



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Thisted Kommune

Sundhed og Kvalitet

Ældrecenter Fjordglimt

Indholdsfortegnelse

Forord.....	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	10
Tema 1 Funktionsevne	11
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen.....	12
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	15
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	18
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	19
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper.....	20
Om virksomheden og kontaktoplysninger.....	23

Forord

De uanmeldte tilsyn i Thisted Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Thisted 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.

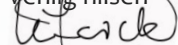
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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



Nethe Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejeenhed:

Ældrecenter Fjordglimt, Sennelsvej 65, 7700 Thisted

Leder:

Områdeleder Yvonne Tilsted
Teamleder Else Sixhøj
Teamleder Linea K. Pedersen

Antal beboere:

35 borgere

Tilsynsbesøget fandt sted:

30. maj 2022

Tilsynsbesøgets dataindsamling og datakilder:

Data er indsamlet via

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

Interview: 4 borgere ramt af demens. De kan delvist medvirke til interview. Desuden har tilsynet interviewet 1 områdeleder, 2 teamledere, 2 sosu-assistenten, 3 sosu-hjælpere, 1 sosu-elev, 2 ufaglærte, 1 kok og 1 køkkenassistent, 1 pædagog og 1 aktivitetsmedarbejder.

Observation: 4 borgers bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer, 2 tavlemøder og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig pleje til 3 borgere.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 6 borgere.

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Anne Mette Villadsen, sygeplejerske, konsulent.

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Thisted Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos leverandøren. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn i Thisted 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>
x	<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>
	<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 af betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.</p> <p>Opfølgning efter kortere tid 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.</p> <p>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 det følgende 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, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Styrker

Fjordglimt er et demensplejecenter. Det er indrettet i 4 bomiljøer med velindrettede lejligheder, såvel 1- rums som 2- rums. Bomiljøerne er hjemligt indrettet og tilpasset borgernes behov. Der er køkkener og spiseområder, der indbyder til samvær og fællesskab. Fællesarealerne er indrettet med hyggelige kroge, der egner sig til 1:1 kontakt. De fysiske rammer og indretning fremmer en velfungerende demensfunktion. Her opleves en udpræget ro, på trods af, at her er meget demente og udadreagerende borgere.

Her er en god tone og en rar og imødekommende stemning. Flere gange under tilsynet opleves en munter stemning og dialog tilpasset borgernes situation. Arbejdsplanlægningen sikrer i vid udstrækning, at borgerne møder kendte ansigter i hverdagen, hvilket giver forudsigelighed, genkendelighed og tryghed. Medarbejderne udviser stor empati, indsigt, viden og erfaring med at støtte mennesker ramt af demens. Deres tilgang og adfærd fremstår i tråd med god praksis.

Funktionsevne:

Tilsynet oplever et godt og trygt samspil mellem borgere og medarbejdere. Borgerne støttes i at udføre de funktioner, de er i stand til for at opretholde så stor grad af selvstændighed og egenomsorg som muligt. Samarbejdsfladen til de kommunale terapeuter fremstår velfungerende.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen:

På tilsynsdagen er der en borger, der kan give udtryk for en høj grad af trivsel og tilfredshed. Ved tre andre borgere kommer der adspurgt spontane udsagn som: -Her er godt, -jeg har det godt, -alle er flinke, -maden er god, -her er rart at være, -de er søde.

Personlig pleje og praktisk hjælp:

Tilsynsførende overværer personlig pleje hos 3 borgere. Medarbejderne udviser et indgående kendskab til de enkelte borgere og har opmærksomhed på at gøre samarbejdet til en god oplevelse, hvor borgeren guides til at tage så mange beslutninger selv i den udstrækning vedkommende er i stand til det. Tilsynet bemærker, at borgerne mødes omsorgsfuldt, værdigt og nærværende. Deres tilgang og adfærd fremstår i tråd med god praksis og det gode hverdagsliv.

Hverdagen og aktiviteter på plejecentret:

Her er for nylig ansat en aktivitetsmedarbejder. Her fortælles om aktivitetstilbud såvel inde som ude. Aktiviteter tilrettelægges ud fra borgers formåen, ønsker og behov. Aktiviteter tilrettelægges både som en til en aktivitet og som aktivitet i mindre grupper. På tilsynsdagen opleves, at der er mange der tages med ud på små gåture. For borgere der er i stand til at deltage i dagcenterets tilbud, er der mulighed herfor.

Måltider:

I alle bomiljøer er der produktionskøkkener. Her tilberedes maden fra bunden, så borgerne oplever en duft der er med til at stimulere appetitten. Tilsynet hører kun godt om maden fra borgerne. Der ses velfungerende spisesituationer, såvel i fællesrummet og i de tilfælde hvor en borger skal have hjælp til måltidet under mere skærmede forhold. Borgere hjælpes på en omsorgsfuld måde i borgers tempo.

Sammenhæng og forudsigelighed:

Tilsynet oplever i høj grad et godt tværfagligt samarbejde med respekt for de forskellige faggruppers kompetencer. Tidlig opsporing af ændringer i borgernes behov støttes af daglige tavlemøder, hvor så mange medarbejdere som muligt deltager.

Tilsynet overværer to tavlemøder, som fremstår velstrukturerede og fungerer dels til den faglige drøftelse af aktuelle forhold og dels som en del af den løbende kompetenceudvikling.

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

Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 2 temaområder er ”Helt opfyldt”
- 3 temaområde er ”I betydelig grad opfyldt”

Temaområderne består af underliggende målepunkter.

Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er ”Helt opfyldt” kan rumme enkelte målepunkter med udviklingspotentialer, hvilket fremgår af sidste del af rapporten.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Målepunkt 3.2 Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring

Temaets fokus: Et væsentligt grundlag for, at borger har energi, 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 blandt andet kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne.

Ernæringsindsatsen er en kædeproces med opgaver fordelt mellem hjælpere, elever, uuddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut, læge m.fl.

Forebyggelse kræver en tidlig opsporing og fokus på, at borger får tilbudt den rette kost.

Udviklingspunkt:

Vejhyppighed: Der ses ikke helt velimplementerede arbejdsgange for vejhyppighed. Dokumentationen af vejhyppighed ses på såvel tavler som i Cura. Aktuelt ses uoverensstemmelser mellem hvad der står det ene og det andet sted.

Kostbeslutning: Der ses uoverensstemmende oplysninger mellem kostsedler i køkkenerne, på tavle og i handlingsanvisninger. Uddybende oplysninger ses under målepunktet.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den igangværende indsats, herunder

- at vejninger lægges i Cura som en ydelse og at fastlægge vejhyppighed i kalenderen
- sætte fokus på, hvorledes formidlingen af væggtab til sundhedsfaglig bedst kan tilrettelægges, eksempelvis som observation lagt som opgave
- som supplement til oplysning om fortykningsmiddel noteres, hvilken type fortykningsmiddel der skal anvendes
- at sikre overensstemmelse mellem køkkensedler og Cura.

Målepunkt 3.4 og 3.5 Det skriftlige arbejdsgrundlag

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

Dette sker bla. ved hjælp af opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande og ved der er en rød tråd mellem funktionsevnetilstande, ydelser/handlingsanvisninger og besøgsplan. Der skal være overensstemmende oplysninger til eventuelle papirbaserede notater, såsom køkkennotater. Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre (eksempelvis som observation lagt som opgave). For borgere der forflyttes via et hjælpemiddel, er det vigtigt, at dette foregår på en korrekt og tryk måde, og at medarbejderen har en forflytningsvejledning at henholde sig til ved tvivlsspørgsmål.

Udviklingspunkt: Tilsynet ser sammen med medarbejdere i borgernes journaler. Generelt ses velskrevne borgerjournaler. Der ses enkelte uoverensstemmelse mellem funktionsevnetilstande, ydelser, besøgsplan, handlingsanvisninger, observationer, målinger, tavleoplysninger og køkkenoplysninger.

Tilsynet anbefaler at

- fortsætte det igangværende arbejde med at skabe sammenhæng i journalisering i Cura
- fastlægge en arbejdsgang der sikrer sammenhæng mellem papirbaserede notater såsom køkkennotater og oplysninger i Cura
- ændringer i borgers tilstand formidles som observation lagt som opgave i Cura
- der hos alle borgere der har behov for forflytning via et hjælpemiddel, at der altid udarbejdes en forflytningsvejledning til det pågældende hjælpemiddel
- undersøge fremdriften ved eksempelvis at anvende periodevise journalaudits.

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Temaets fokus: At medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange.

Udviklingspunkt: Tilsynet ser, at der i to ud af tre tilfælde hvor der foretages nedre hygiejne i forbindelse med personlig pleje i seng, ikke anvendes plastforklæder, hvor der er risiko for forurening af arbejdsdragt. For at undgå smittespredning, anbefales det i NIR, at ved udførelse af personlig hygiejne med risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser, anvendes plastforklæde.

Tilsynet anbefaler at

- implementere en arbejdsgang der sikrer, at anbefalingerne i NIR bliver implementeret og efterlevet af alle medarbejdere.

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.

	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	
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter. Måltider	
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde	
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning Instrukser, værnemidler og rengøring Tøjvask	
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Proces for den lokale opfølgning med tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.	

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.

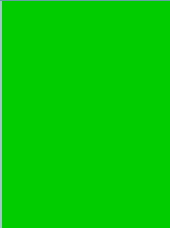
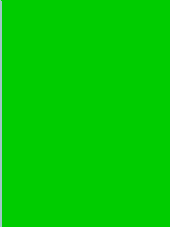
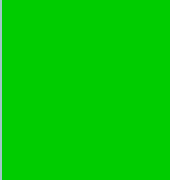
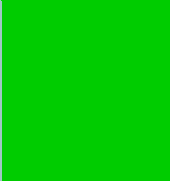
Tema 1 Funktionsevne

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"> 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? 		Borgerne er alle ramt af demens og kan af denne årsag ikke helt relevant besvare de stillede spørgsmål, men tilsynet ser og oplever smilende, glade og tilfredse borgere, der svarer positivt på spørgsmålene.
1.2	<ol style="list-style-type: none"> 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. 		
1.3	<ol style="list-style-type: none"> 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. 		
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"> 1) Borgernes funktionsevnetilstande 		<p>Ad 1 Hos 7 ud af 8 gennemgåede funktionsevnetilstande er disse opdaterede i overensstemmelse med borgers fremtræden.</p> <p>Hos 1 er funktionsevnetilstanden ikke opdateret</p>

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? 		Borgerne er alle ramt af demens og kan af denne årsag ikke helt relevant besvare de stillede spørgsmål, men tilsynet ser og oplever smilende, glade og tilfredse borgere, der svarer positivt på spørgsmålene.
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? 		Som ovenfor.
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. 		
2.4	<p><i>Praktisk hjælp</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Boligen er ryddelig 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. 		

	<p>Hverdagen og aktiviteter</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? 		<p>Borgerne er alle ramt af demens og kan af denne årsag ikke helt relevant besvare de stillede spørgsmål, men tilsynet ser og oplever smilende, glade og tilfredse borgere, der svarer positivt på spørgsmålene.</p>
2.5	<p>Hverdagen og aktiviteter</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. 		<p>Her findes ikke som sådan en aktivitetsplan, idet muligheden for deltagelse i aktiviteter er meget afhængelig af borgerens tilstand på dagen. I stedet er der en seddel i hvert afsnit, hvor det fremgår, hvornår aktivitetsmedarbejderen er i afsnittet. Tilsynet hører om flere aktiviteter, såvel en til en aktivitet som aktiviteter i grupper.</p>
2.6	<p>Måltider</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? 		<p>Borgerne er alle ramt af demens og kan af denne årsag ikke helt relevant besvare de stillede spørgsmål, men tilsynet ser og oplever smilende, glade og tilfredse borgere, der svarer positivt på spørgsmålene.</p>
2.7	<p>Måltider</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at der er klart værtsskab og at medarbejderne sørger for gode rammer til en uforstyrret spisning og hyggelig stemning. 2) Arbejdsgange fremmer muligheden for, at borgerne kan opnå en positiv oplevelse ved måltiderne. 		
2.8	<p>Måltider</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. 		

2.9	<p><i>Måltider</i></p> <ol style="list-style-type: none">1) 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.		
-----	--	---	--

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 besøgsplanen/døgnrytmeplanen 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. 		<p>Borgerne er alle ramt af demens og kan af denne årsag ikke helt relevant besvare de stillede spørgsmål, men tilsynet ser og oplever smilende, glade og tilfredse borgere, der svarer positivt på spørgsmålene.</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. 		<p>Ad 2</p> <p>a. Hos 1 ud af 4 gennemgæede borgerforløb er vejhyppighed udført i overensstemmelse med det besluttede interval. Hos 1 borger der er sat til vejning hver 3. md. skulle vejning havde været tilbudt, men er ikke udført, og det ses ikke, at opgaven er sat til en anden dag eller at borger ikke tog imod tilbuddet. Det fremgår ikke på hverken tavle eller i Cura, hvornår vedkommende skal tilbydes vejning igen.</p> <p>Hos en anden borger der er sat til vejning hver måned, er vedkommende vejet i denne måned, men der er et slip på 4 mdr. siden sidste vejning og</p>

			<p>det fremgår ikke på hverken tavle eller i Cura, hvornår vedkommende skal tilbydes vejning igen.</p> <p>Hos en 3. borger der er sat til vejning hver 3. måned, er vejhyppigheden overholdt, men det fremgår ikke på hverken tavle eller i Cura, hvornår vedkommende skal tilbydes vejning igen. Ingen af vejningerne er lagt som ydelse i Cura.</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) Råd til rigtig forflytning..... 5) Personlig pleje: 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 relevant for dataindsamling" = grå farve.</p>		
3.4	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> Der er fokus på systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes tilstande 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. Der ses rød tråd mellem funktionsevnetilstande, ydelser og besøgsplan. Der er overensstemmende oplysninger til eventuelle papirbaserede notater, såsom køkkennotater. 2) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion (eksempelvis som observation lagt som opgave) 3) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender. 		<p>Hos en borger med dysfagi, fremgår det ikke på køkkensedlen, at borger skal have fortykningsmiddel i drikkevarer. I køkkenet ses to typer af fortykningsmiddel, det ene i en dåse uden etikette der angiver indholdets art og uden angivelse af dosis. Det fremgår ikke af køkkensedlen eller i Cura, hvilket af de to fortykningsmidler borger skal have.</p>

			Hos samme borger er der uoverensstemmelse mellem køkkensedlen og Cura. På køkkensedlen fremgår det, at borger spiser rugbrød og almindelig kost. I Cura fremgår det, at borger skal have blendet kost.
3.5	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag: Besøgsplaner/plejeplaner og generelle oplysninger</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Besøgsplaner/plejeplaner/døgnrytmeplaner fremtræder handleanvisende og opdaterede i forhold til borgers aktuelle behov. Der ses 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 4) Forflytningsvejledninger støtter en tryk oplevelse for borgerne. 		<p>Ad 1.</p> <p>Hos 6 ud af 8 gennemgåede besøgsplaner er disse handleanvisende, relevante og opdaterede.</p> <p>Hos 1 er dagens besøgsplan ikke opdateret i relation til borgers behov for at blive tilbudt bad.</p> <p>Hos 1 anden er det angivet i besøgsplanen, at borger har en trædematte som varsler, at borger er stået ud af sengen. Dette svarer ikke til borgers tilstand, idet borger ikke selv er i stand til at forflytte sig, og forflyttes via en loftslift.</p> <p>Ad 4.</p> <p>Hos 2 ud af 5 borgere med behov for hjælp til forflytning ses ikke en forflytningsvejledning.</p> <p>1 borger forflyttes både med brug af loftslift og en Masterturner.</p> <p>Hos en 2. borger der forflyttes via Sara Steady ses ingen forflytningsvejledning hertil.</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.		<i>Tilsynet ser, ved to ud af tre udførte personlig pleje og nedre hygiejne i seng, at der ikke anvendes forklæde i forbindelse med udførelse af personlig hygiejne. Medarbejderne har uoverensstemmende opfattelser af, hvornår der skal anvendes forklæde.</i>
4.2	Leder og relevante medarbejdere kender til at fremsøge og anvende gældende instrukser og arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud.		
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.		

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"> 1) Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. 2) Der er prioriteret og igangsat tiltag. 3) Der ses dato for evaluering. 		
5.2	<ol style="list-style-type: none"> 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. 		
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>		<p>Der er igangsat tiltag med dokumentation i Cura. Forandringsarbejdet har på flere områder medført forbedret målopfyldelse.</p>



Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

Tilgang og formål

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

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

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

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

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

Samlet set 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 Thisted Kommune. Tilsynet udføres efter manual, som er tilpasset behovene og prioriteringerne i Thisted 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

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, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.

Opfølgning efter kortere tid anbefales.

Målene er i lav grad opfyldte

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”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 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 er aktiv surveyor med ledende funktioner gennem 13 år for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet).

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

