



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Holbæk Kommune

Aktiv Hele Livet

AHLI-Plejecenter Kastaniely

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	16
Tema 3 Hverdagsliv – aktiviteter, mad og måltider	18
Tema 4 Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde	20
Tema 5 Utilsigtede hændelser (UTH)	24
Tema 6 Magtanvendelse sker i overensstemmelse med lovgivning og lokale beslutninger	25
Tema 7 Dokumentation	26
Bilag 1 Pårørendeinterview.....	28
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper.....	32
Om virksomheden og kontaktoplysninger.....	35

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.

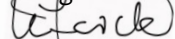
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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



Nethe Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejecenter:

AHLI-Plejecenter Kastaniely, Vestre Hovvej 1, 4520 Svinninge

Plejecenterleder:

Susanne Birgitte Hansen

Antal beboere:

48 plejeboliger og 2 midlertidige pladser

Tilsynsbesøget fandt sted:

6. marts 2025

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- **Dokumentation:** Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 8 borgerjournaler), instrukser, handleplaner, borgerinformationer, menuplaner, aktivitetsoversigt, køkkensedler m.v.
- **Interview:** 4 borgere. 5 pårørende er efterfølgende telefoninterviewet. Besvarelser fremgår af bilag 1. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet.
- Desuden har tilsynet interviewet 1 plejecenterleder, 2 teamledere, 1 sygeplejerske, 3 assistenter, 2 hjælpere, 2 SSA-elever, 2 aktivitetsmedarbejdere, 1 rengøringsmedarbejder.
- **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: 5 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

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfylde forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Målene er i middel grad opfyldte

Højest 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

Kastaniely fremstår som et velstruktureret og grundlæggende velfungerende hjem med 48 boliger samt 2 pladser for borgere med behov for midlertidigt ophold. De 4 fløje fremstår med en samarbejdsstruktur, som støtter den borgernære kvalitet og giver forudsigelighed for borgere og medarbejdere. Eksterne vikarer anvendes ikke. Seneste 14 dage har været smitteudbrud (Norovirus) hos borgere og medarbejdere. Denne markante udfordring har udfordret borgernes hverdag. De har ført sig trygge og godt hjulpet. Der har været kendte medarbejdere omkring dem, hvilket har kunnet lade sig gøre ved en høj motivation for at dække vagter for hinanden og en grundlæggende velfungerende struktur.

Plejecenterleder, 2 teamledere samt 2 sygeplejersker varetager hver deres veldefinerede fagområder og sikrer fælles beslutningstagning med høj grad af medarbejderinvolvering. Der høres om høj grad af selvstyre og ansvarstagen. Kvalitetsstandarderne vurderes i høj grad opfyldte.

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, at de er trygge ved medarbejderne, som de kender rigtig godt. De fortæller, at medarbejderne kender til, hvad der er vigtigt for ham eller hende og som bidrager til, at de kan være så selvhjulpne som muligt. Der er samarbejde mellem fløjene 1+4 og 2+3, hvilket øger muligheden for at borger oftest kender den medarbejder, der hjælper.

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

Kastaniely anvender teknologiske løsninger til at sikre og støtte den faglige indsats hos borgerne. De anvendte teknologier fremstår velimplementerede.

Selvbestemmelse og indflydelse

"Jeg føler mig hjemme her", "alle her gør det godt for os", "her er rart at være", fortæller borgerne. Fra indflytning arbejdes ihærdigt med, at borgerens livshistorie bliver formidlet lettilgængeligt på en for borger ønsket og acceptabel måde, så alle der kommer i boligen kan se illustration/billeder og beskrivelse. Det støtter en meningsfuld dialog og relation til medarbejderne. 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. Blomsten høres velintegreret.

Hverdagsliv: Aktiviteter, mad og måltider

Borgerne har en månedsoversigt over fælles tilbud, som borgerne kan regne med, bliver afholdt. De sidste 14 dage har der grundet smitteudbrud været stille. En borger fortæller: "Nu bliver vejret godt, så skal vi i haven og hygge os der".

Aktivitetsoversigt hænger lettilgængeligt, hvor medarbejderne holder morgensamling. Medarbejderne er derved velinformerede inden borgerbesøg, så de kan støtte borger til at deltage.

Aktivitetsmedarbejderne fortæller om den borgerrettede indsats. Der er en vifte af tilbud, som støtter en god hverdag og vedligehold af funktionsevne. 20 frivillige bistår med bl.a. musik og sangoplevelser.

Mad og måltider: Tilsynet overværer frokosten i plejecentrets spisestuer, hvor mange af borgerne deltager. Borgerne giver generelt udtryk for at have en god hverdag og sætter pris på den gode mad og samværet ved måltiderne. De fire fløje bestemmer selv, om de ønsker varm mad til frokost eller aften og hvordan de skaber hygge.

Kompetencer og udvikling. Sammenhæng og forudsigelighed

Tilsynsførende iagttager triagemøde, hvor der er 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.

Utsigtede 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 forbedringspotentialer, 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 4: Kompetencer og udvikling. Sammenhæng og kontinuitet

Kompetenceskemaer - overdragelse

Fokus: Autoriseredes overdragelse af sundhedsfaglige opgaver til en anden fagperson eller faggruppe. Det kan være konkret delegation eller rammedelegation.

Der foreligger kommunal vejledning om ansvars- og kompetenceforhold, samt skabelon for kompetenceskemaer.

Udviklingspunkt: Bevidst konkret delegation til SSH (Insulingivning, kalium mikstur): Fremgår som generel af kompetenceskemaerne i 2 ud af 3 tilfælde, da borgernavn ikke ses.

1 SSH udfører øjendryp med medicin, som ikke er overdraget.

Ovenstående kan indebære en risiko for patientsikkerheden.

Det er tilsynets opfattelse, at der kort tid efter tilsynet vil blive indført ekstra tjek af kompetenceskemaerne og justering af arbejdsgangen for opdateringen.

Tilsynet anbefaler

- at udføre løbende egenkontrol på overdragede opgaver prioriteret efter risiko.

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.

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 for¹.

Stikprøver viser overensstemmelse mellem den besluttede vejhyppighed og den udførte vejhyppighed.

Ved indskrivning af vægt, som er udført af hjælpere/elever, er det besluttet, at assistenter og sygeplejersker journaliserer og samtidig sammenligner med tidligere vægthkontrol.

Udviklingspunkt: Reaktion på utilsigtet vægthtab: 1 ud af 1 utilsigtet vægthtab ses ikke meldt sikkert videre til sundhedsfaglig vurdering. Det ses, at ass-elev har journaliseret vejningen.

¹ 2022: *Underernæring opsporing behandling og opfølgning.pdf (sst.dk)* fx s.26

Tilsynet anbefaler

- at fortsætte opmærksomheden og evaluere oplæring af elever/studerende til at varetage opgaven
- medtage emnet i den løbende journalaudit.

Specialkost

Centralkøkkenet leverer i separate bølter markeret med borgers fløj og "minus xfødemiddel" "blød kost-fisk", "lactosefri" osv. I 2 fløje "parres" maden med bolignummer ved hjælp af køkkenseddel på køkkenlåge. Køkkensedlerne ses opdaterede med overensstemmende oplysninger ift. Nexus. I de 2 andre grupper kan medarbejderne kun give rigtig kost, hvis de kan huske parringen (og kosten ikke er ændret) – alternativt slå op i Nexus indtil de finder en borger med specialkosten.

Arbejdsgangen vurderes samlet set at indebære risiko i situation med svag bemanning og risikoallergi.

Tilsynet anbefaler

- at problemstillingen afdækkes og løses i samarbejde på tværs af kommunen.

Samarbejdsflade med terapeutfunktion om fælles borgerforløb

De kommunale tilbud efter §§83 og §86 samt genoptræningsplaner (SUL) indgår i en samlet indsats for at bringe borger tilbage til eller så tæt som muligt til borgers potentiale for funktionsevne. Det samme gælder vederlagsfri terapi, som leveres af privat leverandør i Holbæk Kommune.

Borger kan have behov for at have aktiviteter/træning indbygget i hverdagen. Det kan være balanceøvelser indbygget i den personlige pleje, forflytte sig korrekt, rejse/siddeøvelser eller at medarbejder bare husker borger på øvelser eller opfordrer til at gå rigtigt med rollatoren.

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

Det har betydning for kvaliteten, at plejecentret bidrager til at tilrettelægge og gennemføre træning ud fra borgerens mål, så borgerne støttes i at bevare eller øge deres funktionsevne og livskvalitet.

Samarbejdsfladen til den private leverandør af vederlagsfri fysioterapi fremstår grundlæggende velfungerende.

Udviklingspunkt:

Samarbejdsstrukturen til den kommunale træningsenhed ses ikke med tværgående arbejdsprocesser.

Tilsynet vurderer, at samarbejdet med træningsenheden ikke i tilstrækkelig grad understøtter sammenhængende og helhedsorienteret genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb.

Ovenstående vanskeliggør, at borgeren på en enkel måde tilbydes en samlet og forsat ydelse. Det kan indebære en risiko for, at borger mister det opnåede funktionsniveau eller ikke får den fornødne støtte til at genvinde funktionsevne.

Tilsynet anbefaler

- at øge kontaktpersoners opmærksomhed på, at den rehabiliterende indsats er en sammenhængende ydelse mellem involverede fagpersoner
- at kontaktpersoner styrker deres viden om, hvorvidt borgerne har/har haft et træningsforløb og om der er terapeutnotater o.a. af betydning for borgeropgaverne
- at øge refleksionen ved borgere, som er svækket af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse og afdække mulighed for visitation til § 86.

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.

Der ses forbedringer af den sundhedsfaglige journalisering ift. strukturen og for opdateringer af helbredstilstande og handlingsanvisninger samt funktionsevnetilstande.

Udviklingspunkter:

Samlet set ses for 4 ud af 7 borgerforløb overensstemmende oplysninger mellem helbredstilstande/fagligt notat, døgnrytmeplan, funktionsevnetilstande, observationer, triage, målinger samt papirbårne dokumenter (køkken-sedler).

Udfordringerne ses primært ved døgnrytmeplanerne, dels ift. at skrive den tavse viden ind og dels at den sundhedsfaglige viden i døgnrytmeplanerne ikke ses i overensstemmelse med senest oplyste i helbredstilstand.

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.

Tilsynet anbefaler

- at styrke assistent-kontaktpersonernes arbejdsgange for løbende opdateringer på tværs af Nexus
- opdatere døgnrytmeplanerne, så alle kan hjælpe borger til en genkendelig og sikker pleje
- fortsat udføre jævnlig miniaudit med deltagelse af assistenter og sygeplejerske.

Opmærksomhedspunkter

Tema 2 Selvbestemmelse - Mad og måltider

Tema 3 Hverdagsliv -Mad og måltider

Fokus: Måltidet er maden såvel som de fysiske rammer om måltidet, 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.

Siden seneste tilsyn er udarbejdet Retningslinje for "Det gode måltid".

Udviklingspunkt: Tilsynet overværer dele af frokosten. Der ses forskellig praksis i spisestuerne og forskellene synes ikke alene begrundet i borgernes forskelligheder. Retningslinjen fremstår ikke fuldt implementeret.

Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter den ihærdige indsats for

- implementering af retningslinjen, evt. med konkretisering af de 6 "bullets"
- at lave egenkontrol efter fastsat tidspunkt, fx 1 måned efter tiltag er sat i gang og herefter løbende.

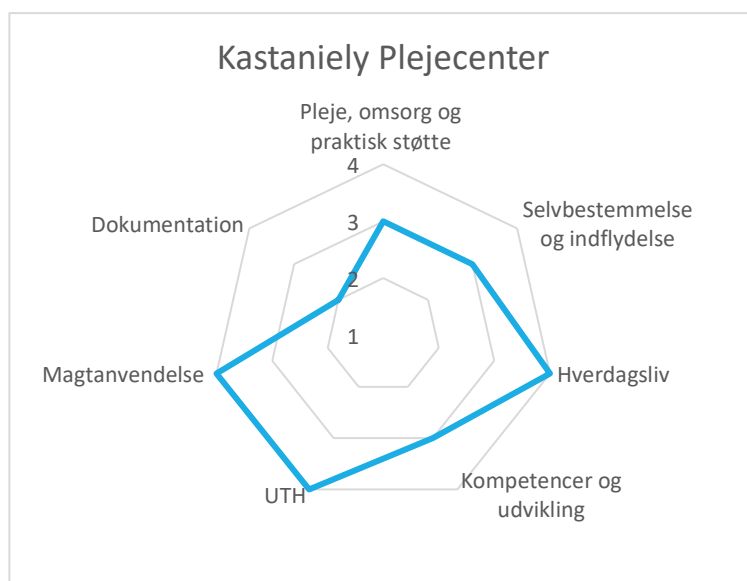
Oversigt over de enkelte temaer

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)	B O
Selvbestemmelse og indflydelse (Tema 2)	B O
Hverdagsliv (Tema 3)	H O
Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde (Tema 4)	B O
Utilsigtede hændelser (UTH) (Tema 5)	H O
Magtanvendelse (Tema 6)	H O
Dokumentation – Det skriftlige arbejdsgrundlag (Tema 7)	N O

For at støtte mulighed for at sammenligne med tidligere års resultater ses ovenstående afbildet i edderkoppediaagrammet 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 målopfølgelsen 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	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 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.		
1.2	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 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	Pårørendeinterview: Interviewede pårørende svarer overvejende positivt på følgende typer spørgsmål om pleje og vedligeholdelse af færdigheder. Samlet set: Din tilfredshed med - den pleje, din nærtstående modtager - støtten til at vedligeholde sine færdigheder		Uddybende oplysninger ses af bilag 1.
1.4	Personlig pleje 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. Borgerne fremtræder velplejede efter ønske.		

1.5	Praktisk hjælp 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) Tøjvask varetages efter gældende hygiejniske retningslinjer (nationale/lokale).		Ad 2) Rengøringsydelsen sker grundlæggende svarende til kommunens standard. Løbende supplerende rengøringsbehov: Gulv klistrer ved toilet. Ad 4) Vask ved lav temperatur: Der ses ikke forholdsregler for brud af smitteveje ved lave temperaturer ved anvendelse af velegnet vaskemiddel eller desinfektion i form af efterfølgende kogevaske. Ugentlige rengøringsopgaver: Der er indført ugentlig kogevaske på tom maskine og aftørring af membraner. Afkrydsning ses med større overspring.
1.6	Pårørendeinterview: Interviewede pårørende svarer overvejende positivt på følgende typer spørgsmål: Rengøring: Hvordan er du tilfreds med rengøringsstandard i din nærtstående lejlighed?		Uddybende oplysninger ses af bilag 1.
1.7	Pårørendeinterview: Interviewede pårørende svarer overvejende positivt på følgende typer spørgsmål: Tøjvask: Hvordan er du tilfreds med håndteringen af din nærtståendes vasketøj?		Uddybende oplysninger ses af bilag 1.
1.8	Medarbejderne har kendskab til borgernes funktionsevnetilstande, ressourcer og ønsker Der er arbejdsproces for at erhverve kendskab til borgernes behov inden borgerbesøg.		

Tema 2 Selvbestemmelse og indflydelse

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	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.		Der ses aktivt brug af borgernes livshistorier. Fra indflytning arbejdes ihærdigt med, at borgerens livshistorie bliver formidlet lettilgængeligt på en for borger ønsket og acceptabel måde, så alle der kommer i boligen kan se illustration/billeder og beskrivelse. Det medvirker til en meningsfuld dialog og forståelse for borgers individuelle ønsker.

2.5	Borgerne har valgmuligheder ved måltider.	Der ses menuplan for pålægsmuligheder. Smørrebrødet ses velsmurt og med individuelle hensyn til borgers behov for berigelse, kosttype o.a. Borgerne kan vælge hvilken type smørrebrød de ønsker. Se supplerende under 3.7.
-----	---	--

Tema 3 Hverdagsliv - aktiviteter, mad og måltider

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er personalet overvejende venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? 2) Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret? 3) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her? Om en varieret hverdag 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	Hverdagen og aktiviteter 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.		Der ses en grundlæggende sikker struktur, og borgerne fortæller positivt om hverdagslivet og de 2 medarbejders indsats. De sidste 14 dage har grundet isolation og sygdom været anderledes.
3.3	Pårørendeinterview. Samlet set om: Aktiviteter og hverdagen - de tilbud, din nærtstående får til at deltage i forskellige aktiviteter, samvær, fællesskab.		Uddybende oplysninger ses af bilag 1.
3.4	Pårørendeinterview. Samlet set om: Maden og måltider - den mad, der serveres til måltiderne - det sociale samvær		Uddybende oplysninger ses af bilag 1.

3.5	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?		
3.6	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		
3.7	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.		Siden seneste tilsyn er udarbejdet Retningslinje for "Det gode måltid". Retningslinjen fremstår ikke fuldt implementeret.

Tema 4 Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	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.		
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.		<i>Dysfagi: Samarbejde med kommunens ergoterapeut fremstår velfungerende.</i> <i>Træningsbehov: Aktuelt har ingen borgere nyligt afsluttet GOP, eller igangværende §86 forløb.</i> <i>Det er tilsynets indtryk, at relevante medarbejdere kender, hvor træningsnotater journaliseres i Nexus. Der høres ikke om et struktureret samarbejde med de kommunale terapeuter om fælles borgerforløb.</i> <i>Vederlagsfri fys: Der er 1 leverandør. Samarbejdet fremstår velfungerende.</i> <i>Opmærksomhedspunkt: Der ses ikke journaliseret mål for indsatsen, og der ses ikke oplysninger i døgnrytmeplanen, som afspejler en fælles indsats fra terapeuter og plejemedarbejdere.</i> <i>- En borger med potentiale for at øge gå-og ståfunktion. Træningsøvelser</i>

			er beskrevet i døgnrytmeplan. Motivation svingende. Vanskeligt at se oplysninger om dels hvordan han bedst motiveres og dels hvor ofte træningen gennemføres. Terapeut kommer fast ugedag, men der høres ikke aftaler om dialog. - En anden borger har aftalte daglige øvelser x 3 med støtte fra medarbejdere. I besøgsplan anført x1 i hhv. DV og AV.
4.3	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. 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 Ad A: 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. Ad B: 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.		A: Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring: <u>A1: Vejehyppighed</u> er fastsat til x 1 månedligt og justeres efter behov. 3 ud af 3 borgere ses vejet sv.t det besluttede. <u>A2: Reaktion på vægttab:</u> For 1 borger med utilsigtet vægttab ses ikke tegn på videreformidling til sundhedsfaglig medarbejder mhp stillingtagen til justering af kostbehov og vejehyppighed. Vægtkontrol er journaliseret af assistent-elev. <u>A3) Oplysning om kost:</u> Denne ses dels i Nexus og dels på papirbaserede dokumenter i køkkenerne med bolignummer. Af GDPR-hensyn anvendes borgers navn ikke på køkkensedler. Der ses uoverensstemmelse i oplysningerne for 1 borger med dysfagi.

		Dysfagi ikke medtaget i Helbredstilstand/fagligt notat, men indskrives efter aftale i funktionsevnetilstande under Spise. Specialkost: Køkkenet leverer i separate bølter markeret med borgers fløj og "minus xfødemiddel" "blød kost-fisk", "lactosefri" osv. I 2 fløje "parres" mæden med bolignummer ved hjælp af køkkenseddel på køkkenlåge. Køkkensedlerne ses opdaterede med overensstemmende oplysninger ift. Nexus. I de 2 andre grupper kan medarbejderne kun give rigtig kost, hvis de kan huske paringen (og kosten ikke er ændret siden sidst) – alternativt slå op i Nexus indtil de finder en borger med specialkosten. Arbejdsgangen vurderes samlet set at indebære risiko i situation med svag bemanning og risikoallergi. B1: Der er indført arbejdsgang om, at alle fald skal drøftes med assistent mhp om borger skal TOB'es. Beslutningen fremstår velimplementeret. B2: Der ses udfyldt faldregistrering og der ses triageret gult/rødt. Fald ses rapporteret som UTH og medtages i samlerapportering. Der høres om en implementeret arbejdsgang for læring.
--	--	--

4.4	Overdragede opgaver / delegation af forbeholdt virksomhed: Stikprøver viser, at kompetenskemaer er opdaterede.		Struktur for opdatering ses forbedret. Konkret delegation til SSH: Enhedens valg af kompetenceniveau fremgår ikke af kompetenskemaerne: 1 2 ud af 3 tilfælde fremstår konkret delegation som generel: Insulingivning, kalium mikstur. 1 SSH har kvitteret for øjendypning for grøn stær, men er ikke overdraget opgaven. Proces for løbende opdatering af kompetenskemaerne sikrer ikke, at ovenstående opdages og opdateres.
-----	--	--	---

Tema 5 Utilsigtede hændelser (UTH)

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	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.

Måle- punkt	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.		
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.		
6.4	Medarbejderne indberetter magtanvendelse i tråd med instruksen.		

Tema 7 Dokumentation

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
7.1	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. Der er overensstemmelse til helbredstilstande. 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)		Der ses forbedringer af journaliseringen ift. struktur og opdateringer af helbredstilstande og handlingsanvisninger samt funktionsevnetilstande. Udfordringerne ses primært ved døgnrytmeplanerne, dels ift at skrive den tavse viden ind og dels, at den sundhedsfaglige viden i døgnrytmeplanerne ikke ses i overensstemmelse med senest oplyste i helbredstilstand. Samlet set ses for 4 ud af 7 borgerforløb overensstemmende oplysninger mellem helbredstilstande/fagligt notat, døgnrytmeplan, funktionsevnetilstande, observationer, triage, målinger samt papirbårne dokumenter (køkkensedler).
7.2	Døgnrytmeplaner og generelle oplysninger 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		Der ses generelt forbedrede døgnrytmeplaner. For 4 ud af 7 borgere ses døgnrytmeplaner med de fornødne oplysninger til at medarbejdere, som ikke kender borger så godt, kan tilbyde en genkendelig

			pleje. Der ses eksempel på, at også daglige øvelser ses indskrevet. Aften-døgnrytmeplaner: For 3 borgere ramt af demens ses ikke de fornødne oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger. For disse borgere ses meget sparsomme oplysninger om, hvordan aftentimerne bedst går og hvordan sengevaner/ønsker imødekommes til en god nattesøvn. Der ses ikke oplysninger i stikprøverne om eventuel træning eller lignende undervejs i plejen, fx hos borgere, der anvender Sara Steady og skal bevare ståfunktionen. Forflytningsvejledning: I døgnrytmeplanen er angivet, hvilke personlige hjælpemidler borger anvender. Fx har en borger loftslift, Sara Steady, rollator o.a. Der ses ikke oplysning om anvendelsen, så medarbejder kan se, i hvilke situationer og hvordan borger bedst kan hjælpes med de forskellige hjælpemidler.
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 Pårørendeinterview

Sammenfatning af pårørendeinterview for Kastaniely Plejecenter

Antal telefoninterview i alt: 5

Der er talt med 5 pårørende, der enten har en mor, en papfar eller en onkel på plejecenteret. To pårørende kommer på plejecenteret flere gange om ugen. To pårørende kommer på plejecenteret en gang om ugen og en enkelt flere gange om måneden. De har alle været involveret i deres næres indflytning på plejecenteret. To borgere har boet på plejecenteret mellem 1 og 2 år, og tre borgere mere end 2 år.

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							
Indflytningen på plejecentret Samlet set: - Processen/information - Indflytningssamtale - Opfølgning	1	2	2				En pårørende kunne ønske sig mere information om hele processen omkring indflytning på et plejecenter. En pårørende fik en god information og vejledning om hele processen, hvilket gjorde det ret nemt at flytte ind. Personalet var meget imødekommende.
Pleje og vedligeholdelse af færdigheder Samlet set: Din tilfredshed med - Den pleje, din nærtstående modtager - Støtten til at vedligeholde sine færdigheder	1	3	1				En pårørende oplever, det kun er kontaktpersonen, der følger op på de daglige øvelser. Ligeledes oplever den pårørende, at kvaliteten af hjælpen om aftenen er skiftende. En pårørende mener, at den nærtstående ikke får den relevante hjælp. Der bør ikke stilles så mange spørgsmål til den nærtstående. F.eks.: Vil du i bad?

Målopfyldelse Tema	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke rele- vant	Ønskede medtagne kommentarer fra pårø- rende
							En pårørende oplever altid den nærtstå- ende velklædt og velfriseret.
Maden og måltidet <i>Samlet set:</i> Din nærtståendes tilfredshed med - Den mad, der serveres til måltiderne? - Det sociale samvær	1	3				1	En pårørende mener, det sociale samvær kunne være bedre, idet der mangler per- soner at tale med ved spisebordet. En pårørende er meget tilfreds med, at der er et særligt bord til de beboere, der ikke har en demenssygdom.
Aktiviteter Hvordan er du tilfreds med de tilbud, din nærtstående får til at deltage i forskellige aktivite- ter?	2	1				2	To pårørende oplever ingen tilbud. En pårørende er meget glad for, at der er tid til gåture, hvor kørestolsbrugere også deltager. En pårørende synes, det er fint med til- bud hver dag før frokost. En pårørende fremhæver de mange for- skellige tilbud og gode aktiviteter, der drives af ildsjæle, der brænder for opga- ven.
Rengøring Hvordan er du tilfreds med rengørings-standarden i din nærtståendes lejlighed?	1	3	1				En pårørende er usikker på, hvor mange nipsgenstande der må stå fremme. En pårørende har et godt råd: Luk bade- værelsesdøren, når der gøres rent på ba- deværelset. Der ligger meget støv bag ved skydedøren.

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
Tøjvask Hvordan er du tilfreds med håndteringen af din nærtståendes vasketøj?	1	4					En pårørende oplever misfarvet tøj, fordi alt tøj vaskes sammen.
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?	3	2					En pårørende er meget glad for den hurtige respons ved forslag til forbedringer. En pårørende synes, det er rigtigt rart, der nu er en fast kontaktperson. En pårørende oplever, det er svært at få klar besked om, hvordan den nærtstående har det, når der ringes til plejecentret. En pårørende føler sig altid hørt, og der er en fin kommunikation med personalet. En pårørende fremhæver de nærmeste kontaktpersoner, som altid giver et hurtigt svar på spørgsmål.
Vil du anbefale plejecentret til andre?	2	2				1	En pårørende synes, det er et dejligt sted at komme. Der er meget hjemligt og altid en god stemning. En pårørende er meget glad for, at der nu er ansat tre sygeplejersker. En rigtig god ide.

Tema	Målopfyldelse						Ønskede medtagne kommentarer fra pårørende
	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ikke relevant	
							En pårørende oplevede manglende prioritering af rengøring i forbindelse med noravirus. En pårørende fortæller, at familien er tryk ved, at den nærtstående er på plejecenteret.

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":

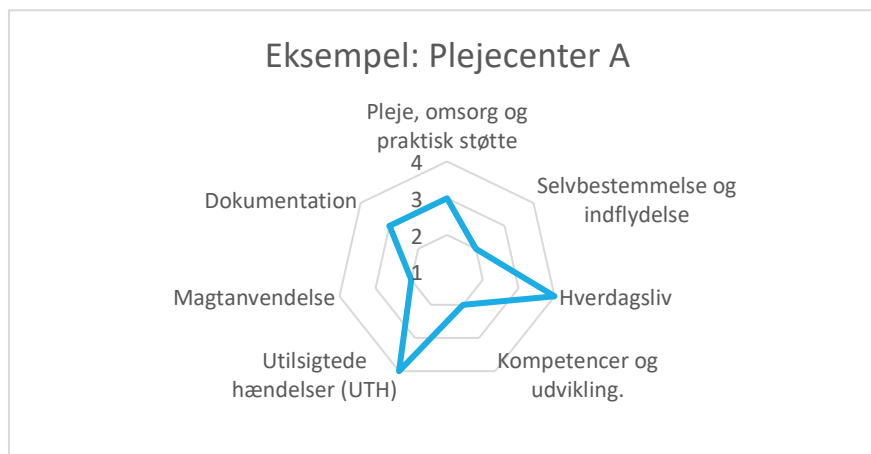
Vurderingen sker ud fra 4 kategorier, som farvemarkeres af læsevenlige årsager:

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

Vurdering af det enkelte tema

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

For at støtte mulighed for at sammenligne med tidligere års 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

Højest 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

Højest 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. ældretilsynets 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) til lige med kompetencegivende uddannelser indenfor ledelse, kvalitet og patientsikkerhed, herunder uddannelse til auditor for Dansk Standard og akkrediteringssurveyor for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) samt forandringsagentuddannelsen fra Dansk Selskab for patientsikkerhed.

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

Særlig relevante erfaringer:

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

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

