



akkrediteringsraadgiverne.dk

HØRING

## TILSYNSRAPPORT

# Silkeborg Kommune

## Sundhed og Omsorg

## Rødegård Plejecenter

## Indholdsfortegnelse

Forord.....	4
Fakta om tilsynet .....	5
Samlet tilsynsresultat .....	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer .....	7
Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger.....	8
Oversigt over de enkelte temaer .....	9
Resultater og vurdering af de enkelte temaer .....	9
Tema 1 Funktionsevne .....	10
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen.....	11
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed .....	15
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	17
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn .....	18
BILAG 1 Pårørendeinterview .....	19
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper.....	20
Om virksomheden og kontaktoplysninger.....	23

## 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.

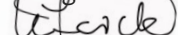
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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



Nette Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

## Fakta om tilsynet

**Plejecenter:**

Rødegård Plejecenter, Skærbækvej 13, 8600 Silkeborg

**Plejecenterleder:**

Charlotte Olesen

**Antal beboere:**

28 borgere

**Tilsynsbesøget fandt sted:**

6. september 2022

**Metodik og datagrundlag:**

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 6 borgerjournaler), arbejdsoversigter, menu-planer, aktivitetsplan, borgerinformationer m.v.

Interview: 4 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview samt 3 pårørende (pårørende er interviewet via telefon). De er informeret om formål og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Resultaterne af pårørendeinterview ses i bilag 1.

Desuden har tilsynet interviewet: 1 plejecenterleder, 1 sygeplejerske, 1 ergoterapeut, 1 farmakonom, 1 sosu-assistent, 1 sosu-assistentelev, 3 sosu-hjælpere, 1 sosu-hjælpelev, 1 køkkenleder og 1 flexjobber.

Observation: 6 borgers bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, hjælp til spising, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

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

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

**Tilsynsførende:**

Anne Mette Villadsen, sygeplejerske, konsulent.

## Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Silkeborg Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn på plejecentret. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn på plejecentre i Silkeborg Kommune”. Fokusområderne er vurderet i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

### Godkendt med bemærkninger

Vurderingsskala:

- Godkendt, Godkendt med bemærkninger, Godkendt med mangler
- Delvist godkendt
- Ikke godkendt/Kritisable forhold

---

#### Godkendt

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

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

#### Godkendt med bemærkninger

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

#### Godkendt med mangler

Højst 2 af temaerne er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

Der ses forhold af betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget. Opfølgning efter kortere tid anbefales.

---

#### Delvist godkendt

Mere end 2 temaer fra 1-4 er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

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

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

Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales.

---

#### Ikke godkendt/Kritisable forhold

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

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

## Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

### Generelle forhold

Rødegård Plejecenter har 32 2-rumsboliger fordelt på to etager. Hver etage er opdelt i to enheder, med hvert sit anretterkøkken og tilhørende fællesarealer. Centret producerer selv mad til alle døgnets måltider.

### 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 medarbejderne udviser imødekommenhed og engagement over for borgeres ønsker. Adspurgte giver tre ud af tre borgere udtryk for, at de er særdeles glade for at bo her. Borgerne fortæller kun godt om samarbejdet i hverdagen med alle medarbejdere. En borger udtaler: ”Når jeg nu ikke kunne klare mig hjemme længere, kunne jeg ikke komme i bedre hænder end her”. Borgerne giver udtryk for, at de får den hjælp til personlig pleje og praktisk hjælp som de har behov for og når de har behov for den. Aktivitetstilbuddene er endnu ikke kommet op på samme niveau som før Corona, og to borgere giver udtryk for, at her godt måtte ske lidt mere i hverdagen.

Praktisk hjælp: Tilsynet vurderer, at hjælpen tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes vaner, ønsker og behov. Medarbejderne samarbejder godt med borgerne og varetager de opgaver, som borgeren ikke længere selv kan varetage. Borgernes boliger og personlige hjælpemidler fremtræder rengjorte.

Personlig pleje: Tilsynet overværer personlig pleje hos borgere og finder, at her er velegnede arbejdsprocesser der understøtter borgeren i at bevare sine færdigheder bedst muligt. Plejesituationen foregår værdigt og med respekt for borgernes aktuelle tilstand, ønsker og livssituation. Der høres om en sikker arbejdsproces for at sikre, at borgerne tilbydes, bad hver uge. Tilsynet ser eksempler på døgnrytmeplaner, som indeholder oplysninger om, hvad der skaber glæde i hverdagen i såvel dag, aften og nattetimer.

Mad og måltider: Maden serveres i de enkelte anretterkøkkener. Tilsynet hører godt om madens variation og smag. Medarbejdere medvirker som måltidsværter og bidrager til, at måltidet bliver en god oplevelse. Borgere med behov for hjælp til spisning, hjælpes på en omsorgsfuld måde i borgers tempo.

Sammenhæng og forudsigelighed: Ved interview med borgerne hører tilsynet kun godt om samarbejdet med såvel medarbejdere og leder. Borgerne giver udtryk for, at hjælpen er god uanset, hvem der hjælper dem. En borger udtrykker: ”Det er ligegodt hvem der kommer, de er alle glade og gode til at hjælpe mig.” Her arbejdes med kontaktpersonordning og medarbejderne arbejder fortrinsvis enten i stueetagen eller på 1. sal, så der kan opleves størst mulig kontinuitet i plejen.

Daglige tavlemøde medvirker til tidlig opsporing af borgere med risiko for sundhedsproblemer. Samtidig medvirker disse til at her sker en løbende kompetenceudvikling. Der overværes et tavlemøde, hvor der formidles viden og her ses eksempler på et godt tværfagligt samarbejde.

Siden seneste tilsyn: Der er blevet arbejdet målrettet med kompetenceudvikling. I relation til dokumentation i Nexus ses forbedringer i relation til f.eks. sikring af vejhyppighed og sikker formidling af vægttab. Der ses eksempler på, hvordan medarbejders kompetencer i forhold til dokumentation bliver afdækket og efterfølgende fulgt op på. Der er indført kvalitetssikring af arbejdsgange, så borgere nu sikres et ugentligt bad. Der høres om kommende tiltag på ernæringsområdet der vil medvirke til at skabe sikre arbejdsgange.

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

## Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 4 temaer er ”Helt opfyldt”
- 1 tema 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 2

#### Indikator 2.9: Menuplan

For mange ældre er et af dagens lyspunkter dagens måltider, og måltidet er et yndet samtaleemne. Inddragelse i planlægning af en menuplan og at kunne se dagens menu kan være medvirkende til at få en god snak om kost og kostvaner samt, at medvirke til at skærpe appetitten.

Her ses en delvist udfyldt menuplan for en uge.

#### Tilsynet anbefaler at

- der udarbejdes en menuplan, samt at denne er i overensstemmelse med det, der er besluttet i Silkeborg Kommune.

#### Indikator 2.11 og 2.12: Fødemiddelallergier og lignende

Det er tilsynets indtryk, at medarbejdere og køkkenleder har velfungerende dialog om borgeres særlige behov, herunder allergier, intolerans, beriget kost o.a. Køkkenleder får viden mundtligt.

Der høres ikke om besluttede arbejdsgange, der kan sikre, at allergier er kendt for medarbejdere, der tilbereder og/eller serverer maden. Arbejdsgangene vedrørende de papirbaserede køkkennotater ses uens på tværs af huset, hvilket kan indebære en risiko for borgerne, eksempelvis ved brug af vikarer og i småt bemandede funktioner. Dette kan være aftenvagten, weekendvagt eller når køkkenlederen har fravær.

#### Tilsynet anbefaler,

- at styrke skriftlige arbejdsgange for at medarbejdere, der varetager madlavning og servering sikres skriftlige oplysninger om borgeres fødemiddelallergier og intolerancer
- at fastlægge ensartede arbejdsprocesser, der medvirker til at sikre overensstemmelse mellem papirbaserede kostoplysninger og oplysninger i Nexus
- at undersøge fremdriften ved eksempelvis at anvende periodevise afstemning mellem papirbaserede kostoplysninger og oplysninger i Nexus.

## Opmærksomhedspunkt

#### Indikator 2.12: Nedbrud af Nexus

Vejninger, bad mv. er kalendersat i Nexus. Der er tillige kalendersat en opfølgning på vejning den efterfølgende dag hos en sundhedsfaglig medarbejder. Denne praksis anses for patientsikker når Nexus fungerer.

Der skal være en særlig opmærksomhed på planlagte opgaver, i de tilfælde hvor Nexus er ude af drift. Dette kan ske ved, at man når Nexus atter er i drift, går tilbage og ser om der har været planlagte ydelser der ikke er blevet udført i perioden hvor Nexus ikke kunne tilgås.

#### Tilsynet anbefaler at

- der fastlægges en procedure for, hvordan det sikres, at alle ydelser er blevet udført, i perioder hvor Nexus er ude af drift.

## Oversigt over de enkelte temaer

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

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

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	<b>Funktionsevne</b> Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering	HO
Tema 2	<b>Livskvalitet og tilfredshed</b> Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Måltider og mad, der passer til borgers behov	BO
Tema 3	<b>Sammenhæng og forudsigelighed</b> Det skriftlige arbejdsgrundlag Koordinering ved ændring i borgers tilstand Flerfagligt samarbejde	HO
Tema 4	<b>Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning</b> Instrukser, værnemidler og rengøring Tøjtask	HO
Tema 5	<b>Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn</b> Lokal proces med prioritering, tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen sammenlignet med seneste tilsyn	HO

### 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:            -Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt?            -Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til, at bliver inddraget i at klare flest mulige dagligdags aktiviteter selv (fx personlig pleje, vande blomster, lægge tøj sammen, støve af m.m)            -Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for?</p> <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af Bilag1.</p>	HO	
1.2	<p>Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne.            Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson jf. kommunens beslutning.            Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder.            Relevante borgere er tilbudt en rehabiliterende indsats og der er fulgt op på indsatsen.</p>	HO	
1.3	<p>Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan beskrive, hvorledes mål fastsættes i samarbejde med borger med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer.            Medarbejderne kan give eksempler på borgere, som støttes i ADL.            Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.</p>	HO	
1.4	<p>Det fremgår af omsorgsjournalen, at borgers psykiske og fysiske ressourcer inddrages i planlægningen og udførelsen.            Hjælpen beskrives med en rehabiliterende tilgang.</p>	HO	
1.5	<p>Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering.            Medarbejderne kender eget ansvar og opgaver.</p>	BO	I 2 ud af 6 gennemgåede borgerjournaler er mål for indsatsen ikke udfyldt under funktionsevnetilstand.

## Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering



Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig?</li> <li>2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?:</li> <li>3) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret?</li> <li>4) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her?</li> </ol> <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af Bilag1.</p>	HO	
2.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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?</li> <li>2) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov?</li> <li>3) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på?</li> </ol> <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af Bilag1.</p>	HO	
2.3	<p><i>Praktisk hjælp, herunder rengøring</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen.</li> <li>2) Personlige hjælpemidler fremtræder rene</li> <li>3) Fællesarealer fremtræder rengjorte.</li> </ol>	HO	
2.4	<p><i>Personlig pleje</i></p> <p>Borgerne fremtræder velplejet. Hvis tilsynsførende overværer plejen konstateres, at plejen gives omsorgsfuldt og i samarbejde med borger. Borger støttes i at udføre så meget som muligt selv og støttes i at udføre eventuelle ønskede vedligeholdelsesaktiviteter under plejen.</p>	HO	

2.5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Medarbejdere og ledere beskriver arbejdsgange, som understøtter, at den enkelte borgers potenti-ale og ønsker er kendt af medarbejdere og at borger støttes i at deltage i relevante aktiviteter og samvær.</li> <li>2) Der høres om en velfungerende struktur internt og i samarbejdet med frivillige og andre.</li> <li>3) Der foreligger aktivitetsplan, som er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere.</li> </ol>	BO	To borgere giver udtryk for, at de godt kunne tænke sig lidt flere aktiviteter i hverdagen. Før Corona skete her mere og her var flere aktiviteter med de frivil-lige.
2.6	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Er der mulighed for at lave de ting, der betyder noget?</li> <li>-Får du dækket dit behov for at være sammen med andre?</li> <li>-Hvad synes du – er der gode oplevelser hver dag? Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes?</li> </ul> <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af Bilag1.</p>	BO	Se ovenfor.

### Måltider og mad, der svarer til borgers behov

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.7	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad?</li> <li>2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp?</li> <li>3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv..?</li> <li>4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen?</li> </ol> <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af Bilag1.</p>	HO	
2.8	<p>Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at der er klart værtsskab og at medarbejderne sørger for gode rammer til en uforstyrret spisning og hyggelig stemning.</p> <p>Arbejdsgangene fremmer, at borgerne får den støtte til spisning, de har brug for.</p> <p>Arbejdsgangene fremmer, at den enkelte borger opnår en positiv oplevelse af måltidet.</p>	HO	
2.9	<p>Der foreligger menuplan, som er udarbejdet med involvering af borgere og tilgængelig for borgere og pårørende.</p>	BO	Der ses en plan for menuen for den på-gældende uge. Denne mangler dog at blive udfyldt for lørdag og søndag.

2.10	Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.	HO	
2.11	Medarbejdernes beskrivelse af arbejdsgangene viser, at der tages hensyn til den enkelte borgers behov. Hvis borger har fødemiddelallergi eller intolerance fremgår dette tydeligt for medarbejdere der tilbereder eller serverer maden.	NO	Medarbejder der tilbereder maden oplyser, at hvis en borger har allergi eller intolerance, vil dette blive oplyst mundtligt af sygeplejersken. På de papirbaserede kostlister i køkkenerne fremgår det ikke om en borger har allergi eller intolerance, men her står f.eks. -fisk. Det er ikke til at læse, om -fisk er begrundet i allergi eller om man blot ikke bryder sig om fisk. Adspurgt er der for tiden ingen borgere med allergi eller intolerance.
2.12	<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"> <li>1) I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleanvisende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen.</li> <li>2) Aftalt vejehyppighed ses udført</li> <li>3) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab.</li> <li>4) Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere – dels i døgnrytmeplaner og dels i eventuelle kostsedler.</li> </ol>	BO	<p>Ad 2. Hos 5 ud af 6 gennemgåede borgerforløb er den aftalte vejehyppighed udført.</p> <p>Hos 1 ud af 6 gennemgåede borgerforløb er den aftalte vejehyppighed ikke udført. Adspurgt er årsagen hertil, at Nexus var nede den pågældende vejedag samt den efterfølgende dag, hvor opfølgning på vejningen var kalendersat.</p> <p>Ad 4. Hos 1 ud af 6 gennemgåede døgnrytmeplaner er denne ikke opdateret med at borgers drikkevare skal tilsættes Attylet. Dette fremgår i Nexus i spisevejledningen og på den papirbaserede køkkenseddel.</p> <p>Der er tillige uens praksis omkring hvor mange oplysninger der skal være på de papirbaserede køkkennotater. Nogle steder er alle måltider beskrevet og andre steder er kun morgenmåltidet beskrevet.</p>

			Dette kan skabe usikre arbejdsgange med risiko for fejl for de medarbejdere der arbejder på tværs i alle fire afsnit.
--	--	--	---

## 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"> <li>1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig?</li> <li>2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?!</li> <li>3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres?</li> <li>4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald.</li> </ol> <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af Bilag1.</p>	HO	
3.2	<p><i>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing</i> Medarbejdere kender arbejdsgangene for at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner.</p>	BO	<p><i>Daglige tavlemøde medvirker til tidlig opsporing af borgere med risiko for sundhedsproblemer.</i></p> <p><i>I 1 tilfælde, hvor der er lavet en observation/opgave hos en borger med et sår efter fald, er der ikke fulgt op på dette. Det er tilsynets opfattelse, at dette er et enkeltstående tilfælde.</i></p>
3.3	<p><i>Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb</i></p> <p>Medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg. Det kan eksempelvis være ved behov for vurdering af borgers potentiale for funktionsevne, ved afslutning af §86 eller ved genoptræningsplan efter §140.</p>	HO	

	Borgers behov for eksempelvis personlig pleje er kombineret med balance- stå- eller gåmuligheder samt evt. øvelser, som borger kan huskes på. Borger kan have behov for at blive husket på rigtig forflytning eller bedst brug af rollator eller andet.		
3.4	1) Medarbejderne oplever de konkrete døgnrytmeplaner anvendelige og brugbare i forhold til opgaveløsningen hos borgerne. 2) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren.	HO	
3.5	Generelt: Dokumentation i omsorgsjournalen fremstår med overensstemmende og opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande.	HO	
3.6	Omsorgsjournalen viser overensstemmelse mellem formålet med hjælpen og tilbuddet af hjælp. Døgnrytmeplaner fremtræder handleansende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger samt borgers vaner og ønsker i relevant omfang.	HO	
3.7	Omsorgsjournalen afspejler et bevidst samarbejde monofagligt og flerfagligt. For de undersøgte borgerforløb kan der være tale om samarbejde med diætister, demenskonsulent, læge, terapeuter o.a.		

## Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	1) Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejecentre, herunder arbejdsdragt og værnemidler. 2) Der forefindes værnemidler.	HO	
4.2	Leder og relevante medarbejdere kender til at fremsøge og anvende gældende instrukser og arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud.	HO	
4.3	Hvis plejecentret varetager tøjvask uden for borgers bolig: Instruks for tøjvask er lettilgængelig for medarbejderne og følger anbefalingerne i NIR. Tøjvasken sker i overensstemmelse hermed.	IR	Plejecentret varetager ikke tøjvask af borgers tøj udenfor borgers bolig.



## Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</p>	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>	HO	
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>	HO	



## BILAG 1 Pårørendeinterview

Antal interview under besøg:

Antal telefoninterview: UDFØRES I HØRINGSFASEN

### Resultat

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller utilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ikke aktuelt	Øvrige kommentarer
Forventningssamtale							
Maden							
Pleje og vedligehold af færdigheder							
Aktiviteter							
Rengøring og tøjvask							
Kommunikation med plejecentret							
Vil du anbefale plejecentret til andre							

Tabel 1



# Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

## Tilgang og formål

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

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

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

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

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

Samlet set stiler tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

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

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

## Indhold og metode

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

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

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

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

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



## Vurderingsprincipper

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

Vurdering sker på 4 niveauer:

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

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

Niveauer	Det samlede tilsynsresultat															
Temaer																
Målepunkter																
De enkelte stikprøver																

### Vurdering af den enkelte stikprøve

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

### Vurdering af de enkelte målepunkter

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

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

### Vurdering af det enkelte tema

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

### Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

#### Godkendt

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

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

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

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



#### *Godkendt med bemærkninger*

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

Højst 1 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

#### *Godkendt med mangler*

Højst 2 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

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

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan og opfølgning efter kortere tid anbefales.

#### *Delvist Godkendt*

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".

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

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales.

#### *Ikke godkendt/Kritisable forhold*

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

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

#### **Høring og rapportering**

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



## Om virksomheden og kontaktoplysninger

Nethe Britt Jorck  
Virksomhedsleder og tilsynschef

DMK-tilsynsafdeling, [akkrediteringsraadgiverne.dk](http://akkrediteringsraadgiverne.dk)  
Egebjergvej 232 a  
4500 Nykøbing Sjælland  
Mobil: +45 2869 8898  
Mail: [nethe@jorck.net](mailto:nethe@jorck.net)

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

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

- Tilsyn med plejeboliger på ældreområdet
- Tilsyn med fritvalgsområdet
- Andre kvalitetsbesøg/tilsyn i hjemmesygeplejen, akutfunktioner, plejecentre og hjemmeplejen efter serviceloven og sundhedsloven
- Kvalitetsbesøg/temperaturmålinger ift. ældretilsynets målepunkter
- Kvalitetsbesøg/temperaturmåling ift. risikobaseret tilsyn med STPS's målepunkter
- Second opinion kombineret med kvalitetsbesøg/tilsyn ved eksempelvis klagesager
- Tværsektorielle borgerforløb. Ressource- og opgavefordeling
- Brugerundersøgelser, herunder borgertilfredshedsundersøgelser

Ovenstående liste er ikke udtømmende. Sundhedslovs- og servicelovsområdet giver stadig mere komplekse udfordringer i hverdagen, hvor vi kan byde ind med et samarbejde med fokus på en bestemt borgersituation, vinkel eller en særlig dagsorden.

Om virksomhedsleder og tilsynschef

Nethe Jorck har sundhedsfaglig uddannelse (sygeplejerske) suppleret med MPP (Master of Public Policy) til lige med kompetencegivende uddannelser indenfor ledelse, kvalitet og patientsikkerhed.

Nethe Jorck har en årrække beskæftiget sig med sociallovs- og sundhedslovsydelse, kvalitetssikring og patientsikkerhed i kommuner og regioner gennem funktioner som oversygeplejerske, kvalitetschef, tilsynschef, akkrediteringskoordinator m.m.

Hun er aktiv surveyor med ledende funktioner gennem 13 år for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet).

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

