



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Silkeborg Kommune

Sundhed og Omsorg

Malmhøj Plejecenter

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
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	15
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	17
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	19
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	20
Om virksomheden og kontaktoplysninger	23

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.

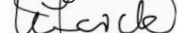
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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



Nethé Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejecenter:

Malmhøj Plejecenter, Malmhøj 1, Vinderslev, 8620 Kjellerup

Plejecenterleder:

Morten Dueholm Andersen

Antal borgere:

24 borgere

Tilsynsbesøget fandt sted:

9. februar 2022

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 7 borgerjournaler), arbejdsoversigter, menuplan, aktivitetsplan, egenkontrolskemaer, borgerinformationer m.v.

Interview: 3 borgere, som helt eller delvis kan medvirke til interview samt 2 pårørende. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Herudover gennemføres telefoninterview med 1 pårørende. Resultaterne vedlægges tilsynsrapporten efterfølgende.

Desuden har tilsynet interviewet 1 plejecenterleder, 2 assistenter, 2 hjælper, 1 sosuassistent-elev, og en ernæringsassistent.

Observation: 4 borgeres bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

Tilsynsførende har overværet hjælp til spisning hos 4 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

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:

Godkendt med bemærkninger

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.

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”.

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

Malmhøj har fået ny plejecenterleder pr. 1. juli 2021. Tilsynet informeres om, at der er arbejdet på at få skabt en fælles kultur, så begge afsnit fremstår med fælles holdning og værdier.

Grundet fravær der til dels skyldes vakante stillinger, er udførelse af pleje og omsorg for en tid prioriteret frem for rengøring af fællesarealer/køkkener. Dette har imidlertid medført, at rengøringsstandarderne også i køkkenarealerne fremstår under almindelig anerkendt standard.

Dette kan indebære en risiko for borgersikkerheden. Imidlertid konstaterer tilsynet positivt, at en nylig ansat husassistent forventes at sikre rengøringsstandarderne. Det samlede tilsynsresultat er: Godkendt med bemærkninger.

Styrker

Funktionsevne:

Borgerne fortæller om godt samarbejde og en god omgangstone i hverdagen, og udtrykker at alle faste medarbejdere kender dem lige godt. Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen: Borgerne giver udtryk for, at de får den hjælp til personlig pleje og den praktisk hjælp som de har behov for. Tilsynet iagttager hverdagslivet på plejecentret. De interviewede borgere giver udtryk for, at medarbejderne udviser imødekommenhed over for borgers ønsker. Adspurgte giver de interviewede borgere udtryk for, at de er glade for at bo på Malmhøj. Tilsynet ser eksempler på døgnrytmeplaner, som indeholder oplysninger om, hvad der skaber glæde i hverdagen såvel i dag som aften timerne.

Praktisk hjælp: Tilsynet vurderer, at hjælpen tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes vaner, ønsker og behov. Medarbejderne samarbejder med borgerne og varetager de opgaver, som borgerne ikke længere selv kan varetage.

Personlig pleje: Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Medarbejderne er meget engagerede i at yde borgerne en omsorgsfuld og omhyggelig pleje med opmærksomhed på, at plejen sker i borgers tempo og med et rehabiliterende sigte.

Mad og måltider: Maden roses, der gives udtryk for, at borger er medbestemmende omkring tilblivelse af madplanen. En borger udtrykker: ” Vi spiser godt her, jeg er meget tilfreds med maden - nu hvor jeg ikke selv er i stand til at lave min egen mad, kan den ikke fås bedre”. Siden sidst er der med udspring i coronasituationen skabt mere hygge og intimitet omkring måltiderne, idet disse nu foregår i de to boenheder.

Aktiviteter i hverdagen: Medarbejderne gør en daglig indsats for at skabe en god hverdag for borgerne. En medarbejder ses på gåtur med to borgere. Der er skabt et hyggeligt aktivitetsrum, hvor der afholdes bankospil og højt-læsning og her kommer et stort TV, så her er mulighed for fælles oplevelse af ex. en fodboldkamp, film mv. Brugerrådet medvirker til at skabe aktiviteter. Tilsynet fornemmer en positiv stemning og engagement i hele plejecentret.

Sammenhæng og forudsigelighed: Leder og medarbejdere beskriver et dagligt tavlemøde, som medvirker til tidlig opsporing af borgere med risiko for sundhedsproblemer samt til løbende kompetenceudvikling. Der ses arbejdsoversigter og tavlestyring, der medvirker til at borger ydes den fornødne pleje.

De ovenfor nævnte tiltag, styrker og erfaringer med kvalitetsforbedringer er et godt afsæt til at fastholde den opnåede kvalitet og yderligere forbedre praksis.

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 1 tema er "Helt opfyldt"
- 3 temaer er "I betydelig grad opfyldt"
- 1 tema 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 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.

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Indikator 2.3 Praktisk hjælp

Kvalitetsstandarden for praktisk hjælp og andre standarder for hygiejne på plejecentre, herunder køkkenarealer foreskriver hvad god praksis er. Særligt køkkenarealer skal have ledelsens bevågenhed. Tilsynet iagttager generelt en lavere rengøringsstandard end den besluttede, hvilket er en lokal prioritering af personlig pleje fremfor praktisk hjælp. Køkkenarealerne er imidlertid ikke af en standard som kan leve op til almindelig anerkendt praksis. En formildende omstændighed er, at ledelsen har igangsat tiltag, som vil sikre, at køkkenarealerne umiddelbart efter tilsynet er rengjort forsvarligt. Der er ansat en husassistent som desuden har lagt plan for rengøring af boligerne.

Tilsynet anbefaler at fortsætte de planlagte tiltag, herunder

- sikre hygiejniske forhold i køkkenerne
- arbejde for overholdelse af kvalitetsstanden for praktisk hjælp i Silkeborg Kommune.

Indikator 2.11. Oplysninger om fødemiddelallergi eller intolerance skal være lettilgængelige

Det udgør en reel risiko for en borger, hvis denne spiser fødevarer vedkommende har allergi eller intolerance overfor. Derfor er det vigtigt, at de personer der håndterer madvarer til en borger, har let og sikker adgang til oplysningerne.

Tilsynet anbefaler at sikre

- at medarbejdere der tilbereder eller serverer mad har lettilgængelige nedskrevne oplysninger, hvor det tydeligt fremgår, hvilke borgere der har allergi og intolerance overfor hvilke fødevarer.

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 småt spisende borgere er ofte sårbare, og en utilstrækkelig ernæringstilstand kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens o.a. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne. Ernæringsindsatsen er en kædeproces med opgaver fordelt mellem hjælpere, elever, uddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl. De tværgående arbejds-gange er derfor afgørende for kvaliteten i opgaveløsningen.

Arbejdsgangene er fastlagte. Ved journalgennemgang af borgerforløb sammen med assistent ses, at der er en proces i gang for implementering.

Reaktion på uplanlagt vægttab

For 2 ud af 2 borgere med uplanlagt vægttab kan ikke findes en efterfølgende sundhedsfaglig vurdering. Den ene af borgerne er på tavlen registreret med faldtendens. Hos en borger, hvor vejning er foretaget af en elev, har der været et vægttab, men samtidig er der et kryds ved nej i EVS.

Der ses flere eksempler på manglende overensstemmelse mellem handlingsanvisninger/faglige notater/målinger/ kostbeslutning/oplysninger i døgnrytmeplan. Hos en borger er den beskrevne kost i ernæringsplanen ikke i overensstemmelse med det angivne i ernæringsscreeningen.

Tilsynet anbefaler at fortsætte implementeringen, herunder

- italesætte tidlig opsporing af ernæringstruede borgere ved tavlemøder m.m.
- italesætte at den mundtlige overlevering omkring observationer skal dokumenteres i Nexus, så viden bliver tilgængelig for alle.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

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.

Adspurgte medarbejdere kender arbejdsgangene for at formidle viden videre når en borgers tilstand ændrer sig. Dog ses, at dokumentation af observationer i Nexus ikke anvendes konsekvent, hvilket medfører en risiko for en manglende faglig vurdering i rette tid. Der er risiko for en usikker videreformidling, når denne er bundet op på en mundtlig information.

Ved journalgennemgang af tre borgerforløb, ses der ingen rød tråd mellem handlingsanvisninger, indsatsmål, tilstand og døgnrytmeplan. Udfordringen 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 borgernes tilstande og opfølgning på sundhedsfaglige observationer og målinger
- at fortsætte implementeringen af koblinger i Nexus, samt at arbejde med en proces så det sikres at alle ved, hvor hvilke oplysninger skrives i Nexus, så det bliver ensartet hvor hvad er noteret, uanset, hvilken borger det drejer sig om.
- 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 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.

Tilsynet anbefaler

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

Indikator 4.3 Tøjvask uden for borgeres bolig

På plejecentret varetages tøjvasken i fælles vaskemaskiner. For at undgå bakterie- og virusoverførsel ved vask mellem forskellige borgeres beklædning, skal udføres ugentlig kogevaske på tom maskine og foretages aftørring af membraner. Der ses ikke egenkontrolskema herfor, så afløserne kan kende rutinerne og det tydeligt fremgår, hvornår dette er udført. Der anvendes vaskemiddel, der tages fra en bøtte uden angivelse af, hvad vaskepulveret i bøtten indeholder, herunder om det er desinficerende.

Tilsynet anbefaler

- at der indføres et egenkontrolskema, hvor det tydeligt fremgår, hvornår der er udført den ugentlige kogevaske med tom maskine og foretages aftørring af membraner.
- at der altid er en etikette på et vaskemiddel der anvendes, så der ikke kan opstå tvivl om, hvad indholdet er
- at rette henvendelse til kommunens hygiejnefunktion ved tvivlsspørgsmål.

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	HO
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	BO
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	BO

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.	HO	
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.	HO	

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 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?	HO	
2.2	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 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?	HO	
2.3	Praktisk hjælp, herunder rengøring 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.	NO	Ad 1). Gulve fremtræder ret nussede med tydelige pletter, det samme gør bordplader, hvor der ses tydelige spor fra tidligere måltider. En borger giver udtryk for, at det var bedre før, hvor rengøring fandt sted hver anden uge mod nu hver tredje uge. Ad3). Generelt fremstår gulve i fællesarealer ikke rengjorte. Ved køkkenområder findes indtørrede madrester. Et sted er der hul i gulvbelægningen, hvilket gør, at det ikke er muligt at opretholde en god hygiejne her.

2.4	<p>Personlig pleje 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: -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>	HO	<p>De interviewede borgere svarer gene-relt positivt på spørgsmålene. To bor-gere giver udtryk for, at der er gode op-levelser i hverdagen.</p> <p>Opmærksomhedspunktet er, at der gi-ves der udtryk for, at behov for samvær med andre, der er på samme mentale ni-veau som dem selv, savnes. Endvidere savnes flere muligheder for at komme ud i det fri. En pårørende giver udtryk for samme som ovenstående.</p> <p>Samlet set vurderes målepunktet ”Helt opfyldt”</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"> 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? 	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.	HO	
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.	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 foreligger ikke en aftalt arbejdsproces. Adspurgt om, hvor en ny medarbejder hurtigt kan se, hvilke borgere der har fødevarer allergi eller intolerance fremgår det, at arbejdsgangen overvejende er mundtlig, hvilket kan udgøre en risiko for sikkerheden for en borger.
2.12	<i>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</i> 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	Tilsynet udfører journalgennemgang på 12 borgere i relation til tidlig opsporing af borgere med risiko for underernæring. Ad. 2).Vejehyppighed Borgerne tilbydes i vid udstrækning vægtkontrol som aftalt. Ad.3). Reaktion på uplanlagt vægttab For to ud af to borgere med uplanlagt vægttab kan ikke findes sundhedsfaglig vurdering. For den ene borger er EVS udført et par uger efter vægttabet, men der er sat kryds ved nej for vægttab. Den ene af borgerne er på tavlen registreret med faldtendens.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
<u>3.1</u>	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 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.	BO	Ad.2) To ud af fire kan give udtryk for, at de er meget glade for alle medarbejdere og det er uanset hvem der kommer. Ad. 3) Hos to ud af fire adspurgte borgere oplyses, at borgerne ikke bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres.
3.2	Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing 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.	BO	Medarbejdere kender arbejdsgangene for at formidle viden videre, når en borgers tilstand ændrer sig. Dog ses, at dokumentation af observationer i Nexus ikke anvendes konsekvent, hvilket medfører en risiko for en manglende faglig vurdering i rette tid. Der er risiko for en usikker videreformidling, når denne er bundet op på en mundtlig information. Hos en borger, hvor vejning er foretaget af en elev, har der været et vægttab, men samtidig er der et kryds ved nej i EVS.
3.3	Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb 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.	HO	

	<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>		
3.4	<p>1) Medarbejderne oplever de konkrete døgnrytmeplaner anvendelige og brugbare i forhold til opgaveløsningen hos borgerne.</p> <p>2) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren.</p>	HO	
3.5	<p>Generelt: Dokumentationen i omsorgsjournalen fremstår med overensstemmende og opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande.</p>	NO	<p>Hos en borger er den beskrevne kost i ernæringsplanen ikke i overensstemmelse med det angivne i ernæringscreeningen.</p> <p>Ved journalgennemgang af tre borgerforløb, ses der ingen rød tråd mellem handlingsanvisninger, indsatsmål, tilstand og døgnrytmeplan, hvilket udgør en risiko for borgerens sikkerhed.</p>
3.6	<p>Omsorgsjournalen viser overensstemmelse mellem formålet med hjælpen og tilbuddet af hjælp.</p> <p>Døgnrytmeplaner fremtræder handleanvisende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger samt borgers vaner og ønsker i relevant omfang.</p>	HO	
3.7	<p>Omsorgsjournalen afspejler et bevidst samarbejde monofagligt og flerfagligt.</p> <p>For de undersøgte borgerforløb kan der være tale om samarbejde med diætister, demenskonsulent, læge, terapeuter o.a.</p>	BO	Jf. 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.	BO	Ad. 1). Ved et forløb hvor der foretages personlig hygiejne i forbindelse med nedre toilette hos en sengeliggende borger ses, at der ikke anvendes forklæde som værnemiddel. Det foreskrives i NIR, at plastforklæde bla. anvendes ved risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser, som fx blod, sekret, urin, afføring etc. og ved tætte plejekontakter som sengebåd, nedre toilette eller forflytninger.
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.	NO	På plejecentret varetages tøjvasken i fælles vaskemaskiner. Det fremgik ikke af den bønne vaskepulveret var i, om dette var almindeligt eller desinficerende vaskepulver. Det medfører en risiko for, at tøjvask på under 40 grader udføres ved brug af ikke-desinficerende vaskepulver.

			<p>Tilsynet erfarer, at der ikke udføres ugentlig kogevaske på tom maskine og aftørring af membraner. Membraner fremstår tydeligt snavsede. Der ses ikke egenkontrolskema, så afløserne kan kende rutinerne.</p> <p>Gulv i vaskerum fremstår med tydelige spor af ikke at være nyligt rengjort.</p>
--	--	--	---

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>	HO	
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>	BO	Der høres om tiltag, men tiltagene fremstår ikke evalueret mv.
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>	BO	<p><u>Målepunkter, som er forbedret siden seneste tilsyn:</u> 2.9: Borgernes ønsker indgår i menuplanen</p> <p><u>Målepunkter, hvor tiltag er igangsat, men hvor forbedringerne endnu ikke kan ses af målopfyldelsen:</u> 2.12: Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring 3.5: Det skriftlige arbejdsgrundlag.</p>



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.

Højest 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

Højest 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.

