



akkrediteringsraadgiverne.dk

## TILSYNSRAPPORT

# Køge Kommune

**Velfærdsforvaltningen**  
Ældre- og Sundhedsafdelingen

**Møllebo Plejecenter**  
**Centerboligerne Pedersvej**

## Indholdsfortegnelse

Forord .....	4
Fakta om tilsynet .....	5
Samlet tilsynsresultat .....	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer .....	6
Oversigt over de enkelte temaer .....	12
Tema 1 Funktionsevne .....	13
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen .....	15
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed .....	18
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	22
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn .....	23
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper .....	25
Om virksomheden og kontaktoplysninger .....	28

## Forord

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

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

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

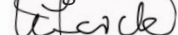
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

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

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

Venlig hilsen



Nethé Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

## Fakta om tilsynet

### **Plejecenter:**

Møllebo Plejecenter, Nørre Boulevard 103-105 og Centerboligerne Pedersvej, Nørre Boulevard 100-104, 4600 Køge.

### **Leder:**

Jette Rødgård

### **Antal beboere:**

42 beboere (Møllebo 24 og Pedersvej 18).

### **Tilsynsbesøget fandt sted:**

26. oktober 2022

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

Data er indsamlet via

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

Interview: 7 borgere, som kan medvirke til interview. De 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 sundhedshjæl-pere, 1 aktivitets/klippe-kortsmedarbejder, 2 vikarer, hvoraf 1 er sygehjælper.

Observation: 6 borgeres bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig pleje til 3 borgere og hjælp til spisning hos 1 borgere.

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

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

### **Tilsynsførende:**

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP

Martha Højgaard, sygeplejerske, cand.scient.soc.

## Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Køge Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos leverandøren. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter "Koncept og manual for tilsyn i Køge 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> Højest 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> 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.</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, Køge Kommune Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

### Generelt

Møllebo Plejecenter omfatter 24 boliger, som er opdelt i 4 enheder. Det har det sidste 1½ års tid været svært at rekruttere især social- og sundhedsassistenter til faste stillinger. Leder oplyser, at det nu er lykkedes at fastansætte 3 nye social- og sundhedsassistenter. Hun ser frem til igen at få en stabil medarbejdergruppe og at forholdene normaliseres. Dog er der aktuelt en sygeplejerske med en langtidssygemelding. På tilsynsdagen er der flere nyansatte medarbejdere på arbejde.

Det er tilsynets indtryk på baggrund af dataindsamlingen, at kvaliteten på nogle områder er presset, hvilket afspejler sig i målopfyldelsen.

I Centerboligerne Pedersvej, hvor der er 18 boliger, er der tilknyttet en fast stab af erfarne medarbejdere.

### Styrker

De interviewede borgere udtrykker stor tilfredshed med at bo på Møllebo. Tilbagemeldingerne er, at her er godt at være. Personalet snakker med en, ”ligesom når man har en ven på besøg”. ”Alle er lige søde og rare, og der er aldrig nogen, der er sure”. ”Skulle der være en medarbejder, der ikke respekterer borgerne, kan man gå til lederen, som lytter og handler på det, der bliver sagt. Hun er flink og forstående. Der er generelt ikke noget at klage over”.

Borgerne i Centerboligerne på Pedersvej er også tilfredse med at bo der. De får god hjælp og støtte i hverdagen. ”Man ved, hvor man skal henvende sig, og trykker man på nødkaldet, kommer hjælpen med det samme”.

Det fælles aktivitetsrum *Æblekøkkenet* bliver rost meget af borgerne både på Møllebo og Pedersvej, og borgerne ser frem til at deltage i de aktiviteter, der afholdes der. Borgerne udtrykker glæde over de muligheder, klippekortordningen giver for at komme ud og handle, eller hvad man ønsker at bruge tiden til.

Møllebo fremstår som et veldrevet plejecenter, om end der er spores en vis travlhed på tilsynsdagen. Der er en god tone og stemning. Tilsynet har iagttaget en omsorgsfuld og respektfuld pleje, og der er en god relation mellem borgere og medarbejdere i de hverdagsituationer, der foregår på plejecentret. Borgerne støttes i at have en tryk og forudsigelig hverdag i rammer, der er så hjemlige som muligt.

Centerboligerne på Pedersvej hører under samme ledelse, og har karakter af at være boliger til hjemmeboende ældre og sårbare. Det er tilsynets opfattelse, at man som borger føler sig i trygge rammer.

Personlig pleje:

Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer personlig morgenpleje til enkelte borgere. Der ses velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær i form af nænsom vækning og småsludren undervejs. Medarbejderne udviser kendskab til borgernes behov, guider fint undervejs og tilpasser hjælpen til borgers tempo og stemning, hvor borgerens selvhjulpenhed understøttes.

### Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 3 temaområder er ”i betydelig grad opfyldt”
- 2 temaområder er ”i nogen grad opfyldt”.

Hvert tema består af flere målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er ”Helt opfyldt” kan rumme målepunkter med forbedringspotentialer, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten.

## Tema 1 Funktionsevne

### Målepunkt 1.2: Tilbud om vurdering af funktionsevne

Der tilbydes ikke systematisk vurdering af funktionsevnen, når borgere flytter ind i en bolig på plejecentret.

Tilsynet anbefaler at arbejde videre med

- at få etableret bæredygtige arbejdsprocesser mellem terapeut og social- og plejefaglige medarbejdere, som det er beskrevet i punkt 7 i ”Handleplan ift. kommunalt tilsyn 2021. Fælles / på tværs af plejeboliger” vers. 3 fra 29/4-2022.

### Målepunkt 1.4: Borgerens funktionsevnetilstand

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

Tilsynets anbefaling er at fortsætte arbejdet med

- at opdatere borgernes funktionsevne og udarbejde en tjekliste for, hvornår der skal ske opdateringer af funktionsevnetilstanden hos den enkelte borger.

## Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med plejen

### Målepunkt 2.2 om borgers tilfredshed med plejen

Ifølge Køge kommunes kvalitetsstandarder er der tilbud om 1 bad om ugen. En borger giver udtryk for, at vedkommende godt kunne tænke sig at have indflydelse på, om han/hun kunne få et bad mere ugentlig for velværets skyld.

Tilsynet anbefaler

- at foretage individuelle vurderinger af, om det er muligt at imødekomme borgerønsker om flere bad ugentlig.

### Målepunkt 2.3: Personlig pleje

Det er tilsynets opfattelse at plejen af borgerne i vid udstrækning er omsorgsfuld og respektfuld. I en af enhederne er der to medarbejdere, der har travlt med at yde personlig morgenpleje samt servere morgenmad til 7 eller 8 borgere – heraf en borger, der var flyttet ind dagen i forvejen. Bemandingen gør, at man er nødt til at vente på hinanden, når man skal være to om eks. at lifte en borger. Det betyder, at medarbejderne går til og fra lejligheden, mens borgeren må vente på næste trin i den personlige pleje.

Tilsynet anbefaler

- at overveje at organisere morgenplejen på en måde, så der er lavet aftaler på forhånd, hvornår man skal bruge kollegers hjælp, for at undgå at borgeren venter unødigt.

### Målepunkt 2.4: Praktisk hjælp

**Praktisk hjælp Møllebo:** På Møllebo fremtræder fællesarealer, boliger og hjælpemidler rengjorte. Rengøringen varetages af servicekorpset. De lejligheder tilsynsførende observerede på Møllebo er ikke store. Man sover og opholder sig i samme rum, og hvis man som borger har brug for mange hjælpemidler, så kan det være svært at få lejligheden til at fremstå hjemlig og hyggelig.

Tilsynet anbefaler

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

**Praktisk hjælp Pedersvej:** På Pedersvej gøres boligerne generelt rent hver 14. dag ifølge Køge kommunes kvalitetsstandarder. Rengøringen varetages af de faste medarbejdere tilknyttet Pedersvej.

Personalet på Pedersvej fortæller, at de på det seneste har fået visiteret flere borgere med alkoholmisbrug, skader efter stort forbrug af alkohol over en lang årrække samt borgere med hjerneskader. Tilsynet har i 2 ud af 4 lejligheder set, at lejlighederne bærer præg af, at de som bor der, ikke magter at holde omgivelserne nogenlunde ryddelige i den 14 dages periode, der går mellem 2 rengøringer, ligesom hjælpemidlerne fremstår snavsede.

#### Tilsynet anbefaler

- at drøfte, hvordan en praktisk hjælp hos borgere med hjerneskade og skade efter mange års forbrug af alkohol fagligt kan tilrettelægges sammen med borgerne, så hjemmet fremtræder rimelig ryddelig og rent.

#### Målepunkt 2.7: Måltider

Møllebo: Tilsynet observerer, at værtskabet og medarbejdernes tilstedeværelse ved et måltid betyder noget for, om borgerne sidder og småsnakker ved bordet og har lyst til at blive siddende, mens de øvrige borgere spiser færdig. Det er tydeligt, at medarbejdernes tilstedeværelse støtter en positiv stemning under måltidet.

#### Tilsynet anbefaler

- at arbejdstilrettelæggelsen tilgodeser, at der som minimum er en medarbejder til stede under hele måltidet.

### **Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed**

#### Målepunkt 3.2: Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde

**Fokus: Tryksårsforebyggelse:** Ældre, plejekrævende borgere er ofte i risiko for at få tryksår på grund af et langvarigt tryk på huden. Det kan eksempelvis være, fordi en person ligger meget ned i sin seng, har forkert fodtøj på eller sidder i en kørestol i lange perioder. Opmærksomhed på tryksårsforebyggelse har betydning for patientsikkerheden. Tryksår øger risikoen for indlæggelser, langvarig sårpleje og evt. kirurgisk behandling og er årsag til megen lidelse hos borgere. Tryksår kan i yderste konsekvens medføre knoglebetændelse og blodforgiftning. Tryksår kan forebygges.

Udviklingspunkt: Tilsynet overværede en sårbar tryksårsforebyggelse hos en plejekrævende borger.

#### Tilsynet anbefaler

- at sikre sig, at alle medarbejdere ved, hvordan man handler tryksårsforebyggende
- evt. at benytte tryksårspakken fra "I sikre hænder". se [Tryksår \(isikrehaender.dk\)](https://www.isikrehaender.dk)

**Medicinsk behandling med cremer:** Hos en borger med hudlidelse var der ordineret smøring med cremer, og ordinationen fremgik af FMK. Der var imidlertid ikke sammenhæng med de sundhedsfaglige notater, plejeplanen, kørelisten og der manglende medicin/cremer i lejligheden. Den manglende sammenhæng gør det svært for frontmedarbejderne at udføre korrekt pleje og behandling.

#### Tilsynet anbefaler

- at opdatere og konsekvensrette de sundhedsfaglige notater, plejeplaner og kørelister

#### Uhensigtsmæssige vægtændringer:

**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: Tilsynet fandt, at der i det store og hele er overensstemmelse mellem vejhyppighed af borgerne i forhold til det besluttede – bortset fra, at stolevægten har været sendt til kalibrering, og at vejningerne derfor ikke kunnet lade sig gøre de sidste par måneder.

Ved journalgennemgang ses det også, at der er reageret på vægtændringer, men at der er uklare beslutninger om, hvad der skal ske. Det er ligeledes uklart, hvornår sygeplejersken vil have besked om vægtændringer.



**Dysphagi:** Tilsynet observerede uoverensstemmende kostoplysninger vedr. borgere med dysphagi. 2 borgere med dysphagi skal have fortykningsmiddel i drikkevarer, men det fremgår ikke af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender, så som plejeplaner, kørelister og køkkensedler. Sammenhæng mellem de sundhedsfaglige oplysninger, plejeplaner, kørelister, kostsedler/køkkensedler skal hindre, at der opstår tvivl blandt de frontmedarbejdere, der varetager plejen.

*Tilsynet anbefaler at fortsætte indsatsen for*

- at implementere de nyudgivne instrukser "Screening for ernæringsmæssig risiko og underernæring" samt ved brug af "Vejledning til korrekt vejning", som det er beskrevet i punkt 1 i "Handleplan ift. kommunalt tilsyn 2021. Fælles / på tværs af plejeboliger" vers. 3 fra 29/4-2022
- at udarbejde et lokalt Action Card, så alle er klar over, hvem der gør hvad, hvornår – herunder overveje hvilken funktion, der skal tage stilling til vejhyppighed, kost og mål for indsatsen, eks. antal kg. borger gerne vil veje
- at tilbyde og udføre vejning efter instrukserne
- at gennemgå arbejdsgangene for vejning af borgere, samt at opdatere plejeplanerne
- at den, der vejer borgeren, kender til hvem, hvornår og hvordan vægttab skal meldes videre.

#### Målepunkterne 3.4 og 3.5 Det skriftlige arbejdsgrundlag

Fokus: Den faglige dokumentation er et grundlag for medarbejdernes viden og forståelse for borgeren og dermed væsentlig for, at borgeren tilbydes en ensartet og forudsigelig opgaveløsning på et sikkert kvalitetsniveau. Det er afgørende for at sikre den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje af borgerne, at alle medarbejdere har den nødvendige viden om borgerne. Hertil er fyldestgørende og løbende ajourført dokumentation det nødvendige grundlag for, at alle medarbejdere kan varetage den rette hjælp, omsorg og pleje af borgere ud fra den faglige beskrivelse af borgerens behov. Hjælpen skal løbende tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5, hvilket nødvendiggør, at der er en tilstrækkelig dokumentationspraksis, som anvendes og følges af alle medarbejdere samt, at aktuelle ændringer løbende dokumenteres.

Udfordringen er generelt, at de sundhedsfaglige vurderinger og beslutninger ikke når ud til frontmedarbejderne. Manglende konsekvensrettelser ved ændringer i borgerstilstand medvirker til uoverensstemmende oplysninger. Medarbejderne har vanskelig ved at anvende Vitae, og Vitae opleves generelt ikke fysisk let tilgængelig. Vitae kombineret med mundtlig formidling støttes i varierende grad af papirbaserede redskaber: Print af plejeplaner og supplerende kørelister, køkkensedler, kalendere o.a. som den primære informationskilde. Det kræver kontinuerlige opdateringer, som medarbejderne trods ihærdig indsats ikke får udført 100%.

I borgermapperne, der på Møllebo er i køkkenerne, er der flere steder observeret ikke opdaterede plejeplaner, hvilket hindrer, at medarbejderne hurtigt kan skabe sig et overblik over borgers aktuelle funktionsniveau og plejebehov. Desuden fremgår borgers ønsker og vaner ikke af plejeplanerne, da det er teknisk umuligt at printe de generelle oplysninger ud, og vigtig viden om sovevaner o.a er ikke overført til plejeplanerne.

*Tilsynet anbefaler generelt at fortsætte indsatsen med*

- at sundhedsfaglige beslutninger medfører konsekvensrettelser i plejeplaner og på de nødvendige arbejdsredskaber
- at sikre at medarbejderne har let adgang til nyest opdaterede døgnrytmeplan også som print.

Kommunen har valgt at etablere sig med nyt omsorgssystem (Nexus). Implementeringen er planlagt til udrulning ultimo 2022. Indsatsen forventes at skabe større sammenhæng og forudsigelighed.

*I forhold til implementering af Nexus anbefaler tilsynet*

- at udforske arbejds gange og arbejdsredskaber for at vurdere og beslutte, hvad Nexus kan erstatte af de nuværende print og arbejds sedler samt få de overflødige sedler fjernet i takt med implementeringen af Nexus
- at implementere instruks for "Opgaveoverdragelse og kompetenceprofiler", der trådte i kraft pr. 1/7-2022, herunder at drøfte det kliniske lederskab i forbindelse med overdragelse af opgaver fra sygeplejerske til social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælper og ufaglærte og så fremdeles, så det bliver tydeligt, hvem der er ansvarlig for hvad og på hvilke præmisser en opgave er overdraget.

#### Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

##### Målepunkt 4.1 anvendelse af værnemidler

Fokus: At medarbejderne på plejecentret kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange for at undgå smittespredning, herunder anvendelse af arbejdsdragt og værnemidler.

Tilsynet observerer, at der i 1 ud af 4 tilfælde, hvor der foretages personlig hygiejne, ikke anvendes plastforklæder, og hvor der er risiko for forurening af arbejdsdragt. Tilsynet ser, at der er værnemidler til rådighed på hvert badeværelse.

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.

Det er tilsynets indtryk at plejecentret arbejder ihærdigt på implementeringen.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats for

- at anbefalingerne i NIR<sup>1</sup> bliver implementeret og efterlevet af alle medarbejdere.

##### Målepunkt 4.3 borgers tøjvask

Fokus: På Pedersvej er der vaskemaskiner til rådighed i kælderen, hvor borger enten selv vasker sit tøj eller hvor medarbejderne vasker borgernes tøj. Tøjet bliver vasket med borgernes egen vaskemidler og der køres ikke kogeprogram imellem de forskellige borgernes tøjvask. Køge kommunes instrukser for tøjvask anvendes ikke.

Tilsynet anbefaler

- at tage en kontakt til Køge kommunes hygiejnesygeplejerske, for at høre, hvorvidt den nuværende arbejdsgang for tøjvask overholder de hygiejniske forskrifter.

---

<sup>1</sup> Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for plejehjem, hjemmepleje, bo- og opholdssteder m.m. 2020 udgave 1 (ssi.dk)

## 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	BO
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	Funktionsevnevurdering sker ikke systematisk efter indflytning. Leder oplyser, at det ikke er nemt at få kontakt med terapeuterne.
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>	HO	
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 1 af 8 gennemgåede borgerjournaler, findes ikke en vurdering af borgerens funktionsevne.

			<p>I de resterende 7 journaler er funktions- evnen enten ikke opdateret, eller der er ikke sat mål for indsatsen.</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"> <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>	BO	<p>En yngre borger kunne ønske sig at have mere indflydelse på, hvor ofte hun kan komme i bad. For nuværende følger tilbuddet Køge kommunes kvalitetsstandarder.</p> <p>Det er tilsynets opfattelse at medarbejderne er i tvivl om hvorledes de skal forholde sig.</p>
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 kvalitetsstandarden.</li> </ol>	NO	<p>I et af de 3 overværede plejeforløb er der behov for 2 personer til at lifte borgeren. Undervejs i plejeforløbet forlader social- og sundhedshjælperen borgeren for at hente en kollega, der skal hjælpe. Kollegaen er i gang med personlig pleje af en anden borger. Derfor går der et stykke tid, hvor borger ligger afdækket, førend borgeren er klar til at blive liftet op.</p>

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>	BO	<p>På Møllebo fremtræder lejlighederne og hjælpemidlerne rene. Dog fylder hjælpemidler og arbejdsmiljøredskaber nogen steder meget i en lille lejlighed og overskygger det hjemlige præg.</p> <p>I Centerboligerne på Pedersvej er rengøringsstandarden ikke på det fornødne niveau. Boligerne gøres generelt rent ifølge kvalitetsstandarderne hver 14. dag. Rengøringen udføres af medarbejderne, som ikke altid oplever mulighed for at prioritere opgaven.</p> <p>2 ud af 4 sete lejligheder bærer præg af, at borgene ikke magter at holde rengøringen nogenlunde vedlige i den 14 dags periode mellem to rengøringer. Borgerne på Pedersvej har desuden selv ansvar for at rengøre hjælpemidler, hvilket ser ud til, ikke bliver gjort.</p>
	<p><i>Hverdagen og aktiviteter</i></p> <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <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><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>	HO	

2.6	<p><i>Måltider</i></p> <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <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><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 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>	NO	<p><i>Der bliver forsøgt skabt gode rammer omkring morgenmad og frokost. I en af enhederne måtte medarbejderen imidlertid forlade frokostbordet. Det betød, at 1 af 3 borgere valgte at forlade bordet, ligesom snakken forstummede. Med det samme medarbejderen var tilbage, blev stemningen igen hyggelig med småsnakken.</i></p>
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 fastlægges og hvordan borgerens evaluering af maden videregives til køkkenmedarbejdere.</li> </ol>	HO	



## Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? 2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig? 3) Bliver du hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Kender du plejeplanen og oplever du, at beskrivelsen er meningsfuld og dækkende? 5) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 6) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald.	HO	
3.2	<i>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</i> 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.  a. Vejehyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval b. Der ses reaktion på uplanlagt vægttab c. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.	NO	Ad 1) <i>I flere tilfælde når nødvendige informationer om borgers tilstand og besluttede handlinger ikke ud til frontmedarbejderne.</i>  <i>Hos to borgere med kendt dysphagi, hvor fortykningsmiddel skal anvendes i drikkevarer, sker det ikke.</i> <i>Hos den ene borger er der en god beskrivelse i de sundhedsfaglige notater + en dysphagiscreening med beskrivelse af, hvor meget fortykningsmiddel, der skal anvendes i hvilke situationer. Fortykningsmidlet fremgår ikke af kostsedlen i køkkenet, hvilket medfører manglende viden hos medarbejderne og dermed risiko for at borger ikke får fortykningsmidlet tilsat.</i>

		<p>Den anden borger skal have fortykningsmiddel i drikkevarer til hele dagen. Dosis fremgår af de sundhedsfaglige oplysninger. I boligen er der ingen angivelse af, hvor meget fortykningsmiddel, der skal til den mængde drikkevarer, borgeren skal have dagligt, og det fremgår heller ikke af kørelisten.</p> <p>En borger er ordineret cremer til hudlidelser – fast og PN. Cremerne fremgår af FMK, og anvendelsen er også beskrevet som en opgave på kørelisten. Der står ikke noget om, hvilke hudlidelser, det drejer sig om, og hvor der skal smøres. I lejligheden findes der ingen cremer, og der er tvivl om, om borgeren bliver smurt, og hvornår behandlingen evt. er stoppet. Der er ingen notater om det i borgerjournalen.</p> <p>I et plejeforløb overværer tilsynsførende en sårbar tryksårsprofylakse i forhold til at observere for trykspor og reaktioner herpå hos en trykspors-truet borger.</p> <p>Der var ikke nogen informationer om observationer for trykspor i plejeplanen, og det besluttede vendeskema blev ikke brugt. Der var ikke nogen dokumentation på ophør med vendeskema i borgerjournalen.</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>Ad 2) Borgerne bliver i væsentlig grad vejet med den vejhyppighed, der er besluttet. Der har dog været problemer med stolevægten de sidste par måneder, så de sidste noterede vægte for flere borgere er fra september.</p> <p>Der er også tilbagemeldinger fra medarbejderne på uplanlagt vægttab/vægtøgninger, men der er i flere tilfælde uklare beslutninger vedr. hvad der skal ske. Det er ligeledes uklart, hvornår sygeplejersken skal informeres ved ændringer.</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>		Se pkt. 1.2

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 væggtab, 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>	NO	<p>Leder, sygeplejerske og medarbejdere mødes hver morgen for at gennemgå, hvad der er sket af ændringer i forhold til borgerne det sidste døgn. Ændringer og beslutninger fra gennemgangen dokumenteres ikke systematisk i Vitae. I stedet sker overleveringer til kolleger og sygeplejerskerne om ændringer i borgernes tilstande i stor udstrækning mundtligt. Det betyder, at der ikke er en sikker skriftlig formidling af ændringer i borgers tilstande, og de sundhedsfaglige beslutninger ikke altid fremgår af de arbejdsredskaber, frontmedarbejderne er afhængige af.</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>	BO	<p>Plejeplanerne er handleanvisende for, hvordan borgerne hjælpes med og understøttes i at udføre den personlige pleje, ønsker til morgenvækning, hvornår man ønsker at komme i seng, hvad man ønsker til morgenmad og andre praktiske/konkrete ting. De generelle oplysninger om den enkelte borgers vaner, hvad han/hun kan lide af musik, hvad han/hun slapper af med, hvad der skaber glæde, hvordan man som medarbejder håndterer uro-vrede-gråd hos en borger med demens osv, kan af tekniske årsager ikke printes ud og lægges i borgermappen. Så den viden kan frontmedarbejderne ikke umiddelbart anvende i sin pleje og omsorg af borgeren.</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.	BO	1 ud af 4 medarbejdere anvendte ikke handsker og forklæde ved udførelse af personlig hygiejne. Blev senere gjort opmærksom på det af en kollega og tog forklæde på.
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	Centerboligerne Pedersvej: I centerboligerne på Pedersvej vaskes tøjet med borgernes egne vaskemidler, og måske to vaske på 40 gr. umiddelbart efter hinanden og med forskellige borgers tøj.  Herved afbrydes smittevej ikke.

## 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>	HO	<p>Der er udarbejdet en fælles handleplan for plejeboligerne med indsatsområder i forhold til målepunkterne fra tilsynet i 2021, der ikke var "helt opfyldt". Ifølge handleplanen er der både beskrevet indsatser og fundet tovholdere.</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>Der har været besluttet tiltag på tværs af plejeboligerne. En udfordring har været at følge op på tiltagene og evaluere effekten.</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>Ved sidste års tilsynsbesøg fremstod primært to gennemgående punkter, som har vist sig vanskelige at opnå forbedringer på det seneste år:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Andelen af faste, erfarne medarbejdere særligt på Møllebo.</li> </ul> <p>Leder oplyser, at hun nu har fået ansat 3 nye social- og sundhedsassistenter på Møllebo og håber på en stabil medarbejdergruppe.</p>

			<p>➤ Det skriftlige arbejdsgrundlag for den social-og plejefaglige indsats. Se pkt. 3.4 og 3.5, som omhandler det skriftlige arbejdsgrundlag, dvs. en sammenhængende og forudsigelig dokumentation, der sikrer en ensartet pleje og behandling. Der er uoverensstemmelse mellem den sundhedsfaglige vurdering og beslutning i Vitae, formidlingen til frontmedarbejderne, arbejdsgangene/-processerne samt de arbejdsredskaber frontmedarbejderne støtter sig til i det daglige arbejde.</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 Køge Kommune Kommune. Tilsynet udføres efter manual, som er tilpasset behovene og prioriteringerne i Køge 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 farvemærkes af læsevenlige årsager:

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

### Vurdering af det enkelte tema

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

### Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

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

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

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

#### *Målene er i høj grad opfyldte*

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.



#### *Målene er i middel grad opfyldte*

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

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

Løbende opfølgning anbefales.

#### *Målene er i lav grad opfyldte*

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

Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer.

Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.

#### *Kritisable forhold*

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

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



## Om virksomheden og kontaktoplysninger

Nethe Britt Jorck  
Virksomhedsleder og tilsynschef

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

