



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Silkeborg Kommune

Sundhed og Omsorg

Virklund Plejecenter

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Resultater og vurdering af de enkelte temaer	11
Tema 1 Funktionsevne	12
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	14
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	17
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	20
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	21
Bilag 1 Pårørendeinterview	22
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	23
Om virksomheden og kontaktoplysninger	26

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.

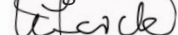
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

Anden del af rapporten indledes med oversigt over målopfyldelsen for de enkelte temaer. Herefter er de konkrete kvalitetsindikatorer medtaget, så 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

Plejehjem:

Virklund Plejecenter, Virklundvej 17C, 8600 Silkeborg

Forstander:

Lene Fjordside

Antal beboere:

27 borgere

Tilsynsbesøget fandt sted:

1. november 2022

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

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

Interview: 3 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview samt 3 pårørende (pårørende er interviewet via telefon). De er informeret om formål og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Resultaterne af pårørendeinterview ses i bilag 1.

Desuden har tilsynet interviewet: 1 plejhjemsleder, 2 sosu-assistent, 1 sosu-hjælper, 1 fast afløser, 1, sosu-assistentelev, 1 ernæringsassistent og 1 rengøringsassistent.

Observation: 5 borgers bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, hjælp til spisning, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 4 borgere.

Plejehjemmet har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

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 mangler

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

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

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

Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales.

Ikke godkendt/Kritisable forhold

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

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

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

Generelle forhold

Virklund plejecenter har 24 to-værelseslejligheder med egen terrasse. Der er et produktionskøkken, der producerer alt mad til plejehjemmet og til centrets åbne cafe. Her er velindrettede fællesarealer, der indbyder til fælles samvær.

Styrker

Funktionsevne:

Borgernes funktionsevne støttes via samarbejde med forflytningsvejleder samt kommunens fysio- og ergoterapeut. Et samarbejde der fremmer kvaliteten af forflytninger, korrekt anvendelse af hjælpemidler og faglig sparring til medarbejdere omkring øvelser, der kan styrke borgerens funktionsevne. Der ses relevante hjælpemidler hos besøgte borgere.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen: Tilsynet iagttager hverdagslivet. De interviewede borgere giver udtryk for, at medarbejdere er venlige og omsorgsfulde, her har været stor personaleudskiftning. Borgerne giver udtryk for, at de får en god pleje. Alle giver udtryk for, at de er meget trygge ved den hjælp de får. Fire ud af fire borgere giver udtryk for, at de er glade for at bo her. Alle vil anbefale stedet til andre, der har behov for at bo på et plejecenter.

Praktisk hjælp: Tilsynet vurderer, at hjælpen tilrettelægges med hensyntagen til borgernes forskellige behov. Tilsynet oplever, at medarbejderne samarbejder på en værdig måde med borgerne og varetager de opgaver, som borgeren ikke længere selv kan varetage. Borgernes boliger med de tilhørende fællesarealer og personlige hjælpemidler fremtræder rene og ryddelige.

Personlig pleje: Tilsynet overværer personlig pleje hos borgere og finder, at her er arbejdsprocesser der understøtter borgeren i at bevare sine færdigheder bedst muligt. Plejesituationen foregår i en god tone og med respekt for borgerens aktuelle tilstand. Borgerne fremtræder velsoignerede efter borgers ønsker.

Mad og måltider: Tilsynet hører, at borgerne kan vælge menu på deres fødselsdage. Borgerne roser maden. Medarbejdere og ernæringsassistenter medvirker under måltiderne og bidrager til, at måltidet kan blive en god oplevelse. Borgere med behov for hjælp til spisning, hjælpes på en værdig og omsorgsfuld måde i borgers tempo.

Hverdagen og aktiviteter på plejecentret: De interviewede borgere fortæller om en hverdag med aktiviteter af forskellig art. Her ses en aktivitetskalender med forskelligartede aktiviteter. Specielt fremhæves de frivilliges indsats for at skabe aktiviteter på stedet. På tilsynsdagen er her nørkleaktiviteter, hvor flere borgere deltager. En borger udtaler, "her må jeg deltage, jeg nørkler ikke så meget, men hygger mig."

Sammenhæng og forudsigelighed: Som noget nyt er det lige indført, at der arbejdes i to teams så borgerne kan opleve størst mulig kontinuitet i plejen. Tilsynet ser og hører om ensartede arbejdsmetoder i hele huset. Her er to ugentlige triageringsmøder hvor aktuelle problemstillinger vedrørende borgerne drøftes, hvilket er medvirkende til tidlig opsporing af borgere i risiko.

De ovenfor nævnte tiltag, styrker og erfaringer vurderes at være et godt afsæt til at arbejde med de udfordringer som tilsynet har fundet.

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 3 temaer er "I betydelig grad opfyldt"
- 2 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 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.

Generelt

Tilsynet oplyses om, at ny leder er tiltrådt 1. april i år og at her har været ret stor udskiftning af plejepersonalet og sygeplejerske, til tider har bemanningen bestået af mange vikarer. De to tilbageværende faste medarbejdere giver udtryk for, det har været en hård tid, men der nu er lys forude. Det har handlet om at sørge for borgernes basale pleje blev udført på bedste vis. Leder og personale er nu ved at få fastlagt rammer for samarbejde og arbejdsprocesser på plejecentret. Meget bærer derfor præg af den store personaleudskiftning. Såvel leder som medarbejdere er meget opmærksomme på, at her skal lægges en handleplan for, hvilke fokuspunkter der skal arbejdes med hvornår. Her er opmærksomhed på den uensartede dokumentation i Nexus og her er planlagt et undervisningsforløb med opstart i uge 47. Flere af de nuværende ansatte har tidligere arbejdet i Care og er ikke helt fortrolige med Nexus, f.eks. hvor skrives og findes givne oplysninger.

Tema 1 Funktionsevne

Forudsætningen for en borger kan modtage den rette støtte til at opretholde egne færdigheder, er at borgers aktuelle funktionsevne er kendt. Denne skal være opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der skal være en status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering. Tilsynet ser, at dette ikke er tilfældet hos to ud af seks gennemgåede borgerforløb.

Tilsynet anbefaler,

- at borgers funktionsevnetilstand løbende opdateres svarende til borgers tilstand.

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed

Målepunkt 2.11

Det er tilsynets indtryk, at medarbejdere og køkkenet har en mundtlig dialog om allergier og intolerance. 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 maden, får nedskrevne oplysninger, hvor det tydeligt fremgår, hvis en borger har allergi og intolerance overfor hvilke fødevarer.

Målepunkt 2.12

Et væsentligt grundlag for, at borgeren har energi og kan deltage i egen pleje og være fysisk aktiv er, at ernærings-tilstanden er så god som mulig. Ældre småtspisende 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.

Vejhyppighed.

Ved gennemgang af borgerforløb sammen med medarbejder ses, at borgerne ikke vejes svarende til den sundhedsfaglige beslutning i 3 ud af 6 tilfælde.

Vægtkontrol er lagt i kalenderen i Nexus som en opgave, men her er ikke etableret en arbejds-gang, der sikrer flytning af en opgave, hvis denne ikke udføres på dagen.

Reaktion på uplanlagt vægttab

I 2 ud af 4 uplanlagte vægttab er disse ikke meldt sikkert videre til sundhedsfaglig vurdering.

Her er ikke skabt arbejdsgange så det sikres, at der sker en sundhedsfaglig opfølgning på en vejning ved et uplanlagt vægttab, f.eks. at medarbejderne laver observation lagt som opgave.

Oplysninger om berigelse af kosten

Tilsynet ser, at her generelt er uoverensstemmende oplysninger mellem Nexus og de papirbårne køkkensedler omkring berigelse af kosten f.eks. omkring, hvilke borgere der skal have kosten beriget med proteintilskud.

Tilsynet anbefaler,

- at ledelsen følger op på et eventuelt undervisningsbehov om ernæringens betydning, herunder sygeplejersken/assistentens ansvar for at følge op
- italesætte tidlig opsporing af ernæringstruede borgere ved tavlemøder m.m.
- at ledelsen bistår med at etablere arbejdsprocesser der sikrer, at den aftalte vejhyppighed overholdes
- at det er tydeligt, hvornår der skal reageres på et vægttab, eksempelvis ved brug af tærskelværdier
- at fastlægge arbejdsprocesser, der medvirker til at sikre overensstemmelse mellem papirbaserede kostoplysninger og oplysninger i Nexus
- med jævne intervaller at fastlægge evaluering, herunder at gennemføre minijournalaudit.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Målepunkt 3.2, 3.4, 3.5.

Fokus: 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. Det er afgørende for at sikre den nødvendige kvalitet i hjælp, omsorg og pleje af borgerne, at alle medarbejdere har den nødvendige viden om borgerne.

Fyldestgørende og løbende ajourført dokumentation er et nødvendige grundlag for, at alle medarbejdere kan varetage den rette hjælp, omsorg og pleje af borgere ud fra den faglige beskrivelse af borgerens behov. Hjælpen skal løbende tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5, hvilket nødvendiggør, at der er en tilstrækkelig dokumentationspraksis, som anvendes og følges af alle medarbejdere samt, at aktuelle ændringer løbende dokumenteres.

Udviklingspunkt:

Arbejdsgange er fastlagte, men kendes ikke af alle. Siden seneste tilsyn har her været stor udskiftning af personale og mange er ret nyansatte. Flere er usikre i brugen af Nexus, hvor skrives hvad, og hvor skal man se efter en given oplysning. Her er planlagt et uddannelsesforløb med snarlig opstart. Dokumentationen bærer præg af, at her har manglet en sygeplejerske/en tovholder på dokumentation gennem det sidste lange stykke tid. Der ses enkelte eksempler på fuld overensstemmelse mellem handlingsanvisninger/faglige notater/indsatsmål/målinger/oplysninger i døgnrytmeplan m.m.

I forbindelse med gennemgang af borgerforløb er det generelle billede, at her mangler opdateringer i Nexus og der mangler sammenhængen mellem pleje og behandling, observation og opfølgning

Ovenstående vurderes at kunne indebære en risiko for, at borgerne ikke får personlig og praktisk hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87 og § 150, stk. 2.

Tilsynet anbefaler,

- at alle medarbejdere sikres tilstrækkelig viden om funktionerne i Nexus, så en korrekt dokumentation kan udføres
- at sikre tilstrækkelige vurderinger af borgerne og opfølgning på sundhedsfaglige observationer og målinger
- oplære assistenter til at kunne varetage dokumentation for eget ansvarsområde samt medvirke til den løbende kompetenceudvikling blandt kolleger
- at inddrage leder, sygeplejerske og assistenter i løbende journalaudit af udvalgte borgere.

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 viden er dokumenteret, så både faste medarbejdere som afløsere har mulighed for at tilgå den ellers tavse viden.

I 5 ud af 6 sete døgnrytmeplaner findes ikke oplysninger om borgers vaner og ønsker i relevant omfang for dag, aften og nat.

Tilsynet anbefaler

- at medtage den tavse viden om de forhold, der skaber glæde for borgeren, så også medarbejdere, der ikke kender borgeren så godt, kan fremme gode oplevelser i hverdagen og så vidt muligt efterkomme borgers ønsker og vaner.

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.

Hos to plejeforløb ud af to, hvor der udføres personlig pleje og nedre hygiejne henholdsvis i seng og på badeværelse anvendes ikke forklæde.

Tilsynet anbefaler

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

Tema 5 Opfølgning fra sidste tilsyn

I 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 månedligt i en periode.

Oversigt over de enkelte temaer

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

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

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

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

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

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

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: -Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt? -Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til, at bliver inddraget i at klare flest mulige dagligdags aktiviteter selv (fx personlig pleje, vande blomster, lægge tøj sammen, støve af m.m) -Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for?</p> <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af Bilag1.</p>	HO	
1.2	<p>Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson jf. kommunens beslutning. Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder. Relevante borgere er tilbudt en rehabiliterende indsats og der er fulgt op på indsatsen.</p>	HO	
1.3	<p>Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan beskrive, hvorledes mål fastsættes i samarbejde med borger med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer. Medarbejderne kan give eksempler på borgere, som støttes i ADL. Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.</p>	BO	<p>Medarbejdere der kender borgerne godt, kan redegøre for borgerforløbene svarende til målepunktet.</p> <p>Øvrige medarbejdere har begrænset viden svarende til mundtlig formidling og ikke fyldestgørende oplysninger fra Nexus.</p>
1.4	<p>Det fremgår af omsorgsjournalen, at borgers psykiske og fysiske ressourcer inddrages i planlægningen og udførelsen. Hjælpen beskrives med en rehabiliterende tilgang.</p>	HO	
1.5	<p>Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering. Medarbejderne kender eget ansvar og opgaver.</p>	BO	<p>Hos to ud af seks sete funktionsevnetilstande ses disse ikke i overensstemmelse med borgers fremtræden.</p>

			<p>Hos en borger, ses borgers funktionsevne og mål for indsatsen ikke beskrevet, ikke opdateret og ikke i overensstemmelse med borgers funktionsevne i Nexus. Her står at borger forflyttes via lift, men borger forflyttes ved hjælp af Sara Steady.</p> <p>Hos en anden borger der får gangtræning, ses ikke at der er sket en løbende evaluering af borgers funktionsevne vedrørende gangfunktion.</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"> 1) Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? 2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?: 3) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret? 4) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her? <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af Bilag1.</p>	BO	<p>Ad 3. En ud af fire interviewede borgere fortæller om en medarbejder der ikke talte pænt og bestemt ikke var venlig. Pårørende har talt med ledelsen herom og der er taget hånd om problemstillingen.</p> <p>Fire ud af fire interviewede borgere fortæller, at her har været rigtig megen udskiftning af personale.</p>
2.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg. Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt? 2) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov? 3) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på? <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af Bilag1.</p>	BO	<p>En borger fortæller, at det ugentlige bad godt en gang imellem kan blive sprunget over, og så går der længe mellem et bad. Det er ikke oplevet i den seneste tid, hvor det har været mere faste der er på arbejde.</p>
2.3	<p><i>Praktisk hjælp, herunder rengøring</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen. 2) Personlige hjælpemidler fremtræder rene 3) Fællesarealer fremtræder rengjorte. 	HO	
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"> 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. 2) Der høres om en velfungerende struktur internt og i samarbejdet med frivillige og andre. 3) Der foreligger aktivitetsplan, som er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere. 	HO	
2.6	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> -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>Data fra pårørendeinterview fremgår af Bilag1.</p>	HO	

Måltider og mad, der svarer til borgers behov

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.7	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <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? <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af Bilag1.</p>	HO	
2.8	<p>Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at der er klart værtsskab og at medarbejderne sørger for gode rammer til en uforstyrret spisning og hyggelig stemning.</p> <p>Arbejdsgangene fremmer, at borgerne får den støtte til spisning, de har brug for.</p> <p>Arbejdsgangene fremmer, at den enkelte borger opnår en positiv oplevelse af måltidet.</p>	HO	
2.9	<p>Der foreligger menuplan, som er udarbejdet med involvering af borgere og tilgængelig for borgere og pårørende.</p>	HO	
2.10	<p>Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær.</p> <p>Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.</p>	HO	

2.11	<p>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.</p>	BO	<p>På tilsynsdagen er her ingen borgere med allergi eller fødevarerintolerance. Her høres om mundtlige procedurer og formidling heraf, hvilket tilsynet anser for at være en skrøbelig arbejdsgang.</p>
2.12	<p><i>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</i> 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"> 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	<p>Ad 2. Hos to ud af seks gennemgåede borgerforløb ses den aftalte vejehyppighed ikke udført eller fastsat. En borger der skal tilbydes vejning ugentligt, er ikke vejnet de sidste 6 uger. Hos en anden borger er der ikke fastsat en vejehyppighed. Ad 3. Hos to borgere med uplanlagt vægttab ses ingen reaktion på vægttabet. Adspurgt til brug af tærskelværdier, oplyses det, at disse ikke anvendes konsekvent. Her er ikke en fastlagt arbejdsgang for hvornår eller hvordan der skal reageres, hvis en vægt ligger udenfor tærskelværdien. Ad 4. Her ses generelt uoverensstemmende oplysninger mellem de papirbårne køkkenoplysninger og i Nexus om f.eks. berigelse af kosten med protein. Døgnrytmeplanerne beskriver uens og sparsomt aftensmåltid og mellemmåltider. Tilsynet hører om mundtlig formidling af om oplysninger om kost mellem køkkenmedarbejdere og medarbejdere i plejen f.eks. formidling om en borger spiser op, om tyggebesvær.</p>

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? 2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?! 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald. <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af Bilag1.</p>	BO	<p>Ad 1. 3 ud af 4 interviewede borgere fortæller, at her er mange forskellige hjælpere, og ikke alle ved, hvordan hjælpen bedst udføres. Dette er gældende for alle vagtlag. På det seneste er det blevet mere de samme medarbejdere der kommer og de ved hvad der skal udføres. Der kan gå lidt tid specielt om aftenen inden hjælpen kommer når der er brug for hjælp.</p>
3.2	<p><i>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing</i> Medarbejdere kender arbejdsgangene for at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner.</p>	NO	<p>Her ses generelt uoverensstemmende oplysninger mellem hvad der er beskrevet på triagetavlen og oplysninger i Nexus. F.eks. ses på tavle flere borgere med obs. mundhygiejne, men i Nexus kan dette ikke genfindes, kun ved borgere der har fået ordineret Duropat tandpasta. Det oplyses til tilsynet, at tavlen ikke rigtig anvendes længere.</p> <p>Hos en borger med nyligt opstået sår på begge ben ses ikke i Nexus en opdateret helbredstilstand, her er ikke lagt en observation, og her ses ikke beskrevet en sundhedsfaglig vurdering eller handleanvisning.</p>

		<p>Hos samme borger er døgnrytmeplanen i Nexus ikke opdateret med at borger skal have Dauerbind på i stedet for støttestrømper og her kan ikke ses et fagligt notat på denne ændring.</p> <p>Hos en borger med urininkontinens er her for nyligt opstartet med påsætning af Uridom til natten, men her kan ikke i Nexus ses et fagligt notat, en handlingsanvisning eller at der er foretaget en vurdering af effekten. Her høres kun at dette er sket via mundtlig formidling.</p> <p>Hos en borger ses i Nexus et sygeplejefagligt notat på, en borger der skal screenes for sår hver 12 uge, men her kan ikke ved journalgennemgang fremfindes en reaktion herpå.</p> <p>I døgnrytmeplanen er der hos en borger beskrevet, at pågældende ligger med en oppustelig støvle grundet tryksår på hæl. Dette er ikke længere gældende og ses ikke opdateret i Nexus.</p> <p>I en anden døgnrytmeplan er beskrevet at borger er ryger, men aktuelt er borger stoppet med at ryge for længe siden.</p> <p>Se også punkt 2.12 omkring viderefremidling ved væggtab.</p>
--	--	---

3.3	<p><i>Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb</i></p> <p>Medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg. Det kan f.eks. være ved behov for vurdering af borgers potentiale for funktionsevne, ved afslutning af §86 eller ved genoptræningsplan efter §140. Borgers behov for f.eks. 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"> 1) Medarbejderne oplever de konkrete døgnrytmeplaner anvendelige og brugbare i forhold til opgaveløsningen hos borgerne. 2) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren. 	NO	Tilsynet oplever, at to ud af fem medarbejdere har lidt svært ved at finde frem til borgerdata i Nexus på tablet. Se også 3.2
3.5	Generelt: Dokumentation i omsorgsjournalen fremstår med overensstemmende og opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande.	BO	Se øvrige punkter under sammenhæng og forudsigelighed og punkt 1.5.
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	Generelt ses borgers vaner og ønsker ikke beskrevet i døgnrytmeplanerne for aften og nat.
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.	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	Hos 2 ud af 2 observerede plejesituationer, hvor borger ydes personlig pleje, og hvor der foretages nedre hygiejne, anvendes ikke forklæde. Plejecentret har er ikke taget stilling til, hvornår der anvendes 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.	IR	Tilsynet oplyses om, at alt borgertøj vaskes i borgers egen vaskemaskine.

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	Der kan på tilsynsdagen ikke fremvises en handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn.
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	Her er igangsat tiltag, men disse er ikke fuldt implementerede endnu.
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>	NO	<p>Det ses, at der er sket en forbedring i at anvende observation i Nexus hvis en borger har behov for en sundhedsfaglig vurdering af sygeplejerske</p> <p>Omkring arbejdsprocesser med dokumentation i Nexus er arbejdet endnu ikke i mål.</p>



Pårørendeinterview

Antal interview under besøg: 1

Antal telefoninterview: 2

Resultat

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller utilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ikke aktuelt	Øvrige kommentarer
Forventningssamtale	x		x		x		
Maden	x						
Pleje og vedligehold af færdigheder		x	x	x			Her er mange forskellige hjælpere, pårørende får ikke den nødvendige hjælp til vedligehold af færdigheder. Oplever ikke en god kommunikation og formidling vagtlagene imellem. Usikker på om personalet har de fornødne kvalifikationer f.eks. ved KOL behandling- Ikke altid der tales ordentligt, men på det sidste er det blevet bedre.
Aktiviteter	x	x	x				Bliver ikke nok motiveret til at deltage i aktiviteter.
Rengøring og tøjvask			x		x x		Hver 3. uge er alt for lidt. Tøjet vaskes ofte forkert.
Kommunikation med plejecentret	x						Det er blevet let nu, men har tidligere været svært. Mange forskellige kontaktpersoner, ved ikke altid hvem det er. En har ikke været specielt omsorgsfuld. Omgangstonen har ikke været god, men er nu blevet bedre, ny leder har god indflydelse. Det tegner godt med den nye leder.
Vil du anbefale plejecentret til andre	JA: x x NEJ: x VED IKKE/BÅDE OG:						Ja med forbehold, ja skyldes den nye leder. Leder er ikke synlig, mange skift af medarbejdere der ikke er klædt godt nok på til de opgaver de skal løse.

Tabel 1



Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

Tilgang og formål

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

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

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

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

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

Samlet set stiler tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

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

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

Indhold og metode

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

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

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

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

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



Vurderingsprincipper

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

Vurdering sker på 4 niveauer:

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

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

Niveauer	Det samlede tilsynsresultat											
Temaer												
Målepunkter												
De enkelte stikprøver												

Vurdering af den enkelte stikprøve

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

Vurdering af de enkelte målepunkter

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

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

Vurdering af det enkelte tema

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

Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

Godkendt

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

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

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

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



Godkendt med bemærkninger

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

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfylde 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.

