



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Silkeborg Kommune

Sundhed og Omsorg

De Midlertidige Pladser

Karolinelundcentret

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 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen.....	13
Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen - Måltider og mad.....	16
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	18
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	21
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	22
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper.....	23
Om virksomheden og kontaktoplysninger	26

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.

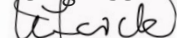
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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:

De Midlertidige Pladser Karolinelundcentret, Karolinelundsvej 15, 8883 Gjern

Leder:

Rikke Dupont

Antal borgere på tilsynstidspunktet:

9

Tilsynsbesøget fandt sted:

11. januar 2023

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 7 borgerjournaler), menuplan, indflytningssamtale-tjekliste, tavle m.v.
- Interview: 1 borger, som kan medvirke til interview. Borger er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Desuden har tilsynet interviewet 1 plejecenterleder, 1 sygeplejerske, 2 assistenter, 1 hjælper og 1 ernæringsassistent.
- Observation: 3 borgers bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig pleje til 2 borgere.

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

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP.

Samlet tilsynsresultat

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

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

Godkendt med bemærkninger

Vurderingsskala:

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

Godkendt

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

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

Godkendt med bemærkninger

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfølgelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Godkendt med mangler

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

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

Delvist godkendt

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

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

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

Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales.

Ikke godkendt/Kritisable forhold

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

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

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

De Midlertidige Pladser fremstår som en velstruktureret plejeenhed med grundlæggende velfungerende arbejds-gange. Borgerne har for de flestes vedkommende et længerevarende ophold på 2-3 måneder. Hverdagen på plejeenheden er afhængig af tilstedeværelse af medarbejdere, som handler adækvat døgnet rundt, herunder forebygge uro samt udføre relationsarbejde. Plejeenheden har gennem længere tid haft været udfordret af, at der er få erfarne medarbejdere med indgående kendskab til at arbejde med mennesker ramt af demens. Særlig i aftentimerne har bemanningen været sårbar med en fast medarbejder suppleret med afløser og vikarer, som ikke kender borgernes behov og ønsker. Døgnrytmeplanerne skal i en sådan situation sikre borgerne den fornødne kvalitet ved at give medarbejderne den fornødne viden således at viden i mindre grad er afhængig af mundtlig information.

Styrker

Livskvalitet og tilfredshed

De faste medarbejdere udviser indgående kendskab til arbejdsfeltet med mennesker der er ramt af demenssygdom. Tilsynet hører bevågenhed for at sikre de bedst mulige forhold for borgerne, når bemanningen ikke i sig selv kan sikre den fornødne kvalitet. I de overværede plejesituationer ses, at hjælpen ydes med en omsorgsfuld og nærværende tilgang.

Plejeenheden har etableret sig med velstrukturerede arbejds-gange for tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring og opfølgning på vægttab.

Sammenhæng og forudsigelighed

Internt støttes fagligheden af flerfaglige drøftelser sundhedsfagligt og med terapeuter efter behov. Et velfungerende samarbejde med gerontopsykiatrisk funktion sikrer sparring på lægefagligt niveau. Der er jævnlige fremtids-møder med deltagelse af visitationen, som sikrer dokumentation af aftalerne.

Disse forhold støtter den fælles borgerindsats og medvirker til videndeling og kompetenceudvikling.

Hygiejne

Værnemidler er lettilgængelige for medarbejderne.

Medarbejderne kender og anvender i vid udstrækning de aftalte værnemidler under den personlige pleje.

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

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 1 tema er "Helt opfyldt"
- 3 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 1 Funktionsevne

Indikator 1.3

Fokus: Borgers funktionsevnetilstande skal være opdateret svarende til borgers aktuelle funktionsevnetilstand. Det vil gøre det muligt og validt - også nationalt - at kunne anvende opgørelser af funktionsevnetilstanden til at kunne følge udviklingen fra opstart til afslutning af forløb.

Udviklingspunkt: Medarbejdere oplyser forskelligt om ansvar- og opgavefordeling ved opdatering af funktionsevnetilstande mellem visitationen og DMP. 4 ud af 4 undersøgte forløb ses ikke opdateret af DMP. De tilstande, der er aktive, fremstår ikke opdaterede i overensstemmelse med borgers aktuelle funktionsevnetilstande. Der ses flere borgerforløb med behov for at flere funktionsevnetilstande gøres aktive.

Det er tilsynets indtryk, at der er en proces i gang for forbedringer.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den igangværende proces med

- at fastlægge og implementere ansvars- og opgavefordeling mellem visitationen og DMP
- at fastlægge den interne arbejdsproces for opdatering af funktionsevnetilstandene.

Tema 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Indikator 2.3 Indflytningssamtaler

Beslutning: DMP har fastlagt følgende struktur: Ved indflytning tilknyttes en indflytningskoordinator, der blandt andet koordinerer

- Indflytningssamtale indenfor 1 uge med deltagelse af borger, pårørende og DMP.
- Fremtidsmøder med deltagelse af visitationen første gang efter 14 dage.

Oplysninger fra samtalerne giver ofte input til døgnrytmeplan.

Der forefindes referater fra fremtidsmøder hvor visitationen deltager og skriver referat.

Udviklingspunkt: For 1 ud af de 9 borgere kan fremfindes indflytningssamtale. Det er overraskende for de faste medarbejdere, at antallet af udførte indflytningssamtaler er så lavt. Der høres om forskellige årsager til at indflytningssamtalerne kan være fravalgt, primært er det begrundet i bemandingsudfordringer.

Tilsynet anbefaler

- at følge op på afholdelse af indflytningssamtale, så man kan forholde sig til en evt. udsættelse. Det kan være styret i Nexus, dato på tavlen udfor ”indflytningssamtale eller andet.

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. Det er afgørende for at sikre den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje af borgerne, at alle medarbejdere har den nødvendige viden om borgerne.

Plejeenhedens arbejdsprocesser sikrer i vid udstrækning et skriftligt arbejdsgrundlag i Nexus, som fremstår opdateret og overensstemmende, dog fraset døgnrytmeplaner.

Udviklingspunkt:

Få døgnrytmeplaner fremstår fyldestgørende og opdaterede.

Dagvagt: Der foreligger oplysninger for 5 ud af 5 undersøgte borgerforløb. 1 ud af disse er fyldestgørende i forhold til borgers kost og særlige ønsker og behov. For en voldsparat borger ses ikke oplysninger om dette samt evt. oplysning om hvordan det om muligt kan forebygges og tackles. Aftenvagt: For 1 ud af 5 borgere foreligger døgnrytmeplan. Nattevagt: Udfyldt for 4 ud af 5 borgere alene ift. om borger har behov for tilsyn.

En særlig udfordring er, at aftenbemandingen gennem længere tid har været sårbar med fremmøde af en fast medarbejder sammen med afløser/vikarer.

Medarbejdere der kender borger ved formentlig hvorledes de bedst yder omsorg og støtter at borgers individuelle ønsker og behov imødekommes. Men denne viden forbliver tavs viden.

Tilsynet anbefaler, at

- døgnrhythmeplaner afspejler borgers ønsker og behov, herunder oplysninger om, hvad der får dagen til at lykkes og omsorgsfokus
- finde en struktur, der støtter opdatering af døgnrhythmeplanerne – det kan f.eks. være i forbindelse med afholdelse af indflytnings- og fremtidsmøderne
- øge fokus på borgere, hvis midlertidige ophold strækker sig over en længere tidsperiode, som bliver borgers hverdag og derved i højere grad har brug for at medarbejderne udviser kendskab til borgers ønsker og behov, har kontaktperson m.v.
- fastlægge kontaktperson til disse borgere.

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Indikator 4.1.1: Medarbejdere kender og anvender gældende retningslinjer

Temaets fokus: For at undgå smittespredning, anbefales det i NIR, at ved udførelse af personlig hygiejne med risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser, anvendes plastforklæde.

Udviklingspunkt: I 1 ud af 2 sete morgenplejesituationer ses nedre hygiejne uden anvendelse af plastforklæder.

Dette punkt var også et indsatsområde i den kommunale tilsynsrapport fra 2022.

Tilsynet anbefaler

- At der iværksættes tiltag, så anbefalingerne i NIR¹ bliver implementeret og efterlevet
- Have særlig opmærksomhed på information til afløsere og vikarer.

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	BO
Tema 2a	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Indflytning Den sidste tid	BO
Tema 2b	Livskvalitet og tilfredshed 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 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	IR

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

Tilsynsførende vurderer for hvert målepunkt, om dataindsamlingen viser overensstemmelse med målepunktets angivelser. I bemærkningsfeltet udfor hvert målepunkt er ikke medtaget alle fund, men der er beskrevet særlige positive eller negative fund, som kan have værdi i det videre arbejde.

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

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 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?	BO	Borgerne kan generelt grundet deres tilstand ikke udtrykke deres mening. 1 ud af 1 interviewet borger er tilfreds. Vurderingen er sket på baggrund af de øvrige indhentede data. Opmærksomhedspunktet: Bemanningen særligt i aftenvagten fremstår sårbar. Det skriftlige arbejdsgrundlag er sårbart. Det mindsker medarbejders mulighed for at kende borgers behov.
1.2	Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan give eksempel på, hvordan målene revideres i takt med at borgers ressourcer ændrer sig. 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	
1.3	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.	NO	Opdatering af funktionsevnetilstande: Ansvar- og opgavefordeling mellem visitationen og DMP fremstår uklar. Dette kan skyldes at en implementering af ny arbejdsgang er forestående.

1.4	Der foreligger mål for indsatsen og løbende evaluering.	BO	
-----	---	----	--

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 være her? 	HO	<p>1 interviewet borger er tilfreds. Borgerne kan generelt grundet deres tilstand ikke udtrykke deres mening.</p> <p>Vurderingen er sket på baggrund af de øvrige indhentede data.</p> <p>Opmærksomhedspunktet: Bemandingen særligt i aftenvagten fremstår sårbar. Det skriftlige arbejdsgrundlag er sårbart.</p> <p>Det mindsker medarbejders mulighed for at kende borgers behov.</p>
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? 	HO	Jf. ovenfor
2.3	<p>Kommunens fokus 2023: Implementering af "Drejebog for den gode indflytning"</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Plejecentret har en systematik for udlevering af relevant materiale 2) Hjemmebesøg er søgt afholdt samt indflytningssamtale og opfølgningssamtale 3) Der gives eksempler på borger hvor der aktivt er arbejdet med borgernes livshistorie 4) Der gives eksempler på borgere, hvor der er givet plads til at tale om den sidste tid 5) Der ses eksempler på dokumentation i journalen på de aftalte steder. 	NO	<p>Vedr: Drejebog for den gode indflytning:</p> <p>DMP anvender anden systematik tilpasset DMP's funktion.</p> <p>-Indflytningssamtale indenfor 1 uge.</p>

			<p>-Fremtidsmøder med deltagelse af visitationen første gang efter 14 dage.</p> <p>For 1 ud af de 9 borgere kan fremfindes indflytningssamtale. Der høres om forskellige årsager til at indflytningssamtalerne er fravalgt, primært er det begrundet i bemandingsudfordringer.</p> <p>Der forefindes referater fra fremtidsmøder hvor visitationen deltager og skriver referat.</p>
2.4	<p>Kommunens fokusområde 2023: Den sidste tid</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Medarbejderne kan redegøre for pleje og omsorg ved livets afslutning. 2) Medarbejderne kan redegøre for, hvor de finder borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation. 	BO	<p>Ad 2)</p> <p>For 1 ud af 5 undersøgte forløb ses oplysning om at der ikke skal være genoplivning, men der ses ikke henvisning til beslutningsnotatet (medcom).</p> <p>For de øvrige 4 ses ikke oplysning, hvilket betyder at der enten ikke er oplysning derom eller at borger ønsker genoplivning.</p>
2.5	<p>Praktisk hjælp, herunder rengøring</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 3) Fællesarealer fremtræder rengjorte. 	HO	
2.6	<p>Personlig pleje</p> <p>Borgerne fremtræder velplejet efter ønske. 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	

	Medarbejderne beskriver arbejdsgange, der støtter at inkontinente borgeres behov for toiletbesøg og evt. bleskift imødekommes.		
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. 	IR	<i>Ikke målepunkt for DMP</i>
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? 	IR	<i>Ikke målepunkt for DMP</i>

Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen - Måltider og mad

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? 	HO	<p>1 interviewet borger er tilfreds. Borgerne kan generelt grundet deres tilstand ikke udtrykke deres mening.</p> <p>Vurderingen er sket på baggrund af de øvrige indhentede data.</p> <p>Opmærksomhedspunktet: Bemandingen særligt i aftenvagten fremstår sårbar. Det skriftlige arbejdsgrundlag er sårbart. Det mindsker medarbejders mulighed for at kende borgers behov.</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	
2.11	<p>Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende. Der høres om involvering af borgere i det omfang det er muligt.</p>	HO	
2.12	<p>Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.</p>	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 <p>Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere i journalen samt – hvis det er praksis - i døgnrytmeplaner, handleanvisninger i eventuelle kostsedler i køkkener o.a.</p>	BO	<p>DMP har bevågenhed ift. borgernes kost. Der ses fyldestgørende oplysninger i døgnrytmeplaner for dagvagten men ikke for aftenvagten.</p> <p>Ingen borgere er kendt med fødemiddelallergi.</p>
2.14	<p>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</p> <p>Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleanvisende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen. 2) Der ses eksempler på observationer om borgers indtag af mad (når der er afvigelser) 3) Aftalt vejehyppighed ses udført 4) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. 	HO	

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 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.	BO	1 interviewet borger er tilfreds. Borgerne kan generelt grundet deres tilstand ikke udtrykke deres mening. Vurderingen er sket på baggrund af de øvrige indhentede data.
3.2	<u>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing samt opfølgning</u> Medarbejdere kender arbejdsgangene for 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	<u>Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter</u> 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 relevante borgere og hvordan de – hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.	HO	

	Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, herunder hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.		
3.4	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag - Generelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Medarbejderne kender og anvender omsorgsjournalen ensartet. b) Der ses overensstemmende oplysninger om borgerens tilstande mellem tilstande, handlingsanvisninger, observationer, faglige notater, døgnrytmeplaner mv. c) Oplysninger på eventuelle tavler, i papirkalendere, i print og andre supplerende informationer til borgere og medarbejdere er i overensstemmelse med omsorgsjournalens oplysninger og borgers aktuelle tilstand. d) Oplysninger fra f.eks. terapeuter er lettilgængelige for assistenter og hjælpere. e) Kædeprocessen <i>måling, reaktion, sundhedsfaglig vurdering, konsekvensrettelse</i> er undersøgt og fundet veldokumenteret. f) Arbejdsgangen for konsekvensrettelse ved ændringer i borgers tilstand beskrives ensartet af medarbejdere der har opgaver i forbindelse med dette. <p>Målepunktet omfatter de dele af omsorgsjournalen, som er relevant for tilsynets foci. Andre krav om journalføring for sundhedslovsydelser er som udgangspunkt ikke omfattet, medmindre der under tilsynsbesøget skulle blive identificeret forhold, der kan indebære en risiko for borgeren.</p>	BO	Der ses generelt overensstemmelse i 4 ud af 4 undersøgte forløb.
3.5	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag for udførelse af de daglige social- og plejefaglige opgaver hos borgerne</p> <p>Døgnrytmeplaner indeholder lettilgængelige, opdaterede og handleanvisende oplysninger om borgers ressourcer og behov, herunder hvorledes støtten ydes individuelt ud fra borgers livsstil og ønsker.</p>	NO	<p>Døgnrytmeplaner</p> <p>Dagvagt: Der foreligger oplysninger for 5 ud af 5 undersøgte borgerforløb. 1 ud af disse er fyldestgørende i forhold til borgers kost og særlige ønsker og behov.</p> <p>For en voldsparat borger ses ikke oplysninger om dette, og evt. oplysning om hvordan det om muligt kan forebygges og tackles.</p> <p>Aftenvagt: For 1 ud af 5 borgere foreligger døgnrytmeplan.</p>

			<p>Nattevagt: Udfyldt for 4 ud af 5 borgere ift. om borger har behov for tilsyn.</p> <p>Medarbejdere der kender borgerne ved hvorledes de bedst yder omsorg og støtter at borgernes individuelle ønsker og behov imødekommes. Men denne viden forbliver tavs viden.</p> <p>En særlig udfordring er at aftenbemandingen gennem længere tid har været sårbar med fremmøde af en fast medarbejder sammen med afløser/vikarer.</p>
--	--	--	--

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	1) Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejecentre, herunder arbejdsdragt og værnemidler. 2) Værnemidler er lettilgængelige for medarbejderne.	NO	<i>Ad 1) 2 medarbejdere oplyser at plastikforklæde alene anvendes til bad.</i> <i>1 set medarbejder benytter ikke plastikforklæde i forbindelse med at hjælp til morgenplejen.</i> <i>Ad 2) Værnemidler og desinfektionsmidler er let tilgængelige.</i>

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn - RELEVANT FRA 2024

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>	IR	
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>	IR	
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>	IR	



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.

