



akkrediteringsraadgiverne.dk

## TILSYNSRAPPORT

# Thisted Kommune

## Ældre og Træning

## Vibedal Plejecenter

## Indholdsfortegnelse

Forord .....	3
Fakta om tilsynet .....	4
Samlet tilsynsresultat .....	5
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer .....	6
Oversigt over de enkelte temaer .....	6
Tema 1 Funktionsevne .....	9
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen .....	10
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed .....	12
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning .....	15
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn .....	16
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper .....	17
Om virksomheden og kontaktoplysninger .....	20

## 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.

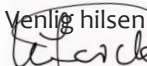
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling. Rapporten opfylder webtilgængelighedsloven.

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 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

### Plejecenter:

Vibedal Plejecenter, Vibedalvej 1, 7700 Thisted

### Leder:

Charlotte Husum Jensen

Assisterende leder Jette Kristensen

### Antal beboere:

62

### Tilsynsbesøget fandt sted:

23. april 2024

### Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 8 borgerjournaler), instrukser, handleplaner, borgerinformationer, menuplaner m.v.
- Interview: 4 borgere, som helt eller delvis kan medvirke til interview samt 1 pårørende. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Desuden har tilsynet interviewet 1 plejecenterleder, 1 assisterende leder, 1 sygeplejerske, 4 social- og sundhedsassistenter, 1 social- og sundhedshjælper, 1 aktivitetsmedarbejder, 1 afløser og 1 rengøringsmedarbejder.
- Observation: 7 borgeres bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig pleje til 4 borgere og hjælp til spisning hos 5 borgere.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 7 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 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 giver anledning til følgende resultat:

### Målene er i meget høj grad opfyldte

#### Vurderingsskala:

##### Målene er i meget høj grad opfyldte

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

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

##### Målene er i høj grad opfyldte

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfylde forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

##### Målene er i middel grad opfyldte

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

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”.

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.

## Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

Nedenfor 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, Thisted Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

### Styrker

Vibedal Plejecenter fremtræder som veldrevet plejecenter med 48 2-rumslejligheder og 14 1-rumslejligheder. De 14 1-rumslejligheder er forbeholdt borgere med en demenslidelse. Plejecentret er opdelt i 4 boenheder, hvor lejlighederne ligesom fællesarealerne forekommer lyse og rummelige. I hver boenhed er der en stor og lys spise- og opholdsstue. Tilsynsførende oplever gennemgående et hyggeligt samvær mellem borgere og medarbejdere og mærker en hyggelig og hjemlig atmosfære.

Livskvalitet og tilfredshed: Borgerne udtrykker høj grad af tilfredshed med livet på plejecentret og samarbejdet/samværet med medarbejderne. De interviewede borgere fortæller, at medarbejderne alle er imødekommende og hjælpsomme. Borgerne oplever en respektfuld tone og en høj grad af selvbestemmelse. De interviewede borgere vil meget gerne anbefale stedet til andre, der har brug for en plejebolig.

Den personlige og praktiske hjælp: Tilsynsførende vurderer, at hjælpen i vid udstrækning tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes vaner, ønsker og behov. Borgerne har faste kontaktpersoner, og de interviewede borgere giver udtryk for at kende de medarbejdere, der er hjælper dem i det daglige, ligesom medarbejderne også viser stort kendskab til de borgere, de yder pleje og omsorg. Medarbejderne kender borgernes behov, guider fint undervejs, og tilpasser hjælpen til borgers tempo, formåen og stemning. Der ses velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær i form af småsludren undervejs, og hvor borgernes selvhjulpethed og selvbestemmelse understøttes. Plejen støttes af handleansvarlige og opdaterede besøgsplaner.

Lejligheder og hjælpemidler fremtræder rengjorte svarende til den kommunale rengøringsstandard. Selvom der hos nogle borgere er mange og nødvendige hjælpemidler, så er det tilsynsførendes oplevelse, at hjælpemidlerne så vidt muligt integreres i lejlighedens øvrige møblement, så lejlighederne fremstår så hjemlige som muligt.

Mad og måltider Maden kommer fra Dragsbækcentret. Borgerne udtrykker stor tilfredshed med maden ved alle måltider, som for de flestes vedkommende spises i spisestuen sammen med de andre borgere, der bor i boenheden.

Tilsynsførende overværer serveringen af morgenmad og frokost i de respektive spisestuer. Måltiderne spises ved veldækkede borde, hvor medarbejdere deltager som værter, og hvor der hygges og snakkes under måltidet. De borgere, der har brug for hjælp til at spise, får hjælpen omsorgsfuldt og i borgers tempo, ligesom der tages hensyn til borgere med demens med ro og nærvær, og hvor enkelte borgere skærmes under spisningen.

Alle borgere får hver måned "Vibeposten", hvor både månedens menuplan og aktivitetskalender indgår.

Hverdagen og aktiviteter på plejecentret De interviewede borgere fortæller, at de deltager i de aktiviteter, der er på plejecenteret, hvis det interesserer dem. En af de interviewede borger fortæller, at hun også deltager i banko nede i byen. En anden borger fortæller, at han overvejende nyder at læse og høre god musik i sin lejlighed.

Aktivitetsmedarbejderen fortæller, at hun har et godt samarbejde med Aktivkomiteen, som er en gruppe af frivillige, der er med til at lave arrangementer for borgerne på plejecentret. Plejecentret er glade for de frivillige, da de gør det muligt at lave nogen ting sammen med borgerne, som man ellers ikke kunne gøre.

### Sammenhæng og forudsigelighed

Tilsynsførende hører om arbejdsprocesser som daglige tavlemøder, hvor der foregår dialog om sundhedsfaglige og social- og plejefaglige forhold. Her vægtes den tidlige opsporing af borgere, hvis tilstand har ændret sig, og hvor der er brug for en særlig indsats.

Medarbejdere kan redegøre for, hvorledes det prioriteres, at borgernes grundlæggende behov i videst mulige omfang bliver tilgodeset, samt hvem de skal kontakte ved afvigelser i borgers tilstand. Der ses rød tråd mellem funktionsevnetilstande, ydelser og besøgsplan.

## Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- De 5 temaområder er ”Helt opfyldt”

Hvert tema består af flere målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er ”Helt opfyldt” kan rumme målepunkter med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten. Alle temaer er vurderet ”Helt opfyldt”. Tilsynet ser dog potentiale for forbedringer i følgende målepunkter:

### Opmærksomhedspunkter

#### Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

##### Målepunkt 3.4 og 3.5: Det skriftlige arbejdsgrundlag.

Fokus: Fyldestgørende og løbende ajourført dokumentation er det nødvendige grundlag for, at alle medarbejdere kan varetage den rette hjælp, omsorg og pleje af borgere ud fra den faglige beskrivelse af borgers 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.

*Udviklingspunkt:* Det skriftlige arbejdsgrundlag i fremtræder altovervejende handlingsanvisende og opdateret.

- Handlingsanvisningerne for vægt og vejehyppighed ses velbeskrevne i de 8 stikprøver. Det fremgår af handlingsplanerne, at borgers vægt skal dokumenteres i Cura og på en papiroversigt. Ikke alle medarbejdere får vægten noteret begge steder, hvorved vejehyppigheden forekommer usystematisk.
- For at undgå gentagelser henvises der i flere borgerjournaler til besøgsplanen for mere detaljerede beskrivelser af, hvordan man griber plejen og træningen an. I 1 af de 8 stikprøver ses beskrivelsen ikke ajourført i forhold til de træningsøvelser, fysioterapeuten har foreslået plejemedarbejderne at udføre.
- Hos 3 borgere ramt af demenssygdom ses ingen oplysninger om brugen af tøjdyr/bamser/dukker under den personlige pleje, borgers aften- og sengevaner eller hvad der evt. kan medvirke til at skabe en god nattesøvn.

#### Tilsynet anbefaler

- At drøfte arbejdsgange, der sikrer en tilstrækkelig dokumentationspraksis, der anvendes og følges af alle medarbejdere samt løbende at dokumentere aktuelle ændringer.

## 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	<b>Funktionsevne</b>  Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering Borgers oplevede kvalitet af indsatsen	H O
Tema 2	<b>Livskvalitet og tilfredshed</b>  Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter. Måltider.	H O
Tema 3	<b>Sammenhæng og forudsigelighed</b>  Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde	H O
Tema 4	<b>Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning</b>  Instrukser, værnemidler og rengøring	H O
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.	H O

### 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	Oplysninger til brug for forbedringsarbejde
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?	H O	
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.	H O	
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.	H O	
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	H O	

## Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering:  

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Oplysninger til brug for forbedringsarbejde
2.1	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 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?	H O	
2.2	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 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?	H O	
2.3	<i>Personlig pleje</i> 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.	H O	
2.4	<i>Praktisk hjælp</i> 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.	H O	

	<p><i>Hverdagen og aktiviteter</i> 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>	H O	
2.5	<p><i>Hverdagen og aktiviteter</i></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>	H O	
2.6	<p><i>Måltider</i> 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>	H O	
2.7	<p><i>Måltider</i></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.</li> <li>2) Arbejdsgange fremmer muligheden for, at borgerne kan opnå en positiv oplevelse ved måltiderne.</li> </ol>	H O	
2.8	<p><i>Måltider</i></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>	H O	
2.9	<p><i>Måltider</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 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> </ol>	H O	

## Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Oplysninger til brug for forbedringsarbejde
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 besøgsplanen/døgnrytmeplanen 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>	H O	Ad 1) De interviewede borgere oplyser, at de ikke har en fast medarbejder, der hjælper dem i hverdagen, men at de kender dem, der hjælper dem.
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               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. 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.</li> <li>b. Vejehyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval</li> <li>c. Der ses reaktion på uplanlagt vægttab</li> <li>d. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.</li> </ol> </li> </ol>	H O	

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) Råd til rigtig forflytning.....</li> <li>5) Personlig pleje: 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 relevant for dataindsamling" = <span style="background-color: #cccccc;">grå farve</span>.</p>	H O	
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"> <li>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.</li> <li>2) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion (eksempelvis som observation lagt som opgave)</li> <li>3) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender.</li> </ol>	B O	<p><i>Der ses altovervejende sammenhæng i den social- og plejefaglige dokumentation.</i> <i>Vedr. vægt og vejehyppighed:</i> <i>Borgerne vejes 1 x mdl. medmindre andet er besluttet.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ved stikprøver i 2 af 8 borgerjournaler fremgår vejningen (SUL ydelsen) til at være 1 x ugentlig, Det viser sig at være en rubrik, der ikke taget stilling til ved oprettelsen af ydelsen (tastefejl). Tastefejlen kan være med til at skabe usikkerhed om de sundhedsfaglige beslutninger. Borgerne vejes som besluttet 1 x mdl.</i></li> <li>• <i>Resultaterne af vejningerne noteres både i Cura og på en papiroversigt. Ved stikprøver i 2 af 8 borgerjournaler forekommer vejehyppigheden usystematisk. Vejningerne er udført og noteret på</i></li> </ul>

			papiroversigten, men ikke dokumenteret i Cura.
3.5	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag: Besøgsplaner/plejeplaner og generelle oplysninger</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</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> <li>4) Forflytningsvejledninger støtter en tryk oplevelse for borgerne.</li> </ol>	<p style="text-align: center;">B O</p>	<p>Besøgsplanerne fremstår handlingsanvisende og opdaterede i forhold til borgernes aktuelle behov.</p> <p>Oplysninger om vaner og ønsker: Der ses dog sparsomme oplysninger om vaner og ønsker i forhold til borgere ramt af demenssygdom.</p> <p>Tilsynsførende overværede plejen af 3 borgere med demenssygdom. Fælles for de 3 borgere sås ingen oplysninger om sovevaner eller brugen af tøjdyr/bamser/dukker under den personlige pleje. Tilsynsførende observerede, at der hos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 borger blev der anvendt et tøjdyr til at holde om under den personlige pleje.</li> <li>• 1 anden borger var bamser i stuen, men ingen beskrivelse af, om de blev brugt specifikt i forbindelse med den demensramte borger.</li> </ul> <p>Vedr. opfølgning på træningsøvelser: I 1 af 2 stikprøver, hvor borgerne var henvist til vederlagsfri fysioterapi, fremgik det af helbredsoplysningerne, at træningsøvelserne følges op af plejemedarbejderne og at øvelserne fremgik af besøgsplanen. Der sås imidlertid ikke nogen beskrivelser af træningsøvelserne i besøgsplanen.</p>

## Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering: ████████

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Oplysninger til brug for forbedringsarbejde
4.1	1) Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejcentre, herunder arbejdsdragt og værnemidler. 2) Der forefindes værnemidler.	H O	
4.2	Leder og relevante medarbejdere kender til at fremsøge og anvende gældende instrukser og arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud.	H O	
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.	Ikke aktuelt	<i>Der er vaskemaskine og tørretumbler i hver lejlighed</i>

## Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Oplysninger til brug for forbedringsarbejde
5.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Det kan være i form af personalemødereferat.</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>	H O	<p><i>Ved seneste tilsyn var alle målepunkter helt opfyldte.</i></p> <p><i>Der er arbejdet med opmærksomhedspunkterne fra seneste tilsyn på personalemøder.</i></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>	H O	
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>	B O	<p><i>Der ses stadig udfordringer med at få implementeret en handleansende dokumentation vedr. vaner og ønsker for personer med en demenssygdom.</i></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

Den Mobile Kvalitetsafdeling, *akkrediteringsraadgiverne.dk*  
Egebjergvej 232 A  
4500 Nykøbing Sjælland

Nethe Britt Jorck  
Virksomhedsleder og tilsynschef  
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. ædretilsynets 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) tillige med kompetencegivende uddannelser indenfor ledelse, kvalitet og patientsikkerhed, herunder uddannelse til auditor for Dansk Standard og akkrediteringssurveyor for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) samt forandringsagentuddannelsen fra Dansk Selskab for patientsikkerhed.

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

Særlig relevante erfaringer:

- akkrediteringssurveyor fra 2010 til 2022 for IKAS. Har udført omkring 170 surveydage på sygehuse, i kommuner, præhospitalet, privathospitaler og speciallægepraksis
- har udført over 500 uanmeldte kommunale tilsyn
- forandrings- og forbedringsarbejde med projekter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

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.

