Vejledninger til kvalitetsovervågning af ydelsesspecifikke standarder

Indhold

1. Indhold og læsevejledning 1
2. Introduktion til trin 3 i Standardprogrammet 3
3. Kvalitetsovervågning af standard 1.1 Kommunikation, 1.2 Indflydelse på eget liv og 1.3 Individuelle planer 7
   3.1. Hvad er casebaseret audit? 8
   3.2. Planlægning af audit 8
   3.3. Forberede auditpanelet 11
   3.4. Auditmødet 11
   3.5. Resultatet 12
4. Kvalitetsovervågning af standard 1.4 Medicinhåndtering 13
   4.1. Organisering 13
   4.2. Deltagere 14
   4.3. Grundlag for kvalitetsovervågningen 14
   4.4. Metode til kvalitetsovervågningen 15
   4.5. Resultatet 15
5. Kvalitetsovervågning af standard 1.5 Magtanvendelse 17
   5.1. Organisering 17
   5.2. Datagrundlag 17
   5.3. Vurderingsspørgsmål 18
   5.4. Resultatet 18
6. Kvalitetsovervågning af standard 1.6 Utilsigtede hændelser 19
   6.1. Organisering 19
   6.2. Datagrundlag 19
   6.3. Vurderingsspørgsmål 20
   6.4. Resultatet 20

Bilag

Bilag 1: Introduktion til vurderingsskemaet
Bilag 2: Vurderingsskema til audit af standard 1.1 Kommunikation
Bilag 3: Vurderingsskema til audit af standard 1.2 Indflydelse på eget liv
Bilag 4: Vurderingsskema til auditering af standard 1.3. Individuelle planer
Bilag 5: Vurderingsskema til auditering af standard 1.4 Medicinhåndtering
Bilag 6: Tips til mødelederen ved auditmøder

1. Indhold og læsevejledning

Kvalitetsovervågning er en fast del af Dansk Kvalitets Models Standardprogram, hvor de sociale tilbud selv skal tage en faglig vurdering af, om det arbejde, som tilbuddene har lagt i at opfylde standarderne, faktisk fører til, at standardernes formål opfyldes. I kvalitetsovervågningen skal der gives anbefalinger til tilbuddets videre arbejde med at opfylde standarderne. På baggrund af kvalitetsovervågningen udarbejdes en handleplan, som beskriver det videre arbejde med standarden.

Det er i den enkelte standard defineret, hvilke indikatorer, som tilbuddene skal vurdere deres arbejde med standarderne ud fra. For nogle standarder stilles særlige krav til, hvordan kvalitetsovervågningen skal foregå. På den baggrund skal det enkelte tilbud planlægge og gennemføre kvalitetsovervågningen.

Denne vejledning er udarbejdet som hjælp til tilbuddene i dette arbejde i forhold til de 6 ydelsesspecifikke standarder. Vejledningen er frivillig og kan frit benyttes af tilbuddene, ligesom de kan lade sig inspirere af vejledninger og auditmateriale.

Vejledningen kan anvendes som et opslagsværk. Først gives en generel introduktion til kvalitetsovervågningen set i forhold til Standardprogrammets opbygning. Herefter følger 4 kapitler, som omhandler kvalitetsovervågningen for de forskellige standarder.

Det første kapitel indeholder en samlet vejledning til kvalitetsovervågningen af standarderne 1.1 Kommunikation, 1.2 Indflydelse på eget liv og 1.3 Individuelle planer. Disse tre standarder skal alle overvåges ved hjælp af auditmetoden og hænger desuden indholdsmæssigt tæt sammen som grundlæggende elementer i tilbuddenes primære indsatser over for borgerne. Derfor giver det både ressourcemæssigt og fagligt god mening at gennemføre kvalitetsovervågningen af disse tre standarder samlet.

I dette kapitel gives en introduktion til auditmetoden, hvorefter der fokuseres på tilbuddenes konkrete planlægning og gennemførelse af auditten.

I de tre følgende kapitler findes vejledninger for hver af de øvrige ydelsesspecifikke standarder: 1.4 medicinhåndtering, 1.5 Magtanvendelse og 1.6 Utilsigtede hændelser.

Bagest findes forskelligt bilagsmateriale, som supplerer vejledningerne.

Bilagsmaterialet kan downloades i Word-format fra hjemmesiden så tilbuddene let kan bruge og evt. tilpasse dette.

Hjemmesideadresse: www.socialkvalitetsmodel.dk/standardprogrammet

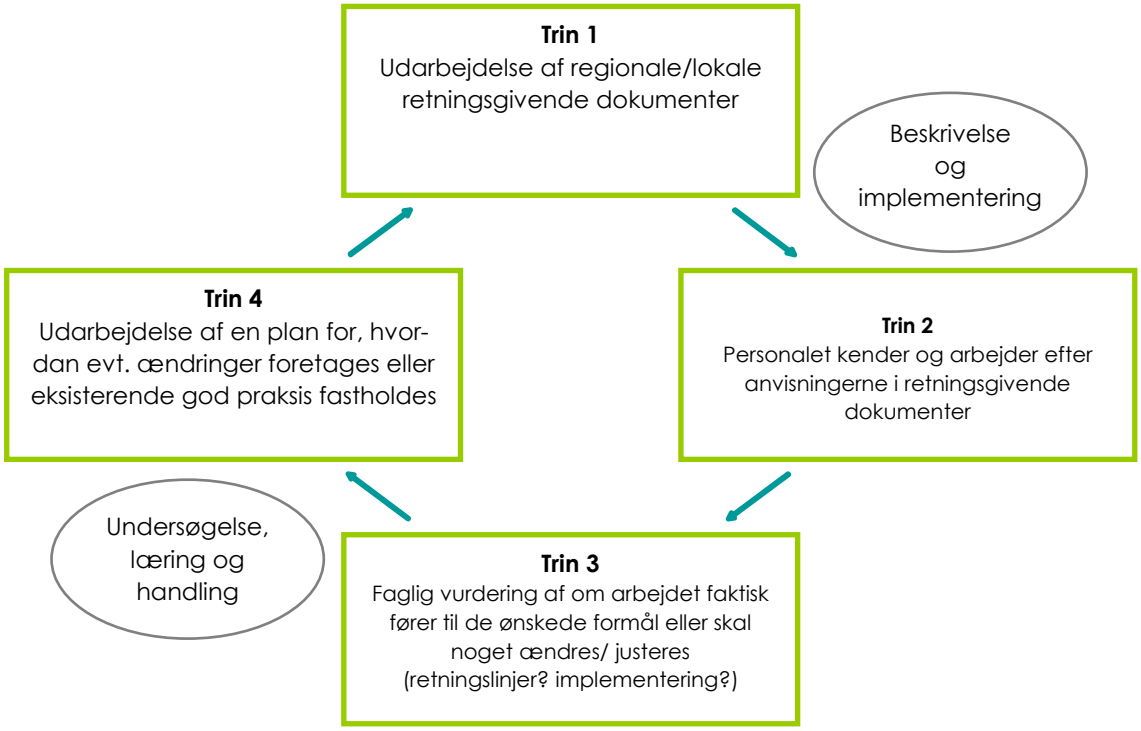
2. Introduktion til trin 3 i Standardprogrammet

Standardprogrammet i Dansk kvalitetsmodel på det sociale område har til formål at understøtte og fastholde det enkelte tilbuds arbejde med at sikre og udvikle kvaliteten i de sociale indsatser over for borgerne.

Kvalitetsarbejdet er bygget op i en cyklus på 4 trin. Hvert trin beskriver konkrete handlingsanvisninger, som tilbuddene skal følge og som sikrer, at kvalitetsarbejdet foregår løbende og systematisk og i sidste ende komme borgerne til gode.

Trin 1 har til formål at tilbuddet overvejer og beskriver den indsats, som skal til, for at standarden kan opfyldes. På trin 2 skal tilbuddet arbejde med, at retningslinjerne omsættes til faglig praksis af personalet. Herefter følger trin 3, hvor tilbuddet selv kvalitetsovervåger arbejdet med at opfylde standarden. Tilbuddet undersøger, hvordan det går med at leve op til standardens formål. Hvad fungerer godt? Hvad fungerer ikke hensigtsmæssigt? Hvor er det meningsfuldt og nødvendigt at foretage ændringer? Resultaterne fra kvalitetsovervågningen danner grundlag for kvalitetsmodellens trin 4, hvor tilbuddet udarbejder en opfølgningsplan og effektuerer kvalitetsforbedringer.

Standardprogrammets 4 trin



Denne vejledning har til formål at understøtte tilbuddenes arbejde med trin 3 i forhold til de ydelsesspecifikke standarder. Vejledningen er et frivilligt redskab, som tilbuddene frit kan benytte eller lade sig inspirere af.

Rammer for kvalitetsovervågningen

Kvalitetsovervågningen skal gennemføres i overensstemmelse med de rammer og krav, som beskrives under trin 3 i hver enkelt standard. Disse angives i den skematiske oversigt nedenfor.

Samtidig er det vigtigt, at kvalitetsovervågningen ses i sammenhæng med tilbuddets eksisterende organisering, arbejdsgange, dokumentationspraksis, eventuelle fokusområder osv. Målet er, at kvalitetsovervågningen indgår som en fast og meningsfuld del af tilbuddets faglige praksis. For nogle tilbud vil det af faglige og ressourcemæssige hensyn give bedst mening at foretage kvalitetsovervågningen samlet for hele tilbuddet. Dette vil ofte være tilfældet på mindre tilbud, hvor alle arbejder ud fra samme retningslinjer. På tilbud hvor f.eks. forskellige afdelinger af fagligt begrundede årsager har sine egne retningslinjer, vil det ofte give mest mening at foretage kvalitetsovervågningen afdelingsvist.

Oversigt over krav til kvalitetsovervågningen for de ydelsesspecifikke standarder			
Standard	**Krav til kvalitetsovervågningen**	**Indikatorer, som skal vurderes**	**Sekretariatets kommentarer**
1.1 Kommunikation	Gennemføres som min. en gang årligt ved hjælp af auditmetoden	• Afdækningerne af borgernes kommunikative ressourcer giver et fyldestgørende billede af borgernes kommunikative ressourcer • Viden om borgernes kommunikative ressourcer fremmer borgernes muligheder for kommunikation. • Borgere og/eller pårørende oplever at medarbejderne forstår og respekterer borgerens udtryksmåde	Disse tre standarder kan med fordel kvalitetsovervåges i samme audit
1.2 Brugerinddragelse	Gennemføres som min. en gang årligt ved hjælp af auditmetoden	• Der ydes tilfredsstillende støtte, der sikrer, at borgerne har størst mulig indflydelse på eget liv. • Borgere og/eller pårørende oplever, at tilbuddet støtter borgerens muligheder for indflydelse på eget liv.	
1.3 Individuelle planer	Gennemføres som min. en gang årligt ved hjælp af auditmetoden	• Der er tilfredsstillende sammenhæng mellem indsats og opstillede mål. • Der kan dokumenteres positive resultater i forhold til opfyldelsen af de opstillede mål. • Borgeren oplever at være tilstrækkeligt inddraget i udarbejdelse af de opstillede mål.	
1.4 Medicinhåndtering	Medicinhåndtering for mindst tre borgere gennemgås som min. en gang årligt	• Er der mønstre og tendenser, der skal følges op på?	Auditmetoden kan anvendes. Kan inkluderes i samme audit som standerne 1.1, 1.2 og 1.3
1.5 Magtanvendelse	De rapporterede magtanvendelser gennemgås som minimum en gang årligt	• Er der mønstre og tendenser, der skal følges op på?	
1.6 Utilsigtede hændelser	De rapporterede utilsigtede hændelser gennemgås som min. en gang årligt	• Er der mønstre og tendenser, der skal følges op på?	

3. Kvalitetsovervågning af standard 1.1 Kommunikation, 1.2 Indflydelse på eget liv og 1.3 Individuelle planer

Dette kapitel indeholder en samlet vejledning til kvalitetsovervågningen af standarderne 1.1 Kommunikation, 1.2 Indflydelse på eget liv og 1.3 Individuelle planer. Disse tre standarder skal alle overvåges ved hjælp af auditmetoden og hænger desuden indholdsmæssigt tæt sammen som grundlæggende elementer i tilbuddenes primære indsatser over for borgerne. Derfor giver det både ressourcemæssigt og fagligt god mening at gennemføre kvalitetsovervågningen af disse tre standarder samlet.

Krav til kvalitetsovervågningen

For standarderne 1.1 Kommunikation, 1.2 Indflydelse på eget liv og 1.3 Individuelle planer stilles krav om, at de skal kvalitetsovervåges som minimum en gang årligt ved hjælp af auditmetoden. For hver standard angives det, hvilke indikatorer, som skal vurderes i auditten.

Læsevejledning

Kvalitetsovervågningen de tre standarder kan med fordel ske i samme audit. Dette giver mulighed for at forholde sig til problemstillinger og sammenhænge på tværs af standarderne og det vil samtidigt spare ressourcer.

I vejledningen gives først en kort beskrivelse af metoden casebaseret audit. Herefter gennemgås de elementer, som indgår i planlægning og afholdelse af audit. I gennemgangen gives konkrete anbefalinger til, hvordan auditten kan gennemføres, og der henvises til yderligere bilagsmateriale, som kan være en hjælp i kvalitetsovervågningen. Vejledningen er bygget op med følgende overskrifter:

1. Hvad er casebaseret audit?

2. Planlægning af audit:
   - Auditpanelet
   - Vurderingsskema
   - Borgerforløb
   - Dokumentationsmateriale

3. Forberedelse af auditpanelet:
   - Auditpanelets rolle og opgaver
   - Individuel forberedelse

4. Auditmødet:
   - Mødets struktur
   - Om processen

5. Resultatet

3.1. Hvad er casebaseret audit?

Audit er en anerkendt metode til kvalitetsovervågning og kan gennemføres på forskellige måder.

Den type audit, som beskrives her er casebaseret audit. I casebaseret audit opnås mulighed for læring og afsæt for udvikling ved, at et panel af fagpersoner systematisk gennemgår en eller flere cases, som eksempler på den udvalgte praksis, altså forskellige borgerforløb. Borgerforløbene vurderes på baggrund af skriftlig dokumentation.

De konkrete borgerforløb skaber et fælles, nuanceret og praksisnært grundlag for at løfte de faglige drøftelser til et overordnet perspektiv, så auditten kan ende ud med anbefalingerne til det videre arbejde med standarderne, som rækker ud over de udvalgte borgerforløb.

Auditpanel
Deltagerne til auditpanelet udvælges på en måde, så de tilsammen repræsenterer forskellige erfaringer og perspektiver i forhold til den faglige praksis, som skal undersøges og vurderes, hvilket i dette tilfælde er arbejdet med standarderne.

Auditmøde
Deltagerne samles til et auditmøde, som afholdes efter en fast struktur, der sikrer en systematisk vurdering af de problemstillinger, som skal vurderes. Samtidig gives der både plads til, at den enkelte deltagers særlige perspektiv sættes i spil og til fælles faglige drøftelser. Der tages referat med de anbefalinger, som mødet resulterer i.

Vurderingsskema
Forud for auditmødet skal hver deltager på egen hånd vurdere den faglige indsats i de enkelte borgerforløb ud fra de problemstillinger, som auditten omhandler. Til dette formål udarbejdes et vurderingsskema, hvori deltagerne kan notere deres vurderinger og faglige begrundelser. Vurderingsskemaet til kvalitetsovervågning af arbejdet med standarderne skal således udarbejdes ud fra de indikatorer, som angives for hver standard.

De udfyldte vurderingsskemaer medbringes til auditmødet, hvor de vil danne udgangspunkt for hver deltagers input til drøftelserne i panelet. På mødet vil hver problemstilling i forhold til hvert af de udvalgte borgerforløb blive gennemgået og drøftet.

3.2. Planlægning af audit

I planlægningen af audit skal hvert tilbud tage stilling til, hvem der skal sidde i auditpanelet, hvordan vurderingsskemaet skal se ud, hvilke borgerforløb der skal indgå, hvilket dokumentationsmateriale, det er relevant at inddrage osv. Planlægningen har fokus på, at kvalitetsovervågningen skal give mest muligt udbytte for det videre arbejde med standarden på det enkelte tilbud. I det nedenstående gives der konkrete bud og anbefalinger til dette.

Auditpanelet

Auditpanelet sammensættes af personer, som kan bidrage med forskellige erfaringer og perspektiver på tilbuddets arbejde med standarden. Alle deltagere har en lige vigtig rolle.

I forhold til standarderne 1.1 Kommunikation, 1.2 Indflydelse på eget liv og 1.3 Individuelle planer kan ledelses- og medarbejderperspektiv, forskellige faggrupper, "gamle i gårde"/nye medarbejdere være eksempler på relevante perspektiver. Det enkelte tilbud vurderer selv, hvilke vinkler det er relevant at inddrage.

Der skal desuden vælges en mødeleder og en referent. Det anbefales, at mødeleder og referent ikke samtidig deltager i drøftelserne, fordi det kan svært samtidigt at fastholde overblikket og styringen.

Det anbefales, at auditpanelet – foruden mødeleder og referent – har tre til otte deltagere.

Auditpanelet skal ikke være for stort. Erfaringerne viser, at mange deltagere ikke nødvendigvis kvalificerer drøftelserne set i forhold til ressourceforbruget, og det kan samtidig vanskeliggøre styring af processen for mødeleder og referent. Samtidig skal panelet være tilpas stort til at nuancere drøftelserne og kvalificere resultatet heraf.

Det anbefales, at auditpanelet som minimum består af:
- 1 ledelsesrepræsentant
- 2 medarbejdere

Vurderingsskemaet

Auditdeltagerne skal vurdere arbejdet med standarderne ud fra de indikatorer for kvalitetsovervågning på trin 3, som fremgår af den enkelte standard (se Oversigt over krav til kvalitetsovervågningen for de ydelsesspecifikke standarder se oversigten).

Indikatorerne indsættes i et vurderingsskema, hvor der er plads til at deltagerne kan skrive deres vurderinger og ikke mindst de faglige overvejelser, der lægges til grund for vurderingen. Vurderingsskemaet kan udarbejdes som et spørgeskema.

Deltagerne skal vejledes i: hvordan skemaet skal udfyldes, at der skal udfyldes et skema for hvert borgerforløb, at faglige begrundelser er vigtige osv.

Desuden skal deltagerne instrueres i, hvordan de skal vurdere de enkelte indikatorer i forhold til borgerforløbene. For hver indikator skal det derfor uddybes, hvilke kriterier der skal lægges til grund for vurderingen, f.eks. om konkrete retningslinjer er fulgt, henvisninger til bestemte udredninger på tilbuddet, perspektiverende materialer - f.eks. resultater fra tilfredshedsundersøgelser, som kan inddrages osv.

Vurderingsskemaer

Der er udarbejdet forslag til vurderingsskemaer samt instruktioner til hver af indikatorerne i forhold til standarderne 1.1 Kommunikation, 1.2 Indflydelse på eget liv og 1.3 Individuelle planer.

I materialet præsenteres vurderingsskemaet til hver standard for sig og instruktioner til vurdering af hver enkelt indikator præsenteres i et særskilt dokument. Det enkelte tilbud kan bruge materialet, som man finder det mest hensigtsmæssigt.

Skemaerne findes i bilag 2-4.

En generel introduktion til vurderingsskemaet, findes i bilag 1

Borgerforløb (cases)

Der udvælges et antal borgerforløb (cases) som eksempler på tilbuddets arbejde med standarden.

De udvalgte borgerforløb skal repræsentere forskelligartede forløb, som tilsammen kan give et bredt afsæt for auditpanelets drøftelser af tilbuddets praksis i forhold til standarden. Det kunne eksempelvis være forløb med nyligt indskrevne borgere, borgere med en længere historik på tilbuddet, borgere med forskellige diagnoser, funktionsniveau eller helt andre kategorier af forløb.

Udvælgelse af de konkrete borgerforløb inden for kategorierne, bør ske ved tilfældig udvælgelse. Ønsker man eksempelvis at inkludere borgerforløb med borgere med forskellige diagnosekategorier og aldersgrupper, skal borgerforløbene udvælges tilfældigt under hensyntagen til, at de udvalgte borgerforløb tilsammen repræsenterer disse typer af forløb.

Auditdeltagerne vil tilsammen repræsentere kendskab til og erfaringer med andre borgerforløb, end de udvalgte. Denne ballast sættes i spil på auditmødet og gør det muligt at hæve drøftelserne op over den enkelte case og komme frem til generelle anbefalinger til fremtidig praksis.

Erfaringer har vist, at gennemgang af tre borgerforløb i de fleste tilfælde vil give et tilstrækkeligt afsæt for drøftelsen.

Dokumentationsmateriale

Vurderingen af borgerforløbene skal, så vidt muligt, ske ud fra dokumenteret praksis. Dokumentationsmaterialet udvælges med udgangspunkt i indikatorerne/vurderingsspørgsmålene – hvilke spørgsmål skal materialet kunne belyse?

Hvis der ikke findes tilstrækkelig dokumentation på et område, hvor det burde forefindes, kan dette i sig selv være et resultat af kvalitetsovervågningen. Det er i så fald auditpanelets opgave at nå frem til anbefalinger til, hvordan tilbuddet kan sikre dokumentationen fremadrettet.

I andre tilfælde kan det være relevant, at der som forberedelse til audit indsamles "data", f.eks. ved at spørge medarbejdere/kolleger/borgere/pårørende eller at skaffe sig indblik i praksis på anden vis. Hvis det ikke er muligt at fremskaffe dokumentation, må auditdeltagernes samlede viden og erfaringer lægges til grund for vurderingen.

Dokumentationsmateriale:

- Individuel plan
- Relevante udredninger/revurderinger af borgerne
- Evt. uddrag af dagbogsnotater eller andet materiale, der belyser, hvordan tilbuddet omsætter retningslinjer til praksis
- Referater fra samtaler, møder, interview eller lign., som belyser borgerens og/eller pårørendes oplevelser
- Evt. andet materiale som er relevant på det enkelte tilbud

Ud over dokumentationsmaterialet udleveres relevant baggrundsmateriale.

Baggrundsmateriale:
- Standarden
- Tilbuddets retningsgivende dokumenter for standarden
- Evt. resultater fra bruger- og pårørendeundersøgelser på spørgsmål, der relaterer sig til standarden
- Evt. referater fra møder, interview eller lignende med beboerråd og/eller pårørenderåd på tilbuddet
- Referat og opfølgningsplanlægning fra forrige audit
- Evt. andet materiale, som er relevant på det enkelte tilbud

3.3. Forberede auditpanelet

Vigtige informationer

Deltagerne i auditpanelet skal forberedes på deres opgave og være bekendt med følgende:

- baggrunden for og formålet med at gennemføre audit
- hvad audit er, og de roller og opgaver, deltagerne har i forløbet
- Indikatorerne/vurderingsskemaet og dokumentationsmaterialet, samt hvordan det skal bruges

Hvis der er behov for det, kan der afholdes et informationsmøde.

Individuel forberedelse

Auditdeltagerne skal forberede sig individuelt til auditmødet. Den individuelle forberedelse er afgørende for udbyttet af auditmødet. Forberedelsen danner baggrund for deltagernes præsentation af de forskellige perspektiver, som panelet tilsammen udgør.

Forberedelsen indebærer, at deltagerne hver især:
- Gennemlæser dokumentationsmaterialet
- Vurderer hvert borgerforløb ud fra indikatorerne ved at udfylde et vurderingsskema for hver.

3.4. Auditmødet

Auditmødet afholdes efter en fast struktur, som sikrer:
- At hvert borgerforløb gennemgås systematisk ud fra standardernes indikatorer
- At hver auditpaneldeltager kommer til orde og at der gives plads til fælles faglige drøftelser

Hvert borgerforløb gennemgås hver for sig. Med udgangspunkt i vurderingsskemaet vurderes borgerforløbet ud fra hver indikator for trin 3 i standarderne.

Selve vurderingen og drøftelserne forløber efter følgende struktur:

1. Runden:
- Hver auditdeltager præsenterer efter tur sin vurdering af den enkelte indikator og giver kort sin begrundelse herfor. Der kan stilles enkelte uddybende forståelsesspørgsmål til deltageren, men der gives ikke mulighed for diskussion. I runden får deltagerne et overblik over de perspektiver, der er repræsenteret i gruppen.

2. Fælles faglig drøftelse:

- Her lukkes op for faglige drøftelser – deltagerne udforsker og drøfter perspektiver, begreber, sammenhænge mm., som er kommet frem i runden. Drøftelserne skal undervejs hæves op over det enkelte borgerforløb til overvejelser vedrørende tilbuddets generelle indsats.

3. Konklusion:

- Til sidst samles op og konkluderes på baggrund af drøftelserne. Det er ikke et krav, at auditpanelet er nået til konsensus om anbefalinger, men det skal præciseres, hvilke perspektiver og tilgange gruppen tilsammen repræsenterer.

Erfaringer viser, at gennemgangen af det første borgerforløb tager markant længere tid end de efterfølgende, idet mange grundlæggende problemstillinger bliver aktuelle fra starten. Gennemgangen af de efterfølgende borgerforløb har en vigtig funktion i forhold til at perspektivere og nuancere de faglige drøftelser og auditpanelets anbefalinger.

Mødelederen har til opgave at styre mødet, så strukturen følges. Desuden har mødelederen en vigtig opgave i at fastholde, at vurderinger og drøftelser skal foregå på en respektfuld og undersøgende måde med fokus på læring. Referenten har til opgave at sikre, at konklusioner og anbefalinger skrives ned til videre brug. Mødeleder og referent kan med fordel støtte og hjælpe hinanden med opgaverne.

Til et auditmøde hvor de tre standarder 1.1 Kommunikation, 1.2. Indflydelse på eget liv og 1.3 Individuelle planer auditeres samlet, skal der som minimum afsættes 3 timer.

Tips til mødelederen
Til mødelederen findes en vejledning i bilag 6, som uddyber ovenstående.

3.5. Resultatet

Resultaterne fra kvalitetsovervågningen skal dokumenteres skriftligt. Det vil som minimum sige en beskrivelse af de anbefalinger til fremtidig praksis, som kvalitetsovervågningen resulterer i, men det kan af hensyn til den fortsatte interne kvalitetsudvikling være en fordel også at beskrive de vurderinger og drøftelser, som har ligget til grund for anbefalingerne.

Resultatet skal bruges som udgangspunkt for kvalitetsmodellens trin 4, hvor kvalitetsforbedringer prioriteres, planlægges og iværksættes.

4. Kvalitetsovervågning af standard 1.4 Medicinhåndtering

Dette kapitel omhandler kvalitetsovervågning af standarden 1.4 medicinhåndtering.

Vejledningen omhandler forskellige overvejelser, som tilbuddet skal gøre sig i forbindelse med planlægning og gennemførelse af kvalitetsovervågningen.

I standard 1.4 Medicinhåndtering stilles krav om, at tilbuddet som minimum en gang årligt gennemgår medicinhåndtering for minimum 3 tilfældigt udvalgte borgere med henblik på vurdering af følgende to indikatorer:

- Er medicinen håndteret sikkert og korrekt i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter? (indikator 3)
- Har borgeren modtaget medicin på rette tidspunkt og i rette dosis? (indikator 4)

Til denne standard stilles ikke yderligere krav til, hvordan kvalitetsovervågningen skal foregå, men audit vil være en relevant metode at benytte. Det er op til det enkelte tilbud at definere, hvordan man ønsker at løse opgaven. Vælges audit som metode, gives der en introduktion til metoden i afsnittet Hvad er casebaseret audit (afsnit 3.1.)

Vejledningen omhandler følgende temaer:
1. Organisering
2. Deltagere
3. Grundlag for kvalitetsovervågningen
4. Metode til kvalitetsovervågningen
5. Resultatet

Kvalitetsovervågningen skal resultere i anbefalinger til det videre arbejde med standarden. Anbefalingerne er grundlaget for at udarbejde og iværksætte en handleplan for dette arbejde (trin 4).

4.1. Organisering

Det kan være forskelligt, hvordan arbejdet med medicinhåndtering er organiseret fra region til region og fra tilbud til tilbud. Kvalitetsovervågningen skal tage udgangspunkt i den konkrete organisering af medicinhåndteringen. Er der allerede eksisterende møder/fora eller arbejdsgange, som det vil være oplagt at "koble" kvalitetsovervågningen på? Er der særlige fagpersoner/-funktioner, det vil være relevant at inddrage i kvalitetsovervågningen?

Der stilles krav om, at tilbuddet gennemgår medicinhåndtering for minimum 3 tilfældigt udvalgte borgere. Hvis tilbuddet arbejder efter fælles retningsgivende dokumenter og organiseringen af medicinhåndtering er ensartet på tilbuddet, udvælges borgere, der repræsenterer medicinhåndteringspraksis på hele tilbuddet. Består tilbuddet af flere afdelinger, kan det overvejes, at der ud fra et tilfældighedsprincip udvælges én borger fra hver afdeling.

På tilbud, hvor eksempelvis forskellige afdelinger arbejder ud fra forskellige lokale retningsgivende dokumenter, hvor medicinhåndteringen organiseres forskelligt eller målgrupperne er meget forskellige, kan det give bedst mening at gennemføre kvalitetsovervågningen på afdelingsniveau. Her udvælges som minimum tre tilfældige borgere

fra hver afdeling som grundlag for at vurdere afdelingens eksisterende praksis og på den baggrund give anbefalinger til det videre arbejde med medicinhåndtering på afdelingen.

4.2. Deltagere

Personer med forskellige perspektiver kan byde ind med forskellig viden og erfaring i vurderingen. Eksempler på deltagere, det vil være relevant at inddrage:

- Ledelsesrepræsentanter
- Medarbejder med særlig kompetence og ansvar for medicin
- Medarbejdere, som til daglig arbejder med at udlevere medicin og observere virkningen af medicin

4.3. Grundlag for kvalitetsovervågningen

Hvordan kan det belyses, om det for de udvalgte borgere, gælder at:

- Er medicinen håndteret sikkert og korrekt i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter?
- Har borgeren modtaget medicin på rette tidspunkt og i rette dosis?

Det første punkt tager udgangspunkt i de retningsgivende dokumenter. I de retningsgivende dokumenter skal det som minimum beskrives, hvordan medicinhåndtering foregår med hensyn til:

- Overførelse af medicinordination
- Medicindispensering
- Medicinadministration
- Opbevaring af og bortskaffelse af medicin
- Desuden skal det beskrives, hvordan det sikres, at medarbejdere, som håndterer medicin, har de nødvendige kompetencer.

I de retningsgivende dokumenter vil der for nogle fremgangsmåder være krav om skriftlig dokumentation, som kan findes frem i forbindelse med kvalitetsovervågningen. Det kan f.eks. være medicinskemaer, dagbogsnotater, dokumentation for selvadministration, kvitteringer for bortskaffelse af medicin osv.

Andre fremgangsmåder vil typisk ikke blive dokumenteret, eksempelvis procedurer for dispensering af medicin eller opbevaring af medicin. I disse tilfælde kan f.eks. observation af konkret praksis, som herefter noteres, være en måde at undersøge om retningslinjerne overholdes.

Det er derfor nødvendigt at gennemgå de retningsgivende dokumenter for at finde ud af, hvordan det kan undersøges og beskrives, om fremgangsmåderne følges.

Det andet punkt, som skal belyses, "om den enkelte borger har modtaget medicin på rette tidspunkt og i rette dosis", henviser til selve formålet med standarden, og kan derfor betragtes som et overordnet spørgsmål, der giver anledning til at vurdere, om den eksisterende medicinhåndteringspraksis faktisk resulterer i det, der er selve formålet med den. Dette spørgsmål kan vurderes, når det første er gennemgået.

4.4. Metode til kvalitetsovervågningen

Når der er indsamlet materiale om medicinhåndteringen for de tilfældigt udvalgte borgere, kan vurderingsprocessen gå i gang.

Hvordan denne proces skal forløbe, kan der forskellige bud på. Måske er der på tilbuddet eksisterende mødefora, hvor det vil være oplagt at foretage denne type vurderinger og drøftelser. Eller tilbuddet kan vurdere, at det er mest hensigtsmæssigt at samle de til opgaven udvalgte personer til et særligt møde med kvalitetsovervågning som dagsorden.

Forløbet kan gennemføres som audit eller man kan lade sig inspirere af dele af denne metode. Audit tilbyder rammer, der fremmer en struktureret og nuanceret faglig diskussion.

Tilbuddet kan, såfremt auditmetoden vælges, overveje om det fagligt og ressourcemæssigt er hensigtsmæssigt at inkludere denne standard i et auditforløb sammen med standarderne 1.1, 1.2. og 1.3.

Vurderingsskema
Der er udarbejdet forslag til vurderingsskema til standard 1.4. Medicinhåndtering, som frit kan benyttes, hvis auditmetoden vælges. (Se bilag 5)

En generel introduktion til vurderingsskemaet findes i bilag 1

4.5. Resultatet

Resultaterne fra kvalitetsovervågningen skal dokumenteres skriftligt. Det vil som minimum sige en beskrivelse af de anbefalinger til fremtidig praksis, som kvalitetsovervågningen resulterer i. Det kan af hensyn til den fortsatte interne kvalitetsudvikling være en fordel også at beskrive de vurderinger og drøftelser, som har ligget til grund for anbefalingerne. Resultatet skal bruges som udgangspunkt for kvalitetsmodellens trin 4, hvor kvalitetsforbedringer planlægges og iværksættes.

5. Kvalitetsovervågning af standard 1.5 Magtanvendelse

Dette kapitel omhandler kvalitetsovervågning af standarden 1.4 medicinhåndtering.

I standard 1.5 Magtanvendelse stilles krav om, at tilbuddet som minimum en gang årligt gennemgår de indberettede magtanvendelser med henblik på vurdering af:

- Om der er mønstre og tendenser, der skal følges op på

Til denne standard stilles ikke yderligere krav til, hvordan kvalitetsovervågningen skal foregå. Det er op til det enkelte tilbud at definere, hvordan opgaven løses.

Vejledningen gennemgår grundlæggende problemstillinger i forbindelse med planlægning og gennemførelse af kvalitetsovervågningen. Hvordan kan de indberettede magtanvendelser opgøres for at give et godt grundlag for vurderingen og hvilke spørgsmål vil være relevante at stille i forbindelse med vurderingen af mønstre og tendenser, der kan læses ud af opgørelserne.

Vejledningen omhandler følgende temaer:

1. Organisering
2. Datagrundlag
3. Vurderingsspørgsmål
4. Resultatet

Kvalitetsovervågningen skal resultere i anbefalinger til det videre arbejde med standarden. Anbefalingerne er grundlaget for at udarbejde og iværksætte en handleplan for dette arbejde (trin 4).

5.1. Organisering

Af både ressourcemæssige og praktiske hensyn er det en fordel at planlægge kvalitetsovervågningen, så den i videst muligt omfang tænkes sammen med tilbuddets eksisterende organisering og dokumentationspraksis i forhold til magtanvendelser. Følgende kan med fordel undersøges:

- Hvilke fagpersoner/-funktioner kan det være relevant at inddrage i kvalitetsovervågningen?
- Er der allerede eksisterende møder/fora eller arbejdsgange, som det vil være oplagt at "koble" kvalitetsovervågningen på?
- Hvilke retningsgivende dokumenter gælder for magtanvendelse og hvilken dokumentation for arbejdet forefindes?

5.2. Datagrundlag

Mønstre og tendenser analyseres ved hjælp af optællinger/ statistisk bearbejdning af indberettede magtanvendelser. Ud fra dette kan tilbuddet vurdere, om der er særlige faglige udfordringer, der skal følges op på med henblik på minimering af mængden af magtanvendelser.

Følgende er eksempler på relevante data:

- Antal indberettede magtanvendelser i alt
- Antal indberettede magtanvendelser fordelt på typer: Alarm-/pejlesystem, Fastholdelse, Tilbageholdelse i boligen, Brug af stofseler, Flytning.

Der kan på det enkelte tilbud være andre sammenhænge, det er relevante at undersøge. Det kunne f.eks. være antal magtanvendelser samlet i forhold til særlige katego-

rier af borgere (eksempelvis funktionsniveau, bestemte diagnoser mv.), tidspunkter for hændelserne, forskelle på de enkelte afdelinger, normering osv.

5.3. Vurderingsspørgsmål

Kvalitetsovervågningen af denne standard skal afdække om der er mønstre og tendenser, der skal følges op på. Følgende spørgsmål er eksempler på relevante analyser af materialet:

- Er der i materialet grundlag for at beskrive særlige tendenser og mønstre i indberetningerne? Kan disse mønstre og tendenser forklares?
- Er der mønstre og tendenser, som tilbuddet havde forventet at se, men som ikke fremgår?
- Er der indberetninger, som ikke er foretaget, men som burde have været foretaget (dvs. er der en fælles forståelse af lovgivningen for magtanvendelse)?
- Hvad siger materialet om virkningen af eventuelle igangværende forebyggende tiltag?

Der kan også formuleres andre spørgsmål, f.eks. spørgsmål, der handler om problemstillinger. som tilbuddet har særligt fokus på.

Spørgsmålene formuleres forud for kvalitetsovervågningen og kan indgå i deltagernes forberedelse til det møde, hvor kvalitetsovervågningen foretages, og som dagsorden for det møde, hvor kvalitetsovervågningen foretages.

5.4. Resultatet

Resultaterne fra kvalitetsovervågningen skal dokumenteres skriftligt. Det vil som minimum sige en beskrivelse af de anbefalinger til fremtidig praksis, som kvalitetsovervågningen resulterer i. Det kan af hensyn til den fortsatte interne kvalitetsudvikling være en fordel også at beskrive de vurderinger og drøftelser, som har ligget til grund for anbefalingerne.

Resultatet skal bruges som udgangspunkt for kvalitetsmodellens trin 4, hvor kvalitetsforbedringer prioriteres, planlægges og iværksættes.

6. Kvalitetsovervågning af standard 1.6 Utilsigtede hændelser

Dette kapitel omhandler kvalitetsovervågning af standarden 1.6 Utilsigtede hændelser.

I denne standard stilles krav om, at tilbuddet som minimum en gang årligt gennemgår de indberettede utilsigtede hændelser med henblik på vurdering af:

- Om der er mønstre og tendenser, der skal følges op på

Der stilles ikke yderligere krav til, hvordan kvalitetsovervågningen skal foregå. Det er op til det enkelte tilbud at definere, hvordan opgaven løses.

Vejledningen gennemgår grundlæggende problemstillinger i forbindelse med planlægning og gennemførelse af kvalitetsovervågningen. Hvordan kan de rapporterede utilsigtede hændelser opgøres for at give et godt grundlag for vurderingen og hvilke spørgsmål vil være relevante at stille i forbindelse med vurderingen af mønstre og tendenser, der kan læses ud af opgørelserne.

Vejledningen omhandler følgende temaer:

1. Organisering
2. Datagrundlag
3. Vurderingsspørgsmål
4. Resultatet

Kvalitetsovervågningen skal resultere i anbefalinger til det videre arbejde med standarden. Anbefalingerne er grundlaget for at udarbejde og iværksætte en handleplan for dette arbejde (trin 4).

6.1. Organisering

Af både ressourcemæssige og praktiske hensyn er det en fordel at planlægge kvalitetsovervågningen så den i videst muligt omfang tænkes sammen med tilbuddets eksisterende organisering og dokumentationspraksis i forhold til utilsigtede hændelser.

- Hvilke fagpersoner/-funktioner det kan være relevant at inddrage i kvalitetsovervågningen?
- Er der allerede eksisterende møder/fora eller arbejdsgange, som det vil være oplagt at "koble" kvalitetsovervågningen på?
- Hvordan gøres indberetningerne tilgængelige for tilbuddet? (herunder kan det være relevant at beskrive et evt. samarbejde med regionens risikomanager)
- Hvem har til opgave henholdsvis at analysere og drøfte indberetningerne fra det seneste år og finde frem til eventuelle mønstre og tendenser, som der skal følges op på fremadrettet?
- Hvilke retningsgivende dokumenter gælder for utilsigtede hændelser tværregionalt/ regionalt/ på tilbuddet, og hvilken dokumentation for arbejdet forefindes?

6.2. Datagrundlag

Mønstre og tendenser analyseres ved hjælp af optællinger/ statistisk bearbejdning af indberettede utilsigtede hændelser. Ud fra dette kan tilbuddet vurdere, om der er særlige faglige udfordringer, der skal følges op på med henblik på minimering af mængden af utilsigtede hændelser.

Følgende er eksempler på relevante data:

- Antal indberettede utilsigtede hændelser i alt
- Antal indberettede utilsigtede hændelser fordelt på de fire typer (sektorovergange, medicinering, infektioner, patientuheld)
- Antal indberettede utilsigtede hændelser fordelt på, om konsekvensen af hændelsen har været:
  - Patienten dør
  - Patienten får varige funktionstab
  - Der skal ske lægetilkald, indlæggelse eller betydelig udrednings- eller behandlingsaktivitet
  - Der for flere patienter er øget plejebyrde eller skal foregå lettere øget udrednings- eller behandlingsaktivitet
  - Ingen af de ovenstående konsekvenser

Det enkelte tilbud kan overveje, om det vil være relevant at undersøge andre sammenhænge. Det kunne f.eks. være antal utilsigtede hændelser samlet i forhold til særlige kategorier af borgere, tidspunkter for hændelserne osv.

6.3. Vurderingsspørgsmål

Kvalitetsovervågningen af denne standard skal afdække, om der er mønstre og tendenser, der skal følges op på. Følgende spørgsmål er eksempler på relevante analyser af materialet:

- Er der i materialet grundlag for at beskrive særlige tendenser og mønstre i indberetningerne? Kan disse mønstre og tendenser forklares?
- Er der mønstre og tendenser, som tilbuddet havde forventet at se, men som ikke fremgår?
- Er der indberetninger, som ikke er foretaget, men som burde have været foretaget?
- Hvad siger materialet om virkningen af eventuelle igangværende forebyggende tiltag?

Der kan også formuleres andre spørgsmål, f.eks. spørgsmål der handler om problemstillinger, som tilbuddet har særligt fokus på.

Spørgsmålene formuleres forud for kvalitetsovervågningen og kan indgå i deltagernes forberedelse til det møde, hvor kvalitetsovervågningen foretages, samt indgå som dagsorden for det møde, hvor kvalitetsovervågningen foretages.

6.4. Resultatet

Resultaterne fra kvalitetsovervågningen skal dokumenteres skriftligt. Det vil som minimum sige en beskrivelse af de anbefalinger til fremtidig praksis, som kvalitetsovervågningen resulterer i. Det kan af hensyn til den fortsatte interne kvalitetsudvikling være en fordel også at beskrive de vurderinger og drøftelser, som har ligget til grund for anbefalingerne.

Resultatet skal bruges som udgangspunkt for kvalitetsmodellens trin 4, hvor kvalitetsforbedringer planlægges og iværksættes.

Bilag 1

Introduktion til vurderingsskemaet

Denne introduktion beskriver kort, hvad et vurderingsskema er, hvilken funktion det har i audit samt hvordan det skal udfyldes.

Hvad er et vurderingsskema?
Vurderingsskemaet er omdrejningspunkt for audit. Skemaet kan ses som en form for dagsorden, hvor det defineres hvilke punkter, auditdeltagerne skal forholde sig til i den konkrete audit. I den audit som afholdes i forbindelse med kvalitetsovervågning af de ydelsesspecifikke standarder er de indikatorer, som den enkelte standard skal vurderes i forhold til, udgangspunkt for udarbejdelsen af vurderingsskemaet. Indikatorerne indgår i skemaet som et eller flere spørgsmål, som skal besvares.

Vurderingsskemaet er bygget op som et spørgeskema med kommentarfelter. Auditdeltagerne bruger vurderingsskemaet i deres egen individuelle forberedelse til auditmødet. De udvalgte borgerforløb vurderes hver for sig ud fra de spørgsmål som angives i vurderingsskemaet Auditdeltagerne medbringer hver især de udfyldte vurderingsskemaer til auditmødet. På mødet gennemgås hvert borgerforløb systematisk og vurderingsskemaerne vil her danne afsæt for hver deltagers input til de faglige drøftelser.

Deltagernes individuelle forberedelse har stor betydning for udbyttet af auditten. Det, at deltagerne får tid til at gøre sig sine egne overvejelser forud for mødet, kvalificerer de faglige drøftelser på mødet. Samtidig skal det understreges, at deltagernes svar i vurderingsskemaerne ikke er bindende. Det er selve formålet med auditten at deltagerne sammen "skal blive klogere" og derfor vil deltagerne ofte opleve at vurderingerne ændrer sig under mødet.

Hvordan udfyldes skemaet?
Deltageren skal udfylde et vurderingsskema for hvert af de udvalgte borgerforløb. Spørgsmålene besvares i forhold til det baggrunds- og dokumentationsmateriale, som er blevet udleveret. Der er udarbejdet instrukser til hvert spørgsmål, hvor spørgsmålet uddybes. Nogle foretrækker at instruktionerne angives under hvert spørgsmål i selve vurderingsskemaet, så den er lige ved hånden, når skemaet skal udfyldes. Andre vælger at have instrukserne på et særskilt ark for at gøre skemaet mere overskueligt.

I skemaet skal deltageren afkrydse, i hvor høj grad det enkelte spørgsmål vurderes opfyldt og begrunde sit svar i et kommentarfelt. Vurderingen med en afkrydsning i en fast svarkategori er medtaget, fordi svarpersonen i valget af en svarkategori både skal tage stilling til, hvad der trækker vurderingen op, og hvad der trækker vurderingen ned. Det er netop disse overvejelser, som auditmødet handler om, og derfor er det vigtigt, at deltageren også noterer sine begrundelser i det tilhørende kommentarfelt.

Hvis der mangler dokumentation
Der skal til sidst knyttes en kommentar til svarkategorien "Stillingtagen ikke mulig pga. manglende dokumentation". Hvis det vurderes, at dokumentationen burde foreligge, anføres dette i kommentarfeltet med en begrundelse, eksempelvis: *"Dokumentation mangler - men skulle have været der, fordi vi er forpligtet til at udarbejde mål og delmål i den individuelle plan"*. Når en vurdering ikke er mulig pga. manglende dokumentation, er det auditpanelets opgave at drøfte, hvordan tilbuddet kan sikre at dokumentationsarbejdet implementeres.

Bilag 2

Vurderingsskema til audit af standard 1.1 Kommunikation [Tilbud] [Dato]

1.1 Kommunikation **BEBOER X**						
		Ja i høj grad	Ja i nogen grad	Nej kun i mindre grad	Nej slet ikke	Stillingtagen ikke mulig pga. manglende dokumentation
1.	**Giver afdækningen af borgerens kommunikative ressourcer et fyldestgørende billede af borgerens kommunikative ressourcer? (se introduktion til spørgsmål)**					
	Begrund dit svar:					
2.	**Fremmer tilbuddets viden om denne borgers kommunikative ressourcer borgerens muligheder for kommunikation? (se introduktion til spørgsmål)**					
	Begrund dit svar:					
3.	**Er borgerens og/eller pårørendes oplevelse af, at medarbejderne forstår og respekterer borgerens udtryk tilfredsstillende, ud fra en faglig vurdering? (se introduktion til spørgsmål)**					
	Begrund dit svar:					

Instruktion til vurderingsspørgsmål standard 1.1 Kommunikation

Spørgsmål 1 er en vurdering af indikator 4 i standarden:
Afdækningerne af borgerens kommunikative ressourcer giver et fyldestgørende billede af borgerens kommunikative ressourcer

Din vurdering skal inkludere overvejelser om, afdækningen er foretaget i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter og standardens indikator 2

Spørgsmål 2 er en vurdering af indikator 5 i standarden:
Viden om borgernes kommunikative ressourcer fremmer borgenes muligheder for kommunikation

Din vurdering skal inkludere overvejelser om retningslinjerne for, hvordan borgernes muligheder for kommunikation fremmes er anvendt i forhold til denne borger og standardens indikator 2

Spørgsmål 3 er en vurdering af indikator 6 i standarden:
Borgere og/eller pårørende oplever, at medarbejderne forstår og respekterer borgernes udtryksmåde

Her skal du som fagperson tage stilling til, om borgerens og/eller pårørendes oplevelser er tilfredsstillende. Vurderingen kan evt. perspektiveres ved hjælp af relevante spørgsmål fra tilbuddets borger- og/eller pårørendeundersøgelser.

Bilag 3

Vurderingsskema til audit af standard 1.2 Indflydelse på eget liv [Tilbud] [Dato]

1.2 Indflydelse på eget liv **BEBOER X**						
		Ja i høj grad	Ja i nogen grad	Nej kun i mindre grad	Nej slet ikke	Stillingtagen ikke mulig pga. manglende dokumentation
1.	**Sikrer tilbuddets støtte, at borgeren har størst mulig indflydelse på eget liv?** **(se introduktion til spørgsmål)**					
	Begrund dit svar:					
2.	**Er borgerens og/eller pårørendes oplevelse af, at tilbuddet støtter borgerens muligheder for indflydelse på eget liv tilfredsstillende, ud fra en faglig vurdering?** **(se introduktion til spørgsmål)**					
	Begrund dit svar:					

Instruktion til vurderingsspørgsmål standard 1.2 Indflydelse på eget liv

Spørgsmål 1 er en vurdering af indikator 5 i standarden:
Der ydes tilfredsstillende støtte, der sikrer, at borgerne har størst mulig indflydelse på eget liv

Din vurdering skal inkludere overvejelser om i hvilken grad:

- tilbuddets retningslinjer for, hvordan borgernes ønsker til indflydelse løbende afdækkes, dokumenteres og revurderes, er fulgt i forhold til denne borger. (jf. standardens indikator 1)
- tilbuddets retningslinjer for, hvordan borgernes forudsætninger for indflydelse afdækkes, dokumenteres og revurderes fulgt i forhold til denne borger? (jf. standardens indikator 2)
- Tilbuddets retningslinjer for hvordan borgerne støttes i at udøve indflydelse, fulgt i forhold til denne borger? (jf. standardens indikator 4)

NB!
Da indikator 5 er en overordnet vurdering af kvaliteten af tilbuddets støtte til borgeren, kan det også være relevant at inddrage dine overvejelser fra spørgsmål 2 (borgerens og/eller pårørendes oplevelser af indsatsen) i vurderingen af spørgsmål 1.

Spørgsmål 2 er en vurdering af indikator 6 i standarden:
Borgere og/eller pårørende oplever, at tilbuddet støtter borgerens muligheder for indflydelse på eget liv

Her skal du som fagperson tage stilling til, om borgerens og/eller pårørendes oplevelser af at tilbuddet støtter borgerens muligheder for indflydelse på eget liv fagligt set er tilfredsstillende. Vurderingen kan evt. perspektiveres ved hjælp af relevante spørgsmål fra tilbuddets borger- og/eller pårørendeundersøgelser.

Bilag 4

Vurderingsskema til auditering af standard 1.3. Individuelle planer[Tilbud] [Dato]

1.3 Individuelle planer BEBOER X						
		Ja i høj grad	Ja i nogen grad	Nej kun i mindre grad	Nej slet ikke	Stillingtagen ikke mulig pga. manglende dokumentation
1.	**Er der tilfredsstillende sammenhæng mellem indsats og mål i forhold til denne borger? (se introduktion til spørgsmål)**					
	Begrund dit svar:					
2.	**Er der dokumenteret tilstrækkeligt positive resultater i forhold til opfyldelsen af de opstillede mål? (se introduktion til spørgsmål)**					
	Begrund dit svar:					
3.	**Er borgerens oplevelse af at være inddraget i udarbejdelse af opstillede mål tilfredsstillende, ud fra en faglig vurdering? (se introduktion til spørgsmål)**					
	Begrund dit svar:					

Instruktion til vurderingsspørgsmål til standard 1.3 individuelle planer

Generelt til spørgsmål 1 - 3
Det er til de tre spørgsmål relevant at overveje, i hvilken grad tilbuddets retningslinjer (jf. standardens indikator 1 og 3) samt brugen af tilbuddets skabelon for de individuelle planers opbygning (jf. standardens indikator 2) understøtter arbejdet med individuelle planer i forhold til denne borger.

Spørgsmål 1 er en vurdering af indikator 5 i standarden:
Der er tilfredsstillende sammenhæng mellem indsats og opstillede mål

Spørgsmål 2 er en vurdering af indikator 6 i standarden:
Der kan dokumenteres positive resultater i forhold til opfyldelsen af de opstillede mål

Vurderingen kan evt. perspektiveres ved at sammenholde de opnåede resultater i dette borgerforløb med resultatdokumentation for tilbuddets samlede borgergruppe, hvis dette forefindes.

Spørgsmål 3 er en vurdering af indikator 7 i standarden:
Borgeren oplever at være tilstrækkeligt inddraget i udarbejdelse af opstillede mål

Her skal du som fagperson tage stilling til, om borgerens oplevelser af at være inddraget i udarbejdelse af opstillede mål er tilfredsstillende.

Vurderingen kan evt. perspektiveres ved hjælp af relevante spørgsmål fra tilbuddets borger- og/eller pårørendeundersøgelser.

Bilag 5

Vurderingsskema til auditering af standard 1.4 Medicinhåndtering [Tilbud] [Dato]

1.4 Medicinhåndtering **BEBOER X**						
		Ja i høj grad	Ja i nogen grad	Nej kun i mindre grad	Nej slet ikke	Stillingtagen ikke mulig pga. manglende dokumentation
1.	Er **overførelse af medicinordination** håndteret sikkert og korrekt i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter?					
	Begrund dit svar:					
2.	Er **medicindispensering** håndteret sikkert og korrekt i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter?					
	Begrund dit svar:					
3.	Er **medicinadministration** håndteret sikkert og korrekt i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter?					
4.	Er **opbevaring af medicin** håndteret sikkert og korrekt i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter?					

1.4 Medicinhåndtering
BEBOER X

		Ja i høj grad	Ja i nogen grad	Nej kun i mindre grad	Nej slet ikke	Stillingtagen ikke mulig pga. manglende dokumentation
	Begrund dit svar:					
5	Er **bortskaffelse af medicin** håndteret sikkert og korrekt i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter?					
	Begrund dit svar:					
6.	Er anvisningerne i de retningsgivende dokumenter som skal sikre, at den medarbejder, som håndterer beboerens medicin har de **nødvendige kompetencer**, fulgt?					
	Begrund dit svar:					
7.	Har beboeren **modtaget medicin på rette tidspunkt og i rette dosis**?					
	Begrund dit svar:					

Instruktion til vurderingsspørgsmål til standard 1.4 Medicinhåndtering

Spørgsmål 1 – 6 er en vurdering af indikator 3 i standarden:
Er medicinen håndteret sikkert og i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter?

For at komme hele vejen rundt om indikator 3, skal du vurdere i hvilken grad medicinhåndteringen er håndteret sikkert og i overensstemmelse med retningslinjerne i forhold til hvert element af medicinhåndteringen (jf. indikator 1 i standarden):

- Overførelse af medicinordination
- Medicindispensering
- Medicinadministration
- Opbevaring af medicin
- Bortskaffelse af medicin
- Medarbejdernes kompetencer i forhold til håndtering af medicin

Spørgsmål 7 er en vurdering af indikator 4 i standarden:
Har borgeren modtaget den rette medicin på rette tidspunkt og i rette dosis?

Bilag 6

Tips til mødelederen ved auditmøder

Tips til mødeledelse ved audit, er udarbejdet som hjælp eller inspiration til ressourcepersoner eller andre personer, som har fået til opgave at være mødeleder ved audit i forbindelse med overvågning på trin 3 i Dansk kvalitetsmodel på det sociale område.

Nedenfor gives først en overordnet beskrivelse af mødelederens funktion. Derefter oplistes en række tips til mødelederen undervejs på auditmødet.

Mødelederens funktion

Det er mødelederens ansvar, at formålet med auditmødet opfyldes – det vil sige, at tilbuddets arbejde med de pågældende standarder vurderes og drøftes af udvalgte medarbejdere/ledelsespersoner (auditpanelet), og at auditpanelet udarbejder anbefalinger til det videre arbejde.

Det vil være vigtigt, at mødelederen har fokus på:

- At indtage en neutral og anerkendende position i forhold til auditpanelet, og sørge for, at alle bliver hørt og behandlet med respekt
- at styre gennemgangen af de enkelte spørgsmål i vurderingsskemaet, som beskrevet i konceptet (runde, fælles drøftelse, konklusion/anbefalinger)
- stille uddybende og konkretiserende spørgsmål for at få foldet deltagernes perspektiver ud og for, at de anbefalinger som panelet opstiller, kan relateres til det konkrete arbejde med anbefalingerne
- at auditpanelets drøftelser, konklusioner og anbefalinger i løbet af auditmødet løfter sig fra det konkrete til et generelt niveau (f.eks. fra dialog om arbejdet med individuelle planer i udvalgte borgerforløb til, hvordan arbejdet med individuelle planer generelt fungerer).

Tips til mødelederen under auditmødet

Tips til indledning af mødet

Her oplistes i punktform forslag til punkter som kan være relevante at indlede auditmødet med.

- Kort om baggrund og formålet for mødet og hvad mødet skal munde ud i
- Rammerne for mødet (tid, mødestruktur, pauser, rygning, toiletter mv.)
- Præcisere at alle i auditpanelet har en hovedrolle (i kraft af den særlige erfaring og tilgang vedkommende repræsenterer)
- Vigtigheden af en konstruktiv tilgang til hinanden og det arbejde, der skal vurderes og drøftes (nysgerrighed, venlighed, åbenhed, respekt):
  - Fokus på fremadrettet læring
  - Tage udgangspunkt i den antagelse, at alle har gjort det så godt, de kunne på det tidspunkt, det blev gjort
  - Påpege den sårbarhed, der kan være forbundet med at få sin egen praksis vurderet – måske har personer i auditpanelet været direkte involveret i den praksis, der vurderes?

Hvordan gik den individuelle forberedelse?
Dette spørgsmål kan være relevant i forhold til:

- At give deltagerne mulighed for at give udtryk for, hvordan de har følt sig klædt på til opgaven, og komme af med eventuelle "aha-oplevelser" eller frustrationer/problemer undervejs.
- At indsamle erfaringer, som kan anvendes næste gang audit skal gennemføres.
- Evt. understrege "at bordet ikke fanger" i forhold til den vurdering den enkelte deltager har foretaget hjemmefra, da selve formålet med mødet jo er at undersøge og nuancere de spørgsmål, der stilles, og blive klogere undervejs.

Forberede deltagerne på:

- At gennemgangen af de første spørgsmål og det første borgerforløb ofte tager (markant) længere tid end de efterfølgende.

  Generelt vil auditpanelet undervejs på mødet "tale sig mere og mere ind på hinanden" og på de problemstillinger, det skal drøftes vedrørende arbejdet med standarderne.

  Ofte vil paneldeltagerne allerede under den individuelle forberedelse, hvor der tages stilling til hele materialet og skabes et vist overblik, kunne uddrage nogle generelle/gennemgående/grundlæggende problemstillinger i forhold til arbejdet med standarderne. Disse problemstillinger vil typisk tage tid først på mødet, når de først præsenteres.

  Det der er vigtigt også at se på de efterfølgende borgerforløb, idet de kan bidrage med nye nuancer og problemstillinger.

- At relevante og spændende faglige drøftelser af tidsmæssige årsager kan blive "parkeret" undervejs på mødet – evt. kan det formuleres som en anbefaling at en sådan problemstilling drøftes videre.

Det kan være en fordel, at mødelederen og referenten forud for mødet har aftalt deres rollefordeling, og afklaret hvordan de bedst kan støtte og supplere hinanden undervejs.

Tips til runden

- Begynd gerne runderne ved forskellige deltagere, så det ikke er den samme der skal lægge ud hver gang
- Stil gerne uddybende spørgsmål, som kan få flere nuancer frem eller konkretisere udtalelser, f.eks.:
  - Hvad skulle der til, hvis du skulle flytte krydset helt op i "meget tilfredsstillende"? / Hvad har betydning for, at du så alligevel vurderer i mindre grad tilfredsstillende og ikke "nej slet ikke?"
  - Hvad ligger der i det, når du siger "mere inddragelse"? Kan du give et konkret eksempel?

Tips til den fælles drøftelse

Eksempler på måder at åbne til den fælles drøftelse(opsummering plus åbningsspørgsmål)

- Det er interessant, at nogle af jer har vurderet […], mens andre har vurderet […]. Hvad tror I det handler om?
- Der er kommet flere forskellige vurderinger og perspektiver på spørgsmålet frem her i runden. Hvad kan det bidrage med i forhold til….
- Det lyder, som om I er enige hele vejen rundt. Hvad siger I til det? Er der nogen, der har noget at tilføje? Hvad kan vi konkludere ud af det?

Hvis du vurderer, at en drøftelse er for omfattende at gøre færdig på mødet, men at der er enighed om at det er vigtigt for det videre kvalitetsarbejde, kan du f.eks.:

- Foreslå evt. at I formulerer en anbefaling om, at der arbejdes videre med emnet/problemstillingen på et senere tidspunkt

Hvis du vurderer, at en diskussion er ved at komme for langt væk fra dagsordenen (spg. i vurderingsskema), kan du f.eks.:

- Spørge panelet direkte om diskussionens betydning for det spørgsmål og den problemstilling, der drøftes (det kunne jo være, at du tog fejl)
- Lave en "parkeringsplads" til interessante / vigtige emner, som er uden for auditdagsordenen

Tips til afrunding af auditmødet

- Samle op på hvilke resultater hhv. mødeleder, referent og øvrige deltagere ser, der er kommet ud af mødet i form af f.eks.:
  - Konklusioner og anbefalinger til det videre arbejde med standarderne
  - Konstruktiv dialog
  - Andet?
- Give deltagerne mulighed for at fortælle, hvordan det har været at deltage
- Samle erfaringer fra processen til næste audit (Hvad gik godt? Hvad kunne evt. gøres anderledes næste gang?)
- Hvordan er det videre forløb? (Hvad er næste skridt?)
- Andet?