



TILSYNSRAPPORT

Holbæk Kommune

Aktiv Hele Livet

Midlertidige Pladser, Stenhusbakken

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	10
Resultater og vurdering af de enkelte temaer	11
Tema 1 Pleje, omsorg og praktisk støtte	12
Tema 2 Selvbestemmelse og indflydelse	14
Tema 3 Hverdagsliv – aktiviteter, mad og måltider	15
Tema 4 Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde	16
Tema 5 Utilsigtede hændelser (UTH)	18
Tema 6 Magtanvendelse sker i overensstemmelse med lovgivning og lokale beslutninger	19
Tema 7 Dokumentation	20
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	22
Om virksomheden og kontaktoplysninger	25

Forord

Det kommunale tilsyn på de midlertidige pladser 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.

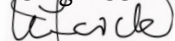
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

Plejeenhed:

Midlertidige Pladser, Stenhusbakken, Stenhusvej 21, 4300 Holbæk

Teamleder:

Heidi Nielsen Raunholt

Tilsynsbesøget fandt sted:

18. marts 2025

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 9 borgerjournaler), instrukser, borgerinformationer, menuplaner m.v.

Interview: 5 borgere, som er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet.
- Desuden har tilsynet interviewet 1 teamleder, 3 assistenter, heraf en med UTH-funktion, 3 hjælpere, 1 ernæringsteknolog, 1 fysioterapeut og 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.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 6 borgere.

Plejeenheden 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 middel grad opfyldte

*Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved uændrede forhold.
Dette er uddybet på side 8-9 samt under temaerne.
Løbende opfølgning anbefales.*

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.

Målopfølgelse 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 "Opfyldt" eller "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 plejeenheden. For det andet beskrives eventuelle forbedringsområder med tilhørende anbefalinger i tilfælde af, at praksis på plejeenheden ikke er fundet i overensstemmelse med lovgivningens krav, Holbæk Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Generelt

De midlertidige pladser varetager borgere til aflastning, palliativ indsats, genoptræning, afklaring/bolig o.a. Plejepersonale, sygeplejersker, ergoterapeut og fysioterapeut har fælles ledelse. Siden sidste tilsyn er skabt fastere struktur og koordinering af borgerforløbene. Aktuelt arbejdes blandt andet med kontaktperson.

Styrker

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Borgerne fortæller, at medarbejderne i vid udstrækning er ualmindelig imødekommende og positive at få hjælp af. *Personlig pleje:* Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer personlig pleje hos 3 borgere. Der ses velegnede og generelt omsorgsfulde arbejdsprocesser. Ved et plejeforløb ses borger værge for sig og takke nej til dele af plejen. Det er tilsynets indtryk, at der er jævnlige drøftelser om omsorgssvigt kontra magtanvendelse.

Praktisk hjælp: Tilsynsførende vurderer, at hjælpen tilrettelægges tilfredsstillende. Stuer, fællesarealer og hjælpemidler fremtræder rengjorte svarende til rengøringstandarden.

Mad og måltider: Medarbejderne støtter borgere med behov for hjælp til spisning. Maden smager godt, fortæller borgerne. Kostindsatsen fremstår grundlæggende velstruktureret. Ergoterapeut og ernæringsteknolog følger op på kostindsatsen og sikrer, at kostopslag i køkkenerne er overensstemmende med borgers aktuelle tilstande. Borgere ramt af dysfagi får tilbudt indbydende specialkost/gelesmørrebrød.

Sammenhæng og forudsigelighed:

De faste opstartsmøder og ugentlige tværfaglige dialogmøder med visitator, terapeuter, sygeplejersker og pleje-medarbejdere fremstår velfungerende. Her evalueres borgerforløb og mål for indsatsen justeres.

Ved 2 triageringsmøder i hhv aften- og dagvagt er dialog om sundhedsfaglige og social-og plejefaglige forhold. Her vægtes den tidlige opsporing af borgere, hvis tilstand har ændret sig, og hvor der kan være brug for en 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 kvalitetsarbejde er et godt afsæt til at fastholde den opnåede kvalitet og yderligere forbedre praksis.

Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 2 temaer er "Helt opfyldt"
- 3 temaer er "I betydelig grad opfyldt"
- 2 temaer 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 4 Kompetencer og udvikling

Samarbejdsflade med terapeutfunktion om fælles borgerforløb

De kommunale tilbud efter SEL §§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 enheden bidrager til at tilrettelægge og gennemføre træning/hverdagsehabilitering ud fra borgernes mål, så borgerne støttes i at bevare eller øge deres funktionsevne og livskvalitet.

Udviklingspunkt:

Samarbejdsstrukturen ses ikke i tilstrækkelig grad at støtte sammenhængende og helhedsorienteret genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb. Det vanskeliggør, at borgeren på en enkel måde tilbydes en samlet og forsat ydelse.

Tilsynet anbefaler at fortsætte indsatsen for

- at styrke en sammenhængende ydelse mellem de involverede fagpersoner
- at kontaktpersoner styrker deres bidrag til en fælles rehabiliterings/træningsindsats og opdaterer døgnrytmeplanerne i tråd med mål for indsatsen.

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.

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

- a) Frontmedarbejdernes kendskab til dagens visiterede borgeropgaver
- b) Tidlig opsporing og reaktion på utilsigtet vægttab.

Ad a: Frontmedarbejdernes kendskab til dagens visiterede borgeropgaver

Ved stikprøve på kalendersatte ydelser (vægtkontrol) ses større overspring.

Tilsynet anbefaler at

- øge opmærksomheden på dagens borgeropgaver og fordele disse
- at samle op på dagens udførte målinger af værdier i en periode og vurdere om der er opfølgningsbehov
- journalisere ændringer.

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.

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

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

Udviklingspunkt:

For 3 borgere, hvoraf den ene skal tilbydes vejning ugentlig, ses større overspring i vejningerne.

2 borgere ses ikke vejret – for en er muligvis besluttet ./ vejning, men oplysningen kan ikke findes af erfaren medarbejder. Reaktion på vægttab: For 2 vægttab ses ikke sundhedsfaglig reaktion ift. stillingtagen til fortsat vejehyppighed, kost o. lign.

Tilsynet anbefaler

- at mål for indsatsen er lettilgængelig (øge vægt, vedligeholde, fastholde)
- præcisere handlingsanvisningerne med oplysning om grænseværdier for vægttab (+/- x kg) og hvordan de skal melde videre. Fx ”ved vægttab over 1 kg på en måned, skrives observation”
- medtage emnet i den løbende journalaudit.

Tema 7 Dokumentation

Døgnrytmeplaner og sammenhæng til helbredstilstande o.a.

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.

Udviklingspunkt: Samlet set ses for 5 ud af 6 borgerforløb uoverensstemmende oplysninger mellem helbredstilstande/fagligt notat, notater fra samarbejdspartnere, døgnrytmeplan, funktionsevnetilstande, observationer og målinger.

Afslutning af triage: Faglige notater og døgnrytmeplaner ses ikke opdaterede ved afslutning af problemområde for 2 ud af 3 borgerforløb.

Døgnrytmeplaner: De sete afvisninger fremstår som manglende konsekvensrettelser ved ændringer.

- **Mål og delmål for fys-indsats:** Indskrives forskellige steder. For en borger ses uoverensstemmende oplysninger mellem ergo-notat, helbredstilstand, tavle på stuen og døgnrytmeplan, herunder om rehabilitering/træning ved fx plejeomgaver/forflytninger.
- **Sår:** Ophøjet sårområde fremstår let væskende og rødt. Af helbredstilstand ses beskrivelse 1 uge før med anvisning af hudpleje med fed creme. Oplysning ses ikke af døgnrytmeplan. Der ses ikke observationer seneste uge.
- **Magtanvendelse:** Af afsluttende triagenotat ses, at beslutning skal indskrives i døgnrytmeplan. Dette ses ikke gjort.

Ovenstående 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. Manglerne i journaliseringen vedrører også sundhedslovsydelser.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- at implementere ny matrix i assistentgruppen ift. journaliseringsansvar
- ved triage som afslutning af problemområde at aftale skrivning af resume i fagligt notat og opdatering af døgnrytmeplan
- at fortsætte indsatsen for at skrive handleanvisende og individuelle døgnrytmeplaner
- at medarbejderne (incl. afløsere/vikarer) opfordres til løbende større opmærksomhed og reaktion, hvis døgnrytmeplaner o.a. ikke afspejler borgers aktuelle behov
- at evaluere ved journalaudit med deltagelse af sygeplejerske, assistent, hjælpere og terapeut ad hoc

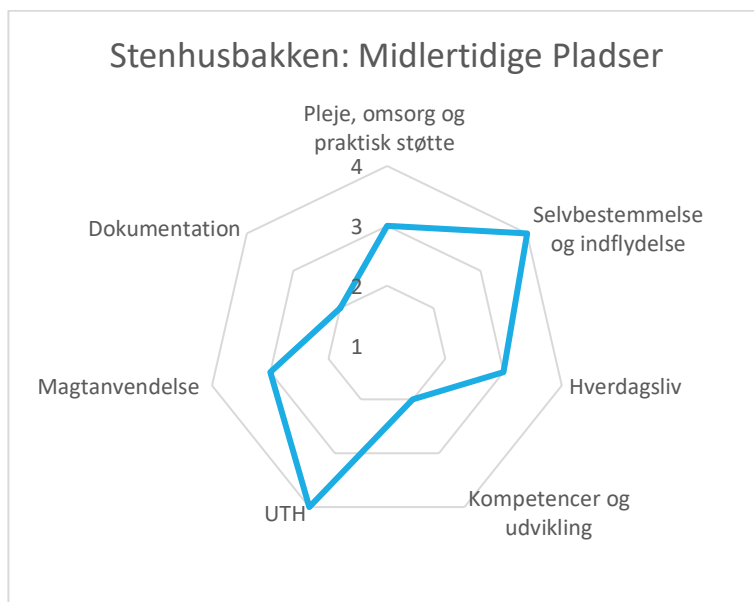
Oversigt over de enkelte temaer

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

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 målopfyl-
delsen for det enkelte tema.

Herefter er de konkrete kvalitetsindikatorer medtaget, så læseren kan se, hvad der er grundlaget for dataindsam-
lingen. Tilsynsførende vurderer for hvert målepunkt, om dataindsamlingen viser overensstemmelse med måle-
punktets 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.

Måle- punkt	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.		Borgerne fortæller, at medarbejderne i vid udstrækning er imødekommende og gerne vil hjælpe dem.
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 plejeenheden til andre med samme behov?		
1.3	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.		2 ud af 3 medarbejdere bærer plastforklæde.
1.4	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 4): Enheden varetager tøjvask af borgernes tøj hver for sig i fælles vaskemaskiner. Ugentlige rengøringsopgaver: Der ses egenkontrolskema for ugentlig kogevaske m.m. Fast medarbejdere fortæller rutineret om opgaven. Der ses ikke afkrydset ugentligt.

			Vask ved lave temperaturer: Der ses ikke forholdsregler for brud af smitteveje ved lave temperaturer ved anvendelse af velegnet vaskemiddel eller desinfektion i form af efterfølgende kogevask.
--	--	--	---

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) Fik du de oplysninger, du havde brug for ved opstarten?		
2.2	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Oplever du dig medinddraget fra start (borgere med genoptræningsforløb o.lign) 2) Hvad har du ønske om at få ud af opholdet? Hvad er planen for dit forløb? 3) Er forløbet, som du havde forventet det/ ønsket det/som det har været muligt?		
2.2	Der er en arbejdsproces for at tage hensyn til borgernes individuelle ønsker og behov og sikre at borgerne har de fornødne oplysninger til at have overblik over eget forløb i muligt omfang. Det kan f.eks. ske ved, 1) at borgernes livshistorie i relevant opfang anerkendes og respekteres af medarbejderne 2) at borger (og pårørende) fra start kender mål for opholdet og planen for, hvornår der undervejs tages beslutninger 3) at borger og pårørende kender relevante kontaktpersoners navne. Vurderingen tilpasses om borgeren har genoptræningssigte, aflastning, palliativ mv		Der er tiltag i gang.

Tema 3 Hverdagsliv, mad og måltider

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	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? 3) Får du dækket dit behov for at være sammen med andre?		2 ud af 5 borgere fortæller, at de fleste er ualmindelig søde, men at der er få, hvor de oplever at blive fejlet af med "det har vi ikke tid til", "det må du selv klare", "det her er du nødt til".
3.2	Hverdagen 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 de muligheder der er for aktiviteter og samvær.		
3.3	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.?		
3.4	Måltider 1) Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende 2) Borgere med behov for specialkost, tilbydes denne		

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	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.		Terapeuternes interne faglige indsats fremstår sammenhængende. Men når plejemedarbejdernes skal anvende viden til forflytning og anvende borgers opnåede potentiale i personlig pleje, eller huske borger på øvelser, ses viden ikke lettilgængelig. Hvad er borgers potentiale – hvad er mål for indsatsen -hvad er min opgave. Ved jagt i Nexus ses uoverensstemmende oplysninger jf. tema 7. Faggrupperne fremstår parallelt arbejdende. Tilsynet hører, at der er tiltag på vej.
4.2	Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde Medarbejderne kender og bruger plejeenhedens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for 1) hjælp, omsorg og pleje til borgeren i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår og fald 2) at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner 3) at følge op på indgåede aftaler. <u>Arbejdsgangene belyses fx for</u> A: Triage – opfølgning på sundhedslovsydelser B: Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring C: Fald Ad A:		Ad A Triagering fremstår som central proces i DV og AV. Ved ændringer i borgers tilstand oprettes ved behov gul/rød tilstand og herefter journaliseres i triagemodulet. Når borger igen er i grøn, skal skrives resumé i fagligt notat og døgnrytmeplan evt. opdateres. Dette ses ikke udført for 2 ud af 3 borgere. Konsekvensen er manglende/ikke opdaterede oplysninger.

	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 korrekt og patientsikkert på fald sv.t. instruksen 2) Fald er rapporteret med faldregistrering, som UTH og medtaget i samlerapportering.		Ad B Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring. <u>Vejehyppighed</u> er fastsat til x1 månedl. fra opstart og justeres efter behov. Er kalendersat i Nexus. For 3 borgere, hvoraf den ene skal tilbydes vejning ugentlig, ses større overspring i vejningerne. 2 borgere ses ikke vejnet – for en ene er muligvis besluttet ./. vejning, men oplysningen kan ikke findes af erfaren medarbejder. Reaktion på vægttab: For 2 vægttab ses ikke sundhedsfaglig reaktion ift. stillingen til fortsat vejehyppighed, kost o.lign. Ad C: Fald: Målepunkt ses opfyldt Ved 3 ud af 3 fald ses involvering af sundhedsfaglig medarbejder. Der ses faldregistrering og målt værdier.
4.3	Kompetenceskemaer: Stikprøver viser, at kompetenceskemaer er opdaterede.		Overdragede opgaver: Sondeernæring/medicin ses overdraget til een SSH som konkret delegation, for en anden som generel. Der høres forskellig forståelse for, om man skal oplæres til den konkrete borger altid, eller om oplæringen er generel, når der ikke er udfyldt borgernavn.

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.		Der høres om forebyggelse af magtanvendelse. Medarbejderne udviser forskellig opfattelse af, hvornår pleje bliver til magtanvendelse. Oplysninger om forebyggende tiltag ses ikke i døgnrytmeplan for 1 ud af 2 aktuelle borgere.
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.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
7.1	Medarbejderne har kendskab til borgernes funktionsevnetilstande, ressourcer og ønsker Der er arbejdsproces for at erhverve kendskab til borgernes behov inden borgerbesøg.		Funktionsevnetilstande ses generelt med nyere dato for opdatering. Der ses forskellig forståelse for, hvad der skal skrives hvor. Det gør det vanskeligt for erfaren medarbejder hurtigt at finde oplysninger, da samme type oplysning findes under forskellige tilstande hos forskellige borgere. Forbedret struktur: Ved tværfaglige dialogmøder indskrives beslutninger og mål for indsatsen justeres i samlet faglig vurdering.
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		Døgnrytmeplanerne ses for 2 ud af 6 sete borgerforløb opdaterede, handleanvisende sv.t. mål for indsatsen og borgers ønsker og vaner. For de 4 øvrige ses ikke individuelle oplysninger der afspejler mål og plan, samt hvordan plejen bedst lykkes for borger. For borgere ramt af demens ses ikke oplysninger om aften- og sengevaner, der kan medvirke til en god nattesøvn. De faste medarbejderes viden forbliver tavs.

7.1	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. 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)	<i>Samlet set ses for 5 ud af 6 borgerforløb uoverensstemmende oplysninger mellem helbredstilstande/fagligt notat, notater fra samarbejdspartnere, samlet faglig vurdering, døgnrytmeplan, funktionsevnetilstande, observationer og målinger.</i> <i>De sete afvigelser fremstår som manglende konsekvensrettelser på tværs af Nexus ved ændringer fx ved afslutning af triageproblem eller efter tværfaglige dialogmøder.</i> <i>Mål og delmål for fys-indsats: Indskrives forskellige steder. For en borger ses uoverensstemmende oplysninger mellem ergo-notat, helbredstilstand, tavle på stuen og døgnrytmeplan. Oplysningerne er relevante for de daglige forflytninger.</i> <i>Sår: Ophølet sårområde fremstår let væskende og rødt. At helbredstilstand ses beskrivelse 1 uge før med anvisning af hudpleje (fed creme). Oplysning ses ikke af døgnrytmeplan. Der ses ikke observationer seneste uge.</i> <i>Magtanvendelse: Af afsluttende triage-notat ses beslutning, som skal indskrives i døgnrytmeplan. Dette ses ikke gjort.</i> <i>Helbredstilstande: En del uoverensstemmelser i forhold til borgers aktuelle tilstande.</i>
-------------------	--	---

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":

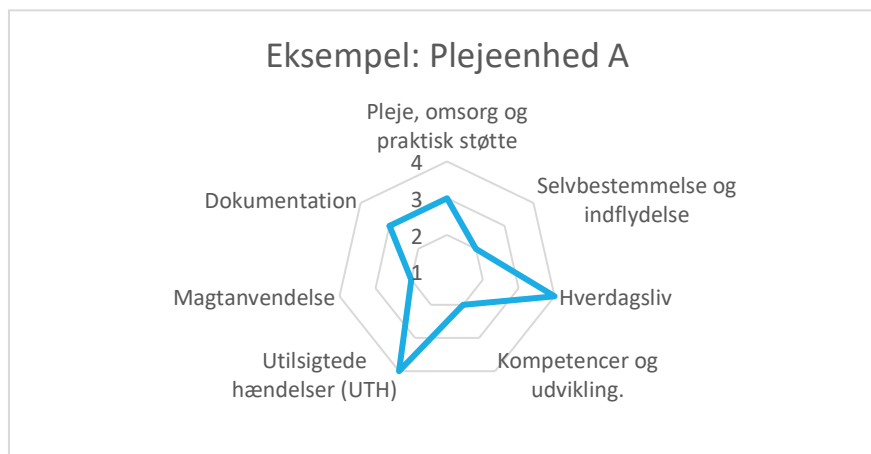
Vurderingen sker ud fra 4 kategorier, som farvemarkeres af læsevenlige årsager:

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 edderkop-pediagrammet 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 ” Helt Opfyldt” eller ”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 besluttet (lovgivning, retningslinjer, kvalitetsstandarder m.m.) og det, der sker i praksis tættest på borgerne.

