



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Silkeborg Kommune

Sundhed og Omsorg

Fårvang Plejecenter

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	10
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	15
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	17
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	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.

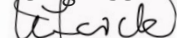
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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



Nethé Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejecenter:

Fårvang Ældrecenter, Lærkevej 19, 8882 Fårvang

Plejecenterleder:

Pernille Schrøder Jensen (fraværende). Centrets sygeplejerske varetog stedfortræderfunktionen.

Antal borgere:

12 borgere

Tilsynsbesøget fandt sted:

11. februar 2022

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 6 borgerjournaler), instrukser, handleplaner, borgerinformationer, menuplaner m.v.

Interview: 3 borgere, som helt eller delvis kan medvirke til interview. Herudover gennemføres telefoninterview med 3 pårørende. Resultaterne vedlægges tilsynsrapporten efterfølgende.

Desuden har tilsynet interviewet plejecenterleder (tlf), 1 sygeplejerske, 3 sosuassistenter, 1 husassistent, 1 ernæringsassistent og 2 frivillige.

Observation: 3 borgeres bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

Tilsynet har overværet dele af personlig pleje til 3 borgere og hjælp til spisning hos 1 borger.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 4 borgere.

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP.

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

Højest 1 af temaerne er vurderet lavere end "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

Højest 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 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 oplysninger af betydning for vurderingen

Fårvang Ældrecenter har været under ombygning de sidste par år, og på tilsynsdagen er her 12 beboere. Ombygningen er nu afsluttet og det er nu klar til indflytning af 12 nye borgere, det samlede antal boliger er herefter 24. Plejecentret har siden sidste tilsyn arbejdet konstruktivt med ernæringsprocessen og er kommet rigtig fint i mål hermed. Plejecentret har tilknyttet læge. Tilsynet konstaterer uklare arbejdsgange i forbindelse med at assistenter ændrer pn hudpræparater til fast. Sygeplejerske tager samme dag dette op på tavlemøde med assistenter i en faglig konstruktiv dialog.

Styrker

Funktionsevne:

Borgernes funktionsevne støttes via et velfungerende samarbejde med terapeuter. Et samarbejde der fremmer ex. 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 og frivillige giver udtryk for, at medarbejderne udviser imødekommenhed og stort engagement over for borgernes ønsker. Adspurgt 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. Borger 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.

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

Personlig pleje: Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Medarbejderne virker omsorgsfulde og vægter højt at kunne give en nærværende, individuel og omhyggelig pleje. Tilsynet ser flere eksempler på døgnrytmeplaner, som indeholder oplysninger om, hvad der skaber glæde i hverdagen i såvel dag, aften og nattetimer. Tilsynet overværer personlig pleje hos flere borgere og finder, at denne understøtter borgerne i at bevare sine færdigheder på bedste vis og plejesituationen foregår værdigt med respekt for borgernes ønsker og livssituation.

Mad og måltider: Måltiderne indtages for næsten alle borgers vedkommende i fællesrummet ved køkkenet. Tilsynet overværer morgen og middagsmåltid. Bordplanen fremstår velfungerende. Under begge måltider sidder medarbejdere med ved bordene, og her er en livlig småsnak, hygge og god stemning under måltiderne. Borgere der har behov til hjælp og støtte under måltidet får dette. Menuplanen sammensættes af ernæringsmedarbejderen i tæt samarbejde med borgerne. Her kan borgerne komme med ønsker til måltiderne og disse efterkommes i stor udstrækning. Maden roses af alle beboere.

Aktiviteter i hverdagen: Ældrecenteret har en stor gruppe af frivillige der står for de mangeartede aktiviteter på centret, hvilket ses som en styrke, idet der ikke længere er ansat en aktivitetsmedarbejder på stedet. En flexjobber hygger med borgerne og griber nuet til fælles hygge – det bliver en gåtur, et spil kort, en lille snak. Aktiviteterne har dog været ret begrænsede det sidste år grundet coronasituationen, oplyser borgerne og de frivillige. Alle ser frem til, det nu ser ud til at blive muligt at afvikle aktiviteter på stedet.

Sammenhæng og forudsigelighed: Ved interview med borgere og frivillige hører tilsynet kun godt om samarbejdet med medarbejdere og leder. Borgerne giver udtryk for, at hjælpen er god uanset, hvem der hjælper dem. Det daglige tavlemøde medvirker til tidlig opsporing af borgere med risiko for sundhedsproblemer samt til løbende kompetenceudvikling. Tilsynet overværer et tavlemøde og oplever høj grad af videndeling og læring her.

Hygiejne: Såvel borgernes eget hjem som alle fællesarealer fremstår i høj grad rene.

Siden seneste tilsyn: Det ses tydeligt siden sidste tilsynsbesøg, at der er arbejdet konstruktivt med ernæringsindsatsen for borgerne, hvilket nu resulterer i velfungerende arbejdsgange vedrørende ernæringsindsatsen.

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

- 1 tema er "Helt opfyldt"
- 2 temaer er "I betydelig grad opfyldt"
- 1 tema er "I nogen grad opfyldt".

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

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Indikator 3.5 Dokumentation i omsorgsjournalen fremstår med overensstemmende og opdaterede oplysninger

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

Plejecentret fremstår med en stærk mundtlig videndeling og formidling og arbejder på, at kommunikation og videndeling gøres skriftlig, så viden er tilgængelig i alle vagter døgnet igennem. Sygeplejerske underviser i Nexus og støtter i brugen deraf. Siden seneste tilsyn er gjort en ihærdig indsats gennem oplæring og løbende kompetenceudvikling. Tilsynet konstaterer, at flere medarbejdere har udfordringer med anvendelse af Nexus.

En gennemgående udfordring er at finde koblingerne og sammenhængen mellem pleje og behandling, observation og opfølgning. Vurderingen af disse forhold og dokumentationen heraf er nødvendig af hensyn til den enkelte borgers sikkerhed, da det udgør et væsentligt element i helhedsvurderingen.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- sikre tilstrækkelige vurderinger af borgerne og opfølgning på sundhedsfaglige observationer og målinger
- øge opmærksomhed på, at alle handleplaner er opdaterede og i overensstemmelse med borgers aktuelle tilstand
- oplære assistenter til at kunne varetage dokumentation for eget ansvarsområde, samt til at medvirke til den løbende kompetenceudvikling blandt kolleger
- medinddrage assistenter i løbende journalaudit af udvalgte borgere.

Indikator 3.7 Omsorgsjournalen afspejler et bevidst samarbejde monofagligt og flerfagligt.

Tilsynet oplever en uklar arbejdsgang vedrørende to delegerede lægeordnede p.n. ordinationer for kur mod hudproblemer hos en borger. Her konstateres under tilsynet, at der fremstår tvivl om, hvilken kur der er iværksat. Er det kuren med Betnovat salve eller Brentacort salve der er sat i gang? Dette er uklart i Nexus. Ligeledes er det uklart, hvordan arbejdsgangen omkring orientering til egen læge, at man har iværksat den uddelegerede p.n. ordination.

Tilsynet anbefaler

- at der laves en klar aftale med egen læge omkring p.n. ordinationer.
- at arbejdsgange omkring p.n. ordinationer dokumenteres klart i Nexus samt, at medarbejdere opdateres på disse arbejdsgange.

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Indikator 4.1 Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejecentre, herunder arbejdsdragt og værnemidler.

Tilsynet ser, at der ikke i alle tilfælde anvendes plastforklæder i forbindelse med personlig pleje, hvor der er risiko for forurening af arbejdsdragt. 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.

Tilsynet anbefaler

- at der iværksættes tiltag, så anbefalingerne i NIR bliver implementeret og efterlevet af alle medarbejdere.

Indikator 4.3 Instruks for tøjvask er lettilgængelig for medarbejderne og følger anbefalingerne i NIR.

Målepunktet vedrører tøjvask etc. hvor vask af borgernes tøj foregår i centrets fælles vaskemaskiner.

Vasken udføres ikke i overensstemmelse med NIR 2020 (<https://hygiejne.ssi.dk/-/media/arkiv/subsites/infektionshygiejne/retningslinjer/nir/nir-primærsektoren.pdf?la=da>), eksempelvis hvad angår vaskemiddel ved vask under 60 grader, tom kogevaske/rengøringsprogram, rengøring af gummimembraner o.a.

Siden seneste tilsyn er besluttet kogevaske mellem hver borgervask. Der behøver derved ikke anvendes desinficerende vaskemiddel ved lave temperaturer.

Tilsynet finder, at der svares forskelligt på spørgsmålet om, hvordan det sikres, at der køres en tom kogevaske når der skiftes vask fra en borger til en anden. Da der ikke anvendes desinficerende vaskemiddel ved vask under 60 grader indebærer det en risiko for smittespredning.

Tilsynet anbefaler

- at følge anbefalingerne i NIR for tøjvask i fælles vaskemaskine samt Silkeborg Kommunes beskrevne arbejdsgang herpå
- tilsynet foreslår, at der oprettes et skema til egenkontrol der er tilgængeligt i vaskerummet for de medarbejdere der udfører tøjvask
- at rette henvendelse til kommunens hygiejnefunktion ved tvivlsspørgsmål.

Opmærksomhedspunkt

Indikator 2.11: Fødemiddelallergier og lignende

Det er tilsynets indtryk, at medarbejdere og ernæringsassistent har velfungerende dialog om borgeres særlige behov, herunder allergier, intolerans, beriget kost o.a. Ernæringsassistenter 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 kan derved indebære en risiko for borgerne, eksempelvis i småt bemandede funktioner. Dette kan være aftenvagten eller når ernæringsassistenten har fravær.

På tilsynstidspunktet oplyses, at ingen borgere har fødemiddelallergi.

Tilsynet anbefaler

- at styrke skriftlige arbejdsgange vedrørende oplysninger om borgeres fødemiddelallergier og intolerancer for medarbejdere, der varetager tilberedning og servering af mad
- at fastlægge arbejdsgange, der gør det vanskeligt for medarbejderne at tilberede og servere forkert kost til borgerne.

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	
Tema 1	Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering	HO
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Måltider og mad, der passer til borgers behov	HO
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Koordinering ved ændring i borgers tilstand Flerfagligt samarbejde	NO
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning Instrukser, værnemidler og rengøring Tøjtør	BO
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn 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 fokus.

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering:



Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	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?	HO	
1.2	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.	HO	
1.3	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.	HO	
1.4	Det fremgår af omsorgsjournalen, at borgers psykiske og fysiske ressourcer inddrages i planlægningen og udførelsen. Hjælpen beskrives med en rehabiliterende tilgang.	HO	
1.5	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.	BO	<i>I tre ud af fem sete borgerjournaler er funktionsevne opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden.</i>

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering:



Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 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? 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?	HO	
2.2	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 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) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov? 3) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på?	HO	
2.3	<i>Praktisk hjælp, herunder rengøring</i> 1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen. 2) Personlige hjælpemidler fremtræder rene 3) Fællesarealer fremtræder rengjorte.	HO	
2.4	<i>Personlig pleje</i> 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.	HO	
2.5	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. Der høres om en velfungerende struktur internt og i samarbejdet med frivillige og andre.	BO	Tilsynet efterspørger en aktivitetsplan, en sådan findes ikke for tiden, hvilket begrundes med Coronasituationen.

	2) Der foreligger aktivitetsplan, som er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere.		Det oplyses, at der afholdes gudstjeneste to gange om måneden og aktiviteter så småt er ved at komme i gang igen.
2.6	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: -Er der mulighed for at lave de ting, der betyder noget? -Får du dækket dit behov for at være sammen med andre? -Hvad synes du – er der gode oplevelser hver dag? Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes?	BO	Jf. punkt 2.5

Måltider og mad, der svarer til borgers behov

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.7	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 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?	HO	
2.8	Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at der er klart værtsskab og at medarbejderne sørger for gode rammer til en uforstyrret spisning og hyggelig stemning. Arbejdsgangene fremmer, at borgerne får den støtte til spisning, de har brug for. Arbejdsgangene fremmer, at den enkelte borger opnår en positiv oplevelse af måltidet.	HO	
2.9	Der foreligger menuplan, som er udarbejdet med involvering af borgere og tilgængelig for borgere og pårørende.	HO	
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	Tilsynet efterspørger, hvorledes afløserne, som skal tilberede eller servere maden, kender til borgeres eventuelle allergi og intolerance.

			Det oplyses, at informationer herom videreformidles mundtligt eller kan ses i Nexus, hvilket tilsynet finder er en sårbar procedure i småbemandede vægter.
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"> 1) I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleanvisende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen. 2) Aftalt vejehyppighed ses udført 3) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. 4) Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere – dels i døgnrytmeplaner og dels i eventuelle kostsedler. 	HO	<p>I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleanvisende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen.</p> <p>Opmærksomhedspunkt: At få beskrevet, af hvem og hvornår en tærskelværdi skal korrigeres.</p>

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? 2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?! 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald. 	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>	HO	
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. Borgers behov for eksempelvis personlig pleje er kombineret med balance- stå- eller gå muligheder 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.</p>	HO	
3.4	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	BO	Tilsynet oplever, at en ud af fem medarbejdere har lidt svært ved at finde frem til borgerdata i Nexus på henholdsvis PC og tablet.

3.5	Generelt: Dokumentationen i omsorgsjournalen fremstår med overensstemmende og opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande.	BO	<p>Her ses et problem med kobling, idet der hos en borger er udført en EVS, men, denne kan ikke findes i borgerjournalen.</p> <p>Her ses i et tilfælde, at handleplanen ikke er opdateret om borgers behov for hudpleje, da der er uoverensstemmelse med borgers aktuelle behov og det skrevne i handleplanen.</p>
3.6	Omsorgsjournalen viser overensstemmelse mellem formålet med hjælpen og tilbuddet af hjælp. Døgnyrmeplaner fremtræder handleanvisende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger samt borgers vaner og ønsker i relevant omfang.	BO	Jf. 3.5
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.	NO	<p>Tilsynet oplever en uklar arbejdsgang vedrørende to delegerede lægeordnede p.n. ordinationer for kur mod hudproblemer hos en borger. Her konstateres under tilsynet, at der ses tvivl om, hvilken kur der er iværksat. Er det kuren med Betnovat salve eller Brentacort salve der er sat i gang, og dette kan ikke afklares i Nexus. Ligeledes er det uklart, hvordan arbejdsgangen er omkring orientering til egen læge, at man har iværksat den uddelegerede p.n. ordination.</p> <p>Ovenstående praksis kan indebære en risiko for patientsikkerheden. Temaet vurderes samlet set: "I nogen grad opfyldt".</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) Der forefindes værnemidler.	BO	Ad 1) To ud af tre medarbejdere anvender plastforklæde i forbindelse med personlig pleje hos borger, der ligger i seng. NIR foreskriver, at der skal anvendes plastforklæde når der ved personlig pleje er risiko for at få forurennet arbejdsdragten.
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.	NO	Tøjvask varetages i fælles vaskemaskine. Siden seneste tilsyn er besluttet kogevaske mellem hver borgervask. Der behøver derved ikke anvendes desinficerende vaskemiddel ved lave temperaturer. Tilsynet finder at der svares forskelligt på spørgsmålet om arbejdsgangen. En udtaler, at kogevasken skal ske efter forurennet vask, og at fast kogevaske sker i nattevagten. En anden fortæller (i overensstemmelse med beslutningen),

			<p>at kogevask skal udføres, når man skifter fra en borgers tøj til en anden.</p> <p>Tilsynet finder arbejdsgangen uklar og uhensigtsmæssig, da det ikke tydeligt fremgår, hvornår en sådan tom kogevask har fundet sted. Der kan ikke vises et egenkontrolskema.</p> <p>Dette punkt var ligeledes et opmærksomhedspunkt ved sidste tilsyn.</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.</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	<p><i>Evaluering er fastsat.</i></p> <p><i>Opmærksomhedspunktet er at skærpe effektvurderingen.</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 igangsat forandringer.</i></p> <p><i>På nogle områder ses, at målopfyldelsen er klart forbedret. Det drejer sig eksempelvis om ernæringsområdet.</i></p> <p><i>På andre områder ses forandringer, som endnu ikke har medført forbedret målopfyldelse.</i></p>



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 eventuelle 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.

Højest 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

Højest 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
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 teamkolleger 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 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.

