



akkrediteringsraadgiverne.dk

**TILSYNSRAPPORT**

# **Kerteminde Kommune**

**Sundhed, Handicap og Rehabilitering**

## **Fjordly Plejecenter**

Uanmeldt kommunalt tilsyn

November 2022

## Indholdsfortegnelse

<b>Forord .....</b>	<b>4</b>
<b>Fakta om tilsynet .....</b>	<b>5</b>
<b>Samlet tilsynsresultat .....</b>	<b>6</b>
<b>Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer .....</b>	<b>6</b>
<b>Oversigt over de enkelte temaer .....</b>	<b>11</b>
<b>Tema 1 Funktionsevne .....</b>	<b>12</b>
<b>Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen .....</b>	<b>13</b>
<b>Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed .....</b>	<b>15</b>
<b>Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....</b>	<b>18</b>
<b>Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn .....</b>	<b>19</b>
<b>Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper .....</b>	<b>22</b>
<b>Om virksomheden og kontaktoplysninger .....</b>	<b>25</b>

## 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.

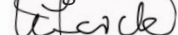
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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



Nette Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

## Fakta om tilsynet

### **Plejecenter:**

Fjordly Plejecenter, Borgmester Hansensvej 7, 5300 Kerteminde

### **Leder:**

Bodil Hellum (fraværende). Teamleder Pernille Svendsen medvirkede ved tilsynet.

### **Antal beboere:**

64 beboere

### **Tilsynsbesøget fandt sted:**

22. november 2022

### **Tilsynsbesøgets dataindsamling og datakilder:**

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 10 borgerjournaler), instrukser, handplaner, borgerinformationer, aktivitetsoversigt, menuplaner m.v.

Interview: 5 borgere, som kan medvirke til interview. 1 pårørende er interviewet på plejecentret og 5 pårørende er interviewet pr. telefon. Alle er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet.

Desuden har tilsynet interviewet 1 teamleder, 2 social- og sundhedsassistenter, 3 social- og sundhedshjælper, hvoraf 1 er ved at blive uddannet forflytningsvejleder, 1 social- og sundhedsassistentelev, 1 sygeplejerske, 1 rengøringsassistent, 1 person med ansvar for tøjvask, 1 køkkenmedarbejder og 1 aktivitetsmedarbejder.

Observation: 8 borgers 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: 8 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><b>Målene er i meget høj grad opfyldte</b> 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><b>Målene er i høj grad opfyldte</b> 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><b>Målene er i middel grad opfyldte</b> 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><b>Målene er i lav grad opfyldte</b> 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><b>Kritisable forhold</b> 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.

### Styrker

Fjordly Plejecenter rummer i alt 64 1-rumsboliger. Plejecentret er organiseret i 6 boenheder eller ”haver”, som hver rummer et køkken og en fælles spisestue/opholdsstue. Teamlederen fortæller, at der siden sidste tilsyn er lavet en ny organisering omkring aftenvagterne, som nu arbejder sammen på tværs af 2 ”haver”. Hun oplyser desuden, at det går nogenlunde med at rekruttere nye medarbejdere.

Fjordly Plejecenter fremstår som grundlæggende et veldrevet plejecenter. Tilsynet har iagttaget en omsorgsfuld og respektfuld pleje. Der ses 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 hjemligesom 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 vejledende måde den enkelte borger til at gøre det, han/hun selv kan. Hver borger har en kontaktperson.

De interviewede borgere udtrykker, at de er godt tilfredse med at bo på plejecentret og for den hjælp, de modtager. Maden er god, og der er gode aktiviteter. Der er den samme gode hjælp døgnet rundt, og der er en god tone blandt medarbejderne.

*Den personlige pleje:* Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer personlig morgenpleje til 3 borgere. Der ses velegnede, nænsomme og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær. Tilsynet oplever en god tone og stemning og småsnakken under plejeforløbene. Medarbejderne udviser indgående 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. Medarbejdere kan redegøre for, hvorledes det prioriteres, at borgernes grundlæggende behov i videst mulige omfang bliver tilgodeset. Plejen støttes af handleanvisende og opdaterede døgnrytmeplaner.

*Praktisk hjælp:* Fællesarealer, boliger og hjælpemidler fremtræder rengjorte svarende til rengøringsstandarden. Hos nogle borgere er der mange og nødvendige hjælpemidler. Det er tilsynsførendes oplevelse, at hjælpemidlerne så vidt muligt integreres i lejlighedens øvrige møblement, så lejlighederne fremstår så hjemlige som muligt.

*Mad og måltider:* Den varme mad leveres af Madservice, og der ses en varieret menuplan. Den varme mad serveres til middag, og borgerne har mulighed for at spise måltiderne sammen med andre i de enkelte ”havers” spisestuer. De enkelte boenheder står for forberedelse af morgenmaden og aftensmaden, der tilpasses borgernes behov og ønsker. Borgerne udtrykker stor tilfredshed med maden ved alle måltider. Tilsynsførende overværer serveringen af middagsmaden i 3 af de 6 boenheder. Måltidet spises ved veldækkede borde, hvor medarbejdere deltager som værter, og hvor der skabes en rar stemning under måltidet. De borgere, der har brug for hjælp til at spise, får hjælpen omsorgsfuldt og i borgers tempo.

*Sammenhæng og forudsigelighed:* Alle medarbejdere tilgår den elektroniske borgerjournal, når de skal søge oplysninger om de borgere, de skal pleje. Data er elektroniske og døgnrytmeplanerne er fyldestgørende og opdaterede. Der er alt overvejende sammenhæng mellem de sundhedsfaglige beslutninger og handlinger, og hvad der fremgår af døgnrytmeplanerne og køkkensedlerne hvad angår kosten. Plejecentret triagerer borgerne 3 x ugentlig. Nyindflyttede borgere triageres røde den første måned, da de kræver en særlig opmærksomhed, ligesom alle borgere vejes, når de flytter ind på plejecentret.

*Aktiviteter:* Plejecentret har en aktivitetsmedarbejder ansat, der har fokus på både at styrke fællesskaber og tage hensyn til den enkelte borger, ligesom hun også har fokus på de stille borgere. Borgerne spørges om og har indflydelse på hvilke aktiviteter, de ønsker. Aktivitetskalenderen sendes til de pårørende hver måned med invitationer til at deltage, hvis de har mulighed for det. Aktivitetskalenderen indgår ligeledes i plejecentrets nyhedsbrev, som medarbejderne også får.

## Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

Tilsynets 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 fratilsynsbesøget er ligeledes indsat under det enkelte tema. Temaer, der ikke er vurderet "Helt opfyldt" beskrives nedenfor sammen med tilsynets anbefalinger

### Generelt

Tilsynsførende har undersøgt sammenhængene og dermed forudsigeligheden mellem de social- og plejefaglige vurderinger og beslutninger.

Der ses gennemgående behov for øget struktur i arbejdsgangene herunder tidlig opsporing af borgere i risiko for uplanlagt vægttab. De usammenhængende arbejdsgange medfører en risiko for, at der arbejdes ud fra ikke aktuelle 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 og 1.4: Vurdering af funktionsevne

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

Udviklingspunkt: 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, om terapeuter inddrages.

Tilsynet anbefaler at arbejde med

- at systematisere vurderingen af funktionsevne hos nyindflyttede borgere
- at få etableret bæredygtige arbejdsprocesser, evt. i samarbejder med terapeuter, mhp. at få vurderet borgerens potentiale for funktionsevne ved indflytning og at få beskrevet mål for indsatsen og opfølgende evaluering.

### Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

#### Målepunkt 3.1: Ad 6) om nødkald

Fokus: Ved sidste tilsyn udtrykte flere borgere at hjælpen ofte ikke kom indenfor kortere tid, når de brugte nødkaldet, og at de kaldte 2-3 gange. Det var særligt om aftenen og om natten, men også om dagen.

Siden sidste tilsyn er der etableret et nyt nødkaldesystem, som har fungeret siden okt. 2022. 4 ud af de 5 interviewede borgere oplyser, at de får hjælpen hurtigt, når de bruger nødkaldet. En enkelt borger siger, at der er perioder på døgnet, hvor man skal undgå at bruge nødkaldet, for der er ventetiden lang.

Tilsynet anbefaler at

- at have fokus på de kritiske tidspunkter på døgnet for besvarelse af nødkald for at minimere ventetid.

#### Målepunkt 3.4: 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 – herunder kendskab til borgers vaner og ønsker. 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.

Udfordring: Der er ikke en systematisk dokumentation om borgers vægt og vejehyppighed og vurdering af borgers ernæringstilstand, hvilket kan få betydning for borgers trivsel og funktionsevne.

Tilsynets anbefalinger er sammenfaldende med målepunkt 3.2 jf. nedenfor.

#### 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 og småspisende 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 hjælpere, elever, uuddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl. Vejninger af borgere er et af indikatorerne på, om borgerne får den ernæring, de har behov for. Udfordring: Plejecentret har besluttet, at borgerne skal vejes ved indflytning og derefter hver 3. mdr., medmindre en anden vejehyppighed er besluttet. Der ses ikke aktuelle vejerresultater, og der er ikke sat nye frister for vejninger.

En anden udfordring er, at hos 2 ud af 3 borgere med synkeproblemer er screeningsresultaterne ikke til at lokalisere i borgers journal.

Tilsynet anbefaler at fortsætte indsatsen for

- at få genetableret en systematik omkring vejning af borgerne
- at gennemgå arbejdsgangene for vejning af borgere – hvem gør hvad, hvornår? - samt at opdatere kalenderne med de aktuelle og fremtidige tidspunkter for vejning af borgerne
- at den person, der vejer borgeren, kender til hvem, hvornår og hvordan vægttab skal meldes videre.
- at få drøftet, hvor terapeuternes screeningsresultater skal dokumenteres, så de bliver anvendelige for frontmedarbejderne i den daglige pleje.

#### Målepunkt 3.3: Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb

Fokus: Terapeuters og medarbejders indsats har betydning for at bringe borger tilbage til eller så tæt som muligt til borgers potentiale for funktionsevne. Den videre plan kan omfatte træning under den personlige pleje eller den praktiske hjælp. Det kan være balanceøvelser samtidig med den personlige pleje, gåture med rollatoren, at forflytte sig korrekt, øve rejse/siddeøvelser eller at hjælpen bare er i nærheden imens, fordi det er mere trygt. Disse oplysninger kan efterspørges i samarbejde med terapeuter

Udfordring: Hos 1 ud af de 10 borgere er der bevilget vederlagsfri fysioterapi. Samarbejdet med fysioterapeuten er afhængigt af tilfældige møder med fysioterapeuten og mundtlige tilbagemeldinger. Samarbejdet fremstår ikke velkoordineret med medarbejderne på plejecentret, og understøtter derfor ikke en samlet indsats. Det skrøbelige samarbejde gør, at borgers behov for evt. supplerende træning ikke systematisk kan følges op af frontmedarbejderne. Se desuden målepunkt 1.3 om borgers individuelle træningsbehov.

Tilsynet anbefaler

- at få lavet aftaler med fysioterapeuterne om at orientere medarbejderne om, hvad status er og evt. en beskrivelse af supplerede træningsbehov.
- at få de konkrete aftaler noteret i borgers journal og døgnrytmeplan samt opdatere borgers kalender om aftalen med fysioterapeuten.

### **Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning**

#### Målepunkt 4.1: Om brugen af værnemidler.

Fokus: Brugen af værnemidler forebygger smittespredning fra borger til borger.

Udfordring: I 3 ud af 3 plejeforløb blev der ikke anvendt forklæde ved nedre hygiejne hos borger.

Tilsynet anbefaler

- at genopfriske de hygiejniske principper omkring forebyggelse af smittespredning.



#### Målepunkt 4.3 Tøjvask

Når borgernes tøj vaskes i fælles vaskemaskine, skal plejecentret sikre, at arbejdsprocesserne er i overensstemmelse med de nationale retningslinjer (NIR 2020), herunder anvendelse af desinficerende vaskemiddel ved temperaturer under 40 grader og rengøring af vaskemaskinerne i form af ugentlig kogevaske på tom maskine, rengøring af gummimembraner o.a. ([NIR tekstiler \(ssi.dk\) Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for plejehjem, hjemmehjemspleje, bo- og opholdssteder m.m. 2020 udgave 1](#) ss. 27 og 28). Kontrol af rengøring af vaskemaskinerne er en del af NIR's retningslinjer for at undgå smittespredning mellemborgere på plejecentret.

Udviklingspunkt: Fastmedarbejder fortæller fyldestgørende om arbejdsgangene. Der ses ikke egenkontrolskema, så andre medarbejdere og afløsere kan se hvad rutinerne er, og hvornår det skal udføres.

Tilsynet anbefaler:

- at hænge en kort beskrivelse op med de arbejdsprocesser, der er omkring egenkontrollen af vaskemaskinerne for at undgå smittespredning.

#### **Tema 5 Kvalitetsarbejdet: Opfølgning fra seneste tilsyn**

Ved seneste tilsyn sås nogle udviklingspunkter. Plejecentret har arbejdet videre med disse, men som beskrevet ovenfor, har enkelte været vanskelige at opnå forbedringer på. Processen anbefales styrket med kvalitetsovervågning af processerne.

Tilsynet anbefaler

- at styrke processtyringen;
  - hvornår og hvordan igangsatte tiltag evalueres,
  - hvilke tiltag der er sat i gang, hvis resultater af overvågningen ikke var tilfredsstillende
- at følge op på handleplanen sammen med de involverede tovholdere fast månedlig i en periode.

## 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	<b>Funktionsevne</b>  Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering Borgers oplevede kvalitet af indsatsen	BO
Tema 2	<b>Livskvalitet og tilfredshed</b>  Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Måltider	HO
Tema 3	<b>Sammenhæng og forudsigelighed</b>  Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde	NO
Tema 4	<b>Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning</b>  Instrukser og værnemidler Tøjvask	BO
Tema 5	<b>Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn</b>  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	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt?</li> <li>2) Hjælper den hjælp du får dig til at vedligeholde dine færdigheder?</li> <li>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)</li> <li>4) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for?</li> </ol>	HO	
1.2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson jf. kommunens beslutning</li> <li>2) Relevante borgere er tilbudt en rehabiliterende indsats og der er fulgt op på indsatsen.</li> <li>3) Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder.</li> </ol>	BO	Tilsynet observerer, at der er en særlig opmærksomhed på nyindflyttede borgere. Der ses dog ikke en systematisk afdækning af borgers potentiale for funktionsevne ved indflytning i de 10 gennemgåede borgerforløb.
1.3	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2) Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.</li> <li>3) Aktivitetstilbud: Borgers individuelle træningsbehov er kendt af relevante medarbejdere og er om muligt indarbejdet i tilbuddene.</li> </ol>	BO	1 ud af de 10 gennemgåede borgere er bevilget vederlagsfri fysioterapi 1 x ugentlig om torsdagen. Der ses ikke tegn på formidling eller dialog mellem terapeut og medarbejder, der kunne have betydning for eventuelle opfølgende træningsbehov.
1.4	<p>Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering. Relevante og opdaterede oplysninger fremgår af</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Borgernes funktionsevnetilstande</li> </ol>	BO	I de 10 gennemgåede borgerforløb ses relevante beskrivelser af borgernes funktionsevner. Der ses imidlertid ikke mål for indsatsen og løbende evaluering. Se i øvrigt punkt 1.2

## Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 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?:</li> <li>2) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret?</li> <li>3) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her?</li> </ol>	HO	
2.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg.</li> <li>2) Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt?</li> <li>3) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov?</li> <li>4) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på?</li> </ol>	HO	
2.3	<p><i>Personlig pleje</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2) Borgerne fremtræder velplejet</li> <li>3) Borgerne tilbydes bad svarende til kvalitetsstandard.</li> </ol>	HO	
2.4	<p><i>Praktisk hjælp</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen.</li> <li>2) Rengøringsydelsen er planlagt svarende til kommunens kvalitetsstandard.</li> <li>3) Personlige hjælpemidler fremtræder rene.</li> </ol>	HO	

	<p>Hverdagen og aktiviteter</p> <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er der mulighed for at lave ting, du har interesse i, du synes er spændende?</li> <li>2) Får du dækket dit behov for at være sammen med andre?</li> <li>3) Er der gode oplevelser hver dag? Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes?</li> </ol>	HO	
2.5	<p>Hverdagen og aktiviteter</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Der er en <u>aktivitetsplan</u>, som er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere</li> <li>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.</li> </ol>	HO	
2.6	<p>Måltider</p> <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad?</li> <li>2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp?</li> <li>3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.?</li> <li>4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen?</li> </ol>	HO	
2.7	<p>Måltider</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2) Medarbejdere er til stede ved måltidet og støtter en positiv oplevelse for borgerne.</li> <li>3) Arbejdsgange fremmer muligheden for, at borgerne kan opnå en positiv oplevelse ved måltiderne.</li> </ol>	HO	
2.8	<p>Måltider</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Der foreligger <u>menuplan</u>, som er tilgængelig for borgere og pårørende.</li> <li>2) Medarbejdere kan redegøre for hvorledes borgerne bedst muligt involveres i at menuplanen fast-lægges og hvordan borgerens evaluering af maden videregives til køkkenmedarbejdere.</li> </ol>	HO	Plejecentret får den varme mad fra Madservice, der produceres på Lindhøj plejecenter, og menuplanen ligger fast.

## Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig?</li> <li>2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?</li> <li>3) Bliver du hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres?</li> <li>4) Kender du plejeplanen og oplever du, at beskrivelsen er meningsfuld og dækkende?</li> <li>5) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov?</li> <li>6) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald.</li> </ol>	HO	<p>Opmærksomhedspunkt: Plejecentret har fået et nyt nødkalds-system okt. 2022. Ifølge de interviewede borgere fungerer det fint med nødkald. Der er dog 1 borger ud af de 5 interviewede, der udtrykker, at man skal undgå at bruge nødkaldet under morgenplejen, ved måltider og ved vagtskifte, for der er medarbejderne optaget.</p>
3.2	<p><i>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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"> <li>a. Vejehyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval</li> <li>b. Der ses reaktion på uplanlagt vægttab</li> <li>c. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.</li> </ol> </li> </ol>	NO	<p>Ad 1) Der holdes triagemøde hver mandag, onsdag og fredag, hvor sygeplejerskerne og medarbejdere fra hver "have" deltager, og hvor der sker en ajourføring af borgernes helbredstilstand og koordinering af indsatserne.</p> <p>Ad 2) I 6 ud af 10 borgerforløb er ses handleanvisningen ikke beskrevet og vejningen er ikke overholdt med den hyppighed, der overordnet er besluttet på plejecentret. Der ses ikke en systematisk vejehyppighed, og der ses ikke noteret tærskelværdier for, hvor meget borger må tabe sig eller tage på, inden der skal reageres.</p>

			<p>Hos to af de 10 borgerforløb er egen læge kontaktet i forbindelse med væggtab, og handlingen er dokumenteret.</p> <p>3 af de 10 borgere får blød kost/gratin kost/hakket kød. I den forbindelse er der bestilt en synketest til 1 af de 3 borgere i uge 47.</p> <p>Det blev oplyst, at der skulle være lavet ergoterapeutiske screeninger hos de 2 øvrige borgere, men det var ikke muligt at finde dem i journalsystemet, da terapeuter og plejepersonale angiveligt skriver forskellige steder.</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"> <li>1) Mål</li> <li>2) Inddragelse af træningselementer og -aktiviteter i daglig hjælp, pleje og omsorg</li> <li>3) Vurdering af funktionsevne....</li> <li>4) Anbefaling til forflytning....</li> <li>5) Anbefaling til plejepersonalet: Balance- stå- eller gåmuligheder samt evt. øvelser o.a., som borger kan huskes på.</li> </ol> <p>Såfremt plejecentret ikke har/nyligt har haft borgere visiteret til ovenstående markeres indikatoren som "ikke aktuel" for dataindsamling" = grå farve.</p>	BO	<p>1 ud af 10 borgere er visiteret til vederlagsfri fysioterapi. Der ses ikke en systematisk tilbagemelding fra fysioterapeut til frontmedarbejder.</p> <p>Sygeplejersken oplyser, at der er et godt mundtligt samarbejde med terapeuterne, men at det påhviler plejepersonalet at kalendersætte aftalerne med fysioterapeuterne samt sikre at få fulgt op på træningsforløbet, hvis den skal følges op og integreres i den daglige pleje.</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"> <li>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)</li> <li>2) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion (eksempelvis som observation med opgave)</li> <li>3) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender.</li> </ol>	BO	<p><i>Den social-og plejefaglige dokumentation ses generelt i overensstemmelse på tværs. Udfordringerne vedrører uoverensstemmelse mellem borgers tilstand, handlingsanvisninger og journalisering af vægt og vejehyppighed. Se punkt 3.2</i></p>
3.5	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> Plejeplaner og generelle oplysninger</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Plejeplaner fremtræder handleanvisende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger og borgers vaner og ønsker</li> <li>2) For borgere ramt af demens indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleanvisende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt</li> <li>3) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren.</li> </ol>	HO	



## 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.	NO	<i>Tilsynet observerede, at der i 3 ud af 3 plejeforløb med nedre hygiejne ikke blev anvendt forklæde med det formål at forebygge smittespredning.</i>
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.	BO	<i>Plejecentret varetager vask af borgernes tøj. Arbejdsgangene fremtræder generelt sikre, dog ses der ikke en arbejdsproces for egenkontrol til afbrydelse af smitteveje i form af minimum 1 ugentlig tom kogevaske.</i>

## 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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen.</li> <li>2) Der er prioriteret og igangsat tiltag.</li> <li>3) Der ses dato for evaluering.</li> </ol>	NO	<p>Tilsynet blev forevist en handleplan fra okt. 2021, der relaterede sig til det uanmeldte kommunale tilsyn i 2021. Der ses ikke prioriterede og igangsatte tiltage eller dato for evaluering.</p>
5.2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Effekten af tiltagene er evalueret</li> <li>2) I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført.</li> </ol>	NO	<p>Lokale tiltag ses ikke effektvurderet mhp behov for evt. justering af tiltag.</p>
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>Det har vist sig vanskeligt at opnå målopfyldelse på anbefalingerne fra sidste tilsyn i 2021, som omhandlede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Samarbejde med terapeuter (§86) (punkt 1.3 og 3.3)</li> <li>➤ Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring (punkt 3.2)</li> <li>➤ Det skriftlige arbejdsgrundlag (punkt 3.4)</li> <li>➤ Infektionshygiejniske arbejdsprocesser omkring tøjvask (punkt 4.3)</li> </ul>

## Bilag 1

## Fjordly plejecenter - Pårørendeinterview - RESULTAT

Antal interview under besøg: 1

Antal telefoninterview: 5

Interview i alt: 6

Tema \ Målopfyldelse	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ikke relevant	Øvrige kommentarer
Maden	XXXX		X			X	1 borger får sondemad
Rengøring	XXX	X	XX				
Tøjvask	XXXX		X	X			En enkelt pårørende vasker selv det sarte tøj. To andre pårørende fortæller, at der ofte er tøj væk eller tøj, der er ødelagt.
Samarbejde med pårørende	XXXX	X	X				Det kan være svært at få fat i personale om eftermiddagen
Indsatsens kvalitet	XXXX	XX					Personalet er gode til at gribe situationerne og skabe en god stund. 3 af de pårørende peger på, at der mangler flere – og helst - uddannede medarbejdere.
Vil du anbefale plejecentret til andre	XXXXX	X					2 af de pårørende har allerede anbefalet plejecentret til andre.

### **Pårørendesynspunkter:**

#### **Sammenfattende kommentarer:**

Tilsynet har talt med 6 pårørende, der enten har en mor eller en ægtefælle på plejecentret. De fleste af dem kommer på plejecentret flere gange om ugen, en enkelt flere gange om måneden. De har alle været involveret i deres næres indflytning på plejecentret. Fem af borgerne har boet på plejecentret mindre end 1 år. En af borgerne har boet der i ca. 11 år.

*Maden:* De pårørendes indtryk er, at deres nære er meget tilfredse med maden, og at de hygger sig med at spise sammen i spisestuen.

*Rengøring:* De fleste pårørende er godt tilfredse med rengøringen, mens en enkelt kunne ønske, at gulvet en gang imellem fik en ekstra vask.

*Tøjvask:* De pårørende er blevet gjort opmærksomme på, at ikke alt tøj har godt af den behandling, som det får på plejecentret. Derfor vasker en af de pårørende også selv sin mors pæne bluser. Noget andet er, at der for flere af borgerne er forsvundet tøj eller de har fået noget, der ikke var deres. En pårørende foreslår at mærke tøjet på en anden måde, så det ikke forsvinder.

*Samarbejdet med de pårørende:* Samarbejdet er godt, og medarbejderne opleves som imødekommende og fleksible. De kan rumme, hvis man er vred eller ked af det. De pårørende udtrykker, at de kan mærke, at medarbejderne løber stærkt, og at der mangler hænder. En af de pårørende nævner, at hun kan se, at boenhederne samarbejder og hjælper hinanden.

*Indsatsens kvalitet:* De pårørende er alle meget tilfredse med at have deres nære til at bo på plejecentret og er meget trygge ved de medarbejdere, der hjælper deres mor eller ægtefælle. De oplever, at deres nære bliver behandlet godt og med respekt, og at medarbejderne er gode til at motivere deres mor eller ægtefælle i det daglige. Som pårørende er det også rart at få tilsendt aktivitetskalenderen og invitationer til at deltage i forskellige arrangementer. Sommetider kan det dog være svært at deltage, når man også har arbejde og familie.

De pårørende vil alle anbefale plejecentret til andre. To har allerede gjort det.



# 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 Kommune. Tilsynet udføres efter manual, som er tilpasset behovene og prioriteringerne i Kerteminde Kommune 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 farvemarkeres 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](mailto:nethe@jorck.net)

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

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

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

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

Om virksomhedsleder og tilsynschef

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

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

Hun 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.

