



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Silkeborg Kommune

Sundhed og Omsorg

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	11
Tema 1 Funktionsevne	12
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	13
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed.....	19
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	22
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	23
Bilag 1: Pårørendeinterview	25
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	28
Om virksomheden og kontaktoplysninger	31

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.

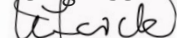
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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:

Karolinelundcentret, Karolinelundsvej 15, 8883 Gjern

Leder:

Rikke Dupont

Antal beboere:

37

Tilsynsbesøget fandt sted:

24. januar 2023

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 9 borgerjournaler), instrukser, handplaner, borgerinformationer, menuplaner m.v.
- Interview: 4 borgere, som helt eller delvis kan medvirke til interview samt telefoninterview med 5 pårørende. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Desuden har tilsynet interviewet 1 plejecenterleder, 1 sygeplejerske, 4 social- og sundhedsassistenter, 4 social- og sundhedshjælpere, 1 rengøringsassistent og 1 ernæringsassistent.
- Observation: 8 borgers bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

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

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 8 borgere.

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Anne Ahrensbach, sygeplejerske, konsulent

Samlet tilsynsresultat

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

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

Godkendt med bemærkninger

Vurderingsskala:

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

Godkendt

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

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

Godkendt med bemærkninger

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfylde 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

Karolinelundcentret fremstår som en grundlæggende velstruktureret enhed, hvor medarbejderne udviser højt fagligt engagement og opmærksomhed på borgernes trivsel.

I forhold til målepunkterne, som vedrører den social- og plejefaglige kvalitet ses udviklingspunkter, hvor øget målopfyldelse må forventes at kunne opnås indenfor kortere tid.

Siden sidste tilsyn har plejecenteret arbejdet med at forbedre de indsatsområder, der blev beskrevet. Det er der opmærksomhed på fra såvel leder som medarbejdere. Samlet set er vurderingen: Godkendt med bemærkninger.

Styrker

Funktionsevne

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

Livskvalitet og tilfredshed

Borgerne tilkendegiver, at medarbejderne er venlige, hjælpsomme og imødekommene. Borgerne giver udtryk for, at de generelt er tilfredse med den hjælp, de får. Det er tilsynets vurdering, at de faste medarbejdere har et godt kendskab til borgerne.

Plejen udføres i samarbejde med borger og i borgers tempo. Der opleves en hyggelig småsnakken med borgeren i forbindelse med den udførte pleje. I de overværede plejesituationer ses, at hjælpen ydes med en rehabiliterende tilgang, hvor borger bruger egne ressourcer så godt som muligt. Tilsynet observerer, at borgerne, som ikke længere kan svare for sig og/eller med ringe eller ingen funktionsevne modtager en omhyggelig, værdig og omsorgsfuld pleje. Borgerne fremtræder velplejede og velsoignerede svarende til eget ønske og mulighed.

Under såvel morgenmad som middagsmaden ses medarbejderne fordele sig ved spisebordene svarende til borgernes behov. Tilsynet oplever en hyggelig atmosfære i spisestuerne - ved såvel morgenmad som middagsmad.

Sammenhæng og forudsigelighed

Det er tilsynets vurdering, at der arbejdes ihærdigt med at udvikle en fælles systematik i relation til anvendelse af det skriftlige arbejdsgrundlag.

Det tilstræbes af afholde daglige tavlemøder, da disse understøtter samarbejdet internt og tværfagligt. Det er tilsynet indtryk at tavlemøderne dels bidrager til fælles forståelse og tidlig opsporing af borgere i risiko og dels bidrager til den løbende kompetenceudvikling.

Forebyggelse af smittespredning

Tilsynet observerer stor opmærksomhed på korrekt brug af værnemidler ifm. udførelse af personlighigieje.

Siden seneste tilsyn

Siden sidste tilsyn har plejecenteret arbejdet med at forbedre de indsatsområder, der blev beskrevet ved tilsyn i 2022. Det er der opmærksomhed på fra såvel leder som medarbejdere.

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

- 2 temaer er ”Helt opfyldt”
- 3 temaer er ”I betydelig grad opfyldt”
- 1 tema er ”I nogen grad opfyldte”

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 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Indikator 2.3: Implementering af ”Drejebog for den gode indflytning”

Tilsynet vurderer, at medarbejdere og leder arbejder engageret med implementering af drejebogen. I 2 ud af 2 borgerforløb, er der gennemført nogle af de elementer, der er indeholdt i drejebogen.

Udviklingspunkterne vedrører opfølgning på de indledende indflytningssamtaler, herunder hvem der er ansvarlig. Der er iværksat tiltag, der skal føre til en fuld implementering af de handlinger der er anvist i drejebogen.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige implementeringsindsats, herunder

- afklare og implementere hvorledes langsigtede og kortsigtede mål for indflytning dokumenteres, så medarbejderne har mulighed for rettidig opfølgning sammen med borger og pårørende.

Indikator 2.4: ”Den sidste tid”

Tilsynet konstaterer positivt, at de anvendte arbejdsgange medvirker til at sikre, at der er taget stilling til livsforlængende behandling i det omfang, det er muligt. Dette er dokumenteret i borgernes journaler.

Tilsynet konstaterer desuden, at såvel medarbejdere som leder er opmærksomme på vigtigheden af gode forløb for terminale borgere på Karolinelundcentret.

Udviklingspunktet er indhentning af borgernes ønsker til den sidste tid – udover evt. livsforlængende behandling.

Tilsynet anbefaler, at ledelsen

- understøtter den fortsatte udvikling på dette indsatsområde i samarbejde med medarbejdere, borgere og pårørende.

Indikator 2.7 og 2.8: Aktiviteter – borgernes hverdag

Aktuelt er det primært plejepersonale og leder, der er ansvarlige for at sikre borgerne aktivitetstilbud. Diverse aktuelle opslag for viser, at der er iværksat to faste aktiviteter om ugen: Stolegymnastik mandag formiddag og torsdagsklub torsdag eftermiddag. Derudover er der et opslag om en gudstjeneste samt en fastelavnsfest i uge 5.

Udviklingspunktet er at borgerne efterspørger mere indhold i hverdagen. Der ses flere oplysninger under målepunktet.

Tilsynet anbefaler, at

- ledelse og medarbejdere fortsat er opmærksomme på at understøtte borgernes potentialer og ønsker, så borgernes behov for socialt samvær imødekommes og der sikres adspredelse i hverdagen.
- fortsætte iværksatte initiativer i forhold til inddragelse af pårørende og borgere fra lokalsamfundet.

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

Indikator 2.9.1, samt 2.12: Borgertilfredshed og borgerinddragelse ift. maden

Tilsynet konstaterer, at borgerne generelt tilkendegiver at maden er veltilberedt, og smager godt.

Der er ophængt menuplaner i alle fællesrum. Interviewede borgere efterlyser større indflydelse på menuplanlægningen. Der ses uddybende oplysninger under målepunktet.

Tilsynet anbefaler, at

- ledelse og medarbejdere vurderer mulighederne for relevant inddragelse af borgerne ift. udarbejdelse af menuplaner, samt evaluering af disse.
- ledelsen sikrer, at borgere og medarbejders forventninger til indflydelse på "fødselsdagsmenu" afstemmes.
- menuplaner ophænges på en måde, der sikrer, at alle borgere har mulighed for at læse dem.

Indikator 2.14: Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring

Fokus: Et væsentligt grundlag for, at borger har energi og kan deltage i egen pleje og være fysisk aktiv er, at ernæringstilstanden er så god som mulig. En utilstrækkelig ernæringstilstand kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens o.a. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne.

Ernæringsindsatsen er en kædeproces med opgaver fordelt mellem elever, assistenter, sygeplejersker, terapeuter og ernæringsassistent m.fl. De tværgående arbejds gange er derfor afgørende for kvaliteten i opgaveløsningen.

Det er tilsynets vurdering, at der arbejdes ihærdigt med at tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring.

Udviklingspunkterne vedrører blandt andet det skriftlige arbejdsgrundlag i Nexus og opfølgning på vejninger. Der ses supplerende oplysninger under målepunktet.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- at gennemføre journalaudit med fokus på
 - identifikation af risiko for underernæring hos den enkelte borger,
 - at handlingsanvisninger indeholder vejledning i hvordan der skal reageres, hvis der konstateres utilsigtet væggtab hos en borger.
 - at der er evalueret på iværksatte indsatser.
 - at der er handlet på evalueringer.
- at overveje om observeret væggtab konsekvent bør lægges som en opgave i Nexus, for på denne måde at sikre en sundhedsfaglig vurdering.

Indikator 2.13: Understøttende arbejds gange i relation til om borger får den rette kost

Tilsynet konstaterer, at alle interviewede medarbejdere, tilkendegiver opmærksomhed på at understøtte, at borgerne får en hensigtsmæssig ernæring, der tager højde for eventuelle særlige behov.

Ved observationer, medarbejderinterview og journalgennemgang, har tilsynet fundet eksempler på forskellige systematikker til understøttelse af disse.

Udviklingspunktet er at beslutte og strukturere indsatsen og styrke sammenhængen mellem kostinformationer i borgerjournalerne, kostoversigt og triagetavle.

Tilsynet anbefaler, at ledelsen

- overvejer at målgrupperne for de almindeligste "særlige kostbehov" beskrives sammen med de "særlige kostindsatser".
- understøtter udarbejdelsen og implementering af en vejledning i hvordan der bør dokumenteres i forbindelse med borgers særlige kostbehov – for både dagvagter, aftenvagter og nattevagter.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighedIndikator 3.1: Borgeroplevet sammenhæng og forudsigelighed

Tilsynet konstaterer, at de 4 interviewede borgere tilkendegiver, at de generelt får den hjælp de har brug for, og værdsætter de dage, hvor det er det faste personale, der kommer for at hjælpe dem.

Udviklingspunkter:

- 2 ud af 4 borgere oplever, at det er mange forskellige, der kommer og hjælper dem.
- 2 ud af 4 borgere, kunne godt ønske sig, at de medarbejdere der kommer for at hjælpe, altid er opmærksomme på at tale langsomt og tydeligt, da hørelse og perception er udfordret hos disse borgere.

Tilsynet anbefaler at leder i samarbejde med relevante medarbejdere

- afdækker den borgerrettede kontinuitet på baggrund af ex. kørelistedata, samt iværksætte tiltag i det omfang det er relevant og muligt.
- at følge op på/evaluere graden af borgerrettet kontinuitet.

Tilsynet anbefaler desuden, at

- medarbejderne følger op på om borgerne kan høre og forstå hvad medarbejderne siger.

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 nødvendige kvalitet i hjælp, omsorg og pleje af borgerne, at alle medarbejdere har den nødvendige viden om borgerne.

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

Det er tilsynets vurdering, at der arbejdes ihærdigt med at udvikle en fælles systematik i relation til det skriftlige arbejdsgrundlag. Medarbejderne kan generelt orientere sig i borgerjournalernes indhold svarende til deres funktion, og medarbejderne kan ligeledes beskrive, hvorledes der skal dokumenteres i forbindelse med at en borgers tilstand ændres.

Udviklingspunkter: Ved journalgennemgang ses uoverensstemmende oplysninger på tværs af Nexus jf. ovenfor om 2.13 og 2.14.

Manglende konsekvensrettelser ved ændringer i borgerstilstand medvirker til uoverensstemmende oplysninger. Det medfører, at der handles på ikke-tidstro data, hvilket vurderes at kunne indebære en risiko for, at borgerne ikke får personlig og praktisk hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87 og § 150, stk. 2.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- at faglige beslutninger taget eksempelvis ved triagemøder medfører konsekvensrettelser i Nexus såvel om på triagetavlen.
- gennemføre jævnlige mini-journalaudit blandt andet med fokus på sammenhæng mellem døgnrytmeplaner, faglige notater, indsatsmål og handlingsanvisninger, der indeholder observationer.

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 de nationale infektionshygiejniske retningslinjer (NIR¹), at arbejdsdragten skal være kortærmet/over albueniveau, samt at der benyttes engangsforklæde, når der er risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser.

Det er tilsynets vurdering, at der er gjort og fortsat gøres en stor indsats for at implementere NIR.

Udviklingspunkter: Der ses få resterende udviklingspunkter.

Tilsynet anbefaler

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

Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for Plejehjem, hjemmepleje, bo- og opholdssteder m.m. 2020 – Udgave 1 - Statens Serum Institut – side 18 og side 20 m.fl.

Oversigt over de enkelte temaer

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

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

HO	Helt opfyldt
BO	I betydelig grad opfyldt
NO	I nogen grad opfyldt
IO	Ikke opfyldt

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering	HO
Tema 2a	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Den sidste tid Indflytning	BO
Tema 2b	Livskvalitet og tilfredshed Måltider og mad, der passer til borgers behov	BO
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Koordinering ved ændring i borgers tilstand Flerfagligt samarbejde	NO
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning Værnemidler ved personlig pleje	BO
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Lokal proces med prioritering, tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen sammenlignet med seneste tilsyn	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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt? 2) Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til, at bliver inddraget i at klare flest mulige dagligdags aktiviteter selv (fx personlig pleje, vande blomster, lægge tøj sammen, støve af m.m.) 3) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for? <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	HO	
1.2	<p>Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan give eksempel på, hvordan målene revideres i takt med at borgers ressourcer ændrer sig.</p> <p>Medarbejderne kan give eksempler på borgere, som støttes i ADL.</p> <p>Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.</p>	HO	
1.3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Det fremgår af omsorgsjournalen, at borgers psykiske og fysiske ressourcer inddrages i planlægningen og udførelsen. 2) Borgers funktionsevnetilstande er opdateret ved indflytning og der er tydeligt mål for indsatsen. 	HO	
1.4	<p>Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden.</p> <p>Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering.</p>	BO	<p>Funktionsevnetilstandene fremstår ikke i overensstemmelse med borgers tilstande for 2 ud af 4 undersøgte borgerforløb.</p> <p>Der mangler mål for indsatser i 2 ud af 4 borgerjournaler.</p>

Tema 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering



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

			Der er iværksat tiltag, der må forventes at føre til en fuld implementering af de handlinger der er anvist i drejebogen.
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>6 ud af 6 borgerjournaler indeholder stillingtagen til livsforlængende behandling og genoplivning.</p> <p>Ad 1) 3 ud af 3 medarbejderne kan redegøre for pleje og omsorg ved livets afslutning.</p> <p><u>Opmærksomhedspunkt:</u> Ad 2) Der er ikke iværksat processer i relation til dokumentation af borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning.</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. 	BO	<p>Ad 1) 1 ud af 8 boliger var gulv omkring toilet og seng plettede med en del indtørrede stænk. Ved opfølgning på dette viste det sig, at boligen ikke var rengjort i 4 uger. Dette skyldtes, at det – pga. borgers daværende tilstand - ikke var muligt at gøre rent, på den planlagte tirsdag i sidste uge (uge 3). Der er planlagt rengøring i boligen på fredag (uge 4).</p> <p>Ad 2) Hos 2 ud af 8 borgere fremstod kørestole tilsmudsede.</p>
2.6	<p>Personlig pleje</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	

	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. 	BO	<p>Der er aktuelt iværksat to faste aktiviteter om ugen: Stolegymnastik mandag formiddag og torsdagsklub torsdag eftermiddag.</p> <p>Derudover er der et opslag om en gudstjeneste samt en fastelavnsfest i uge 5.</p> <p>Plejecenteret har aktuelt ikke nogen frivilligforening, hvilket begrænser mulighederne for at borgerne kan tilbydes yderligere aktiviteter i hverdagen. Ledelsesmæssigt arbejdes på at få genetableret frivilligforening.</p> <p>Se tillige indikator 2.8</p>
2.8	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er der mulighed for at lave de ting, der betyder noget? 2) Får du dækket dit behov for at være sammen med andre? 3) Hvad synes du – er der gode oplevelser i hverdagen? Er du interesseret i de aktiviteter, der tilbydes? <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	NO	<p>2 ud af 4 borgere synes der er for få tilbud om aktiviteter i hverdagen. Begge tilkendegiver at være glade for tilbuddet om stolegymnastik.</p> <p>1 ud af 4 borgere savner at kunne få hjælp til at komme udendørs, når der er tørvejr. Samme borger undrer sig over, at de udendørs arealer ikke benyttes om sommeren bl.a. til at grille.</p> <p>1 ud af 4 borgere tilkendegiver, at "uden mine pårørende, ville hverdagen være meget kedelig".</p>

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

Samlet vurdering



Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.9	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad? 2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp? 3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.? 4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen? <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af Bilag1.</p>	BO	<p>1 ud af 4 borgere synes pålægsudvalget på det færdigsmurte smørrebrød om aftenen er for ensformigt.</p> <p>1 ud af 4 borger oplever jævnligt, at det pålæg borgeren kunne tænke sig, er taget af andre, når fadet kommer frem til borgeren.</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>Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær.</p> <p>Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.</p>	HO	
2.12	<p>Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende.</p> <p>Der høres om involvering af borgere i det omfang det er muligt.</p>	BO	<p>Der er ophængt menuplaner i alle fællesrum. Nogle af planerne hænger så højt, at det kan være svært at læse, hvad der står på dem, hvis man sidder i kørestol.</p> <p><u>Opmærksomhedspunkter:</u> 4 ud af 4 borgere tilkendegiver, at de ikke bliver inddraget i forhold til planlægning af maden. 2 ud af disse 4 borgere fortæller, at de alligevel oplever, at der ind i mellem lyttes til deres uopfordrede tilkendegivelser af ønsker til kommende menuplaner.</p>

			<p>1 ud af 4 borgere ser frem til at kunne ønske en menu til sin fødselsdag.</p> <p>Ernæringsassistent oplyser,</p> <ul style="list-style-type: none"> - at borgene ikke inddrages direkte i menuplanlægningen. Der lyttes dog, hvis borgerne uopfordret kommer med ønsker, hvis det er muligt. - at borgerne aktuelt ikke har mulighed for at ønske menu på deres fødselsdag. Dette begrundes med manglende ressourcer til at indhente ønskerne.
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 eller intolerance <p>Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere i journalen samt – hvis det er praksis i døgnrytmeplaner, handleanvisninger i eventuelle kostsedler i køkkener o.a.</p>	BO	<p>Hos 1 borger står der på kostoversigt og triagetavle, at borger skal have laktosefri kost. Dette fremgår ikke af journalen. Borger er ikke udredt og det fremgår ikke af journalen, hvorfor borger skal have laktosefri kost. Ved interview af medarbejdere i plejen og ernæringsassistenten, afdækkes at borger angiveligt kun får laktosefri morgenmad, samt at borger ikke er laktoseintolerant.</p> <p>Ved gennemkig i journaler med medarbejder findes generelt uoverensstemmelse mellem kostinformationer i borgerjournalerne, kostoversigt og triagetavle.</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 afvigelse) 	NO	<p>Der er en generel opmærksomhed på borgernes behov for en ernæringsindsats. Dette konstaterer tilsynet bl.a. under i et teams triage-møde, samt ved observation af medarbejdernes praksis og medarbejderinterview.</p>

<p>3) Aftalt vejhyppighed ses udført</p> <p>4) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab.</p>	<p>Under tavlemøde observerer tilsynet positivt et eksempel på stor kreativitet i relation til at understøtte tilstrækkeligt energiindtag hos en småtspisende demensborger, hvor borgers rutiner indtænkes ift. indtagelse af supplerende energirig (ex. chokolade) næring.</p> <p><u>Opmærksomhedspunkter:</u></p> <p>Ad 1) I 4 ud af 4 borgerjournaler er ernæringsindsatsen beskrevet i handlingsanvisninger. 3 ud af 4 handlingsanvisninger har ikke tilknyttede indsatsmål. Hos 2 ud af 2 borgere er der ikke fulgt op på stabile vægtmålinger.</p> <p>Hos 2 ud af 3 borgere står der på kostoversigt, at borger skal have proteindrik. Dette fremgår ikke af døgnrytmeplan, og der er ikke oprettet fagligt notat, indsatsmål, handlingsanvisninger der understøtter en ernæringsindsats. Tilsynet observerer under forberedelse af morgenmad, at de 3 borgere får proteintilskud.</p> <p>Ad 3) I 3 ud af 4 borgerjournaler ses uokumenterede afvigelser fra planlagt vejhyppighed.</p> <p>Ad 4) Ved kostindsats ses for 4 ud af 4 forløb uoverensstemmende oplysninger mellem Nexus, kostoversigt og tavle jf 2.13.</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? 5) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald. <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1</p>	BO	<p>4 ud 4 borgere tilkendegiver - positivt, at de generelt får den hjælp de har brug for.</p> <p>2 ud 4 borgere oplever, at det er mange forskellige, der kommer og hjælper dem.</p> <p>2 ud af 4 borgere, kunne godt ønske sig, at de medarbejdere der kommer for at hjælpe, altid er opmærksomme på at tale langsomt og tydeligt, da borgerne er udfordret af hørelse og perception.</p>
3.2	<p>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing samt opfølgning</p> <p>Medarbejdere kender arbejdsgangene for</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner 2) at følge op på indgåede aftaler. 	HO	
3.3	<p><u>Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne med til-delt §§ 83 og 86, opfølgning på GOP samt vederlagsfri fysioterapi. 2. Medarbejdere kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere og hvordan de – hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg. <p>Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, herunder hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.</p>	HO	

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>	NO	<p>Ad a) 2 ud af 6 medarbejdere er ikke sikre i at orientere sig om, hvad der er skrevet i handleplaner</p> <p>Ad b) 16 ud af 6 journaler er der eksempler på uoverensstemmelser og manglende ajourføring.</p> <p>Ad c) Planlagte vejninger står enten i spiralkalender eller på køreliste. Nogle vejninger står begge steder. 2 ud af 3 borgerjournaler har ikke opdaterede/relevante funktionsevnevurderinger.</p> <p>Ad d) 2 ud af 2 journaler ses det positivt, at fast tilknyttet fysioterapeut opretter handlingsanvisninger og indsatsmål, når videre træning delegeres til plejepersonalet. 2 ud 2 medarbejdere er usikre på, hvem der er ansvarlig for evalueringen af en indsats, der er flyttet fra terapeut til plejepersonale.</p> <p>Ad e) 16 ud af 6 journaler er der eksempler på mangler ift. sammenhæng mellem pleje, observationer og opfølgning.</p> <p>Ad f) 3 ud af 3 medarbejdere kan – positivt - redegøre for hvorledes der bør dokumenteres, når en borgers tilstand ændres.</p> <p>Samlet set vurderes målepunktet ”I nogen grad opfyldt”</p>
-----	---	----	--

3.5	Det skriftlige arbejdsgrundlag for udførelse af de daglige social- og plejefaglige opgaver hos borgerne Døgnrytmeplaner indeholder lettilgængelige, opdaterede og handleanvisende oplysninger om borgers ressourcer og behov, herunder hvorledes støtten ydes individuelt ud fra borgers livsstil og ønsker.	BO	I 4 ud af 4 borgerjournaler er der udarbejdet døgnrytmeplaner for dag-, aften og nattevagt. <u>Opmærksomhedspunkt:</u> 4 ud af 4 døgnrytmeplaner indeholder ikke fyldestgørende data ift. ernæringsindsats.
-----	---	----	---

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	1) Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejecentre, herunder arbejdsdragt og værnemidler. 2) Værnemidler er lettilgængelige for medarbejderne.	BO	<p>4 ud af 4 medarbejdere benyttede plastforklæder ifm. de leverede indsatser i relation til borgernes personlig hygiejne.</p> <p><u>Ad 1) Opmærksomhedsområder:</u> 1 ud af 2 medarbejdere bar ikke plastforklæde ifm. skift at urinpose.</p> <p>1 ud af 4 medarbejdere udførte personlig hygiejne iført langærmet fleecetrøje uden på uniformsskjorten. Ærmerne var trukket op til midt på underarmen. Dette er ikke i overensstemmelse med gældende retningslinjer på området.</p> <p>2 ud af 2 medarbejder var usikre på gældende hygiejniske retningslinjer for arbejdsdragt i tilknytning til levering af pleje.</p>

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Handleplanen kan f.eks. have form af referat fra personalemøde.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</p>	HO	
5.2	<p>Effekten af tiltagene er evalueret. I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført</p>	HO	
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>Siden seneste tilsyn er der igangsat tiltag.</p> <p>Tiltagene har medført forbedringer i relation til: <u>Borgernes hverdag</u> Der er etableret 2 ugentlige aktivitetstilbud, suppleret med enkeltstående tilbud. Der arbejdes på at etablere en frivilligforening.</p>

	<p><u>Hygiejne</u> Medarbejderne anvender i højere grad værnemidler i forbindelse med personlig hygiejne - svarende til retningslinjerne i NIR.</p> <p><u>Borgere tilbydes kost svarende til ernæringstilstanden</u> Borgernes ernæringstilstand vurderes systematisk, og drøftes på tavlemøder.</p> <p>-----</p> <p>Tiltagene har endnu ikke medført tydelig øget målopfyldelse i relation til:</p> <p><u>Borgere tilbydes kost svarende til ernæringstilstanden - dokumentation</u> Dokumentation ifm. understøttelse af målrettede ernæringsindsatser opfylder fortsat ikke kvalitetsniveauet ift.</p> <ul style="list-style-type: none">- systematik i relation til identificerede indsatsområder.- evaluering og justering af iværksatte indsatser. <p><u>Det skriftlig arbejdsgrundlag</u> Der er fortsat behov for en målrettet indsats for at sikre konsekvent sammenhæng mellem tilstande, handlingsanvisninger, observationer, faglige notater, døgnrytmeplaner mv.</p>
--	--



Bilag 1: Pårørendeinterview

Sammenfatning af pårørendeinterview for Karolinelundcenteret

Antal interview under besøg:

Antal telefoninterview: 5

Interview i alt: 5

Tilsynet har talt med fem pårørende, der enten har en mor/svigermor eller en ægtefælle på plejecentret. To pårørende kommer flere gange om ugen og tre pårørende flere gange om måneden. En beboer er flyttet ind på plejecenteret inden for de sidste 6 måneder. To beboere inden for det sidste år, og to beboere har boet på plejecentret i mere end to år.

Målopfyldelse	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ikke relevant	Øvrige kommentarer
Tema							
Indflytningen på plejecentret Samlet set: - Processen/information - Indflytningssamtale - Opfølgning	X	XXX	X				Fire pårørende oplevede indflytningen som forventet. En pårørende oplevede, at nøgler til lejligheden først blev udleveret nogle dage efter, at huslejen var betalt. Derfor skulle det gå meget hurtigt med at få taget mål til gardiner osv. En pårørende oplevede, at indflytningssamtalen først blev holdt tre måneder efter indflytningen.
Maden og måltidet Samlet set: Din nærtståendes tilfredshed med - den mad, der serveres til måltiderne? - det sociale samvær	XX	XXX					Fem pårørende fortæller, at deres nære er glade for maden. En pårørende er glad for, at der bliver lavet mad på stedet. Fem pårørende fortæller, at deres nære er glade for fællesskabet i forbindelse med måltiderne.



Målopfyldelse Tema	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant	Øvrige kommentarer
							En pårørende fortæller, at dennes nære ikke altid kan rumme fællesskabet, hvilket personalet tager højde for.
Pleje og vedligeholdelse af færdigheder Samlet set: Din tilfredshed med - den pleje, din nærtstående modtager - støtten til at vedligeholde sine færdigheder	X	XXX	X				Fem pårørende oplever, at personalet gør hvad de kan. Fem pårørende oplever, at deres nære gør de ting, som de selv kan. En pårørende oplever, at der kan være mangel på ressourcer i den skærmede enhed. Dette betyder, at der ikke altid er tid til den nødvendige pleje.
Aktiviteter Hvordan er du tilfreds med de tilbud, din nærtstående får til at deltage i forskellige aktiviteter?			X	X		XXX	To pårørende oplever, at der mangler tid til individuelle aktiviteter, som f.eks. gåture.
Rengøring Hvordan er du tilfreds med rengørings-standarden i din nærtståendes lejlighed?		XX	XX	X			Tre pårørende mener, at det er for lidt at få gjort hver tredje uge. Der ligger ofte nullermænd, og der kan være beskidt i lejlighederne. En pårørende mener, at der ikke er tid til at gøre rent ved behov i den skærmede enhed. Der burde bruges et rengøringsmiddel, så lejligheden dufter frisk og ren.
Tøjvask Hvordan er du tilfreds med håndteringen af din nærtståendes vasketøj?	XX	XX		X			En pårørende er imponeret over, at der er vaskemaskine og tørretumbler i lejligheden.



Målopfyldelse Tema	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant	Øvrige kommentarer
							Det er en rar fornemmelse, at tøjet ikke blandes med de øvrige beboeres tøj. En pårørende oplever, at tøjet kan skifter farve og krympe.
Kommunikation med plejecentret Samlet set om: <ul style="list-style-type: none"> - Imødekommenhed - Samarbejde med medarbejderne - Tilfredshed med den måde, som plejecentrets leder og medarbejdere håndterer ros, kritik eller forslag til forbedringer, der kommer fra pårørende? 	XXX	XX					Fem pårørende oplever, at kontakten er fantastisk god, og det giver tryghed. Personalet er fagligt dygtige, meget imødekommende, åbne, samarbejdsvillige og empatiske. De er gode til at peppe beboerne op og skabe liv. De pårørende føler sig hørt – kun roser og topkarakter til personalet. De pårørende kan altid ringe, hvis der er behov for dette. Der er en fantastisk god kontakt med personalet. En pårørende ønsker på sigt et elektronisk kommunikationssystem lig folkeskolens Aula. En pårørende ønsker en samarbejdsbog, hvor kommunikationen med personalet kan foregå.
Vil du anbefale plejecentret til andre?	XXXXX						

Tabel 1



Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

Tilgang og formål

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

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

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

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

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

Samlet set stiler tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

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

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

Indhold og metode

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

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

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

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

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



Vurderingsprincipper

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

Vurdering sker på 4 niveauer:

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

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

Niveauer	Det samlede tilsynsresultat											
Temaer												
Målepunkter												
De enkelte stikprøver												

Vurdering af den enkelte stikprøve

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

Vurdering af de enkelte målepunkter

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

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

Vurdering af det enkelte tema

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

Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

Godkendt

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

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

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

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



Godkendt med bemærkninger

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

Godkendt med mangler

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

Delvist Godkendt

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

Ikke godkendt/Kritisable forhold

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

Høring og rapportering

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



Om virksomheden og kontaktoplysninger

Nethe Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef

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

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

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

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

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

Om virksomhedsleder og tilsynschef

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

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

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

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

