



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Silkeborg Kommune

Sundhed og Omsorg

Marienlund Plejecenter

3. og 4. sal

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	18
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper.....	19
Om virksomheden og kontaktoplysninger.....	22

Forord

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

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

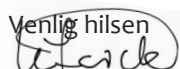
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling. Rapporten opfylder webtilgængelighedsloven.

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

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

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

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

Venlig hilsen


Nethé Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejecenter: Marienlund 3+4, Sanatorievej 40, 8600 Silkeborg

Leder: Tina Fangel

Antal beboere: 48 beboere

Tilsynsbesøget fandt sted: 6. april 2022

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via:

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 10 borgerjournaler), instrukser, handleplaner, borgerinformationer, menuplaner 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 vil telefoninterview efterfølgende gennemføres med 1 pårørende. Resultaterne vil indgå som appendix til tilsynsrapporten efterfølgende.

Desuden har tilsynet interviewet 1 plejecenterleder, 2 sygeplejersker, 1 social og sundhedsassistent, 3 social og sundhedshjælpere, 1 hjælper der også er husassistent, 2 elever, 1 forflytningsvejleder og 2 ernæringsassistenter.

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

Tilsynsførende har overværet dele af personlig pleje til 3 borgere, forflytning hos 2 borgere og hjælp til spisning hos 3 borgere.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 7 borgere.

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Anne Mette Villadsen, sygeplejerske, konsulent.

Nethe Jorck, sygeplejerske, MPP.

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.

Generelt

Marienlund Plejecenter 3+4 har siden sidste tilsyn gennemlevet en noget turbulent tid. Her har været en høj grad af udskiftning af medarbejdere og nogen utilfredshed blandt pårørende. I forbindelse med lederskift har områdeleder har været vikarierende leder. En del tiltag er igangsat med henblik på forbedringer.

Pr. 1. april ny leder tiltrådt.

Tilsynet oplever, at de tilstedeværende ledere og medarbejdere ser positivt på fremtiden og er engagerede, Medarbejderne fremstår særdeles omsorgsfulde ved udførelse af deres forskellige opgaver. Der ses styrkede arbejds-gange som stadig er sårbare, men fremtræder i systematisk forbedringsproces.

Samlet vurdering: "Godkendt med bemærkninger".

Styrker

Funktionsevne

Borgernes funktionsevne støttes gennem et velfungerende samarbejde med såvel plejecentrets egne fysioterapeuter og kommunens ergoterapeut. Samarbejdet mellem borger, plejepersonale, terapeuter og forflytningsvejleder fremstår velfungerende og medvirker til at sikre kvaliteten af forflytninger, anvendelse af hjælpemidler og sparring om øvelser eller andre tiltag, der kan støtte borgers funktionsevne.

Tilsynet ser, at medarbejdere støtter borger i at kunne varetage egne ADL-opgaver så længe som muligt på en måde, som fremmer borgers evne til at tage vare på sig selv.

Livskvalitet og tilfredshed

De interviewede borger udtrykker tilfredshed med at bo på plejecentret, både i forhold til den pleje og omsorg de får, og med lejligheden de bor i. En borger udtrykker: " Når jeg nu ikke kan være hjemme, så er det godt at bo her." Dog gives der udtryk for, at der har været perioder med mange vikarer.

Plejen udføres i samarbejde med borger og i borgers tempo. Her opleves en hyggelig småsnakken med borgeren i forbindelse med den udførte pleje. I de overværede plejesituationer ses, at hjælpen ydes med en rehabiliterende tilgang, hvor borger bruger egne ressourcer så godt som muligt. Her ses forflytninger, hvor borger venligt forklares, hvad der skal ske, og borger guides til at deltage i den udstrækning det er muligt. Tilsynet observerer, at borger, som ikke længere kan svare for sig og/eller med ringe eller ingen funktionsevne modtager en omhyggelig, værdig og omsorgsfuld pleje.

Borgerne fremtræder velplejede og velsoignerede svarende til eget ønske og mulighed.

Køkkenassistenterne medvirker til at skabe gode spisesituationer ved at hygge, og sidde med ved bordene under måltiderne. Det gode måltid understøttes tillige af måltidsværter. Samarbejdet mellem køkkenassistenter, borgere og medarbejdere fremstår velfungerende.

Tilsynet oplever en spisesituation, hvor der sidder personale og hjælper de, der har hjælp behov, og her høres lidt småsnakken ved bordene. Der ses en spisesituation i en lejlighed. Her hjælpes en småt spisende borger på meget værdig vis med spisning i det tempo borgeren har behov for. Her indlægges mange pauser, og det observeres, at der tændes for fjernsyn under måltidet. Dette er et ønske fra borgeren, som kan læses i døgnrytmeplanen, at spisning til fjernsyn, fremmer borgers appetit.

Sammenhæng og forudsigelighed

Her er tavlemøder på begge etager, der medvirker til at fremme det tværfaglige samarbejde og tidlig opsporing via fælles drøftelser og erfaringsudveksling om borgerne. Arbejdsgangene her medvirker til at understøtte en sikker praksis og til løbende kompetenceudvikling. Tilsynet overværer et tavlemøde, hvor der foregår udveksling af relevante oplysninger om borgerne, her koordineres og opdateres om ændringer i borgernes tilstande.

Siden seneste tilsyn

De ovenfor nævnte styrker og erfaringer med kvalitetsforbedringer sammenholdt med, at der nu er tiltrådt en ny leder, 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 temaområde er ”Helt opfyldt”
- 4 temaområder er ”I betydelig grad opfyldt”.

Hvert tema består af flere målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er ”Helt opfyldt” kan rumme målepunkter med forbedringspotentialer, 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 efterfølgende del af rapporten.

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Målepunkt 2.11

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. I begge køkkener findes måltidslister. På disse fremgår, hvad borger ikke skal have ex. ikke fisk. Det fremgår ikke, om det skyldes at borgeren ikke kan lide dette eller, om borger er allergisk eller har intolerance overfor ex. fisk. Tilsynsførende, hører, at allergi og intolerance formidles mundtligt til køkkenassistenterne, hvilket ikke er en sikker arbejdsgang.

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.

Målepunkt 2.12

Ernæringsindsatsen har betydning for borgernes selvhjulpethed. Underernæring indebærer risiko for patientsikkerheden og forebyggelse kræver en tidlig opsporing. Ernæringsindsatsen rummer for hver borger opgaver, som er fordelt mellem hjælpere, afløsere, assistenter, sygeplejersker og køkkenassistenter samt ved behov læge, tandlæge og ergoterapeut m.fl. De tværgående arbejdsgange er derfor afgørende for kvaliteten i opgaveløsningen. Tilsynet hører positivt, at siden sidste tilsyn, har sygeplejerskerne sat fokus på ernæring, vejning og tærskelværdier. Her er lavet fraser til brug for videreformidling af observationer om vægttab mv. Der er lagt vejeopgaver ind og opfølgning på disse på assistenternes lister. Der er tillige planlagt en journalaudit på alle borgerjournaler. Der høres således opmærksomhed på tiltag til kvalitetsforbedringer på området.

Der konstateres uensartede arbejdsgange omkring arbejdsprocesser for styring af vejning og opfølgning på et utilsigtet vægttab. Ved journalgennemgang konstateres, at den der har vejet en borger, ikke får erkendt et utilsigtet vægttab og meldt dette videre, så der kan tages stilling til en handling herpå. Her er gennemgået journaler, hvor borgere med betydeligt vægttab ikke har fået foretaget ernæringsvurdering. En konsekvens heraf kan være, at borgerne ikke i tide sikres den kost, som ernæringsmæssigt passer til deres situation. Tilsynet hører om, at videreformidling ofte sker via mundtlig formidling, hvilket tilsynet anser for en skrøbelig og usikker arbejdsgang.

Tilsynet anbefaler,

- at vægttab konsekvent tages op på tavlemøderne
- at der snarest iværksættes tiltag, så arbejdsgange omkring vejning og konstateret vægttab styrkes og dokumenteres ensartet og korrekt i Nexus samt bliver formidlet i borgerens kostplaner i køkkenet
- at klargøre arbejdsgangene for hvornår og hvordan vægttab meldes videre fra den, der har vejet, til assistent og sygeplejerske, herunder også når uuddannede, elever o.a. varetager vejningen
- at evaluere indsatsen i juni måned gennem en mini-journalaudit. Er vejehyppigheden svarende til handlingsanvisning? Ved vægttab: Er vægttabet meldt sikkert videre og er der handlet på det?

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Målepunkt 3.1

Døgnrytmeplanerne fremstår grundlæggende handleanvisende, opdaterede og velbeskrevne for dag-, aften- og nattevagt.

Struktur, kontinuitet og genkendelighed er vigtige elementer i en ældres hverdag, specielt når den ældre er hukkommelsessvækket. Derfor giver det øget tryghed, når medarbejderne ved hvad der skal udføres af opgaver hos borgeren. Det kan være belastende for borgeren selv at skulle orientere en hjælper om, hvilken hjælp der skal udføres. To af tre adspurgte borgere fortæller, at der har været mange vikarer dag og aften og når det var vikarer, skulle de ofte selv fortælle, hvordan og hvad de skulle have hjælp til.

Tilsynet anbefaler,

- at der igangsættes en sikring af, at vikarer og andet ikke fast personale har det fornødne kendskab til borgeren forud for en opgave skal udføres hos borgeren. Dette kan ske ved at orientere sig i Nexus forud for en opgave skal udføres.
- at der indenfor en periode på tre til fire måneder gennemføres et kvalitetstjek på, om vikarer orienterer sig i Nexus forud for opgaver, der skal udføres hos borgeren.

Målepunkt 3.6

Det er vigtigt for borgerens velbefindende og trivsel, at såvel vaner som ønsker til hverdagslivet kendes og så vidt muligt bliver efterlevet i hverdagen. Ikke alle borgere er i stand til selv at kunne forklare, hvilken hjælp de har brug for. Det er derfor af stor betydning, at disse er dokumenteret, så både faste medarbejdere som afløsere har mulighed for at tilgå denne viden, det er ikke nok, at viden eksisterer som tavse viden hos faste medarbejdere.

I fire ud af otte sete døgnrytmeplaner findes oplysninger om borgers vaner og ønsker i relevant omfang for såvel dag, aften og nat. I fire sete døgnrytmeplaner findes ikke oplysninger borgers vaner og ønsker i relevant omfang for såvel dag, aften og nat.

Tilsynet anbefaler,

- at fortsætte de velfungerende arbejdsgange omkring opdatering af døgnrytmeplanerne
- at medtage den tavse viden om de forhold, der skaber glæde for borgeren, så også medarbejdere, der ikke kender borger så godt, kan fremme gode oplevelser i hverdagen.

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Målepunkt 4.1

For at undgå smittespredning, anbefales det i NIR, at ved udførelse af personlig hygiejne med risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser, så anvendes plastforklæde.

Ved to plejesituationer, hvor der foretages personlig hygiejne og bleskift i forbindelse med nedre toilett hos senliggende borgere ses, at der ikke anvendes forklæde som værnemiddel.

Tilsynet anbefaler

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

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	BO
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	<i>Praktisk hjælp</i> 1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen. 2) Personlige hjælpemidler fremtræder rene.	HO	
2.4	<i>Personlig pleje</i> 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.	HO	
2.5	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. 2) Der foreligger aktivitetsplan, som er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere.	HO	

2.6	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?	HO	
-----	---	----	--

Måltider og mad, der svarer til borgers behov

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.7	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 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 værtskab 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.	BO	I begge køkkener findes måltidslister. På disse fremgår, hvad borger ikke skal have ex. ikke fisk. Det fremgår ikke, om det skyldes at borgeren ikke kan lide dette eller, om borger er allergisk eller har intolerance overfor ex. fisk. Tilsynsførende, hører, at allergi og intolerance formidles mundtligt til køkkenassistenterne.

2.12	<p>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab.</p> <p>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.</p>	NO	<p>Ad 2: I seks ud af otte gennemgåede journaler er vejehyppigheden udført med det angivne interval. I to af de otte gennemgåede journaler er vejehyppigheden ikke overholdt. I det ene tilfælde er vejning taget af en vikar, som har kvitteret for denne, men ikke udført opgaven. I det andet tilfælde ses hos en borger der et sat til vejning en gang månedligt, at vedkommende ikke er vejnet i perioden november 2021 – marts 2022.</p> <p>Ad 3: Hos tre af de otte gennemgåede journaler har borger haft et vægttab der ikke er meldt videre via en observation, opgave eller ved mundtlig formidling. Hos tre af de otte gennemgåede journaler hvor borger har haft et betydeligt vægttab er der ikke udført en ernæringsvurdering.</p>
------	--	----	--

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? 2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?! 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 5) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald. 	BO	<p>Ad 1: 1 ud af 3 borgere giver udtryk for, at det oftest de samme medarbejdere, der kommer.</p> <p>2 borgere giver udtryk for, der har været mange vikarer dag og aften.</p> <p>Ad 3: 2 ud af 3 borgere oplyser, at de selv skulle fortælle afløsere, hvordan hjælpen bedst kan udføres.</p>
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	<p>Her er tavlemøder på begge etager, der medvirker til at fremme det tværfaglige samarbejde, og fremme tidlig opsporing via fælles drøftelser og erfaringsudveksling om borgerne.</p> <p>Opmærksomhedspunkt: Videreformidling: Se 2.12.</p>
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>	HO	

	Borgers behov for eksempelvis personlig pleje er kombineret med balance- stå- eller gå muligheder 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.		
3.4	1) Medarbejderne oplever de konkrete døgnrytmeplaner anvendelige og brugbare i forhold til opgaveløsningen hos borgerne. 2) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren.	HO	
3.5	Generelt: Dokumentation i omsorgsjournalen fremstår med overensstemmende og opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande.	HO	Målepunktet er undersøgt i forhold til borgerforløb med tryksår og ernæringsproblematikker.
3.6	Omsorgsjournalen viser overensstemmelse mellem formålet med hjælpen og tilbuddet af hjælp. Døgnrytmeplaner fremtræder handleanvisende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger samt borgers vaner og ønsker i relevant omfang.	NO	Døgnrytmeplanerne fremstår overvejende handleanvisende og opdaterede svarende til borgers aktuelle tilstande. I 4 ud af 8 sete døgnrytmeplaner ses borgers vaner og ønsker beskrevet. I 4 døgnrytmeplaner ses, at borgers vaner og ønsker ikke er beskrevet.
3.7	Omsorgsjournalen afspejler et bevidst samarbejde monofagligt og flerfagligt.	HO	

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 2: Ved en plejesituation, hvor der skiftes ble og udføres nedre hygiejne i seng anvendes forklæde. Ved to andre plejesituationer, hvor der skiftes ble og udføres nedre hygiejne i seng anvendes ikke forklæde.
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.	HO	Tilsynet oplyses om, at al tøjvask foregår i beboerens lejlighed.

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>	BO	Målepunktet vurderes samlet set i betydelig grad opfyldt.
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	Som ovenfor
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>	BO	Der er igangsat tiltag på ernæringsområdet, som endnu ikke ses fuldt implementeret.



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

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 teamkolleger 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.

