



akkrediteringsraadgiverne.dk

# TILSYNSRAPPORTER

## Silkeborg Kommune

### Sundhed og Omsorg

### Karolinelundcentret

- 1. besøg: Uanmeldt kommunalt tilsyn den 7. februar 2022*
- 2. besøg: Fokuseret genbesøg den 20. maj 2022*

## Indholdsfortegnelse

<b>Tilsynsrapportens opbygning .....</b>	<b>4</b>
<b>Fokuseret genbesøg den 20. maj 2022 .....</b>	<b>4</b>
<b>Det uanmeldte kommunale tilsyn 7. februar 2022 .....</b>	<b>5</b>
Forord .....	6
Fakta om tilsynet.....	7
Samlet tilsynsresultat .....	8
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer .....	9
Oversigt over de enkelte temaer .....	12
<b>Resultater og vurdering af de enkelte temaer .....</b>	<b>12</b>
Tema 1 Funktionsevne.....	13
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen .....	14
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed .....	19
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning .....	21
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn .....	22
<b>Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper.....</b>	<b>23</b>
Om virksomheden og kontaktoplysninger .....	26

# Tilsynsrapportens opbygning

Denne rapport har en særlig opbygning, da plejecentret har haft to tilsynsbesøg:

- Uanmeldt kommunalt tilsyn den 7. februar 2022
- Fokuseret genbesøg den 20. maj 2022.

Af læsevenlige hensyn er det seneste tilsyn – det fokuserede genbesøg – beskrevet først. Efterfølgende fra side 6 ses den oprindelige tilsynsrapport fra det uanmeldte kommunale tilsyn.

## Fokuseret genbesøg den 20. maj 2022

Ved tilsynsbesøget den 7. februar var det samlede tilsynsresultat: Delvist godkendt

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet ved genbesøget, at det samlede tilsynsresultat er

### Godkendt med mangler

Der er en klar forbedringsproces i gang.

Karolinelundcentret støttes ledelsesmæssigt af sektionsleder. Den daglige varetagelse, herunder kvalitetsudviklingen koordineres i hverdagen af nyere ansat sygeplejerske sammen med planlægger. Disse tovholdere og de øvrige medarbejdere sparrer i hverdagen med sektionsleder.

### Uddybende beskrivelse fra det fokuserede genbesøg

Tilsynsrapporten fra 1. besøg ses fra side 6. Denne rapport har dannet udgangspunkt for genbesøget med fokus primært på de temaer, som var ”I nogen grad opfyldt”. Det er kvalitetsstyringen, de allerede opnåede forbedringer og den konkrete plan videre frem, som er væsentlige.

### Tema 5 Kvalitetsarbejdet: Opfølgning fra seneste tilsyn

Vurdering ved 1. besøg: ”I nogen grad opfyldt”. Vurdering ved 2. besøg: ”I betydelig grad opfyldt”.

Siden seneste tilsyn: Sygeplejersken og assistenten har sammen med de engagerede medarbejdere startet en proces for at øge kvaliteten på plejecentret med sparring fra sektionsleder. Trods den korte tid ser tilsynsførende tegn på øget borgertilfredshed og forbedret faglighed.

Systematiserede arbejdsprocesser er i gang med at blive implementeret som en del af hverdagen. Tilsynet får eksempelvis indtryk af velfungerende tavlemøder med fokus på valgte udviklingsområder.

*Tilsynet vurderer, at den påbegyndte kvalitetsstyring vil medføre øget målopfyldelse. Tilsynet har ingen yderligere anbefalinger.*

### Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed

Borgernes hverdag – tilbud om aktiviteter

Vurdering ved 1. besøg: ”I nogen grad opfyldt”. Vurdering ved 2. besøg: ”Helt opfyldt”.

Siden 1. besøg har borgernes hverdagsoplevelser været prioriteret. En aktivitetsmedarbejder medvirker til dette, blandt andet med ugentlige tilbud om gymnastik og musik, som både borgerne i afsnit 12 og i afsnit 3 har glæde af. Borgerne fortæller om mulighederne og også at det er hyggeligt at spise sammen med medarbejderne ved frokostmåltidet.

En interviewet pårørende (telefoninterview) har kun godt at sige om medarbejdernes indsats. Hun fortæller, at i januar ”sad hendes mor i sin bolig hele dagen og ventede på at det skulle blive tid til måltid”. Nu er hun livet op og deltager i de tilbudte aktiviteter.

Borger tilbydes kost svarende til sin ernæringstilstand

Vurdering ved 1. besøg: "I nogen grad opfyldt". Vurdering ved 2. besøg: "I betydelig grad opfyldt".

Siden 1. besøg er besluttet systematiske arbejdsgange for at borgerne tilbydes vægtkontrol efter behov og at vægttab meldes videre og følges op af sygeplejerske. Arbejdsprocesserne fremstår velimplementeret. Det omhandler bl.a. vægtkontrol med efterfølgende dialog/kompetenceudvikling på triagemøde.

Arbejdsprocesserne er evalueret ved tilsynet og fundet grundlæggende sikre.

Et forbedringspunkt er oplysninger om den rette kost til borger. Frontmedarbejderne kan se kostoplysninger i køkkenet (køkkenbog/køkkentavle), på triagetavlen, i døgnrytmeplan, i handleanvisning på køreliste ved dysfagi m.m. samt derudover ved særlige borgere også oplysninger i boligen. Disse oplysninger fremstår indbyrdes uoverensstemmende. Der høres ikke er en systematik for at opdatere dobbeltdokumentationerne.

*Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder*

- genoverveje behovet for dobbeltdokumentation. Hvis denne bibeholdes anbefales at lave et afkrydsningskema til brug for at der ved ændringer bliver opdateret alle steder
- opfordre medarbejderne til at sige til, når oplysninger er uoverensstemmende
- evaluere ved minijournalaudit, indtil arbejdsprocesserne fremtræder sikre.

### **Tema 3 Det skriftlige arbejdsgrundlag støtter, at borgerne modtager den rette ydelse**

Vurdering ved 1. besøg: "I nogen grad opfyldt". Vurdering ved 2. besøg: "I nogen grad opfyldt".

Den skriftlige dokumentation afspejler ved genbesøget øget viden og kompetence, dog endnu ikke på et niveau svarende til "I betydelig grad opfyldt".

Siden 1. besøg er Nexus mere anvendt i hverdagen ift at døgnrytmeplaner er forbedret, vægte dokumenteret, EVS/Bradenscore/sondeskift m.m. nu er kalendersat og fremgår af kørelisten. Endnu ses funktionsevnetilstande og helbredstilstande ikke medtaget sikkert i opdateringerne, hvilket giver usikkerhed om, hvilke informationer, der senest er vurderet fagligt. Der er desuden indsats i gang for at øge koblingerne, så medarbejderne hurtigere kan fremfinde de ønskede oplysninger.

*Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder*

- undervisning i Nexus med efterfølgende sparring i hverdagen
- erindre alle medarbejdere om arbejdsgang for at "tage" en opgave og "kvittere"
- evaluere ved minijournalaudit, indtil arbejdsprocesserne fremtræder sikre.

### **Tema 4 Hygiejne**

Vurdering ved 1. besøg: "I betydelig grad opfyldt". Vurdering ved 2. besøg: "Helt opfyldt".

Siden seneste tilsyn er værnemidler indført, så kontamination af arbejdsbeklædning forebygges.

## **Det uanmeldte kommunale tilsyn 7. februar 2022**

Ovenstående vedrører det fokuserede genbesøg.

I det følgende ses den oprindelige rapport fra det uanmeldte kommunale tilsyn 21. september 2021

## 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 borgernes 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.

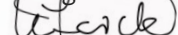
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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:**

Karolinelundcentret, Karolinelundsvej 15, 8883 Gjern

**Plejecenterleder:**

Kirsten Korsholm Nielsen (fraværende på tilsynsdagen). Områdeleder varetager funktionen.

**Antal borgere:**

36 borgere

**Tilsynsbesøget fandt sted:**

7. februar 2022

**Metodik og datagrundlag:**

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 14 borgerjournaler), arbejdsoversigter, menuplan, egenkontrolskemaer, borgerinformationer m.v.

Interview: 4 borgere, som helt eller delvis kan medvirke til interview samt 1 pårørende. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet.

Desuden har tilsynet interviewet 1 områdeleder, 1 plejecenterleder (telefoninterview), 2 assistenter, 3 hjælper, 1 hjælpervikar, 1 rengøringsmedarbejder, en aktivitets/køkkenhjælper og 1 ernæringsassistent.

Observation: 5 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: 4 borgere.

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

**Tilsynsførende:**

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP

Anne Mette Villadsen, sygeplejerske, konsulent.

## 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 Genbesøg indenfor 3 måneder

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 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 oplysninger af betydning for vurderingen

Plejecenterleder er tiltrådt pr. 1. november 2021. På tilsynsdagen er områdelederen stedfortræder.

Karolinelundcentret fremtræder som en organisation, som midlertidigt står med bemandingsmæssige udfordringer. Udfordringer, der er en kombination af fratrukket leder, nyere ansat leder, manglende koordinerende sygeplejerskefunktion, nyere ansatte medarbejdere, få erfarne medarbejdere samt eftervirkninger af Coronafravær. Borgernes hverdag er ændret. Tidligere oplevede borgere og pårørende, at der "skete noget" i hverdagen, der skabte glæde og socialt samvær. Aktiviteter har gennem et stykke tid været nedprioriteret grundet personalesituationen. Den nuværende medarbejdersituation, kombineret med et sårbart skriftligt arbejdsgrundlag, understøtter ikke en ny medarbejder/vikar i at yde en genkendelig pleje og omsorg. Det fremstår ligeledes vanskeligt at danne sig et overblik over borgers tilstande, da der generelt ses uoverensstemmende oplysninger på tværs af Nexus.

Områdelederen fortæller, at her i høj grad er fokus på og aktiviteter i gang om rekruttering, og at skabe en ny samlet kultur i hele plejecentret samt at få genskabt et godt arbejdsmiljø og patientsikkerhed.

Tilsynet erfarer, at områdeleder har sat aktiviteter i gang til at normalisere situationen, herunder ansættelse af koordinerende sygeplejerske pr. 1. marts. De samlede tiltag forventes at styrke medarbejderbemandingen.

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats svarende til et samlet tilsynsresultat: Delvist godkendt.

### Styrker

#### Funktionsevne:

Borgerne fortæller om godt samarbejde i hverdagen med de medarbejdere, der kender dem godt. Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen: Borgerne giver generelt udtryk for, at de får den hjælp til personlig pleje og praktisk hjælp, som de har behov for. De giver udtryk for, at medarbejderne udviser imødekommenhed over for borgers ønsker. Adspurgt giver tre ud af fire borgere udtryk for, at de er glade for at bo på centret.

Praktisk hjælp: Tilsynet vurderer, at hjælpen tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes vaner, ønsker og behov. Medarbejdere samarbejder med borgerne og varetager de opgaver, som borgeren ikke længere selv kan varetage. Borgernes boliger og personlige hjælpemidler fremtræder rengjorte.

Personlig pleje: Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Medarbejderne fremstår engagerede i at yde borgerne en omsorgsfuld og omhyggelig pleje med opmærksomhed på, at plejen sker i borgers tempo. Tilsynet ser eksempler på opdaterede og handleanvisende døgnrytmeplaner, som kan støtte at borger kan ydes den fornødne pleje og omsorg.

Mad og måltider: Måltiderne er det sociale samlingstidspunkt. I fællesrummene er borgerne samlet ved flere borde. I det mindre afsnit høres nogen småsnakken blandt borgerne og medarbejdere. Ved et bord sidder en medarbejder hos en borger, der har behov for hjælp til måltidet. En borger, som har brug for mere ro sidder ved et bord sammen med en medarbejder. Borgere med behov for mere afskærmning under måltidet spiser i deres lejlighed og hjælpes ved behov.

Maden roses, dog gives der udtryk for, at det var bedre, da der blev produceret mad i alle tre fælleskøkkener. De to ernæringsassistenter er opsøgende og opmærksomme på borgernes behov og medvirker aktivt til, at borger får den rette kost. I team 1+2 sørger ernæringsassistenten for duft af mad og bagværk i det fællesrum, hvor der ikke længere dagligt produceres mad. Her bliver der bagt to gange om ugen, hvilket medvirker til en god oplevelse hos borgere og personale.



**Sammenhæng og forudsigelighed:** Alle borgere har en kontaktperson og ved interview med borgere og pårørende hører tilsynet kun godt om samarbejdet. To borgere fortæller, at hjælpen er god uanset, hvem der hjælper dem, dog må de selv fortælle, hvordan hjælpen plejer at blive udført, når nye ansigter skal hjælpe dem.

### Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 0 temaer er "Helt opfyldt"
- 2 temaer er "I betydelig grad opfyldt"
- 3 temaer er "I nogen grad opfyldt".

Hvert tema består af flere målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er "Helt opfyldt" kan rumme målepunkter med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten.

I det følgende ses udviklingspunkter beskrevet kort samt tilsynets anbefalinger. De uddybende data fremgår under de enkelte temaer i rapporten.

#### Tværgående udfordring

Indledningsvist er beskrevet Karolinelundcentrets aktuelle tværgående bemandingsmæssige udfordringer ift social- og sundhedsfaglige kompetencer. Områdeleder beskriver de planlagte og igangsatte tiltag.

Tilsynet hører om de planlagte og igangsatte tiltag

- Tilsynet har ikke yderligere anbefalinger.

### Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

#### Borgernes hverdag

Borgernes tilfredshed er nedsat, blandt andet fordi hverdagen opleves ensformig. Såvel borgere, pårørende og medarbejdere fortæller, at her gennem længere tid ikke rigtig har fundet aktiviteter sted grundet personalemangel og til dels også Corona. Dette præger hverdagen, som bliver ensformig og ikke understøtter borgernes behov for deltagelse i aktiviteter og socialt samvær. Der findes ikke en oversigt over eventuelle kommende aktiviteter. En borger udtaler: "Her sker ikke rigtig så meget, så dagene ligner hinanden, det er lidt kedeligt, men det bliver nok bedre". Personalet giver udtryk for, det er svært at nå at lave noget sammen med borgerne. Områdeleder kan genkende dette og giver udtryk for, at dette er en bevist prioritering i en tid med manglende personale for at prioritere den personlige pleje og omsorg.

Områdelederen fortæller, at der er fokus på et styrket pårørendesamarbejde sammen med den nye leder.

Der har i slutningen af 2021 været afholdt et møde for pårørende, hvor man kunne komme med ideer og ønsker til hverdagen for stedets borgere. Den interviewede pårørende har deltaget i dette møde og oplyser, at der afventes videre plan for centrets borgere.

Tilsynet anbefaler fortsat at

- vurdere muligheder for, hvornår hverdagen igen kan leves varieret med aktiviteter, der understøtter den enkelte borgers potentiale og ønsker, så borgernes behov for socialt samvær atter bliver styrket og der kommer adspredelse i hverdagen
- formidle mulighederne i et samarbejde med pårørende og borgere.

#### Indikator 2.12 Borger tilbydes kost svarende til sin ernæringstilstand

Et væsentligt grundlag for, at borger har energi og kan deltage i egen pleje og være fysisk aktiv er, at ernæringstilstanden er så god som mulig. Ældre småtspisende borgere er ofte sårbare, og en utilstrækkelig ernæringstilstand kan medføre træthed, svimmelhed, faldtendens o.a.

Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne.

Ernæringsindsatsen er en kædeproces med opgaver fordelt mellem hjælpere, elever, uuddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl. De tværgående arbejds gange er derfor afgørende for kvaliteten i opgaveløsningen.

Der ses udviklingspunkter, som vedrører arbejdsgangene for at

- borgerne får tilbudt vejning varende til det besluttede
- handlingsanvisninger opdateres ved ændringer i borgers tilstand
- et uplanlagt vægttab fører til faglig vurdering og igangsættelse af relevante tiltag.

Tilsynet anbefaler at fortsætte implementeringen, herunder

- italesætte tidlig opsporing af ernæringstruede borgere ved tavlemøder m.m.
- fordele vejeopgaver om morgenen og følge op på vægtændringer efterfølgende
- at der iværksættes en arbejdsgang, der sikrer overensstemmelse mellem journalnotater og de aktuelle oplysninger til frontpersonalet, eksempelvis om kost på kostsedler
- udføre jævnlige mini-journalaudits på borgere/emner, herunder at medinddrage assistenter heri.

### **Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed**

#### Indikator 3.5: Det skriftlige arbejdsgrundlag

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.

En gennemgående udfordring er at finde koblingerne og sammenhængen mellem pleje og behandling, observation og opfølgning. Vurderingen af disse forhold og dokumentationen heraf er nødvendig af hensyn til den enkelte borgers sikkerhed, da det udgør et væsentligt element i helhedsvurderingen.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- sikre tilstrækkelige vurderinger af borgerne og opfølgning på special- og sundhedsfaglige observationer og målinger
- oplære assistenter til at kunne varetage dokumentation for eget ansvarsområde samt medvirke til den løbende kompetenceudvikling blandt kolleger.

### **Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning**

#### Indikator 4.1 Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejecentre, herunder arbejdsdragt og værnemidler.

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.

Dette ses ikke anvendt systematisk.

Tilsynet anbefaler

- at der iværksættes tiltag, så anbefalingerne i NIR bliver implementeret og efterlevet af alle medarbejdere.

### **Tema 5 Kvalitetsarbejdet: Opfølgning fra seneste tilsyn**

I 2020 og 2021 sås forbedringsbehov på flere områder, og disse forhold ses uændrede.

Tilsynet anbefaler

- at styrke processtyringen med operationel oversigt: Hvem gør hvad (tovholdere), hvornår samt hvordan og hvornår igangsatte tiltag evalueres.  
Det kan være i form af kommunens handleplansskabelon eller en supplerende lokal proceshandleplan
- at følge op på handleplanen lokalt sammen med de involverede fast månedigt 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	<b>Funktionsevne</b> Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering	BO
Tema 2	<b>Livskvalitet og tilfredshed</b> Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Måltider og mad, der passer til borgers behov	NO
Tema 3	<b>Sammenhæng og forudsigelighed</b> Det skriftlige arbejdsgrundlag Koordinering ved ændring i borgers tilstand Flerfagligt samarbejde	NO
Tema 4	<b>Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning</b> Instrukser, værnemidler og rengøring Tøjvask	BO
Tema 5	<b>Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn</b> 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	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?	HO	
1.2	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.	HO	
1.3	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.	HO	
1.4	Det fremgår af omsorgsjournalen, at borgers psykiske og fysiske ressourcer inddrages i planlægningen og udførelsen. Hjælpen beskrives med en rehabiliterende tilgang.	BO	Jf. 1.5
1.5	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.	NO	<p>Det større afsnit: I tre ud af tre sete borgerjournaler ses funktionsevnetilstand opdateret.</p> <p>Det mindre afsnit: I tre ud af tre borgerjournaler ses, at funktionsevnetilstand ikke er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden.</p>

## 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"> <li>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?</li> <li>2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?:</li> <li>3) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret?</li> <li>4) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her?</li> </ol>	HO	
2.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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?</li> <li>2) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov?</li> <li>3) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på?</li> </ol>	HO	
2.3	<p><i>Praktisk hjælp, herunder rengøring</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen.</li> <li>2) Personlige hjælpemidler fremtræder rene</li> <li>3) Fællesarealer fremtræder rengjorte.</li> </ol>	HO	
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Medarbejdere og ledere beskriver arbejdsgange, som understøtter, at den enkelte borgers potenti-ale og ønsker er kendt af medarbejdere og at borger støttes i at deltage i relevante aktiviteter og samvær. Der høres om en velfungerende struktur internt og i samarbejdet med frivillige og andre.</li> </ol>	NO	Ad 1: Såvel borgere, pårørende og medarbej-der fortæller, at her gennem længere tid ikke rigtig har fundet aktiviteter

	2) Der foreligger aktivitetsplan, som er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere.		<p>sted grundet personalemangel og til dels også Corona. Dette præger hverdagen, som bliver ensformig og ikke understøtter borgernes behov for deltagelse i aktiviteter og socialt samvær.</p> <p>Ad 2: Der foreligger ikke en aktivitetsplan, hvilket stemmer overens med medarbejdere og borgers udsagn om et meget nedsat aktivitetsniveau gennem de senere måneder. Medarbejdere, borgere og pårørende kender ikke til planer/tiltag i forhold til aktiviteter.</p>
2.6	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Er der mulighed for at lave de ting, der betyder noget?</li> <li>-Får du dækket dit behov for at være sammen med andre?</li> <li>-Hvad synes du – er der gode oplevelser hver dag? Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes?</li> </ul>	NO	<p>Tilsynet har talt med fire borgere. To ud af fire borgere savner aktiviteter i dagligdagen. En ud af fire borgere giver udtryk for en meget begrænset mulighed for aktiviteter udenfor huset samt, at aktiviteter og fælles samvær har været præget af Coronatilstanden. Tilsynet vurderer, at det nedsatte aktivitetsniveau er noget lavere end dette blot kan begrundes i Corona situationen.</p>

#### 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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad?</li> <li>2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp?</li> <li>3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.?</li> <li>4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen?</li> </ol>	HO	

2.8	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.	BO	Jf.2.10
2.9	Der foreligger menuplan, som er udarbejdet med involvering af borgere og tilgængelig for borgere og pårørende.	HO	
2.10	Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.	NO	Tilsynet oplever i begge enheder, at der ud over i de situationer, hvor en borger skal støttes til spisning, ikke sidder medarbejdere og medvirker til at skabe rammer for måltidet som fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Medarbejder oplyser, at normal praksis er, at der sidder medarbejdere med under måltidet, men i dag er rammerne omkring måltidet præget af sygefravær.
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	I køkkenet findes lister over borgernes ønsker samt evt. fødemiddelallergi eller intolerance for morgen- og aftensmad. Der findes ingen tilsvarende lister for middagsmaden, dette er blot tavs viden der ikke er nedskrevet, hvilket kan udgøre en risiko for borgernes sikkerhed. En aktuel borger har fødemiddelintolerans, som også har betydning for tilberedning af varm mad.

2.12	<p><i>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</i></p> <p>Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleansende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen.</li> <li>2) Aftalt vejhyppighed ses udført</li> <li>3) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab.</li> <li>4) Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere – dels i døgnrytmeplaner og dels i eventuelle kostsedler.</li> </ol>	NO	<p><i>Ad 2:</i></p> <p><i>I den mindre enhed vejes to ud af fire borgere i overensstemmelse med det besluttede. En af borgerne, som skal tilbydes vejning hver måned, er ikke blevet vejnet seneste halve år. Der ses ikke oplysning om at borger evt. har takket nej.</i></p> <p><i>En borger tilbydes ikke længere vejning. Dette er fyldestgørende journaliseret i fagligt notat samt lægenotat.</i></p> <p><i>I den større enhed ses der generel overensstemmelse mellem den besluttede og den udførte vejhyppighed.</i></p> <p><i>Ad 3:</i></p> <p><i>I den større enhed:</i></p> <p><i>Ved et ud af to tilfælde af uplanlagt vægttab, ses dette meldt videre og der ses en sundhedsfaglig reaktion herpå. Vejningen er foretaget af assistent.</i></p> <p><i>For den anden borger (som er registeret på tavlen med faldtendens), ses væggtabet (over 2 kg) ikke meldt videre til sundhedsfaglig vurdering. Vejningen er foretaget af uuddannet.</i></p> <p><i>I den mindre enhed:</i></p> <p><i>Her ses, at et ud af to vægttab er meldt videre via "observation". Der er udført EVS. Hos den anden borger har vedkommende tillige haft større vægttab to måneder tidligere.</i></p>
------	--	----	--



			<p>Borger er markeret på tavlen med faldt-endens. Der ses ikke tegn på, at vægttabet har været meldt videre mundtligt eller via "observation". Der kan ikke findes oplysning om sundhedsfaglig vurdering af borgers behov for vejehyppighed og kostbehov.</p> <p>Ad 4: I begge enheder anvender plejemedarbejderne proteintilskud, idet dette er anført i handlingsanvisning/døgnrytmeplan. Der ses ikke angivet dosis/antal måleskeer. Det kan indebære en risiko, da uddannede o.a. erfaringsmæssigt giver rigeligt, hvilket kan medføre overdosering.</p> <p>På køkkensedlerne i det mindre afsnit er anført om borgere har behov for proteintilskud. Ved sammenhold med journalnotat ses, at en borger ikke er medtaget på listen.</p> <p>For to ud af to borgere med behov for proteintilskud og energitætte måltider fremgår disse oplysninger af døgnrytmeplanerne for dagvagten, men ikke af døgnrytmeplaner for aftenvagten..</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"> <li>1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig?</li> <li>2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?!</li> <li>3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres?</li> <li>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.</li> </ol>	BO	<i>To ud af fire adspurgte borgere bliver hjulpet, uden selv at skulle forklare, hvordan hjælpen bedst kan udføres.</i>
3.2	<p>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing</p> <p>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	<i>Medarbejderne oplyser, at de tværfaglige tavlemøder ikke afholdes dagligt, hvilket kan udgøre en risiko for, at personalet ikke er opmærksomt på en borgers ændrede behov.</i>
3.3	<p>Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb</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	
3.4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Medarbejderne oplever de konkrete døgnrytmeplaner anvendelige og brugbare i forhold til opgaveløsningen hos borgerne.</li> <li>2) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren.</li> </ol>	HO	

3.5	Generelt: Dokumentationen i omsorgsjournalen fremstår med overensstemmende og opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande.	NO	<p>En gennemgående udfordring er at finde koblingerne og sammenhængen mellem pleje og behandling, observation og opfølgning. Vurderingen af disse forhold og dokumentationen heraf er nødvendig af hensyn til den enkelte borgers sikkerhed, da det udgør et væsentligt element i helhedsvurderingen.</p> <p>I det mindre afsnit: Tilsynet oplever tilsynet ved journalgennemgang, at ved tre ud af fem borgeres ses overensstemmende oplysninger.</p> <p>Det større afsnit: Ved gennemgang af borgerjournal sammen med assistent ses, at det ikke er muligt at finde oplysning om, hvornår kateterskift sidst er foretaget. Af Nexus ses, at opgaven sidst "er taget" i Nexus af vikar. Der ses ikke journalisering fra sundhedsfaglig med oplysning om at nyt kateter er lagt.</p>
3.6	Omsorgsjournalen viser overensstemmelse mellem formålet med hjælpen og tilbuddet af hjælp. Døgnrytmeplaner fremtræder handleansende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger samt borgers vaner og ønsker i relevant omfang.	BO	I tre ud af fire borgerforløb ses, at borgers tilstand er beskrevet i overensstemmelse med borgers faktiske funktionsniveau. I det fjerde ses, at handlingsanvisninger ikke er i overensstemmelse med døgnrytmeplanen.
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	Jf. punkt 3.5.

## 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	<i>I fire ud af fire sete plejeforløb anvendes ikke forklæde som værnemiddel under personlig pleje. Det foreskrives i NIR.</i>
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	<i>Tilsynet oplyses om, at der ikke foregår tøjvask udenfor borgers lejlighed.</i>

## 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>Silkeborg Kommune opretter altid handleplan efter tilsyn.</p> <p>Denne er imidlertid ikke anvendt som et dynamisk arbejdsredskab og videregivet til den nye leder. Derved hindres kontinuitet i kvalitetsudviklingen.</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	



## 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 eventuelle 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](mailto:nethe@jorck.net)

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

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

- Tilsyn med plejeboliger på ældreområdet
- Tilsyn med fritvalgsområdet
- Andre kvalitetsbesøg/tilsyn i hjemmesygeplejen, akutfunktioner, plejecentre og hjemmeplejen efter serviceloven og sundhedsloven
- Kvalitetsbesøg/temperaturmålinger ift. 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.

