



TILSYNSRAPPORT

Sorø Kommune

Social og Sundhed

Sundhedsfagligt kvalitetstilsyn

Friplejehjemmet Magdalene Marie

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	11
Resultater og vurdering af de enkelte temaer.....	11
Tema 1 Kompetencer og udvikling, flerfagligt samarbejde og tidlig opsporing	12
Tema 2 Medicinhåndtering	15
Tema 3 Procedure og journalføring	17
Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn	18
Bilag 1 Pårørendeinterview	19
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	20
Om virksomheden og kontaktoplysninger	22

Forord

Det kommunale sundhedsfaglige tilsyn i Sorø Kommune er gennemført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens fastsatte procedurer samt de aftalte kvalitetsmålepunkter.

Rapportens formål er at understøtte den faglige og organisatoriske kvalitetsudvikling ved systematisk at belyse såvel konstaterede styrker som eventuelle områder med behov for opmærksomhed og forbedring.

Rapporten er disponeret med henblik på at sikre et klart og anvendelsesorienteret grundlag for ledelsesmæssig opfølgning, læring og videre udvikling af indsatsen.

Indledningsvis redegøres der for tilsynets rammer, herunder tidspunkt for gennemførelse, deltagere samt datagrundlag. Herefter præsenteres det samlede tilsynsresultat med tilhørende begrundelser, herunder vurderinger af styrker, opmærksomhedspunkter og anbefalinger.

Rapportens anden del indeholder en oversigt over målopfyldelsen inden for de enkelte temaer. De tilhørende kvalitetsindikatorer og fund er medtaget i det omfang, de vurderes relevante for den videre kvalitetsudvikling.

Tredje del af rapporten indeholder en samlet oversigt over de pårørendeinterview, der er gennemført telefonisk.

Afslutningsvis indeholder rapporten en kortfattet beskrivelse af tilsynets formål, metode og vurderingsgrundlag samt oplysninger om tilsynsvirksomheden.

Det bemærkes, at tilsynet udgør et øjebliksbillede og derfor skal vurderes i lyset af de forhold, der var gældende på tidspunktet for gennemførelsen.

Venlig hilsen



Nethe Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejeenhed:

Friplejehjemmet Magdalene Marie, Speltvænget 2, 4180 Sorø

Forstander:

Louise Grundtvig Ibsen

Antal beboere

64

Antal teams

4 teams, heraf 1 skærmet afsnit

Tilsynsbesøget fandt sted:

28. maj 2026. Tilsynet var uanmeldt.

Metodik og datagrundlag:

Datagrundlaget er indsamlet via stikprøver ift. sundhedslovens §138.

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 6 borgerjournaler), kompetenceskemaer, instrukser, borgerinformationer, tavler m.v.

Interview: Tilsynet har interviewet forstander, 1 sygeplejefaglig leder, 1 basissygeplejerske, 3 SSA, 1 SSH, 1 køkkenleder samt 1 fysioterapeut.

Der er efter tilsynet udført 4 telefoninterview med pårørende (bilag 1).

Observation: Medicinhåndtering, herunder medicinopbevaringen, borgers udsagn m.m.

Antal forskellige borgerforløb med stikprøver af medicinhåndtering eller journal: 10 borgere.

Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af kommunen gennemført et kommunalt sundhedsfagligt tilsyn hos leverandøren.

Fokusområderne er vurderet i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens procedurer samt almene sundhedsfaglige standarder. Vurderingsprincipperne ses af afsnittet bagest i rapporten.

Den sammenfattende vurdering giver anledning til nedenstående resultat.

De konstaterede mangler vurderes samlet set at have begrænset betydning for borgersikkerheden.

Vurderingen er baseret på en forudsætning om, at den manglende målopfyldelse kan afhjælpes inden for en kortere tidshorisont gennem en målrettet forbedringsindsats.

Opfølgning: Egenkontrol anbefales som del af handleplan og iværksættelse af tiltag:

- Reaktion på vægtændring (målepunkt 1.1)
- Medicinbeholdning (målepunkt 2.3)
- Den sygeplejefaglige dokumentation (målepunkt 3.2)
- Kvalitetsstyring (målepunkt 4.3)

Uddybende oplysninger samt tilsynets anbefalinger fremgår af side 8-10.

Temaerne vurderes samlet set i høj grad at være opfyldt.

Vurderingsskala:

Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvis. Nedenfor fremgår den anvendte vurderingsskala:

Temaerne er vurderet i meget høj grad opfyldte

Alle temaer er samlet set vurderet som "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".

Der kan forekomme få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.

Temaerne er vurderet i høj grad opfyldte

Højst ét tema er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".

De konstaterede mangler vurderes at have begrænset betydning for borgersikkerheden.

Det vurderes, at målopfyldelse kan opnås inden for kortere tid gennem en målrettet forbedringsindsats.

Temaerne er vurderet i lav grad opfyldte

Mere end ét tema er vurderet lavere end "I betydelig grad opfyldt".

Der er konstateret forhold, som kan have væsentlig betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerheden, hvis forbedringstiltag ikke iværksættes kort tid efter tilsynsbesøget.

Det forudsættes, at der iværksættes en målrettet forbedringsindsats med henblik på at rette op på de konstaterede forhold.

Det kan være relevant med opfølgning efter kortere tid, eventuelt i form af et fokuseret genbesøg.

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

Nedenfor angives begrundelsen for tilsynsresultatet. Først beskrives de styrker, som de tilsynsførende har vurderet er til stede på plejeenheden. Dernæst beskrives eventuelle forbedringsområder med tilhørende anbefalinger, hvis praksis på plejeenheden ikke er fundet i overensstemmelse med de aftalte målepunkter inden for lovgivningskrav, kommunens procedurer samt almene sundhedsfaglige standarder.

Generelt

Friplejehjemmet Magdalene Marie fremstår som en plejeenhed med et overordnet struktureret og fagligt funderet grundlag for varetagelsen af de sundhedsfaglige opgaver.

Seneste eksterne sundhedsfaglige tilsyn

STPS – reaktivt sundhedsfagligt tilsyn juni 2025:

- Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring: Implementering sket
- Medicinhåndtering: Implementering sket

Påbud blev ophævet.

Evaluerings ved aktuelle tilsyn:

Ved det aktuelle tilsyn konstateres der tilkomne udfordringer, jf. beskrivelsen under tema 1-4.

Det vurderes samlet, at disse forhold har begrænset betydning for patientsikkerheden, forudsat at plejeenheden inden for kortere tid genopretter det fornødne kvalitetsniveau.

Anbefalingerne fremgår af side 8-10.

Styrker

Den sundhedsfaglige kvalitet koordineres og ledes af en sygeplejefaglig leder. Der er tilknyttet én sygeplejerskestilling pr. afsnit med 16 borgere, hvoraf den ene stilling aktuelt ikke er besat. Tilsynet erfarer, at der for hvert afsnit planlægges med fremmøde i dagvagts med én assistent samt tre SSH, pædagogiske assistenter eller ufaglærte medarbejdere. Der er adgang til interne afløsere, og anvendelsen af eksterne vikarer forekommer kun i begrænset omfang. Fremmødet reguleres i perioder med ledige boliger.

Introduktion af nye medarbejdere fremstår veltilrettelagt i relation til delegerede og overdragede sundhedslovsydelser. Der ses endvidere en struktureret og løbende kompetenceudvikling, som medtager journalføring i FS2. (Enheden er ikke påbegyndt implementering af FS3).

Vagtplanlægningen varetages med henblik på at sikre en hensigtsmæssig opgavefordeling og størst mulig kontinuitet i medarbejdernes tilknytning til eget team og borgerforløb. Nexus-kalenderen fremstår implementeret og anvendes systematisk i den daglige planlægning af borgeropgaver.

Kompetencer og udvikling.

Plejeenheden anvender et kompetencesystem fælles med andre Mariehjem. På enkelte områder er der fastsat skærpede krav til delegering i forhold til Sorø Kommunes generelle praksis. Eksempelvis delegeres øjendrypning ved grøn stær ikke til SSH.

Den delegerede kompetence fremstår i vidt omfang dokumenteret og velorganiseret. Det er forudsat, at medarbejdernes kompetencemapper er lettilgængelige og placeret i hvert afsnit, således at den sundhedsfagligt ansvarlige i en vagt hurtigt kan tilgå dokumentation for såvel borgerspecifik som generel oplæring.

Tidlig opsporing Der er daglig triage om formiddagen.

Borgeroversigterne viser et løbende og aktivt brug af triagemodulet ved ændringer i borgerens tilstand. Der gennemføres triage i hvert afsnit om formiddagen. Dette understøtter en tidlig opsporing af ændringer i borgernes tilstand og indgår samtidig i den løbende kompetenceudvikling.

Flerfagligt samarbejde.

Plejeenheden har seneste 4 måneder haft egen ergoterapeut og fysioterapeut. Praksis fremstår velorganiseret med en integreret samarbejdsflade mellem det sundhedsfaglige og det plejefaglige personale.

Medicinhåndtering

Medicinhåndteringen fremstår overordnet velorganiseret. Der arbejdes fortsat med at fastholde de resultater, der blev konstateret ved tilsynet i juni 2025. Enheden viser referater, som dokumenterer månedlig medicinaudit på udlevering og kvittering af medicin. Audit udføres af ekstern sygeplejefaglig konsulent. Efterfølgende gennemgås resultater på personalemøder.

Procedurer og journalføring

Journalføringen har udgjort et væsentligt indsatsområde, og der arbejdes fortsat med at fastholde de resultater, der blev konstateret ved tilsynet i juni 2025. Enheden viser referater, som dokumenterer månedlig journalaudit. Audit udføres af ekstern sygeplejefaglig konsulent. Efterfølgende gennemgås resultater på personalemøder.

Pårørendes oplevelse

Samarbejdet med og inddragelsen af de pårørende fremstår velfungerende. Indflytningssamtalen opleves som meningsfuld og giver et relevant grundlag for det videre samarbejde. De pårørende fortæller, at de bliver kontak- tet, hvis den nærtstående tilstand ændrer sig. Det fremgår, at indgåede aftaler generelt er kendte af medarbej- derne og bliver fulgt i praksis. De pårørende oplever, at der er tilknyttet en fast medarbejder med godt kendskab til den nærtstående situation og behov.

De ovenfor beskrevne styrker og erfaringer vurderes at udgøre et relevant grundlag for den videre udvikling og kvalitetsforbedring af praksis.

Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 3 temaområder er ”i betydelig grad opfyldt”
- 1 temaområde er ”i nogen grad opfyldt”

Temaområderne består af underliggende målepunkter. Nedenfor fremgår udviklingspunkter for de temaer, som ikke er vurderet som ”helt opfyldt”. Udviklingspunkterne er kort beskrevet og ledsaget af tilsynets anbefalinger. Uddybende data fremgår under de enkelte temaer i rapporten.

Tema 1 Kompetencer og udvikling, flerfagligt samarbejde samt tidlig opsporing

Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring eller overvægt (målepunkt 1.1)

Fokus er på, om medarbejderne har kendskab til og anvender fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for

- hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt vægttab
- at videregive viden, når borgerens tilstand ændrer sig
- at følge op på indgåede aftaler

Vedtagne arbejdsgange

- Vejning tilbydes ved indflytning og herefter hver måned, medmindre der er tegn på ændringer i borge- rens tilstand
- Ved vægttab over 2 kg på 1 måned skal tilstanden triageres gul.

Forbedringspunkter:

- Reaktion på vægttab på mere end 2 kg pr. måned hos 2 ud af 2 borgere: Borgerne ses ikke triageret gul i for- bindelse med vægttabet. Der foreligger hverken observationer eller tegn på en sygeplejefaglig vurdering, herunder stillingtagen til vejehyppighed, kost eller øvrige relevante indsatser. Der ses ikke notat eller opdatering i det sygeplejefaglige problemområde.

Tilsynet anbefaler, at der iværksættes tiltag, herunder

- at justere arbejdsgange for reaktion ved vægttab, fx ved at indarbejde et punkt i triagen om dagens vej- ning og her drøfte indsats for afvigende vægte
- at oplysninger om kost er lettilgængelige for relevante medarbejdere
- **Egenkontrol:** Fastlægge kvalitetsmål og følge op ved stikprøver med fastsatte intervaller. Evaluere tilta- gene og justere.

Fødevareallergi

Ved indflytning registreres oplysninger om allergier eller andre forhold, fx dysfagi. Oplysningerne videreformidles via mail, papir eller eventuelt mundtligt til produktionskøkkenet, som tilbereder frokost og aftensmad. Oplysningerne til køkkenpersonalet fremstår ikke tilstrækkeligt fyldestgørende. Uddybende oplysninger fremgår under målepunktet.

Tilsynet anbefaler, at der iværksættes tiltag, herunder

- at styrke skriftlige arbejdsgange for at medarbejdere, der varetager tilberedning af mad og servering sikres de fornødne oplysninger om borgeres fødemiddelallergier og intolerancer
- at fastlægge arbejdsgange, der gør det vanskeligt for medarbejderne at tilberede og servere forkert kost til borgerne.
- at oplysninger om borgere kan lide en madtype anbefales adskilt fra oplysning om allergi.

Plejeenheden har efterfølgende sat tiltag i gang. Opfølgende egenkontrol/evaluering anbefales

- at oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.

Tema 2 Medicinhåndtering

Fokus: Ved gennemgangen af medicinhåndteringen er målepunkterne fra STPS 2026 anvendt.

- Medicininstruks og kompetence
- Medicinlisten
- Medicinbeholdning

4 borgeres medicinbeholdning er gennemgået, suppleret med yderligere stikprøver af øjendråber, cremer og insulinpenne.

Forbedringspunkter:

Der er konstateret fund i forskellige arbejdsgange, som samlet set kan indebære risiko for patientsikkerheden: Medicinbeholdning målepunkt 2.3:

Ad g): Anbrudt medicin med andet handelsnavn opbevares sammen med aktuell medicin.

Der er konstateret fire tilfælde, hvor anbrudt medicin med andet handelsnavn var placeret under ”aktuel medicin”. For to borgere blev der opbevaret øjendråber i køleskabet med to tilgængelige beholdere, heraf én med andet handelsnavn.

Ad h): Én øjendråbebeholder har overskredet holdbarhedsdatoen.

Ad i): Fire øjendråbebeholdere mangler anbrudsdato. For to beholdere fremgår holdbarhedsdatoen af æsken, men ikke af selve beholderen.

Der er konstateret én creme uden anbrudsdato og én creme, hvor anbrudsdatoen kun fremgår af æsken.

For insulin fremgår anbrudsdatoen i ét af to tilfælde kun af æsken og ikke af pennen.

Plejeenheden opnåede fuld implementering for ét år siden. Det vurderes, at kvalitetsforbedring kan opnås inden for en kortere tidsramme.

Tilsynet anbefaler, at plejeenheden supplerer den eksisterende medicinaudit med ovenstående fund

- anvender fundene i kvalitetsudviklingen sammen med viden fra UTH
- **Egenkontrol:** Fastlægge kvalitetsmål og følge op ved stikprøver med fastsatte intervaller. Evaluere tiltagene og justere. Det kan fx være månedligt tjek af medicinbeholdningen hos borgerne.

Tema 3 Procedurer og journalføring

Fokus er på, hvorvidt journalføringen opfylder kvalitetskrav.

Plejeenheden opnåede fuld implementering for ét år siden.

Forbedringspunkter vedrører ajourføring og tilgængelighed af sygeplejefaglig dokumentation (målepunkt 3.2)

Ved gennemgang af 5 borgerforløb konstateres følgende:

- De 12 sygeplejefaglige problemområder er ikke tilstrækkeligt ajourført i 3 ud af 5 borgerforløb.
- Der mangler dokumentation og evaluering af iværksatte tiltag samt systematisk opdatering af helbredstilstande ved afslutning af triageforløb.

- Dokumentationspraksis er uensartet på tværs af de fire afsnit, hvor handleplaner og handleanvisende oplysninger fremgår forskellige steder.
- Den uensartede praksis medfører risiko for, at relevante oplysninger ikke kan fremsøges hurtigt og sikkert, særligt når medarbejdere hjælper på tværs.

Samlet vurderes forholdet at kunne påvirke kontinuitet, kvalitet og patientsikkerhed i indsatsen.

Tilsynet anbefaler, at plejeenheden

- foretager en ledelsesmæssig drøftelse og prioritering af indsatser på baggrund af en risikovurdering
- **Egenkontrol:** Fastlægge kvalitetsmål, som omfatter triagearbejdsgange og følge op ved stikprøver med fastsatte intervaller. Evaluere tiltagene og justere. Det kan fx være månedlig audit.

Tema 6 Opfølgning fra seneste tilsyn

Kvalitetsarbejdet

Seneste eksterne sundhedsfaglige tilsyn: STPS – reaktivt sundhedsfagligt tilsyn juni 2025

- Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring: Implementering sket
- Medicinhåndtering: Implementering sket

Påbud blev ophævet.

Evaluerings ved aktuelle tilsyn:

Ved det aktuelle tilsyn konstateres der tilkomne udfordringer, jf. beskrivelsen under tema 1-3.

Det vurderes samlet, at disse forhold har begrænset betydning for patientsikkerheden, forudsat at plejeenheden inden for kortere tid genopretter det fornødne kvalitetsniveau.

Tilsynet anbefaler

- at ledelsen styrker den lokale kvalitetsstyring ift. egenkontroller af de anbefalede emner
 - prioritering af indsatsområder og fastlægge, hvem der er tovholder
 - følge kvalitetsprocessen (beslutte kvalitetsmål, sætte tiltag i gang, evaluere, evt. justere tiltag)
- at følge op på handleplaner sammen med de involverede fast månedlig i en periode
- gøre processen synlig ved dokumentation af evalueringer og løbende status. Det kan f.eks. være i form af handleplan eller referater fra personalemøder. Disse kan indgå ved fremtidige evalueringer.

Oversigt over de enkelte temaer

Temaerne vurderes ud fra, om kvaliteten er tilfredsstillende i forhold til lovgivningens krav, kommunens procedurer samt almene sundhedsfaglige standarder. Målene belyses gennem interview, observationer og dokumentation, og det undersøges, om der er sammenhæng mellem de besluttede indsatser og den praktiske udførelse. Af nedenstående oversigt fremgår den samlede målopfyldelse for hvert tema. Vurderingen er angivet ved hjælp af farver og kategorierne H O (helt opfyldt, angivet med grønt), B O (i betydelig grad opfyldt, angivet med lysegrønt) N O (i nogen grad opfyldt, angivet med gult) og I O (ikke opfyldt, angivet med rødt).

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde.	BO
Tema 2	Medicinhåndtering	BO
Tema 3	Procedurer og journalføring	N O
Tema 4	Opfølgning fra seneste tilsyn	BO

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

I det følgende afsnit præsenteres resultater og vurderinger af de enkelte temaer.

Hvert tema indledes med en oversigt over målopfyldelsen.

Herefter præsenteres de konkrete kvalitetsindikatorer, så læseren kan se grundlaget for dataindsamlingen. For hvert målepunkt vurderer den tilsynsførende, om dataindsamlingen dokumenterer overensstemmelse med målepunktet.

Farvemarkeringer anvendes for at skabe et hurtigt overblik over styrker og opmærksomhedspunkter. Dataindsamlingen vedrørende omsorgsjournalen omfatter de dele af journalen, som er relevante for tilsynets fokus.

Fund medtages i det omfang, de vurderes at have betydning for den videre kvalitetsudvikling.

Tema 1 Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde. Tidlig opsporing

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	Sammenhængende indsats for forebyggelige indlæggelser og tværgående sundhedsfagligt samarbejde Medarbejderne kender og bruger plejeenhedens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for ○ hjælp, omsorg og pleje til borgeren i risiko for fx uplanlagt vægttab, tryksår eller fald ○ at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner ○ at følge op på indgåede aftaler. Arbejdsgangene belyses for A: Triage – opfølgning på sundhedslovsydelser B: Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring 1) Vejehyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval 2) Der ses reaktion på uplanlagt vægttab 3) Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.		A: Triage Der er daglig triage i hvert afsnit. Borgeroversigterne dokumenterer aktiv anvendelse af triagemodulet ved ændringer i borgernes tilstand. Der ses udfordringer i relation til opfølgning og journalføring (beskrevet under Tema 3, målepunkt 3.1). B: Vægtproblemer/ernæring Beslutning: Vejning tilbydes ved indflytning samt herefter månedligt, medmindre der observeres tegn på ændringer i borgers tilstand. Nexus-kalenderen anvendes. Fund: ○ Med undtagelse af enkelte overspring tilbydes vægt som planlagt. ○ Reaktion på vægttab på mere end 2 kg pr. måned hos 2 ud af 2 borgere: Borgerne ses ikke triageret gul i forbindelse med vægttabet. Der foreligger hverken observationer eller tegn på en sygeplejefaglig vurdering, herunder stillingtagen til vejehyppighed, kost eller øvrige relevante indsatser.

			Der ses ikke notat eller opdatering i det sygeplejefaglige problemområde. Andre forhold <u>Fødevareallergi</u> Ved indflytning indhentes oplysninger om allergier o.a. Disse oplysninger videregives via mail, papir eller eventuelt mundtligt til produktionskøkkenet, som står for tilberedning af frokost og aftensmad. På tavlen fremgår syv navne på borgere med behov for særlig kost eller særlige ønsker, men det fremstår ikke tydeligt, om der er tale om præferencer eller forhold som allergi, dysfagi, glutenintolerans eller lignende. Oplysningerne foreligger ikke skriftligt hos køkkenpersonalet, som dermed i praksis forventes at kunne huske de relevante oplysninger. Ovenstående vurderes at indebære en patientsikkerhedsmæssig risiko for borgerne. (Ledelsen reagerer med ændring af arbejdsgange umiddelbart efter tilsynet). <u>Borgere med svigt i kognitive funktioner/demens:</u> På tilsynstidspunktet foreligger der ikke en fælles tilgang, metode eller anvendelse af fælles værktøjer. Der er dog oplyst, at tiltag er under implementering.
--	--	--	--

1.2	Genoptræning - Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter 1. Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne. 2. Medarbejdere kan redegøre for målene for genoptræningsforløbene hos relevante borgere og hvordan de – hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.		
1.3	Personalet for de forskellige faggrupper har de nødvendige kompetencer til at varetage behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver. Dette gælder også for vikarer, ufaglærte, elever og studerende. Kompetenceskemaer: Stikprøver viser, at kompetenceskemaer er opdaterede.		Plejeenheden anvender et kompetencesystem fælles med andre Mariehjem. Der ses på enkelte områder fastsat strengere krav til delegering end Sorø Kommune. For eksempel må administration af øjendråber ved grøn stær ikke delegeres til social- og sundhedshjælpere (SSH). Ved stikprøven fremgår det, at 3 af 4 drypninger er udført af den samme SSH. Efter nærmere afklaring vurderes dette som en enkeltstående afvigelse. Introduktion af nyansatte og ufaglærte medarbejdere i forbindelse med delegerede og overdragede sundhedslovsydelser, herunder medicinbehandling, fremstår veltillagt. Kompetenceskemaer Den delegerede kompetence er i vid udstrækning dokumenteret. Medarbejdernes kompetencemapper skal være lettilgængelige og opbevares i hvert afsnit. Dette er opfyldt i 2 af 3 afsnit.

Tema 2 Medicinhåndtering¹

Samlet vurdering



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	Medicinstruks og kompetence Behandlingsstedet har en skriftlig instruks for medicinhåndtering. Stikprøver i minimum 3 beboerforløb, observationer samt interview af medarbejdere afdækker om medarbejderne kender og følger instruksen for: a) Dokumentation af medicinordinationer b) Forsvarlig opbevaring af medicinen c) Dispensering af medicin d) Medicinadministration, herunder håndtering af bestemte lægemidler, fx hvis et lægemiddel ikke administreres i faste doser, eller lægemidlet er et risikosituationslægemiddel e) Håndtering af dosispakket medicin f) Sikker identifikation af patienten og patientens medicin g) Hvordan de skal forholde sig, hvis patienten selv indtager eller ønsker at indtage håndkøbsmedicin, naturlægemidler eller kosttilskud, som ikke er ordineret af lægen h) Samarbejde med de behandlende læger om medicinhåndtering og ordinationer i FMK i) Brug af sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde ved ordination af medicin j) Kontrol og dokumentation ved modtagelsen af medicin.		

¹ STPS 2026: Målepunkter for medicinhåndtering

2.2	Medicinlister Ved gennemgang af medicinlisterne ses: a) Behandlingsstedet fører medicinlisterne systematisk og entydigt. b) Der er overensstemmelse mellem medicinordinationen/Fælles Medicinkort (FMK) og den aktuelle medicinliste. c) Der er dato for ordinationen (dag, måned, år), ændring i ordinationen og/eller seponering. d) Der er behandlingsindikation for den medicinske behandling e) Det fremgår, hvem der administrerer medicinen, herunder om patienten er selvadministrerende.		Medicinbeholdningen hos fire borgere er gennemgået, suppleret med stikprøver af cremer, øjendråber og insulin. d) Ved to cremer er lokation ikke angivet. Borgeren skal smøres på henholdsvis benet med den ene creme og hånden med den anden creme. e) Det fremgår ikke, at en hormoncreme aftalt til selvadministrering.
2.3	Medicinbeholdning Ved gennemgang af medicinbeholdningen hos minimum 3 borgere og relevante journaler vurderes, at medicinbeholdning og opbevaring opfylder nedenstående krav: a) Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning b) Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/-poser c) Dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato. IKKE RELEVANT d) Doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer. e) Medicinen er opbevaret korrekt, forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende. f) Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patients medicin. g) Aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin. h) Holdbarhedsdatoen på patientens medicin og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling ikke er overskredet. i) Der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning. j) Der er navn på patientens medicin, herunder medicinske salver, dråber og anden ikke-dispenserbar medicin		Ad g): Uanbrudt medicin med andet handelsnavn opbevares sammen med aktuel medicin. Der er konstateret fire tilfælde, hvor anbrudt medicin med andet handelsnavn var tilgængelig under "aktuel medicin". For to borgere blev der i køleskabet opbevaret øjendråber, hvor to beholdere var tilgængelige, herunder én med andet handelsnavn. Ad h): Én øjendråbebeholder har overskredet holdbarhedsdatoen. Ad i): Fire øjendråbebeholdere er uden anbrudsdato. To har holdbarhedsdato angivet på æsken, men ikke på selve beholderen. Der er konstateret én creme uden anbrudsdato samt én creme, hvor anbrudsdatoen kun fremgår af æsken. For insulin fremgår anbrudsdatoen i ét ud af to tilfælde kun af æsken og ikke af pennen.

Tema 3 Procedure og journalføring

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.2	Journalen føres systematisk, overskueligt og entydigt. 1) Behandlingsstedet skal sikre at beskrivelsen af patientens aktuelle problemer og risici opdateres ved ændringer i patientens tilstand. 2) Behandlingsstedet skal sikre at patientens aktuelle problemer og risici er journalført i nødvendigt omfang 3) Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger et opdateret og tilstrækkeligt overblik over patientens aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser. 4) Ved journalgennemgang skal der fremgå et opdateret og tilstrækkeligt overblik over patientens aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser. 5) Notaterne er tilgængelige for de sundhedspersoner, der deltager i pleje og behandling af patienterne.		De 12 sygeplejefaglige problemområder ses ikke opdateret tilstrækkeligt i 3 ud af 5 borgerforløb. I flere tilfælde vurderes det, at det drejer sig om manglende opdatering efter gul triage. Handleplaner og handleanvisende oplysninger dokumenteres flere steder. Manglende ensartethed i arbejdsgangen i de 4 afsnit vanskeliggør hurtig adgang til oplysninger, når medarbejdere hjælper på tværs. En medarbejder havde eksempelvis vanskeligt ved hurtigt at finde allergioplysninger for en borger med fødemiddelallergi. For en anden borger manglede handleanvisende oplysninger, som kunne understøtte den sundhedsfaglige indsats over for en kognitivt ramt borger, der periodevist takker nej til behandling, fremstår vredsladen og er dørsøgende.

Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Handleplanen kan f.eks. have form af referat fra personalemøde. Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.		STPS – reaktivt sundhedsfagligt tilsyn, juni 2025: Påbuddet blev ophævet. ○ Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring: Implementeringen er gennemført ○ Medicinhåndtering: Implementeringen er gennemført.
4.2	Effekten af tiltagene er evalueret. I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført.		Evaluering ved aktuelle tilsyn: Der ses tilkommet udfordringer jf. tema 1-3.
4.3	Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn. Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.		Det er på baggrund af ovenstående konstateret, at der foreligger kvalitetsbrist. Det vurderes, at disse på nuværende tidspunkt er af begrænset betydning for patientsikkerheden, forudsat at plejeenheden styrker kvalitetsstyringen inden for kort tid og iværksætter og gennemfører de nødvendige forbedringstiltag.

Bilag 1 Pårørendeinterview

Det er vigtigt at inddrage pårørende som en ressource i sygdomsforløb både i overensstemmelse med beboerens ønsker og i det omfang, det er ønsket og hensigtsmæssigt for den enkelte pårørende. Det kræver tydelige forventninger og et godt samarbejde mellem personale og pårørende til gavn for beboeren. Pårørende har ofte vigtig viden om patientens sygdom, vaner og behov. Den viden kan personalet lytte til og bruge i planlægningen sammen med patienten. Det er vigtigt at aftale med pårørende, hvad der skal ske ved forværring eller ændringer i patientens tilstand. Der er juridiske regler, som sætter ramme for indsatsen.²

Antal telefoninterview: 4 pårørende.

Tema	Målopfyldelse						Øvrige Kommentarer, som pårørende har ønsket/accepteret kom med til brug for forbedringer af arbejdsange o.a. X= den nærtstående
	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ikke relevant	
Indflytningen på plejeenheden Samlet set: - Indflytningssamtale	XX	XX					Både x og jeg følte os meget velkomne. Der var blomster. X faldt helt til ro. Vi var rundt om rigtig meget. Positiv, både for x og os. Faldet rigtig godt til. Vi fik også talt om at vi gerne vil kontaktes løbende. Vi talte om HLR, at det skulle x ikke igennem. Ved indflytningssamtalen talte vi om rigtig mange ting – også om X skulle genoplives og også om, hvordan det skulle være ved sygdom og evt. indlæggelse.
Aftaler med pårørende - Er du blevet kontaktet ved ændringer eller forværringer (svarende til det der er aftalt)? - Bliver du kontaktet, når det er relevant?	XX	XX					Der har været flere gange, hvor de har ringet og vi har talt om det. Det virker som om de godt ved, hvad vi har aftalt. De er gode til at ringe til os, når der sker ændringer. Vi har en stående aftale om, at de ringer, hvis x falder – og det har de gjort hver gang. De kender godt aftalerne. De er gode til at ringe og informere os. X har tabt sig – de er meget opmærksomme på, hvor meget x spiser og om han drikker nok. Der er nogen gang brug for læge her og nu. Så ringer de til os – de er supergode. Vi har et godt samarbejde. Der er fast kontaktperson (alle 4 pårørende).

² <https://www.sst.dk/media/g43nqrum/anbefalinger-til-sundhedspersoners-moede-med-paaroerende-til-alvorlig-syge.pdf>

Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

Tilgang og formål

Tilsynet indsamler data på baggrund af hovedpunkter fastlagt af kommunen. Tilsynet gennemføres efter en manual, der er tilpasset kommunens behov og prioriteringer.

Metoderne bygger på opdateret viden inden for akkreditering, tilsyn og 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 m.m.

Den metodiske tilgang skal sikre et dækkende og systematisk grundlag for den efterfølgende analyse og vurdering. Tilgangen danner samtidig grundlag for vurderingen af kvaliteten af de ydelser, borgeren modtager.

Vurderingsprincipper

Tilsynsbesøget bidrager til at afdække, om den leverede indsats og det skriftlige arbejdsgrundlag er i overensstemmelse med lovgivningens krav, kommunens procedurer og almindeligt anerkendte sundhedsfaglige standarder.

Vurdering sker på 4 niveauer:

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

Vurderingsprincipperne skal sikre en systematisk analyse og vurdering fra den enkelte stikprøve til det samlede tilsynsresultat. Vurderingsprincipperne er skitseret nedenfor.

Vurdering af den enkelte stikprøve

Dataindsamlingen gennemføres ved stikprøver og ved anvendelse af interview, observation og dokumentgennemgang. Den indsamlede viden vurderes løbende i forhold til temaer og målepunkter.

Vurdering af de enkelte målepunkter

Hvert overordnet tema belyses gennem underliggende målepunkter. Den tilsynsførende vurderer målopfyldelsen for det enkelte målepunkt på baggrund af den samlede dataindsamling. I visse tilfælde kan enkeltstående fund medføre, at et målepunkt vurderes lavere end helt opfyldt. Dette vil typisk være fund af betydning for borgerens sikkerhed.

Vurderingen sker ud fra fire kategorier: "Helt opfyldt", "I betydelig grad opfyldt", "I nogen grad opfyldt" og "Ikke opfyldt".

Kategorierne farvemærkes af hensyn til læsbarheden.

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 for målepunkterne vurderes den samlede opfyldelse af det enkelte tema. Et tema kan vurderes som "Helt opfyldt", selv om et enkelt fokus er vurderet som "I betydelig grad opfyldt". Hvis et af målepunkterne er vurderet som "I nogen grad opfyldt", kan den samlede målopfyldelse for temaet højst vurderes som "I betydelig grad opfyldt". Vurderingen foretages efter de samme kategorier og den samme farveskala som beskrevet ovenfor.

Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvis. Nedenfor fremgår den anvendte vurderingsskala:

Temaerne er vurderet i meget høj grad opfyldte

Alle temaer er samlet set vurderet som ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

Der kan forekomme få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.

Temaerne er vurderet i høj grad opfyldte

Højst ét tema er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

De konstaterede mangler vurderes at have begrænset betydning for borgersikkerheden.

Det vurderes, at målopfyldelse kan opnås inden for kortere tid gennem en målrettet forbedringsindsats.

Temaerne er vurderet i lav grad opfyldte

Mere end ét tema er vurderet lavere end ”I betydelig grad opfyldt”.

Der er konstateret forhold, som kan have væsentlig betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerheden, hvis forbedringstiltag ikke iværksættes kort tid efter tilsynsbesøget.

Det forudsættes, at der iværksættes en målrettet forbedringsindsats med henblik på at rette op på de konstaterede forhold.

Det kan være relevant med opfølgning efter kortere tid, eventuelt i form af et fokuseret genbesøg.

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

akkrediteringsraadgiverne.dk er en privat leverandør af rådgivnings- og tilsynsydelser til danske kommuner og sygehuse, herunder gennemførelse af tilsyn og kvalitetsbesøg inden for serviceloven, ældreloven og sundhedsloven.

Konsulentvirksomheden består af virksomhedslederen, som i samarbejde med udvalgte samarbejdspartnere varetager en række opgaver, herunder blandt andet:

- Tilsyn med plejeboliger
- Tilsyn med fritvalgsområdet
- Øvrige kvalitetsbesøg og tilsyn inden for hjemmesygepleje, akutfunktioner, plejecentre, hjemmepleje og bosteder efter service-, ældre- og sundhedslovgivningen
- Kvalitetsbesøg og temperaturmålinger i forhold til Ældretilsynets målepunkter
- Kvalitetsbesøg og temperaturmålinger i forhold til Styrelsen for Patientsikkerheds målepunkter
- Second opinion kombineret med kvalitetsbesøg og tilsyn, eksempelvis i forbindelse med klagesager
- Tværsektorielle borgerforløb samt analyse af ressource- og opgavefordeling
- Brugerundersøgelser, herunder borgertilfredshedsundersøgelser

Ovenstående oversigt er ikke udtømmende. Sundheds-, ældre- og servicelovsområdet er kendetegnet ved stigende kompleksitet, og virksomheden kan derfor indgå i samarbejder med fokus på konkrete borgersituationer, særlige problemstillinger eller specifikke faglige og organisatoriske dagsordener.

Om virksomhedsleder og tilsynschef

Nethe Jorck er uddannet sygeplejerske og har en Master of Public Policy (MPP) samt kompetencegivende efteruddannelser inden for ledelse, kvalitet og patientsikkerhed. Herudover omfatter kompetenceprofilen uddannelse som auditor for Dansk Standard, akkrediteringssurveyor for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) samt forandringsagttuddannelse fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Nethe Jorck har gennem en årrække arbejdet med social- og sundhedslovsydelser, kvalitetsudvikling og patientsikkerhed i kommuner og regioner. Erfaringen omfatter blandt andet funktioner som oversygeplejerske, kvalitetschef, tilsynschef og akkrediteringskoordinator.

Særligt relevante erfaringer:

- Gennemførelse af mere end 750 tilsyn, heraf 650 uanmeldte kommunale tilsyn
- Akkrediteringssurveyor for IKAS i perioden 2010-2022 med gennemførelse af ca. 170 surveydage på sygehuse, i kommuner, i det præhospitale område, på privathospitaler og i speciallægepraksis
- Erfaring med forandrings- og forbedringsarbejde, herunder projekter gennemført i regi af Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Samlet har ovenstående medført betydelig erfaring samt indgående viden om sammenhængen mellem beslutningsgrundlag såsom lovgivning, retningslinjer m.m. og den praktiske opgaveløsning tæt på borgerne.

