



akkrediteringsraadgiverne.dk

HØRING

TILSYNSRAPPORT

Silkeborg Kommune

Sundhed og Omsorg

Kongsbergvej 5

Indholdsfortegnelse

Forord.....	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger.....	8
Oversigt over de enkelte temaer	10
Resultater og vurdering af de enkelte temaer	10
Tema 1 Funktionsevne	11
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen.....	12
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	16
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	19
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	20
BILAG 1 Pårørendeinterview	21
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper.....	22
Om virksomheden og kontaktoplysninger.....	25

Forord

De uanmeldte tilsyn i Silkeborg Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Silkeborg Kommune har med sit tilsynskoncept valgt at indarbejde Sundhedsstyrelsens anbefalinger af kvalitetsindikatorer i ældreplejen som en del af de lovpligtige tilsyn efter servicelovens §151.

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

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

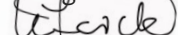
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

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

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

Venlig hilsen



Nette Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejecenter:

Kongsbergsvej 5, 8600 Silkeborg

Plejecenterleder:

Lene Bach Nørgaard Christensen

Antal beboere:

24 borgere

Tilsynsbesøget fandt sted:

30. august 2022

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 9 borgerjournaler), arbejdsoversigter, menu-planer, aktivitetsplan, egenkontrolskemaer, borgerinformationer m.v.

Interview: 4 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview samt 1 pårørende. De er informeret om formål og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Herudover gennemføres telefoninterview med 2 pårørende. Resultaterne vedlægges tilsynsrapporten efterfølgende. Desuden har tilsynet interviewet 1 områdeleder, 1 plejecenterleder, 1 sygeplejerske, 1 nyansat assistent, 3 hjælpere, heraf 2 nyere ansatte, 1 ufaglært (fast) samt 1 ergoterapeut.

Observation: 3 borgeres bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

Tilsynsførende har overværet hjælp til spisning hos 2 borgere.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 3 borgere.

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Silkeborg Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn på plejecentret. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter "Koncept og manual for tilsyn på plejecentre i Silkeborg Kommune". Fokusområderne er vurderet i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

Delvist godkendt

Vurderingsskala:

- Godkendt, Godkendt med bemærkninger, Godkendt med mangler
- Delvist godkendt
- Ikke godkendt/Kritisable forhold

Godkendt

Alle temaer er samlet set vurderet "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".

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

Godkendt med bemærkninger

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfølgelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Godkendt med mangler

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

Der ses forhold af betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget. Opfølgning efter kortere tid anbefales.

Delvist godkendt

Mere end 2 temaer fra 1-4 er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".

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

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

Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales.

Ikke godkendt/Kritisable forhold

Den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Der er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet og patientsikkerheden.

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

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

Generelle forhold af betydning for vurderingen

Plejecentret har fungeret under særlige forhold gennem længere tid siden seneste tilsyn. Centret har været uden egen ledelse og sygeplejerske i en periode. Der er nu nyere ansat leder og sygeplejerske. Udfordringerne fra seneste tilsyn omhandlede den samlede nedsatte plejekompetence i forhold til opgaverne samt et sårbart skriftligt arbejdsgrundlag. Journaliseringen i Nexus understøtter ikke den fornødne kvalitet.

På tilsynstidspunktet ydes hjælpen til borgerne i tilstrækkelig grad til, at forholdene ikke vurderes kritiske. Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.

På baggrund af ovenstående er den samlede vurdering: ”Delvist opfyldt”.

Styrker

En styrke er, at borgertilfredsheden med medarbejdernes indsats overvejende er positiv trods opgaveløsningen er præget af, at medarbejderne er uerfarne. Men de formår at skabe en god stemning og fremtræder imødekommende, nærværende og omsorgsfulde. De nære arbejdsgange, som sikrer at borgerne tilbydes bad trods mangel på medarbejdere, fremstår sikre. Sygeplejerske har daglige drøftelser med alle medarbejdere hvor borgerforløbene drøftes, opgaverne prioriteres og den fornødne kvalitet sikres bedst muligt.

Funktionsevne:

Borgerne udviser tryghed i kontakten med medarbejderne. Tilsynsførende iagttager eksempler på, at medarbejderne har fokus på at støtte borger til vedligehold af funktionsevnen. Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere og medarbejdernes praksis fremstår omsorgsfuld.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen:

Ved indflytning samarbejder ergoterapeut med borger og medarbejderne. Ved behov involveres fysioterapeut, så det kan fastlægges, hvorledes funktionsevnen bedst kan bibeholdes eller om muligt øges efter borgers ønske og mulighed.

Personlig pleje: Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer personlig pleje til 2 borgere. Der ses velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær i form af småsludren undervejs og guidning tilpasset borgers tempo og stemning.

Praktisk hjælp: Tilsynsførende vurderer, at hjælpen tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes vaner, ønsker og behov. Fællesarealer, boliger og hjælpemidler fremtræder generelt rengjorte svarende til kvalitetsstandarden.

Mad og måltider: Tilsynet overværer måltidet som foregår med småsnakken. Flere medarbejdere deltager ved bordene og er med til at skabe en hjemlig stemning.

Hverdagen og aktiviteter på plejecentret: Sammen med Kongsbergvej 7 tilbydes aktiviteter, som samtidig giver adspredelse og glæde i hverdagen. En borger fortæller at hun aldrig rigtig gider, men så ”kommer hende der står for det og siger at nu er det nu – og så griner og hygger vi os sammen alle sammen”.

Sammenhæng og forudsigelighed: Et dagligt kort tavlemøde om formiddagen medvirker til tidlig opsporing af borgere med risiko for sundhedsproblemer og dermed til forebyggelse af unødige indlæggelser. Desuden følges op på dagens opgaver og sygeplejerske giver de nyere ansatte, ufaglærte og afløser instruks om hvordan opgaver løses fagligt. Herved bidrager mødet til den løbende kompetenceudvikling.

De ovenfor nævnte styrker er et godt afsæt til yderligere at forbedre praksis.

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 2 temaer er ”I betydelig grad opfyldt”
- 3 temaer er ”I nogen grad opfyldte”

Hvert tema består af flere målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er ”Helt opfyldt” kan rumme målepunkter med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten. I det følgende ses udviklingspunkter for de temaer, som ikke er ”Helt opfyldt”. Udviklingspunkterne er beskrevet kort samt tilsynets anbefalinger. De uddybende data fremgår under de enkelte temaer i rapporten.

Gennemgående forhold

Tilsynet vurderer, at to forhold har særlig betydning for kvaliteten og sikkerheden:

1. Bemandingssituationen
2. Det skriftlige arbejdsgrundlag

Ad 1

Bemandingssituationen

Plejecenterleder og områdeleder fortæller om igangsatte initiativer

Tilsynet hører om de planlagte og igangsatte tiltag.

- Tilsynet har ikke yderligere anbefalinger.

Ad 2

Dokumentation i omsorgsjournalen

Den faglige dokumentation er et grundlag for medarbejdernes viden og forståelse for borgeren og dermed væsentlig for, at borgeren kan modtage en ensartet og forudsigelig opgaveløsning på et sikkert kvalitetsniveau.

Omsorgsjournalen fremstår ikke opdateret svarende til borgers aktuelle tilstande og indeholder uoverensstemmende oplysninger, hvilket gør det skriftlige arbejdsgrundlag meget sårbart. Tilsynet vurderer, at det set kan indebære en risiko for borgersikkerheden.

Det fremstår at der ikke er Nexuskyndige på plejecentret.

Tilsynet anbefaler at

- prioritere oplæring af flere nøglepersoner indenfor kortere tid
- at prioritere rækkefølge af omsorgsjournaler og tidsfastsætte opdateringerne. Dette kan gøres ud fra en umiddelbar risikovurdering ift. borgersikkerhed
- fastlægge evaluering via mini-journalaudits.

Andre områder

Tema 2

Indikator 2.11: Fødemiddelallergier og lignende

Det er tilsynets indtryk, at medarbejdere og ernæringsassistent har velfungerende dialog om borgers særlige behov, herunder allergier, intolerans, beriget kost o.a. Ernæringsassistenter får viden mundtligt.

Der høres ikke om besluttede arbejdsgange, der kan sikre, at allergier er kendt for medarbejdere, der tilbereder og/eller serverer maden. Arbejdsgangene kan derved indebære en risiko for borgerne, eksempelvis i småt bemandede funktioner. Dette kan være aftenvagten eller når ernæringsassistenten har fravær.

På tilsynstidspunktet oplyses, at ingen borgere har fødemiddelallergi.

Tilsynet anbefaler,

- at styrke skriftlige arbejdsgange for at medarbejdere, der varetager madlavning og servering sikres skriftlige oplysninger om borgeres fødemiddelallergier og intolerancer
- at fastlægge arbejdsgange, der gør det vanskeligt for medarbejderne at tilberede og servere forkert kost til borgerne.
- at oplysninger om borgere kan lide en madtype anbefales adskilt fra oplysning om allergi.

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Temaets fokus: At medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange.

Udviklingspunkt: Tilsynet erfarer, at der foretages nedre hygiejne i forbindelse med personlig pleje uden anvendelse af plastforklæder. For at undgå smittespredning, anbefales det i NIR, at ved udførelse af personlig hygiejne med risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser, anvendes plastforklæde.

Tilsynet anbefaler at

- implementere anbefalingerne i NIR.

Tema 5 Kvalitetsarbejdet: Opfølgning fra seneste tilsyn

Handleplan med angivelse af tidsplaner, tovholdere m.m. kan være en stor støtte for implementering i en overgangsfase ved lederskift. Ved lederskiftet er ikke anvendt handleplan. Der foreligger således ikke mulighed for kontinuitet til tidligere igangsatte tiltag.

Tilsynet anbefaler fremover

- at prioritere indsatsområder og vælge tovholdere
- at fortsætte med at styrke processtyringen med operationel oversigt: Hvem gør hvad, hvornår samt hvordan og hvornår igangsatte tiltag evalueres.
Det kan være i form af Silkeborg Kommunes handleplansskabelon eller en lokal proceshandleplan
- at følge op på handleplanen sammen med de involverede fast månedligt i en periode.

Oversigt over de enkelte temaer

Temaerne vurderes i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Målene er belyst gennem interview, observationer og dokumentation og det er undersøgt, om der sammenhæng mellem de fastsatte standarder, handleplaner, beslutninger, tilbud til den enkelte og den praktiske udførelse.

Af nedenstående oversigt angives den samlede målopfyldelse for hvert tema. Vurderingen er angivet med farver og kategorierne HO (Helt opfyldt), BO (I betydelig grad opfyldt), NO (I nogen grad opfyldt), IO (Ikke opfyldt).

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering	BO
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Måltider og mad, der passer til borgers behov	NO
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Koordinering ved ændring i borgers tilstand Flerfagligt samarbejde	NO
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning Instrukser, værnemidler og rengøring Tøjvask	BO
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Lokal proces med prioritering, tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen sammenlignet med seneste tilsyn	NO

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

De enkelte temaer er konkretiseret i målepunkter. Hvert målepunkt udgør en indikator for kvalitet, som kan belyses gennem interview, observationer og dokumentation.

Tilsynsførende vurderer for hvert målepunkt, om dataindsamlingen viser overensstemmelse med målepunktets angivelser. I bemærkningsfeltet udfor hvert målepunkt er beskrevet særlige positive eller negative fund, som kan have værdi i det videre arbejde.

Målepunkter om omsorgsjournalen omfatter de dele af journalen, som er relevant for tilsynets foci.

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: -Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt? -Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til, at bliver inddraget i at klare flest mulige dagligdags aktiviteter selv (fx personlig pleje, vande blomster, lægge tøj sammen, støve af m.m) -Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for?</p> <p>Data fra pårørendeinterview medtages i vurderingen.</p>	HO	Borgerne udtrykker tilfredshed med medarbejdernes indsats. Der er mange nye ansigter, men "de virker til at vide hvad jeg har brug for" og er alle imødekommende og hjælpsomme – "de har bare alt for meget at se til"
1.2	<p>Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson jf. kommunens beslutning. Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder. Relevante borgere er tilbudt en rehabiliterende indsats og der er fulgt op på indsatsen.</p>	HO	
1.3	<p>Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan beskrive, hvorledes mål fastsættes i samarbejde med borger med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer. Medarbejderne kan give eksempler på borgere, som støttes i ADL. Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.</p>	BO	<p>Borgernes eget mål og sammenhæng til den faglige indsats fremstår uklar.</p> <p>Samlet set vurderes punktet "I betydelig grad opfyldt"</p>
1.4	<p>Det fremgår af omsorgsjournalen, at borgers psykiske og fysiske ressourcer inddrages i planlægningen og udførelsen. Hjælpen beskrives med en rehabiliterende tilgang.</p>	NO	Af 7 ud af 9 omsorgsjournaler ses ikke de fornødne oplysninger.
1.5	<p>Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering. Medarbejderne kender eget ansvar og opgaver.</p>	NO	Som ovenfor.

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering



Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? 2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?: 3) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret? 4) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her? <p>Data fra pårørendeinterview medtages i vurderingen.</p>	HO	<p>Borgerne udtrykker tilfredshed med medarbejdernes indsats. Der er mange nye ansigter, men "de virker til at vide hvad jeg har brug for" og er alle imødekommende og hjælpsomme – "de har bare alt for travlt"</p>
2.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg. Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt? 2) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov? 3) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på? <p>Data fra pårørendeinterview medtages i vurderingen.</p>	HO	Som ovenfor.
2.3	<p><i>Praktisk hjælp, herunder rengøring</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen. 2) Personlige hjælpemidler fremtræder rene 3) Fællesarealer fremtræder rengjorte. 	HO	<p>Medarbejderne varetager rengøring af boligerne. Tjeklister for overholdelse af kvalitetsstandarderne fremstår velfungerende. Dagen før var 3 boliger ikke rengjort – disse er på arbejdslisten i dag og bliver rengjorte.</p>

2.4	<p><i>Personlig pleje</i></p> <p>Borgerne fremtræder velplejet. Hvis tilsynsførende overværer plejen konstateres, at plejen gives omsorgsfuldt og i samarbejde med borger. Borger støttes i at udføre så meget som muligt selv og støttes i at udføre eventuelle ønskede vedligeholdelsesaktiviteter under plejen.</p>	HO	
2.5	<p>1) Medarbejdere og ledere beskriver arbejdsgange, som understøtter, at den enkelte borgers potenti-ale og ønsker er kendt af medarbejdere og at borger støttes i at deltage i relevante aktiviteter og samvær. Der høres om en velfungerende struktur internt og i samarbejdet med frivillige og andre.</p> <p>2) Der foreligger aktivitetsplan, som er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere.</p>	HO	
2.6	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <p>-Er der mulighed for at lave de ting, der betyder noget? -Får du dækket dit behov for at være sammen med andre? -Hvad synes du – er der gode oplevelser hver dag? Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes?</p> <p>Data fra pårørendeinterview medtages i vurderingen.</p>	HO	

Måltider og mad, der svarer til borgers behov

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.7	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <p>1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad? 2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp? 3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.? 4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen?</p> <p>Data fra pårørendeinterview medtages i vurderingen.</p>	BO	<p>Meningerne er delte. Nogle borgere synes godt om maden. Andre oplever at kødet er sejt, pålægget meget ensformigt, for lidt mad til rugbrødet. Borgerne oplever at medarbejderne lytter til kritikken, men at der nok ikke kan gøres noget.</p>
2.8	<p>Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at der er klart værtsskab og at medarbejderne sørger for gode rammer til en uforstyrret spisning og hyggelig stemning. Arbejdsgangene fremmer, at borgerne får den støtte til spisning, de har brug for. Arbejdsgangene fremmer, at den enkelte borger opnår en positiv oplevelse af måltidet.</p>	HO	<p>Der hygges omkring bordene hvor medarbejderne spiser samtidig med borgerne.</p>

2.9	Der foreligger menuplan, som er udarbejdet med involvering af borgere og tilgængelig for borgere og pårørende.	BO	Interviewede borgere kender ikke til mulighed for at ønske retter. Flere ville meget gerne have grøntsager.
2.10	Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.	HO	
2.11	Medarbejdernes beskrivelse af arbejdsgangene viser, at der tages hensyn til den enkelte borgers behov. Hvis borger har fødemiddelallergi eller intolerance fremgår dette tydeligt for medarbejdere der tilbereder eller serverer maden.	NO	Der høres ikke om arbejdsgange, der sikrer at de involverede medarbejdere har lettilgængelig viden. Det oplyses, at ingen aktuelle borgere har allergi/intolerance.
2.12	Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab. 1) I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleanvisende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen. 2) Aftalt vejehyppighed ses udført 3) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. 4) Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere – dels i døgnrytmeplaner og dels i eventuelle kostsedler.	NO	Ad 1) Der ses ingen eksempler på fuld overensstemmelse mellem handlingsanvisninger/faglige notater /målinger/kostbeslutning/oplysninger i døgnrytmeplan. Ad 2) Vejehyppighed Aftalt vejehyppighed ses generelt udført. Ad 3) Tavlen har oplysninger om seneste vægte. Ved opslag i journaler ses uoverensstemmende oplysninger. For et vægttab på 3,3 kg kan ikke findes reaktion på vægttabet. Vejningen er udført af ekstern vikar. Ad 4) På den ene etage fremgår af kostseddel om borger har behov for fortykning, proteintilskud eller andet. Her står også

			<p>hvad borger hyppigst ønsker til morgenmad. På den anden etage ses ikke kostseddel.</p> <p>For en ud af to borgere med proteintilskud ses ikke overensstemmelse mellem oplysning på kostsedlen og oplysning i Nexus. Der forelå ikke handlingsanvisning på ernæring.</p> <p>Ernæringsvurdering (EVS) ses i nogen grad implementeret.</p>
--	--	--	--

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? 2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?! 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald. <p>Data fra pårørendeinterview medtages i vurderingen.</p>	HO	<p>Borgerne udtrykker tilfredshed med medarbejdernes indsats. Der er mange nye ansigter, men ”de virker til at vide hvad jeg har brug for” og er alle imødekomende og hjælpsomme – ”de har bare alt for travlt”.</p>
3.2	<p><i>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing</i> Medarbejdere kender arbejdsgangene for at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner.</p>	BO	<p><i>Journalisering:</i> Medarbejderne fortæller at de kan skrive observationer og at døgnets observationer hver morgen gennemses inden borgerne besøges. Døgnrytmeplanerne benyttes sparsomt (oplysningerne er ikke opdaterede og misvisende).</p> <p><i>Mundtlighed:</i> Der er tæt dialog mellem sygeplejerske og medarbejderne om borgernes behov. Dels ved vagtstart om morgenen og dels om formiddagen. Herved støttes prioritering og udførelse af opgaverne. Møderne er kombineret med kompetenceudvikling.</p>

3.3	<p><i>Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb</i></p> <p>Medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.</p> <p>Det kan eksempelvis være ved behov for vurdering af borgers potentiale for funktionsevne, ved afslutning af §86 eller ved genoptræningsplan efter §140.</p> <p>Borgers behov for eksempelvis personlig pleje er kombineret med balance- stå- eller gåmuligheder samt evt. øvelser, som borger kan huskes på. Borger kan have behov for at blive husket på rigtig forflytning eller bedst brug af rollator eller andet.</p>	HO	<p>Adspurgte medarbejdere kender til vedligeholdelsestræning hos flere borgere og tilsynet iagttager, at medarbejderne samarbejder med borgerne på en måde som bedst muligt støtter borgers funktionsevne.</p>
3.4	<ol style="list-style-type: none"> 1) Medarbejderne oplever de konkrete døgnrytmeplaner anvendelige og brugbare i forhold til opgaveløsningen hos borgerne. 2) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren. 	NO	<p>Medarbejderne anvender ikke døgnrytmeplaner, da oplysningerne er misvisende. Observationer regnes for vigtige og skrives og læses.</p>
3.5	<p>Generelt: Dokumentationen i omsorgsjournalen fremstår med overensstemmende og opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande.</p>	NO	<p>Ved gennemgik i 9 borgerforløb ses generelt uoverensstemmende oplysninger mellem helbredstilstande/funktionsevnetilstande, handlingsanvisninger, observationer, målinger, døgnrytmeplaner.</p>
3.6	<p>Omsorgsjournalen viser overensstemmelse mellem formålet med hjælpen og tilbuddet af hjælp. Døgnrytmeplaner fremtræder handleanvisende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger samt borgers vaner og ønsker i relevant omfang.</p>	NO	<p>7 ud af 9 døgnrytmeplaner fremstår ikke svarende til borgers aktuelle tilstande.</p> <p>For 3 borgere som ikke kan svare for sig, heraf to ramt af demens - er aftenvanerne ikke beskrevet. Det har særlig betydning for borgere med behov for forudsigelighed og tryghed at aftenvaner og sengevaner er kendte af medarbejderne.</p>

3.7	Omsorgsjournalen afspejler et bevidst samarbejde monofagligt og flerfagligt. For de undersøgte borgerforløb kan der være tale om samarbejde med diætister, demenskonsulent, læge, terapeuter o.a.	BO	<i>Terapeutnotater fremstår let at fremfinde.</i>
-----	---	----	---

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	1) Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejecentre, herunder arbejdsdragt og værnemidler. 2) Der forefindes værnemidler.	NO	Ad 1 2 ud af 2 medarbejdere, der udfører personlig pleje og nedre hygiejne, fortæller at der skal anvendes handsker i forbindelse med udførelse af personlig hygiejne/nedre hygiejne. I introduktionen indgår ikke anvendelse af forklæde. I to besøgte stuer ses ikke forklæder.
4.2	Leder og relevante medarbejdere kender til at fremsøge og anvende gældende instrukser og arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud.	HO	
4.3	Hvis plejecentret varetager tøjvask uden for borgers bolig: Instruks for tøjvask er lettilgængelig for medarbejderne og følger anbefalingerne i NIR. Tøjvasken sker i overensstemmelse hermed.	IR	Tilsynet oplyses om, at tøjvask foregår i borgers egen bolig.

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</p>	NO	<p>Handleplan med angivelse af tidsplaner, tovholdere m.m. kan være en stor støtte for implementering i en overgangsfase ved lederskift.</p> <p>Ved lederskiftet er ikke anvendt handleplan.</p>
5.2	<p>Effekten af tiltagene er evalueret I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført</p>	NO	Jf. ovenfor
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>	NO	Der er ikke sket forbedringer som har haft betydning for målopfyldelsen.



BILAG 1 Pårørendeinterview

Pårørendeinterview

Antal interview under besøg: 1

Antal telefoninterview: 2 (afventer kontaktoplysninger til pårørende)

Resultat

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller utilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ikke aktuelt	Øvrige kommentarer
Forventningssamtale						x	
Maden		x					
Pleje og vedligehold af færdigheder		x					De er alle meget søde og imødekommende og gør deres bedste
Aktiviteter		x					
Rengøring og tøjvask		x					
Kommunikation med plejecentret		x					
Vil du anbefale plejecentret til andre	JA: x			NEJ:			Jeg er meget tryk ved at min mor bor her

Tabel 1



Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

Tilgang og formål

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

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

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

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

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

Samlet set stiler tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

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

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

Indhold og metode

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

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

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

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

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



Vurderingsprincipper

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

Vurdering sker på 4 niveauer:

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

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

Niveauer	Det samlede tilsynsresultat															
Temaer																
Målepunkter																
De enkelte stikprøver																

Vurdering af den enkelte stikprøve

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

Vurdering af de enkelte målepunkter

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

	Helt opfyldt
	I betydelig grad opfyldt
	I nogen grad opfyldt
	Ikke opfyldt

Vurdering af det enkelte tema

På baggrund af de samlede resultater fra målepunkterne vurderes den samlede opfyldelse af det enkelte tema. Et tema kan vurderes som "Helt opfyldt", selvom der er et enkelt fokus med "I betydelig grad opfyldt". Når et af målepunkterne er vurderet "I nogen grad opfyldt" kan den samlede målopfyldelse for temaet højst blive "I betydelig grad opfyldt". Vurderingen sker ud fra samme kategorier og farveskala, som beskrevet ovenfor.

Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

Godkendt

Dette betyder, at målene i meget høj grad er opfyldte.

Den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er samlet set vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Alle temaer er samlet set vurderet "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".

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



Godkendt med bemærkninger

Dette betyder, at målene i høj grad er opfyldte i forhold til den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerheden, men der vil være behov for justeringer for at sikre opfyldelse af alle måleområder.

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Godkendt med mangler

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

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

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan og opfølgning efter kortere tid anbefales.

Delvist Godkendt

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

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

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales.

Ikke godkendt/Kritisable forhold

Den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Der er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet og patientsikkerheden.

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

Høring og rapportering

Tilsynsbesøgene afsluttes med dialog og tilbagemelding til den lokale leder. Efter tilsynsbesøget modtager lederen rapportudkastet til høring for faktuelle fejl = oplysninger om antal borgere, funktionsbenævnelser og lignende i lighed med praksis hos Styrelsen for Patientsikkerhed. Fristen for tilbagemelding er 3 uger, hvorefter leder og tilsynsførendes kontaktpersoner i kommunen modtager den endelige rapport.



Om virksomheden og kontaktoplysninger

Nethe Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef

DMK-tilsynsafdeling, akkrediteringsraadgiverne.dk
Egebjergvej 232 a
4500 Nykøbing Sjælland
Mobil: +45 2869 8898
Mail: nethe@jorck.net

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

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

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

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

Om virksomhedsleder og tilsynschef

Nethe Jorck har sundhedsfaglig uddannelse (sygeplejerske) suppleret med MPP (Master of Public Policy) til lige med kompetencegivende uddannelser indenfor ledelse, kvalitet og patientsikkerhed.

Nethe Jorck har en årrække beskæftiget sig med sociallovs- og sundhedslovsydelse, kvalitetssikring og patientsikkerhed i kommuner og regioner gennem funktioner som oversygeplejerske, kvalitetschef, tilsynschef, akkrediteringskoordinator m.m.

Hun er aktiv surveyor med ledende funktioner gennem 13 år for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet).

Ovenstående har medført lang erfaring og indgående viden og indsigt i spændingsfeltet mellem det, der besluttet (lovgivning, retningslinjer, kvalitetsstandarder m.m.) og det, der sker i praksis tættest på borgerne. Hertil kommer indgående erfaring med forandrings- og forbedringsarbejde med basis i uddannelse og projektarbejde med projekter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

