarkeringer er anvendt for at fremme et hurtigt overblik over styrker og opmærksomhedspunkter.

Bagest i rapporten findes en kort beskrivelse af tilsynets tilgang, formål og metoder efterfulgt af afsnit om vurderingsprincipper samt afslutningsvist data om tilsynsvirksomheden.

Tilsyn er altid udtryk for et øjebliksbillede og skal derfor vurderes ud fra dette.

Venlig hilsen



Nethé Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

## Fakta om tilsynet

### Midlertidige Pladser:

Sejrsbo Rehabilitering, Højbygårdsvej 18, 4573 Højby

### Leder af Sundhedsafdelingen

Helle Oldrup Jensen

### Leder for træningsteam og midlertidigt for Sejrsbo

Mai Holst

### Antal borgere

9 borgere er aktuelt i enheden. Derudover er 3 borgere meldt.

### Tilsynsbesøget fandt sted:

12. november 2024

### Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 7 borgerjournaler), instrukser, borgerinformationer, menuplaner, tavler og kalender m.v.

Interview: 4 borgere, som er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet.

Desuden har tilsynet interviewet 1 teamleder, 1 sygeplejerske, 3 assistenter, heraf en forflytningsvejleder.

- Observation: Borgers bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, fællesarealer og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig pleje til 3 borgere.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 5 borgere.

Plejeenheden har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

### Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

## Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra akkrediteringsraadgiverne.dk har på vegne af Odsherred Kommune gennemført uanmeldt tilsyn hos leverandøren.

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende bemærkning:

**Der ses forhold, som kan indebære større risiko for patientsikkerheden ved uændrede forhold. Det er tilsynets indtryk, at der er igangsat tiltag. Tiltagene fremstår solide med høj grad af lederbevågenhed. Systematisk løbende evaluering af fremdrift vurderes nødvendig.**

## Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

Nedenfor angives begrundelsen for tilsynsresultatet. For det første beskrives de styrker, som tilsynsførende har vurderet, er til stede på plejeenheden. For det andet beskrives eventuelle forbedringsområder med tilhørende anbefalinger i tilfælde af, at praksis på plejeenheden ikke er fundet i overensstemmelse med lovgivningens krav, Odsherred Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

### Generelt

Sejsbo Rehabilitering varetager borgere med akut opstående helbredsproblemer og behov for behandling og observation, for at forhindre indlæggelse på sygehus.

Det kan f.eks. være efter udskrivning fra sygehus med yderligere behov for genoptræning og at borger ikke er i stand til at klare ambulant genoptræning, eller fordi borger endnu ikke kan klare sig i eget hjem. Det kan også være borgere, der har været indlagt, men har brug for intensiv genoptræning for at klare sig i eget hjem.<sup>1</sup>

### Styrker

#### Funktionsevne

4 interviewede borgere med genoptræningsforløb giver udtryk for, at opholdet har hjulpet dem til at komme i gang igen. De fortæller, at deres funktionsevne er øget betydeligt. De oplever en velorganiseret træningsindsats og god kontakt og samarbejde med alle medarbejderne.

I boligen ses tavle med øvelser med sigte på at borger og/eller medarbejderne anvender disse.

#### Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Borgerne fortæller, at opholdet har givet dem mulighed for at få deres hverdag igen. Flere borgere siger spontant, at medarbejderne er ualmindelig imødekommende og positive at få hjælp af.

*Personlig pleje:* Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer personlig pleje til 3 borgere. Der ses velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser, der udføres med aktiverende sigte. Borger hjælpes med øvelser i sengen og i Sara Steady og hjælpes med selv at klare påklædning i borgers tempo.

*Mad og måltider:* Medarbejderne støtter borgere med behov for hjælp til spisning. Maden smager godt, fortæller borgerne. Der høres hyggelig stemning ved bordene, hvor medarbejderne deltager.

Kompetencer: Plejeenhedens medarbejdere er sundhedsfagligt uddannet som assistenter eller sygeplejersker. Målet for den socialfaglige indsats ift personlig pleje og praktisk hjælp søges afdækket og løst koordineret med terapeutfaglige anbefalinger.

#### Sammenhæng og forudsigelighed:

Inden borgerbesøg samles medarbejderne for at være opdaterede, koordinere og fordele opgaverne ved den store tavle, hvor fx aftalte datoer for forløbet er anført. I hverdagen er leder oftest til stede og støtter implementering af ny struktur.

Samarbejdet med borgerne støttes af kontaktpersonfunktion. På tavlen i boligen ses navnene, så det også er tydeligt for borger og pårørende. Tilsynet hører kun godt om samarbejdet.

Ved triageringsmøde høres dialog om sundhedsfaglige og social- og plejefaglige forhold. Her vægtes den tidlige opsporing af borgere, hvis tilstand har ændret sig, og hvor der er brug for en særlig indsats. Hver anden onsdag holdes forløbsmøde. Her evalueres de enkelte forløb og mål for indsatsen justeres.

### Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 3 temaer er ”Helt opfyldt”
- 2 temaer er ”I betydelig grad opfyldt”
- 4 temaer er ”I nogen grad opfyldt”

Hvert tema består af flere målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er ”Helt opfyldt” kan rumme målepunkter med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten.

---

<sup>1</sup> [Sejsbo Rehabilitering - Odsherred Kommunes hjemmeside](#)

I det følgende ses udviklingspunkter for de temaer, som ikke er "Helt opfyldt". Udviklingspunkterne er beskrevet kort samt tilsynets anbefalinger. De uddybende data fremgår under de enkelte temaer i rapporten.

#### **Tema 4 og 5 Journalføring – det skriftlige arbejdsgrundlag**

**Fokus:** Fyldestgørende og løbende ajourført dokumentation er det nødvendige grundlag for, at alle medarbejdere kan varetage den rette hjælp, omsorg og pleje af borgere ud fra den faglige beskrivelse af borgerens behov. Hjælpen skal løbende tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5, hvilket nødvendiggør, at der er en tilstrækkelig dokumentationspraksis, som anvendes og følges af alle medarbejdere samt, at aktuelle ændringer løbende dokumenteres.

Uoverensstemmende oplysninger kan medføre, at medarbejdere i bedste mening gør noget andet end borgers behov.

**Udviklingspunkt:** Servicelovsydelse journaliseres ikke efter FSIII. SUL og SEL journaliseres i Helbredstilstande. Medarbejderne søger videst muligt at spørge den uddannede superbruger eller leder, som er erfaren systemadministrator. Derudover journaliseres bedst muligt ud fra medarbejders forståelse for, hvor der skal journaliseres, hvilket ikke sker ensartet og gør det vanskeligt at finde hinandens oplysninger.

Der ses i høj grad fælles forståelse for at Helbredstilstande skal opdateres, hvilket i vid udstrækning ses gjort ift. sundhedslovsydelse. Læsevenlighed og overblik påvirkes af, at servicelovsydelse journaliseres i Helbredstilstandene.

Dobbeltdokumentation såsom tavle på stuer, tavle på kontor, journalisering "ekstra" steder i Cura anvendes, men fremstår vanskelig at få opdateret svarende til ændringer i borgerforløbene.

Kalenderfunktion: Fx er 3 ud af 4 borgere ikke vejet som aftalt.

Samlet set ses for 5 ud af 7 borgerforløb uoverensstemmende eller manglende oplysninger mellem Helbredstilstande, korrespondance, træningsnotater, funktionsevnetilstande oa.

Ovenstående medfører en risiko for, at der arbejdes ud fra ikke-tidstro data, hvilket vurderes at kunne indebære en risiko for, at borgerne ikke får personlig og praktisk hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87 og § 150, stk. 2. Manglerne i journaliseringen vedrører også sundhedslovsydelse.

Tilsynet erfarer, at der er opdateret instruks for journalisering og undervisning på vej.

*Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder*

- at uddanne flere superbrugere
- sætte struktur og kultur for sidemandsoplæring
- at evaluere ved minijournalaudit fx med deltagelse af en af superbrugerne og kontaktperson(er) ud fra få udvalgte målepunkter. Det kan fx være i ugen op til evalueringsmøde.

#### **Tema 6 Kompetencer**

**Fokus:** Kompetenceprofiler anvendes blandt andet som grundlag for de ledelsesmæssige beslutninger om faggruppe sammensætning i hverdagens opgaveløsning. Formålet med kompetenceskema og dertil hørende opdaterede personlige kompetenceskemaer er at sikre, at personalet kender deres kompetence og ved hvordan de skal forholde sig under givne omstændigheder, så deres sundhedsfaglige virke er i overensstemmelse med relevant lovgivning. Når medarbejder fx erhverver ny kompetence efter oplæring, dokumenteres denne i kompetenceskema.

**Udfordring:** Nyere startet leder fortæller, at kompetencer ikke har været registreret tidligere og at det er et kendt udviklingspunkt. Der er tværgående udviklingsarbejde på overordnet niveau.

Et eksisterende kompetencesystem har ikke været ibrugtaget.

*Tilsynet anbefaler at*

- drøfte og prioritere udviklingspunktet på ledelsesniveau ud fra en risikovurdering ift. til fortsat brug af den eksisterende praksis uden dokumentation, anvende det eksisterende system/dele af det, eller afvente nyt system
- formidle beslutningen og sætte evt. besluttede tiltag i gang med efterfølgende evaluering.

### Samarbejdsflade til patientens læge

Udfordring: Der ses fund, som vedrører den lægefaglige snitflade ift.

- forstående udskrivning af borger med nedsat helbredstilstand.  
Der høres uklare kriterier for udskrivning, herunder hvornår der er behov for lægefaglig vurdering (Målepunkt 6.4)
- lægefaglig melding om IGVH uden kriterier er opfyldt. (Målepunkt 7.2)  
Medarbejder har journaliseret lægens korrespondance som IGVH.
- ventetid på lægefaglig vurdering, som er vurderet væsentlig. Ikke svar efter 6 dage. (Målepunkt 6.2)

Tilsynet anbefaler

- øget opmærksomhed på snitfladeudfordringer af betydning for patientsikkerhed
- involvering af nøgleperson – det kan være fx være leder, patientsikkerhedsnøgleperson
- klare instrukser og kriterier, hvor det måtte findes hensigtsmæssigt ud fra risikovurdering.

### Samarbejdsflade med terapeutfunktion

Terapeutsamarbejde

De kommunale tilbud efter §§83, 83a og §86 samt genoptræningsplaner (SUL) skal indgå i en samlet indsats for at bringe borger tilbage til eller så tæt som muligt til borgers potentiale for funktionsevne.

I forbindelse med et træningsforløb sker ofte, at borger øger sin funktionsevne og derved kan øge sin selvhjulpethed ved personlig pleje og praktisk hjælp. Den gensidige videndeling er vigtig, så handlingsanvisninger ved den personlige pleje og praktiske hjælp kan justeres i overensstemmelse med borgers opnåede potentiale.

Borger kan have behov for at have aktiviteter/træning indbygget i forbindelse med sin personlige pleje eller anden ADL. Det kan være øvelser indbygget i den personlige pleje, forflytte sig korrekt, rejse/siddeøvelser eller andet.

Positive fund: Mål for forløbet foreligger for 4 ud af 4 forløb med træningsmål fra terapeuter, træning via medarbejdere samt i nogen grad også målbare mål for plejedelen/ADL. Teamleder er uddannet fysioterapeut og deltager ved forløbsmøderne hver anden onsdag med dels terapeutvinkler og dels ledelsesansligninger.

Terapeuternes journalisering er lettilgængelig for medarbejderne. Medarbejderne har fokus på at indarbejde standardøvelser (billede fra ExorLife på væg i alle stuer) samt supplerende RSS-øvelser o.a., som terapeuterne har anbefalet.

Udviklingspunkter: Træningen og Sejrsbos medarbejdere fremstår grundlæggende parallelt arbejdende. Oftest kender terapeut borger på forhånd via GOP inden opstart og gennemfører MSM. Instruks for Tværfagligt Målsætningsmøde på Sejrsbo<sup>2</sup> medtager ikke plejemedarbejders andel i borgerforløbet.

Der høres ikke om struktur for løbende videndeling og samarbejde om de fælles borgerforløb.

Den nuværende struktur sikrer ikke fx

- Tværfaglige drøftelser om mål/plan/evaluering af borgerforløb med deltagelse af involverede faggrupper
- Faglig sparring om udførelse af personlig pleje o.a., som kan gøres anderledes i træningsøjemed
- Dobbeltokumentation på tavler og på væg ses som usikkert arbejdsgrundlag:
  - Tavle hos borger om øvelser opdateres af plejen ud fra terapeuters journalnotater.  
Der ses overensstemmelse med seneste terapeutnotat for 1 ud af 3 borgere
  - Terapeutfaglig vurdering af de fast ophængte billeder fra ExorLife i alle boliger. Disse anvender medarbejderne som standard ved bl.a. morgenplejen. Der høres ikke om aktiv stillingtagen fra terapeut om egnethed/overensstemmelse til den individuelle borgers GOP/træningsforløb.

Tilsynet hører, at den aktuelle struktur er midlertidig. Der arbejdes på ny struktur om de fælles borgerforløb.

Den ny struktur må forventes at sikre tilrettelæggelse af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb.

Tilsynet anbefaler i den ny struktur

- at indarbejde mål for kvaliteten og derved grundlag for målepunkter til en løbende evaluering.  
Er det fx et kvalitetsmål for
  - a) Den organisatoriske kvalitet: Tværfaglig deltagelse minimum 75 % ved relevante møder?  
At alle borgerforløb er vurderet mhp evt. deltagelse af terapeut ved personlig pleje?
  - b) Den faglige kvalitet: Hvilke kvalitetsmål kan defineres?
  - c) Den borgeroplevede kvalitet: Hvilke kvalitetsmål kan defineres?

<sup>2</sup> Tværfaglig målsætningsmøde på Sejrsbo af 27.8.21.

### Tema 7 Borgers retstilling:<sup>3</sup>Samtykke

A) Det skal fremgå, om patienten er vurderet til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal det fremgå. Hvis patienten ikke har samtykke kompetence, skal det fremgå, hvem der kan give samtykke på patientens vegne (stedfortrædende samtykke).

Positivt fund: Ved indflytning spørges til dette og det ses dokumenteret i Cura.

B) Informeret samtykke fx ved opstået sygdom under opholdet med behov for kontakt til læge. Samtykkekravet understreger patientens selvbestemmelsesret.

Det skal sikres, at informeret samtykke er indhentet fx i forbindelse med kontakt til læge ved pneumonisymp-tomer/UVI m.m.

Udviklingspunkt: Det er medarbejdernes opfattelse, at informeret samtykke er dækket af generelle aftaler ved indskrivning (A). Der er derfor ikke en aktuell arbejdsproces for indhentning af informeret samtykke.

Tilsynet anbefaler

- enkle anvisninger, så borgers selvbestemmelse indarbejdes ift. evt. behov for informeret samtykke.

### Tema 8 Medicinhåndtering og - opbevaring

Fokus: Ansvar, sikkerhed og opgaver er beskrevet i ”Korrekt håndtering af medicin”<sup>4</sup>

Positive fund: Det er tilsynets indtryk efter stikprøve i 3 borgers medicinbeholdning, FMK og medicinliste, at kravene i ”Korrekt Medicinhåndtering” i betydelig grad efterleves. Der høres høj bevågenhed.

Der ses enkeltstående fund, som vedrører anbrudsdato, manglende ordination af administreret håndkøbsmedicin, pauseret laktulose er tilgængelig, ordineret microlax ikke i aktuell medicin.

Tilsynet anbefaler, at

- øge opmærksomhed på sammenhæng mellem medbragt håndkøbsmedicin og FMK
- anbrudsdatoer
- udføre medicinaudit regelmæssigt fx ved at gå audit på ”hinandens” borgere med jævne mellemrum og dele erfaringer eller have en ”medicinnøgleperson” som gennemgående ved audit.

### Tema 9 Hygiejne

Fokus: For at undgå smittespredning, anbefales det i NIR<sup>5</sup>, at ved udførelse af personlig hygiejne med risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser, anvendes plastforklæde.

Udviklingspunkt: Ved personlig pleje ses 2 ud af 3 medarbejdere anvende plastforklæde ved personlig pleje, hvor der kan være risiko for stænk af borgers udskillelser.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats med henblik på

- at anbefalingerne i NIR bliver implementeret og efterlevet.

<sup>3</sup> Du har ret til informeret samtykke | Styrelsen for Patientsikkerhed

<sup>4</sup> Korrekt håndtering af medicin, 3. udgave, september 2023. Styrelsen for Patientsikkerhed

<sup>5</sup> Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for plejehjem, hjemmepleje, bo- og opholdssteder m.m. 2020 udgave 1



## Oversigt over de enkelte temaer

Temaerne vurderes i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Målene er belyst gennem interview, observationer og dokumentation og det er undersøgt, om der sammenhæng mellem de fastsatte standarder, handleplaner, beslutninger, tilbud til den enkelte og den praktiske udførelse.

Af nedenstående oversigt angives den samlede målopfyldelse for hvert tema. Vurderingen er angivet med farver og kategorierne H O (Helt opfyldt er angivet med grønt), B O (I betydelig grad opfyldt er angivet med lysegrøn), N O (I nogen grad opfyldt er angivet med gult), I O (Ikke opfyldt er angivet med rødt).

### Service Lov §§83 og 86: Tema 1-4

Tema		
<b>Tema 1</b>	Pleje, omsorg og praktisk støtte	H O
<b>Tema 2</b>	Selvbestemmelse og indflydelse	H O
<b>Tema 3</b>	Hverdagsliv	H O
<b>Tema 4</b>	Dokumentation – Det skriftlige arbejdsgrundlag	N O

### Sundhedslovsrelateret: Tema 5-9

Tema		
<b>Tema 5</b>	Journalføring -	N O
<b>Tema 6</b>	Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde. Tidlig opsporing	N O
<b>Tema 7</b>	Selvbestemmelse - samtykke Fravalg af livsforlængende behandling	N O
<b>Tema 8</b>	Medicinhåndtering og -opbevaring	B O
<b>Tema 9</b>	Hygiejne	B O

### Resultater og vurdering af de enkelte temaer

I følgende del af ses resultater og vurdering af de enkelte temaer. Temaerne indledes med oversigt over målopfyldelsen for det enkelte tema.

Herefter er de konkrete kvalitetsindikatorer medtaget, så læseren kan se, hvad der er grundlaget for dataindsamlingen. Tilsynsførende vurderer for hvert målepunkt, om dataindsamlingen viser overensstemmelse med målepunktets angivelser.

Fund er medtaget i det omfang, det skønnes at være af værdi for den videre kvalitetsudvikling. Farvemarkeringer er anvendt for at fremme et hurtigt overblik over styrker og opmærksomhedspunkter.

Dataindsamling ift. omsorgsjournalen omfatter de dele af journalen, som er relevant for tilsynets foci.

## Tema 1 Pleje, omsorg og praktisk støtte

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig?</li> <li>2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?!</li> <li>3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres?</li> <li>4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov?</li> <li>5) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald.</li> </ol>		
1.2	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg.</li> <li>2) Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt?</li> <li>3) Vil du anbefale plejeenheden til andre med samme behov?</li> </ol>		
1.3	<p>Personlig pleje</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hvis tilsynsførende overværer plejen konstateres, at plejen gives omsorgsfuldt og i samarbejde med borger. Borger støttes i at udføre så meget som muligt selv.</li> </ol> <p>Borgerne fremtræder velplejede efter ønske.</p>		

## Tema 2 Selvbestemmelse og indflydelse

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig?</li> <li>2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?</li> <li>3) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på?</li> <li>4) Fik du de oplysninger, du havde brug for ved opstarten?</li> <li>5) Hvordan bliver du (dine pårørende) inddraget i beslutninger om dit forløb?</li> </ol>		
2.2	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Oplever du dig medinddraget fra start (borgere med genoptræningsforløb o.lign)</li> <li>2) Hvad har du ønske om at få ud af opholdet? Hvad er planen for dit forløb?</li> <li>3) Er forløbet, som du havde forventet det/ ønsket det/som det har været muligt?</li> </ol>		
2.3	<p>Der er en arbejdsproces for at tage hensyn til borgernes individuelle ønsker og behov og sikre at borgerne har de fornødne oplysninger til at have overblik over eget forløb i muligt omfang.</p> <p>Det kan f.eks. ske ved,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) at borger (og pårørende) fra start kender mål for opholdet og planen for, hvornår der undervejs tages beslutninger</li> <li>2) at borger og pårørende kender relevante kontaktpersoners navne.</li> </ol> <p>Vurderingen tilpasses om borgeren har genoptræningssigte, aflastning, palliativ mv</p>		

## Tema 3 Hverdagsliv, mad og måltider

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er personalet overvejende venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? 2) Oplever du en positiv stemning i hverdagen? 3) Får du dækket dit behov for at være sammen med andre?		
3.2	Hverdagen 1) Medarbejdere og ledere beskriver arbejdsgange, som understøtter, at den enkelte borgers potenti- ale og ønsker er kendt af medarbejdere og at borger støttes i at deltage i de muligheder der er for aktiviteter og samvær.		
3.3	Måltider Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Hvad synes du om maden her - morgenmad, frokost, aftensmad? 2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp? 3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.?		
3.4	Måltider 1) Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende 2) Borgere med behov for specialkost, tilbydes denne		

## Tema 4 Journalføring SEL (§§83 og 86)

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	<p>Journalisering af servicelovsydelser:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Funktionsevnetilstande ses opdateret svarende til borgers aktuelle tilstande.</li> <li>2) Oplysninger ses opdateret, handleanvisende og med individuelle oplysninger om, hvordan plejen bedst lykkes for borger, herunder borgers vaner og ønsker</li> <li>3) For borgere som er kognitivt ramt indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleanvisende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt.</li> </ol>		<p>1)Opdateres ved opstart og udskrivelse af visitator. Anvendes og opdateres ikke af plejeenheden under forløbet, uanset længde og ændring i tilstandene.</p> <p>2+3)Servicelovsydelser journaliseres ikke efter FSIII.</p> <p>SEL journaliseres i Helbredstilstande fx. <u>Personlig pleje og bad</u> under "Problemer med personlig pleje".</p> <p><u>Forflytninger og færden i omgivelser o.a.</u> under "Problem med bevægelse og mobilitet"</p> <p><u>Selv kan spise</u>, ses under "Problemer med fødeindtag".</p> <p><u>Personlig pleje og træning:</u>            Personlig pleje udføres i høj grad med indarbejdning af øvelser. Tilsynet ser eksempler på dette.            For en medarbejder, der ikke kender borger så godt, er oplysninger om aktuel pleje og øvelser ikke konkrete og handleanvisende, og støtter ikke, at</p>

			<p>borger får samme hjælp ved medarbejders fravær. Tilsynet hører fra borger, at en afløser de sidste 4 dage ikke har støttet ved øvelser og hjulpet meget mere med påklædningen end den faste.</p> <p>Se endvidere Tema 5 (Journalføring SUL).</p>
--	--	--	---

## Tema 5 Journalføring (SUL)

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Journalen føres systematisk, overskueligt og entydigt.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Behandlingsstedet skal sikre at beskrivelsen af patientens aktuelle problemer og risici opdateres ved ændringer i patientens tilstand.</li> <li>2) Behandlingsstedet skal sikre at patientens aktuelle problemer og risici er journalført i nødvendigt omfang</li> <li>3) Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger et opdateret og tilstrækkeligt overblik over patientens aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.</li> <li>4) Ved journalgennemgang skal der fremgå et opdateret og tilstrækkeligt overblik over patientens aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.</li> </ol> <p>Notaterne er tilgængelige for de sundhedspersoner, der deltager i pleje og behandling af patienterne.</p>		<p><i>I stikprøverne i 7 journaler indgik borgere med ernæringsproblemer, respirationsbehandling, cirkulationsproblemer, hudlidelse, forebyggelse af tryksår, mentale problemer o.a.</i></p> <p><i>Både SUL og SEL journaliseres i Helbredstilstande.</i></p> <p><i>SUL ses i høj grad opdateret.</i></p> <p><i>Læsevenlighed og overblik påvirkes af, at servicelovsydelse også ligger i Helbredstilstandene.</i></p> <p><i>Løbende opdatering ved ændringer</i></p> <p><i>Gennem tilsynsdagen sker forskellige ændringer i borgernes tilstande.</i></p>

		<p>Disse drøftes løbende eller under triagemødet. Her aftales bl.a., at oplysninger skal journaliseres. Fx for en borger skal en oplysning om kost gives videre til aftenvagt. En anden borgers almentilstand er forringet; han står for udskrivelse, da træningsforløbet er slut.</p> <p>Medarbejderne søger videst muligt at spørge den uddannede superbruger eller leder, som er erfaren systemadministrator.</p> <p>Derudover journaliseres bedst muligt ud fra medarbejders forståelse for hvor det skal journaliseres, hvilket ikke er ensartet og gør det vanskeligt at finde hinandens oplysninger.</p> <p><b>Andre fund</b> <u>Ikke opdateret dobbeltdokumentation.</u> Fx Udskillelser (Fæces): For 2 borgere ses dobbeltdokumentation. VAS anvendes og er ført systematisk. Men er suppleret under helbredstilstanden med dato, beskrivelse o.a. Kun sporadisk, idet ikke alle anvender at journalisere her.</p> <p><u>Forkert Helbredstilstand</u> Under helbredstilstand for personlig pleje ses "været i bad. Huden var rød med sprækker. Smurt med Zink og sorbact påsat." Ikke journaliseret i "Helbredstilstand Hud og slimhinder".</p>
--	--	--

		<p>Faldregistrering: Oplysninger journaliseres ikke ensartet. Kan findes fx under overskrift med "fald", eller TOBS.</p> <p><u>Journaloplysninger fysiske steder:</u> På kontor: På en stor <u>borgeroversigtstavle</u> ses udvalgte oplysninger om forløbene. Udover datoer for mødeaftaler ses også få journaloplysninger. På tilsynsdagen ses overensstemmelse til Cura.</p> <p>Desuden anvendes <u>papirkalender</u>. Her skrives fx vejning af borgerne ind. Men kalenderen fungerer ikke som tilset. 3 ud af 4 borgere er ikke vejjet.</p> <p>I boligen: Tavle: Her er tavle med de øvelser, som borger aktuelt skal huske og/eller medarbejderne huske at støtte borger med. Opdateres af plejen ud fra terapeuters journalnotater. Der ses overensstemmelse med seneste terapeutnotat for 1 ud af 3 borgere.</p> <p><u>Andet</u> ExorLife-billede i alle boliger: Disse anvender medarbejderne som standard ved bl.a. morgenplejen. Der høres ikke om aktiv stillingtagen fra terapeut om egnethed/overensstemmelse til den individuelle borgers GOP/træningsforløb.</p>
--	--	--



## Tema 6 Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
6.1	<p>Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne med tildelt §§ 83 og 86 samt opfølgning på GOP.</li> <li>2. Medarbejdere 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 (punkt 6.2 fra ældretilsynet).</li> </ol> <p>Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, herunder hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.</p>		<p>Målsætningsmøder og evaluering udføres generelt i tråd med den vedtagne instruks. Tidsfrister ses i nogen grad efterlevet.</p> <p>Instruks for Tværfagligt Målsætningsmøde på Sejrbo<sup>6</sup> medtager ikke plejemedarbejderes andel i borgerforløbet.</p> <p>Der høres ikke om tværfaglige drøftelser om mål/plan/evaluering af borgerforløb med deltagelse af både terapeuter, plejemedarbejdere og sygeplejersker.</p> <p>Der høres ikke om terapeutfaglig sparring om udførelse af personlig pleje o.a. med fordel skal gøres anderledes i træningsøjemed</p> <p>Tavler hos borger om øvelser opdateres af plejen ud fra terapeuters journalnotater.</p> <p>Billeder fra ExorLife i alle boliger. Disse anvender medarbejderne som standard ved bl.a. morgenplejen.</p>

<sup>6</sup> Tværfaglig målsætningsmøde på Sejrbo af 27.8.21.

			<p>Der ses ikke tegn på terapeutfaglig stillingtagen til egnethed/overensstemmelse til den individuelle borgers GOP/træningsforløb.</p>
<p><b>6.2</b></p>	<p>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde Medarbejderne kender og bruger plejeenhedens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) hjælp, omsorg og pleje til borgeren i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår og fald</li> <li>2) at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner</li> <li>3) at følge op på indgåede aftaler.</li> </ol> <p><u>Arbejdsgangene belyses fx for</u></p> <p>A: Triage – opfølgning på sundhedslovsydelse</p> <p>B: Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Vejehyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval</li> <li>2) Der ses reaktion på uplanlagt vægttab</li> <li>3) Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.</li> </ol> <p>C: Fald</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Der ses handlet korrekt og patientsikkert på fald sv.t. instruksen</li> <li>2) Fald er rapporteret med faldregistrering, som UTH og medtaget i samlerapportering.</li> </ol>		<p>Ad A Triage fremstår som central proces. Ved ændringer i borgers tilstand oprettes ved behov tidlig opsporing/triage med efterfølgende observationer et døgn.</p> <p>Ved gul/rød tilstand journaliseres i triagemodulet. Når borger igen er i grøn, skal skrives resumé i Helbredstilstande. Dette ses ikke udført for 1 ud af 3 borgere.</p> <p>Ad B Vejehyppighed er fastsat til indskrivning og ved behov opfølgende vejning(er). 3 ud af 4 borgere ses ikke vejnet ved indskrivning.</p> <p>Ad C Fald: 1 borger er faldet 2 gange. Der ses ikke TOBS ved begge fald. Efter fald, hvor TOBS &gt;5 vurderes behov for lægefaglig vurdering. En uge efter igen lægekontakt om vurdering. Lægehuset har ikke svaret tilbage 1 uge efter.</p> <p>UTH Det er tilsynets indtryk, at fald rapporteres som UTH og medtages i samlerapportering. Der høres om en implementeret arbejdsang for læring.</p>

<p><b>6.3</b></p>	<p>Personalet for de forskellige faggrupper har de nødvendige kompetencer til at varetage behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver. Dette gælder også for vikarer, ufaglærte, elever og studerende.</p> <p>Kompetenceskemaer: Stikprøver viser, at kompetenceskemaer er opdaterede.</p>		<p><i>Nyere startet leder fortæller, at kompetencer ikke tidligere har været registreret, men at det er et kendt udviklingspunkt og at tværgående udviklingsarbejde på overordnet niveau om kompetenceskemaer er igangværende.</i></p> <p><i>Et eksisterende kompetencesystem har ikke været ibrugtaget.</i></p>
<p><b>6.4</b></p>	<p>Sundhedsfaglig vurdering af borger til udskrivning Borgers selvbestemmelse og sundhedsfaglig vurdering af risiko kan være modsatrettet, eksempelvis når en borger med kritisk sygdomsbillede ønsker at udskrives til eget hjem.</p> <p>Der skal være fastlagte arbejdsgange/udskrivningskriterier. Disse kan være skriftlige.</p>		<p><i>En aktuel borger står for udskrivning, idet træningspotentialer er opnået. Borger har dårlig almentilstand, som er nedadgående. Ønsker ikke plejecenter/aflastning. Vil gerne hjem, når han ikke kan blive.</i></p> <p><i>Der høres dilemma mellem selvbestemmelse og hensyn til patientsikkerheden.</i></p> <p><i>Det fremstår uklart, hvad kriteriet er for at udskrivelse vurderes patientsikkert.</i></p>

## Tema 7 Retsstilling og selvbestemmelse

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
7.1	<p>Det sundhedsfaglige personale interviewes og journaler gennemses i forhold til, hvordan de i praksis sikrer, at der forud for udvalgte behandlinger informeres og indhentes samtykke og hvordan det dokumenteres.</p> <p>1) Samtykke kompetence/handleevne: Det skal fremgå, om patienten er vurderet til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå. Hvis patienten ikke har samtykke kompetence, skal det fremgå, hvem der kan give samtykke på patientens vegne (stedfortrædende samtykke).</p> <p>For patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan de nærmeste pårørende, værger eller fremtidsfuldmægtigen samtykke. Ved både værgemål og fremtidsfuldmægtig er det dog kun, når værgemål/fremtidsfuldmagt omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, og ved fremtidsfuld-magt kun i det omfang fuldmagten bemyndiger dertil.</p> <p>2) Informeret samtykke: Det skal fremgå, at der er indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge. Derudover skal det fremgå, at der er indhentet informeret samtykke til behandling fra patienten eller den stedfortrædende. Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens eller den stedfortrædendes informerede samtykke. Det gælder både for undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Kravet indebærer, at der skal informeres tilstrækkeligt, inden patienten tager stilling til behandlingen. Samtykkekravet understreger patientens selvbestemmelseret.</p> <p>Informationen skal omfatte patientens helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder risiko for komplikationer og bivirkninger. Kravet til informationen øges, jo mere alvorlig tilstanden er, eller jo større den mulige komplikation er.</p>		<p>1) Samtykkekompetence og handleevne aftales med borger/pårørende ved opstart af forløb. Dokumenteres i Cura.</p> <p>2) Informeret samtykke ifm. kontakt til behandlingsansvarlig læge m.m. anvendes ikke. Fx at spørge patienten ved ændring af helbredstilstand, hvor sundhedsfaglig medarbejder vurderer det relevant med lægefaglig vurdering. Det kan være ved en opstået pneumoni.</p>

<p>7.2</p>	<p><u>Ervalg af livsforlængende behandling</u> Der er klare arbejdsprocesser for:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienten med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling</li><li>• hvilke procedurer behandlingsstedet har for inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge</li><li>• hvor den behandlingsansvarlige læges vurdering samt beslutning om fravalg af livsforlængende behandling, journalføres.</li></ul> <p>Personalet har en ensartet opfattelse af de fastlagte procedurer.</p>	<p>Medarbejderne er interviewet om den aktuelle arbejdsgang. Der er foretaget opslag i 4 borgerjournaler. Af 3 ses lægefaglig stillingtagen i korrespondance. IGVH: En borger er registret til ./.. Ved sporing af beslutning, ses, at lægen som begrundelse anført at "patienten ønsker ikke genoplivning", hvilket ikke er i overensstemmelse med de nuværende kriterier<sup>7</sup></p> <p>Ovenstående fund omhandler</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- snitflade til praktiserende læge</li><li>- journalføring af Sejsbo.</li></ul>
------------	---	--

<sup>7</sup> Nye kriterier er gældende fra 15. januar 2025.

## Tema 8: Medicinhåndtering og -opbevaring

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
8.1	<p>Behandlingsstedet har fastlagte arbejdsgange for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicindispensering og -administration.</li> <li>• At sikre identifikation af patienten og patientens medicin.</li> </ul> <p>Krav til medicinhåndtering:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) personalet har den fornødne kompetence i forhold til medicinhåndtering</li> <li>2) personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen</li> <li>3) proceduren følges for dokumentation af medicinordinationer</li> <li>4) personalet sikrer identifikation af patienten og patientens medicin</li> <li>5) medicin dispenseres</li> <li>6) dosisdispenseret medicin håndteres</li> <li>7) det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres og dokumenteres korrekt</li> <li>8) personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger, herunder håndtering af håndkøbslægemiddel, kosttilskud, telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse, ophør af medicin og risikosituationslægemidler</li> <li>9) personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger om den medicinske behandling, herunder opfølgning efter gennemgang og revision af den ordinerede medicin samt aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning</li> </ol>		<p><i>Opmærksomhedspunkter:</i> 1 borger har medbragt øjendråber som ikke ses af FMK. Antihistamin. Er håndkøbsmedicin. Administreres af medarbejderne. Der er ikke anbrudsdato.</p>
8.2	<p>Ved gennemgang af medicinlisterne skal der fremgå følgende:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) At medicinlisterne føres systematisk og entydigt.</li> <li>2) At der er overensstemmelse mellem medicinordinationen/Fælles Medicinkort (FMK) og den aktuelle medicinliste.</li> <li>3) At der er dato for ordinationen (dag, måned, år), ændring i ordinationen og/eller seponering.</li> </ol>		<p><i>Opmærksomhedspunkt:</i> Ved insulinordination hos 1 borger ses ikke angivet referenceværdier for dosering af insulin samt hvornår, behandlingsansvarlig læge skal kontaktes.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4) At der er behandlingsindikation for den medicinske behandling.</li> <li>5) Hvem der administrerer medicinen, herunder om patienten er selvadministrerende.</li> <li>6) Præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke.</li> <li>7) Enkelt dosis og maksimal døgndosis for p.n.-medicin.</li> <li>8) Ordinerende læges navn og/eller afdeling.</li> </ol>		
<p><b>8.3</b></p>	<p>Ved gennemgang af medicinbeholdningen hos 3 borgere og relevante journaler vurderes, at medicin- håndtering- og opbevaring opfylder nedenstående krav til medicin håndtering og -opbevaring:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning.</li> <li>2) Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/-poser.</li> <li>3) Dispenseret p.n.-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis, samt dato for dispensering og medicinenes udløbsdato. (Ikke relevant for plejeenheden)</li> <li>4) Doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer.</li> <li>5) Medicinen er opbevaret korrekt, forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.</li> <li>6) Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patients medicin.</li> <li>7) Aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin.</li> <li>8) Holdbarhedsdatoen på patientens medicin og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling er ikke overskredet.</li> <li>9) Der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning.</li> <li>10) Der er navn på patientens medicin, herunder medicinske salver, dråber og anden ikke-dispenserbar medicin.</li> <li>11) Der er adrenalin til rådighed hos patienter, der får injektions- eller infusionsbehandling.</li> </ol>		<p><i>Opmærksomhedspunkter:</i></p> <p><i>Ad 7)</i>  <i>1 præparat er pauseret (Laktulose), men findes i aktuel medicin.</i>  <i>1 præparat er ordineret som fast medicin, men findes ikke i aktuel medicin (Micro lax)</i></p> <p><i>8) Insulinpen uden anbrudsdato.</i>  <i>Øjendråber uden anbrudsdato.</i></p>
<p><b>8.4</b></p>	<p>Skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed) foreligger og fremstår implementeret</p>		

## Tema 9 Hygiejne

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
9.1	1) Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejecentre med fokus på arbejdsdragt og værnemidler. 2) Der forefindes værnemidler.		<i>Der bæres lange ærmer, som ved personlig pleje rulles op til albuehøjde, men ikke over.            Personlig pleje med risiko for stænk ses i 2 ud af 3 tilfælde udført uden plastforklæde.</i>
9.2	Leder og relevante medarbejdere kender til at fremsøge og anvende gældende instrukser og arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud.		



# Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

## Tilgang og formål

Tilsynets kerneydelse er på en anerkendende måde at belyse, om gældende lovgivning og politisk fastsatte retningslinjer og politikker overholdes og efterleves, så borgerne får den hjælp, de er berettiget til, og at hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig forsvarlig måde. Tilsynet skal belyse, hvorvidt:

- Borgerne får hjælp i henhold til kommunens kvalitetsstandarder
- Hjælpen er i henhold til loven og i henhold til afgørelsen om hjælp
- Hjælpen er i overensstemmelse med borgerens aktuelle behov for hjælp
- Forebygge, at eventuelle mindre problemer udvikler sig til store problemer.

Tilsynet har under tilsynene fokus på, at besøgene er afviklet med en anerkendende tilgang med fokus på dialog. Det er intentionen, at tilsynsbesøget kan medvirke til at fremme den videre udvikling af praksis på den enkelte plejeenhed.

Under besøget fokuserer tilsynsførende på plejeenhedens styrker og det, der virker. Det afspejles om muligt i spørgsmålene og dialogen, som kan grundlag for den videre refleksion og analyse af praksis.

Tilsynsførende søger at opnå den fornødne indsigt som grundlag for dialog om eventuelle forbedrings-områder, hvor borgernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandarder m.m.

Samlet set stiller tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

- Viden om, hvorvidt borgerne får den hjælp, de er berettiget til, og om hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig forsvarlig måde på den enkelte plejeenhed
- Støtte til kvalitetsudviklingen gennem konstruktiv dialog og brugbare kvalitetsdata
- En samlet viden på tværs af plejeenhederne om fælles styrker og udfordringer.

Tilsynsbesøget er gennemført uanmeldt og er et udtryk for det øjebliksbillede, som er tilgængeligt på tidspunktet for tilsynets gennemførelse. Tilsyn udføres 12 måneder efter seneste tilsyn +/- 4 måneder, medmindre andet er aftalt med kommunen.

## Indhold og metode

Tilsynet indsamler data på baggrund af hovedpunkter udvalgt af Odsherred Kommune. Tilsynet udføres efter manual, som er tilpasset behovene og prioriteringerne i kommunen. Manualen indeholder beskrivelse af, hvilke opgaver der ligger før – under og efter besøget, herunder på hvilken måde tilsynet afvikles.

Metoderne bygger på nyeste viden fra akkreditering/tilsyn/audit. De gennemgående metoder er:

- Interview af ledere, medarbejdere, borgere samt pårørende
- Dokumentation: Gennemgang af skriftlige vejledninger til medarbejdere, den faglige dokumentation, handleplaner, informationer til borgere m.m.
- Observation af medarbejderes praksis, borgers fremtræden og bolig, arbejdsgange, fællesarealer afholdelse af måltider m.m.

Samlet set sikrer den metodiske tilgang en grundig dataindsamling som underlag for analyse og vurdering. Den metodiske tilgang giver belæg for at vurdere kvaliteten af de ydelser, borgeren modtager.

I tilfælde af, at tilsynsførende under tilsynet bliver opmærksom på sundhedsfaglige forhold af betydning for borgernes sikkerhed, skal tilsynsførende afdække disse forhold og medtage dette i rapporteringen.

## Vurderingsprincipper

Tilsynsbesøget bidrager til at afdække om den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag lever op til lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurdering sker på 4 niveauer:

- Den enkelte stikprøve
- Det enkelte målepunkt
- Det enkelte tema
- Det samlede tilsynsresultat

Vurderingsprincipperne sikrer systematisk analyse og vurdering fra den enkelte stikprøve udføres til det samlede tilsynsresultat. Vurderingsprincipperne er skitseret nedenfor.

### Vurdering af den enkelte stikprøve

Dataindsamlingen sker ved stikprøver og ved anvendelse af interview, observation og dokumentation. Den indsamlede viden vurderes løbende ift. overensstemmelse med temaerne og målepunkterne.

### Vurdering af de enkelte målepunkter

Hvert af de overordnede temaer belyses af underliggende målepunkter. Tilsynsførende vurderer målopfyldelsen af målepunktet på baggrund af dataindsamlingen. Der kan i nogle tilfælde være enkeltstående fund, som medfører, at målepunktet ikke er opfyldt. Det vil typisk være fund af betydning for borgerens sikkerhed. Vurderingen sker ud fra 4 kategorier "Helt opfyldt", "I betydelig grad opfyldt", "I nogen grad opfyldt", "Ikke opfyldt":

Vurderingen sker ud fra 4 kategorier, som farvemærkes af læsevenlige årsager:

Vurderingskategorier	Vurderingsforkortelse og farve
Helt opfyldt	H O
I betydelig grad opfyldt	B O
I nogen grad opfyldt	N O
Ikke opfyldt	I O

### Vurdering af det enkelte tema

På baggrund af de samlede resultater fra målepunkterne vurderes den samlede opfyldelse af det enkelte tema. Et tema kan vurderes som "Helt opfyldt", selvom der er et enkelt fokus med "I betydelig grad opfyldt". Når et af målepunkterne er vurderet "I nogen grad opfyldt" kan den samlede målopfyldelse for temaet højst blive "I betydelig grad opfyldt". Vurderingen sker ud fra samme kategorier og farveskala, som beskrevet ovenfor.

## Om virksomheden og kontaktoplysninger

Den Mobile Kvalitetsafdeling, *akkrediteringsraadgiverne.dk*  
Egebjergvej 232 A  
4500 Nykøbing Sjælland

Nethe Britt Jorck  
Virksomhedsleder og tilsynschef  
Mobil: +45 2869 8898  
Mail: [nethe@jorck.net](mailto:nethe@jorck.net)

*akkrediteringsraadgiverne.dk* er en privat leverandør af rådgivning og tilsyn til de danske kommuner og sygehuse, herunder tilsyn og kvalitetsbesøg inden for serviceloven og sundhedsloven.

Konsulentfirmaet består af virksomhedsleder, som sammen med udvalgte samarbejdspartnere varetager alsidige opgaver, eksempelvis:

- Tilsyn med plejeboliger på ældreområdet
- Tilsyn med fritvalgsområdet
- Andre kvalitetsbesøg/tilsyn i hjemmesygeplejen, akutfunktioner, plejecentre og hjemmeplejen efter serviceloven og sundhedsloven
- Kvalitetsbesøg/temperaturmålinger ift. ædretilsynets målepunkter
- Kvalitetsbesøg/temperaturmåling ift. risikobaseret tilsyn med STPS's målepunkter
- Second opinion kombineret med kvalitetsbesøg/tilsyn ved eksempelvis klagesager
- Tværsektorielle borgerforløb. Ressource- og opgavefordeling
- Brugerundersøgelser, herunder borgertilfredshedsundersøgelser

Ovenstående liste er ikke udtømmende. Sundhedslovs- og servicelovsområdet giver stadig mere komplekse udfordringer i hverdagen, hvor vi kan byde ind med et samarbejde med fokus på en bestemt borgersituation, vinkel eller en særlig dagsorden.

Om virksomhedsleder og tilsynschef

Nethe Jorck har sundhedsfaglig uddannelse (sygeplejerske) suppleret med MPP (Master of Public Policy) tillige med kompetencegivende uddannelser indenfor ledelse, kvalitet og patientsikkerhed, herunder uddannelse til auditor for Dansk Standard og akkrediteringssurveyor for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) samt forandringsagentuddannelsen fra Dansk Selskab for patientsikkerhed.

Nethe Jorck har en årrække beskæftiget sig med sociallovs- og sundhedslovsydelser, kvalitetssikring og patientsikkerhed i kommuner og regioner gennem funktioner som oversygeplejerske, kvalitetschef, tilsynschef, akkrediteringskoordinator m.m.

Særlig relevante erfaringer:

- akkrediteringssurveyor fra 2010 til 2022 for IKAS. Har udført omkring 170 surveydage på sygehuse, i kommuner, præhospitalet, privathospitaler og speciallægepraksis
- har udført over 500 uanmeldte kommunale tilsyn
- forandrings- og forbedringsarbejde med projekter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Ovenstående har medført lang erfaring og indgående viden og indsigt i spændingsfeltet mellem det, der besluttet (lovgivning, retningslinjer, kvalitetsstandarder m.m.) og det, der sker i praksis tættest på borgerne.

