

# Standardprogrammet

- Standardhæftet



| 1  | Standardbetegnelse   | 1.1 Kommunikation  |
|----|--|--|
| 2  | <b>Standard</b>  | Der arbejdes kontinuerligt med at afdække borgerens kommunikative ressourcer for at fremme borgerens muligheder for kommunikation.   |
| 3  | <b>Standardens formål</b>  | <p>Formålet med standarden er at sikre et kontinuerligt fokus på at fremme borgernes mulighed for at kommunikere med omverdenen.</p> <p>Standarden skal desuden sikre, at medarbejderne forstår og respekterer borgernes udtryksmåder.</p>   |
| 4  | <b>Anvendelsesområde</b>   | Regionale, sociale tilbud.   |
| 5  | <b>Dato</b>  | Gældende fra 13-11-2020.   |
| 6  | <b>Trin 1:</b><br>Retningsgivende dokumenter                                 | <p>Der foreligger retningsgivende dokumenter, som indeholder:</p> <p>Retningslinje(r) for løbende afdækning af borgernes kommunikative ressourcer og hvordan borgernes muligheder for kommunikation fremmes, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angivelse af hvilke elementer, der indgår i afdækningen, herunder de faglige tilgange og/eller metoder, der anvendes i afdækningen</li> <li>• Hvordan afdækningen dokumenteres</li> <li>• Hvordan borgernes kommunikative ressourcer revurderes</li> <li>• Hvordan viden om borgernes kommunikative ressourcer anvendes</li> <li>• Hvilke faglige tilgange og/eller metoder der kan anvendes i daglig praksis</li> </ul> |
| 7  | <b>Trin 2:</b><br>Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter | Der arbejdes i overensstemmelse med indholdet i de retningsgivende dokumenter.   |
| 8  | <b>Trin 3:</b><br>Intern kvalitetsovervågning                                | <p>Minimum hvert tredje år kvalitetsovervåges på følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afdækningerne af borgernes kommunikative ressourcer giver et fyldestgørende billede af borgernes kommunikative ressourcer</li> <li>• Viden om borgernes kommunikative ressourcer fremmer borgernes muligheder for kommunikation</li> <li>• Borgere og/eller pårørende oplever at medarbejderne forstår og respekterer borgerens udtryksmåde</li> </ul>   |
| 9  | <b>Trin 4:</b><br>Kvalitetsforbedring  | På baggrund af kvalitetsovervågningen skal ledelsen prioritere og iværksætte tiltag til kvalitetsforbedring. Det skal fremgå af en skriftlig plan, hvordan tiltagene sikres implementeret.   |
| 10 | <b>Referencer</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 §138 (Kvalitetsstandarder)</li> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 §139 (Kvalitetsstandarder)</li> <li>• Kvalitetsmodel. Temaer, kriterier og indikatorer for tilbud. Bilag 1 i Bekendtgørelse om socialtilsyn, BEK nr. 617 af 03/05/2020</li> </ul>   |

| 1  | Standardbetegnelse   | 1.2 Indflydelse på eget liv   |
|----|--|---|
| 2  | <b>Standard</b>  | Der arbejdes kontinuerligt med at sikre borgeren mest mulig indflydelse på eget liv.  |
| 3  | <b>Standardens formål</b>  | <p>Formålet med standarden er at sikre et kontinuerligt fokus på at fremme borgernes muligheder for at få indflydelse på eget liv ud fra borgerens ønsker og forudsætninger.</p> <p>Standarden skal desuden sikre, at medarbejderne yder den støtte, der forbedrer mulighederne for borgerens livsudfoldelse.</p>   |
| 4  | <b>Anvendelsesområde</b>   | Regionale, sociale tilbud.  |
| 5  | <b>Dato</b>  | Gældende fra 13-11-2020.  |
| 6  | <b>Trin 1:</b><br>Retningsgivende dokumenter                                 | <p>Der foreligger retningsgivende dokumenter, som indeholder:</p> <p><b>Indikator 1:</b><br/>Retningslinjer for, hvordan borgernes ønsker til indflydelse løbende afdækkes, dokumenteres og revurderes.</p> <p><b>Indikator 2:</b><br/>Retningslinjer for, hvordan borgernes forudsætninger for indflydelse afdækkes, dokumenteres og revurderes.</p> <p><b>Indikator 3:</b><br/>Retningslinjer for, hvordan borgerne støttes i at udøve indflydelse. Herunder hvordan der tages udgangspunkt i ønsker og forudsætninger.</p> |
| 7  | <b>Trin 2:</b><br>Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter | <b>Indikator 4:</b><br>Der arbejdes i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter.   |
| 8  | <b>Trin 3:</b><br>Intern kvalitetsovervågning                                | <p>Minimum hvert tredje år kvalitetsovervåges på følgende indikatorer:</p> <p><b>Indikator 5:</b><br/>Der ydes tilfredsstillende støtte, der sikrer, at borgerne har størst mulig indflydelse på eget liv.</p> <p><b>Indikator 6:</b><br/>Borgere og/eller pårørende oplever, at tilbuddet støtter borgerens muligheder for indflydelse på eget liv.</p>  |
| 9  | <b>Trin 4:</b><br>Kvalitetsforbedring  | <b>Indikator 7:</b><br>På baggrund af kvalitetsovervågningen skal ledelsen prioritere og iværksætte tiltag til kvalitetsforbedring. Det skal fremgå af en skriftlig plan, hvordan tiltagene sikres implementeret.   |
| 10 | <b>Referencer</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 § 1 (Formål og område)</li> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 § 16 (Brugerinddragelse)</li> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 § 19 (Generelle bestemmelser om børn og unge)</li> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 § 46 (Særlig støtte til børn og unge)</li> </ul>  |

|  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Serviceloven LBK nr.1287 af 28/08/2020 § 81 (Formål voksne)</li><li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 § 82 stk. 2 (Inddragelse af pårørende for voksne)</li><li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 §138 (Kvalitetsstandarder)</li><li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 §139 (Kvalitetsstandarder)</li><li>• Kvalitetsmodel. Temaer, kriterier og indikatorer for tilbud. Bilag 1 i Bekendtgørelse om socialtilsyn, BEK nr. 617 af 03/05/2020</li></ul> |
|--|--|

| 1 | Standardbetegnelse   | 1.3 Individuelle planer   |
|---|--|---|
| 2 | <b>Standard</b>  | Individuelle planer er et aktivt redskab i en målrettet og sammenhængende indsats for borgeren.   |
| 3 | <b>Standardens formål</b>  | Standarden skal sikre, at der ydes en målrettet og sammenhængende indsats for borgeren. Det sker i samarbejde med borgeren og med udgangspunkt i den kommunalt udarbejdede handleplan (SEL §§ 140 og 141).  |
| 4 | <b>Anvendelsesområde</b>   | Regionale, sociale tilbud.  |
| 5 | <b>Dato</b>  | Gældende fra 13-11-2020.  |
| 6 | <b>Trin 1:</b><br>Retningsgivende dokumenter                                 | <p>Der foreligger retningsgivende dokumenter, som indeholder:</p> <p><b>Indikator 1:</b><br/>Retningslinjer for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan der udarbejdes mål med udgangspunkt i den kommunale handleplan (§§ 140 og 141)</li> <li>• Hvordan målene udarbejdes sammen med borgerne ud fra deres forudsætninger</li> <li>• Hvordan tilbuddet samarbejder aktivt med relevante eksterne aktører for at understøtte, at målene for borgerne opnås</li> <li>• Hvordan faglige indsatser og resultater løbende dokumenteres</li> <li>• Hvordan der evalueres og gøres status på borgernes udvikling.</li> </ul> <p><b>Indikator 2:</b><br/>En skabelon for de individuelle planers opbygning, der muliggør beskrivelse af:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konkrete mål for indsatsen</li> <li>• Hvilke indsatser der skal ydes for at nå målene</li> <li>• Hvordan og i hvilken udstrækning borgerne medvirker i formulering af mål</li> <li>• Dato for revidering af mål.</li> </ul> <p><b>Indikator 3:</b><br/>Retningslinjer for:<br/>Hvordan statusmateriale til myndighed samt andre relevante parter udarbejdes med henblik på videregivelse af viden omkring indsatser og mål.</p> |
| 7 | <b>Trin 2:</b><br>Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter | <b>Indikator 4:</b><br>Der arbejdes i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter.   |
| 8 | <b>Trin 3:</b><br>Intern kvalitetsovervågning                                | <p>Minimum hvert tredje år kvalitetsovervåges på følgende indikatorer:</p> <p><b>Indikator 5:</b><br/>Der er tilfredsstillende sammenhæng mellem indsats og opstillede mål.</p> <p><b>Indikator 6</b><br/>Der kan dokumenteres positive resultater i forhold til opfyldelsen af de opstillede mål.</p>  |

|    |                                       |   |
|----|---------------------------------------|---|
|    |                                       | <p><b>Indikator 7:</b><br/>Der samarbejdes i tilstrækkelig grad med relevante eksterne aktører for at understøtte, at borgerens mål opnås.</p> <p><b>Indikator 8:</b><br/>Borgeren oplever at være tilstrækkeligt inddraget i udarbejdelse af de opstillede mål.</p>  |
| 9  | <b>Trin 4:</b><br>Kvalitetsforbedring | <p><b>Indikator 9:</b><br/>På baggrund af kvalitetsovervågningen skal ledelsen prioritere og iværksætte tiltag til kvalitetsforbedring. Det skal fremgå af en skriftlig plan, hvordan tiltagene sikres implementeret.</p>   |
| 10 | <b>Referencer</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 § 46 (Særlig støtte til børn og unge)</li> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 § 47 (Inddragelse af familie og netværk ved børn og unge)</li> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 § 81 (Formål voksne)</li> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 § 82 stk. 2 (Inddragelse af pårørende for voksne)</li> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 §138 (Kvalitetsstandarder)</li> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 §139 (Kvalitetsstandarder)</li> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 §140 (Handleplaner)</li> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 §141 (Handleplaner)</li> <li>• Kvalitetsmodel. Temaer, kriterier og indikatorer for tilbud. Bilag 1 i Bekendtgørelse om socialtilsyn, BEK nr. 617 af 03/05/2020</li> </ul> |

| 1  | Standardbetegnelse   | 1.4 Medicinhåndtering  |
|----|--|--|
| 2  | <b>Standard</b>  | Medicinhåndtering sker sikkert og korrekt.   |
| 3  | <b>Standardens formål</b>  | Standarden skal sikre, at borgeren modtager den rette medicin på rette tidspunkt og i rette dosis.   |
| 4  | <b>Anvendelsesområde</b>   | Regionale, sociale tilbud.   |
| 5  | <b>Dato</b>  | Gældende fra 13-11-2020.   |
| 6  | <b>Trin 1:</b><br>Retningsgivende dokumenter                                 | <p>Der foreligger retningsgivende dokumenter, som indeholder:</p> <p><b>Indikator 1:</b><br/>Retningslinjer for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan medicinhåndtering foregår, herunder: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Overførelse af medicinordination</li> <li>○ Medicindispensering</li> <li>○ Medicinadministration</li> <li>○ Opbevaring og bortskaffelse af medicin</li> </ul> </li> <li>• Hvordan det sikres, at medarbejdere, som håndterer medicin, har de nødvendige faglige kompetencer</li> </ul>   |
| 7  | <b>Trin 2:</b><br>Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter | <p><b>Indikator 2:</b><br/>Der arbejdes i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter.</p>  |
| 8  | <b>Trin 3:</b><br>Intern kvalitetsovervågning                                | <p>Minimum hvert tredje år kvalitetsovervåges på følgende indikatorer:</p> <p><b>Indikator 3:</b><br/>Medicin håndteres sikkert og korrekt i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter.</p> <p><b>Indikator 4:</b><br/>Borgeren modtager den rette medicin på rette tidspunkt og i rette dosis.</p>   |
| 9  | <b>Trin 4:</b><br>Kvalitetsforbedring  | <p><b>Indikator 5:</b><br/>På baggrund af kvalitetsovervågningen skal ledelsen prioritere og iværksætte tiltag til kvalitetsforbedring. Det skal fremgå af en skriftlig plan, hvordan tiltagene sikres implementeret.</p>  |
| 10 | <b>Referencer</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorisationsloven LBK nr. 731 af 08/07/2019 autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed</li> <li>• Autorisationsloven LBK nr. 731 af 08/07/2019 kap 6 patientjournaler</li> <li>• Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000</li> <li>• Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), BEK nr. 1219 af 11. december 2009</li> <li>• Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013</li> <li>• Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.), BEK nr. 530 af 24. maj 2018</li> <li>• Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9079 af 12/02/2015 om ordination og håndtering af lægemidler</li> </ul> |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019:<br/><a href="https://stps.dk/da/udgivelser/2019/korrekt-medicinhaandtering/~media/0E30EDB960FA47DBA41FDA577A0AB979.ashx">https://stps.dk/da/udgivelser/2019/korrekt-medicinhaandtering/~media/0E30EDB960FA47DBA41FDA577A0AB979.ashx</a></li><li>• Styrelsen for Patientsikkerhed, målepunkter for bosteder:<br/><a href="https://stps.dk/da/tilsyn/om-tilsyn/maalepunkter-og-refleksionspunkter/">https://stps.dk/da/tilsyn/om-tilsyn/maalepunkter-og-refleksionspunkter/</a></li></ul> |
|--|--|---|



| 1  | Standardbetegnelse   | 1.5 Magtanvendelse  |
|----|--|---|
| 2  | <b>Standard</b>  | Tilbuddet indberetter, analyserer og følger op på episoder, hvor magtanvendelse forekommer.   |
| 3  | <b>Standardens formål</b>  | Standarden skal sikre borgerens retssikkerhed i forbindelse med magtanvendelser.  |
| 4  | <b>Anvendelsesområde</b>   | Regionale, sociale tilbud.  |
| 5  | <b>Dato</b>  | Gældende fra 13-11-2020.  |
| 6  | <b>Trin 1:</b><br>Retningsgivende dokumenter                                 | Der foreligger retningsgivende dokumenter, som indeholder:<br><br><b>Indikator 1:</b><br>Retningslinjer for: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan magtanvendelser registreres og indberettes</li> <li>• Hvordan tilbuddet analyserer magtanvendelsesepisoder</li> <li>• Arbejdsgange der sikrer, at der på baggrund af den enkelte analyse udarbejdes forebyggende initiativer</li> <li>• Hvordan forebyggende initiativer formidles i medarbejdergruppen.</li> </ul>   |
| 7  | <b>Trin 2:</b><br>Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter | <b>Indikator 2:</b><br>Der arbejdes i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter.   |
| 8  | <b>Trin 3:</b><br>Intern kvalitetsovervågning                                | Minimum hvert tredje år kvalitetsovervåges på følgende indikator:<br><br><b>Indikator 3:</b><br>På baggrund af en gennemgang af det seneste års indberettede magtanvendelser vurderer tilbuddet, om der er mønstre og tendenser, der skal følges op på.   |
| 9  | <b>Trin 4:</b><br>Kvalitetsforbedring  | <b>Indikator 4:</b><br>På baggrund af kvalitetsovervågningen skal ledelsen prioritere og iværksætte tiltag til kvalitetsforbedring. Det skal fremgå af en skriftlig plan, hvordan tiltagene sikres implementeret.   |
| 10 | <b>Referencer</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 § 137 (Fuldbyrdelse af strafferetlige foranstaltninger m.v.)</li> <li>• Voksenansvarsloven LBK nr. 764 af 01/08/2019</li> <li>• Bekendtgørelse nr. 1239 af 22/11/2019 om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne samt om særlige sikkerhedsforanstaltninger for voksne og modtagepligt i boformer efter serviceloven</li> <li>• Bekendtgørelse nr. 810 af 13/08/2019 om voksenansvar for anbragte børn og unge</li> <li>• Vejledning nr. 10229 af 17/12/2019 om voksenansvar for anbragte børn og unge</li> <li>• Vejledning nr. 10148 af 14/12/2019 om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne, herunder pædagogiske principper</li> <li>• Vejledning til registrering af magtanvendelse over for børn og unge i indberetningsskema 1a: <a href="https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/magtanvendelse-born-og-unge-1/registrering-og-indberetning">https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/magtanvendelse-born-og-unge-1/registrering-og-indberetning</a></li> <li>• Vejledning til registrering af magtanvendelser på voksenområdet, herunder vejledning til skemaer om indgreb overfor domfældte</li> </ul> |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>udviklingshæmmede: <a href="https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/magtanvendelse/Skemaer%20til%20indberetning">https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/magtanvendelse/Skemaer%20til%20indberetning</a></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kvalitetsmodel. Temaer, kriterier og indikatorer for tilbud. Bilag 1 i Bekendtgørelse om socialtilsyn, BEK nr. 617 af 03/05/2020</li><li>• Socialstyrelsen: Håndbog til fagpersoner, Regler om brug af magt over for voksne med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne: <a href="https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/til-fagpersoner-regler-om-brug-af-magt-over-for-voksne-med-betydelig-og-varigt-nedsat-psykisk-funktionsevne">https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/til-fagpersoner-regler-om-brug-af-magt-over-for-voksne-med-betydelig-og-varigt-nedsat-psykisk-funktionsevne</a></li></ul> |
|--|--|---|

| 1  | Standardbetegnelse   | 1.6 Utilsigtede hændelser  |
|----|--|--|
| 2  | <b>Standard</b>  | Tilbuddet rapporterer, analyserer og følger op på utilsigtede hændelser.   |
| 3  | <b>Standardens formål</b>  | Standarden skal sikre, at risikoen for forekomst af utilsigtede hændelser begrænses.<br>Standarden skal endvidere begrænse skader på borgeren som følge af utilsigtede hændelser.  |
| 4  | <b>Anvendelsesområde</b>   | Regionale, sociale tilbud.   |
| 5  | <b>Dato</b>  | Gældende fra 13-11-2020.   |
| 6  | <b>Trin 1:</b><br>Retningsgivende dokumenter                                 | Der foreligger retningsgivende dokumenter, som indeholder:<br><br><b>Indikator 1:</b><br>Retningslinjer for: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan utilsigtede hændelser rapporteres</li> <li>• Hvordan en utilsigtet hændelse analyseres</li> <li>• Arbejdsgange der sikrer, at der på baggrund af den enkelte analyse igangsættes forebyggende tiltag</li> <li>• Hvordan disse tiltag formidles i medarbejdergruppen.</li> </ul>  |
| 7  | <b>Trin 2:</b><br>Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter | <b>Indikator 2:</b><br>Der arbejdes i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter.  |
| 8  | <b>Trin 3:</b><br>Intern kvalitetsovervågning                                | Minimum hvert tredje år kvalitetsovervåges på følgende indikator:<br><br><b>Indikator 3:</b><br>På baggrund af en gennemgang af det seneste års rapporterede utilsigtede hændelser vurderer tilbuddet, om der er mønstre og tendenser, der skal følges op på.  |
| 9  | <b>Trin 4:</b><br>Kvalitetsforbedring  | <b>Indikator 4:</b><br>På baggrund af kvalitetsovervågningen skal ledelsen prioritere og iværksætte tiltag til kvalitetsforbedring. Det skal fremgå af en skriftlig plan, hvordan tiltagene sikres implementeret.  |
| 10 | <b>Referencer</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sundhedsloven LBK nr. 903 af 26/08/2019 § 198 (Rapportering af utilsigtede hændelser)</li> <li>• Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 1 af 03/01/2011</li> <li>• Kvalitetsmodel. Temaer, kriterier og indikatorer for tilbud. Bilag 1 i Bekendtgørelse om socialtilsyn, BEK nr. 617 af 03/05/2020</li> <li>• Styrelsen for Patientsikkerhed, målepunkter for bosteder: <a href="https://stps.dk/da/tilsyn/om-tilsyn/maalepunkter-og-refleksionspunkter/">https://stps.dk/da/tilsyn/om-tilsyn/maalepunkter-og-refleksionspunkter/</a></li> <li>• Styrelsen for patientsikkerhed, Utilsigtede hændelser: <a href="https://stps.dk/da/laering/utillsigtede-haendelser/#">https://stps.dk/da/laering/utillsigtede-haendelser/#</a></li> </ul> |

| 1  | Standardbetegnelse   | 1.7 Faglige tilgange, metoder og resultater  |
|----|--|--|
| 2  | <b>Standard</b>  | Tilbuddet arbejder systematisk med relevante faglige tilgange og metoder samt opnåelse af resultater for borgerne.   |
| 3  | <b>Standardens formål</b>  | Formålet med standarden er at sikre, at tilbuddet anvender relevante faglige tilgange og metoder, der er velbegrundede i forhold til tilbuddets målsætning og målgruppe, og som medvirker til at skabe de ønskede resultater for borgerne.   |
| 4  | <b>Anvendelsesområde</b>   | Regionale, sociale tilbud  |
| 5  | <b>Dato</b>  | Gældende fra 13-11-2020.   |
| 6  | <b>Trin 1:</b><br>Retningsgivende dokumenter                                 | <p>Der foreligger retningsgivende dokumenter, der indeholder:</p> <p><b>Indikator 1:</b><br/>En beskrivelse af sammenhænge mellem tilbuddets målsætning, målgrupper samt faglige tilgange og metoder. Der inddrages aktuel viden i valget af faglige tilgange og metoder.</p> <p><b>Indikator 2:</b><br/>Retningslinjer for, hvordan det understøttes, at medarbejderne anvender relevante faglige tilgange og metoder.</p> <p><b>Indikator 3:</b><br/>Retningslinjer for, hvordan tilbuddet anvender resultater for borgernes målopfølgelse til løbende at udvikle og forbedre indsatsen.</p> <p><b>Indikator 4:</b><br/>Retningslinjer for, hvordan tilbuddets målsætning samt faglige tilgange og metoder evalueres og eventuelt revideres.</p> |
| 7  | <b>Trin 2:</b><br>Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter | <b>Indikator 5:</b><br>Der arbejdes i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter.  |
| 8  | <b>Trin 3:</b><br>Intern kvalitetsovervågning                                | <p>Minimum hvert tredje år kvalitetsovervåges på følgende indikatorer:</p> <p><b>Indikator 6:</b><br/>Tilbuddets valg af faglige tilgange og metoder er evalueret og revideret blandt andet med afsæt i ny viden på området.</p> <p><b>Indikator 7:</b><br/>Tilbuddet anvender resultater til løbende at udvikle og forbedre indsatsen.</p>  |
| 9  | <b>Trin 4:</b><br>Kvalitetsforbedring  | <b>Indikator 8:</b><br>På baggrund af kvalitetsovervågningen skal ledelsen prioritere og iværksætte tiltag til kvalitetsforbedring. Det skal fremgå af en skriftlig plan, hvordan tiltagene sikres implementeret.  |
| 10 | <b>Referencer</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitetsmodel. Temaer, kriterier og indikatorer for tilbud. Bilag 1 i Bekendtgørelse om socialtilsyn, BEK nr. 617 af 03/05/2020</li> </ul>   |

| 1  | Standardbetegnelse   | 1.8 Sundhed og trivsel  |
|----|--|---|
| 2  | <b>Standard</b>  | Tilbuddet arbejder kontinuerlig med borgerens adgang til sundhedsfremmende aktiviteter, sundhedsfaglig behandling og kompetent håndtering af sundhedsydelser på tilbuddet.  |
| 3  | <b>Standardens formål</b>  | Formålet med standarden er at fremme borgerens fysiske og mentale sundhed og trivsel.   |
| 4  | <b>Anvendelsesområde</b>   | Regionale, sociale tilbud.  |
| 5  | <b>Dato</b>  | Gældende fra 13-11-2020.  |
| 6  | <b>Trin 1:</b><br>Retningsgivende dokumenter                                 | <p>Der foreligger retningsgivende dokumenter, som indeholder:</p> <p><b>Indikator 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retningslinjer for, hvordan borgernes fysiske og mentale sundhed og trivsel afdækkes.</li> <li>• Retningslinjer for sundhedsfaglig dokumentation</li> </ul> <p><b>Indikator 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retningslinjer for, hvordan borgerne støttes i at deltage i relevante sundheds- og trivselsfremmende aktiviteter.</li> <li>• Retningslinjer for, hvordan borgerne støttes i at modtage behandling fra relevante fagpersoner.</li> </ul> <p><b>Indikator 3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retningslinjer for tilbuddets håndtering af sundhedsfaglige opgaver jf. det risikobaserede tilsyn.</li> </ul> |
| 7  | <b>Trin 2:</b><br>Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter | <b>Indikator 4:</b><br>Der arbejdes i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter.   |
| 8  | <b>Trin 3:</b><br>Intern kvalitetsovervågning                                | <p>Minimum hvert tredje år kvalitetsovervåges på følgende indikatorer:</p> <p><b>Indikator 5:</b><br/>Der er foretaget en fyldestgørende afdækning af borgerens mentale og fysiske sundhed og trivsel.</p> <p><b>Indikator 6:</b><br/>Der er fulgt op på borgerens sundhedsproblemer, med inddragelse af relevante fagpersoner og sundhedsydelser.</p> <p><b>Indikator 7:</b><br/>De forskellige faggruppers ansvar og kompetencer i forhold til sundhedsfaglige opgaver er beskrevet fyldestgørende.</p>   |
| 9  | <b>Trin 4:</b><br>Kvalitetsforbedring  | <b>Indikator 8:</b><br>På baggrund af kvalitetsovervågningen skal ledelsen prioritere og iværksætte tiltag til kvalitetsforbedring. Det skal fremgå af en skriftlig plan, hvordan tiltagene sikres implementeret.   |
| 10 | <b>Referencer</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 § 46 (Formål med særlig støtte til børn og unge)</li> </ul>  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 § 47 (Inddragelse af familie og netværk ved børn og unge)</li> <li>• Serviceloven LBK nr.1287 af 28/08/2020 § 81 (Formål med indsats over for voksne)</li> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 § 82 stk. 1 (Omsorgspligt)</li> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 § 82 stk. 2 (Inddragelse af pårørende)</li> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 § 138 (Standarder)</li> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 § 139 (Standarder)</li> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 § 140 (Handleplaner)</li> <li>• Serviceloven LBK nr. 1287 af 28/08/2020 § 141 (Handleplaner)</li> <li>• Danske Handicaporganisationer: Lige adgang til sundhedsvæsenet. Sundhedstjek hos egen læge til personer med udviklingshæmning eller sindslidelse i botilbud, september 2014.</li> <li>• Kvalitetsmodel. Temaer, kriterier og indikatorer for tilbud. Bilag 1 i Bekendtgørelse om socialtilsyn, BEK nr. 617 af 03/05/2020</li> <li>• WHO's definition på sundhed: <a href="http://www.who.int">www.who.int</a></li> <li>• Nationale infektionshygiejniske retningslinjer for dagtilbud og skoler (også bosteder mv.): <a href="https://hygiejne.ssi.dk/NIRrengoring">https://hygiejne.ssi.dk/NIRrengoring</a></li> <li>• NIR om Håndhygiejne: <a href="https://hygiejne.ssi.dk/NIRhaandhygiejne">https://hygiejne.ssi.dk/NIRhaandhygiejne</a></li> <li>• Vejledning om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling udenfor sygehuse VEJ nr. 9935 af 29/10/2019 <b>Fejl! Linkreferencen er ugyldig.</b></li> <li>• Målepunkter for bosteder 2019-2020: <a href="https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/det-risikobaserede-tilsyn/temaer-og-maalepunkter/~-/media/C5D51312B5DF4B439DBA226C4AFF0A3.ashx">https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/det-risikobaserede-tilsyn/temaer-og-maalepunkter/~-/media/C5D51312B5DF4B439DBA226C4AFF0A3.ashx</a></li> <li>• Vejledning om udfærdigelse af instrukser VEJ nr. 9001 af 20/11/2000</li> <li>• Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser VEJ nr. 9019 af 15/01/2013</li> <li>• Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler BEK nr. 530 af 24/05/2018</li> <li>• Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) VEJ nr. 115 af 11/12/2009</li> <li>• Gældende Sundhedslov</li> </ul> |
|--|--|--|

| 1 | Standardbetegnelse   | 1.9 Forebyggelse af overgreb  |
|---|--|---|
| 2 | <b>Standard</b>  | Tilbuddet forebygger fysiske, psykiske og seksuelle overgreb.   |
| 3 | <b>Standardens formål</b>  | Formålet med standarden er at forebygge, at der forekommer fysiske, psykiske eller seksuelle overgreb over for borgere i tilbuddet, medarbejdere og omgivende samfund.  |
| 4 | <b>Anvendelsesområde</b>   | Regionale, sociale tilbud.  |
| 5 | <b>Dato</b>  | Gældende fra 13-11-2020.  |
| 6 | <b>Trin 1:</b><br>Retningsgivende dokumenter                                 | <p>Der foreligger retningsgivende dokumenter, som indeholder:</p> <p><b>Indikator 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retningslinjer for, hvordan tilbuddet arbejder med at forebygge konfliktoptrappende adfærd og overgreb.</li> <li>• Retningslinjer for, hvordan det understøttes, at medarbejderne og borgere udviser respektfuld adfærd over for hinanden.</li> </ul> <p><b>Indikator 2:</b><br/>Retningslinjer for, hvordan tilbuddet arbejder med risikovurdering, herunder inddragelse af viden fra interne og eksterne samarbejdspartnere.</p> <p><b>Indikator 3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retningslinjer for, hvordan tilbuddet følger op på overgreb og voldsomme hændelser.</li> <li>• Retningslinjer for, hvordan tilbuddet gennemfører analyser og sikrer læring af de passerede hændelser.</li> </ul> |
| 7 | <b>Trin 2:</b><br>Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter | <b>Indikator 4:</b><br>Der arbejdes i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter.   |
| 8 | <b>Trin 3:</b><br>Intern kvalitetsovervågning                                | <p>Minimum hvert tredje år kvalitetsovervåges på følgende indikatorer:</p> <p><b>Indikator 5:</b><br/>Overgreb håndteres og dokumenteres på tilfredsstillende vis.</p> <p><b>Indikator 6:</b><br/>Der arbejdes systematisk med forebyggelse af konfliktoptrappende adfærd og overgreb.</p> <p><b>Indikator 7:</b><br/>Der arbejdes systematisk med risikovurderinger i overensstemmelse med de retningsgivende dokument.</p> <p><b>Indikator 8:</b><br/>På baggrund af en gennemgang af det seneste års passerede hændelser vurderer tilbuddet, om der er mønstre og tendenser, der skal følges op på.</p>  |
| 9 | <b>Trin 4:</b><br>Kvalitetsforbedring  | <b>Indikator 9:</b><br>På baggrund af kvalitetsovervågningen skal ledelsen prioritere og iværksætte tiltag til kvalitetsforbedring. Det skal fremgå af en skriftlig plan, hvordan tiltagene sikres implementeret.   |

|           |                   |   |
|-----------|-------------------|---|
| <b>10</b> | <b>Referencer</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Lov om arbejdsmiljø LBK nr. 674 af 25/05/2020</li><li>• Bekendtgørelse om arbejdets udførelse BEK nr. 1234 af 29/10/2018 og BEK nr 1421 af 29/09/2020</li><li>• Bekendtgørelse om arbejdsrelateret vold uden for arbejdstid BEK nr. 1423 af 29/09/2020</li><li>• AT-vejledning om vold. At-vejledning D.4.3-4 1. juni 2011, opdateret februar 2018</li><li>• Kort og godt om konflikter og Low Arousal. Bo Hejlskov Elven, Dansk Psykologisk Forlag 2018</li><li>• Kvalitetsmodel. Temaer, kriterier og indikatorer for tilbud. Bilag 1 i Bekendtgørelse om socialtilsyn, BEK nr. 617 af 03/05/2020</li></ul> |
|-----------|-------------------|---|



|          |  |   |
|----------|--|---|
| <b>1</b> | <b>Standardbetegnelse</b>  | <b>2.1 Kompetenceudvikling</b>  |
| <b>2</b> | <b>Standard</b>  | Der arbejdes systematisk med at sikre sammenhæng mellem medarbejdernes kompetencer og tilbuddets opgaver.   |
| <b>3</b> | <b>Standardens formål</b>  | Formålet med standarden er at sikre, at der på tilbuddet er relevante, faglige kompetencer til at levere en kvalificeret indsats.   |
| <b>4</b> | <b>Anvendelsesområde</b>   | Regionale, sociale tilbud.  |
| <b>5</b> | <b>Dato</b>  | Gældende fra 13-11-2020.  |
| <b>6</b> | <b>Trin 1:</b><br>Retningsgivende dokumenter                                 | <p>Der foreligger retningsgivende dokumenter, som indeholder:</p> <p><b>Indikator 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Retningslinjer for, hvordan kompetencebehov vurderes, så det sikres, at kompetencerne matcher opgaverne i daglig praksis.</li> <li>En opdateret kompetenceudviklingsplan for tilbuddets samlede kompetencebehov i forhold til nuværende og forventede fremtidige opgaver.</li> </ul> <p><b>Indikator 2:</b></p> <p>Retningslinjer for, hvordan ledelse og medarbejdere samarbejder om den enkelte medarbejders kompetenceudvikling i relation til tilbuddets samlede kompetencebehov.</p> <p><b>Indikator 3:</b></p> <p>Retningslinjer for, hvordan ekstern faglig supervision eller anden form for sparring for ledelse og medarbejdere benyttes.</p> <p><b>Indikator 4:</b></p> <p>Retningslinjer for, hvordan det sikres, at arbejdet tilrettelægges, så borgerne har tilstrækkelig kontakt til personale med relevante kompetencer.</p> |
| <b>7</b> | <b>Trin 2:</b><br>Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter | <p><b>Indikator 5:</b></p> <p>Der arbejdes i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter.</p>  |
| <b>8</b> | <b>Trin 3:</b><br>Intern kvalitetsovervågning                                | <p>Minimum hvert tredje år kvalitetsovervåges på følgende indikatorer:</p> <p><b>Indikator 6:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kompetencerne hos tilbuddets medarbejdere matcher de nuværende opgaver.</li> <li>Kompetenceudviklingsplanen forholder sig i tilstrækkelig grad til forventede fremtidige opgaver.</li> </ul> <p><b>Indikator 7:</b></p> <p>Ekstern faglig supervision eller anden form for sparring imødekommer ledelsens og medarbejdernes behov.</p> <p><b>Indikator 8:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Borgeren og/eller pårørende oplever, at borgeren i forhold til sine behov har tilstrækkelig kontakt til personalet.</li> <li>Medarbejdere oplever at have de fornødne kompetencer i kontakten med borgeren.</li> </ul>  |

|           |                                       |  |
|-----------|---------------------------------------|--|
| <b>9</b>  | <b>Trin 4:</b><br>Kvalitetsforbedring | <b>Indikator 9:</b><br>På baggrund af kvalitetsovervågningen skal ledelsen prioritere og iværksætte tiltag til kvalitetsforbedring. Det skal fremgå af en skriftlig plan, hvordan tiltagene sikres implementeret.  |
| <b>10</b> | <b>Referencer</b>                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Gældende MED-aftale</li><li>• Gældende 3-partsaftale</li><li>• Gældende overenskomst</li><li>• Gældende studieordninger for elever/studerende</li><li>• Kvalitetsmodel. Temaer, kriterier og indikatorer for tilbud. Bilag 1 i Bekendtgørelse om socialtilsyn, BEK nr. 617 af 03/05/2020</li></ul> |

|           |  |   |
|-----------|--|---|
| <b>1</b>  | <b>Standardbetegnelse</b>  | <b>2.2 Arbejdsmiljø</b>   |
| <b>2</b>  | <b>Standard</b>  | Der arbejdes systematisk med udvikling af arbejdsmiljø og trivsel   |
| <b>3</b>  | <b>Standardens formål</b>  | Formålet med standarden er at skabe arbejdspladser, der løbende er i stand til at sikre og udvikle medarbejdernes fysiske og psykiske arbejdsmiljø samt trivsel   |
| <b>4</b>  | <b>Anvendelsesområde</b>   | Regionale, sociale tilbud   |
| <b>5</b>  | <b>Dato</b>  | Gældende fra 13-11-2020.  |
| <b>6</b>  | <b>Trin 1:</b><br>Retningsgivende dokumenter                                 | <p>Der foreligger retningsgivende dokumenter, som indeholder:</p> <p><b>Indikator 1:</b><br/>Retningslinjer for hvordan der arbejdes med APV, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikation og kortlægning af tilbuddets samlede arbejdsmiljø</li> <li>• Beskrivelse og vurdering af tilbuddets arbejdsmiljøproblemer</li> <li>• Inddragelse af tilbuddets sygefravær</li> <li>• Prioritering af løsninger på tilbuddets arbejdsmiljøproblemer og udarbejdelse af en handleplan</li> <li>• Opfølgning på handleplan.</li> </ul> <p><b>Indikator 2:</b><br/>Retningslinjer for hvordan der arbejdes med trivselsmålinger, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikation og kortlægning af tilbuddets trivsel</li> <li>• Beskrivelse og vurdering af tilbuddets udviklingsområder</li> <li>• Inddragelse af tilbuddets sygefravær</li> <li>• Prioritering af løsninger på tilbuddets udfordringer og udarbejdelse af en handleplan på baggrund af resultaterne fra trivselsmålingen</li> <li>• Opfølgning på handleplan.</li> </ul> |
| <b>7</b>  | <b>Trin 2:</b><br>Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter | <b>Indikator 3:</b><br>Der arbejdes i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter.   |
| <b>8</b>  | <b>Trin 3:</b><br>Intern kvalitetsovervågning                                | <p>Minimum hvert tredje år kvalitetsovervåges på følgende indikatorer:</p> <p><b>Indikator 4:</b><br/>Der er tilfredsstillende sammenhæng mellem resultater og prioriterede indsatsområder i handleplanerne.</p> <p><b>Indikator 5:</b><br/>Det vurderes, om der er mønstre i resultater og indsatser fra arbejdet med APV og trivselsmåling, som har tegnet sig over tid, og som skal følges op på.</p>  |
| <b>9</b>  | <b>Trin 4:</b><br>Kvalitetsforbedring  | <b>Indikator 6:</b><br>På baggrund af kvalitetsovervågningen skal ledelsen prioritere og iværksætte tiltag til kvalitetsforbedring. Det skal fremgå af en skriftlig plan, hvordan tiltagene sikres implementeret.   |
| <b>10</b> | <b>Referencer</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lovbekendtgørelse om arbejdsmiljø nr. 674 af 25/05/2020</li> <li>• Bekendtgørelse om arbejdets udførelse BEK nr. 1234 af 29/10/2018</li> <li>• Arbejdstilsynets vejledning D.1.1-3 fra juli 2009, opdateret april 2016 om Arbejdspladsvurdering.</li> <li>• Aftale om sundhed og trivsel på arbejdspladserne pr. 1. april 2015, for hhv.</li> </ul>  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p>det kommunale og det regionale område (Forhandlingsfællesskabet)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kvalitetsmodel. Temaer, kriterier og indikatorer for tilbud. Bilag 1 i Bekendtgørelse om socialtilsyn, BEK nr. 617 af 03/05/2020</li></ul> |
|--|--|--|

| 1  | Standardbetegnelse   | 2.3. Ledelse   |
|----|--|--|
| 2  | <b>Standard</b>  | Tilbuddet ledes, så der er fokus på tilbuddets værdier i praksis.  |
| 3  | <b>Standardens formål</b>  | Standardens formål er at sikre, at der er sammenhæng mellem tilbuddets formulerede værdier og den enkelte medarbejders udførelse af arbejdet i praksis.  |
| 4  | <b>Anvendelsesområde</b>   | Regionale, sociale tilbud.   |
| 5  | <b>Dato</b>  | Gældende fra 13-11-2020.   |
| 6  | <b>Trin 1:</b><br>Retningsgivende dokumenter og processer                    | <p>Der foreligger retningsgivende dokumenter, som indeholder:</p> <p><b>Indikator 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilbuddets værdier/værdigrundlag</li> <li>• Retningslinjer for, hvordan medarbejdere introduceres til tilbuddets værdier og deres betydning for praksis.</li> </ul> <p><b>Indikator 2:</b><br/>En beskrivelse af hvilke fora og metoder, der anvendes for at skabe sammenhæng mellem værdier og praksis.</p>   |
| 7  | <b>Trin 2:</b><br>Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter | <b>Indikator 3:</b><br>Der arbejdes i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter.  |
| 8  | <b>Trin 3:</b><br>Intern kvalitetsovervågning                                | <p>Minimum hvert tredje år kvalitetsovervåges på følgende indikatorer:</p> <p><b>Indikator 4:</b><br/>Medarbejderne introduceres til værdier i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter.</p> <p><b>Indikator 5:</b><br/>De valgte fora og metoder, der anvendes for at skabe sammenhæng mellem værdier og praksis, understøtter denne sammenhæng.</p> <p><b>Indikator 6:</b><br/>Der er sammenhæng mellem værdier og praksis.</p> <p><b>Indikator 7:</b><br/>Borgere og/eller pårørende oplever værdierne i mødet med tilbuddet.</p> |
| 9  | <b>Trin 4:</b><br>Kvalitetsforbedring  | <b>Indikator 8:</b><br>På baggrund af kvalitetsovervågningen skal ledelsen prioritere og iværksætte tiltag til kvalitetsforbedring. Det skal fremgå af en skriftlig plan, hvordan tiltagene sikres implementeret.  |
| 10 | <b>Referencer</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Væksthus for Ledelse (2008): <i>Kodeks for god ledelse – i kommuner og regioner.</i></li> <li>• Væksthus for Ledelse og Det Personalepolitiske Forum (2008): <i>Ledelse uden grænser. Syv råd til ledere om at skabe trivsel i det grænseløse arbejdsliv.</i></li> <li>• Kvalitetsmodel. Temaer, kriterier og indikatorer for tilbud. Bilag 1 i Bekendtgørelse om socialtilsyn, BEK nr. 617 af 03/05/2020</li> </ul>  |

