



# Tilsynsrapport Guldborgsund Kommune

Social, Sundhed og Omsorg  
Center for Sundhed og Omsorg  
GuldBoSund Fripleshjem og Rehabilitering  
Sundhedsfagligt tilsyn

Uanmeldt tilsyn  
August 2022

## Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt sundhedsfagligt tilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om tilbuddet.

Anden del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og de individuelle undersøgelser. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra den indsamlede data og øvrige indtryk. Vurderingsskala findes sidst i rapporten.

Tilsynets form, indhold, metode og afvikling er afstemt med kommunen.

På bagsiden findes information om BDO.

Med venlig hilsen



Birgitte Hoberg Sloth  
Partner  
Mobil: 2810 5680  
Mail: [bsq@bdo.dk](mailto:bsq@bdo.dk)  
Partneransvarlig



Margit Kure  
Senior Manager  
Mobil: 2429 5072  
Mail: [mku@bdo.dk](mailto:mku@bdo.dk)  
Projektansvarlig

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



# 1. GENERELLE OPLYSNINGER

Oplysninger om friplejehjemmet og tilsynet
Navn og Adresse: GuldBoSund Friplejehjem og rehabilitering, Vibehaven 500, 4800 Nykøbing F
Leder: Dorte Olsen-Kludt
Antal boliger: 46 plejeboliger
Målgruppe: Tilsynet omhandler borgere, der modtager sygeplejeydelser efter SUL
Dato for tilsynsbesøg: Den 31. august 2022
Tilsynet er indledt og tilrettelagt sammen med: Direktør, vicedirektør, to sygeplejersker (teamkoordinatorer).
Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: <ul style="list-style-type: none"><li>• Interview med plejecentrets ledelse</li><li>• Tilsynsbesøg hos fem borgere</li><li>• Gruppeinterview med fire medarbejdere</li><li>• Gennemgang af dokumentation, jf. Sundhedsloven (SUL) for fem borgere</li><li>• Medicingennemgang hos fem borgere</li></ul>
Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen om tilsynsforløbet.
Tilsynsførende: Manager Else Marie Seehusen, sygeplejerske, SD/DSH

## 2. UANMELDT TILSYN

### 2.1 OVERORDNET VURDERING

BDO har på vegne af Guldborgsund Kommune foretaget et uanmeldt sundhedsfagligt tilsyn på GuldboSund Fripleshjem og Rehabilitering. BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem interviews, observationer og skriftligt materiale.

Der er foretaget fem stikprøver ved medicinkontrollen.

Vurderingen er, at GuldboSund Fripleshjem og Rehabilitering lever op til Guldborgsund Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau samt gældende instrukser og retningslinjer for journalføring og medicinhåndtering, dog med enkelte mangler i journalføringen.

Tilsynet vurderer, at de sundhedsfaglige ydelser leveres med en høj faglig kvalitet, og borgerne er meget tilfredse med de sundhedsfaglige indsatser. Fripleshjemmet har fokus på den sundhedsfaglige kvalitet og arbejder med en systematisk og struktureret indsats i forhold til instrukser, sundhedsfaglig dokumentation og medicinhåndtering.

### 2.2 BEMÆRKNINGER OG ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger i forhold til den fremadrettede udvikling på centret:

Bemærkninger	Anbefalinger
Tilsynet bemærker, at der er enkelte mangler i den sundhedsfaglige dokumentation, fx at der i et tilfælde er manglende sammenhæng mellem medicinliste og helbredstilstande.	Tilsynet anbefaler, at det sikres at der konsekvent er sammenhæng mellem FMK og helbredstilstande.
Tilsynet bemærker, at der er anført medicinske præparater i faglige notater og døgnrytmeplaner.	Tilsynet anbefaler, at oplysninger om medicinske præparater udelukkende forefindes i FMK.
Tilsynet bemærker, at der på tre borgere ikke ses konsekvent dokumentation for opfølgning på vægt de seneste måneder.	Tilsynet anbefaler, at der systematisk dokumenteres for opfølgning på borgernes vægt.

### 2.3 AKTUELLE VILKÅR

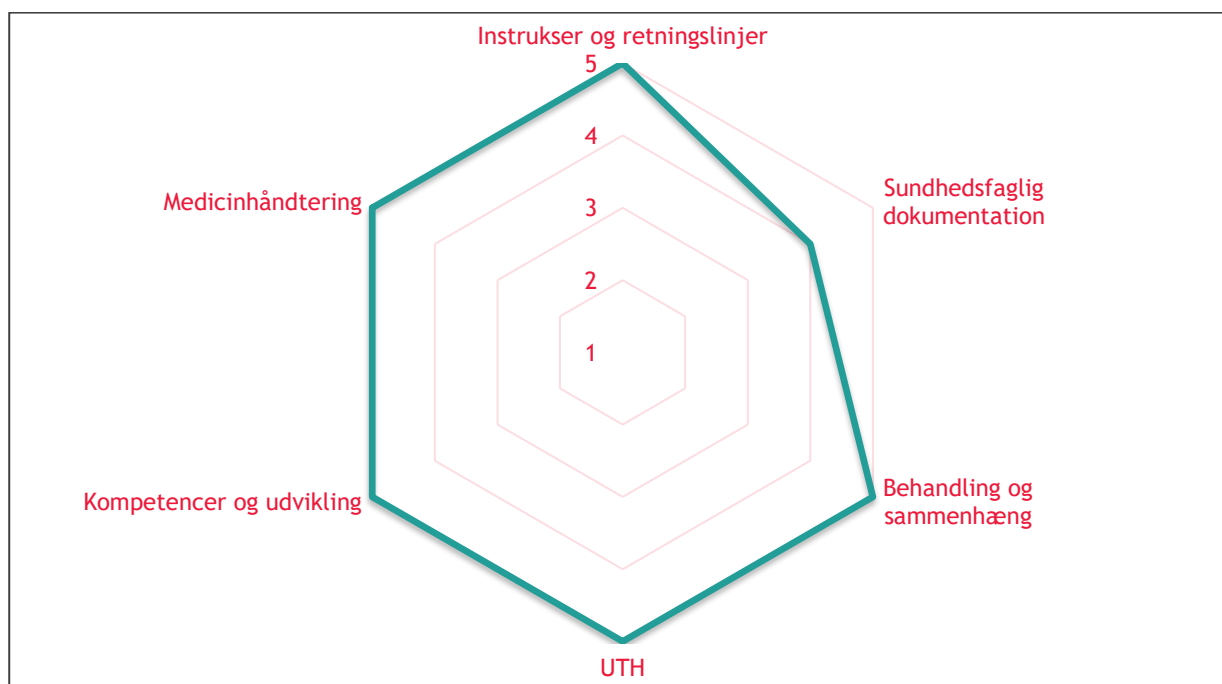
Aktuelle vilkår
<p>Ledelsen oplyser, at friplejehjemmet er organiseret med direktør, vicedirektør og to teamkoordinatorer der begge er sygeplejersker, og som blandt andet er ansvarlige for at kvalitetssikre og udvikle de pleje- og sundhedsfaglige indsatser.</p> <p>Fripleshjemmet tilgår kommunens KVAS (instrukser og vejledninger), benytter VAR, og de har derudover udarbejdet et række lokale instrukser. Oplæring i forhold til instrukser og retningslinjer indgår i introduktion af nye medarbejdere og varetages af friplejehjemmets teamkoordinatorer. Der følges løbende op på personalemøder og assistentmøder i takt med, at der kommer opdateringer i KVAS. Sygeplejerskerne er ansvarlige for opdatering af lokale instrukser. Der arbejdes systematisk med kompetenceafklaring ud fra kompetenceprofil, og der udarbejdes kompetenceskema på hver enkelt medarbejder, hvor der følges op en til en med den enkelte medarbejder. Alle instrukser kan tilgås elektronisk, og disse ligger ligeledes i mapper i de respektive afdelinger.</p>

Friplejehjemmet har netop gennemført et pilotprojekt, der omhandler måling af COVID-19 antistoffer på specielt udvalgte borgere. Projektet skal evalueres sammen med firmaet, der har stillet udstyr til rådighed for projektet.

## 2.4 SCORE

For hvert overordnet tema, der undersøges i tilsynet, opnår friplejehjemmet en score fra 1 til 5, hvor 5 er den bedste. En grafisk figur indikerer, i hvor høj grad tilbuddet opfylder indikatorerne for hvert tema. Jo flere høje scorer, tilbuddet opnår, jo større bliver figuren, og dermed kvaliteten.

Figurens størrelse er et udtryk for kvaliteten målt på de valgte temaer og indikatorer. Jo større figur, jo højere kvalitet.



## 2.5 VURDERING I FORHOLD TIL TEMAER

Tema	Vurdering
Tema 1: Instrukser og retningslinjer  Score: 5	Tilsynet vurderer, at friplejehjemmet i meget høj grad lever op til indikatorerne.  <u>Interview med ledelsen</u> Ledelsen redegør for, at der foreligger instrukser og retningslinjer med tilhørende ansvars- og kompetenceforhold inden for en række fokusområder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sundhedsfaglig dokumentation/journalføring.</li> <li>• Fravalg af livsforlængende behandling.</li> <li>• Borgernes retstilling.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicinhåndtering.</li> <li>• Brug af ikke lægeordnede håndkøbsmidler og kosttilskud.</li> <li>• Samarbejde med behandlingsansvarlige læger.</li> <li>• Hygiejne/håndhygiejne.</li> <li>• Opdatering og tilgængelighed - ansvar for udarbejdelse.</li> <li>• Rammedelegation og personalets kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling ift. sundhedsfaglige opgaver.</li> <li>• Personalets opgaver ifm. borgernes behov for behandling i akutte situationer.</li> </ul> <p><u>Observation</u></p> <p>De skriftlige instrukser overholder de formelle krav til instrukser, herunder at de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indeholder oplysninger om, hvem der er ansvarlig for udarbejdelsen.</li> <li>• Er forsynede med dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring.</li> <li>• Indeholder en entydig og relevant fremstilling af emnet med en præcisering af den ansvarlige målgruppe.</li> <li>• Indeholder medarbejdernes opgaver og ansvar i forhold til dokumentation</li> </ul> <p><u>Interview med medarbejdere</u></p> <p>Medarbejderne redegør for, at de har kendskab til gældende instrukser og retningslinjer, herunder hvordan de tilgår de respektive retningslinjer. Nye medarbejdere introduceres til instrukser og retningslinjer af sygeplejerskerne, som også sikrer, at opdateringer bliver implementerede, fx på assistentmøder og daglige møder. Medarbejderne har sparring med sygeplejerskerne i forhold til kompetenceafklaring og oplæring.</p>
<p>Tema 2: Sundhedsfaglig dokumentation</p> <p>Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at friplejehjemmet i høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Gennemgang af SUL dokumentation</u></p> <p>Dokumentationen er generelt opdateret og fyldestgørende, og den lever op til gældende retningslinjer på området samt fremstår med en høj faglig og professionel standard med få mangler. På alle borgere ses generelle oplysninger med helbredsoplysninger og med oplysninger om ressourcer, mestring og motivation og livshistorie. Der er oprettet relevante helbredstilstande, og der ses overensstemmelse mellem oplysninger i FMK, helbredsoplysninger og helbredstilstande, fraset et tilfælde. På alle borgere ses dokumentation for aftaler, herunder samtykke og oplysninger om relevante sundhedsfaglige kontakter samt behandlingsansvarlig læge. Helbredstilstande indeholder fagligt notat og mål for indsatsen. Handlingsanvisninger på de konkrete tilstande fremgår i døgnrytmeplanen, og der ses aktuelle observationsnotater/evalueringer og opfølgingsdatoer. For alle borgere ses samtykke og stillingtagen til evt. HLR, og der er relevante målinger, fraset tre borgere, hvor der ikke er dokumenteret opfølgning på borgernes vægt de seneste måneder. Opdaterede døgnrytmeplaner forefindes i print hos alle borgere.</p> <p><u>Interview med medarbejdere</u></p> <p>Medarbejderne redegør fagligt reflekteret for, hvordan de arbejder med dokumentationen, så den understøtter kvaliteten i daglig praksis.</p> <p>Der er en klar ansvarsfordeling ud fra kompetenceprofil og instruks, og der er aftalt rammer og vilkår for dokumentationspraksis. Sygeplejerskerne oplærer</p>

	<p>den enkelte medarbejder ud fra kompetenceprofil. Sygeplejerskerne er overordnet ansvarlige for at oprette journalen, og i den daglige praksis sker dokumentation i et tværfagligt samarbejde. Alle medarbejdere er ansvarlige for løbende at dokumentere ændringer, samt at der i alle boliger findes aktuelt print af døgnrytmeplan og medicinliste.</p>
<p>Tema 3: Behandling og sammenhæng Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at friplejehjemmet i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Dokumentation</u></p> <p>Ingen af de gennemgåede borgere har aktuelle indlæggelser. Tilsynet har fået oplyst, at friplejehjemmet ikke modtager plejeforløbsplaner/korrespondancer fra sygehuset elektronisk, og at sygehuset ligeledes ikke sender elektronisk indlæggelsesrapport. Plejeforløbsplaner medsendes fysisk, når borgerne udskrives.</p> <p><u>Interview med borgere</u></p> <p>Borgerne er meget tilfredse og trygge ved den sundhedsfaglige indsats, og alle borgerne tilkendegiver, at de bliver medinddragede i evt. behandling. En borger har fx selv rekvireret håndkøbsmedicin, hvilket borgeren taler med sygeplejersken om under tilsynet.</p> <p><u>Interview med medarbejdere</u></p> <p>Medarbejderne redegør reflekteret for, at de er i dialog med borgerne og evt. pårørende i forhold til at iværksætte behandling, herunder at de indhenter relevant samtykke. Friplejehjemmet er angiveligt ikke koblet på MedCom, og de modtager fx ikke plejeforløbsplaner elektronisk. Praksis er derfor, at sygeplejerskerne skriver data ind i borgernes journaler og opretter/tilretter tilstande og handlingsanvisninger. I forbindelse med udskrivelse fra sygehus tager sygeplejerskerne kontakt til udskrivende afdeling for evt. opklarende spørgsmål. Når borgerne indlægges, medsendes aktuel medicinliste og aktuel døgnrytmeplan.</p> <p>Tilsynet har efterfølgende drøftet med ledelsen, at der overvejes mulighed for at blive koblet på MedCom for at kunne sende og modtage indlæggelsesrapporter og plejeforløbsplaner elektronisk.</p>
<p>Tema 4: UTH Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at friplejehjemmet i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Interview med leder</u></p> <p>Ledelsen redegør for, at der arbejdes systematisk med UTH, hvor de har implementeret lokal instruks. Friplejehjemmet arbejder med individuelle indrapporteringer, og den ene af sygeplejerskerne er tovholder på opfølgning og læring og for samarbejdet med kommunens risikomanager.</p> <p><u>Interview med medarbejdere</u></p> <p>Medarbejderne redegør reflekteret for praksis og arbejdsgange for indberetning og opfølgning på UTH. Medarbejderne følger proceduren i KVAS og lokal instruks, og der er opsamling og fælles læring, fx på kl. 10.15 mødet, hvor der også er kollegial sparring.</p>



<p>Tema 5: Kompetencer og udvikling</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at friplejehjemmet i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Interview med leder</u></p> <p>Ledelsen redegør for, at medarbejdergruppen på friplejehjemmet er tværfagligt sammensat med sygeplejersker, social- og sundhedsmedarbejdere, ergo- og fysioterapeuter, socialpædagoger og kostfaglige medarbejdere. Friplejehjemmet oplever ikke rekrutteringsudfordringer, og der benyttes ikke vikarer.</p> <p><u>Interview med medarbejdere</u></p> <p>Medarbejderne redegør reflekteret for, at de har et godt tværfagligt samarbejde med sygeplejerskerne med gode sparringsmuligheder både i daglig praksis og i de forskellige mødefora og også med ergo- og fysioterapeuter. Der arbejdes systematisk med kompetencekatalog/profil og kompetencekort, hvor udgangspunktet er, at det er sygeplejerskerne, der står for opfølgning og oplæring.</p>
<p>Tema 6: Medicin håndtering</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at friplejehjemmet i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Dokumentation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der ses overensstemmelse mellem ordineret medicin og medicinliste (Hentet fra FMK). Medicinlister er opdaterede. Opdaterede medicinlister forefindes i print hos alle borgere, og der foreligger medicinaftaler.</li> </ul> <p><u>Opbevaring</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicinen opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende, og ugeæsker og dagsæsker ses korrekt mærket med borgers navn og CPR-nummer.</li> <li>• Holdbarhedsdatoen er ikke overskredet på medicinske salver, dråber mv.</li> </ul> <p><u>Dispensering</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicinen er korrekt dispenseret i doseringsæskerne, og den er opbevaret efter gældende regler (Køleskab, aktuelt og ikke aktuelt adskilt).</li> </ul> <p><u>Administration</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicinen er uddelt til tiden.</li> <li>• Uddelt medicin er registreret korrekt i omsorgssystemet på tilsynstidspunktet.</li> </ul> <p><u>Pn medicin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er medicinskema på ordineret pn medicin, og pn medicin opbevares adskilt fra anden medicin. Pn medicin er mærket med navn og CPR-nummer, præparatets navn, styrke og dosis. Praksis er, at der ikke dispenseres pn medicin til en enkelt dag/flere dage, da der altid er en medarbejder på vagt med kompetencer til at dispensere pn medicin.</li> </ul> <p><u>Administration</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At medicinen er uddelt til tiden.</li> <li>• At uddelt medicin er registreret korrekt i omsorgssystemet på tilsynstidspunktet.</li> </ul>



	<p><u>Interview med borgere</u></p> <p>Borgerne er meget tilfredse med hjælpen til medicin håndtering og administration, og enkelte borgere fortæller, at de får udleveret en æske til hver dag, og en borger sørger selv for at tage sin medicin. Alle borgerne tilkendegiver, at de får udleveret medicin til de aftalte tidspunkter.</p> <p><u>Interview med medarbejdere</u></p> <p>Medarbejderne redegør fagligt reflekteret for, at de kender gældende medicininstruks, og at de følger instrukser i KVAS og de lokale instrukser. Medarbejderne kan redegøre for korrekt opbevaring samt for, hvordan de sikrer overholdelse af gældende retningslinjer. Medarbejderne beskriver, hvordan de i forbindelse med udlevering af medicin tjekker antal tabletter i dagsæsken, og at medarbejderne ser, at borgerne indtager deres medicin, samt at medarbejderne kvitterer i omsorgssystemet for, at borgerne har indtaget medicinen.</p>
--	--

## 2.6 VURDERINGSSKEMA

I tilsynene i Guldborgsund Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	<p><b>Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler</li> <li>• Tilsynet har ingen anbefalinger</li> <li>• Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten</li> </ul>
SCORE: 4	<p><b>Indikatorerne er i høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne</li> <li>• Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger</li> </ul>
SCORE: 3	<p><b>Indikatorerne er i middel grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne</li> <li>• En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger</li> </ul>

<b>SCORE: 2</b>	<b>Indikatorerne er i lav grad opfyldt</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen, med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes</li><li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne</li><li>• Få elementer i indikatorerne er opfyldt</li><li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger</li></ul> <p>Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.</p>
<b>SCORE: 1</b>	<b>Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes</li><li>• Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne</li><li>• Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind</li><li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger</li></ul> <p>Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.</p>

## OM BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejecentre, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.