



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Silkeborg Kommune

Sundhed og Omsorg

Plejecenter: Kongsbergvej 7

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Det skriftlige arbejdsgrundlag	8
Resultater og vurdering af de enkelte temaer	10
Tema 1 Funktionsevne	11
Tema 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	12
Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen – Mad og måltider	14
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	14
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	21
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	22
Bilag 1: Pårørendeinterview	23
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	27
Om virksomheden og kontaktoplysninger	30

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.

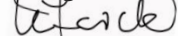
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

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:

Kongsbergvej 7 1, 8620 Kjellerup

Plejecenterleder:

Birgitte Garner

Antal beboere:

48 borgere

Tilsynsbesøget fandt sted:

11. september 2023

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 8 borgerjournaler), arbejdsoversigter, menu-planer, aktivitetsplan, borgerinformationer, tavleoversigter m.v.

Interview: 6 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview. De er informeret om formål og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Pårørende er interviewet via telefon (bilag 1).

Desuden har tilsynet interviewet: 1 plejecenterleder, 1 sygeplejerske, 2 sosu-assistenten, 2 sosu-hjælpere.

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

Tilsynsførende har overværet dele af personlig pleje til 2 borgere og hjælp til spisning hos 1 borger.

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:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

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.

Målopfølgelse 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

I nedenstående 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.

Styrker

Funktionsevne:

Borgernes funktionsevne støttes via et velfungerende samarbejde med terapeuter. Et samarbejde der fremmer f.eks. kvaliteten af forflytninger, korrekt anvendelse af hjælpemidler og faglig sparring til medarbejdere omkring øvelser, der kan styrke borgerens funktionsevne. Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen: Tilsynet iagttager hverdagslivet. De interviewede borgere giver udtryk for, at medarbejdere er venlige og omsorgsfulde, uanset hvilket tidspunkt på døgnet, det er. Det er ikke altid de kender borgerens behov så godt, men ”så finder vi ud af det sammen”, fortæller en borger. Hjælpen kommer oftest inden for kortere tid, når der bliver spurgt om hjælp.

Praktisk hjælp: Tilsynet vurderer, at de sete boliger og fællesarealer generelt fremstår hygiejnisk rengjort. Borgernes boliger og personlige hjælpemidler fremtræder rengjorte svarende til kvalitetsstandarder. Nogle pårørende bidrager til rengøringen.

Personlig pleje: Tilsynet overværer personlig pleje hos flere borgere og finder, at denne understøtter borgerne i at bevare funktionsevnen på bedste vis. Plejesituationen foregår værdigt med respekt for borgernes ønsker og livssituation. Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Medarbejderne fremstår omsorgsfulde og vægter højt at kunne give en nærværende, individuel og omhyggelig pleje.

Mad og måltider: Måltiderne indtages for næsten alle borgeres vedkommende i fællesrummene ved køkkenet. Menuplanen sammensættes af ernæringsmedarbejderen, som indhenter ris/ros via en fælles postkasse. Her kan borgere komme med ønsker til måltiderne og disse efterkommes i stor udstrækning.

Sammenhæng og forudsigelighed: Medarbejderne arbejder fortrinsvist på den samme etage. Tavlemøder medvirker til tidlig opsporing af borgere i risiko oftest med sygeplejerske som tovholder for processen. De afholdes så tit det kan lade sig gøre, oftest hver dag.

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

Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

Vurdering af målopfyldelse:

- 2 temaer er ”Helt opfyldt”
- 2 temaer ”I betydelig grad opfyldt”
- 2 temaer er ”I nogen grad opfyldt”.

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

Temaer, der ikke er vurderet ”Helt opfyldt” beskrives kort i det følgende efterfulgt af tilsynets anbefalinger. Uddybende oplysninger kan ses under temaets målepunkter.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Kontinuitet for borgeren

4 ud af 6 interviewede borgere ønsker, at der er en bestemt de kan tale med om ting, der ikke vedrører dagens opgaver. Det er gennemgående, at borgerne fortæller, at alle er imødekommende, og vil undersøge spørgsmål, når man er i tvivl om noget. Men der går lang tid, før man får svar tilbage - eller også hører man ikke noget.

Flere har hørt et navn på en kontaktperson, men ved ikke rigtigt, hvem det er, da de ikke har fået navnet på skrift.

Tilsynet erfarer, at der overvejes tiltag til forbedringer. Det øgede fokus på at skabe kontinuitet må forventes at styrke målopfyldelse på andre områder jf. nedenfor.

Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen - Får borger tilbudt den rette kost?

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. Ældre og småspisende borgere er ofte sårbare, idet en utilstrækkelig ernæringstilstand kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens.

Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne, og er dermed en risiko for borgersikkerheden. Forebyggelse kræver en tidlig opsporing. Ernæringsindsatserne en kædeproces med opgaver fordelt mellem hjælpere, elever, uuddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl.

Vejninger af borgere er et af indikatorerne på, om borgerne får den ernæring, de har behov for. (Se [2015-AEL-dre_vaegttab_anbefalinger.ashx \(sst.dk\)](https://www.sst.dk/da/2015-ael-dre-vaegttab-anbefalinger.ashx))

Arbejdsgangene skal støtte, at borgere med særligt kostbehov tilbydes den rette kost. Oplysninger om kost skal være lettilgængelige for relevante medarbejdere i journalen samt – hvis det er praksis – som dobbeltdokumentation på papirbårne sedler, tavler o. lignende.

Udviklingspunkter:

Vejhyppighed.

For 5 ud af 8 borgere ses aftalt vejhyppighed udført og indskrevet i Nexus.

Tavleoversigt anvendes i de to etager. En kolonne viser ”forrige vægt” og ”seneste vægt” med markering med rød ved vægttab. Hver dag spørges ind til dagens vejninger og om nogen har tabt sig. Det fremstår velfungerende.

For borgere, der ikke er vejet længe, kan tavlen give misvisende opfattelse af tilstanden. Dette ses for 1 ud af 4 undersøgte. For 2 andre borgere er seneste vægt skrevet på tavlen, men ikke i Nexus.

Reaktion på utilsigtet vægttab eller vægtøgning

For borger med sondeernæring ses ikke mål for vægt. Vægtøgning er 6 kg på siden marts. Den viden ses ikke i ”Problemer med fødeindtag” og aktuel kommunikation om ernæringens sammensætning. Formentlig er øgningen ikke erkendt, da den har været langsomt stigende og der ikke er indsat systematisk opfølgning på helbredstilstanden.

For 1 borger ses ved indflytning vægttab på 3 kg, som ikke er meldt videre til sundhedsfaglig vurdering.

Nogle af nedenstående anbefalinger er sammenfaldende med anbefalinger om den skriftlige dokumentation.

Tilsynet anbefaler,

- at tavlens opbygning ift. vægt evalueres, herunder at alle borgeres aktuelle registreringer tjekkes også ift. Nexus
- at sætte mål for borgernes vægt (vedligehold, tage på ift. vægt på x kg)
- at sætte fokus på, hvorledes formidlingen af vægttab/vægtøgning til sundhedsfaglig bedst kan tilrettelægges, f.eks. som observation lagt som opgave
- at overveje at gennemføre en minijournalaudit på ovenstående med jævne intervaller med deltagelse af assistenter.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Tidlig opsporing og reaktion ved ændringer i borgers tilstand

Der planlægges med daglige tavlemøder i de to grupper. Her sker den mundtlige formidling af ændringer i borgernes tilstande, f.eks. aff.mønster, adfærd, trivsel, hudproblemer, sondeernæring /smagsoplevelser, fald, vægttab mv. og tavleoplysningerne ajourføres.

Opmærksomhedspunkt: Af Nexus og af tavlen ses udfordring med at få samlet op på ændringer i borgers tilstande i fornødent omfang, herunder konsekvensrettelser i faglige notater, døgnrytmeplaner m.m.

Det er tilsynets indtryk, at ansvars- og opgavefordelingen er uklar. En del medarbejdere er involveret over tid, men hvilken funktion har opgaven i forhold til koordinering og kontinuitet i det enkelte borgerforløb?

Tilsynet anbefaler

- at beslutte ansvars- og opgavefordelingen mellem sygeplejerske, assistenter og hjælpere, som bedst muligt sikrer kontinuitet og koordinering af borgerforløbene
- at de involverede fagpersoner evaluerer borgerforløb ud fra valgte målepunkter.

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.

Udviklingspunkt:

I 6 ud af 8 journaler sås uoverensstemmelse mellem tilstande, faglige notater, observationer, målinger, handlingsanvisninger og døgnrytmeplaner. Eksempler ses af 2.14, 3.2 og 3.5.

Døgnrytmeplanerne fremstår handleanvisende for 7 ud af 8 borgere i forhold til personlig pleje. Derudover ses uoverensstemmende oplysninger svarende til, at arbejdsgangen ikke sikrer konsekvensrettelser ved ændringer. En oversigtstavle supplerer Nexus. Tavlen anvendes til at sikre den daglige opfølgning og videre plan. Der ses dobbeltdokumentation, som ved stikprøve viser misvisende data for 1 borger ud af 4 undersøgte.

Ovenstående medfører en risiko for, at der arbejdes ud fra misvisende data, hvilket vurderes at 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.

Det er tilsynets indtryk, at udfordringerne kan ligge i uklar ansvars- og opgavefordeling for opfølgning og dokumentation samt i den daglige faglige refleksion.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- beslutte ansvars- og opgavefordeling for borgerforløb
- gennemgå arbejdsprocesserne for dokumentation og fastlægge fremtidig proces, herunder assistenternes ansvar for opdatering for egne borgere
- i videreudvikling af tavlerne at overveje datering af data
- følge implementeringen ved jævnlige miniaudits af ½ time (ca. 5 borgerforløb) med deltagelse af sygeplejerske, assistenter og hjælpere.

Tema 5 Opfølgning fra sidste tilsyn

I uanmeldt kommunalt tilsyn efterår 2022 sås, at nye arbejdsgange havde sikret fuld overensstemmelse i den skriftlige dokumentation, men at der sås begyndende forbedringsbehov og udfordring med at fastholde det opnåede niveau.

Tilsynet anbefaler, at

- styrke processtyringen med anvendelse af løbende evalueringer
- anvende data fra evalueringerne. Hvad viser evalueringen og hvad vil vi gøre, hvis resultaterne ikke har været tilfredsstillende.

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	HO
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	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 udfor hvert målepunkt er beskrevet særlige positive eller negative fund, som kan have værdi i det videre arbejde.

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

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<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>	BO	<p>Tilsynet hører, at borgerne overvejende oplever, at medarbejderne kender opgaverne hos dem.</p> <p>Nogle gange må borger guide dem.</p> <p>Flere borgere siger, at det er ok, men at de er glade for, at de selv kan fortælle.</p>
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>	HO	

Tema 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering

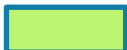


Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Får du støtte, så du kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? 2) Er du med til at planlægge/bestemme, 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 "Drejbog 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. 	BO	<p>For 2 ud af 4 borgere, som er flyttet ind seneste halvår ses indflytningsmøde dokumenteret i journalen.</p> <p>Det er tilsynets indtryk, at centret arbejder med systematikken, og at drejebogen er under implementering.</p>

2.4	<p><i>Kommunens fokusområde 2023: Den sidste tid</i></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. 	HO	
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>	BO	<p><i>For 2 ud af 3 borgere, hvor øvelser er anbefalet af terapeuter, fremgår dette ikke af døgnrytmeplanerne.</i></p>
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. 	HO	
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>	HO	

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>	BO	6 borgere er meget tilfredse med maden, dog oplever de 4, at kødet vanskeligt kan tygges og skæres.
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. 	NO	
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 og/eller -intolerance <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>Sygeplejerskefunktion: Her ses faste arbejdsgange og stor bevågenhed for borgernes kostbehov og den tidlige opsporing.</p> <p>Opmærksomhedspunkt Trods ovenstående ses af 2.14 eksempler på sårbare arbejdsgange særligt for vide-reformidling til sundhedsfaglig medarbejder.</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 vejehyppighed ses udført 4) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. 	NO	<p>For 5 ud af 8 borgere ses aftalt vejehyppighed udført og indskrevet i Nexus. For 2 borgere er seneste vægt skrevet på tavlen, men ikke i Nexus.</p> <p>Tavlen anvendes i de to etager. Udfor alle borgeres navne står ”forrige vægt” og ”seneste vægt” med markering med rød ved vægttab. Hver dag spørges ind til dagens vejninger og om nogen har tabt sig. Det fremstår velfungerende.</p> <p>For borgere der ikke er vejet længe, ses at tavlen kan indeholde ikke-tidstro data: For 1 borger, som skal tilbydes vejning hver 14. dag (fagligt notat), ses vægte skrevet på tavlen. Af Nexus ses, at vægtene er fra 2021. Ingen, der kender borgeren, har reflekteret og reageret. Vægtkontrol ses ikke af kalender.</p> <p>For 1 borger ses ved indflytning vægttab på 3 kg, som ikke er erkendt/meldt videre til sundhedsfaglig vurdering. Der ses ikke oplysning i observation.</p>

			<p>For borger med sondeernæring ses ikke mål for vægt (vedligeholde bestemt vægt, tage på o.a.). Hun har taget 6 kg på siden marts. Dette ses ikke i fagligt notat eller medtaget i nylig kommunikation om justering af ernæringens sammensætning.</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 spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? 2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig? 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 5) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald. <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1</p>	NO	<p>4 ud af 6 borgere efterlyser, at der er en bestemt, de kan tale med om ting, der ikke vedrører dagens opgaver.</p> <p>Det er gennemgående, at borgerne fortæller, at alle er imødekommende, og vil undersøge spørgsmål, når man er i tvivl om noget. Men der går lang tid, før man får svar tilbage - eller også hører man ikke noget.</p> <p>Flere har hørt et navn på en kontaktperson, men ved ikke rigtigt, hvem det er, da de ikke har fået navnet på skrift. Tilsynet erfarer, at der tages i gang for forbedringer.</p>
3.2	<p>Arbejdsprocesser ved ændring af borgers tilstand – tidlig opsporing samt opfølgning</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>Der planlægges daglige tavlemøder i de to grupper.</p> <p>Her sker den mundtlige videreformidling og drøftelse af ændringer i borgernes tilstande, f.eks. aff.mønster, hudproblemer, adfærd, sondeernæring /smagsoplevelser, fald, vægttab mv.</p> <p>Opmærksomhedspunkt: En gennemgående udfordring omhandler opfølgning/refleksion på ændringer i borgers tilstand.</p>

		<p>F.eks:</p> <p>Mave/tarmfunktion: I observation skriver sgpl. om diarre og gul/grøn fæces. Plan er opmærksomhed fra frontmedarbejderne de kommende dage. Der ses ikke oplysninger herefter.</p> <p>Sondeernæring: Her ses handling på delproblem med sondeernæringen, men støt vægtøgning er ikke medtaget i beslutning om energisammensætningen – formentligt fordi vægtøgningen ikke er erkendt. Af fagligt notat ses ikke mål for vægt.</p> <p>Vægtkontrol: Af fagligt notat ses, at borger skal tilbydes vejning hver måned. Dette ses ikke gjort siden 2021. Ingen har savnet vægtene.</p> <p>En borger har indenfor kortere tid haft fald, tabt i vægt, haft problem med lavt blodtryk, haft diarre. Disse symptomer er hver for sig erkendt, men der ses ikke fulgt op med observationer eller helhedsvurdering/helbredstilstande på dette.</p> <p>Af Nexus og af tavlen ses udfordring med at få samlet op på ændringer i borgers tilstande og fulgt op i fornødent omfang, herunder konsekvensrettelser i Fagligt notat og døgnrytmeplanerne.</p> <p>Det er tilsynets indtryk, at ansvars- og opgavefordelingen er uklar.</p>
--	--	--

			En del medarbejdere er involveret over tid, men hvilken funktion har opgaven i forhold til det enkelte borgerforløb? Supplerende oplysninger ses ift. arbejdsprocesser ved vejning i 2.14 samt ved dokumentation i 3.4 og 3.5.
3.3	<p><u>Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter</u></p> <p>1) Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne med tildelt §§ 83 og 86, opfølgning på GOP samt vederlagsfri fysioterapi.</p> <p>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.</p> <p>Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, herunder hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.</p>	BO	For 2 ud af 3 borgere, hvor terapeuter har anbefalet øvelser, ses det ikke formidlet i døgnrytmeplanerne.
3.4	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag - Generelt:</p> <p>a) Medarbejderne kender og anvender omsorgsjournalen ensartet.</p> <p>b) Der ses overensstemmende oplysninger om borgerens tilstande mellem tilstande, handlingsanvisninger, observationer, faglige notater, døgnrytmeplaner mv.</p> <p>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.</p> <p>d) Oplysninger fra f.eks. terapeuter er lettilgængelige for assistenter og hjælpere.</p> <p>e) Kædeprocessen <i>måling, reaktion, sundhedsfaglig vurdering, konsekvensrettelse</i> er undersøgt og fundet veldokumenteret.</p> <p>f) Arbejdsgangen for konsekvensrettelse ved ændringer i borgers tilstand beskrives ensartet af medarbejdere der har opgaver i forbindelse med dette.</p> <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>I 6 ud af 8 journaler sås uoverensstemmelse mellem tilstande, faglige notater, handlingsanvisninger, målinger, observationer, døgnrytmeplaner og tavle.</p> <p>Eksempler ses af 2.14, 3.2, 3.3 og 3.5.</p> <p>Det er tilsynets indtryk, at udfordringerne kan ligge i uklar ansvars- og opgavefordelingen for opfølgning samt i den daglige faglige refleksion.</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>Døgnrytmeplanerne fremstår velbeskrevne, handleanvisende og opdaterede for 7 ud af 8 borgere.</p> <p>Der ses enkeltstående afvigelser, såsom lægemiddel (insulin), som er forkert indskrevet og er unødigt og risikabel dobbeltdokumentation.</p> <p>Desuden ses uoverensstemmende oplysninger svarende til, at arbejdsgangen ikke sikrer konsekvensrettelser ved ændringer i borgers tilstande.</p> <p>Eksempler:</p> <p>Daglige øvelser: Der ligger observation fra medarbejder med information fra vederlagsfri fys om vigtige daglige øvelser med armene. Denne info er ikke indskrevet i døgnrytmeplan (eller andet).</p> <p>Hudproblem: Der ses røde plamager på kroppen. Der har været reageret for nyligt, læge har set og besluttet alm. creme. Oplysningen fremgår ikke af fagligt notat og døgnrytmeplan.</p> <p>Gåture: Terapeut har anbefalet daglige gåture, og at borger gerne vil tidligt op. Dette står i Træningsnotat, men ses ikke i døgnrytmeplan.</p>
-----	--	----	--

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	<ol style="list-style-type: none">1) Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejecentre, herunder arbejdsdragt og værnemidler.2) Værnemidler er lettilgængelige for medarbejderne.	BO	<i>1 ud af 2 medarbejdere anvender plastforklæde ved personlig pleje.</i>

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>I august 2022 sås kun få afvigelser.</p> <p>Dokumentationen fremstod grundlæggende veldokumenteret og overensstemmende for emner, hvor der ikke havde været ændringer i borgernes tilstande seneste måneder.</p> <p>Et fællestræk var, at nyere ændringer i borgernes tilstande ikke sås konsekvensrettet, hvilket gav uoverensstemmende oplysninger mellem tilstande, handlingsanvisninger, døgnrytmeplaner, målinger, EVS, observationer o.a.</p> <p>Tilsynets anbefalinger omhandlede at fastholde de opnåede resultater. Tydelig ansvars- og opgavefordeling, herunder journalisering af beslutninger på tværs.</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	
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>	NO	Målopfyldelsen er forringet.

Bilag 1: Pårørendeinterview

Sammenfatning af pårørendeinterview for Kongsbergvej 7

Antal telefoninterview i alt: 4

Der er talt med fire pårørende, der enten har en forældre eller en ægtefælle på plejecenteret. De pårørende kommer flere gange om ugen på plejecenteret. De har alle været involveret i deres næres indflytning på plejecenteret. En beboer har boet på plejecenteret under et halv år, og tre beboere mellem 6 og 12 måneder.

Målopfyldelse	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ikke relevant	Ønskede medtagne kommentarer fra pårørende.
Indflytningen på plejecentret Samlet set: - Processen/information - Indflytningssamtale - Opfølgning		3	1				En pårørende havde en oplevelse som forventet. En pårørende fortæller, at der blev fremført nogle problemstillinger ved den opfølgende samtale, men der blev ikke fulgt op på alle aftalerne. En pårørende og familien fik ingen velkomst. Der var ingen, der havde tid til en lille snak.
Pleje og vedligeholdelse af færdigheder Samlet set: Din tilfredshed med - Den pleje, din nærtstående modtager - Støtten til at vedligeholde sine færdigheder		1	2	1			En pårørende synes plejen udføres, som den nu kan. Ønsker hyppigere hårvask. En pårørende synes, standarden er for lav. Den nærtstående er meget forfængelig, hvilket fremgår af livshistorien. Har behov for et dagligt bad for at føle sig velsoigneret.

Målopfyldelse Tema	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant	Ønskede medtagne kommentarer fra pårørende.
							<p>Den nærtstående kan sidde i en beskidt trøje, der først bliver skiftet i forbindelse med det ugentlige bad. Den nærtstående føler sig ikke velsoigneret og ønsker derfor ikke at socialisere sig.</p> <p>Det er meget utilfredsstillende, at badet bliver sprunget over i sommerferieperioden.</p>
<p>Maden og måltidet Samlet set: Din nærtståendes tilfredshed med</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den mad, der serveres til måltiderne? - Det sociale samvær 		2	1		1		<p>En pårørende forstår ikke den nærtståendes negative holdning til maden.</p> <p>En pårørende er tilfreds med supplement af svesker og ostepinde.</p> <p>En pårørende fortæller, at den nærtstående synes maden er god. Ønsker at spise for sig selv - er bange for sidde og svine. Den pårørende synes, det ville være godt, hvis der kunne tilbydes en spiseven, idet den nærtstående er meget social.</p> <p>En pårørende fortæller, at den nærtstående synes, det er for tidligt at få aftensmaden serveret lidt over kl. 17:00.</p>

Målopfyldelse	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ikke relevant	Ønskede medtagne kommentarer fra pårørende.
Tema							
Aktiviteter Hvordan er du tilfreds med de tilbud, din nærtstående får til at deltage i forskellige aktiviteter?			1	1		2	En pårørende mener, der er for få aktiviteter pga. manglende personaleressourcer.
Rengøring Hvordan er du tilfreds med rengørings-standarden i din nærtståendes lejlighed?			2	1	1		En pårørende synes ikke, der er tilstrækkelig opmærksomhed på den nærtståendes handicap, og hvad det medfører i forhold til rengøringen. Tre pårørende mener, standarden er for lav. En pårørende fremhæver især støvsugningen, der burde være oftere. En pårørende er meget tilfreds med, at badeværelset rengøres dagligt, hvilket spisepladsen også burde. Bordet tørres ikke af hver dag – det går for stærkt.
Tøjkask Hvordan er du tilfreds med håndteringen af din nærtståendes vasketøj?		2	2				En pårørende synes, det er dejligt, når tøjet bliver hængt til tørre og ikke altid kommer i tørretumbler.
Kommunikation med plejecentret Samlet set om: - Imødekommenhed - Samarbejde med medarbejderne	1	1	2				En pårørende oplever kun søde og rare personaler. Der kan mangle handling – ønsker at der bliver gjort som aftalt. Kontaktbogen bruges kun af pårørende. Det ville være rart, hvis personalet ville skrive lidt

Målopfyldelse Tema	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant	Ønskede medtagne kommentarer fra pårørende.
- Tilfredshed med den måde, som plejecentrets leder og medarbejdere håndterer ros, kritik eller forslag til forbedringer, der kommer fra pårørende?							<p>om, hvordan den nærtstående har det.</p> <p>En pårørende fremhæver, at de altid modtages på en fin måde af imødekommende, venlige og interesserede personaler.</p> <p>En pårørende oplever en god dialog med personalet – der kan dog mangle handling bag aftalerne.</p> <p>En pårørende oplever et meget imødekommende personale.</p>
Vil du anbefale plejecentret til andre?		2	1			1	<p>En pårørende fortæller, at forældrene er ganske tilfredse. Der er dog mangel på personaleressourcer f.eks. i forhold til aktiviteter.</p> <p>En pårørende fortæller, at den nærtstående er glad for at bo der.</p>

Tabel 1

Inger-Marie Hansen
Mie Consult



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, f.eks.:

- 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.

