



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Silkeborg Kommune

Sundhed og Omsorg

Fårvang Ældrecenter

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.....	19
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	22
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	23
<u>Bilag 1: Pårørendeinterview</u>	<u>25</u>
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	30
Om virksomheden og kontaktoplysninger	33

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.

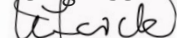
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

Plejecenter:

Fårvang Ældrecenter, Lærkevej 19, 8882 Fårvang

Leder:

Pernille Schrøder Jensen

Antal beboere:

24

Tilsynsbesøget fandt sted:

12. april 2023

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 12 borgerjournaler), instrukser, handplaner, borgerinformationer, menuplaner m.v.
- Interview: 3 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Telefoninterview med pårørende gennemføres efter tilsynsbesøget. Desuden har tilsynet interviewet 1 plejecenterleder, 1 sygeplejerske, 2 social- og sundhedsassistenter, 2 social- og sundhedshjælpere, 1 social- og sundhedshjælperlev, 1 rengøringsassistent og 1 kostfaglig eneansvarlig.
- Observation: 6 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 og hjælp til spisning hos 2 borgere.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 6 borgere.

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Anne Ahrensbach, 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 ”Helt 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 ”Helt 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 ”Helt 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 ”Helt 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

Af 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

Plejecenter Fårvang er blevet udvidet fra 12 til 24 boliger, siden det seneste kommunale tilsyn i februar 2022.

Efter udvidelsen fremstår den fælles café som et naturligt og indbydende mødested.

Under tilsynet opleves borgerne aktive og interesserede, hvilket viser at borgerne er vant til at blive set og hørt.

Det bekræftes af borgernes tilkendegivelse af stor tilfredshed med den hjælp og støtte de får.

Aktuelt er der behov for at forbedre kvaliteten af det skriftlige arbejdsgrundlag. Det fremstår vanskeligt at danne sig et overblik over borgers tilstande, da der generelt ses uoverensstemmende oplysninger på tværs af Nexus.

Det er tilsynets vurdering, at den mangelfulde dokumentation i vid udstrækning opvejes af en fast medarbejdergruppe, der er gode til at kommunikere mundtligt. Den nuværende dokumentationspraksis vurderes sårbar, hvis den nuværende medarbejdersituation ændrer sig, da den ikke understøtter en evt. ny medarbejder/vikar i at yde en genkendelig pleje og omsorg

Den samlede vurdering er ”Godkendt med mangler”

Styrker

Funktionsevne

Medarbejdere udviser stor opmærksomhed på at støtte borgerne i at kunne varetage egne ADL-opgaver i videst muligt omfang. Dette gøres på en måde, der fremmer borgerens motivation.

Medarbejderne er opmærksomme på relevansen af at inddrage fysio- og/eller ergoterapeuter.

Livskvalitet og tilfredshed

Medarbejderne udviser højt fagligt engagement og opmærksomhed på borgernes trivsel.

Borgerne udtrykker, at de er glade for samarbejdet med de faste medarbejdere og den støtte medarbejderne giver dem i hverdagen. Borgerne giver udtryk for, at de leverede indsatser svarer til deres behov.

I de overværede plejesituationer ses velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær i form af småsnak, humor og guidning tilpasset borgers ressourcer, vaner, ønsker og behov.

Tilsynet observerer, at borgere, 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.

Under middagsmaden i caféen ses medarbejderne fordele sig ved spisebordene svarende til borgernes behov.

Tilsynet vurderer, at enheden arbejder systematisk med implementering af drejebogen for sikring af den gode indflytning. Hjemmebesøg er gennemført ifm. de seneste 2 indflytninger. Relevante medarbejdere kan redegøre for hvordan materialet anvendes.

Plejecenteret har tilknyttet en deltidsansat medarbejder, der iværksætter aktiviteter i samarbejde med borgerne - ca. 3 formiddage om ugen. Formiddagsaktiviteterne formidles mundtligt til beboerne om morgenen, på de dage hvor medarbejderen møder ind. Plejecenterleder har et godt samarbejde med plejecenterets frivilligforening ift. foreningens aktivitetstilbud. Foreningens aktivitetstilbud formidles via opslag på opslagstavle i caféen.

Sammenhæng og forudsigelighed

Det er tilsynets vurdering, at de faste medarbejdere har et godt kendskab til borgerne.

Det kostfaglige eneansvarlige har fået adgang til Nexus mhp. at sikre/udvikle et fælles overblik og en fælles kommunikationsplatform ift. borgere med særlige ernærings- og/eller kost behov.

Der høres om daglige tværfaglige tavlemøder, der sikrer dialog om sundhedsfaglige og social- og plejefaglige forhold. Det er tilsynet indtryk, at tavlemøderne bidrager til en fælles forståelse af hvad borgerne har behov for, samtidig med, at de bidrager til den løbende kompetenceudvikling.

De ovenfor nævnte styrker og erfaringer 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

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

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

Tema 1 Funktionsevne

Indikator 1.3 og 1.4: Borgers ressourcer og funktionsevne

Fokus: Beskrivelserne af borgernes funktionsevnetilstande er et grundlag for at vurdere eventuelle ændringer i borgerens funktioner, eller som udgangspunkt for mål for en rehabiliterende indsats, der skal skabe forbedringer.

Udviklingspunkt: Tilsynet konstaterer, at 4 ud af 4 borgerjournaler har behov for opdateringer ift. beskrivelse af borgernes ressourcer og/eller funktionsevnetilstande, da de ikke fremstår i overensstemmelse med borgers aktuelle tilstand. For de 4 journaler konstateres desuden et behov for enten oprettelse af indsatsmål eller opdatering af disse. Uddybning ses under temaet.

Tilsynet anbefaler at

- indarbejde relevante arbejdsgange og ansvarsfordeling ift. at sikre relevant udarbejdelse og opdatering af funktionsevnetilstande, udarbejdelse og opdatering af indsatsmål, samt evaluering af disse.
- gennemføre miniaudits med dette fokus mhp. kvalitetssikring og opfølgning.

Tema 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Indikator 2.4: ”Den sidste tid”

Tilsynet konstaterer, at borgerjournalerne indeholder stillingtagen til genoplivning og livsforlængende behandling i det omfang, det er muligt. Dette er dokumenteret i borgernes journaler. Tilsynet konstaterer desuden, at såvel medarbejdere som leder er opmærksomme på vigtigheden af gode forløb for terminale borgere på Fårvang.

Udviklingspunktet er indhentning af borgernes evt. ønsker til den sidste tid – udover stillingtagen til genoplivning og livsforlængende behandling. Der ses uddybning under temaet.

Tilsynet anbefaler, at ledelsen

- understøtter den planlagte iværksættelse af implementering af dette indsatsområde i samarbejde med medarbejdere, borgere og pårørende.

Indikator 2.7 og 2.8: Aktiviteter – borgernes hverdag

Aktuelt er det primært plejecenterets frivillige, der i samarbejde med plejepersonale og leder, sikrer borgerne aktivitetstilbud.

Udviklingspunktet er, at borgerne efterspørger mere indhold i hverdagen. Der ses flere oplysninger under målepunkterne.

Tilsynet anbefaler, at

- ledelse og medarbejdere fortsat er opmærksomme på at understøtte borgernes potentiale og ønsker, så borgernes behov for socialt samvær imødekommes og der sikres adspredelse i hverdagen.

Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen - Mad og måltider

Indikator 2.14: Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring

Fokus: 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. 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 medarbejdere på tværs af faggrupper. De tværgående arbejdsgange er derfor afgørende for kvaliteten i opgaveløsningen.

Det er tilsynets vurdering, at der er opmærksomhed på at identificere borgere med risiko for underernæring. Der er ligeledes en generel opmærksomhed på at følge op på vægten hos de borgere, hvor der er identificeret en risiko for underernæring.

Udviklingspunkt: Der ses uoverensstemmende oplysninger på tværs, hvilket er nærmere beskrevet i 2.14.

Tilsynet anbefaler at

- plejecenterets sundhedsfagligt ansvarlig sikrer journalaudit med fokus på
 - at handlingsanvisninger indeholder vejledning i hvordan der skal reageres, hvis der konstateres utilsigtet vægttab hos en borger
 - at der er evalueret på iværksatte indsatser og at der er handlet på evalueringerne.

Indikator 2.13: Understøttende arbejdsgange i relation til borgere med særlige kostbehov

Det er tilsynets vurdering, at alle medarbejdere er opmærksomme på at understøtte, at borgerne får en hensigtsmæssig ernæring, der tager højde for eventuelle særlige behov.

Ved journalgennemgang, konstaterer tilsynet, at der er en borger der får proteindrikke via grøn recept. Handlingsanvisning i relation ernæring, døgnrytmeplan og oplysninger fra køkkenet indeholder ikke information om borgers behov for særlig opmærksomhed på tilførsel af energi.

Tilsynet anbefaler, at

- iværksætte en proces, hvor målgrupperne for de almindeligste "særlige kostbehov" beskrives sammen med de "særlige kostindsatser" samt skrive vejledning om hvordan og hvor oplysningerne dokumenteres
- sikre at medarbejdere, der tilbereder eller serverer mad, har lettilgængelige nedskrevne oplysninger, hvor det tydeligt fremgår, hvilke borgere der har behov for særlige indsatser ift. ernæring.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Indikator 3.4 og 3.5: Det skriftlige arbejdsgrundlag

Fokus: Den faglige dokumentation er et grundlag for medarbejdernes viden og forståelse for borgeren og dermed væsentlig for, at borgeren tilbydes 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, sammenhængende og løbende ajourført dokumentation er et nødvendigt grundlag for, at alle medarbejdere kan levere den rette hjælp, omsorg og pleje til 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.

Som ved tilsyn i 2022 fremstår plejecenteret med en stærk mundtlig videndeling og formidling. Det er tilsynets vurdering, at der arbejdes ihærdigt med at udvikle en fælles systematik i relation til det skriftlige arbejdsgrundlag. Tilsynet oplyses om, at der er iværksat en proces, mhp. at understøtte dette.

Sygeplejerske underviser løbende i Nexus og støtter op om den daglig brug af systemet.

Medarbejderne kan generelt orientere sig i borgerjournalernes indhold svarende til deres funktion, og medarbejderne kan ligeledes beskrive, hvorledes der skal dokumenteres i forbindelse med, at en borgers tilstand ændres.

Udviklingspunkt: Ved gennemkig i journaler sammen med medarbejdere ses, at der i 4 ud af 4 journaler ses uoverensstemmende oplysninger mellem tilstande, handlingsanvisninger, observationer, faglige notater, døgnrytmeplaner mv., hvilket er nærmere beskrevet i tema 3.

Manglende konsekvensrettelser ved ændringer i en borgers funktionsniveau medvirker til uoverensstemmende oplysninger. Det medfører, at der handles på ikke-tidstro data, hvilket 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 fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- iværksætte relevante processer med henblik på sikring af ensartet god kvalitet i borgernes døgnrytmeplaner i både dag- aften- og nattevagt.
- gennemføre jævnlige mini-journalaudit med afsæt i de kommunale retningslinjer for dokumentation, blandt andet med fokus på sammenhæng mellem døgnrytmeplaner, faglige notater, indsatsmål, observationer, handlingsanvisninger og oversigtstavle i personalerum.

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Indikator 4.1.1: Medarbejdere kender og anvender gældende retningslinjer

Temaets fokus: For at undgå smittespredning, anbefales det i NIR¹, at der benyttes plastforklæde ved udførelse af personlig hygiejne, hvor der er risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser.

Udviklingspunkt: 3 ud af 3 medarbejdere benytter ikke plastforklæder i forbindelse med, at de hjælper en borger med den personlige hygiejne.

Dette punkt også var et identificeret indsatsområde ved tilsynet i 2022.

Tilsynet anbefaler

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

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Indikator 5.1, 5.2 og 5.3: Handleplaner, evaluering og målopfyldelse

Siden seneste tilsyn er der igangsat tiltag som har medvirket til at forbedre kvaliteten på nogle af de indsatsområderne, der blev identificeret ved seneste tilsyn.

Udviklingspunkt: Nogle af indsatsområderne har været vanskelige at opnå forbedringer på, hvilket primært synes at vedrøre manglende opfølgning og evaluering sammen med tovholder. Der ses indsatsområder fra tilsynet i 2022, hvor der er eller har været tiltag i gang, og hvor der fortsat er behov for målrettede indsatser.

Tilsynet anbefaler

- at styrke processtyringen med operationel oversigt: Hvem gør hvad (tovholdere), hvornår og hvordan.
- at fastsætte tidspunkter for opfølgning/status, samt tydeliggøre hvem der skal udføre dette og en beskrivelse af på hvilken måde opfølgningen/status udføres. og hvornår igangsatte tiltag evalueres.
- at gennemføre planlagte opfølgninger på handleplanerne - sammen med de involverede tovholdere/nøglepersoner/medarbejdere - fast månedlig i en periode.

Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for Plejehjem, hjemmepleje, bo- og opholdssteder m.m. 2020 – Udgave 1 - Statens Serum Institut – side 20 m.fl.

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).

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 2a	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Den sidste tid Indflytning	BO
Tema 2b	Livskvalitet og tilfredshed 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 Værnemidler ved personlig pleje	NO
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

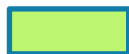
Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt? 2) 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.) 3) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for? <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	HO	
1.2	<p>Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan give eksempel på, hvordan målene revideres i takt med at borgers ressourcer ændrer sig.</p> <p>Medarbejderne kan give eksempler på borgere, som støttes i ADL.</p> <p>Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.</p>	HO	
1.3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Det fremgår af omsorgsjournalen, at borgers psykiske og fysiske ressourcer inddrages i planlægningen og udførelsen. 2) Borgers funktionsevnetilstande er opdateret ved indflytning og der er tydeligt mål for indsatsen. 	NO	<p>Ad 1) 1 ud af 4 borgerjournaler indeholder beskrivelse af borgerens ressourcer.</p> <p>Ad 2) I 2 ud af 2 borgerjournaler ses funktionsevnetilstande ved indflytning ikke opdaterede. Der ses ikke tydelige mål for iværksatte indsatser.</p> <p>I 4 ud af 4 borgerjournaler ses mål for indsatserne ikke i overensstemmelse med de udokumenterede mål, der bliver arbejdet ud fra, med afsæt i borgernes aktuelle behov.</p>

1.4	Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering.	NO	4 ud af 4 borgerjournaler indeholder beskrivelser af funktionsevnen, der ikke ses i overensstemmelse med borgernes aktuelle tilstand. I 2 ud af 4 borgerjournaler ses mål for indsatsen. I 4 ud af 4 borgerjournaler kunne der ikke fremfindes evalueringer af indsatsen.
-----	--	----	---

Tema 2a 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) Får du støtte, så du kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige 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 bilag 1.</p>	HO	
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) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på? 3) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov? <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	HO	
2.3	<p><i>Kommunens fokus 2023: Implementering af "Drejebog for den gode indflytning"</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Plejecentret har en systematik for udlevering af relevant materiale 2) Hjemmebesøg er søgt afholdt samt indflytningssamtale og opfølgningssamtale 3) Der gives eksempler på borger hvor der aktivt er arbejdet med borgernes livshistorie 4) Der gives eksempler på borgere, hvor der er givet plads til at tale om den sidste tid 5) Der ses eksempler på dokumentation i journalen på de aftalte steder. 	HO	

2.4	<p>Kommunens fokusområde 2023: Den sidste tid</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Medarbejderne kan redegøre for pleje og omsorg ved livets afslutning. 2) Medarbejderne kan redegøre for, hvor de finder borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation. 	BO	<p>Ad 1) 3 ud af 3 medarbejder kan redegøre fyldestgørende for pleje og omsorg ved livets afslutning.</p> <p>Ad 2) Der er ikke påbegyndt en egentlig implementering ift. indsatsen vedr. den sidste tid.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ved indflytningssamtalen bliver nogle borgere informeret om, at de har muligheden for at komme med ønsker til den sidste tid. Der ses ikke eksempler på opfølgning på denne information. - 2 ud af 2 medarbejdere ved ikke hvor evt. ønsker til den sidste tid skal dokumenteres i Nexus.
2.5	<p>Praktisk hjælp, herunder rengøring</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	
2.6	<p>Personlig pleje</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> <p>Medarbejderne beskriver arbejdsgange, der støtter at inkontinente borgers behov for toiletbesøg og evt. bleskift imødekommes.</p>	HO	
2.7	<p>Aktiviteter – borgernes hverdag</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Borgerne er inddraget i tilbud om aktiviteter. 2) Borgerne støttes i deltagelse gennem en velfungerende struktur internt og i samarbejdet med frivillige og andre. 3) Information om aktiviteter er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere. 	HO	

<p>2.8</p>	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er der mulighed for at lave de ting, der betyder noget? 2) Får du dækket dit behov for at være sammen med andre? 3) Hvad synes du – er der gode oplevelser i hverdagen? Er du interesseret i de aktiviteter, der tilbydes? <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	<p>BO</p>	<p>3 ud af 3 borgere tilkendegiver, at de ikke har indflydelse på, hvilke aktiviteter de tilbydes at deltage i.</p> <p>2 ud af 3 borgere efterspørger flere muligheder for at gøre noget "sammen med andre".</p> <p>2 ud af 3 borgere kunne godt tænke sig en mulighed for at deltage i dagligdagens gøremål - ex. borddækning og havarbejde.</p> <p>1 ud af 3 borgere vil meget gerne have adgang til plejecenterets motionsrum – der nu er aflåst.</p> <p>1 ud af 3 borgere efterspørger en eller anden form for hobbyrum – hvor "man kan makke med et eller andet".</p>
------------	---	-----------	--

Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen - Mad og måltider

Samlet vurdering



Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.9	<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	
2.10	<p>Medarbejdere kan fortælle om velfungerende arbejdsgangene, der sikrer</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Den enkelte borgers ønsker og aftaler om mad imødekommes 2) Klar opgavefordeling ved måltiderne 3) At borddækning sker som aftalt på centret. 	HO	
2.11	<p>Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.</p>	HO	
2.12	<p>Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende. Der høres om involvering af borgere i det omfang det er muligt.</p>	HO	
2.13	<p>Arbejdsgangene støtter at borgere med særligt kostbehov tilbydes den rette kost, eksempelvis for borgere med</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dysfagi 2) Beriget kost 3) Fødemiddelallergi <p>Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere i journalen samt – hvis det er praksis - i døgnrytmeplaner, handleanvisninger i eventuelle kostsedler i køkkener o.a.</p>	BO	<p>I 1 ud af 4 borgerjournaler ses, at der skal bestilles berigede proteindrikke til en borger via grøn recept. Handlingsanvisning i relation ernæring, døgnrytmeplan og oplysninger fra køkkenet indeholder ikke information om borgers behov for særlig opmærksomhed på tilførsel af energi.</p>

2.14	<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 handleplanvisende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen. 2) Der ses eksempler på observationer om borgers indtag af mad (når der er afvigelser) 3) Aftalt vejehyppighed ses udført 4) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. 	BO	<p>3 ud af 3 medarbejdere kender og følger de arbejdsgange, der relaterer sig indsatserne ifm. borgere, der vurderes at være i ernæringsmæssig risiko.</p> <p>Ad 1) 3 ud af 3 borgerjournaler er handlingsanvisningerne ikke opdaterede.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hos 1 ud af disse 3 ses klare mål for indsatsen. Det fremgår ikke af den tilknyttede handleplan, hvordan målene skal nås. - Hos 2 af disse borgere, er der ikke dokumenteret mål i tilknytning til indsatsen. <p>Ad 2) Opfyldt</p> <p>Ad 3) 3 ud af 3 borgere ses vejet med en hyppighed svarende til det, der er planlagt i borgerkalenderen.</p> <p>Ad 4) Opfyldt</p>
------	---	----	---

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	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? 5) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald. Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1	HO	
3.2	<i>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing samt opfølgning</i> Medarbejdere kender arbejdsgangene for 1) at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner 2) at følge op på indgåede aftaler.	HO	
3.3	<u>Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter</u> 1. Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne med til-delt §§ 83 og 86, opfølgning på GOP samt vederlagsfri fysioterapi. 2. Medarbejdere 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. Medarbejdere kender borgers aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, herunder hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.	HO	
3.4	Det skriftlige arbejdsgrundlag - Generelt: a) Medarbejderne kender og anvender omsorgsjournalen ensartet. b) Der ses overensstemmende oplysninger om borgerens tilstande mellem tilstande, handlings-anvisninger, observationer, faglige notater, døgnrytmeplaner mv.	NO	<i>Ad a) Medarbejderne kender og anvender generelt omsorgsjournalen ensartet i relation til den dokumentation, de har adgang til via deres tablet.</i>

- c) Oplysninger på eventuelle tavler, i papirkalendere, i print og andre supplerende informationer til borgere og medarbejdere er i overensstemmelse med omsorgsjournalens oplysninger og borgers aktuelle tilstand.
- d) Oplysninger fra f.eks. terapeuter er lettilgængelige for assistenter og hjælpere.
- e) Kædeprocessen *måling, reaktion, sundhedsfaglig vurdering, konsekvensrettelse* er undersøgt og fundet veldokumenteret.
- f) Arbejdsgangen for konsekvensrettelse ved ændringer i borgers tilstand beskrives ensartet af medarbejdere der har opgaver i forbindelse med dette.

Målepunktet omfatter de dele af omsorgsjournalen, som er relevant for tilsynets foci. Andre krav om journalføring for sundhedslovsydelse er som udgangspunkt ikke omfattet, medmindre der under tilsynsbesøget skulle blive identificeret forhold, der kan indebære en risiko for borgeren.

Ad b) I 4 ud af 4 borgerjournaler ses uoverensstemmende og/ eller manglende oplysninger i borgerjournalernes delelementer – ex.:

- I 1 borgerjournal er der ingen døgnrytmeplan for dagvagt og nattevagt. I samme journal er døgnrytmeplanen for aftenvagten ikke opdateret ift. borgerens aktuelle funktionsniveau.
- I 1 borgerjournal er der ikke udarbejdet døgnrytmeplan for aftenvagten.
- I 2 borgerjournaler er der ikke overensstemmelse mellem døgnrytmeplanerne for hhv. dag- og aftenvagt.
- I 1 borgerjournal er der et fagligt notat, der beskriver behov for en ernæringsindsats. Der er ikke oprettet indsatsmål og handlingsanvisninger i tilknytning til dette.
- I 1 borgerjournal er der beskrevet at borgeren har dårlig tandstatus, og derfor har behov for blød kost. Dette fremgår af døgnrytmeplan for dagvagt. I døgnrytmeplan for aftenvagt, står anført at borgeren får almindelig fuldkost.

Ad c) Oplysninger på oversigtstavle i personalerummet viser et hjerte hos de borgere, der har udtrykt ønske om genoplivning ved hertestop. 2 ud af 2 medarbejdere er usikre på om fravær af et hjerte på tavlen betyder, at borgeren ikke skal genoplives.

			<p>Ved journalgennemgang finder tilsynet et eksempel på en borger, der ikke har et hjerte på tavlen, men som har udbedt sig betænkningstid mht. hvorvidt han ønsker genoplivning ved hjertestop.</p> <p>Ad d) Opfyldt</p> <p>Ad e) Jf. ovenstående beskrivelser er dette målepunkt ikke opfyldt.</p> <p>Ad f) 3 ud 3 medarbejdere beskriver arbejdsgangene tilfredsstillende.</p>
3.5	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag for udførelse af de daglige social- og plejefaglige opgaver hos borgerne</p> <p>Døgnrytmeplaner indeholder lettilgængelige, opdaterede og handleanvisende oplysninger om borgers ressourcer og behov, herunder hvorledes støtten ydes individuelt ud fra borgers livsstil og ønsker.</p>	NO	<p>3 ud af 3 døgnrytmeplaner for dagvagt indeholder delelementer fra borgernes livshistorie.</p> <p>Der kan ikke fremfindes andre eksempler på dokumentation i relation til borgernes livshistorie.</p> <p>Borgernes ressourcer og personlige præferencer fremgår ligeledes af disse døgnrytmeplaner.</p> <p>Jf. fundbeskrivelsen i indikator 3.4, er der én borgerjournal der ikke har en døgnrytmeplan for dagvagten.</p>

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) Værnemidler er lettilgængelige for medarbejderne.	NO	<p>3 ud af 3 medarbejdere ses ikke anvende plastforklæde ifm. de hjælper borger med nedre hygiejne.</p> <p>Kommunens retningslinje foreskriver, at der skal anvendes plastforklæde når der ved personlig pleje er risiko for at få forurenset arbejdsdragten.</p> <p>Dette var også et identificeret indsatsområde ved kommunalt tilsyn i 2022.</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. Handleplanen kan f.eks. have form af referat fra personalemøde.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</p>	NO	<p>Der er ikke anvendt skriftlighed til kvalitetsstyringen. Indsatserne er ikke beskrevet i referater eller anden form for dokumentation. Opfølgning på indsatserne, er foregået i den daglige dialog på plejecenteret. Her er udvalgt tovholdere.</p>
5.2	<p>Effekten af tiltagene er evalueret. I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført</p>	NO	Se ovenfor
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>	NO	<p>Siden seneste tilsyn er igangsat tiltag</p> <p>Tiltag, som har medført øget målopfyldelse:</p> <p>Hygiejne - Tøjvask (2022): Relevante medarbejdere kender og anvender retningslinjer, der lever op til anbefalingerne i NIR.</p> <p>Dokumentation ifm. samarbejdet med praktiserende læger – indikator 3.7 (2022): Der kan redegøres for og fremvises dokumentation for struktureret samarbejde med praktiserende læger.</p>

			<p>Tiltag, som endnu ikke har medført forbedret målopfyldelse</p> <p>Det skriftlige arbejdsgrundlag - indikator 3.5 (2022)</p> <p>Hygiejne: Anvendelse af værnemidler – indikator 4.1 (2022)</p>
--	--	--	--

Bilag 1: Pårørendeinterview

Sammenfatning af pårørendeinterview for Fårvang Plejecenter

Antal interview under besøg: 0

Antal telefoninterview: 5

Interview i alt: 5

Tilsynet har talt med fem pårørende, der enten har en mor, niece eller onkel på plejecenteret. En pårørende kommer flere gange om måneden på plejecenteret, og de øvrige pårørende kommer enten flere gange om ugen eller ca. en gang om ugen på plejecenteret. De pårørende har alle været involveret i deres næres indflytning på plejecenteret. En borger har boet på plejecenteret under et ½ år. Tre borgere har boet på plejecenteret mellem 6 og 12 måneder og en borger mellem 1 og to år.

Målopfyldelse	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ikke relevant	Øvrige kommentarer
Indflytningen på plejecentret Samlet set: - Processen/information - Indflytningssamtale - Opfølgning	XX	X	XX				Tre pårørende fik en udmærket information om plejecenteret. En pårørende oplevede, at der ikke som lovet var en person til at vise dem rundt på plejecentret ved det første besøg, og de fik forkert information om stedet.
Maden og måltidet Samlet set: Din nærtståendes tilfredshed med - den mad, der serveres til måltiderne? - det sociale samvær	X	XXX	X				En pårørende fortæller, at den nærtstående ikke synes, at maden smager som den mad den nærtstående selv lavede. En pårørende fortæller, at den nærtstående er meget glad for at spise sammen med andre, og den nærtstående bliver skuffet, hvis der ikke sidder andre i spisestuen.

Målopfyldelse Tema	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant	Øvrige kommentarer
							<p>En pårørende fremhæver, at udvalget er godt for den nærtstående.</p> <p>En pårørende fortæller, at dennes nærtstående er meget glad for maddriften i huset, og maden smager altid fantastisk.</p>
<p>Pleje og vedligeholdelse af færdigheder <i>Samlet set:</i> Din tilfredshed med</p> <ul style="list-style-type: none"> - den pleje, din nærtstående modtager - støtten til at vedligeholde sine færdigheder 	X	XX		XX			<p>En pårørende fortæller, at den nærtstående brokker sig, når hjælperne ikke vil gøre de ting, som den nærtstående selv kan.</p> <p>En pårørende oplever, at nogle hjælpere kan tale hårdt til den nærtstående, og det kan gøre, at den nærtstående ikke beder om hjælp.</p> <p>En pårørende fortæller, at hjælpen var god i starten, men at der nu er mange problemer. Det kan knibe med at få lov til at hjælpe den nærtstående - især om dagen. Den pårørende oplever, at den nærtstående får for lidt opmærksomhed /tilsyn, idet den nærtstående ikke selv kan tilkalde hjælp. Den nærtstående kan sidde i sin egen afføring, og personalet undskylder med, at det lige er sket, hvilket ikke er tilfældet.</p>

Målopfyldelse Tema	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant	Øvrige kommentarer
							<p>En pårørende fortæller, denne har oplyst mange gange, at den nærtstående siger ja til alle stillede spørgsmål. Det betyder, at den nærtstående bl.a. ikke får bad, klippet negle eller bliver barberet.</p> <p>Den nærtstående tør ikke sige noget til personalet, idet denne er bange for repressalier. Det er nyt for den pårørende, at man ikke kan få bad på en helligdag. Det er uheldigt, at der er nye hjælpere hele tiden, som ikke kender til den nærtståendes specielle behov.</p>
Aktiviteter Hvordan er du tilfreds med de tilbud, din nærtstående får til at deltage i forskellige aktiviteter?			XX			XXX	<p>De pårørende fremhæver Venneforeningens store arbejde og engagement i stedet.</p> <p>En pårørende fortæller, at dennes nærtstående kikker på de forskellige aktiviteter – bliver desværre ikke involveret. Det vil kræve hjælp fra personalet.</p> <p>En pårørende mener, at der er for få aktiviteter. Der blev lovet et gå-hold for et halvt år siden, men det fungerer fortsat ikke.</p>

Målopfyldelse Tema	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant	Øvrige kommentarer
Rengøring Hvordan er du tilfreds med rengørings-standarden i din nærtståendes lejlighed?	X		X	X	XX		Tre pårørende mener, at det ikke er nok at få gjort rent hver tredje uge. Det er uhygiejnisk, især når der er problemer med vandledning og afføring. De pårørende gør rent, når de er på besøg.
Tøjvask Hvordan er du tilfreds med håndteringen af din nærtståendes vasketøj?		XX	XX	X			En pårørende oplever, at tøjet ikke altid bliver sorteret korrekt, og tøjet vaskes på for mange grader. En pårørende oplever, at tøjet ligger hulter til bulter inde i skabet. En pårørende oplever, at der burde blive vasket tøj noget oftere.
Kommunikation med plejecentret Samlet set om: - Imødekommenhed - Samarbejde med medarbejderne - Tilfredshed med den måde, som plejecentrets leder og medarbejdere håndterer ros, kritik eller forslag til forbedringer, der kommer fra pårørende?		XX	XXX				De pårørende oplever personalet meget søde og hjælpsomme, positive, imødekommende, samarbejdsvillige og lydhøre. En pårørende mener, at der bliver indkaldt til ligegyldige møder, som ikke har noget formål for de pårørende. En pårørende oplever, at det er svært at få fat i kontaktpersonen. Den pårørende har den opfattelse, at der mangler samarbejde / information personalet imellem. F.eks. at den nærtstående skal drikke af et glas med hank ellers tabes glasset.

Målopfyldelse Tema	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant	Øvrige kommentarer
							Det er svært, når der er mange nye hjælpere, for så starter man forfra.
Vil du anbefale plejecentret til andre?	X	XX			X	X	<p>De pårørende oplever plejecenteret som et pænt sted med perfekte faciliteter og gode lejligheder.</p> <p>Tre pårørende er yderst tilfredse. Det er et rart sted at være – også som pårørende, og de kender personalet.</p> <p>En pårørende er ikke tilfreds med den hjælp, som den nærtstående modtager.</p>

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 "Helt 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 ”Helt 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 ”Helt 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 ”Helt 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. ædretilsynets 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 sundhedslovsydelser, kvalitetssikring og patientsikkerhed i kommuner og regioner gennem funktioner som oversygeplejerske, kvalitetschef, tilsynschef, akkrediteringskoordinator m.m.

Hun har været surveyor gennem 13 år for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) indtil 2021.

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.

