



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Silkeborg Kommune

Sundhed og Omsorg

Marienlund Plejecenter 3. og 4. sal

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet.....	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Resultater og vurdering af de enkelte temaer	10
Tema 1 Funktionsevne	11
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	12
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed.....	17
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	20
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	21
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.

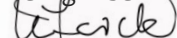
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

Marienlund Plejecenter 3. og 4. sal

Leder:

Tina Fangel

Antal beboere:

48

Tilsynsbesøget fandt sted:

7. februar 2023

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 8 borgerjournaler), instrukser, hand-leplaner, borgerinformationer, menuplaner m.v.
- Interview: 4 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. Der er interviewet 5 pårørende efter tilsy-net. Desuden har tilsynet interviewet 1 plejecenterleder, 1 sygeplejerske, 2 social- og sundhedsassistenter, 1 social- og sundhedshjælper, 1 rengøringsassistent, der også bidrager til stedets aktivitetstilbud og 2 er-næringsassistenter.
- Observation: 7 borgeres bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig pleje til 4 borgere og hjælp til spisning hos 3 borgere.

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

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Anne 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

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”.

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

Siden seneste tilsyn har Marienlund Plejecenter 3. og 4. sal været i gang med en omstillingsproces, hvor bl.a. beboernes trivsel, samarbejdet med pårørende, medarbejdernes kompetenceudvikling har været i fokus.

Det er tilsynets vurdering, at enheden er kommet godt i gang med denne proces.

De to etage-teams fungerer på flere områder stadig som to forskellige afdelinger. Tilsynet erfarer, at der arbejdes målrettet på at udvikle en fælles kultur og fælles arbejdsgange på tværs af de to etager. I den forbindelse er der også ledelsesmæssig opmærksomhed på vidensdeling og fortsat kompetenceudvikling.

For begge etager gælder, at tilsynet oplever en rolig atmosfære, hvor medarbejdernes imødekommenhed bidrager til, at man som udefrakommende føler sig velkommen. Borgere der opholder sig i fællesarealerne, kigger op og hilser, og er tydeligt vant til at blive set og mødt, når nogen går forbi.

Styrker

Funktionsevne

Medarbejdere udviser stor opmærksomhed på at støtte borgerne i at kunne varetage egne ADL-opgaver så længe som muligt. Dette gøres på en måde, der fremmer borgerens evne til og motivation for at tage vare på sig selv. Medarbejderne er opmærksomme på at inddrage fysio- og ergoterapeuter, hvilket bidrager til, at borgerne kan bevare eller forbedre deres funktionsevne, hvor dette er muligt.

Livskvalitet og tilfredshed

Det er tilsynets indtryk, at medarbejderne er engagerede og opmærksomme på borgernes sociale og individuelle behov. Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer personlig pleje til flere borgere og iagttager velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær og guidning tilpasset borgers tempo, ressourcer og stemning.

Det ses, at hjælpen tilrettelægges, så der tages højde for borgernes vaner, ønsker og behov. Boliger fremtræder rengjorte svarende til rengøringstandarden.

Borgerne har en bred vifte af aktiviteter at vælge imellem. Ud over aktivitetstilbud fra venneforeningen, har plejecenteret indgået en aftale med en nærliggende efterskole, hvor eleverne kommer hver uge, og tilbyder kortspil m.m. Stedets rengøringsassistent tager derudover initiativ til supplerende aktivitetstilbud, og støtter op om de tilbud der allerede er planlagt – særligt i det ene team.

Tidlig indsats ift. borgere i ernæringsmæssig risiko er sat i system, så relevant tværfaglig og sundhedsfaglig involvering støttes.

Tilsynet vurderer, at medarbejdere og leder arbejder engageret med implementering af drejebogen for den gode indflytning. Medarbejdere og leder kan redegøre for hvorledes materialet anvendes.

Den sidste tid: Det ene team er langt i implementeringsprocessen, og borgernes ønsker fremstår veldokumenteret. Det andet team er begyndt på indsatsen i relation til ny-indflyttede borgere og der er planlagt implementeringsproces for øvrige borgere indenfor kortere tid.

Sammenhæng og forudsigelighed

Borgerne tilkendegiver stor tilfredshed med det faste personale, og fortæller at eventuelle afløserer også ved, hvad borger har behov for støtte til. Indsatsen støttes af døgnrytmeplaner, som generelt fremstår ajourførte og handlingsanvisende, i særlig grad for dagvagterne.

Der høres om faste arbejdsgange, der understøtter tværfaglige drøftelser med fokus på tidlig opsporing og indsats.

Siden seneste tilsyn

Der foregår en løbende dialog mellem leder og stedets sygeplejersker for at sikre prioritering og iværksættelse af tiltag. Tilsynet konstaterer, at der er sket forbedringer i relation til identifikation af borgere i risiko for uhensigtsmæssigt vægttab, døgnrytmeplanernes kvalitet og afløseres/vikarers viden om hvad borgerne har behov for støtte til.

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

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 2 temaer er "Helt opfyldt"
- 4 temaer er "I betydelig grad opfyldt"

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

I det følgende ses udviklingspunkter for de temaer, som ikke er "Helt opfyldt". Udviklingspunkterne er beskrevet kort samt tilsynets anbefalinger. De uddybende data fremgår under de enkelte temaer i rapporten.

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

Indikator 2.9.1: Borgernes vurdering af maden

3 ud af 4 borgere synes at den varme mad ofte smager lidt kedeligt og ferskt.

1 ud af 4 borgere synes rugbrødsskiver er alt for tykke, og har oplevelsen af, at der ikke kan gøres noget ved skive-tykkelsen. Borger er i stedet blevet tilbudt opvarmet grød eller rester fra middagen.

Tilsynet anbefaler, at

- borgernes oplevelse af og ønsker til maden undersøges bredere, og at der – hvis relevant – iværksættes forbedringstiltag.

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

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

Ved observationer, medarbejderinterview og journalgennemgang, har tilsynet fundet eksempler på forskellige systematikker til understøttelse af dette – f.eks. en "køkkenliste" i køkkenet, tavlenotater og borgernes døgnrytmeplaner. Oplysningerne fremstår uoverensstemmende (se supplerende oplysninger under målepunktet).

Der høres og ses ikke en fælles forståelse af begrebet "blød kost", der i nogen sammenhænge sidestilles med dysfagi-kost og i andre anvendes ifm. forberedelse af kost til borgere med dårlig tyggefunktion.

Tilsynet anbefaler, at

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

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Indikator 3.4 og 3.5: Det skriftlige arbejdsgrundlag

Fokus: Den faglige dokumentation er et grundlag for medarbejdernes viden og forståelse for borgeren og dermed væsentlig for, at borgeren tilbydes en ensartet og forudsigelig opgaveløsning på et sikkert kvalitetsniveau.

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

Det er tilsynets vurdering, at der er planlagt processer, der skal understøtte udviklingen af en fælles systematik i relation til det skriftlige arbejdsgrundlag.

Udviklingspunkt: Hos 8 af 9 borgere ses uoverensstemmende oplysninger mellem køkkenliste, teamtavler og borgerjournaler. Tilsynet konstaterer, at teamtavler og døgnrytmeplaner opdateres på forskellig vis i de to teams. Den forskellige praksis kan medføre misforståelser, særligt i forbindelse med at medarbejderne har en arbejdsdag i det team, hvor de ikke har primær tilknytning.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- afklare og ensarte, hvordan oversigtstavlerne i de to teams fremadrettet kan benyttes i relation til understøttelse af den daglige opgaveløsning.
- iværksætte relevante processer med henblik på sikring af ensartet god kvalitet i borgernes døgnrytmeplaner i både dag- aften- og nattevagt.
- gennemføre journalaudit med fokus på vurdering af kvaliteten i borgernes døgnrytmeplaner i både dag- aften- og nattevagt.

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:

Tilsynet konstaterer positivt, at anbefalingerne er implementeret hos det ene team.

I det andet team ses, at 2 ud af 2 medarbejdere ikke anvender værnemidler ifm. udførelse af nedre hygiejne. Der forefindes ikke éngangsforklæder hos disse borgere.

Tilsynet anbefaler

- at der med afsæt i det ene teams erfaringer iværksættes tiltag, så anbefalingerne i NIR¹ bliver implementeret og efterlevet i begge team.

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Indikator 5.3: Målopfyldelse

Siden seneste tilsyn er der igangsat tiltag, hvilket bl.a. fremgår af referater fra personalemøder.

For nogle emner har det været vanskelige at opnå forbedret målopfyldelse siden sidste tilsyn.

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

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

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt? 2) Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til, at bliver inddraget i at klare flest mulige dagligdags aktiviteter selv (fx personlig pleje, vande blomster, lægge tøj sammen, støve af m.m.) 3) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for? <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	HO	
1.2	<p>Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan give eksempel på, hvordan målene revideres i takt med at borgers ressourcer ændrer sig.</p> <p>Medarbejderne kan give eksempler på borgere, som støttes i ADL.</p> <p>Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.</p>	HO	
1.3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Det fremgår af omsorgsjournalen, at borgers psykiske og fysiske ressourcer inddrages i planlægningen og udførelsen. 2) Borgers funktionsevnetilstande er opdateret ved indflytning og der er tydeligt mål for indsatsen. 	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	<p>Opmærksomhedspunkt: 1 ud af 4 funktionsevnebeskrivelser mangler opdatering ift. borgers varierede evne til at kunne indtage sin mad uden assistance.</p>

Tema 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering



Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Får du støtte, så du kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? 2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?: 3) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret? 4) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her? <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	HO	
2.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg. Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt? 2) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på? 3) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov? <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	HO	
2.3	<p><i>Kommunens fokus 2023: Implementering af "Drejebog for den gode indflytning"</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Plejecentret har en systematik for udlevering af relevant materiale 2) Hjemmebesøg er søgt afholdt samt indflytningssamtale og opfølgningssamtale 3) Der gives eksempler på borger hvor der aktivt er arbejdet med borgernes livshistorie 4) Der gives eksempler på borgere, hvor der er givet plads til at tale om den sidste tid 5) Der ses eksempler på dokumentation i journalen på de aftalte steder. 	HO	

2.4	<p><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	<p><i>Opmærksomhedspunkt: Hos 1 af 7 borgere ses en kørestol, der trænger til at blive rengjort.</i></p>
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. 	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	<p><i>Opmærksomhedspunkt: 1 ud af 4 borgere tilkendegiver at kede sig, da de nuværende tilbud ikke har interesse.</i></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>	BO	<p>3 ud af 4 borgere tilkendegiver at maden er lidt kedelig i smagen.</p> <p>1 ud af 4 borgere synes, at rugbrødsskiverne er alt for tykke, og har oplevelsen af, at der ikke kan gøres noget ved skive tykkelsen. Borger er i stedet blevet tilbudt opvarmet grød eller rester fra midt dagen.</p>
2.10	<p>Medarbejdere kan fortælle om velfungerende arbejdsgangene, der sikrer</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Den enkelte borgers ønsker og aftaler om mad imødekommes 2) Klar opgavefordeling ved måltiderne 3) At borddækning sker som aftalt på centret. 	HO	På begge etager er der opsat postkasser til indsamling af ønsker til maden.
2.11	<p>Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær.</p> <p>Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.</p>	HO	
2.12	<p>Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende.</p> <p>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 	NO	Tilsynet hører om bevågenhed for at borger skal have den rette kost. Ernæringsassistenter deltager ind i mellem i teammøder.

<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>		<p>Udover oplysninger i Cura ses papirbårne køkkenlister samt notater på tavlen.</p> <p>Hos 8 af 9 borgere ses uoverensstemmende oplysninger mellem køkkenliste, teamtavler og borgerjournal.</p> <p>Køkkenerne på 3. og 4. sal benytter som udgangspunkt en køkkenliste til at danne overblik over borgernes særlige kostbehov. Der kan dog ved tilsynet ikke findes en køkkenliste på 4. sal.</p> <p>Derudover benytter de 2 teams hver en tavle, hvor der på begge etager gøres notater, bl.a. når der er en særlig opmærksomhed ift. ernæring.</p> <p>3 borgere står beskrevet på køkkenlisten til at få "blød kost". Dette fremgår ikke af tavlen. Hos 1 ud af disse 3 borgere fremgår behovet for blød kost (pga. besvær med at tygge) ikke af borgerjournalen.</p> <p>Hos 2 borgere indeholder teamtavlen oplysninger om behov for beriget kost. Dette behov fremgår også af borgers journal, men det fremgår ikke af køkkenlisten.</p> <p>2 borgere står på køkkenliste til at skulle have beriget kost, hvor dette ikke er anført i borgerjournal eller på teamtavle.</p>
---	--	--

			<p>Hos 1 borger står der på teamtavlen, at borgeren ikke må få tynde væsker.</p> <p>Det står ikke anført på køkkenlisten, og tilsynet hører at ernæringsassistenten er ikke vidende om det.</p>
2.14	<p><i>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</i></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. 	HO	

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? 2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?! 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 5) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald. <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1</p>	HO	
3.2	<p>Arbejdsprocesser ved ændring i 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. 	HO	
3.3	<p>Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne med til-delt §§ 83 og 86, opfølgning på GOP samt vederlagsfri fysioterapi. 2. Medarbejdere kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos rele-vante borgere og hvordan de – hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg. <p>Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, her- under hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.</p>	HO	
3.4	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag - Generelt:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Medarbejderne kender og anvender omsorgsjournalen ensartet. b) Der ses overensstemmende oplysninger om borgerens tilstande mellem tilstande, handlings-anvisninger, observationer, faglige notater, døgnrytmeplaner mv. 	NO	Hos 8 af 9 borgere ses uoverensstem-mende oplysninger mellem køkkenliste, teamtavler og borgerjournal jf. 2.13.

	<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>		<p><i>For 2 ud af 5 borgere ses overensstemmelse mellem tilstandsbeskrivelser og handlingsanvisninger.</i></p> <p><i>For de øvrige 3 borgere ses opdaterede handlingsanvisninger, men disse er ikke i overensstemmelse med tilstandsbeskrivelserne.</i></p>
<p>3.5</p>	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag for udførelse af de daglige social- og plejefaglige opgaver hos borgerne</i></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>	<p>BO</p>	<p><i>I 2 ud af 5 døgnrytmeplaner ses manglende ajourføring af døgnrytmeplan i aftenvagtt. ernæringsindsatsen.</i></p> <p><i>Ansvar for vedligeholdelse af døgnrytmeplaner er organiseret forskelligt i de to etageteam. I det ene team er det enkelte vagtlag der er ansvarlig, i det andet team er det den medarbejder, der har vurderet, at det er nødvendigt at redigere døgnrytmeplanen. Denne forskel kan medføre manglende ajourføring af døgnrytmeplan i ex. aftenvagtt.</i></p> <p><i>Opmærksomhedspunkter:</i> <i>Tilsynet bemærker at dokumentationen i døgnrytmeplanerne er forskellige i de to team. Hos det ene team er teksten alt overvejende skrevet ind som en samlet tekst, mens teksten hos det andet team er skrevet i punktform.</i></p> <p><i>Begge etager benytter sig af kørelister. Her er der også forskel på de to etager.</i></p>

			<p>Det ene team lægger alle handleanvisninger ind på kørelisten hver for sig, mens det andet team har knyttet flere handleanvisninger op på det enkelte borgerbesøg.</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.	BO	<p>Tilsynet konstaterer, at Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer er implementeret hos det ene team.</p> <p>I det andet team ses, at 2 ud af 2 medarbejdere ikke anvender værnemidler ifm. udførelse af nedre hygiejne. Der forefindes ikke éngangsforklæder hos to af disse borgere.</p> <p>Hygiejneområdet blev også identificeret som et indsatsområde ved tilsynet i 2022.</p>

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Handleplanen kan f.eks. have form af referat fra personalemøde.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</p>	HO	
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><i>Tilsynet erfarer, at der aktuelt ikke er iværksat og/eller planlagt tiltag i relation hygiejne- og kost-området.</i></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><i>Siden seneste tilsyn er der igangsat tiltag.</i></p> <p><i>Tiltagene har medført øget målopfyldelse i relation til</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>identifikation af borgere i risiko for uhensigtsmæssigt vægttab.</i> - <i>døgnrytmeplaner er generelt opdaterede.</i> - <i>sikring af at vikarer/afløser orienterer sig i borgernes døgnrytmeplaner.</i>

			<p>Tiltagene har medført begrænsede forbedringer i relation til</p> <ul style="list-style-type: none"> - anvendelse af værnemidler ifm. udførelse af personlig hygiejne og andre arbejdsgange, hvor medarbejderne kan komme i kontakt med udskillelser. <p>Tiltagene har endnu ikke medført øget målopfyldelse i relation til:</p> <ul style="list-style-type: none"> - etablering af systematikker, der sikrer, at borgerne - til en hver tid - får den rette kost.
--	--	--	--



Bilag 1: Pårørendeinterview

Sammenfatning af pårørendeinterview for Marielund 3+4

Antal interview under besøg: 0

Antal telefoninterview: 5

Interview i alt: 5

Tilsynet har talt med 5 pårørende, der enten har en mor/svigermor eller en ægtefælle på plejecenteret. De fire pårørende kommer på plejecenteret flere gange om ugen. En pårørende kommer flere gange om måneden. To af beboerne har boet på plejecenteret mindre end 1 år. En beboer knap to år og to beboere har boet på plejecenteret i mere end to år. Heraf har den ene boet på plejecenteret i ca. fem år.

Målopfyldelse Tema	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant	Øvrige kommentarer
Indflytningen på plejecentret Samlet set: - Processen/information - Indflytningssamtale - Opfølgning		XXXX	X				En pårørende oplevede, at indflytningssamtalen blev udsat pga. lederskift. En pårørende oplevede en god samtale før indflytningen, men manglede kommunikation med personalet ved selve indflytningen. Beboeren fik efterfølgende en god modtagelse og faldt til ro. En pårørende oplevede indflytningen helt gnidningsfrit. En pårørende fik et godt indtryk af stedet ved samtalen inden indflytningen.
Maden og måltidet Samlet set: Din nærtstående tilfredshed med - den mad, der serveres til måltiderne? - det sociale samvær	X	X	X	X	X		Beboernes oplevelser af maden er meget forskellige. En pårørende fortæller, at dennes nære synes, at det er forkert mad der serveres. En pårørende fortæller, at dennes nære synes maden altid er god og varierende. Vægten er rettet op, hvilket er meget tilfredsstillende, idet beboeren var meget tynd ved indflytningen. En pårørende fortæller, at dennes nære savner salat og grøntsager.



Målopfyldelse Tema	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant	Øvrige kommentarer
							<p>En pårørende fortæller, at dennes nære ikke kan lide maden. Der gøres et stort forsøg på at finde nogle retter, som beboeren kan lide. Det er dog ikke rigtig lykkedes.</p> <p>Tre pårørende fortæller, at deres nære er glade for fællesskabet i forbindelse med måltiderne.</p>
<p>Pleje og vedligeholdelse af færdigheder <i>Samlet set:</i> Din tilfredshed med</p> <ul style="list-style-type: none"> - den pleje, din nærtstående modtager - støtten til at vedligeholde sine færdigheder 	X	XX	X	X			<p>De pårørende oplever, at der mangler koordinering personalet imellem, specielt i forhold til vikarer.</p> <p>De pårørende oplever, at normeringen ikke helt afspejler de daglige opgaver. Den enkelte medarbejder har travlt, hvilket de dog er gode til at administrere.</p> <p>En pårørende oplever, at personalet har svært ved at takle dennes nære pga. manglende pædagogisk indsigt. Det giver store samarbejdsproblemer i dagligdagen. Det er en stor udfordring, at den pårørende og personalet ikke er helt enige om, hvornår det er omsorgssvigt, og hvornår det er overgreb. Der kan f.eks. være afføring på tøjet, og beboeren kan lugte, hvilket den pårørende oplever uværdigt. Den pårørende har fået fortalt, at dennes nære er besværlig, hvilket ikke er rart at høre.</p> <p>En pårørende oplever, at plejen er overvejende god. Der kan dog være små mangler.</p> <p>En pårørende er meget tilfreds med den daglige pleje. Personalet er nærværende og opmærksom på beboerens aktuelle behov. Personalet er rigtig gode til at udfordre beboeren.</p>



Målopfyldelse Tema	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant	Øvrige kommentarer
Aktiviteter Hvordan er du tilfreds med de tilbud, din nærtstående får til at deltage i forskellige aktiviteter?		XX	XXX				<p>To pårørende fortæller, at deres nære mangler livskvalitet i dagligdagen. En pårørende oplever, at dennes nære er ensom og trækker sig mere og mere ind i sig selv og bliver i lejligheden.</p> <p>De pårørende ønsker, at personalet drikker kaffe sammen med beboerne, samt hjælper med at skabe relationer beboerne imellem.</p> <p>De pårørende ønsker, at udearealerne benyttes mere til f.eks. gå- og cykelture. De pårørende er meget glade for Venneklubbens arrangementer.</p>
Rengøring Hvordan er du tilfreds med rengørings-standarden i din nærtståendes lejlighed?		X	XX	X	X		<p>Tre pårørende har oplevet, at afføring ikke bliver fjernet fra stole og sengetæppe. Gulvene kan være meget snavsede og ulækre.</p> <p>En pårørende er blevet bedt om at gøre rent i lejligheden hver uge, når dennes nære ikke er i lejligheden. Den pårørende oplever, at personalet nu gør mindre rent i lejligheden, hvilket ikke er aftalen.</p> <p>En pårørende oplever, at rengøringen er blevet meget bedre efter en konkret klage.</p>
Tøjvask Hvordan er du tilfreds med håndteringen af din nærtståendes vasketøj?		XXX	X		X		<p>Tre pårørende er tilfredse med tøjvasken. Nu bliver lommerne tømte, og alt tøj er ikke længere lyserrødt.</p> <p>En pårørende oplever, at snavset tøj ikke bliver vasket. Der kan f.eks. ligge tøj i skabet med afføring på.</p>



Målopfyldelse Tema	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant	Øvrige kommentarer
Kommunikation med plejecentret Samlet set om: <ul style="list-style-type: none"> - 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	XX	X				De pårørende har et godt samarbejde med personalet, der er venlige, imødekommende og åbne for ris og ros. Personalet har hjertet på rette sted. Hvis der er problemer, bliver der reageret og fulgt op. Der bliver handlet på alle henvendelser. En pårørende gør opmærksom på, at god kommunikation går begge veje – pårørende har også et ansvar for den gode dialog. To pårørende oplever, at der er kommet nye gode rutiner, som de håber bliver fastholdt. De oplever, at de nye tiltag stadig er skrøbelige. I den sidste tid er der givet god information fra plejecenterets side. En pårørende efterlyser formaliserede opfølgningssamtaler, f.eks. hvert halve år.
Vil du anbefale plejecentret til andre?	X	XX				XX	En pårørende mener, at plejecenterets fysiske rammer ikke er velegnede til demente beboere, der er dørsøgende. En pårørende mener, at plejecenterets fysiske rammer er fantastiske.

Tabel 1



Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

Tilgang og formål

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

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

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

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

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

Samlet set stiler tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

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

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

Indhold og metode

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

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

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

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

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



Vurderingsprincipper

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

Vurdering sker på 4 niveauer:

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

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

Niveauer	Det samlede tilsynsresultat											
Temaer												
Målepunkter												
De enkelte stikprøver												

Vurdering af den enkelte stikprøve

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

Vurdering af de enkelte målepunkter

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

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

Vurdering af det enkelte tema

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

Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

Godkendt

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

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

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

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



Godkendt med bemærkninger

Dette betyder, at målene i høj grad er opfyldte i forhold til den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerheden, men der vil være behov for justeringer for at sikre opfyldelse af alle måleområder. Højest 1 af temaerne er vurderet lavere end ”Helt opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”. De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden. Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Godkendt med mangler

Højest 2 af temaerne er vurderet lavere end ”Helt opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”. De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden. Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget. Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan og opfølgning efter kortere tid anbefales.

Delvist Godkendt

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”Helt opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”. Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget. Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales.

Ikke godkendt/Kritisable forhold

Den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Der er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet og patientsikkerheden. Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling. Myndighedsafdelingen er kontaktet.

Høring og rapportering

Tilsynsbesøgene afsluttes med dialog og tilbagemelding til den lokale leder. Efter tilsynsbesøget modtager lederen rapportudkastet til høring for faktuelle fejl = oplysninger om antal borgere, funktionsbenævnelser og lignende i lighed med praksis hos Styrelsen for Patientsikkerhed. Fristen for tilbagemelding er 3 uger, hvorefter leder og tilsynsførendes kontaktpersoner i kommunen modtager den endelige rapport.



Om virksomheden og kontaktoplysninger

Nethe Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef

DMK-tilsynsafdeling, akkrediteringsraadgiverne.dk
Egebjergvej 232 a
4500 Nykøbing Sjælland
Mobil: +45 2869 8898
Mail: nethe@jorck.net

Akkrediteringsraadgiverne.dk er en privat leverandør af rådgivning og tilsyn til de danske kommuner og sygehuse, herunder tilsyn og kvalitetsbesøg inden for serviceloven og sundhedsloven.

Konsulentfirmaet består af virksomhedsleder, som sammen med udvalgte samarbejdspartnere varetager alsidige opgaver, eksempelvis:

- Tilsyn med plejeboliger på ældreområdet
- Tilsyn med fritvalgsområdet
- Andre kvalitetsbesøg/tilsyn i hjemmesygeplejen, akutfunktioner, plejecentre og hjemmeplejen efter serviceloven og sundhedsloven
- Kvalitetsbesøg/temperaturmålinger ift. 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 sundhedslovsydelser, kvalitetssikring og patientsikkerhed i kommuner og regioner gennem funktioner som oversygeplejerske, kvalitetschef, tilsynschef, akkrediteringskoordinator m.m.

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

Ovenstående har medført lang erfaring og indgående viden og indsigt i spændingsfeltet mellem det, der besluttet (lovgivning, retningslinjer, kvalitetsstandarder m.m.) og det, der sker i praksis tættest på borgerne. Hertil kommer indgående erfaring med forandrings- og forbedringsarbejde med basis i uddannelse og projektarbejde med projekter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

