



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Holbæk Kommune

Aktiv Hele Livet

Elmelunden Plejecenter

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 | 12 |
| Tema 1 Pleje, omsorg og praktisk støtte | 13 |
| Tema 2 Selvbestemmelse og indflydelse | 15 |
| Tema 3 Hverdagsliv – aktiviteter, mad og måltider | 16 |
| Tema 4 Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde | 18 |
| Tema 5 Utilsigtede hændelser (UTH) | 21 |
| Tema 6 Magtanvendelse sker i overensstemmelse med lovgivning og lokale beslutninger | 22 |
| Tema 7 Dokumentation | 23 |
| Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper | 29 |
| Om virksomheden og kontaktoplysninger | 32 |

Forord

De uanmeldte kommunale tilsyn for Holbæk Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder, kvalitetspolitikken og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Kommunens fokus på UTH og magtanvendelse er medtaget.

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

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

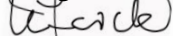
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

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

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

Venlig hilsen



Nethé Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejecenter:

AHLI-Plejecenter Elmelunden, Lunderosevej 5, 4450 Jyderup

Plejecenterleder:

Helle Fobian Thomsen

Antal beboere:

70

Tilsynsbesøget fandt sted:

14. maj 2024

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 12 borgerjournaler), instrukser, handplaner, borgerinformationer, menuplaner, aktivitetsoversigt, køkkensedler, beboeravis m.v.
- Interview: 4 borgere, som er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. 5 pårørende er efterfølgende telefoninterviewet. Besvarelserne fremgår af bilag 1. Desuden har tilsynet interviewet 1 plejecenterleder, 2 teamledere, 1 sygeplejerske, 4 assistenter, 3 hjælpere, 1 aktivitetsmedarbejder og 2 ernæringsassistenter.
- Observation: Borgeres bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig pleje til 3 borgere og hjælp til spisning hos 2 borgere.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 7 borgere.

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Holbæk Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos leverandøren. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn i Holbæk Kommune”.

Fokusområderne er vurderet i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Vurderingen er sket ud fra de temaområder og målepunkter, som er aftalt med kommunen. Vurderingsprincipperne ses af afsnittet bagest i rapporten.

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

Målene er i høj grad opfyldte

Vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

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

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

Målene er i høj grad opfyldte

Højst 1 af temaerne er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Målene er i middel grad opfyldte

Højst 2 af temaerne er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved uændrede forhold.

Løbende opfølgning anbefales.

Målene er i lav grad opfyldte

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”I betydelig grad opfyldt”.

Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer.

Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.

Kritisable forhold

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

Styrker

Elmelunden fremstår som et velstruktureret og grundlæggende velfungerende hjem for 70 borgere. Boligerne er fordelt med 14 borgere i hver plejeenhed.

Plejecenterleder og 2 teamledere varetager hver deres veldefinerede fagområder. Kvalitetsstandarderne vurderes i høj grad opfyldte.

Selvbestemmelse og indflydelse

Borgerne fortæller om en velfungerende kontaktpersonordning, og tilsynet hører kun godt om samarbejdet. Fra indflytning arbejdes med borgerens livshistorie. Borgerne fortæller, at deres døgnrytme respekteres fx ift. hvornår de ønsker hjælpen om morgenen, sengevaner, morgenmad og deltagelse i de aktiviteter, der tilbydes. Det er tilsynets indtryk, at medarbejderne generelt respekterer borgers selvbestemmelse.

Pleje, omsorg og praktisk støtte

Personlig pleje: Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer personlig pleje til flere borgere. Der iagttages velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær i form af småsludren undervejs, der afspejler, at medarbejderne kender den enkelte borgers interesser og baggrund. De interviewede borgere fortæller i de fleste afsnit, at det næsten altid er de samme, der hjælper med den personlige pleje.

Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere, og de faste medarbejdernes praksis fremstår rutineret og omsorgsfuld. Fællesarealer, boliger og hjælpemidler fremtræder rengjorte svarende til rengøringsstandarder.

Hverdagsliv: Aktiviteter, mad og måltider

Aktiviteter: Borgerne har en månedsoversigt over fælles tilbud. Tilbuddene formidles i ”Elmenyt”, som udgives hver 3. måned. Der ses og høres om tilbud, der favner interesser på forskellig vis via gymnastik, fællessang, boccia og cykling. Der er tilbud om andagt. Aktivitetsmedarbejderne opholder sig på skift i de 5 enheder. Her høres hyggelig småsnakken ved fællesbord og også 1:1 kontakt kan prioriteres på disse dage.

Mad og måltider: Borgerne fortæller, at de sætter pris på maden både til frokost og til aften. Tilsynet overværer frokosten i plejecentrets spisestuer, hvor de fleste af borgerne spiser. Når borgere spiser i egen bolig, ses prioritering af, at en medarbejder spiser egen mad sammen med borger, der har brug for spejlingen.

Den varme mad tilberedes af centralkøkkenet. Der er et råd i centralkøkkenet med deltagelse af borgere og pårørende.

Kompetencer og udvikling. Sammenhæng og forudsigelighed

Tilsynsførende hører om morgenmøde, hvor medarbejderne orienterer sig i døgnets observationer og ved sygdom justerer arbejdsplanlægningen. Ved triage om formiddagen er der dialog om sundhedsfaglige og social- og plejefaglige forhold. Her vægtes den tidlige opsporing af borgere, hvis tilstand har ændret sig, og hvor der er brug for en særlig indsats.

Utilisgtede hændelser (UTH)

Arbejdet med UTH fremstår velstruktureret. Der høres om velfungerende læringsteam og eksempler på, hvorledes UTH anvendes til forbedringer af arbejdsprocesser.

De ovenfor nævnte styrker og erfaringer med kvalitetsforbedringer er et godt afsæt til at fastholde den gode kvalitet og yderligere forbedre praksis.

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 3 temaer er ”Helt opfyldt”
- 3 temaer er ”I betydelig grad opfyldt”
- 1 tema er ”I nogen grad opfyldt”

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

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

Tema 1 Personlig pleje og praktisk hjælp

Tøjvask

Fokus: For at undgå bakterie- og virusoverførsel ved vask mellem forskellige borgeres beklædning, skal udføres ugentlig kogevaske på tom maskine og foretages aftørring af membraner (NIR¹). Dette skal støttes af egenkontrolskemaer. Ved lavere temperaturer skal smittevejen brydes fx ved brug af vaskemiddel med desinfektionsmiddel eller desinfektion mellem vaske.

Al vask af borgernes tøj sker i boligerne. Det er alene dyner og andet, der ved forurening vaskes i de fælles industrimaskiner. Der er her tale om kogevaske.

Opmærksomhedspunktet er, at der ikke ses egenkontrolskemaer for ugentlig kogevaske på tom maskine mv. eller tilsvarende.

Tilsynet anbefaler,

- at indføre egenkontrolskema for den ugentlige kogevaske med tom maskine og aftørring af membraner
- at rette henvendelse til kommunens hygiejnefunktion ved tvivlsspørgsmål.
- at evaluere tiltagene via egenkontrolskemaerne i en periode.

Tema 4: Kompetencer og udvikling. Sammenhæng og kontinuitet

Formidling og involvering af sundhedsfaglige medarbejdere ved ændringer i borgers tilstande

Fokus: Et væsentligt grundlag for forebyggelse af indlæggelse er et velfungerende flerfagligt samarbejde og tidlig opsporing af begyndende sygdom. Det er væsentligt, at medarbejderne kender og bruger plejeenhedens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for fx uplanlagt vægttab, tryksår og fald.

Tilsynet erfarer høj bevågenhed for tidlig opsporing og rettidig reaktion på ændringer i borgers tilstande. Der ses udviklingspunkter for

- a) Frontmedarbejdernes kendskab til dagens visiterede borgeropgaver
- b) Reaktion på utilsigtet vægttab.

Ad a: Frontmedarbejdernes kendskab til dagens visiterede borgeropgaver

Indsætter såsom undersøgelse af værdier ses af Nexuskalender, men der ses ikke systematik for fordeling af opgaverne inden borgerbesøg i alle enheder, så den enkelte frontmedarbejder er vidende om hvilke opgaver, vedkommende skal varetage. Det kan have betydning for den tidlige opsporing samt opfølgning på igangværende tiltag.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats med og

- øge opmærksomheden på dagens borgeropgaver og fordele disse
- evaluere om formiddagen om borgeropgaverne er varetaget og om der er ændringer i borgers tilstande.

Ad b: Tidlig opsporing af borgere med ændringer af ernæringstilstand

Fokus: Et væsentligt grundlag for, at borger har energi og kan deltage i egen pleje og være fysisk aktiv er, at ernæringstilstanden er så god som mulig. Ældre og småspisende borgere er ofte sårbare, idet en utilstrækkelig ernæringstilstand kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens.

Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne, og er dermed en risiko for patientsikkerheden. Forebyggelse kræver en tidlig opsporing.

¹ Håndtering af tekstiler til flergangsbrug i sundhedssektoren, 2. udgave 2022

Ernæringsindsatsen er en kædeproces med opgaver fordelt mellem hjælpere, elever, uuddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl.

Vejninger af borgere er en af indikatorerne på, om borgerne får den ernæring, de har behov for. (Se [2015-AEL-dre_vægttab_anbefalinger.ashx \(sst.dk\)](#))

Elmelunden har systematiseret vægtkontrol, så de månedlige vejninger udføres samme dag.

Udviklingspunkt: Vægtkontrol: Der ses eksempel på ikke-udførte opgaver ift. vægtkontrol, idet ekstra 14. dages vægte ikke ses udført.

Handlingsanvisningerne indeholder for 1 ud af 4 borgere oplysning om, ved hvilket vægttab, sygeplejerske skal kontaktes. Der ses ikke mål for indsatsen om, hvorvidt målet er, at borger kan bibeholde vægten eller tage på.

Reaktion på utilsigtet vægttab: For 2 ud af 3 borgere med større utilsigtet vægttab ses ikke tegn på videre formidling til sundhedsfaglig medarbejder mhp. stillingtagen til justering af kostbehov og vejehyppighed. For 1 har der været mundtlig formidling via triage eller lignende, idet der ses sundhedsfaglig reaktion.

Der ses ikke skrevet observation om vægttabene.

Tilsynet anbefaler

- at mål for indsatsen er lettilgængelig for den der vejer, så uplanlagt vægttab kan erkendes
- at øge opmærksomhed på, at erkendelse af vægttab journaliseres via fx observation
- at samle op på dagens udførte målinger af værdier
- medtage emnet i den løbende journalaudit.

Tema 6 Magtanvendelse sker i overensstemmelse med lovgivning og lokale beslutninger

Det er tilsynets indtryk, at der arbejdes ihærdigt med implementering af de overordnede beslutninger, herunder om kortvarig fastholdelse, handleplan samt indberetning af magtanvendelse.

Tilsynet anbefaler at fortsætte opmærksomheden for

- at oplysninger om borgers behov for kortvarig fastholdelse er lettilgængeligt for relevante medarbejdere
- at døgnrytmeplanerne opdateres løbende
- at der laves handleplan for borgere med behov for fastholdelse samt forebyggende tiltag
- at indberetninger sker i overensstemmelse med det vedtagne.

Tema 7 Dokumentation

Fokus: Fyldestgørende og løbende ajourført dokumentation er det nødvendige grundlag for, at alle medarbejdere kan varetage den rette hjælp, omsorg og pleje af borgere ud fra den faglige beskrivelse af borgerens behov.

Hjælpen skal løbende tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5, hvilket nødvendiggør, at der er en tilstrækkelig dokumentationspraksis, som anvendes og følges af alle medarbejdere samt, at aktuelle ændringer løbende dokumenteres.

Udviklingspunkter:

Papirbåren dobbeltdokumentation:

Køkkensedlerne i enhederne fremstår ikke systematisk opdaterede og indeholder misvisende/manglende oplysninger. Fælleskøkken: Oversigt om ”allergi/kan ikke lide” er ikke opdelt.

Aftenvagtsseddel: En aftenvagtsseddel om borgeropgaver ses i køkken. Udover personlig pleje ses stomiskift, øjendråber o.a. Der ses ikke-opdaterede oplysninger.

Rød tråd: Der ses for 1 ud af 8 borgerforløb overensstemmende oplysninger mellem helbredstilstande/fagligt notat, notater fra samarbejdspartnere, døgnrytmeplan, funktionsevnetilstande, observationer, målinger samt papirbårne dokumenter (køkkensedler).

Der ses supplerende oplysninger under tema 7 samt i 4.2, 4.3 og 6.3. Mønstre og tendenser:

- at der ikke konsekvensrettes i Nexus og de papirbårne dokumenter.

2) Døgnrytmeplaner

Den social- og plejefaglige dokumentation: For 6 ud af 8 borgere ses døgnrytmeplaner med de fornødne oplysninger til, at medarbejdere, som ikke kender borger så godt, kan tilbyde en genkendelig personlig pleje.

Særlige kostbehov eller træningsbehov: Her ses oplysningerne ikke overensstemmende med helbredsoplysninger i 3 ud af 8 tilfælde.

Magtanvendelse: For en borger med behov for kortvarig fastholdelse ses oplysning ikke i døgnrytmeplan. For 1 ud af 3 borgere med forebyggende tiltag ses konkrete oplysninger ikke af døgnrytmeplaner.

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

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

Tilsynet anbefaler

- at fastlægge ansvars- og opgavefordeling for løbende opdateringer, fx at assistent-kontaktpersonerne har tjek-liste for både Nexus og papirbåren dokumentation
- udføre miniaudit med deltagelse af assistenter og sygeplejerske.

Opmærksomhedspunkter

Tema 2 Selvbestemmelse - Mad og måltider Tema 3 Hverdagsliv -Mad og måltider

Fokus: Måltidet er mad og også de fysiske rammer om maden, de mennesker vi spiser maden sammen med, og de ting vi taler om over maden eller blot er sammen om. At servere maden på bordet i mindre skåle, så man selv kan tage, selv at kunne pynte smørrebrød, kan medvirke til at øge spiselysten også for mennesker ramt af demens. Det er vigtigt at sætte fokus på, hvordan medarbejdere kan fremme meningsfulde samtaler under måltidet. Fælles beslutninger på plejecenter kan hjælpe medarbejderne til at skabe gode vilkår for spiselysten og samværet og gøre måltidet til en positiv og social oplevelse.

Elmelunden har erfaringer fra afprøvede tiltag med forbedringer af serveringen af frokost og aftensmad. De indhøstede erfaringer er værdifulde i den videre kvalitetsudvikling.

Udviklingspunkt:

Tilsynet overværer dele af frokosten. Der ses forskellig praksis i spisestuerne og forskellene synes ikke alene begrundet i borgernes forskelligheder.

Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter den ihærdige indsats for

- at måltiderne, både for den kolde og varme mad, indeholder valgmuligheder, som støttes af serveringen
- at arbejde videre med "Det gode måltid" på Elmelunden, herunder medarbejderopgaver o.a.
- at måltidsopgaver dagligt fordeles
- at evaluere efter fastsat tidspunkt, fx 1 måned efter tiltag er sat i gang og herefter løbende.

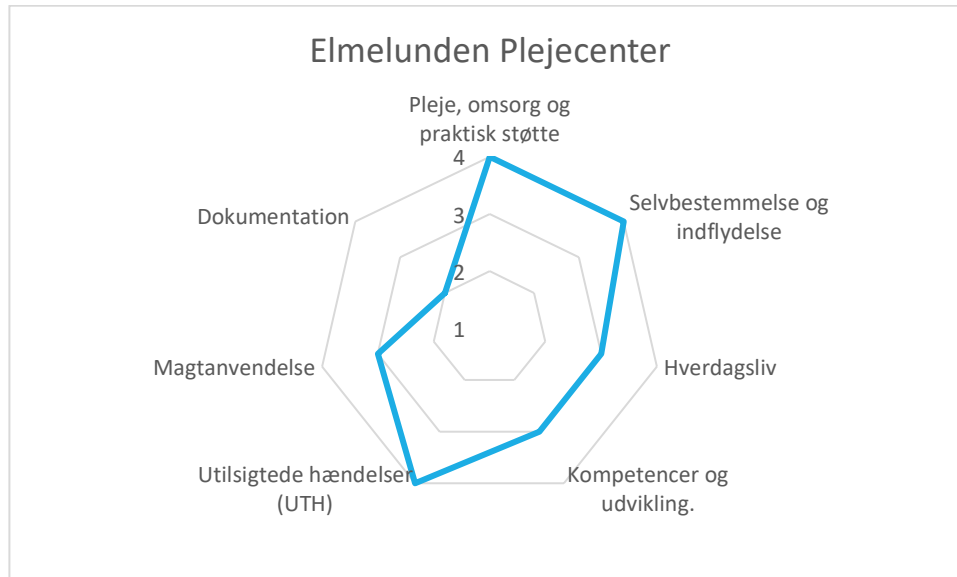
Oversigt over de enkelte temaer

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

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

| Tema | |
|---|----|
| Pleje, omsorg og praktisk støtte (Tema 1) | HO |
| Selvbestemmelse og indflydelse (Tema 2) | HO |
| Hverdagsliv (Tema 3) | BO |
| Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde (Tema 4) | BO |
| Utilsigtede hændelser (UTH) (Tema 5) | HO |
| Magtanvendelse (Tema 6) | BO |
| Dokumentation – Det skriftlige arbejdsgrundlag (Tema 7) | NO |

For at støtte mulighed for at sammenligne med tidligere års resultater ses ovenstående afbildet i edderkoppedia-grammet nedenfor med scoring fra 1-4, hvor 4 svarer til "Helt opfyldt".



Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

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

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

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

Tema 1 Pleje, omsorg og praktisk støtte

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

| Målepunkt | Kvalitetsindikatorer | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse |
|-----------|---|-----------|---|
| 1.1 | <p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? 2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?! 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 5) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald. | | <p>Her ses forskel på besvarelser i de enkelte teams.</p> <p>Forskellene vedrører kontinuiteten i personalegruppen sv.t. spørgsmål 1, 3 og 5.</p> |
| 1.2 | <p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg. 2) Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt? 3) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov? | | |
| 1.3 | <p>Pårørendeinterview: Interviewede pårørende svarer overvejende positivt på følgende typer spørgsmål om pleje og vedligeholdelse af færdigheder. Samlet set: Din tilfredshed med</p> <ul style="list-style-type: none"> - den pleje, din nærtstående modtager - støtten til at vedligeholde sine færdigheder | | Uddybende oplysninger ses af bilag 1. |
| 1.4 | <p>Personlig pleje</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hvis tilsynsførende overværer plejen konstateres, at plejen gives omsorgsfuldt og i samarbejde med borger. Borger støttes i at udføre så meget som muligt selv. 2) Ved risiko for stænk af borgers udskillelser anvendes plastforklæde. <p>Borgerne fremtræder velplejede efter ønske.</p> | | |

| | | | |
|-----|--|--|---|
| 1.5 | <p>Praktisk hjælp</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen. 2) Rengøringsydelsen er planlagt svarende til kommunens kvalitetsstandard. 3) Personlige hjælpemidler fremtræder rene 4) Tøjkask varetages efter gældende hygiejniske retningslinjer (nationale/lokale). | | <p>Ad 4) Der sker vask af dyner m.m. i fælles vaskemaskiner. Der ses ikke egenkontrol for ugentlig kogevask mm.</p> |
| 1.6 | <p>Pårørendeinterview: Interviewede pårørende svarer overvejende positivt på følgende typer spørgsmål:</p> <p>Rengøring: Hvordan er du tilfreds med rengøringsstandarden i din nærtståendes lejlighed?</p> | | <p>Uddybende oplysninger ses af bilag 1.</p> |
| 1.7 | <p>Pårørendeinterview: Interviewede pårørende svarer overvejende positivt på følgende typer spørgsmål:</p> <p>Tøjkask: Hvordan er du tilfreds med håndteringen af din nærtståendes vasketøj?</p> | | <p>Uddybende oplysninger ses af bilag 1.</p> |
| 1.8 | <p>Medarbejderne har kendskab til borgernes funktionsevnetilstande, ressourcer og ønsker Der er arbejdsproces for at erhverve kendskab til borgernes behov inden borgerbesøg.</p> | | |

Tema 2 Selvbestemmelse og indflydelse

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

| Måle- punkt | Kvalitetsindikatorer | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse |
|----------------|--|-----------|--|
| 2.1 | Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? 2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres? 3) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på? 4) Oplevede du at blive støttet til en god indflytning (hvis relevant). | | |
| 2.2 | Pårørendeinterview om indflytningsperioden. Samlet set om: - Processen/information - Indflytningssamtale - Opfølgning | | Uddybende oplysninger ses af bilag 1. |
| 2.3 | Pårørendeinterview om kommunikation med plejecentret. Samlet set om: - Imødekommenhed - Samarbejde med medarbejderne - Tilfredshed med den måde, som plejecentrets leder og medarbejdere håndterer ros, kritik eller forslag til forbedringer, der kommer fra pårørende. | | Uddybende oplysninger ses af bilag 1. |
| 2.4 | Der er en arbejdsproces for at tage hensyn til borgernes individuelle ønsker og behov. Det kan f.eks. ske ved, at borgernes livshistorie anerkendes og respekteres af medarbejderne. | | |
| 2.5 | Borgerne har valgmuligheder ved måltider. | | Dette ses og høres i betydelig grad opfyldt. |

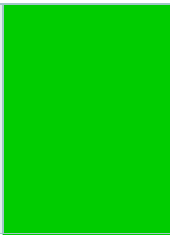
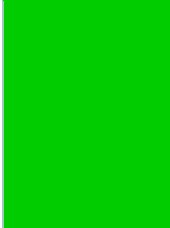

Tema 3 Hverdagsliv - aktiviteter, mad og måltider

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

| Måle- punkt | Kvalitetsindikatorer | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse |
|----------------|--|-----------|--|
| 3.1 | <p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er personalet overvejende venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? 2) Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret? 3) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her? <p>Om en varieret hverdag</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Er der gode oplevelser hver dag/Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes? 5) Er der mulighed for at lave ting, du har interesse i/ du synes er spændende? 6) Får du dækket dit behov for at være sammen med andre? | | |
| 3.2 | <p>Hverdagen og aktiviteter</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Medarbejdere og ledere beskriver arbejdsgange, som understøtter, at den enkelte borgers potenti-ale og ønsker er kendt af medarbejdere og at borger støttes i at deltage i relevante aktiviteter og samvær 2) Der er en aktivitetsplan, som er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere. | | |
| 3.3 | <p>Pårørendeinterview. Samlet set om:</p> <p><i>Aktiviteter og hverdagen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - de tilbud, din nærtstående får til at deltage i forskellige aktiviteter, samvær, fællesskab. | | <i>Uddybende oplysninger ses af bilag 1.</i> |
| 3.4 | <p>Pårørendeinterview. Samlet set om:</p> <p><i>Maden og måltider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - den mad, der serveres til måltiderne - det sociale samvær | | <i>Uddybende oplysninger ses af bilag 1.</i> |

| | | | |
|------------|---|---|--|
| <p>3.5</p> | <p>Måltider Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Hvad synes du om maden her - morgenmad, frokost, aftensmad? 2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp? 3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.? 4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen?</p> |  | |
| <p>3.6</p> | <p>Måltider 1) Der foreligger <u>menuplan</u>, som er tilgængelig for borgere og pårørende. Medarbejdere kan redegøre for, hvorledes borgerne bedst muligt involveres i, at menuplanen fastlægges og hvordan borgerens evaluering af maden videregives til den lokale økonoma og til fælleskøkkenet</p> |  | |
| <p>3.7</p> | <p>Måltider 1) Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at de kender plejecentrets kultur for et godt måltid, herunder fx klart værtskab, madens servering og rammer til en uforstyrret spisning 2) Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. 3) Medarbejdere er til stede ved måltidet og støtter en positiv oplevelse for borgerne.</p> |  | <p>Målepunktet ses i betydelig grad opfyldt. Der ses forskellig praksis i de forskellige enheder i forhold til medarbejderdeltagelse og rollefordeling (måltidsvært, pædagogisk måltid).</p> |

Tema 4 Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

| Måle- punkt | Kvalitetsindikatorer | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse |
|----------------|--|-----------|--|
| 4.1 | Afdækning af potentiale for funktionsevne og fastsættelse af mål i samarbejde med borger: 1)Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. 2)Ved tab af funktionsevne i forbindelse med sygdom kender medarbejderne til involvering af relevant fagperson og evt. visitation ift. §86. | | Ad 2) I betydelig grad opfyldt |
| 4.2 | Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter 1. Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne med tildelt §§ 83 og 86 samt opfølgning på GOP. 2. Medarbejdere kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere og hvordan de – hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg (punkt 6.2 fra ældretilsynet). Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, herunder hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug. Hvis plejecentret ikke har/nyligt har haft borgere visiteret til ovenstående markeres indikatoren som ”ikke aktuel” for dataindsamling” = grå farve. | | Dysfagi: Samarbejde med ergoterapeut fremstår velfungerende. Træningsbehov: Det er tilsynets indtryk, at relevante medarbejdere kender, hvor træningsnotater journaliseres i Nexus, og at viden herfra indsættes i helbreds-tilstand og i døgnrytmeplan i relevant omfang. Ved konkret borger kan oplysningerne ikke fremfindes om afslutningsnotat på en borger, som har gennemgået GOP-forløb og fortsat har behov for hjælp til at huske på ben-øvelser og stimulans af hånd. Oplysning om, at borger er tilknyttet terapeutforløb: Ses for 2 ud af 4 borgere under Mobilitet. |

| | | |
|------------|---|---|
| <p>4.3</p> | <p>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde Medarbejderne kender og bruger plejeenhedens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgeren i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår og fald.</p> <p>1) at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner 2) at følge op på indgåede aftaler. Arbejdsgangene belyses gennem kædeprocessen for A: Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring B: Fald</p> <p>Ad A:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Ad B:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Der ses handlet om korrekt og patientsikkert på fald sv.t. instruksen 2) Fald er rapporteret med faldregistrering, som UTH og medtaget i samlerapportering. | <p>A: Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring:</p> <p><u>A1: Vejehyppighed:</u> x 1 månedligt og efter behov. 5 ud af 6 borgere ses vejet sv.t det besluttede med få overspring. 1 borger har behov for vejning hver 14. dag. Den ekstra vejning ses ikke udført.</p> <p><u>A2: Reaktion på vægttab:</u> For 2 ud af 3 større utilsigtet vægttab ses ikke tegn på videreformidling. For 1 har der været mundtlig formidling via triage eller lignende, idet der ses sundhedsfaglig reaktion efterfølgende. Der ses ikke observation om vægttabet.</p> <p>Handlingsanvisningerne indeholder for 1 ud af 4 borgere oplysning om, ved hvilket vægttab, sygeplejerske skal kontaktes. Der ses ikke mål for indsatsen om, hvorvidt målet er at borger kan bibeholde vægten eller tage på.</p> <p><u>A3) Oplysning om kost:</u> Denne ses dels i Nexus og dels på papirbaserede dokumenter i fælles- samt lokalkøkkenerne. Der ses uoverensstemmelse i oplysningerne fx - en borger med fødemiddelintolerans - fortykning af væsker</p> <p>Atylet: Der ses en pakning med overskredet udløbsdato. For en borger er pulveret omhældt til beholder, som ikke er mærket med indhold/udløbsdato.</p> |
|------------|---|---|

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 4.4 | Overdragede opgaver / delegation af forbeholdt virksomhed: Stikprøver viser, at kompetenceskemaer er opdaterede. | | <p><i>Konkret delegation: Stikprøver i kompetenceskemaerne ses svarende til aktuelle overdragelse.</i></p> <p><i>En stikprøve i kompetenceskema ift. stomipleje til konkret borger: Overdragelse ses dokumenteret for oplæring men ikke hvilken borger medarbejder er oplært til.</i></p> <p><i>Proces for løbende opdatering af kompetenceskemaerne fremstår i betydelig grad sikker.</i></p> |
|-----|--|--|--|

Tema 5 Utsigtede hændelser (UTH)

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

| Målepunkt | Kvalitetsindikatorer | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse |
|-----------|--|-----------|--------------------------------|
| 5.1 | Organisering og arbejdsgange er i overensstemmelse med kommunens vedtagne beslutninger om samlerapportering og tværgående drøftelser fx i UTH-teams. | | |
| 5.2 | Medarbejdere og/eller ledere kan nævne eksempler på anvendelse af UTH til forbedringer af arbejdsgange og/eller kompetenceudvikling. | | |
| 5.3 | Medarbejderne kender arbejdsgange ved UTH. Dette demonstreres ved fx fald o.a. , herunder brug af samlerapporter og læringsprocesser. | | |

Tema 6 Magtanvendelse sker i overensstemmelse med lovgivning og lokale beslutninger

Samlet vurdering

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

| Målepunkt | Kvalitetsindikatorer | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse |
|-----------|---|-----------|---|
| 6.1 | Medarbejderne kan fremfinde intern procedure for magtanvendelse i Holbæk Kommune. Dokumentet er lettilgængeligt for medarbejdere. | | |
| 6.2 | Magtanvendelse indgår i introduktion til nye medarbejdere og i den løbende kompetenceudvikling. | | Der har været ændringer i de overordnede retningslinjer og disse er under implementering. Der er aktuelt undervisning fra kommunens nøgleperson. |
| 6.3 | Medarbejderne kan redegøre for, hvornår pleje bliver til magtanvendelse. Medarbejderne kender til forebyggelse af magtanvendelse og fortæller om den socialpædagogiske indsats. Medarbejderne kan give eksempler på faglige drøftelse i aktuelle borgersituationer. | | Der høres om forebyggelse af magtanvendelse. Erfarne medarbejderne udviser ensartet opfattelse af, hvornår pleje bliver til magtanvendelse. Forebyggende tiltag hos 3 ud af 3 borgere er kendte og fremstår anvendte. Af døgnrytmeplan ses oplysninger for 1 ud af 3 borgere. "Kortvarig fastholdelse" er aktuel for en borger, men denne oplysning fremgår ikke af døgnrytmeplan. Der foreligger ikke en handleplan med oplysninger om forbyggende tiltag. |
| 6.4 | Medarbejderne indberetter magtanvendelse i tråd med instruksen. | | Arbejdsproces ses generelt fulgt. Der høres lidt forskellig opfattelse af i hvilke tilfælde, der skal indberettes. |

Tema 7 Dokumentation

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

| Målepunkt | Kvalitetsindikatorer | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse |
|-----------|--|-----------|---|
| 7.1 | <p>Den social- og plejefaglige dokumentation fremstår overensstemmende. Social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge uplanlagt vægttab, tryksår, fald o.a. er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation, hvor det er relevant.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Oplysninger er opdaterede svarende til borgers tilstande inkl. eventuelle supplerende papirbase-rede notater, tavler o.a.) 2) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion 3) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender. (Omfatter primært journalisering ift. målepunkterne) | | <p><i>Papirbåren dobbelt dokumentation: Køkkensedlerne i enhederne fremstår ikke systematisk opdaterede og indeholder misvisende/manglende oplysninger.</i></p> <p><i>Den fælles køkkenoversigt indeholder oplysninger om allergi/kan ikke lide. Oplysningerne ses ikke adskilt.</i></p> <p><i>Aftenvagtsseddel: En aftenvagtsseddel om borgeropgaver ses i køkken. Udover personlig pleje ses stomiskift, øjendråber o.a. Der ses ikke-opdaterede oplysninger.</i></p> <p><i>Rød tråd: Der ses for 1 ud af 8 borgerforløb overensstemmende oplysninger mellem helbredstilstande/fagligt notat, notater fra samarbejdspartnere, døgnrytmeplan, funktionsevnetilstande, observationer, målinger samt papirbårne dokumenter (køkkensedler).</i></p> |
| 7.2 | <p>Døgnrytmeplaner og generelle oplysninger</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Oplysninger ses opdateret, handleanvisende og med individuelle oplysninger om, hvordan plejen bedst lykkes for borger, herunder borgers vaner og ønsker 2) For borgere ramt af demens indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleanvisende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt | | <p><i>Den social- og plejefaglige dokumentation: For 6 ud af 8 borgere ses døgnrytmeplaner med de fornødne oplysninger til at medarbejdere, som ikke kender borger så godt, kan tilbyde en genkendelig pleje.</i></p> |

| | | | |
|-----|---|--|---|
| | | | <p><i>Særlige kostbehov eller træningsbehov: Her ses oplysningerne ikke overensstemmende med helbredsoplysninger i 3 ud af 8 tilfælde.</i></p> <p><i>Magtanvendelse: For en borger med behov for kortvarig fastholdelse ses oplysning ikke i døgnrytmeplan. For 1 ud af 3 borgere med forebyggende tiltag ses konkrete oplysninger ikke af døgnrytmeplaner.</i></p> |
| 7.3 | Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering. | | |

BILAG 1

Sammendrag fra pårørendeinterview for Elmelunden Plejecenter

Antal telefoninterview i alt: 5

Der er talt med fem pårørende, der enten har en forældre eller en søskende på plejecenteret. En pårørende kommer på plejecenteret flere gange om ugen. En pårørende hver uge. En pårørende kommer flere gange om måneden og to pårørende sjældnere end en gang om måneden. De har alle været involveret i deres næres indflytning på plejecenteret. En borger har boet på plejecenteret ca. et år. En borger ca. to år og tre borgere har boet på plejecenteret i mere end to år.

| Målopfyldelse Tema | I meget høj grad | I høj grad | I nogen grad | I ringe grad | Slet ikke | Ved ikke/ ikke relevant | Ønskede medtagne kommentarer fra pårørende |
|---|------------------|------------|--------------|--------------|-----------|----------------------------|---|
| Indflytningen på plejecentret Samlet set: - Processen/information - Indflytningssamtale - Opfølgning | 1 | 3 | 1 | | | | En pårørende oplevede det meget positivt, at de skulle fortælle om den nærtståendes liv, og hvem han var som person. En pårørende oplevede en sparsom modtagelse. |
| Pleje og vedligeholdelse af færdigheder Samlet set: Din tilfredshed med - Den pleje, din nærtstående modtager - Støtten til at vedligeholde sine færdigheder | | 3 | 1 | 1 | | | En pårørende synes, det er svært, fordi den nærtstående glemmer at lukke kateteret. Buksebleen hjælper på problemet. En pårørende oplever personaler, der mangler personlige kompetencer, bl.a. empati. Den pårørende har oplevet situationer, hvor personalet har trynet den nærtstående, for at opnå det de gerne vil. |

| Målopfyldelse | I meget høj grad | I høj grad | I nogen grad | I ringe grad | Slet ikke | Ved ikke/ikke relevant | Ønskede medtagne kommentarer fra pårørende |
|---|------------------|------------|--------------|--------------|-----------|------------------------|--|
| Tema | | | | | | | |
| | | | | | | | En pårørende fremhæver det gode samarbejde med kontaktpersonen. |
| Maden og måltidet Samlet set: Din nærtståendes tilfredshed med <ul style="list-style-type: none"> - Den mad, der serveres til måltiderne? - Det sociale samvær | 1 | 2 | 1 | | 1 | | En pårørende finder det meget positivt, at de kan spise med, når de kommer langvejs fra. En pårørende fortæller, at den nærtstående synes, maden virker overtilberedt. Maden mangler krydderier, friske krydderurter og hvidløg. Den nærtstående så gerne, der var større mulighed for at præge, hvilke retter der bliver serveret. F.eks. mad inspireret fra andre lande. Det var muligt, da der blev lavet mad i køkkenet ude i de enkelte bo-enheder. Som pårørende er det trist, at maden nu kommer fra et centralt køkken. |
| Aktiviteter Hvordan er du tilfreds med de tilbud, din nærtstående får til at deltage i forskellige aktiviteter? | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | En pårørende er meget glad for informationen om de kommende aktiviteter via e-mail. Personalet er gode til at få den nærtstående med til aktiviteter. En pårørende oplever ikke, at den nærtstående får tilbudt nogle aktiviteter. |

| Målopfyldelse Tema | I meget høj grad | I høj grad | I nogen grad | I ringe grad | Slet ikke | Ved ikke/ ikke relevant | Ønskede medtagne kommentarer fra pårørende |
|--|------------------|------------|--------------|--------------|-----------|----------------------------|---|
| Rengøring Hvordan er du tilfreds med rengørings-standarden i din nærtståendes lejlighed? | | 3 | 2 | | | | |
| Tøjtøjsvask Hvordan er du tilfreds med håndteringen af din nærtståendes vasketøj? | 1 | 3 | | | | 1 | En pårørende er meget tilfreds med, at der bliver vasket ved behov. Der ligger aldrig snavset tøj. |
| Kommunikation med plejecentret Samlet set om: - Imødekommenhed - Samarbejde med medarbejderne - Tilfredshed med den måde, som plejecentrets leder og medarbejdere håndterer ros, kritik eller forslag til forbedringer, der kommer fra pårørende? | 2 | 3 | | | | | <p>En pårørende ønsker tilbud om et møde en gang i mellem for at høre, hvordan det går. Der er et godt samarbejde med kontaktpersonen. Det er dejligt, der kan kommunikeres via e-mail og kalenderen, der ligger i lejligheden. Personalet er meget imødekommende, og den pårørende føler sig velkommen.</p> <p>En pårørende manglede opbakning fra personalets side i en sag, hvor den nærtstående blev angrebet af en anden beboer.</p> <p>En pårørende oplever et personale, der er meget velvillige, imødekommende og hjælpsomme. Der er et rigtig godt samarbejde med kontaktpersonen.</p> |
| Vil du anbefale plejecentret til andre? | 3 | 1 | | | 1 | | En pårørende er generelt irriteret over, at de faglige uddannelser for plejepersonale på plejecentre ikke er gode nok. Den pårørende synes |

| Målopfyldelse Tema | I meget høj grad | I høj grad | I nogen grad | I ringe grad | Slet ikke | Ved ikke/ ikke relevant | Ønskede medtagne kommentarer fra pårørende |
|-----------------------|------------------|------------|--------------|--------------|-----------|----------------------------|---|
| | | | | | | | <p>niveauet er for lavt, og ikke passer til de opgaver, de skal løse. Derfor kan den pårørende ikke anbefale centret.</p> <p>En pårørende fremhæver et meget stabilt personale.</p> |

Tabel 1

Inger-Marie Hansen
Mie Consult

Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

Tilgang og formål

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

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

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

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

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

Samlet set stiller tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

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

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

Indhold og metode

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

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

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

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

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

Vurderingsprincipper

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

Vurdering sker på 4 niveauer:

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

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

Vurdering af den enkelte stikprøve

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

Vurdering af de enkelte målepunkter

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

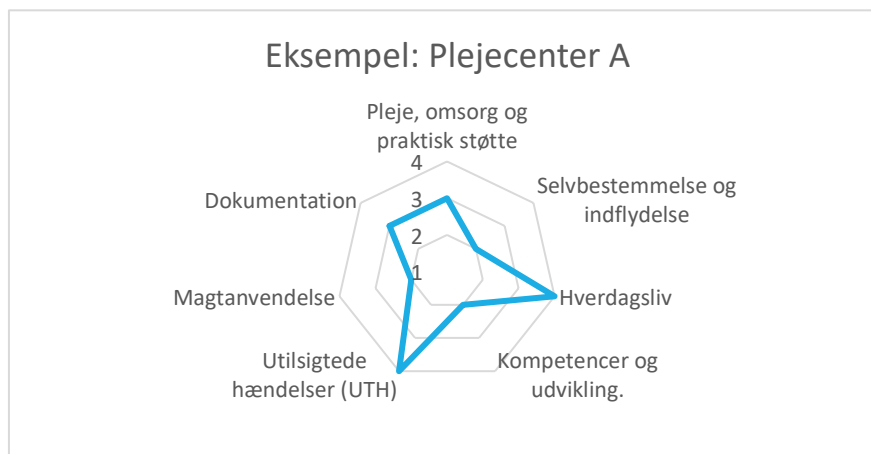
Vurderingen sker ud fra 4 kategorier, som farvemærkes af læsevenlige årsager:

| Vurderingskategorier | Vurderingsforkortelse og farve |
|--------------------------|--------------------------------|
| Helt opfyldt | H O (Grøn) |
| I betydelig grad opfyldt | B O (Limegrøn) |
| I nogen grad opfyldt | N O (Gul) |
| Ikke opfyldt | I O (Rød) |

Vurdering af det enkelte tema

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

For at støtte mulighed for at sammenligne med tidligere år s resultater ses ovenstående afbildet i edderkoppediagrammet nedenfor med scoring fra 1-4, hvor 4 er "Helt opfyldt". Eksempel ses nedenfor:



Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

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

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

Målene er i høj grad opfyldte

Højst 1 af temaerne er vurderet lavere end ” Helt Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Målene er i middel grad opfyldte

Højst 2 af temaerne er vurderet lavere end ” Helt Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved uændrede forhold. Løbende opfølgning anbefales.

Målene er i lav grad opfyldte

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”I betydelig grad opfyldt”.

Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer.

Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.

Kritisable forhold

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.

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 rådgivning og tilsyn til de danske kommuner og sygehuse, herunder tilsyn og kvalitetsbesøg inden for serviceloven og sundhedsloven.

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

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

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

Om virksomhedsleder og tilsynschef

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

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

Særlig relevante erfaringer:

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

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

