

Tilsynsrapport
Møllehøj
Plejecenter
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 og adresse

Lokalcentret Møllehøj
Møllehaven 2
2690 Karlslunde

Leder

Gitte Hansen

Dato og tidspunkt for tilsynet

24. august 2020

Tilsynstype

Uanmeldt ordinært tilsyn

Datagrundlagt og metodik

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov.

Data er indsamlet via:

- Dokumentation via omsorgssystemet Nexus, procedurer, informationsbreve til borgerne, handleplaner for kvalitetsforbedringer samt kompetenceskemaer og plejeenhedens egen kvalitetsvurdering samt eventuelle handleplaner.
- Interview: 2 borgere, som har givet tilsagn om at blive interviewet, 3 medarbejdere (SSA), samt gruppeleder og plejecenterleder.
- Observation: Borgers hjem, borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem, arbejdsgange i hjemmet samt observationer på plejecentret generelt.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag.

Tilsynspersoner

1

Miriam Ekström

2

Lise Lebech Herborg

3

0

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Møllehøj Plejecenter:

Godkendt med mangler

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 skemaer herunder vises en opsummering af begrundelser for tilsynsresultatet. I den første del beskrives de styrker, som tilsynet har konstateret, er til stede. Derefter beskrives det på teamniveau, hvor der er fundet eventuelle mangler eller kritisable forhold.

Styrker

Modtagelsen på Møllehøj er meget imødekommende og venlig. Lige fra rengøringspersonalet i indgangen, der henvender sig til tilsynsførende med tilbud om at finde relevant personale. Køkkenpersonalet, der oplyser om gældende retningslinjer for adgang til plejecentret i forbindelse med corona-retningslinjer, til gruppeleder og plejepersonalet, som er i gang med morgenmøde og planlægning af dagen. Selvom der er sygemeldinger blandt medarbejderne, fremgår det ikke af stemningen, som er rolig og let.

Der er styr på de hygiejniske retningslinjer både generelt men også aktuelt i forhold til forebyggelse af covid-19.

Medarbejderne observeres med en professionel og faglig velfunderet tilgang til borgerne med stort kendskab til den enkelte borger, også selvom medarbejderne ikke kommer fast hos borgeren til daglig.

Det er tydeligt, at der tages højde for individuelle behov. Plejen og hjælpen tilrettelægges sådan, at den enkelte borger kan leve det liv, som borgeren ønsker, ud fra de forudsætninger borgeren har.

Indretningen på Møllehøj er lys og venlig. Der er møbler i stil med det, som borgerne har i egen bolig. Dette giver en hyggelig og hjemlig atmosfære.

Der er indrettet hyggelige terrasse-områder udenfor alrummet, hvor der er fokus på sanssemæssige oplevelser for borgerne. Der er også pølsevogn, som åbnes indimellem i forbindelse med måltider.

På Møllehøj foregår der mange aktiviteter. Der er mandeklub, gymnastik, besøgshund, besøgshest osv. På de store velkomstskærme er det tydeligt, hvad der er af aktiviteter på Møllehøj. Her er der også billeder fra tidligere ture og aktiviteter med borgerne.

Møllehøj har også adgang til en bus. Den er alle meget begejstret for. Den benyttes til, at borgerne kan komme ud og få oplevelser uden for Møllehøj. Borgerne inddrages i beslutning om, hvor de skal tage hen fra gang til gang. For nylig har de været i Rungsted havn, til stor glæde for deltagerne.

Der er stort fokus på at have de rette kompetencer til de borgerrettede opgaver på Møllehøj. Det er årsagen til, at der blandt andet er tre sygeplejersker ansat og at der hovedsageligt bliver rekrutteret social-og sundhedsassistenter. Der er også ansat en fysioterapeut samt en omsorgsmedarbejder.

Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger

En borger oplever, at det er svært at kommunikere med de andre borgere, da der er mange borgere med kognitiv svækkelse. Borgeren savner dette. Det anbefales, at der er fokus på de borgere, som er i plejebolig hovedsageligt pga. fysisk svækkelse, oplever social kontakt, så ensomhed forebygges, i særdeleshed også i weekenden, hvor der er weekendbemanding og dermed kan være mindre mulighed for medarbejderne til at samtale i den grad borgerne søger det.

Det anbefales, at medarbejderne bliver opdateret i forhold til, hvor de finder gældende procedurer og arbejdsgange og hvad forskellen er, da det har betydning for hvor de finder det, de har brug for. Derudover er det vigtigt, at de ved hvordan og hvornår de skal/kan benytte VAR-portalen.

Det anbefales at der arbejdes målrettet med at dokumentere i hht. FS3, sådan at medarbejderne ved præcis, hvornår de skal lave Indsatsmål, Handlingsanvisning og .observationer, samt er det nødvendigt med stort fokus på at relatere skemaer i omsorgssystemet, da det er grundstenen i den røde tråd i dokumentationen.

Herudover er der behov for opfølgning på hvornår og hvad medarbejderne dokumenterer i skemaet Generelle oplysninger.

Hvis der mangler viden omkring dokumentationen, er det muligt at benytte superbrugerne til undervisning. Hvis superbrugerne mangler viden, kan de bringe det op i superbrugergruppen i Greve kommune.

Der er behov for, at sygeplejerskerne bliver mere præcise, når de benytter ikke-instrumentelle sundhedslovsindsatser.

Generelt gælder det, at sundhedslovs-indsatser kun skal sættes på hos borgere, hvor det er relevant. Hvis de sættes på hos en borger, skal der altid følge et Indsatsmål, en Handlingsanvisning med tydelig angivelse af hvem der løser opgaven og hvordan, samt opfølgning på Tilstanden og Indsatsen. Alle dele skal relateres tilbage til Tilstanden, for at der er en rød tråd i dokumentationen.

Resultatet for Møllehøj, godkendt med mangler, ligger meget tæt på resultatet, godkendt med få bemærkninger. Det er hovedsageligt arbejdet med sundhedslovsindsatser og dokumentationen, der gør en forskel på resultatet i forhold til dette tilsyn.

Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

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

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

Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsynstemaer:

Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Der er fokus på den enkelte borgers egne ønsker og trivsel, dette italesættes både af medarbejder og leder og det er tydeligt de har et fælles sprog for den personcentrerede tilgang til borgeren. De nævner at de på daglige møder omtaler borgerens ve og vel - og hvis der er ændringer, snakker de om hvad der kan gøres, for at fylde trivselskaret op, før de tager andre tiltag i brug. Der er mange muligheder for at borgerens egne ønsker kan opfyldes. De nævner blandt andet at deres omsorgsmedarbejder har fokus på den enkeltes behov og derfra kan danne nogle små grupper, som eksempelvis Mandegrupper, hvor medlemmerne har fælles interesse som eksempelvis ølbrygning, ture ud af huset til eks. Rungsted Havn og spise. Der er også mulighed for at den enkelte har faste ønsker, som eks at gå en tur hver dag, hvilket så bliver gjort med den borger hver dag. Det er borgerens kontaktperson der har ansvaret for at være borgerens advokat i den forstand, at hvis borger ikke selv kan udtrykke sig for hvad de ønsker eller mangler, så skal kontaktpersonen varetage borgerens interesser og sørge for at borgeren får gode oplevelser og at trivslen er høj. Der er også fokus på at den enkelte kan have ønsker til hvilken mad der laves og serveres, her er det ernæringsassistenten der spørger ind til den enkelte borgers ønsker.

Pleje af borgere ved livets afslutning

Der er ingen fast procedure for om man taler med borgeren om ønsker ved livets afslutning under Indflytningssamtalen, men de oplyser at det ofte er her pårørende kommer med informationer vedrørende dette. Herefter er det kontaktpersonen der oftest har de svære samtaler med borgeren og ansvaret for at dokumentere det. Det opleves ikke som et fokus og der kan måske være grundlag for at opfriske hvor man dokumentere og snakke om hvordan man få hul på de svære samtaler. Medarbejder og leder fortæller at det altid er en sygeplejerske, der er med inde over når den sidste tid træder ind. Her er ofte fokus på den enkeltes ønsker, smertelindring, hvilken grad af stimuli borger har behov for. De oplever der er et godt og tæt samarbejde og stor fokus på de pårørende, som kan have behov for inddragelse på meget forskellige niveauer. Ved spørgsmål om de ved hvor de skal dokumentere borgerens ønsker og hvor de kan finde arbejdsgangen, kan de ikke det.

Trivsel og relationer

Ved det ene borger interview svarer borger at hun føler sig ensom og savner at der bliver kigget ind til hende og talt med hende oftere. Hun fortæller hun ikke har nødkald og derfor ikke kan komme i kontakt med personalet ved behov især om natten. Det er ikke beskrevet, hvorfor denne borger ikke har nødkald

Ved en anden borger oplyses det, at han er meget glad for at bo på Møllehøj og meget glad for personalet. Medarbejder og ledere fortæller at der er mange forskellige tilbud til den enkelte borger, som de tager i brug dagligt. Det er eks Orangeriet og haven, som mange borgere har meget glæde af at besøge, samt ture med bussen som de har 2 gange om ugen. De fortæller det har været en stor succes med deres Pølsevogn og Ishus, hvor borgeren har fået en oplevelse af at komme ud og spise i den friske luft, og måske endda få en hjemmebrygget øl til. De oplever at det har givet mange gode stunder. Derudover oplever de at deres samarbejde med en børnegruppe giver stor glæde og liv, samt besøgshunden Luffe og besøgshesten giver særlige gode stunder.

Målgrupper og metoder

Medarbejderne nævner relevante faglige metoder, som de bruger omkring borgerne, som er i forskellige situationer, så det dækker både borgere med fysiske og kognitive funktionsnedsættelser. Det dækker ligeledes borgerens helbredstilstande og udredning af samt opfølgning på disse.

I tilgangen til borgerne er det tydeligt, at de erfarne medarbejdere i særdeleshed bruger deres tavse viden og hele tiden regulerer deres faktiske tilgang til borgeren helt afhængigt af situationen hos borgeren og den bagvedliggende viden om borgeren. Det gør, at det kan være svært systematisk at gøre rede for handlinger omkring borgeren i detaljer, da der er rigtig mange elementer og bagvedliggende viden i spil, når de er sammen med borgerne.

I journalgennemgangen savnes der nogle steder at det er tydeligere, hvordan plejen kan tilrettelægges i relevante sårbare situationer hos borgeren.

Forebyggelse af magtanvendelse

Medarbejderne oplyser, at de har meget fokus på magtanvendelse, specielt på metoder der forebygger magtanvendelse hos den enkelte borger. I forbindelse med undervisning i personcentreret omsorg oplever medarbejderne generelt, at alle har faglige redskaber til at forebygge magtanvendelse. I de tilfælde hvor det er muligt og relevant dokumenterer personalet relevante handlinger som kan foretages for at hjælpe borgeren med at falde til ro eller til at undgå at borgeren bliver urolig. For at det kan lykkes har personalet en fleksibel tilgang til tilrettelæggelsen af plejen f.eks. så den daglige vask kan foregå i aftenvagten ved sofabordet, hvis det er det, som giver bedst mening for borgeren.

Der er dog tilfælde, hvor der opleves tilspidsede episoder, hvor borgerne har det så dårligt, så de tiltag, der virkede før, ikke er tilstrækkelige. Både medarbejdere og ledelse er klar over hvordan magtanvendelse skal dokumenteres og hvordan det indberettes.

Hos enkelte borgere er det fint dokumenteret, at der kan opstå episoder, hvor borgeren nægter at modtage hjælp, bliver vred, udadreagerende og lignende. Hos nogle borgere savnes der en beskrivelse af, hvad man som medarbejder kan gøre, hvis situationen bliver meget tilspidset. Hvilke redskaber bør afprøves f.eks. spejling, følge med, afledning og forslag til dette osv.

Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand

En borger oplyser, at hun ikke er så glad for at være i afdelingen, da der ikke er så mange at tale med. Mange af de andre borgere har kognitive funktionsnedsættelser og har derfor svært ved at føre en samtale. Borgeren oplyser, at hun har tanker om, hvornår hun skal dø og har svært ved at sove i øjeblikket. Medarbejderne har fokus på borgerens tryksår og på at forebygge smerter hos borgeren. Borgeren har ikke talt om med medarbejderne om den sidste tid.

De daglige tavlemøde benyttes som systematisk redskab til at følge op på borgerens tilstand, almene situation, aftaler osv. Der arbejdes med fysisk tavle med oversigt over borgerne. Den sikrer et hurtigt og godt overblik over borgerne på afdelingen, herunder bl.a. hvem der kræver ekstra opmærksomhed og/eller omsorg. Det betyder bl.a. at alle medarbejdere i afdelingen har indsigt i alle borgerne.

Der arbejdes med Tom Kitwoods teorier. Det er tydeligt at det er en gevinst, at alle medarbejdere har modtaget samme undervisning og taler "samme sprog".

Generelt er der mangler i forhold til dokumentationen. I flere tilfælde er følgende ikke udfyldt:

Livshistorie

Informationer om hvem der styrer borgerens økonomi

Aftaler med pårørende

Opfølgninger på ændringer i funktionsevne eller helbredstilstand

Daglig observation er skrevet under handlingsanvisning

Hos flere borgere ligger der utrolig mange åbne observationer. De skal lukkes når de ikke længere er aktuelle. Det er fuldstændig uoverskueligt at finde en rød tråd i borgerens ændringer i dokumentation, når den er udfyldt sådan.

Der mangler stort set relationer på samtlige skemaer som er oprettet. Det er grundstenen i Nexus og derfor helt relevant, at det bliver gjort.

Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Der foregår dagligt tavlemøder, hvor alle borgere drøftes. Alle fra plejepersonalet deltager i møderne, så alle på afdelingen kan reagere på ændringer hos borgerne ved behov.

Der er fokus på anvendelse af HUSK, ernæringscreening, TOBS, triage. Borgerne vejes systematisk hver måned og hyppigere ved behov. Der er fokus på beboernes kost. Der er samarbejde med de to ernæringsassistenter ude i afdelingerne.

Medarbejderne forklarer hvordan de inddrager borgerne og tager højde for at borgerne kan have gode og dårlige dage, som de tager højde for i tilrettelæggelsen af plejen. Tavlemøderne giver godt indblik i borgerens aktuelle situation.

I journalerne fremgår det ikke hvad målene er for indsatserne, så når en borger har nedsat funktion fremgår det ikke i hvilken retning, der arbejdes med funktionsnedsættelsen, hverken den nyligt opståede eller den mere langvarige.

Hos en borger mangler der en beskrivelse (handlingsanvisning og indsatsmål) af hvordan forebyggelse af tryksår skal foregå hos denne borger. Der er indsat en mere teknisk beskrivelse af hvordan ROHO-puden skal håndteres, men ikke andet end det. Det er uklart hvilke handlinger og observationer samt deraf afledte handlinger, der systematisk skal foretages for at undgå forværring af tryksåret. Hvilke hjælpemidler er afprøvet, hvad var resultatet og hvad benytter vi nu.

Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold

Medarbejderne er sikre i deres kompetenceområder. De er trygge ved at sige fra og modtage eventuel sidemandsoplæring fra sygeplejerskerne.

På Møllehøj benyttes kompetenceskemaer, som gennemgås og drøftes årligt ved Mus-samtalen. Der kan ske løbende oplæring ved behov for det.

Nye medarbejdere gennemgår intro-program som tilrettelægges individuelt ud fra medarbejderens kompetencer og erfaring. Et introduktionsprogram varer normal 1-2 uger. Der udleveres introduktionsmappe.

For at sikre nødvendige og relevante kompetencer bliver der i større udstrækning ansat social- og sundhedsassistenter for at dække beboernes behov for hjælp og pleje. Ufaglært personale støtte i at tage SSA-uddannelsen, der hvor det er relevant.

Der er ansat 3 sygeplejersker på Møllehøj.

Procedurer og dokumentation

Superbrugerne har en stor opgave i at informere og oplære medarbejderne om nye tiltag og arbejdsgange vedrørende dokumentationen. Det er en stor opgave, da der er medarbejdere i dag- aften-, og nattevagt. Nogle arbejder 7 dage og har 7 dage fri, så det er en stor opgave at sikre at alle får informationer og bliver oplært. Der bliver brugt interne møder samt sidemandsoplæring.

Det opleves at der kommer mange ændringer i arbejdsgangene for dokumentation og det forvirrer medarbejderne.

Ledelsen oplyser, at de sikrer den røde tråd i dokumentationen ved at lave journalaudits.

Medarbejderne kan ikke finde arbejdsgangene for Nexus på intranettet og de er ikke klar over forskellen mellem procedure, arbejdsgange og VAR-portal.

Der ligger mange uaktuelle .observationer som ikke er afsluttet/ låst bl.a. fra 2019. Handlingsanvisninger er som udgangspunkt ikke relateret til relevante indsatser, og derved er det ikke muligt, at finde den røde tråd bl.a. betyder det, at opfølgninger på dokumenterede problemer ikke tydeligt fremgår f.eks. kan der ikke findes svar på en urinprøve og det fremgår ikke tydeligt, om der har været behov for behandling. Det kræver en større gennemgang af mange dokumenter for at finde sammenhængen.

Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering

Møllehøjs fysioterapeut er inde over alle borgere og vurderer hvad borgeren selv vil kunne og dermed hvad medarbejderne kan hjælpe med. Fysioterapeuten har hele tiden fokus på en rehabiliterende tilgang og om borgeren måske kan blive selvhjulpnen med flere ting.

Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Medarbejder og ledelse gør rede for, at Møllehøjs fysioterapeut vurderer alle beboere i forhold til behovet for vedligeholdende træning ved indflytning samt løbende. Behovet for vedligeholdende træning er noteret under døgnrytmeplanen hos nogle borgere. Der hvor der er beskrivelse i handlingsanvisning, er der dokumenteret fokus på en rehabiliterende tilgang og på hvilke/-n funktioner der skal være ekstra fokus på at vedligeholde.

Der er ikke konsekvent oplysninger om behovet for vedligeholdende træning, der mangler Indsatsmål og dermed en tydelig tilkendegivelse af hvilke/-t mål, der arbejdes hen i mod. Det er uklart hvad opfølgningen/evalueringen af den vedligeholdende træning er, idet .observationer ikke relateres til Indsatsen "Vedligeholdende træning".

Overdraget sygepleje

Medarbejderne er sikre i deres kompetenceområder og har helt styr på hvilke overleverede sundhedslovsindsatser, de har kompetencer til at løse. De er også klar over proceduren for oplæring. Medarbejderne er trygge ved at sige til og fra. Der benyttes kompetencekort, som opdateres ved den årlige MUS samt løbende ved behov. I dokumentationen der indsat medicinoplysninger runer helbredsoplysninger. Dette er ikke hensigten. Medicinoplysninger skal findes i FMK.

Der ligger handlingsanvisninger på overdraget sygepleje, som er over ét år gamle. De skal opdateres hvert halve år.

Der mangler indsatsmål på stort set samtlige sundhedslovsindsatser. Det ser ud til at der ikke systematisk arbejdes med mål jf. FS3-modellen.

Der mangler handlingsanvisninger på mange sundhedslovsindsatser. På mange sundhedslovsindsatser er det uklart om indsatsen er overleveret til SSA eller om det er en opgave der er kompleks så sygeplejen selv løser den. Det er ligeledes uklart hvorfor flere af de ikke-instrumentelle Sundhedslovsindsatser er visiteret til borgeren.

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 og interviews, hvor tilsynspersonerne gennemgår borgerforløbet, ved hjælp af 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, Delvis 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.

Kommentarer fra tilsynsstedet

Kommentarer fra tilsynsstedet efter høring.

Der er ikke indkommet kommentarer til tilsynsrapporten fra Møllehøj.