



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

# Holbæk Kommune

## Aktiv Hele Livet

### Tysingehave Plejecenter

## Indholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>4</b>
<b>Fakta om tilsynet</b> .....	<b>5</b>
<b>Samlet tilsynsresultat</b> .....	<b>6</b>
<b>Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer</b> .....	<b>7</b>
<b>Oversigt over de enkelte temaer</b> .....	<b>11</b>
<b>Resultater og vurdering af de enkelte temaer</b> .....	<b>12</b>
<b>Tema 1 Pleje, omsorg og praktisk støtte</b> .....	<b>13</b>
<b>Tema 2 Selvbestemmelse og indflydelse</b> .....	<b>15</b>
<b>Tema 3 Hverdagsliv – aktiviteter, mad og måltider</b> .....	<b>16</b>
<b>Tema 4 Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde</b> .....	<b>18</b>
<b>Tema 5 Utilsigtede hændelser (UTH)</b> .....	<b>21</b>
<b>Tema 6 Magtanvendelse sker i overensstemmelse med lovgivning og lokale beslutninger</b> .....	<b>22</b>
<b>Tema 7 Dokumentation</b> .....	<b>23</b>
<b>Bilag 1 Pårørendeinterview</b> .....	<b>25</b>
<b>Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper</b> .....	<b>29</b>
<b>Om virksomheden og kontaktoplysninger</b> .....	<b>32</b>

## Forord

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

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

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

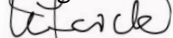
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

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

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

Venlig hilsen



Nethé Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

## Fakta om tilsynet

**Plejecenter:**

Tysingehave Plejecenter: Sønderstrupvej 26, 4340 Tølløse

**Plejecenterleder:**

Forstander Susan Härtel

**Antal beboere:**

65 borgere

**Tilsynsbesøget fandt sted:**

21. maj 2024

**Metodik og datagrundlag:**

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 10 borgerjournaler), instrukser, handplaner, borgerinformationer, beboeravis med aktivitetsoversigt, menuplaner m.v.

Interview: 5 borgere, som er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. 5 pårørende er efterfølgende telefoninterviewet. Besvarelser fremgår af bilag 1. Desuden har tilsynet interviewet forstander, 2 teamledere, 4 sygeplejersker, 1 assistent, 2 hjælpere, heraf 1 med funktion som køkkenansvarlig, 1 demensvejleder, 1 klippekortsmedarbejder samt 1 køkkenleder.

- 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 2 borgere og hjælp til spisning hos 2 borgere.

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

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

**Tilsynsførende:**

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

## Samlet tilsynsresultat

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

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

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

### Målene er i middel grad opfyldte

*Der ses forhold, som kan have betydning for den tidlige opsporing samt opfølgning på igangværende tiltag.*

*Dette er uddybet på side 8-10 samt under temaerne.*

*Det kan indebære større risiko for patientsikkerheden ved uændrede forhold. Opfølgning på handleplan 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**

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

##### **Målene er i middel grad opfyldte**

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

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

Løbende opfølgning anbefales.

##### **Målene er i lav grad opfyldte**

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

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

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

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

##### **Kritisable forhold**

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

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

## Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

### Styrker

#### *Selvbestemmelse og indflydelse*

Enkelte borgere kan medvirke til interview. De fortæller, at de taler godt med de tilknyttede medarbejdere, som de oplever som ”umådelige søde” og ”meget imødekommende”. Fra indflytning arbejdes med borgerens livshistorie og tilsynet ser eksempler på, at oplysninger inddrages i borgers hverdag. 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 respekterer borgers selvbestemmelse.

#### *Pleje, omsorg og praktisk støtte*

Tilsynsførende vurderer, at hjælpen i vid udstrækning tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes vaner, ønsker og behov. Borgerne har generelt faste kontaktpersoner, og de interviewede borgere giver udtryk for at kende de faste medarbejdere, der hjælper dem i det daglige, ligesom medarbejderne også viser godt kendskab til de borgere, de yder pleje og omsorg.

Medarbejderne kender borgernes behov, guider undervejs, og tilpasser hjælpen til borgers tempo, formåen og stemning. Der ses velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær i form af småludren undervejs, og borgernes selvhjulpethed og selvbestemmelse understøttes.

Lejligheder fremtræder rengjorte svarende til den kommunale rengøringsstandard. Selvom der hos nogle borgere er mange og nødvendige hjælpemidler, så er det tilsynsførendes oplevelse, at hjælpemidlerne så vidt muligt integreres i lejlighedens øvrige møblement, så lejlighederne fremstår så hjemlige som muligt.

#### *Hverdagen og aktiviteter på plejecentret*

De interviewede borgere fortæller, at de deltager i de aktiviteter, der er på plejecenteret, hvis det interesserer dem. En af de interviewede borger fortæller, at hun gerne cykler i fitnessrummet og at medarbejderne husker hende på det to gange om ugen. En anden borger fortæller, at hun overvejende nyder at læse i sin lejlighed, men også deltager i gymnastik o.a. Klippekortmedarbejderen fortæller om en vifte af tilbud, herunder bustur 2 gange om ugen hvor borgerne på skift kan deltage. Terapeuttræning kan ske i fitnessrummet.

Maden kommer fra eget produktionskøkken. Her er ansat kok og konditor. Der høres om jævnlige køkkenmøder mellem teams'nes køkkenansvarlige og køkkenleder. Borgerne udtrykker stor tilfredshed med maden ved alle måltider, som for de flestes vedkommende spises i spisestuen sammen med de andre borgere. Tilsynsførende overvårer serveringen af morgenmad og frokost i de respektive spisestuer. Ved frokosten deltager medarbejdere, og der hygges og snakkes under måltidet. De borgere, der har brug for hjælp til at spise, får hjælpen omsorgsfuldt og i borgers tempo, ligesom der tages hensyn til borgere med demens med ro og nærvær, og hvor enkelte borgere skærmes under spisningen.

Alle borgere får hver måned beboeravisen, hvor både månedens menuplan og aktivitetskalender indgår.

#### *Kompetencer og udvikling. Sammenhæng og forudsigelighed*

Den lokale demensvejleder medvirker til den løbende kompetenceudvikling, hvilket støtter den borgercentrerede omsorg. Hun varetager pårørendecafé samt er tilgængelig til telefonkontakt 2 gange om ugen.

Tilsynsførende hører om daglige triageringsmøder, 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. Medarbejdere kan redegøre for, hvorledes det prioriteres, at borgernes grundlæggende behov i videst mulige omfang bliver tilgodeset, samt hvem de skal kontakte ved afvigelser i borgers tilstand

Der ses klar ansvars- og opgavefordeling ved fald. Sundhedsfaglig medarbejder skal kontaktes og borger TOBS'es og faldene registreres.

#### *Utilsigtede hændelser (UTH)*

Arbejdet med UTH fremstår grundlæggende velstruktureret. De nyere samlerapporter er ved at blive implementeret. Der høres om 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

- 1 tema er ”Helt opfyldt”
- 4 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 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 1 Pleje, omsorg og praktisk hjælp**

##### Tøjvask

*Fokus:* Borgernes tøj vaskes hver for sig i fælles vaskemaskiner. For at undgå bakterie- og virusoverførsel ved vask mellem forskellige borgers beklædning, skal udføres ugentlig kogevaske på tom maskine og foretages aftørring af membraner (NIR<sup>1</sup>). Dette skal støttes af egenkontrolskemaer. Ved lavere temperaturer skal smittevejen brydes fx ved brug af vaskemiddel med desinfektionsmiddel eller desinfektion mellem vaske.

Tilsynet hører, at pedel sikrer udførelse af rutinemæssig ugentlig kogevaske.

*Udviklingspunkt:* Der ses ikke forholdsregler for brud af smitteveje ved lave temperaturer. Leder følger op med pedellen i høringsfasen.

*Tilsynet anbefaler,*

- at justere arbejdsgangene for tøjvask i fælles vaskemaskiner, så praksis bliver i overensstemmelse med nationale infektionshygiejniske retningslinje
- at rette henvendelse til kommunens hygiejnefunktion ved tvivlsspørgsmål.

#### **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. Tilsynet har set på sammenhæng mellem overdragede opgaver og de pågældende medarbejders dokumenterede kompetencer.

Der pågår udviklingsarbejde med at indsætte kommunens kompetencekrav i et elektronisk styret system. (my-medcare).

*Udviklingspunkt:* De aktuelle kompetenceskemaer ses i nogen grad udfyldt for aktuelt overdragede opgaver. Dette kan for planlæggere indebære manglende overblik over bemandingens kompetencer i fx aftenvagter.

*Tilsynet anbefaler*

- at sikre opdaterede kompetenceskemaer inden sommerferiestart.

---

<sup>1</sup> Håndtering af tekstiler til flergangsbrug i sundhedssektoren, 2. udgave 2022

### Formidling og involvering af sundhedsfaglige medarbejdere ved ændringer i borgers tilstande

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

Tilsynet oplever at alle interviewede medarbejdere udviser bevågenhed for tidlig opsporing og rettidig reaktion på ændringer i borgers tilstande. Arbejdsprocesserne, der skal støtte indsatsen, fremstår dog ikke sikre.

Der ses udviklingspunkter for

- a) Frontmedarbejdernes kendskab til dagens visiterede borgeropgaver
- b) Vægtkontrol og rutiner for reaktion på utilsigtet vægttab

#### Ad a: Frontmedarbejdernes kendskab til dagens visiterede borgeropgaver

Indsatser såsom undersøgelse af værdier er synlig ved morgenmøde inden borgerbesøg, men der ses øget behov for fordeling af opgaverne og/eller opfølgning på om opgaverne er udført. Der ses eksempler på visiterede opgaver, som ikke er fordelt og ikke er udført.

*Tilsynet anbefaler at*

- fortsætte den ihærdige indsats med at øge opmærksomheden på dagens borgeropgaver og fordele disse
- evaluere om formiddagen om dagens borgeropgaver er varetaget.

#### 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 for. (Se [2015-Ældre\\_vægttab\\_anbefalinger.ashx \(sst.dk\)](#))

**Udviklingspunkt:** Vægtkontrol: For 3 ud af 5 borgere ses overspring i vægtkontrol.

**Reaktion på utilsigtet vægttab:** For 1 borger ses vægtkontrol med større utilsigtet vægttab. Vægttabet er sat på stueganglisten. Vægttabet er formentligt formidlet mundtligt.

Der ses generelt ikke information til den, der vejer om hvornår (antal kg?) og hvordan (observation?), et vægttab skal meldes videre.

*Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats for øget systematik, herunder*

- at øge opmærksomhed på, at erkendelse af vægttab journaliseres via fx observation
- at samle op på dagens udførte målinger af værdier
- medtage emnet i den løbende journalaudit.

### **Tema 7 Dokumentation**

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

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

*Udviklingspunkter:*

1) Der ses for 1 ud af 8 borgerforløb overensstemmende oplysninger mellem døgnrytmeplan, funktionsevnetilstande, observationer, målinger, helbredstilstande/fagligt notat, notater fra terapeuter, diætister, demenskonsulenter m.fl.

Der ses supplerende oplysninger under temaerne. Mønstre og tendenser:

- at der ikke konsekvensrettes i Nexus ved ændringer.



Ovenstående kan have betydning for den tidlige opsporing samt opfølgning på igangværende tiltag. Det kan indebære større risiko for patientsikkerheden ved uændrede forhold.

## 2) Døgnrytmeplaner

For 2 ud af 8 borgere ses døgnrytmeplaner med de fornødne oplysninger til at medarbejdere, som ikke kender borger så godt, kan tilbyde en genkendelig social- og plejefaglig hjælp. Uddybende oplysninger ses af 7.2. Uoverensstemmende eller manglende oplysninger kan medføre, at medarbejdere i bedste mening gør noget andet end borgers behov.

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

Der er en proces i gang for forbedringer af det skriftlige arbejdsgrundlag.

*Tilsynet anbefaler at fortsætte indsatsen for*

- at styrke det skriftlige arbejdsgrundlag
- fortsætte opdatering af døgnrytmeplanerne, så alle kan hjælpe borger til en genkendelig og sikker pleje
- udføre miniaudit med deltagelse af assistenter og sygeplejerske.

### **Opmærksomhedspunkt**

Opdaterede vejledninger sætter retning for kvalitetsudviklingen. Instrukser udgives løbende af kommunen og Tysingehave er forpligtet til at følge disse som minimumskrav. Der ses i forbindelse med drøftelse af fald, at de nye instrukser om faldregistrering og faldudredning ikke er kendt på plejecentret.

Det er plejecentrets ansvar at holde sig orienteret om nyudgivelser.

*Tilsynet anbefaler at*

- drøfte elektroniske meldingsmuligheder fra kommunen ved udgivelse af nye instrukser.

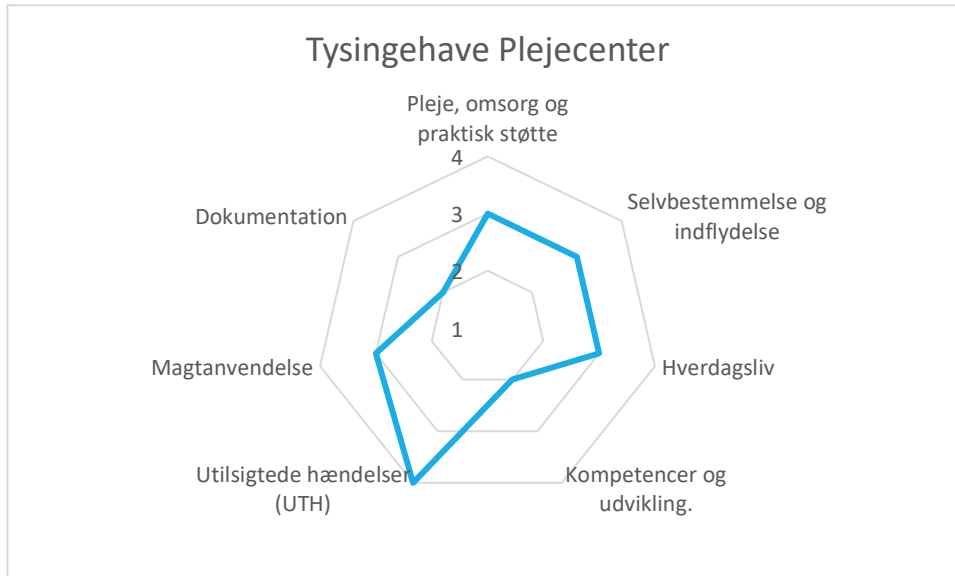
## Oversigt over de enkelte temaer

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)	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 målopfyldelsen for det enkelte tema.

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

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

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

## Tema 1 Pleje, omsorg og praktisk støtte

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

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.		
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	<p>Praktisk hjælp</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen.</li> <li>2) Rengøringsydelsen er planlagt svarende til kommunens kvalitetsstandard.</li> <li>3) Personlige hjælpemidler fremtræder rene</li> <li>4) Tøjvask varetages efter gældende hygiejniske retningslinjer (nationale/lokale).</li> </ol>		<p>Ad 4) Borgernes tøj vaskes hver for sig i fælles vaskemaskiner. Der sker ugentlig kogevask på tom maskine. Der ses ikke forholdsregler for brud af smitteveje ved lave temperaturer ved anvendelse af velegnet vaskemiddel eller desinfektion mellem vask.</p>
1.6	<p>Pårørendeinterview: Interviewede pårørende svarer overvejende positivt på følgende typer spørgsmål:</p> <p><i>Rengøring:</i> Hvordan er du tilfreds med rengøringsstandarden i din nærtståendes lejlighed?</p>		<p>Uddybende oplysninger ses af bilag 1.</p>
1.7	<p>Pårørendeinterview: Interviewede pårørende svarer overvejende positivt på følgende typer spørgsmål:</p> <p><i>Tøjvask:</i> Hvordan er du tilfreds med håndteringen af din nærtståendes vasketøj?</p>		<p>Uddybende oplysninger ses af bilag 1.</p>
1.8	<p>Medarbejderne har kendskab til borgernes funktionsevnetilstande, ressourcer og ønsker Der er arbejdsproces for at erhverve kendskab til borgernes behov inden borgerbesøg.</p>		

## Tema 2 Selvbestemmelse og indflydelse

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

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

## Tema 3 Hverdagsliv - aktiviteter, mad og måltider

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

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

<p>3.5</p>	<p>Måltider Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hvad synes du om maden her - morgenmad, frokost, aftensmad?</li> <li>2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp?</li> <li>3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.?</li> <li>4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen?</li> </ol>		
<p>3.6</p>	<p>Måltider 1) Der foreligger <u>menuplan</u>, som er tilgængelig for borgere og pårørende.</p> <p>Medarbejdere kan redegøre for, hvorledes borgerne bedst muligt involveres i, at menuplanen fastlægges og hvordan borgerens evaluering af maden videregives til den lokale økonoma og til fælleskøkkenet</p>		
<p>3.7</p>	<p>Måltider</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2) Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær.</li> <li>3) Medarbejdere er til stede ved måltidet og støtter en positiv oplevelse for borgerne.</li> </ol>		



## 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	<p>Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne med tildelt §§ 83 og 86 samt opfølgning på GOP.</li> <li>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).</li> </ol> <p>Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, herunder hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.</p> <p>Hvis plejecentret ikke har/nyligt har haft borgere visiteret til ovenstående markeres indikatoren som "ikke aktuel" for dataindsamling" = grå farve.</p>		<p>Træningsbehov: For 1 borgerforløb ses rettidig reaktion på borger, som ved udskrivelse ikke har GOP. Sgpl kontakter fys, som efter indledende vurdering ansøger om §86. Dette er aktivt forløb. Det er ikke umiddelbart muligt at finde terapeutnotater fraset den indledende vurdering. Det indebærer en risiko for at terapeutanbefalinger af betydning for den personlige pleje/daglige øvelser o.a. ikke bliver læst.</p> <p>Der høres opmærksomhed på at indskrive notater i døgnrytmeplanerne, hvis de kan findes.</p> <p>Der høres ikke om arbejdsprocesser for samarbejde med vederlagsfri fysioterapeuter om fælles borgere.</p> <p>Dysfagi: Samarbejde med ergoterapeut fremstår velfungerende.</p>

			<p>Imidlertid kan terapeuternes notater ikke findes. For 3 ud af 3 borgere med dysfagi kender medarbejderne til, at borger har behov for fortykning. Den individuelle dosis er ikke kendt, i praksis anvendes cacaoconsistens.</p>
<p><b>4.3</b></p>	<p>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde Medarbejderne kender og bruger plejeenhedens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgeren i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår og fald.</p> <p>1) at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner 2) at følge op på indgåede aftaler.</p> <p>Arbejdsgangene belyses fx gennem kædeprocessen for A: Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring B: Fald</p> <p>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.</p> <p>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.</p>		<p>Visiterede ydelser såsom undersøgelse af værdier indsættes som opgaver. Opgavefordelingen inden borgerbesøg fremstår aktuelt ikke sikker. Der ses eksempler på opgaver, som ikke er udført, hvilket kan indebære en risiko for sikkerheden. Der er tiltag i gang.</p> <p>A: Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring <u>A1: Vejehyppighed</u> er fastsat til x 1 månedligt og justeres ofte efter behov. For 3 ud af 5 borgere ses vægtkontrol ikke udført som besluttet.</p> <p><u>A2: Reaktion på vægttab:</u> For 1 borger ses vægtkontrol med større utilsigtet vægttab. Vægttabet er sat på stuegangslisten. Vægttabet er formentligt formidlet mundtligt. Der ses ikke observation. Der ses ikke information om, hvornår og ved hvilket vægttab, sygeplejerske skal informeres.</p> <p><u>A3) Oplysning om kost:</u> Af køkkenets oversigt står 6 borgere til minus føde-middel. Der ses ikke adskillelse af allergi/kan ikke lide.</p>

			<p>Ad B: Fald B1: Helt opfyldt. Der ses faldregistrering, UTH-notat samt dokumentation af TOBS ved hvert fald.</p> <p>Andet: Omhældning af Attylet: Dette ses i 1 af køkkenerne. Beholder ikke mærket med udløbsdato.</p>
4.4	Overdragede opgaver / delegation af forbeholdt virksomhed: Stikprøver viser, at kompetenceskemaer er opdaterede.		<p>Information fra leverandør: "Det er os som leverandører der har det sygeplejefaglige ansvar for SUL ydelserne i overensstemmelse med de til enhver tid gældende kvalitetsstandarder besluttet af Holbæk Kommune".</p> <p>Opmærksomhedspunkt ved ompetenceskemaerne: Der pågår udviklingsarbejde med at indsætte kommunens kompetencekrav i et elektronisk styret system. (mymed-care).</p> <p>Udviklingspunkt: De aktuelle kompetenceskemaer ses i nogen grad udfyldt for aktuelt overdragede opgaver. Dette kan for planlæggere indebære manglende overblik over bemanningens kompetencer i fx aftenvagter.</p>

## Tema 5 Utilsigtede hændelser (UTH)

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

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

## Tema 6 Magtanvendelse sker i overensstemmelse med lovgivning og lokale beslutninger

Samlet vurdering

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
6.1	Medarbejderne kan fremfinde intern procedure for magtanvendelse i Holbæk Kommune. Dokumentet er lettilgængeligt for medarbejdere.		
6.2	Magtanvendelse indgår i introduktion til nye medarbejdere og i den løbende kompetenceudvikling.		
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 for en borger ses af døgnrytmeplan for dagvagt, men ikke aften og nattevagt.
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	<p>Den social- og plejefaglige dokumentation fremstår overensstemmende. Social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge uplanlagt vægttab, tryksår, fald o.a. er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation, hvor det er relevant.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Oplysninger er opdaterede svarende til borgers tilstande inkl. eventuelle supplerende papirbase-rede notater, tavler o.a.)</li> <li>2) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion</li> <li>3) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender. (Omfatter primært journalisering ift. målepunkterne)</li> </ol>		<p><i>Rød tråd: Der ses for 1 ud af 8 borgerforløb overensstemmende oplysninger mellem helbredstilstande/fagligt notat, notater fra samarbejdspartnere, døgnrytmeplan, funktionsevnetilstande, observationer og målinger.</i></p> <p><i>De sete afvigelser fremstår som manglende konsekvensrettelser på tværs af Nexus ved ændringer.</i></p> <p><i>Ovenstående kan have betydning for den tidlige opsporing samt opfølgning på igangværende tiltag.</i></p> <p><i>Det kan indebære større risiko for patientsikkerheden ved uændrede forhold.</i></p> <p><i>Der er tiltag i gang.</i></p>
7.2	<p>Døgnrytmeplaner og generelle oplysninger</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Oplysninger ses opdateret, handleanvisende og med individuelle oplysninger om, hvordan plejen bedst lykkes for borger, herunder borgers vaner og ønsker</li> <li>2) For borgere ramt af demens indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleanvisende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt</li> </ol>		<p><i>For 2 ud af 8 borgere ses døgnrytmeplaner med de fornødne oplysninger til at medarbejdere, som ikke kender borger så godt, kan tilbyde en genkendelig social- og plejefaglig hjælp til den personlige pleje, mad og måltider.</i></p> <p><i>For 2 borgere ramt af demens ses i aftenvagten ikke oplysninger om borgers ønsker og vaner til en forudsigelig aften og støtte til en god nattesøvn.</i></p>

			<p>For 3 borgere med behov for fortykningsmiddel ses oplysningen for DV, en for 2 borgere ikke i AV og NV.</p> <p>For borgere med behov for forflytning med loftslift står dette anført. Men der ses ikke vejledning om individuelle behov.</p> <p>For 2 borgere med behov for megen hjælp til spisning ses oplysningen ikke i DV/AV, og oplysningen ses ikke i overensstemmelse med nyligt opdateret funktionsevnetilstand.</p>
7.3	<p>Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering.</p>		

## Bilag 1 Pårørendeinterview

### Sammenfatning af pårørendeinterview for Tysingehave Plejecenter

Antal telefoninterview i alt: 5

Der er talt med fem pårørende, der enten har en forældre eller en ægtefælle på plejecenteret. To pårørende kommer på plejecenteret flere gange om ugen. En pårørende kommer hver uge, og to pårørende kommer flere gange om måneden. Fire pårørende har været involveret i deres næres indflytning på plejecenteret. Tre borgere har boet på plejecenteret ca. to år og to borgere i mere end to år.

Målopfyldelse Tema	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant	Ønskede medtagne kommentarer fra pårørende
<b>Indflytningen på plejecenteret</b> Samlet set: - Processen/information - Indflytningssamtale - Opfølgning	1	2	1			1	En pårørende oplevede en uværdig proces, fordi de ikke kunne nå at tale med den nærtstående om indflytningen, da det hele skulle ske på få dage. Ellers var alt andet fint.
<b>Pleje og vedligeholdelse af færdigheder</b> Samlet set: Din tilfredshed med - Den pleje, din nærtstående modtager - Støtten til at vedligeholde sine færdigheder		4	1				En pårørende giver store roser til personalet for den hjælp, den nærtstående får.  En pårørende fortæller, at den nærtstående betaler for et ekstra bad om ugen, idet et ugentligt bad er i underkanten.  En pårørende oplever, at skiftende personaler giver udsving i den personlige pleje.
<b>Maden og måltidet</b> Samlet set: Din nærtståendes tilfredshed med		3	1			1	En pårørende synes ikke, der skal serveres røde pølser og stegt flæsk for gamle mennesker, for de har svært ved at tygge disse retter.



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
<b>Tema</b> - Den mad, der serveres til måltiderne? - Det sociale samvær							
<b>Aktiviteter</b> Hvordan er du tilfreds med de tilbud, din nærtstående får til at deltage i forskellige aktiviteter?	3		1			1	En pårørende oplever, at personalet yder en stor indsats for at finde relevante tilbud til den nærtstående.  En pårørende har ingen fornemmelse af, hvilke aktiviteter den nærtstående deltager i. En gang imellem skriver personalet, at den nærtstående har været glad for at synge med. Det er rart at få denne information.
<b>Rengøring</b> Hvordan er du tilfreds med rengørings-standarder i din nærtståendes lejlighed?		3	1	1			En pårørende synes, der stort set altid trænger til at blive støvsuget.  En pårørende finder det trist, der altid lugter af tissebleer i lejligheden.
<b>Tøjtøjsvask</b> Hvordan er du tilfreds med håndteringen af din nærtståendes vasketøj?	3		2				En pårørende oplever, at den nærtstående mister tøj.  En pårørende ønsker tøj sorteret, så alt tøj ikke vaskes sammen. Et par briller blev ikke fundet i vasketøjskurven og blev ødelagt efter en tur i vaskemaskinen.

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
<b>Kommunikation med plejecentret</b> Samlet set om: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Imødekommenhed</li> <li>- Samarbejde med medarbejderne</li> <li>- Tilfredshed med den måde, som plejecentrets leder og medarbejdere håndterer ros, kritik eller forslag til forbedringer, der kommer fra pårørende?</li> </ul>	2	2	1				<p>En pårørende er taknemmelig for personalets hurtige respons. Personalet er rigtig gode til at ringe og skrive om stort og småt.</p> <p>En pårørende ønsker tilbud om en talepædagog til den nærtstående.</p> <p>En pårørende har en god kontakt til personalet. Det opleves næsten helt familiært.</p> <p>En pårørende har et godt samarbejde med personalet, men mangler kommunikation om stort og småt.</p> <p>Eks.: Den nærtstående har tabt sig markant, og familien påpeger dette. Efterfølgende tager personalet kontakt til de pårørende og fortæller, at de er opmærksom på problemet. Det undrer de pårørende, at kommunikationen fra personales side først kommer efter, de pårørende har påpeget problemet.</p> <p>Den pårørende ønsker klare rammer for kommunikationen, da kommunikationen er særlig vigtig, idet den nærtstående ikke kan kommunikere.</p> <p>Når der er en kontaktperson, har denne ofte ikke tid til at snakke.</p>

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
Vil du anbefale plejecentret til andre?	2	2		1			<p>Tre pårørende fremhæver plejecentret som et godt sted.</p> <p>En pårørende fremhæver de fysiske rammer og et imødekommende og nærværende personale. Den pårørende er rørt over, at den nærtstående altid bliver mødt med smil og imødekommenhed. Den pårørende er altid helt OK efter et besøg, da den nærtstående er i gode hænder.</p> <p>En pårørende mener, at borgere med en demenssygdom ikke skal bo sammen med borgere, der ikke har en demenssygdom. Det er ikke godt for nogen.</p> <p>En pårørende er glad for og støtter op om Diakonissestiftelsens koncept.</p>

Tabel 1  
Inger-Marie Hansen  
Mie Consult

# Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

## Tilgang og formål

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

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

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

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

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

Samlet set stiller tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

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

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

## Indhold og metode

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

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

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

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

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

## Vurderingsprincipper

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

Vurdering sker på 4 niveauer:

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

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

### Vurdering af den enkelte stikprøve

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

### Vurdering af de enkelte målepunkter

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

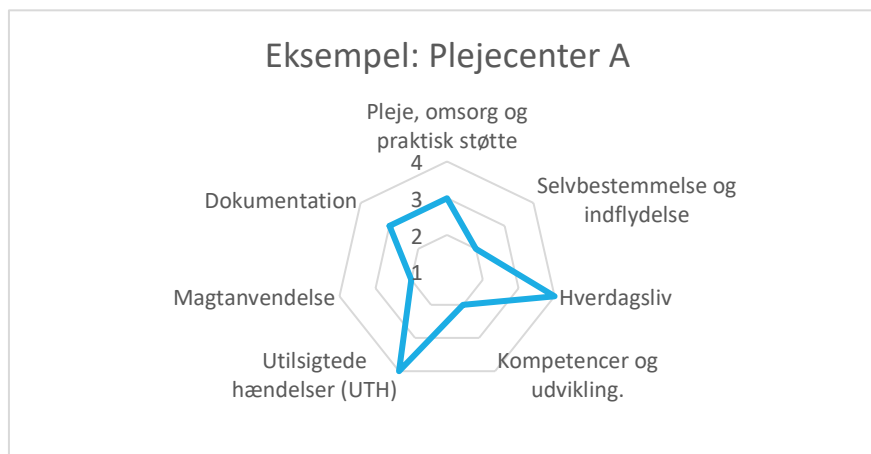
Vurderingen sker ud fra 4 kategorier, som farvemærkes af læsevenlige årsager:

Vurderingskategorier	Vurderingsforkortelse og farve
Helt opfyldt	H O
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 år s resultater ses ovenstående afbildet i edderkoppediagrammet nedenfor med scoring fra 1-4, hvor 4 er "Helt opfyldt". Eksempel ses nedenfor:



Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

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

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

Målene er i høj grad opfyldte

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Målene er i middel grad opfyldte

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

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

Målene er i lav grad opfyldte

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

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

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

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

Kritisable forhold

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

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

## Om virksomheden og kontaktoplysninger

Den Mobile Kvalitetsafdeling, *akkrediteringsraadgiverne.dk*  
Egebjergvej 232 A  
4500 Nykøbing Sjælland

Nethe Britt Jorck  
Virksomhedsleder og tilsynschef  
Mobil: +45 2869 8898  
Mail: [nethe@jorck.net](mailto:nethe@jorck.net)

*akkrediteringsraadgiverne.dk* er en privat leverandør af rådgivning og tilsyn til de danske kommuner og sygehuse, herunder tilsyn og kvalitetsbesøg inden for serviceloven og sundhedsloven.

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

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

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

Om virksomhedsleder og tilsynschef

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

Nethe Jorck har en årrække beskæftiget sig med sociallovs- og 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.

