



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Kerteminde Kommune

Sundhed, Handicap og Rehabilitering

Lindhøj Plejecenter

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet.....	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	11
Tema 1 Funktionsevne	12
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	14
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	17
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	21
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	22
Bilag 1 Pårørendeinterview	24
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	27
Om virksomheden og kontaktoplysninger	30

Forord

De uanmeldte tilsyn i Kerteminde Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Kerteminde Kommune har med sit tilsynskoncept valgt at indarbejde Sundhedsstyrelsens anbefalinger af kvalitetsindikatorer i ældreplejen som en del af de lovpligtige tilsyn efter servicelovens §151.

Det er hensigten, at rapporten skal kunne bidrage til den faglige og organisatoriske kvalitetsudvikling ved at synliggøre succesfulde resultater såvel som det eventuelle læringspotentiale. Rapporten fokuserer på styrker i plejeenheden som afsæt for anbefalinger for eventuelle forbedringsområder, hvor beboernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandarder m.m.

Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling. Rapporten opfylder webtilgængelighedsloven.

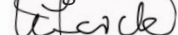
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

Anden del af rapporten indledes med oversigt over målopfyldelsen for de enkelte temaer. Herefter er de konkrete kvalitetsindikatorer medtaget, således at læseren kan se, hvad der er grundlaget for vurderingerne. Fund er medtaget i det omfang, det skønnes at være af værdi for den videre kvalitetsudvikling. Farvemarkeringer er anvendt for at fremme et hurtigt overblik over styrker og opmærksomhedspunkter.

Bagest i rapporten findes en kort beskrivelse af tilsynets tilgang, formål og metoder efterfulgt af afsnit om vurderingsprincipper samt afslutningsvist data om tilsynsvirksomheden.

Tilsyn er altid udtryk for et øjebliksbillede og skal derfor vurderes ud fra dette.

Venlig hilsen



Nethé Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejecenter:

Lindhøj, Lindhøjvej 2, 5330 Munkebo.

Leder:

Susanne Klint Jensen

Antal beboere:

47 beboere

Tilsynsbesøget fandt sted:

2. november 2022

Tilsynsbesøgets dataindsamling og datakilder:

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 8 borgerjournaler), instrukser, handplaner, borgerinformationer, aktivitetsoversigt, menuplaner m.v.

Interview: 3 borgere, som kan medvirke til interview, og der er talt med 4 pårørende. De er alle informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Desuden har tilsynet interviewet 1 plejecenterleder, 1 social- og sundhedsassistent, 2 social- og sundhedshjælpere, 1 uuddannet afløser, 2 centersygeplejersker, 1 økonoma, 1 servicemedarbejder og 2 personer i vaskeriet.

Observation: 4 borgeres bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer, triage og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig pleje til 3 borgere og hjælp til spisning hos 2 borgere.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 5 borgere.

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende: Martha Højgaard, sygeplejerske og Cand.scient.soc.

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Kerteminde Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos leverandøren. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn i Kerteminde Kommune”.

Fokusområderne er vurderet i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Vurderingen er sket ud fra de temaområder og målepunkter, som er aftalt med kommunen. Vurderingsprincipperne ses af afsnittet bagest i rapporten.

Den sammenfattende vurdering ses nedenfor.

	<p>Målene er i meget høj grad opfyldte Alle temaer er samlet set vurderet ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-4).</p> <p>Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.</p>
	<p>Målene er i høj grad opfyldte Højst 1 af temaerne er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-4). De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.</p> <p>Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.</p>
X	<p>Målene er i middel grad opfyldte Højst 2 af temaerne er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-4). Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved uændrede forhold.</p> <p>Løbende opfølgning anbefales.</p>
	<p>Målene er i lav grad opfyldte Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-4). Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.</p> <p>Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.</p>
	<p>Kritisable forhold Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.</p>

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

Generelt

Lindhøj Plejecenter rummer 47 1-rumsboliger. Plejecentret har organiseret sig med 5 afdelinger, som hver rummer et køkken, spisestue samt opholdsstue. Borgerne i de enkelte afdelinger spiser måltiderne sammen i spisestuen i det omfang, de ønsker det.

Leder fortæller, at der det sidste års tid har været mange langtidssygemeldinger blandt personalet, som har betydet mange afløsere. Samtidig er det svært at rekruttere faste medarbejdere – især social- og sundhedsassistenter. Mange ting er prøvet for at nedbringe sygefraværet, og plejecentret er sammen med andre plejecentre valgt til at deltage i prøvehandlinger for at forebygge sygefravær.

Plejecentret har for nylig ansat 2 nye sygeplejersker.

Styrker

Lindhøj Plejecenter fremstår som grundlæggende et veldrevet plejecenter. Tilsynet har iagttaget en omsorgsfuld og respektfuld pleje, og en god relation mellem borgere og medarbejdere i de mange hverdagssituationer, der foregår på plejecentret. Borgerne støttes i at have en tryk og forudsigelig hverdag i rammer, der er så hjemlige som muligt. Medarbejderne udviser fagligt engagement og tager udgangspunkt i den enkelte borgers styrker, hvor også borgernes funktioner og selvbestemmelse understøttes. Medarbejderne opfordrer på en god måde den enkelte til at gøre det, han/hun selv kan. Hver borger har en kontaktperson.

Personlig pleje: Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer personlig morgenpleje til 3 borgere. Der ses velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær i form af nænsom vækning og småsludren undervejs. Tilsynet oplever en god tone og stemning i plejeforløbene. Medarbejderne udviser kendskab til borgernes behov, guider fint undervejs og tilpasser hjælpen til borgers tempo og stemning, hvor borgers selvhjulpethed understøttes. Medarbejderne opfordrer på en god måde den enkelte til at gøre det, han/hun selv kan, og den rehabiliterende tænkning udmøntes som en naturlig del i arbejdet.

Praktisk hjælp: Tilsynsførende vurderer, at hjælpen tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes vaner, ønsker og behov. Fællesarealer fremtræder rengjorte svarende til rengøringsstandarden.

Mad og måltider: Maden laves i produktionskøkkenet på Lindhøj, der også leverer mad til at andre plejecentre og hjemmeboende ældre. Der er en fælles menu, som fremgår af en menuplan, som hænger i de enkelte afdelingskøkkener. Den varme mad serveres til middag, og er fælles for dem, der ønsker at spise sammen. Tilsynet observerer en god stemning ved bordene, og der er medarbejdere til stede under måltidet, som søger for værtskabet. Morgenmad og aftensmad kommer færdigmurt til afdelingerne, og her kan den enkelte borger vælge mellem flere muligheder. De interviewede borgere og deres pårørende er enige om, at maden er god og der er høj grad af tilfredshed med maden.

De interviewede borgere vil gerne anbefale Lindhøj til andre, der har behov for en plejebolig.

Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

Tilsynet vurderer, at

- 1 temaområde er ”Helt opfyldt”
- 2 temaområder er ”I betydelig grad opfyldt”
- 2 temaområder er ”I nogen grad opfyldt”.

Temaområderne består af underliggende målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er ”Helt opfyldt” kan rumme enkelte målepunkter med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten. Uddybende beskrivelser fra tilsynsbesøget er ligeledes indsat under det enkelte tema.

Temaer, der ikke er vurderet ”Helt opfyldt” beskrives nedenfor sammen med tilsynets anbefalinger.

Tilsynsførende har undersøgt sammenhængene – og dermed forudsigeligheden – mellem de sundhedsfaglige og plejefaglige vurderinger og beslutninger og videreformidlingen af information til frontmedarbejderne samt den skriftlige opdatering af de redskaber, frontmedarbejderne anvender.

Der ses gennemgående uoverensstemmelser ift. at vurderinger og beslutninger ikke når ud til frontmedarbejderne, som skal udmønte indsatserne i hverdagen.

Det medfører en risiko for, at der arbejdes ud fra 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.

Disse forhold gør, at den samlede vurdering er: Målene er i middel grad opfyldt.

Tema 1 Funktionsevne

Målepunkt 1.2: Tilbud om vurdering af funktionsevne

Fokus: Beskrivelserne af borgernes funktionsevnetilstande er en forudsætning for, at man som frontpersonale kan vurdere eventuelle ændringer i borgerens funktioner, eller som udgangspunkt for mål for en rehabiliterende indsats, der skal skabe forbedringer.

Tilsynet kunne ved gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation konstatere, at der ikke sker en systematisk vurdering af borgernes potentiale for funktionsevne, når de flytter ind i en bolig på plejecentret, og det er usikkert, hvornår terapeuterne inddrages.

Tilsynet anbefaler at arbejde med

- at systematisere vurderingen af funktionsevne hos nyindflyttede borgere
- at få etableret bæredygtige arbejdsprocesser mellem terapeuter og social- og plejefaglige medarbejdere mhp. at få vurderet borgerens potentiale funktionsevne ved indflytning.

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Målepunkt 2.1: Tilfredshed med at bo på plejecentret

Borgerne er generelt tilfredse med at bo på plejecentret. To af de interviewede borgere kommenterer dog, at der til tider anvendes en hård tone, eller at man bliver talt til som et barn, og det sommetider holder hårdt at få lov til at bestemme selv. Den sidste borger oplever en respektfuld, afslappet og fleksibel atmosfære på plejecentret.

Tilsynet anbefaler

- tage en drøftelse i medarbejdergruppen af, hvad tone og adfærd betyder i relationen mellem borger og medarbejder

Målepunkt 2.4: Praktisk hjælp

Som før nævnt fremtræder fællesarealerne rengjorte svarende til rengøringsstandard. Tilsynet fandt at, at badeværelset i 1 ud af 4 lejligheder fremstod uhygiejnisk, og opholdsrummene i andre 2 lejligheder fremstod nusede. Enkelte hjælpemidler trænger også til rengøring.

Lejlighederne er små, og nogle borgere har mange hjælpemidler. Alligevel er det et opmærksomhedspunkt at få lejligheden til at fremstå hjemlig og hyggelig.

Tilsynet anbefaler

- at være opmærksom på, om hjælpemidler og lejligheder fremtræder rengjorte svarende til rengøringsstandard.
- at kontaktpersonen med jævne mellemrum vurderer, om der er hjælpemidler, der ikke længere bruges, om nogen af hjælpemidlerne kan flyttes ud på badeværelset, om ekstra dyner og puder kan placeres i sengen om dagen i stedet for på en stol, om Doff N Donner'en kan være på badeværelset eller i et skab, når den ikke bruges osv.

Målepunkt 2.5: Aktiviteter

De interviewede borgere gav udtryk for, at der ikke var så mange af de tilbudte aktiviteter, de var interesserede i. "Hvis man ikke er til banko eller gudstjenester, så er det så som så med tilbud". En borger foreslog at få indrettet et værksted, som appellerer til mænd. Han ville gerne selv tilbyde sin viden til rådighed. En pårørende, der er blevet interviewet, ønskede også, at der var nogle flere tilbud til borgeren på plejecentret med samvær omkring musik, fællessang, højtlesning, stolegymnastik og lignende.

Tilsynet anbefaler

- at vurdere, om de udbudte aktiviteter rammer målgruppen – evt. inddrage borgerne i, hvad de ønsker af aktiviteter.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Målepunkt 3.2: Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde

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. Ældre småtspisende borgere er ofte sårbare, idet en utilstrækkelig ernæringstilstand kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne. Forebyggelse kræver en tidlig opsporing. Ernæringsindsatserne en kædeproces med opgaver fordelt mellem social- og sundhedshjælper, elever, uuddannede, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl.

Udviklingspunkt:

Vejninger af borgere er et af indikatorerne på, om borgerne får den ernæring, de har behov for.

Tilsynet fandt, at vejhyppigheden for 8 ud af 8 undersøgte borgerforløb ikke følger den besluttede vejhyppighed på hver 3. mdr. eller hyppigere. Dermed er der heller ikke nogen reaktion på evt. uplanlagt vægttab.

Tilsynet anbefaler at fortsætte indsatsen for

- at udarbejde et lokalt Action Card, så alle er klar over, hvem der gør hvad, hvornår – herunder overveje hvilken funktion (sygeplejerske, social- og sundhedsassistent eller en anden), der skal tage stilling til vejhyppighed, kost og mål for indsatsen, eks. antal kg. borger gerne vil veje.
- at gennemgå arbejdsgangene for vejning af borgere.
- at den, der vejer borgeren, kender til hvornår og hvordan vægttab skal meldes videre og til hvem.

Vedrørende dysphagi:

Sammenhæng mellem de sundhedsfaglige oplysninger, døgnrytmeplaner, kostsedler/køkkensedler skal støtte medarbejderne i at borgerne får den rette kost.

Tilsynet observerede uoverensstemmende kostoplysninger vedr. borgere med dysphagi. For 3 borgere fremgår det af produktionskøkkenets oversigt, at borgerne skal have gratinkost. Det er imidlertid svært at gennemskue, hvorvidt kosten gives pga. synkebesvær, tyggevanskeligheder eller det er for at nøde borgeren til at spise mere, da der ikke er samstemmende oplysninger i de sundhedsfaglige oplysninger og døgnrytmeplanerne.

1 borger med demens får fortykningsmiddel i sine drikkevarer, men det fremgår ikke af morgenmadssedlen i køkkenet eller af døgnrytmeplanen, som frontmedarbejderne anvender.

Allergi og intolerance:

Et borgerforløb, hvor der var tale om allergi overfor konkrete fødevarer, og hvor informationerne til frontmedarbejderne i afdelingen ikke var fyldestgørende. Det fremgik af de sundhedsfaglige notater, men ikke af døgnrytmeplanen. Tilsynet observerede en køkkenseddel/kostseddel, hvoraf det borger ikke ønskede stod med minus foran (eks. - fisk), men der var ikke angivet, om det var pga. allergi eller fordi man ikke kunne lide det.

Tilsynet anbefaler

- at opdatere og konsekvensrette de sundhedsfaglige notater, døgnrytmeplaner og køkkensedler, så frontmedarbejderne har de rette informationer om kosten.
- at styrke arbejdsgangene, så alle medarbejdere med ansvar for tilberedning og servering af mad har let tilgængelig og skriftlig information om borgeres allergier og intolerance.
- at borgeroversigterne i køkkenet opdeles i "kan ikke lide" og "allergi/kan ikke tåle"

Målepunkt 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. Hertil er fyldestgørende og løbende ajourført dokumentation det nødvendige grundlag for, at alle medarbejdere kan varetage den rette hjælp, omsorg og pleje af 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 indtryk, at medarbejdergruppen i langt de fleste tilfælde får sammenhæng og forudsigelighed i arbejdsgangene til lykkes i plejen og omsorgen til borgerne, fordi de fleste medarbejdere kender borgerne godt.

Udfordring: Risikoen er imidlertid, at arbejdsgangene er afhængige af en stabil og erfaren medarbejdergruppe, hvilke informationer, de får videreformidlet, og hvad de selv opfanger. Arbejdsgangene bliver derfor afhængige af personer og er ikke forankret i organisationen. Sammen med, at der er mange langtidssygemeldte medarbejdere, og at det er svært at rekruttere faste medarbejdere, bliver sammenhængen og forudsigeligheden i arbejdsgangene skrøbelig.

Samtidig giver de interviewede borgere og de interviewede pårørende udtryk for, at der er mange ufaglærte afløser, der ikke altid ved, hvad der skal ske omkring og hos borgerne. Det understreges af, at de pårørende fortæller, at de er mest trygge når det er de faste medarbejdere, der hjælper deres nærtstående.

Manglende konsekvensrettelser ved ændringer i borgerstilstand medvirker tillige 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 generelt at fortsætte den ihærdige indsats med

- at opdatere den sundhedsfaglige dokumentation og døgnrytmeplaner f.eks. i forbindelse med de 2 to ugentlige triageringsmøder – evt. udarbejde en tjekliste for, hvad og hvilke beslutninger, der skal konsekvensrettes efter borgergennemgangene/triageringen.

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).

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

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering Borgers oplevede kvalitet af indsatsen	BO
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Måltider	BO
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde	NO
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning Instrukser og værnemidler Tøjvask	HO
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Proces for den lokale opfølgning med tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.	NO

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.

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) Hjælper den hjælp du får dig til at vedligeholde dine færdigheder? 3) 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) 4) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for?	HO	
1.2	1) Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson jf. kommunens beslutning 2) Relevante borgere er tilbudt en rehabiliterende indsats og der er fulgt op på indsatsen. 3) Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder.	BO	Der ses ikke en systematisk vurdering af borgere potentiale for funktionsevne ved indflytning.
1.3	1) Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan beskrive, hvorledes mål fastsættes i samarbejde med borger med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer. 2) Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp. 3) Aktivitetstilbud: Borgers individuelle træningsbehov er kendt af relevante medarbejdere og er om muligt indarbejdet i tilbuddene.	BO	I 2 ud af 8 gennemgåede borgerforløb er der et fast ugentlig besøg af en privatpraktiserende fysioterapeut. ➤ Hos den ene borger er det noteret i døgnrytmeplanen for DV, at han får besøg af fysioterapeuten 1x ugentlig om tirsdagen. I døgnrytmeplanen for AV står der, at borger får fysioterapi 2x ugentlig. ➤ Den anden borger får besøg af fysioterapeut 1x ugentlig om onsdagen. Det er ikke noteret i døgnrytmeplanen, men den faste hjælper ved det.

			Der er ikke nogen tilbagemelding fra den privatpraktiserende fysioterapeut, så medarbejderne kan følge op på træningen i dagligdagen.
1.4	Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering. Relevante og opdaterede oplysninger fremgår af 1) Borgernes funktionsevnetilstande	BO	Borgernes funktionsevne er generelt godt beskrevet i døgnrytmeplanerne, men de er ikke alle opdaterede – og dermed ikke fyldstgørende for frontmedarbejderen, der er afhængig af beskrivelserne i sit daglige arbejde.

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?: 2) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret? 3) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her? 	BO	<p>Borgerne er generelt godt tilfredse med at bo på plejecentret, men oplever mange afløsere, der ikke altid ved, hvad de skal.</p> <p>2 ud af 3 borgere oplever ligeledes, at tonen til tider kan være hård, og at man blive talt til, som om man er et barn, og at man kan møde modstand, hvis man vil bestemme selv.</p> <p>En anden borger, som er flyttet til plejecentret fra et andet plejecenter, oplever det helt anderledes. Han oplever at blive spurgt og blive taget hensyn til og at der er stor fleksibilitet blandt personalet. Samlet set vurderes målepunktet BO.</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. 2) Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt? 3) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov? 4) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på? 	HO	<p>De adspurgte borgere er enige om, at de gerne vil anbefale stedet til andre.</p>

2.3	<p><i>Personlig pleje</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hvis tilsynsførende overværer plejen konstateres, at plejen gives omsorgsfuldt og i samarbejde med borger. Borger støttes i at udføre så meget som muligt selv. 2) Borgerne fremtræder velplejet 3) Borgerne tilbydes bad svarende til kvalitetsstandard. 	HO	
2.4	<p><i>Praktisk hjælp</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen. 2) Rengøringsydelsen er planlagt svarende til kommunens kvalitetsstandard. 3) Personlige hjælpemidler fremtræder rene. 	BO	<p>Fællesarealer fremtræder rengjorte i henhold til kommunens kvalitetsstandarder.</p> <p>Tilsynsførende har set 4 lejligheder under tilsynet. I 1 ud af 4 lejligheder fremstod badeværelset uhygiejnisk. Opholdsrummene i andre 2 lejligheder fremstod nussede. Enkelte hjælpemidler fremtræder snavsede.</p>
å2.5	<p><i>Hverdagen og aktiviteter</i></p> <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 ting, du har interesse i, du synes er spændende? 2) Får du dækket dit behov for at være sammen med andre? 3) Er der gode oplevelser hver dag? Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes? 	BO	<p>De adspurgte borgere gav udtryk for, at hvis man ikke interesserede sig for banko eller gudstjenester, så er der ikke ret mange andre aktiviteter at deltage i. En enkelt efterlyste et værksted, hvor man kunne bruge sine hænder, og ville gerne stille sig til rådighed med sin viden.</p>
2.5	<p><i>Hverdagen og aktiviteter</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Der er en <u>aktivitetsplan</u>, som er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere 2) Medarbejdere og ledere beskriver arbejdsgange, som understøtter, at den enkelte borgers potenti-ale og ønsker er kendt af medarbejdere og at borger støttes i at deltage i relevante aktiviteter og samvær. 	HO	
2.6	<p><i>Måltider</i></p> <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	

2.7	<p><i>Måltider</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at der er klart værtskab og at medarbejderne sørger for gode rammer til en uforstyrret spisning og hyggelig stemning Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. 2) Medarbejdere er til stede ved måltidet og støtter en positiv oplevelse for borgerne. 3) Arbejdsgange fremmer muligheden for, at borgerne kan opnå en positiv oplevelse ved måltiderne. 	HO	
2.8	<p><i>Måltider</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Der foreligger <u>menuplan</u>, som er tilgængelig for borgere og pårørende. 2) Medarbejdere kan redegøre for hvorledes borgerne bedst muligt involveres i at menuplanen fastlægges og hvordan borgerens evaluering af maden videregives til køkkenmedarbejdere. 	HO	<p><i>Den varme mad tilberedes i et produktionskøkken, som er beliggende på Lindhøj. Køkkenet bringer mad ud til andre plejecentre i kommunen og hjemmeboende borgere. Menuen ligger fast.</i></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) Bliver du hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Kender du plejeplanen og oplever du, at beskrivelsen er meningsfuld og dækkende? 5) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 6) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald. 	BO	<p>Borgerne oplever mange afløsere, der ikke altid ved, hvad de skal hjælpe med, modsat de faste medarbejdere, som kender borgerne godt og ved, hvad de har brug for.</p>
3.2	<p><i>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Medarbejdere kender arbejdsgangene for at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner. Der kan ses eksempler på rettidig reaktion som viser en systematisk arbejdsproces. 2) Arbejdsgangene belyses gennem kædeprocessen for tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, herunder involvering af læge, tandlæge, ergoterapeut o.a. <ol style="list-style-type: none"> a. Vejhyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval b. Der ses reaktion på uplanlagt vægttab c. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere. 	NO	<p>Ad 1) Hver morgen mødes sygeplejerskerne og plejepersonalet til en mundtlig rapport om, hvad der er sket et sidste døgn. Der holdes triagemøde hver mandag og torsdag, hvor sygeplejerskerne og medarbejdere fra hver afdeling deltager.</p> <p>Ad 2: Der foreligger en sundhedsfaglig beslutning om, at borgerne skal vejes hver 3. mdr., hvis andet ikke besluttes. I 8 ud af 8 gennemgåede borgerforløb er vejningen er ikke overholdt med den hyppighed, der er besluttet, og/eller der er ikke sat nye frister for vejninger. Hos en småtspisende borger er der ikke reageret på en utilsigtet væggtab på 2½ kg. over knap 2 mdr.</p>

		<p>I de 8 borgerforløb når nødvendige informationer om vejehyppighed og besluttede handlinger ikke ud til frontmedarbejderne.</p> <p>Der ses ikke en systematisk arbejdsgang for at få noteret ændringer i vægt og vejehyppighed i borgerens journal, og der er heller ikke klarhed over, hvad tærskelværdierne skal være (min./max. kg.) og hvornår der skal ske en tilbagemelding til sygeplejersken ved uplanlagt vægttab.</p> <p>I produktionskøkkenet fremgår det, at der er bestilt gratinkost til 3 borgere på Lindhøj.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 1 borger får ifølge døgnrytmeplanen gratinkost pga. af manglende tænder/dårlig tyggefunktion. I borgerens journal er der imidlertid flere observationer, der fortæller, at det handler om fejlsynkning.➤ 1 borger får gratinkost pga. fejlsynkning. Det står i døgnrytmeplanen, men fremgår ikke af de sundhedsfaglige oplysninger. Samtidig står der handlingsanvisningerne, at borgeren skal vejes hver 3. mdr., og at der ikke skal ske handlinger ved vægtændringer.
--	--	--

		<p>➤ Hos 1 borger, hvor der er bestilt gratinkost, er døgnrytmeplanen ikke udfyldt, og der fremgår ikke nogen årsag i de sundhedsfaglige oplysninger til, hvorfor borger får gratinkost.</p> <p>Fortykningsmiddel: Ved morgenbordet får en borger serveret drikkevarer med 1½mål fortykningsmiddel i en tudkop (ThickenUp). Det fremgår ikke af døgnrytmeplanen eller køkkensedlen for morgenmaden, at borgere skal have fortykningsmiddel i sine drikkevarer. Det fremgår heller ikke af handlingsanvisningerne i borger journal.</p> <p>Allergi: Hos 1 borger med skaldyrallergi fremgår det af borgers journal, at hun er allergisk overfor skaldyr. Den viden fremgår af kostplanen i produktionskøkkenet, men det fremgår ikke af døgnrytmeplanen.</p> <p>Hos 1 borger fremgår det af døgnrytmeplanen, at hun har lav saltbalance og skal have salt til middagsmaden. Det fremgår ikke af de sygeplejefaglige notater, hvor oplysningen kommer fra og begrundelsen for saltet. Det fremgår heller ikke af køkkensedlen.</p>
--	--	--

3.3	<p><i>Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb</i> Medarbejderne kan redegøre for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere i forhold til:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mål 2) Inddragelse af træningselementer og -aktiviteter i daglig hjælp, pleje og omsorg 3) Vurdering af funktionsevne..... 4) Anbefaling til forflytning..... 5) Anbefaling til plejepersonalet: Balance- stå- eller gåmuligheder samt evt. øvelser o.a., som borger kan huskes på. <p>Såfremt plejecentret ikke har/nyligt har haft borgere visiteret til ovenstående markeres indikatoren som "ikke aktuel" for dataindsamling" = grå farve.</p>	BO	<p>Se punkt 1.2 og 1.3 om genoptrænings- og vedligeholdelsesforløb. Det oplyses, at der ikke aktuelt er nogen borgere med en genoptræningsplan. Genoptræningsplaner og -forløb varetages af kommunens egen terapeuter.</p>
3.4	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> Der er fokus på systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand med udgangspunkt i ex uplanlagt vægttab, dysfagi, tryksår, fald og fødemiddelallergier.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Den social- og plejefaglige dokumentation er overensstemmende med opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande (ex helhedsvurdering, handlingsanvisninger, faglige notater, observationer, plejeplaner og eventuelle supplerende papirbaserede notater) 2) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion (eksempelvis som observation med opgave) 3) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender. 	BO	<p><i>Døgnrytmeplanerne: Døgnrytmeplanerne ses i 7 ud af 8 tilfælde ikke opdaterede svarende til borgernes aktuelle tilstand, hvilket giver en usikker skriftlig formidling til frontmedarbejderne</i> Samtidig sker der i stor udstrækning mundtlige overleveringer til kolleger og sygeplejerskerne om ændringer i borgernes tilstande.</p>
3.5	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> Plejeplaner og generelle oplysninger</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Plejeplaner fremtræder handleanvisende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger og borgers vaner og ønsker 2) For borgere ramt af demens indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleanvisende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt 3) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren. 	BO	<p>Se punkt 1.4</p> <p>I nogle lejligheder ligger både en (tilbuds)mappe med døgnrytmeplanen og et print af medicinkortet, og en borgermappe, hvor oplysninger til pårørende, kvitteringer fra apotek o. lign. lægges i. I to borgermapper er der set kopier af døgnrytmeplaner, der ikke er den sidst opdaterede.</p>

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering: 

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

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn.</p> <p>1) Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. 2) Der er prioriteret og igangsat tiltag. 3) Der ses dato for evaluering.</p>	NO	<ul style="list-style-type: none">
5.2	<p>1) Effekten af tiltagene er evalueret 2) I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført.</p>	NO	
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>	NO	<p>Følgende forbedringspunkter har vist sig vanskelige at opnå forbedringer på:</p> <ul style="list-style-type: none"> Det skriftlige arbejdsgrundlag, dvs. en sammenhængende og forudsigelig dokumentation, der sikrer en ensartet pleje og behandling. Der er uoverensstemmelse mellem den sundhedsfaglige vurdering og beslutning i Nexus, formidlingen til frontmedarbejderne, arbejdsangene/-processerne samt de arbejdsredskaber frontmedarbejderne

			<p>støtter sig til i det daglige arbejde.</p> <ul style="list-style-type: none">• Implementering af systematiske arbejdsgange vedrørende forebyggelse af uplanlagt væggtab med vejhyppighed og vægt. Som det fremgår af fundene i pkt.3.2 og 3.4, er der stadig udfordringer i forhold til målepunkterne på ernæringsområdet, både hvad angår kost og vægt. <p>Patientsikker information om borgeres allergier fra sundhedsfaglige medarbejdere til frontmedarbejdere og køkkenpersonale</p>
--	--	--	--

Bilag 1

Lindhøj Plejecenter - Pårørendeinterview - RESULTAT

Antal interview under besøg: 2

Antal telefoninterview: 2

Interview i alt: 4

Målopfyldelse Tema	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant	Øvrige kommentarer
Maden	XXXX						
Rengøring		X	XXX				3 pårørende oplever ofte spildpletter og andet snavs i lejligheden
Tøjvask		XXXX					En enkelt pårørende synes, at tøjet bærer præg af at blive vasket i industrivask. To pårørende har oplevet, at tøj forsvinder/bliver væk
Samarbejde med pårørende		XXX	X				En pårørende oplevede sin mors indflytning under Coronaen. Det gav noget efterslæb på samarbejdet, men nu er det fint.

Indsatsens kvalitet			XXXX			Der er for mange ufaglærte medarbejdere og for stor udskiftning. Det skaber utryghed. Man er som pårørende ikke tryk ved sine næres omsorg og pleje, når der er så mange, man ikke kender.
Vil du anbefale plejecentret til andre	XX				XX	To pårørende oplever, at de fysiske rammer er for dårlige, og kan derfor ikke anbefale plejecentret til andre.

Tabel 1

Samarbejde med pårørende. Sammenfattende kommentarer:

Tilsynsførende har interviewet 4 pårørende, som hver især har en nærtstående boende på plejecentret. Tre af disse borgere har boet på plejecentret i mere end to år, og en borger flyttede ind mens plejecentret var nedlukket pga. Corona. Coronapandemien har betydet rigtig meget for denne borgers indflytning på plejecentret, og de pårørendes følelse af afmægtighed i forbindelse med indflytningen. Alle udtagen en af de pårørende har været dybt involveret i deres mors eller mosters indflytning, oftest sammen med søskende. De fire pårørende kommer jævnligt på plejecenteret – fra en til flere gange om ugen.

Måltider: De pårørende oplever, at deres mor og moster er meget tilfredse med maden, og at de kan vælge at sige, hvis der er noget, de ikke bryder sig om, så kan de få noget andet. En datter oplevede, at hendes mor (og hun selv) blev kontaktet af køkkenet med tilbud om noget andet mad i en periode, hvor moren var dårlig. Det var fint.

Rengøring: De pårørende oplever, at rengøringen ikke er optimal. Der er spildpletter og kaffepletter. Det har været bedre (dog ikke under Coronapandemien, hvor det ikke var så godt).

Tøjvask: Tøjvasken er fin. De oplever deres mor og moster er ren og pæn i tøjet. Dog forsvinder der sommetider noget tøj, og tøjet bærer præg af at bliver vasket i industrimaskiner. Man skal heller ikke give sin mor en lækker uldtrøje, hvis man ikke selv kan vaske den, for den kan ikke holde til den behandling, den vil få.

Samarbejde med pårørende: De pårørende føler sig alle velkomne på plejecentret, og har let ved at få kontakt med medarbejderne. Der er dog perioder på dagen, hvor det kan være svært, eks. ved vagtskifte. De har hver især fået forventningsafstemt med medarbejderne omkring deres mor og moster. Undtagen for en pårørende(familie). Corona gjorde, at det varede det længe, inden der skete noget, da plejehjemmet var nedlukket.

Hvis de pårørende utilfredse med noget, går de til den medarbejder, der kender ens nærtstående – eller til lederen. De pårørende føler sig som oftest hørt og oplever, at der bliver handlet på det, de siger.

De pårørende fortæller, at de oplever stor udskiftning af medarbejdere, og at der er mange ufaglærte medarbejdere lige nu. Det betyder noget for den følelse af tryghed, som de har i forhold til, om deres mor eller moster bliver passet godt. Uanset om det er afløsere eller fastansatte medarbejder, så er oplevelsen, at borgerne på plejecentret bliver behandlet med respekt. Medarbejderne er søde og rare, men de fysiske rammer er dårlige, og for et par af de pårørende betyder det også, at de vil have svært ved at anbefale stedet til andre, hvorimod de andre to pårørende hellere end gerne vil anbefale stedet til andre, da borgerne får en god og værdig pleje.



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 stiller 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.

Indhold og metode

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

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

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

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



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:

Målene er i meget høj grad opfyldte

Alle temaer er samlet set vurderet "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4).

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

Målene er i høj grad opfyldte

Højst 1 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4).

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.



Målene er i middel grad opfyldte

Højest 2 af temaerne er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-4).

Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved uændrede forhold.

Løbende opfølgning anbefales.

Målene er i lav grad opfyldte

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-4).

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 eventuelt som fokuseret genbesøg.

Kritisable forhold

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

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



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 sundhedslovsydelse, kvalitetssikring og patientsikkerhed i kommuner og regioner gennem funktioner som oversygeplejerske, kvalitetschef, tilsynschef, akkrediteringskoordinator m.m.

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

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

