



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Silkeborg Kommune

Sundhed og Omsorg

Plejecenter Bakkegården

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Resultater og vurdering af de enkelte temaer	12
Tema 1 Funktionsevne	13
Tema 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen.....	14
Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen – Mad og måltider.....	17
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed.....	20
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	23
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	24
 Bilag 1: Pårørendeinterview	 25
 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.

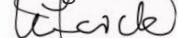
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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:

Plejecenter Bakkegården, Blichersvej 22, Thorning, 8620 Kjellerup

Leder:

Anne Torsting

Antal beboere:

16

Tilsynsbesøget fandt sted:

5. januar 2023

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- **Dokumentation:** Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 8 borgerjournaler), menuplaner, kostbog, handleplaner, borgerinformationer m.v.

Interview: 2 borgere, som helt eller delvis kan medvirke til interview. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Telefoninterview med 3 pårørende er gennemført efter tilsynsbesøget.

Desuden har tilsynet interviewet 1 plejecenterleder, 2 social- og sundhedsassistenter, 2 social- og sundhedshjælpere, 1 social- og sundhedsassistentelev og 1 ernæringsassistent.

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

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

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 3 borgere.

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP

Anne 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 bemærkninger

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.

Målopfylde 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.

Generelt

Plejeenheden fremstår grundlæggende velstruktureret og med højt fagligt engagement og opmærksomhed på borgernes trivsel. Leder og nøglemedarbejdere er opmærksomme på behovet for kontinuerlig kompetenceudvikling blandt medarbejderne.

I forhold til målepunkterne, som vedrører den social- og plejefaglige kvalitet ses enkelte udviklingspunkter, hvor øget målopfyldelse må forventes at kunne opnås indenfor kortere tid.

Der ses imidlertid også flere fund i borgerforløbene, som vedrører den sundhedsfaglige identifikation og opfølgning på helbredstilstande. Tilsynet hører positivt om kommende styrkelse i samarbejdsfladen til sygeplejerske, hvilket må forventes at øge målopfyldelsen.

Samlet set er vurderingen på baggrund af dette: Godkendt med bemærkninger.

Styrker

Funktionsevne

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

Medarbejderne er opmærksomme på relevansen af at inddrage fysio- og ergoterapeuter, hvilket bidrager til at borger kan bevare eller forbedre funktionsevnen.

Livskvalitet og tilfredshed

Bakkegården prioriterer at borgernes indflytning støttes af hjemmebesøg og at indflytningssamtaler afholdes svarende til det besluttede.

Borgerne udtrykker, at de er glade for medarbejderne, og glade for den hjælp og støtte medarbejderne giver. Borgerne giver udtryk for, at medarbejderne er imødekommende og venlige.

Plejen udføres i samarbejde med borger og i borgers tempo. Der opleves en hyggelig småsnakken med borgeren i forbindelse med den udførte pleje. I de overværede plejesituationer ses, at hjælpen ydes med en rehabiliterende tilgang, hvor borger bruger egne ressourcer så godt som muligt. Tilsynet observerer, at borger, som ikke længere kan svare for sig og/eller med ringe eller ingen funktionsevne modtager en omhyggelig, værdig og omsorgsfuld pleje. Borgerne fremtræder velplejede og velsoignerede svarende til eget ønske og mulighed.

Pårørende inviteres løbende med til alle aktivitetstilbud der er på centeret, hvilket medarbejder og leder oplever bidrager til en bredere tilslutning til disse arrangementer.

Sammenhæng og forudsigelighed

Det tilstræbes af afholde daglige tavlemøder, da disse understøtter samarbejdet internt og tværfagligt. Det er tilsynet indtryk at tavlemøderne dels bidrager til fælles forståelse og tidlig opsporing af borgere i risiko og dels bidrager til den løbende kompetenceudvikling.

Siden seneste tilsyn

Der foregår en løbende dialog mellem leder og stedets social- og sundhedsassistenter med henblik på prioritering og iværksættelse af tiltag.

Kvaliteten af døgnrytmeplanerne er i konstant fokus for at sikre at borgers ønsker og behov er tydelige.

Rengøring: Der er blevet ansat en rengøringsassistent, hvilket tydeligt har medvirket til at boliger og fællesarealer fremstår rengjorte svarende til den kommunale kvalitetsstandard.

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

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 1 tema er ”Helt opfyldt”
- 4 temaer er ”I betydelig grad opfyldt”
- 1 tema er ”I nogen grad opfyldt”

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

Tema 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Indikator 2.3: Implementering af ”Drejebog for den gode indflytning”

Tilsynet vurderer, at medarbejdere og leder arbejder engageret med implementering af drejebogen. I relation til før-indflytnings-, indflytnings- og opfølgingsmøder fremstår det uklart for medarbejder og leder, hvor og hvordan de skal dokumentere aftaler med borger og pårørende, hvilket kan vanskeliggøre relevant opfølgning. Bakkegården fortæller om dialog ift. rådgivning centralt om hvordan de bør dokumentere.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige implementeringsindsats, herunder

- Implementering af centrale beslutninger om, hvordan langsigtede og kortsigtede mål for indflytning dokumenteres, så medarbejderne har mulighed for rettidig opfølgning sammen med borger og pårørende.

Indikator 2.4: ”Den sidste tid”

Tilsynet konstaterer positivt, at anvendte arbejdsgange medvirker til at sikre, at der er taget stilling til livsforlængende behandling i det omfang, det er muligt. Dette er dokumenteret i borgernes journaler. Det er tilsynets indtryk, at såvel medarbejdere som leder er opmærksomme på vigtigheden af gode forløb for terminale borgere på Bakkegården. Der ses eksempel på dokumentation i tilknytning til borgers ønsker til den sidste tid i forhold til genoplivning. Det fremstår generelt uklart om ”den sidste tid” også omfatter, borgernes eventuelle ønsker til hvad der skal ske umiddelbart op til og umiddelbart efter døden er indtrådt.

Tilsynet anbefaler, at ledelsen

- Understøtter den fortsatte udvikling på dette indsatsområde i samarbejde med medarbejdere, borgere og pårørende.
- Medvirker til implementering af centrale beslutninger om, hvilke nøgleområder, det er vigtigt at få belyst, for at sikre kvaliteten i ”den sidste tid”, samt afklaring af hvor borgernes ønsker og aftaler dokumenteres.

Indikator 2.7 og 2.8: Aktiviteter – borgernes hverdag

Tilsynet erfarer, at Bakkegården ikke længere har tilknyttet en aktivitetsmedarbejder. Aktuelt er det primært plejepersonalet, der er ansvarlige for at sikre borgerne relevante aktivitetstilbud. Opslag for januar 2023 viser ugentligt tilbud om fællessang, samt enkelte andre tilbud hen over måneden. 1 ud af 2 borgere efterspørger flere aktivitets-tilbud, samt mulighed for indflydelse på disse tilbud.

Tilsynet anbefaler, at

- Medarbejdere og ledelse fortsat er opmærksomme på at understøtte borgernes potentiale og ønsker, så borgernes behov for socialt samvær imødekommes og der sikres adspredelse i hverdagen.
- Fortsætte iværksatte initiativer i forhold til inddragelse af pårørende og borgere fra lokalsamfundet.

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

Indikator 2.11: Menuplan - Borgerinvolvering

Tilsynet konstaterer, at 2 ud af 2 borgere tilkendegiver, at de ikke er inddraget i forbindelse med planlægning og tilberedning af menu. Specielt den ene borger kunne godt tænke sig at blive involveret.

Tilsynet anbefaler, at

- Der skabes mulighed for, at borgere – der ønsker det – i realistisk omfang kan få mulighed for at blive involveret i tilrettelæggelse og forberedelse af dagens måltider. F.eks. i forbindelse med bagning, borddækning og klargøring af frugt og grøntsager.

Indikator 2.12: Måltidet

Under middagsmåltidet observerer tilsynet manglende klarhed for, hvilke rammer der tilstræbes i forhold til afviklingen af måltidet. Tilsynet hører uoverensstemmende beskrivelse af hvad ”det gode måltid er”.

Tilsynet anbefaler, at

- Der iværksættes tiltag, der understøtter, at alle relevante medarbejdere får en fælles forståelse af hvad der kendetegner ”det gode måltid”.

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 elever, assistenter, sygeplejersker, terapeuter og ernæringsassistent m.fl. 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. I forbindelse med journalaudit ser tilsynet et godt eksempel på, hvordan der i døgnrytmeplanen tages højde for en borgers skiftende behov for hjælp til måltiderne, afhængig af borgers funktionsniveau.

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

Tilsynet anbefaler at fortsætte den igangsatte indsats, herunder at

- plejecenterets sundhedsfagligt ansvarlig sikrer journalaudit med fokus på
 - arbejdsgange til identifikation af risiko for underernæring
 - at handlingsanvisninger indeholder vejledning i hvordan der skal reageres, hvis der konstateres utilsigtet væggtab hos en borger
 - at der er evalueret på iværksatte indsatser og at der er handlet på evalueringerne.

Med henblik på at give mulighed for faglig sparring, kan dette eventuelt gennemføres i samarbejde med den sygeplejerske, der fremadrettet tilknyttes Bakkegården.

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

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

Ved observationer, medarbejderinterview og journalgennemgang, har tilsynet fundet eksempler på forskellige systematikker til understøttelse af disse – f.eks. en kostmappe i køkkenet (se fund ud for indikator 2.13), tavler og borgernes døgnrytmeplaner. Hos 2 ud af 3 borgere kan der ikke fremfindes dokumentation for sundhedsfaglig udredning forud for iværksat dysfagiindsats. For alle arbejdsgange gælder, at de ikke anvendes ensartet i medarbejdergruppen, og der er behov for en opmærksomhed på de specielle ernæringsindsatser hen over hele døgnnet.

Tilsynet konstaterer, at der aktuelt ikke er en fælles forståelse af begrebet ”blød kost”, der i nogen sammenhænge sidestilles med dysfagi-kost. Det har som konsekvens at medarbejderne fortæller uoverensstemmende om, hvad borger ikke skal tilbydes. Baggrund for iværksat særlig kostindsat er ikke systematisk tilgængeligt for medarbejderne.

Tilsynet anbefaler, at ledelsen

- Iværksætter en proces, hvor målgrupperne for de almindeligste ”særlige kostbehov” beskrives sammen med de ”særlige kostindsatser”.

- Understøtter udarbejdelsen og implementering af en vejledning i hvordan der bør dokumenteres i den forbindelse – for både dagvagter, aftenvagter og nattevagter.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Indikator 3.2: Tidlig opsporing

Tilsynet ser, at der i 4 ud af 4 borgerjournaler mangler evalueringer og deraf manglende opfølgning på observationer – blandt andet i forhold til ernæring, forebyggelse af tryksår og forebyggelse af kontrakturdannelse.

Arbejdsgangen er, at en assistent dagligt behandler døgnets observationer, men arbejdsgangen har været sårbar, idet opgaven ikke er varetaget under dennes fravær.

Tilsynet anbefaler at fortsætte indsatsen, herunder

- At medarbejderne sikres vejledning i hvordan de tilknytter observationer til handlingsanvisninger, og samtidig får viden om hvad de skal gøre, hvis der ikke er en relevant handlingsanvisning af koble observationen op på. – f.eks. kunne det overvejes, at denne type observationsnotater også skal sendes som en opgave til gruppen af sundhedsfaglige medarbejdere
- At der indføres arbejdsgange, der – på daglig basis – støtter sundhedsfaglig opfølgning på vigtige og kritiske observationer
- At der gennemføres sundhedsfaglige mini-audits, med fokus sikring af tidlig opsporing – eventuelt med inddragelse af den sygeplejerske, der fremadrettet er tilknyttet Bakkegården.

Indikator 3.3: Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings-)aktiviteter

Fokus: De kommunale tilbud efter §§83, 83a og 86 samt genoptræningsplaner (SUL) skal indgå i en samlet indsats for at bringe borger tilbage til eller så tæt som muligt til borgers potentiale for funktionsevne.

Ved afslutning af træningsforløb kan borger have behov for at fortsætte med aktiviteter indbygget i hverdagen.

Det kan være balanceøvelser indbygget i den personlige pleje, forflytte sig korrekt, rejse/siddeøvelser eller at medarbejder bare husker borger på øvelser eller opfordrer til at gå rigtigt med rollatoren.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne generelt er opmærksomme på at inddrage terapeuter, når borgernes funktionsniveau er truet.

Udviklingspunkter: Ved gennemgik i borgerforløb sammen med medarbejder ses udfordringer i forhold til at leve op til kommunes kvalitetsstandarder på dette område jf. beskrivelse under målepunktet.

Tilsynet anbefaler, at

- Indføre fastlagte arbejdsgange, der sikrer sundhedsfaglig involvering og opfølgning
- Gennemføre mini-audit i samarbejde med Bakkegårdens tilknyttede terapeuter, med henblik på at af-dække udfordringer og omfanget af disse. Iværksætte relevante tiltag på baggrund af de identificerede indsatsområder.

Indikator 3.4 og 3.5: Anvendelse af 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 fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje af borgerne, at alle medarbejdere har den nødvendige viden om borgerne.

Hertil er fyldestgørende og løbende ajourført dokumentation det 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.

Det er tilsynets vurdering, at der arbejdes ihærdigt med at udvikle en fælles systematik i relation til det skriftlige arbejdsgrundlag. Medarbejderne kan 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.

Udviklingspunkter: Ved gennemgik i borgerforløb sammen med medarbejder ses uoverensstemmende oplysninger, hvilket også ses af 2.13, 2.14, 3.2 og 3.3.

Tilsynet anbefaler at

- Gennemføre journalaudit med fokus på vurdering af kvaliteten i borgernes døgnrytmeplaner i både dag-aften- og nattevagt. Dette inkluderer opmærksomhed på handlingsanvisninger, der indeholder observationer, der skal understøtte eventuelle sundhedsfaglige indsatser.
- Iværksætte relevante processer med henblik på at sikre en ensartet god kvalitet i borgerjournalerne, således at medarbejderne er godt hjulpet til at sikre, at borgerne får den pleje og praktiske hjælp de har behov for, inklusiv forebyggelse af forebyggelig reduktion i borgers funktionsniveau eller forebyggelig forværring i borgers helbredstilstand.

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 NIR, at ved udførelse af personlig hygiejne med risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser, anvendes plastforklæde.

Udviklingspunkt: I 2 ud af 2 sete morgenplejesituationer ses nedre hygiejne uden anvendelse af plastforklæder. Dette punkt var også et indsatsområde i den kommunale tilsynsrapport fra 2022.

Tilsynet anbefaler

- At der iværksættes tiltag, så anbefalingerne i NIR¹ 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, hvilket fremgår af personale mødereferater. Blandt andet er der et fast dagligt fokus på døgnrytmeplanernes kvalitet støttet af at det er emne på oversigtstavlen.

Nogle emner har været vanskelige at opnå forbedret målopfyldelse af.

Tilsynet anbefaler

- At styrke processtyringen med operationel oversigt: Hvem gør hvad (tovholdere), hvornår og hvordan.
- 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 tovholdere og relevante medarbejdere.

¹ Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for plejehjem, hjemmepleje, bo- og opholdssteder m.m. 2020 udgave 1

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	HO
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	BO
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Lokal proces med prioritering, tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen sammenlignet med seneste tilsyn	BO

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

Tilsynsførende vurderer for hvert målepunkt, om dataindsamlingen viser overensstemmelse med målepunktets angivelser. I bemærkningsfeltet udfor hvert målepunkt er ikke medtaget alle fund, men der 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. 	HO	
1.4	<p>Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden.</p> <p>Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering.</p>	BO	I 4 ud af 4 journaler manglede evalueringer og deraf manglende opfølgning på observationer.

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. 	NO	<p>Tilsynet konstaterer positivt, at de seneste 3 borgere, der har valgt en bolig på Bakkegården, har fået besøg af leder eller social- og sundhedsassistent. I 2 tilfælde er dette foretaget sammen med borgerens kommende kontaktperson.</p> <p>Tilsynet vurderer, at medarbejdere og leder arbejder engageret med implementering af drejebogen.</p>

			<p>Plejecenteret har for ganske nyligt efterspurgt kommunale retningslinjer for systematisk dokumentation i relation til indflytning og afventer tilbagemelding.</p> <p>Medarbejdere og leder kan redegøre for og fremvise, hvorledes materialet anvendes.</p> <p>Ad 1 Det er ikke muligt at finde dokumentation for udlevering af materiale i 3 ud af 3 borgerforløb.</p> <p>Ad 2 Der kan ikke fremfindes eksempler på aftaler indgået i forbindelse med indflytningssamtaler og således ikke eksempler på opfølgning i den forbindelse.</p> <p>Ad 5 Medarbejderne giver uoverensstemmende oplysninger om, hvor og om der journaliseres.</p>
<p>2.4</p>	<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. 	<p>BO</p>	<p>Tilsynet vurderer, at medarbejderne tilstræber at sikre god kvalitet i borgernes sidste tid.</p> <p>I 2 ud af 3 borgerjournaler findes klar stillingtagen til livsforlængende behandling.</p> <p>I 2 ud af 3 borgerjournaler findes ikke tilsvarende eksempler på ønsker i forbindelse med den sidste tid.</p> <p>Blandt medarbejderne er der ikke en ensartet forståelse af hvad "ønsker til den sidste tid" dækker over.</p>

2.5	<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 	HO	
2.6	<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> <p>Medarbejderne beskriver arbejdsgange, der støtter at inkontinente borgeres behov for toiletbesøg og evt. bleskift imødekommes.</p>	HO	
2.7	<p><i>Aktiviteter – borgernes hverdag</i></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. 	BO	<p>Aktuelt er det primært plejepersonalet, der er ansvarlige for at sikre aktivitets-tilbud.</p> <p>Opslag for januar viser ugentligt tilbud om fællessang, samt enkelte andre tilbud hen over måneden.</p>
2.8	<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>	BO	<p>1 ud af 2 borgere efterspørger flere aktivitetstilbud, samt mulighed for indflydelse på disse tilbud.</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. 	BO	Se 2.12
2.11	<p>Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende. Der høres om involvering af borgere i det omfang det er muligt.</p>	BO	2 ud af 2 borgere tilkendegiver, at de ikke er inddraget i forbindelse med planlægning af menu.
2.12	<p>Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.</p>	BO	<p>Medarbejderne søger at skabe et godt måltid, men middagsmåltidet har kantinepræg uden medarbejdere, der kan skabe hygge fraset en medarbejder, som senere i måltidet skal hjælpe en borger med spisning og derefter står for en fælles hyggesnak. Ovenstående kan være grundet særlige forhold på dagen.</p> <p>Efterfølgende høres om uoverensstemmende beskrivelse af hvad "det gode</p>

			måltid er” og hvad medarbejderens opgaver er.
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>	NO	<p>Hos 2 ud af 3 borgere kan ikke fremfindes dokumentation for sundhedsfaglig udredning forud for iværksættelse af dysfagi-indsats.</p> <p>2 ud af 2 medarbejdere kan ikke redegøre for forskellen mellem ”blød kost” og ”dysfagi-kost” og vurderer borgers behov for tilbud af kost forskelligt.</p> <p>Kostmappe i køkkenet indeholder kostskemaer på hver enkelt borger.</p> <p>Af kostmappens forside fremgår, at relevante medarbejdere skal orientere sig i mappen i hver vagt.</p> <p>Det er uklart hvem der er ansvarlig for at kostmappens indhold er i overensstemmelse med Nexus m.m.</p> <p>Samlet liste over borgere med behov for proteindrikke ses sårbart placeret, idet der står på bagsiden af en borgers kostskema.</p>
2.14	<p>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</p> <p>Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleanvisende. 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 vejhyppighed ses udført 4) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. 	NO	<p>Ad 1) I 3 ud af 4 borgerjournaler ses ikke sammenhængende beskrivelse af ernæringsindsatsen.</p> <p>Ad 2) Opfyldt i en borgerjournal, hvor det fremgår, hvorledes borgeren engang i mellem har behov for hjælp til måltiderne, afhængig af borgers aktuelle funktionsniveau.</p> <p>Ad 3) Hos 1 ud af 2 borgere kan der ikke fremfindes dokumentation for</p>

			<p>vejning svarende til handlingsanvisningen. Hos samme borger er der uoverensstemmelse mellem det faglige notat og handlingsanvisningen.</p> <p>Ad 4) I 2 ud af 2 borgerjournaler kan der ikke fremfindes dokumentation for opfølgning på væggtab.</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 bilag 1.</p>	HO	
3.2	<p><i>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing samt opfølgning</i></p> <p>Medarbejdere kender arbejdsgangene for</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	NO	<p>Hos én borger ses der 4 observationsnotater i relation til begyndende og efterfølgende reel udvikling af tryksår. Disse er ikke fulgt op af en sundhedsfaglig vurdering, da de ikke er knyttet op på et fagligt notat og dertilhørende handlingsanvisning. Døgnrytmeplanen er ikke retvisende hos denne borger.</p> <p>Hos 3 andre borgere ses ikke sundhedsfaglig opfølgning på observationsnotater ift. kontraktur og ernæring.</p>
3.3	<p><i>Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne med tildelede §§ 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. 	NO	<p>Hos én borger er handlingsanvisning udarbejdet af fysioterapeut ikke overført til borgers døgnrytmeplan, hvorfor planen ikke har været tilgængelig for plejepersonalet.</p>

	<p>Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, herunder hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.</p>		<p>Hos 2 ud af 2 borgere ses der ikke dokumentation for opfølgning på træningsindsatser.</p> <p>Hos en borger med kontrakturer fremgår det, at der er bestilt og gennemført vurdering af fysioterapeut 2 gange indenfor det sidste halve år. Der kan ikke fremfindes faglige notater i tilknytning til disse vurderingstilsyn. Der findes ikke dokumentation for, at en sådan vurdering af blevet efterspurgt af Bakkegårdens plejepersonale.</p>
3.4	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag - Generelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Medarbejderne kender og anvender omsorgsjournalen ensartet. b) Der ses overensstemmende oplysninger om borgerens tilstande mellem tilstande, handlingsanvisninger, observationer, faglige notater, døgnrytmeplaner mv. 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 <i>måling, reaktion, sundhedsfaglig vurdering, konsekvensrettelse</i> 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. <p>Målepunktet omfatter de dele af omsorgsjournalen, som er relevant for tilsynets foci. Andre krav om journalføring for sundhedslovsydelser er som udgangspunkt ikke omfattet, medmindre der under tilsynsbesøget skulle blive identificeret forhold, der kan indebære en risiko for borgeren.</p>	NO	<p>Ad a) 3 ud af 3 medarbejderne kan orientere sig i borgerjournalen svarende til deres funktion.</p> <p>Ad b) Jf. noter under pkt. 3.2 og pkt. 3.3 er dette ikke tilfældet i alle borgerjournaler</p> <p>Ad c) 1 ud af 2 borgere findes der uoverensstemmelser af betydning for den udførte pleje.</p> <p>Ad d) Jf. noter under pkt. 3.2 og pkt. 3.3 er dette ikke tilfældet i alle borgerjournaler</p> <p>Ad e) Jf. noter under pkt. 3.2 og pkt. 3.3 er dette ikke tilfældet i alle borgerjournaler</p> <p>Ad f) 2 ud af 2 medarbejdere beskriver dette tilfredsstillende.</p>

3.5	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag for udførelse af de daglige social- og plejefaglige opgaver hos borgerne</p> <p>Døgnytmeplaner indeholder lettilgængelige, opdaterede og handleanvisende oplysninger om borgers ressourcer og behov, herunder hvorledes støtten ydes individuelt ud fra borgers livsstil og ønsker.</p>	BO	<p>Døgnytmeplanerne er overvejende tilstrækkeligt handlingsanvisende i forhold til at sikre, at medarbejderne kan levere den støtte og hjælp borgerne har behov for.</p> <p>Dette gælder i særlig grad for dagvakterne.</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	Ad 1) 2 ud af 2 medarbejdere benytter ikke plastikforklæder i forbindelse med at de hjælper en borger med den personlige hygiejne – jf. retningslinjer fra NIR. Leder og 2 social- og sundhedsassistenter beskriver iværksatte initiativer på området. Ad 2) Værnemidler og desinfektionsmidler er let tilgængelige

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>	BO	<p>Referater fra personalemøder foreligger i forhold til iværksættelse af tiltag. Der foregår en løbende dialog mellem leder og stedets social- og sundhedsassistenter med henblik på iværksættelse af tiltag.</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>	BO	<p>Der ses ikke evaluering af de iværksatte tiltag.</p>
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>	BO	<p>Siden seneste tilsyn er der igangsat tiltag. Blandt andet er der et fast dagligt fokus på døgnrytmeplanernes kvalitet støttet af at det er emne på oversigts-tavlen.</p> <p>Tiltagene har medført øget målopfyldelse i relation til <u>rengøring</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Boliger og fællesarealer fremstår rengjorte svarende til den kommunale kvalitetsstandard. <p>Tiltagene har endnu ikke medført øget målopfyldelse i relation til <u>hygiejne</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brug af plastforklæder i forbindelse med levering af indsatser i tilknytning til personlig hygiejne.

Bilag 1

Sammenfatning af pårørendeinterview for
Antal interview under besøg:

Plejecenter: Bakkegården
Antal telefoninterview: Tre

Interview i alt: Tre

Målopfyldelse	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant	Øvrige kommentarer
Tema							
Indflytningen på plejecentret Samlet set: <ul style="list-style-type: none"> - Processen/information - Indflytningssamtale - Opfølgning 		X X X					<p>Tre pårørende oplevede god information inden flytningen. De havde et udmærket samarbejde omkring indflytningen.</p> <p>En pårørende havde ønsket en bedre overlapning fra hjemmeplejen til plejecentret.</p> <p>Fra dag et manglede der en kontaktperson, der kunne følge op på hjemmeplejens døgnrytme-plan.</p> <p>En pårørende havde ønsket, der blev spurgt mere ind til hendes demente mors interesser og kompetencer.</p> <p>En pårørende havde aftalt, at de havde nogle dage til indretning af lejligheden før indflytningen. Dette mislykkedes desværre.</p> <p>En pårørende oplevede, at kontaktpersonen besøgte hendes mor inden flytningen.</p>

Målopfyldelse	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ikke relevant	Øvrige kommentarer
Tema							
Maden og måltidet Samlet set: Din nærtståendes tilfredshed med <ul style="list-style-type: none"> - den mad, der serveres til måltiderne? - det sociale samvær 		X X				X	To pårørende oplever, at deres nærtstående er tilfredse med maden. Det er dejlig hverdagsmad, og der er tit hjemmebagte boller og kager. En beboer har taget for meget på i vægt, synes den pårørende
Pleje og vedligeholdelse af færdigheder Samlet set: Din tilfredshed med <ul style="list-style-type: none"> - den pleje, din nærtstående modtager - støtten til at vedligeholde sine færdigheder 		X X		X			En pårørende oplever, at døgnrytmeplanen fra hjemmeplejen ikke bliver brugt. Hendes mor har endnu ikke fået tillid til personalet – ønsker at komme hjem. Moren kan være svær at hjælpe, og får derfor ikke altid den nødvendige hjælp f.eks. med at få børstet tænder, få nattøj på. Der kan være afføring rundt om i lejligheden. En beboer klarer selv det daglige, og får kun hjælp til bad. To pårørende oplever, at deres nærtstående får støtte til at gøre det de selv kan.
Aktiviteter Hvordan er du tilfreds med de tilbud, din nærtstående får til at deltage i forskellige aktiviteter?		X				X X	En pårørende ønsker mere hjælp til hendes mor, så hun dagligt kan komme op at stå og gå lidt rundt – træning ved ergoterapeut. Der sker mange forskellige aktiviteter, f.eks. cykel- og bilture.

Målopfyldelse	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant	Øvrige kommentarer
Tema							
							En pårørende oplever, at det er begrænset, hvad hendes mor kan deltage i.
Rengøring Hvordan er du tilfreds med rengørings-standarden i din nærtståendes lejlighed?		X		X		X	En pårørende gør rent i lejligheden. En pårørende synes, at standarden er fin. En pårørende oplever, at der ligger ting på gulvet, og spisebordet ikke bliver tørret af ved behov.
Tøjtjvask Hvordan er du tilfreds med håndteringen af din nærtståendes vasketøj?		X	X	X			To pårørende oplever, at tøjet ikke altid er rent. Noget tøj krymper, fordi det bliver vasket forkert eller kommer i tørretumbler.
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?	X X X						Tre pårørende oplever god kommunikation med personalet. Alle er meget søde, rare og imødekommende, nemme at snakke med. Personalet lytter til kritik og er meget samarbejdsvillige. Personalet gør det rigtig godt. Tre pårørende oplever, at der nogle gange er begrænsede ressourcer.

Tabel 1

Vil du anbefale plejecentret til andre

JA: XXX

NEJ:

VED IKKE/BÅDE OG:

Pårørendesynspunkter:

Sammenfattende kommentarer:

Tilsynet har talt med tre pårørende, og de er alle børn til beboerne. En pårørende kommer flere gange om ugen og to pårørende kommer ca. en gang om ugen på plejecentret. Alle tre har været involveret i indflytningen på plejecentret. En beboer er flyttet ind på plejecentret indenfor de sidste 6 måneder, en beboer er flyttet ind for de sidste 12. måneder. En beboer har boet på plejecentret mellem et og to år.

Indflytningen på plejecentret:

Tre pårørende oplevede god information inden flytningen.

En pårørende havde ønsket, der blev spurgt mere ind til hendes demente mors interesser og kompetencer. Det ville give et bedre kendskab til hendes mor og derved en bedre mulighed for at yde den rigtige pleje og omsorg. Der manglede en kontaktperson fra dag et, der kunne følge op på hjemmeplejens døgnrytmeplan.

En pårørende havde aftalt, at de havde nogle dage til indretning af lejligheden før flytningen. Dette mislykkedes desværre.

En pårørende oplevede, at kontaktpersonen besøgte hendes mor inden flytningen, hvilket gav en god information om, hvem hendes mor er.

En pårørende havde ønsket en bedre overlapning fra hjemmeplejen til plejecentret.

Maden:

To pårørende oplever, at deres nærtstående er tilfredse med maden. Det er dejlig hverdagsmad, og der er tit hjemmebagte boller og kager.

En beboer har desværre taget på i vægt, synes den pårørende.

Pleje og vedligeholdelse af færdigheder:

En pårørende oplever, at døgnrytmeplanen fra hjemmeplejen ikke bliver brugt. Hendes mor har endnu ikke fået tillid til personalet – ønsker at komme hjem. Hendes mor kan være svær at hjælpe, og hun får derfor ikke altid den nødvendige hjælp f.eks. med at få børstet tænder, få nattøj på. Der kan være afføring rundt om i lejligheden.

En beboer klarer selv det daglige, og får kun hjælp til bad. To pårørende oplever, at deres nærtstående får støtte til at gøre, det de selv kan.

Aktiviteter:

En pårørende ønsker hjælp til mere fysisk aktivitet, så hendes mor kan komme op at stå og evt. gå lidt rundt.

Der sker mange forskellige aktiviteter på plejecentret, f.eks. cykel- og bilture.

Rengøring:

En pårørende gør selv rent i lejligheden.
En pårørende synes, at standarden er fin.
En pårørende oplever, at der ligger ting på gulvet, og spisebordet ikke bliver tørret af efter maden.

Tøjvask:

To pårørende oplever, at tøjet ikke altid er rent.
Noget tøj krymper, fordi det bliver vasket forkert eller kommer i tørretumbler.

Kommunikation med plejecentret:

Tre pårørende oplever god kommunikation med personalet. Alle er meget søde, rare og imødekommende, nemme at snakke med og villige – føler dig hørt bestemt.
Personalet lytter til kritik og er meget samarbejdsvillige.
Personalet gør det rigtig godt.
De pårørende oplever, at der nogle gange er begrænsede ressourcer.



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, 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. 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 har været surveyor med ledende funktioner 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.

