

# **Tilsynsrapport Kompetencecenter for demens, Nældebjerg**

**Center for Sundhed & Pleje**

**2020**

# Formål

Hovedformålet med at udføre tilsyn er at sikre, at opgaverne løses til borgerens bedste og i overensstemmelse med såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Tilsynene udføres med sigte på læring og refleksion for at medvirke til at skabe langsigtede forbedringer for borgerne.

Tilsynsbesøget er gennemført uanmeldt og er et udtryk for det øjebliksbillede, som er tilgængeligt på tidspunktet for tilsynets gennemførelse.

# Forord

Det uanmeldte tilsyn i Greve Kommune er udført i overensstemmelse med Tilsynsprocedurens krav. Målepunkterne er baseret på de krav Styrelsen for Patientsikkerhed stiller til kvaliteten i kommuner, og tilsynsrapporten er opbygget med sigte på læring og organisationsudvikling.

Indledningsvist er data om tilsynet, herunder deltagere, tidspunkt og antallet af borgere og medarbejdere, der er indgået i tilsynet.

Det samlede tilsynsresultat ses herefter i en oversigt, som efterfølgende bliver uddybet med, hvilke styrker og udfordringer, der er konstateret ved tilsynet, samt tilsynets anbefalinger.

Sidste del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer og ved gennemgang af dokumentation. Det er et omfattende materiale med konkrete oplysninger, som kan anvendes i det videre udviklingsarbejde.

De nærmere begrundelser bag vurderingsprincipper er beskrevet i proceduren for Uanmeldte Kommunale Tilsyn i Greve Kommune.

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

# Fakta om tilsynet

## Leverandørens navn

Kompetencecenter for demens, Nældebjerg Rådhusolmen 8B

## Leder

Marianne Mouritzen

## Dato og tidspunkt for tilsynet

31. august 2020

## Tilsynstype

Uanmeldt ordinært tilsyn

## Datagrundlagt og metodik

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov og nedsat funktionsevne.

Data er indsamlet via:

- Dokumentation via omsorgssystemet Nexus, procedurer, handleplaner for kvalitetsforbedringer samt kompetenceskemaer og plejeenhedens egen kvalitetsvurdering samt eventuelle handleplaner.
- Interview: 2 borgere, som begge har givet tilsagn om at blive interviewet. Den ene borger er også pårørende. Der er desuden lavet interview med 2 medarbejdere (SSH og SSA) samt én gruppeleder og plejecenterlederen.
- Observation: Borgers hjem, borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem, arbejdsgange i hjemmet.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag.

## Tilsynspersoner

1  
2

Miriam Ekström

Lise Lebech Herborg

# Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Kompetencecenter for demens, Nældebjerg:

## Godkendt med få bemærkninger

### Kategorier

#### Godkendt

Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Forholdene vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende.

#### Godkendt med få bemærkninger

Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til i vid udstrækning at leve op til såvel lovgivningens krav kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Der er ikke konstateret betydelige mangler i et af målområderne, men dele af den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har mangler eller er utilfredsstillende.

#### Godkendt med mangler

Dette betyder, at der er i et eller flere målområder er betydelige mangler i den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

#### 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.

# Opsummering af styrker og forbedringsområder

I skemaet herunder vises en opsummering af begrundelser for tilsynsresultatet. For det første beskrives de styrker, som tilsynet har konstateret er til stede. For det andet beskrives det på tema niveau, hvor der er fundet eventuelle mangler eller kritisable forhold.

<b>Styrker</b>
<p>Det er tydeligt, at der har været fokus på synligheden i forhold til hvem der er kontaktperson hos den enkelte borger. Det virker rigtig godt. Hver borger har to kontaktpersoner; en SSH og en SSA.</p>
<p>Det er tydeligt, at der er arbejdet med dokumentationen det sidste år. Handlingsplaner og .Observationer er mere præcist udfyldt.</p>
<p>Der er i dele af huset, helt styr på arbejdet med at indhente fuldmagter og dokumentere dette hos de borgere, hvor der er brug for det.</p>
<p>Der er fortsat en bevidsthed om brug af personcentreret omsorg, men det er vigtigt at italesætte det løbende for, at det vedbliver at være en del af medarbejdernes bevidsthed samt at nye kollegaer bliver introduceret til det og mærker at det er en del af den samlede tværfaglige faglighed på stedet. Det opleves at det er en styrke at alle har været på kursus i personcentreret omsorg, og at der er behov for fortsat at arbejde med det i dagligdagen, så den opnåede viden sikres at blive brugt.</p>
<p>Der er tydelig opmærksomhed på forholdsreglerne i forbindelse med Corona ift. plakater på døre, sprit mm. Medarbejderne medbringer visir, når de opstarter plejen hos borgerne.</p>

## Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger

Der er behov for fortsat fokus på dokumentationen i Nexus. Herunder særligt arbejdsgange omkring at danne relationer på skemaer, indsatsmål, handlingsanvisninger, og generelt at sikre den røde tråd i dokumentationen.

Det anbefales at genopfriske vigtigheden af at udfylde skemaet Generelle oplysninger i Nexus, hvorfra man derefter kan hente den vigtige viden, om eksempelvis ønsker til livets afslutning og borgerens livshistorie, som ved borgere med demens kan have en særlig betydning for hvilken tilgang man vælger.

Det observeres, at der benyttes visir under halvdelen af den personlige pleje om morgenen. Proceduren er tolket således, at det kun er ved den helt tætte kontakt, at visir skal anvendes. Ved føntørring af hår, toiletbesøg og påklædning blev visir ikke anvendt. Det anbefales, at medarbejderne til hver en tid er opdateret på den aktuelle procedure for brug af værnemidler hos borgerne.

Medarbejderne oplyser, at det ikke fungerer godt, at dokumentere i Nexus fra en tablet, medmindre det drejer sig om dokumentation af målinger og lignende. Dokumentation der kræver flere ord, samt at sikre den røde tråd i dokumentationen, kræver en PC. Der er én PC per afdeling og det oplever medarbejderne er for lidt, da de ofte står i kø eller må vige for vigtigere dokumentation end deres egen f.eks. ved medicindosering. Og heraf opstår risiko for at der ikke bliver dokumenteret, når medarbejderen har tid til det.

Det anbefales, at det bliver muligt for borgerne at indgå i dialog med ledelsen, når der er kemi mellem borger og medarbejder, som ikke fungerer optimalt og dermed er til ugunst for samarbejdet mellem borger og medarbejder. Det fremgår på tilsynet, at en borger med væsentlig kognitive vanskeligheder ikke har fået sin morgenmedicin i løbet af weekenden, selvom dette var forsøgt, da netop denne problematik opstod.

Det anbefales, at der vejledes i brug af forflytningssejl, så borgerne ikke oplever smerte, når dette bruges hos borgeren. En borger blev forflyttet til toiletstol og sad dermed oven på sejlet, som skulle hives ud under borgerens lår og tages af, så sejlet ikke blev vådt under badet. Men borgeren sad tungt på sejlet og det var svært at fjerne sejlet under borgeren, og borger gav udtryk for at det gjorde ondt.

Det blev observeret, at et sår blev duppet tørt med det håndklæde, som var blevet brugt til at tørre borgerens krop efter badet. Det anbefales, at der arbejdes målrettet med de hygiejniske principper, både ved sårpleje, men også ved alle øvrige opgaver der løses hos borgerne.

Når en borger benytter mange hjælpemidler er der behov for at se på, hvordan badeværelset er indrettet, så det er muligt for medarbejderne at have korrekte arbejdsstillinger og undgå fysiske vrid og unødigt slid hos medarbejderne. Hos en borger står der en stor flet-tønde til vasketøj på den ene side af toilettet, som gør det vanskeligt for nr. 2 hjælper at komme til at hjælpe med forflytninger ved brug af korrekte forflytningsteknikker.

Det noteres, at der fra både borger, medarbejdere og ledelse er en oplevelse af, at tøjet, der sendes til vask hos leverandøren, som der er indgået kontrakt med af Greve kommune, er udsat for stort slid og ofte ses med huller i. Ved reklamationer over dette er budskabet ofte fra leverandøren, at tøjet skal kunne tåle 60 grader ved vask. Fakta er, at det ikke er al borgernes tøj, der kan tåle dette.

# Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

Tabellen herunder viser en oversigt over opfyldelsen af de enkelte området i tilsynet

Lov om social service - Tilsynstema	
Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet	Godkendt
Pleje af borgere ved livets afslutning	Godkendt med få bemærkninger
Trivsel og relationer	Godkendt
Målgrupper og metoder	Godkendt
Forebyggelse af magtanvendelse	Godkendt
Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand	Godkendt
Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere	Godkendt
Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold	Godkendt
Procedurer og dokumentation	Godkendt med mangler
Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering	Godkendt med få bemærkninger
Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86	Godkendt med få bemærkninger
Overdraget sygepleje	Godkendt med mangler
Andet	Godkendt

# Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentar til de enkelte tilsyns temaer:

Kommentarerne gives på baggrund af de samlede informationer, som indeholder både observation, interviews af medarbejder og leder, samt interview af 2 borgere. Det kan oplyses at der ved udvælgelsen er lagt vægt på, at det er borgere der både kunne observeres i plejen, samt kunne indgå i et interview.

## **Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet**

Ved interview fortæller borgerne, at de oplever at have indflydelse på den hjælp, de modtager. En rask ægtefælle giver udtryk for, at der ikke er nogle attraktive muligheder til rådighed for borgeren, da han har en oplevelse af, at de tilbud der er på stedet, kun er til de borgere, der har kognitive funktionsnedsættelser. Personalet inviterer borgeren til de tilbud der er, og så kan borgeren selv vælge til og fra.

Lederne oplyser, at de gør meget for, at borgerne inddrages og har indflydelse på de aktiviteter, de ønsker at lave, og at klippekortet her bruges til de aktiviteter, der kræver lidt ekstra af personalet.

## **Pleje af borgere ved livets afslutning**

Borgerne giver udtryk for, at de er trygge ved at tale med personalet om de tanker og spørgsmål omkring den sidste tid i livet.

Personalet oplyser, at det kan være nogle svære snakke at tage med borgerne, men at de har aftalt, at de allerede taler med borgerne om det ved indflytningssamtalen, hvis borgeren og de pårørende har lyst til/brug for det.

Lederne oplyser, at når den sidste tid i livet indtræder, vil der altid være en sygeplejerske inde over forløbet. En af centersygeplejerskerne er ressourceperson i Palliativ pleje og indgår i netværk med palliativ afdeling på Roskilde sygehus, og hende kan personalet sparre med for at yde bedst mulig støtte ved den sidste tid.

Lederne og personalet oplyser at den sidste tid foregår i tæt samarbejde med kontaktpersonen og de pårørende, som ofte er meget inde over den sidste tid. De oplyser der blandt andet er flere tilsyn hos den døende, øget mundpleje, fokus på lejrning og smertelindring.

Det ses i gennemgang af journalaudit, at der som oftest ikke er dokumenteret ønsker til livets afslutning og dette er gennemgået både med medarbejdere og lederne, hvor dette skal dokumenteres, så det kan forbedres fremover.

Det er oplysninger om pleje i den sidste tid, hvem der skal være omkring borgeren, ønsker til tøj, hvordan ønskes begravelsen at finde sted, hvilke sange skal der synges mm.



## Trivsel og relationer

Borgerne oplever, at de kan få hjælp til at leve det liv de ønsker. Borgerne svarer, at de kan få fat i personalet ved behov, samt har tillid til at snakke med personalet om det, de ønsker. Borgerne ved, at de tilbud der er i huset er målrettet borgere med demens, hvilket gør at man kan føle sig ensom blandt de andre, hvis man er kognitivt velfungerende. Det oplyses at personalet er gode til at invitere borgerne med til arrangementerne, men at selve tilbuddene kan gøre de velfungerende frustrerede og triste.

Det oplyses, at personalet generelt er meget venlige og imødekommende. Hos en borger oplyses at der er én fra personalet som gentagne gange taler ned til borgeren og hans hustru, og hvor kontakten til hustru, der er meget kognitivt svækket, derfor ikke er god. Ved spørgsmål om hvad der er afprøvet og om han har oplyst lederen om det, svarer borger, at det har han, men fik af vide at det kunne der ikke gøres noget ved. Dette er borger fortsat ked af, og hustru reagerer fortsat ved for eksempel ikke at kunne samarbejde, når den pågældende person fra personalet står for at udføre plejen.

Ved interview med medarbejderne oplyser de, at de forsøger at lære borger så godt at kende, at de kan tilrettelægge plejen ud fra borgerens ønsker og situation. De forsøger på bedste vis at søge balance i at være hos de borgere, der har behov, når de har behov.

Tilsynsførende har været med i morgenplejen og her observeres der hos en borger, en mindre anerkendende tone og at udførelsen af morgenplejen indimellem bliver gjort i et lidt for hurtigt tempo til at borger kan følge med. Det ses eksempelvis i forbindelse med forflytninger, hvor der blev skyndet på borger og observeret uhensigtsmæssig brug af hjælpemidler, til ugunst for både personale og borger.

Ledelsen oplyser, at der er stor fokus på borgers trivsel, selvom det har været udfordrende under Covid-19. De har derfor haft fokus på, at borgerne kunne tale i telefon med deres pårørende, på den måde der gav bedst mening, for eksempel via FaceTime, eller fysisk fremmøde fra den pårørende, som stod udenfor, så borgeren kunne se sin pårørende gennem vinduet og så tale i telefonen med hinanden og på den måde opleve kontakt.

Lederne redegør for, hvordan de med Plejecenterrådet har fokus på at inddrage borgerne og deres pårørende, så der er gode forudsætninger for trivsel og relationer samt at foretage ændringer og nye tiltag ved behov.

Værnemidler: Under morgenplejen observeres det hos én borger, at begge personaler efter badet tager deres visir af, og udfører resten af morgenplejen uden visir. Medarbejderne forklarer at det kun er når de er færdige med det helt tætte, som vask forneden mm, at de tager visir af. Herefter er der omkring 15 min tilbage af plejen og de mener derfor, at det ifølge proceduren ikke er nødvendigt at have visir på.

Leder oplyser, at der løbende sendes oplysninger ud til personalet med de opdateringer, der er i arbejdsgange og procedurer. Det sidste nye er, at de skal have visir på under hele den personlige pleje.

Medarbejderne kender til hvordan de skal håndtere visir ift afvaskning mm.

## Målgrupper og metoder

Ved spørgsmålet "oplever du, at personalet tager særlig højde for dig og din særlige livssituation?" svares der for den ene borger ja, og for den anden nej.

Det kan af raske ægtefæller opleves som om man er indelukket og ikke har de store muligheder for ligeværdig social kontakt og livsudfoldelse, når man bor med sin ægtefælle. Borgerne på Kompetencecenter for demens, Nældebjerg er generelt kognitivt svækkede i en grad, så det kan være svært at have et ligeværdigt socialt samspil for borgere uden kognitiv svækkelse.

Ved lederinterview oplyses det, at personalet bruger faglige redskaber som personcentreret omsorg til at tilrettelægge hjælpen til borgerne med kognitive funktionsnedsættelser og psykisk sygdom.

Ved medarbejderinterview opleves der, at der er stor forskel på personalets viden omkring arbejdsgange og faglige metoder, der benyttes i tilgangen til de forskellige borgergrupper.

### **Forebyggelse af magtanvendelse**

Ledelse og medarbejder redegør for, at det meget sjældent er nødvendigt at anvende magt overfor borgerne. De er opmærksomme på, hvad magt er, og der er mulighed for at tale om det på de daglige tavlemøder, hvis der er nogen, der er i tvivl eller kan forudse at der er risiko for at anvendelse af magt kan komme på tale. Der er opmærksomhed på at forebygge brug af magt.

Ledelsen oplyser, at de bl.a. har haft et Marte Meo forløb hos en borger for at forebygge behovet for magtanvendelse. Leder og medarbejder kender mulighederne for at søge om brug af magtanvendelse ved familiehusene, men har ikke haft behov for dette. Lederne oplyser, at der benyttes personcentreret omsorg i tilgange til borgerne, hvilket reducerer episoder, hvor plejen ikke lykkes.

Ved journalgennemgang ses, at der mangler flere beskrivelser af selve tilgangen til borger for at forebygge magt og udøve den personcentrede tilgang. Det skal beskrives, hvilke tilgange der virker og hvordan en borger helt konkret skal mødes, for at sikre at plejen til borger lykkes.

### **Fokus på ændringer i borgers funktionsevne og helbredstilstand**

Ved interview svarer borgerne at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i deres tilstand.

Medarbejderne gør rede for, hvordan de bruger tavlemøder og redskaberne i Sikre hænder, Triagering, HUSK for at holde øje med borgerens tilstand samt med henblik på at forebygge blandt andet tryksår, funktionsevnetab og underernæring.

Medarbejderne fortæller, at de blandt andet vejer alle borgerne 1 gang månedligt og har fokus på kosten. Der er ansat en ernæringsassistent som sørger for at snakke med borgerne der har behov for særlig ernæring og tilbyder ekstra næringsrig kost. Der er flere tilbud, hvis der er noget man ikke kan lide på menuen.

Derudover oplyser én medarbejder, at hun gør meget ud af at lægge mærke til borgerens dagsform, for netop at kunne bruge den personcentrede omsorg ved at fylde op i trivselskarret der, hvor der er behov for det, samt spejle det borgeren udtrykker, så kropssprog og sproglig tilgang hænger sammen med borgerens behov. Ofte oplever hun at sang kan fylde op i trivselskaret og gøre plejen lidt lettere.

Ledelsen fortæller, at der er planlagt besøg af Værdighedsrejseholdet, som input til de faglige redskaber, de allerede benytter.

I journalgennemgangen ses det, at der mangler relationer i dele af dokumentationen, som gør det svært helt at følge den røde tråd. Der laves mange observationer, op til 7 hver dag på den

samme tilstand, det er ikke forkert jf. arbejdsgangen, men man kan blive nysgerrig på hvad overvejelserne er, ift. om man kunne lave færre, så det fulde antal ikke bliver så massivt og uoverskueligt.

Der er i journalgennemgangen fundet eksempler på, at der er sket et væggtab, men der er ingen opfølgninger på det efterfølgende. Der er i en anden journal beskrevet et tryksår og dårlig mundhygiejne, men ingen indsatsmål eller handleanvisninger for hvad der skal gøres for at bedre og forebygge forværring.

### **Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere**

Ledelsen oplyser, at der er et Forbedringsteam i alle grupper som mødes én gang hver måned og snakker om, hvad der skal være fokus på. Lige nu er de i gang med implementering af Medicinpakken og Ernæringspakken. Grundet Covid-19, har der ikke været afholdt møder på tværs af plejecentrene, som de plejer. Der er fortsat fokus på journalaudit, KPI og kvalitetshjulet følges.

Ledelsen er opmærksomme på, at der bliver arbejdet med deres egne interne fund i forbindelse med journalaudits i B-huset.

### **Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold**

Når man kommer som ny medarbejder til Nældebjerg får man en velkomst pjece og gruppeleder udleverer en tjekliste, som der bliver fulgt op på undervejs i introdagene. Det er individuelt hvor mange introdage der er, før man tager selvstændige opgaver.

Ledelsen fortæller, der er stort fokus på tværfaglighed og de derfor aktivt søger tværfagligt personale for den bedste samlede faglige kvalitet og organisation. Der er blandt andet psykolog, ernæringsassistent og fysioterapeut til rådighed for sparring mellem alle husene.

De har desuden organiseret sig, så der er SSA'er i alle vagtlag og de 4 centersygeplejersker har fokus på overlap ift. vagtlag, hvor der er fokus på fagligheden og sparringen ved overlevering.

Det er sygeplejerskerne der har ansvaret for, at alle medarbejdernes kompetencekort er opdaterede. Medarbejderne oplever der er stor mulighed for at tilegne sig ønskede kompetencer, samt sige nej til opgaver, de ikke ønsker at tilegne sig. Ved oplæring er det altid en sygeplejerske der oplærer sosu assistenten og Social- og sundhedshjælper.

De fire centersygeplejersker har hver deres særlige kompetence-område og dermed ansvar for at sparre med det øvrige personale på tværs af husene. Der er kompetencer indenfor Palliation, Demens og Sikre Hænder.

Der er løbende fokus på at undgå magtanvendelse og i den forbindelse er der fast undervisning 2 gange årligt i nænsom Nødværge. Der er også fast undervisning i B-baum for de medarbejdere, der arbejder med dette.

## **Procedurer og dokumentation**

Ledelsen redegør for, hvordan de med journalaudit, intern survey og kvalitetshjulet, skaber forum og bevidsthed omkring arbejdsgange og god dokumentationspraksis.

Ledelsen har fokus på, at de skal arbejde med at danne relationer i dokumentationen i Nexus for at skabe den røde tråd. Ved medarbejder interview kan medarbejderne ikke finde arbejdsgangene ift. dokumentationen i Nexus, og usikre på om de dokumenterer korrekt i Nexus.

Ved journal gennemgang ses, at der i flere journaler mangler relationer, så det ikke er tydeligt, hvilke tilstande der hører til hvilke indsatsmål og handleanvisninger. Der ses observationer tilbage til april 2019, som ikke er låst.

Der er ses mange korrekt relaterede .Observationer.

## **Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering**

Ledelsen oplyser, at det er sygeplejersken i samarbejde med sosu assistenterne der står for at sætte mål for borgeren, ud fra hvad borger kan.

Ledelsen oplyser, at de under deres beboerkonferencer har fokus på Livshistorien og målsætning, for på den måde, at sikre et helhedsorienteret forløb med udgangspunkt i borgerens mål.

## **Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86**

Ved interview kender borgerne ikke til, at de selv har sat mål for træning, men den ene borger oplyser, at han godt kan regne ud, hvorfor de siger til ham, at han selv skal hente sin mad og kaffe; underforstået at det er en slags træning.

Ledelsen oplyser, at der er fokus på, at mål beskrives i døgnrytmeplanen, hvis borger kan udføre nogle aktiviteter selv, for eksempel hvis en borger selv kan gå til kiosken med rollator.

Personalet bruger fysioterapeuten til at sætte mål med borgeren, som kan følges i hverdagen og står beskrevet under døgnrytmeplanen.

Medarbejderne oplyser at de er opmærksomme på, at borgeren selv skal gøre det de kan, og når der er noget særligt, så står det på "kørelisten", så alle er opmærksomme på det og det dermed bliver en fælles indsats omkring borger.

Ved journalgennemgang ses, at der er gode indsatsmål og handleanvisninger på den vedligeholdende træning.

## **Overdraget sygepleje**

Ledelsen oplyser at det er sygeplejersker, der lærer personale op, ved overdragede opgaver. De oplyser at der er et godt samarbejde med sygehuset i tilfælde af, at der er behov for oplæring af sygeplejerskerne, ved nye komplekse instrumentelle opgaver.

Ved journalgennemgang ses der både korrekte handleanvisninger, hvor det ses, at opgaven er overdraget og til hvilken faggruppe. Andre steder kan man ikke se, hvem opgaven er overdraget til. Der er flere handleanvisninger på overdraget sygepleje, der ikke er opdateret jf. arbejdsgangen.

I flere tilfælde er der beskrevet mistanke om UVI i .Observation og handleanvisning, men resultat, behandling og opfølgning er ikke dokumenteret.

Der skal dannes relationer mellem de forskellige skemaer, og det er der gjort mange steder, men der mangler fortsat relationer i ca. 30% af dokumentationen.

Der er efter observation i morgenplejen, blevet gjort opmærksom på at der er behov for fokus på hygiejne ved sårpleje.

# Vurderingsprincipper

De 6 overordnede måleområder har 11 temaer, der hver har 5-15 indikatorer.

Stikprøvestørrelsen afhænger af antallet af borgere som plejeenheden leverer ydelser til, samt om tilsynspersonerne har adgang til plejeenhedens egne kvalitetsvurderinger eller ikke.

Hver plejegruppe (Der er fx flere plejegrupper på et plejeenhed/center) foretager systematisk kvalitetsvurdering på minimum 24 borgere om året, og sikrer herved, at de fleste væsentlige kvalitetsproblemer bliver identificeret. I tilfælde hvor tilsynspersonerne ikke har adgang til plejeenhedens kvalitetsvurdering, anvendes en større stikprøve til tilsyn.

Tilsynet gennemføres som en kombination af journalgennemgang, observation og interview med borgeren, medarbejdere og ledelsen. Se evt. detaljer i procedure for uanmeldte tilsyn.

Der foretages vurderinger på 4 niveauer:

- Niveau 1: Den enkelte stikprøve
- Niveau 2: Den enkelte indikator
- Niveau 3: Det enkelte tema
- Niveau 4: Det samlede tilsynsresultat

Vurderingsprincipperne sikrer systematisk analyse og vurdering fra den enkelte stikprøve udføres til det samlede tilsynsresultat. På alle niveauer baseres vurderingen på lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurderingsprincipperne gennemgås nedenfor.

## **OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 1: VURDERING AF DEN ENKELTE STIKPRØVE**

Der er indsat vejledende tjekpunkter under den enkelte indikator i rapporten. Tjekpunkterne tilpasses efter forholdene under tilsynsbesøget, således at indikatorerne bliver bedst muligt belyst.

Kvalitative data: Positive og negative fund indskrives under "Beskrivelse", så vidt mulig med uddybende oplysninger til brug for det videre udviklingsarbejde.

Kvantitative data: Den enkelte stikprøve vurderes som Opfyldt, Delvist Opfyldt eller Ikke Opfyldt. Ud fra antallet af relevante beregnes % af mulige point. Point tildeles efter følgende kriterier: Der gives 1 point, hvis indikatoren er vurderet Opfyldt, ½ point ved Delvist Opfyldt, 0 point ved Ikke Opfyldt. Enkelte forhold indvirker på den kvantitative beregning, herunder

a. Antallet af borgere, der indgår i tilsynet er som ovenfor beskrevet 20 borgere. I forhold til det enkelte målepunkt, kan antallet af relevante være mindre end 20, idet nogle borgere ikke modtager en ydelse, ikke kan deltage i interview, at indikatoren ikke er relevant for borgeren samt lignende vilkår.

b. Et enkelt fund kan være fuld dokumentation for, at eksempelvis en instruks for en delegeret opgave foreligger. I så tilfælde markeres med Opfyldt. Såfremt der er mangler, markeres med Delvist Opfyldt, og såfremt der er betydelige mangler eller instruksen ikke foreligger markeres med Ikke Opfyldt.

c. For enkelte indikatorer er opfyldelsesprocenten angivet samlet for stikprøverne.

## **OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 2: VURDERING AF DEN ENKELTE INDIKATOR**

Indikatorvurderingen sker ud fra 3 kategorier: Helt Opfyldt, Delvist Opfyldt eller Ikke Opfyldt.

Indikatoropfyldelsen vurderes på baggrund af beskrivelserne af de positive og negative fund i stikprøverne samt den kvantitative målopfyldelse. En kvantitativ målopfyldelse på over 75% giver mulighed for at indikatoren kan vurderes som Helt Opfyldt.

Analysen af de kvalitative fund er afgørende, idet få negative fund kan have betydning for borgerens helbredsmæssige sikkerhed og/eller retsstilling. Der kan derfor være indikatorvurderinger, som er "

Delvist Opfyldt" eller måske "Ikke Opfyldt", selvom de kvantitative data viser målopfyldelse på over 75%.

Begrundelsen vil i så fald fremgå af rapporten.

Alvorlige fejl og mangler indebærer alvorlige konsekvenser for borgeren. Det omhandler forhold, hvor der ikke er sammenhæng mellem borgerens behov og de tildelte eller leverede ydelser eller der eksempelvis konstateres sundhedsskadelige hygiejniske forhold i hjemmet med alvorlig risiko for borgerens helbred.

Det kan tillige omhandle forhold hvor kvaliteten i den personlige pleje medfører risiko for borgerens helbred eller hvor borgeren er udsat for dokumenterbare alvorlige krænkelse i forhold til personlige grænser.

### **OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 3: VURDERING AF DET ENKELTE MÅL**

Målopfyldelsen vurderes på baggrund af resultaterne fra de enkelte indikatorer sammenholdt med kravene i lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurderingskategorierne er: Godkendt, Godkendt med få bemærkninger, Godkendt med mangler eller Kritisable forhold.

### **OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 4: DET SAMLEDE TILSYNSRESULTAT**

Det endelige tilsynsresultat vurderes på baggrund af resultaterne fra de 6 målområder sammenholdt med kravene i lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurderingskategorierne er: Godkendt, Godkendt med få bemærkninger, Godkendt med mangler eller Kritisable forhold.

