



akkrediteringsraadgiverne.dk

# TILSYNSRAPPORT

## Silkeborg Kommune

### Sundhed og Omsorg

#### Kjellerup Friplejehjem

## Indholdsfortegnelse

<b>Forord .....</b>	<b>4</b>
<b>Fakta om tilsynet .....</b>	<b>5</b>
<b>Samlet tilsynsresultat .....</b>	<b>6</b>
<b>Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer .....</b>	<b>7</b>
<b>Resultater og vurdering af de enkelte temaer .....</b>	<b>11</b>
<b>Tema 1 Funktionsevne .....</b>	<b>12</b>
<b>Tema 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen.....</b>	<b>13</b>
<b>Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen – Mad og måltider.....</b>	<b>15</b>
<b>Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed .....</b>	<b>18</b>
<b>Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....</b>	<b>22</b>
<b>Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn .....</b>	<b>23</b>
<b>Bilag 1 : Pårørendeinterview .....</b>	<b>24</b>
<b>Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper .....</b>	<b>27</b>
<b>Om virksomheden og kontaktoplysninger .....</b>	<b>30</b>

## Forord

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

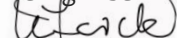
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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:**

Kjellerup Fripleshjem, Fuglemosevej 1F, Kjellerup

**Forstander:**

Mette Kayeørd Jochumsen

**Antal beboere:**

37 borgere

**Tilsynsbesøget fandt sted:**

22. august 2023

**Metodik og datagrundlag:**

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 5 borgerjournaler), menuplaner, handleplaner, borgerinformationer m.v.

Interview: 3 borgere, som kan medvirke til interview samt 1 pårørende. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Telefoninterview med yderligere pårørende gennemføres efterfølgende og indsættes i den endelige rapport.

Desuden har tilsynet interviewet forstander, afdelingssygeplejerske, 1 sygeplejerske, 1 social- og sundhedsassistent, 2 social- og sundhedshjælpere, 1 ufaglært og 2 ernæringsassistenter.

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

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

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

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

**Tilsynsførende:**

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP

## Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Silkeborg Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn på plejecentret. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn på plejecentre i Silkeborg Kommune”. Fokusområderne er vurderet i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

### Godkendt med bemærkninger

Vurderingsskala:

- Godkendt, Godkendt med bemærkninger, Godkendt med mangler
- Delvist godkendt
- Ikke godkendt/Kritisable forhold

---

#### Godkendt

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.

#### Godkendt med bemærkninger

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

#### Godkendt med mangler

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

Der ses forhold af betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget. Opfølgning efter kortere tid anbefales.

---

#### Delvist godkendt

Mere end 2 temaer fra 1-4 er vurderet lavere end ”Helt opfyldt” eller ”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.

---

#### Ikke godkendt/Kritisable forhold

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. Der er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet og patientsikkerheden.

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

## Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

Af 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, Silkeborg Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

### Generelle forhold

Kjellerup Fripleshjem har 36 boliger og består af to særskilte afdelinger beliggende i to etager. Der er produktionskøkken der producerer alt mad til plejehjemmet. Her er særdeles velindrettede fællesarealer, der indbyder til fælles samvær i hyggelige rammer.

### Styrker

#### Funktionsevne:

Borgernes funktionsevne støttes via et tæt samarbejde med Fripleshjemmets egen fysioterapeut og forflytningsvejledere samt kommunens ergoterapeut. Et samarbejde der fremmer kvaliteten af forflytninger, korrekt anvendelse af hjælpemidler og faglig sparring til medarbejdere omkring øvelser der kan styrke borgerens funktionsevne. Der ses relevante hjælpemidler og tilførende funktionsvejledninger hos besøgte borgere.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen: Tilsynet iagttager hverdagslivet. De interviewede borgere giver udtryk for, at alle medarbejdere er meget venlige og omsorgsfulde, uanset hvilket tidspunkt på døgnet det er. Hjælpen kommer hurtigt når der bliver spurgt om hjælp og borgerne giver udtryk for, at de får en særdeles god og omsorgsfuld pleje. Alle giver udtryk for, at de er meget trygge ved den hjælp de får.

Praktisk hjælp: Tilsynet vurderer, at hjælpen tilrettelægges med hensyntagen til borgernes forskellige behov. Tilsynet oplever, at medarbejderne samarbejder på en værdig måde med borgerne og varetager de opgaver, som borgeren ikke længere selv kan varetage. Borgernes boliger med de tilhørende fællesarealer og personlige hjælpemidler fremtræder rengjorte.

Personlig pleje: Tilsynet overværer personlig pleje hos borgere og finder velegnede arbejdsprocesser, der understøtter borgeren i at bevare sine færdigheder bedst muligt. Plejesituationen foregår i en god tone og med høj grad af respekt for borgerens aktuelle tilstand, ønsker og livssituation. I forbindelse med morgenplejen, gives borgerne valgmulighed for, selv at beslutte hvilket tøj de ønsker at have på. Borgerne fremtræder velsoignerede efter borgers ønsker.

Mad og måltider: Tilsynet hører, at borgerne er medbestemmende i planlægning af menuplanen. Borgerne roser maden. Medarbejdere og ernæringsassistenterne medvirker under måltiderne og bidrager til, at måltidet bliver en god oplevelse. Borgere med behov for hjælp til spisning, hjælpes på en værdig og omsorgsfuld måde i borgers tempo. Tilsynet oplever måltidssituationer, hvor der hyggesnakkes under måltidet. Måltidet afsluttes med fælles sang.

Hverdagen og aktiviteter på plejecentret: De interviewede borgere fortæller om en hverdag med aktiviteter af forskellig art. Her ses en aktivitetskalender med mange forskelligartede aktiviteter. Specielt fremhæves de frivilliges indsats for at skabe aktiviteter på stedet.

Sammenhæng og forudsigelighed: Medarbejderne arbejder fortrinsvist på den samme etage, så der kan opleves størst mulig kontinuitet i plejen for borgerne. Tilsynet oplever ensartede arbejdsmetoder i hele huset. Der anvendes ikke eksterne vikarer.

Leder fortæller om borgerkonferencer, hvor sygeplejerske, ernæringsassistent og fysioterapeut så vidt det er muligt medvirker til tidlig opsporing af borgere i risiko. Samtidig medvirker dette til, at her sker en løbende kompetenceudvikling.

De ovenfor nævnte tiltag, styrker og erfaringer vurderes at være et godt afsæt til at arbejde med de udfordringer som tilsynet har fundet.

## Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 3 temaer er ”Helt opfyldt”
- 2 temaer er ”I betydelig grad opfyldt”
- 1 tema 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.

I det følgende ses udviklingspunkter for de temaer, som ikke er ”Helt opfyldt”. Udviklingspunkterne er beskrevet kort samt tilsynets anbefalinger. De uddybende data fremgår under de enkelte temaer i rapporten.

### Om dataindsamling:

Journalaudit: Leder Mette Jochumsen, sundhedsfaglig ansvarlig Charlotte Mørch og en social- og sundhedsassistent deltog sammen med tilsynsførende. Der blev gennemgået 4 borgerforløb i forhold til kvalitetsindikatorerne. Inden afslutning af journalaudit blev det sete opsummeret. Der var enighed om, at det sete afdækkede forbedringsbehov af arbejdsgange. Dette har – sammen med data fra interview og observation indflydelse på målepunkterne 2.13, 2.14, 3.2 og 3.4.

### Tema 2b: Får borger den rette kost

Temaets fokus er på arbejdsprocesserne, der skal støtte, at borgere med særligt kostbehov tilbydes den rette kost, f.eks. for borgere med

- 1) Dysfagi
- 2) Beriget kost

#### Udviklingspunkter

1) Dysfagi: 1 borger med dysfagi: Ergoterapeuts og ernæringsassistentens aftale er: Cremet kost. Væske skal let fortykkes. (Cremet kost er f.eks. svarende til kartoffelmos).

Af døgnrytmeplanen som er frontmedarbejders arbejdsredskab står: Blød kost (Blød kost er f.eks. en kogt kartoffel).

2) Beriget kost: Arbejdsproces sikrer ikke overensstemmelse mellem det besluttede præparat, som er et udvidet kosttilskud fra Adozan, som medarbejderne dispenserer/administrerer fra i afsnitskøkkenet og det hjælperen har forstået og indskrevet som ”proteintilskud” i døgnrytmeplanen. Dette ses i 3 ud af 3 stikprøver. Det er et krav i lighed med lægemidler, at der skal være overensstemmelse.

#### Tilsynet anbefaler at

- undervise i kostformer og betydningen for forebyggelse af lungebetændelse hos borgere med dysfagi
- sikre at frontmedarbejdernes arbejdsredskaber – særligt døgnrytmeplanerne – indeholder de rette oplysninger om borgers kost
- supplere de mundtlige arbejdsgange med journalisering sv.t. journalbekendtgørelsen/lovkrav.<sup>1</sup>

### Indikator 2.14: Ernæringsindsats

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. En utilstrækkelig ernæringstilstand kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens o.a. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne.

Ernæringsindsatsen er en kædeproces med opgaver fordelt mellem elever, assistenter, sygeplejersker, terapeuter og ernæringsassistent m.fl. De tværgående arbejdsgange er derfor afgørende for kvaliteten i opgaveløsningen.<sup>2</sup>

Ved vægttab skal arbejdsgangene støtte, at vægttabet meldes sikkert videre til sundhedsfaglig vurdering af fortsat vejehyppighed, justering af kost eller andet.

<sup>1</sup> VEJ nr 9521 af 01/07/2021 Vejledning om sygeplejefaglig journalføring

<sup>2</sup> <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/Aeldre-og-demens-2015/national-handlingsplan-for-maltider-og-ernaering-til-aeldre-i-hjemmeplejen-og-plejeboligen/>

<sup>2</sup> <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2017/Tidlig-opsporing-af-forringet-helbredstilstand-og-nedsat-funktionsevne-hos-aeldre-mennesker>

**Udviklingspunkt:**

For 2 borgere er vægttabene muligvis sagt videre, men der ses ikke tegn på sundhedsfaglig reaktion ift. fortsat vejehyppighed, kostændring eller andet.

En borger har haft betydeligt vægttab fra februar måned stødt faldende fra 61,6 kg til 55,3 kg. En anden borger har haft gradvist vægttab på 5,1 kg på 5 måneder.

Først juli igangsættes tiltag af nyere ansat sygeplejerske.

Arbejdsprocesserne og strukturen støtter ikke at vægttab meldes sikkert videre til sundhedsfaglig medarbejder. Dette har også været identificeret som udviklingspunkt i tidligere år.

**Tilsynet anbefaler at**

- udvide centrets instruks for opsporing af borgere ift
  - arbejdsgange til identifikation af risiko for underernæring
- implementere instruksen
- følge op med jævnlig mini-journalaudit.

**Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed****Indikator 3.2: Tidlig opsporing**

Målepunktets fokus er de generelle arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand, herunder om medarbejdere kender arbejdsgangene for

- 1) at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner
- 2) at følge op på indgåede aftaler.

Arbejdsgange for formidling ved ændringer i borgers tilstand er belyst jf. 2.13 ved kostbeslutninger, 2.14 ved vægttab og desuden ved fald.

**Tidlig opsporing efter fald:**

2 borgere med faldtendens har haft hhv. 5 og 3 fald i 2023. Der ses faldregistrering efter faldene. I hhv. 3 / 2 tilfælde har sygehjælper udfyldt. Ved TOBS markeret "Nej".

Den besluttede arbejdsproces er, at hjælperen skal kontakte autoriseret sundhedsperson om fald. Det kan ikke ses, om faldene er formidlet til autoriseret medarbejder, idet arbejdsgangen alene er mundtlig.

Der ses ikke efterfølgende faldudredning. For begge borgere har der f.eks. været større vægttab gennem længere tid jf. 2.14, hvilket indebærer en risiko for fald.

**Tilsynet anbefaler at fortsætte indsatsen, herunder**

- at der indføres arbejdsgange, der – på daglig basis – støtter sundhedsfaglig opfølgning på vigtige og kritiske observationer. Disse arbejdsgange kan skrives som instruks
- At der gennemføres sundhedsfaglige mini-audits, med fokus sikring af tidlig opsporing.

**Indikator 3.4 og 3.5: Anvendelse af 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.

Udviklingspunkter: Ved gennemgik i borgerforløb sammen med ledere/medarbejder ses uoverensstemmende oplysninger for 4 ud af 4 borgerforløb i forhold til emner, der indgår i indikatorsættet.



Journalgennemgangen viste ved stikprøver om ernæringsindsats, kosttilskud og fald

1. uoverensstemmende oplysninger i journalen mellem bl.a. helbredstilstand/fagligt notat, døgnrytmeplaner, målinger og observationer
2. at journalføringsforpligtelsen ikke efterleves, når hjælpere journaliserer faglige beslutninger efter mundtligt råd fra sygeplejerske eller assistent uden henvisning til rådgiveren
3. at hjælpere i 3 ud af 3 stikprøver indskriver unøjagtige/forkert opfattede kostoplysninger i døgnrytmeplanerne
4. at arbejds gange ikke sikrer reaktion på uplanlagt større vægttab for 2 ud af 2 borgerforløb, hvor vejning var besluttet.

Ovenstående medfører en risiko for, at der arbejdes ud fra ikke-tidstro data, hvilket vurderes at kunne indebære en risiko for, at borgerne ikke får personlig og praktisk hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, jf. service-lovens §§ 83-87 og § 150, stk. 2.

Tilsynet anbefaler at

- anvende vægttab til at styrke formidling af vægttab skriftligt til sundhedsfaglig medarbejder
- anvende kostændringer til at styrke konsekvensrettelser på tværs i journalen
- anvende henvendelser fra hjælpere om fald, kost, vægttab o.lign. som mundtligt besvares til at huske på journalføringspligten
- supplere med skriftlige instrukser, hvor det kan støtte medarbejderne i implementeringen
- evaluere indsatsen med mini-journalaudit.

## Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Indikator 5.1, 5.2 og 5.3: Handleplaner, evaluering og målopfyldelse

De seneste 3 år har tilsynet anbefalet forbedringer af arbejdsprocesserne på baggrund af fund ved tidlig opsporing af ernæringstruede borgere og journalisering.

Der forefindes handleplan på baggrund af det uanmeldte kommunale tilsyn 2022. Der ses ikke besluttet tiltag til at forbedre arbejdsprocesserne, idet ledelsen ikke har accepteret fundene som udtryk for forbedringsbehov ved arbejds gangene.

Tilsynet anbefaler

- at sætte målbare for kvaliteten på plejecentret svarende til temaområderne/indikatorerne
- lægge et årshjul for opfølgning og evaluering
- fastsætte tidspunkter for opfølgning/status, samt tydeliggøre hvem der skal udføre dette og en beskrivelse af på hvilken måde opfølgningen/status udføres. og hvornår igangsatte tiltag evalueres.
- at gennemføre planlagte opfølgninger på handleplanerne - sammen med tovholdere og relevante medarbejdere.

## Oversigt over de enkelte temaer

Temaerne vurderes i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Målene er belyst gennem interview, observationer og dokumentation og det er undersøgt, om der sammenhæng mellem de fastsatte standarder, handleplaner, beslutninger, tilbud til den enkelte og den praktiske udførelse.

Af nedenstående oversigt angives den samlede målopfyldelse for hvert tema. Vurderingen er angivet med farver og kategorierne HO (Helt opfyldt), BO (I betydelig grad opfyldt), NO (I nogen grad opfyldt), IO (Ikke opfyldt).

HO	Helt opfyldt
BO	I betydelig grad opfyldt
NO	I nogen grad opfyldt
IO	Ikke opfyldt

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	<b>Funktionsevne</b> Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering	HO
Tema 2a	<b>Livskvalitet og tilfredshed</b> Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Den sidste tid Indflytning	HO
Tema 2b	<b>Livskvalitet og tilfredshed</b> Måltider og mad, der passer til borgers behov	BO
Tema 3	<b>Sammenhæng og forudsigelighed</b> Det skriftlige arbejdsgrundlag Koordinering ved ændring i borgers tilstand Flerfagligt samarbejde	BO
Tema 4	<b>Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning</b> Værnemidler ved personlig pleje	HO
Tema 5	<b>Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn</b> Lokal proces med prioritering, tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen sammenlignet med 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 ikke medtaget alle fund, men der er beskrevet særlige positive eller negative fund, som kan have værdi i det videre arbejde.

Målepunkter om omsorgsjournalen omfatter de dele af journalen, som er relevant for tilsynets foci.

## 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) 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>3) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for?</li> </ol> <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	HO	
1.2	<p>Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan give eksempel på, hvordan målene revideres i takt med at borgers ressourcer ændrer sig.</p> <p>Medarbejderne kan give eksempler på borgere, som støttes i ADL.</p> <p>Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.</p>	HO	
1.3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Det fremgår af omsorgsjournalen, at borgers psykiske og fysiske ressourcer inddrages i planlægningen og udførelsen.</li> <li>2) Borgers funktionsevnetilstande er opdateret ved indflytning og der er tydeligt mål for indsatsen.</li> </ol>	HO	
1.4	<p>Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden.</p> <p>Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering.</p>	HO	

## Tema 2a 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) Får du støtte, så du kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig?</li> <li>2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?:</li> <li>3) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret?</li> <li>4) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her?</li> </ol> <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	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. Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt?</li> <li>2) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på?</li> <li>3) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov?</li> </ol> <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	HO	
2.3	<p><i>Kommunens fokus 2023: Implementering af "Drejebog for den gode indflytning"</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Plejecentret har en systematik for udlevering af relevant materiale</li> <li>2) Hjemmebesøg er søgt afholdt samt indflytningssamtale og opfølgningssamtale</li> <li>3) Der gives eksempler på borger hvor der aktivt er arbejdet med borgernes livshistorie</li> <li>4) Der gives eksempler på borgere, hvor der er givet plads til at tale om den sidste tid</li> <li>5) Der ses eksempler på dokumentation i journalen på de aftalte steder.</li> </ol>	IR	

2.4	<p><i>Kommunens fokusområde 2023: Den sidste tid</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Medarbejderne kan redegøre for pleje og omsorg ved livets afslutning.</li> <li>2) Medarbejderne kan redegøre for, hvor de finder borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation.</li> </ol>	IR	
2.5	<p><i>Praktisk hjælp, herunder rengøring</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) Personlige hjælpemidler fremtræder rene</li> </ol>	HO	
2.6	<p><i>Personlig pleje</i></p> <p>Borgerne fremtræder velplejet. Hvis tilsynsførende overværer plejen konstateres, at plejen gives omsorgsfuldt og i samarbejde med borger. Borger støttes i at udføre så meget som muligt selv og støttes i at udføre eventuelle ønskede vedligeholdelsesaktiviteter under plejen.</p> <p>Medarbejderne beskriver arbejdsgange, der støtter at inkontinente borgers behov for toiletbesøg og evt. bleskift imødekommes.</p>	HO	
2.7	<p><i>Aktiviteter – borgernes hverdag</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Borgerne er inddraget i tilbud om aktiviteter.</li> <li>2) Borgerne støttes i deltagelse gennem en velfungerende struktur internt og i samarbejdet med frivillige og andre.</li> <li>3) Information om aktiviteter er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere.</li> </ol>	HO	
2.8	<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 de ting, der betyder noget?</li> <li>2) Får du dækket dit behov for at være sammen med andre?</li> <li>3) Hvad synes du – er der gode oplevelser i hverdagen? Er du interesseret i de aktiviteter, der tilbydes?</li> </ol> <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	HO	

## Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen - Mad og måltider

Samlet vurdering



Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.9	<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> <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag1.</p>	HO	
2.10	<p>Medarbejdere kan fortælle om velfungerende arbejdsgangene, der sikrer</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Den enkelte borgers ønsker og aftaler om mad imødekommes</li> <li>2) Klar opgavefordeling ved måltiderne</li> <li>3) At borddækning sker som aftalt på centret.</li> </ol>	HO	
2.11	<p>Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende. Der høres om involvering af borgere i det omfang det er muligt.</p>	HO	
2.12	<p>Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.</p>	HO	

<p>2.13</p>	<p>Arbejdsgangene støtter at borgere med særligt kostbehov tilbydes den rette kost, eksempelvis for borgere med</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Dysfagi</li> <li>2) Beriget kost</li> <li>3) Fødemiddelallergi</li> </ul> <p>Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere i journalen samt – hvis det er praksis i døgnrytmeplaner, handleanvisninger i eventuelle kostsedler i køkkener o.a.</p>	<p>NO</p>	<p>1)Dysfagi 1 borger med dysfagi: Ergoterapeuts og ernæringsassistentens aftale er: Cremet kost. Væske skal let fortykkes. (Cremet kost er f.eks. svarende til kartoffelmos). Af døgnrytmeplanen som er frontmedarbejders arbejdsredskab står: Blød kost (Blød kost er f.eks. en kogt kartoffel).</p> <p>2)Beriget kost: Kosttilskud må ikke administreres uden sundhedsfaglig aftale. Den der administrer skal tjekke overensstemmelse mellem det aftalte og det dispenserede.</p> <p>Arbejdsprocessen er undersøgt for 3 borgere og støtter ikke dette. Ernæringsassistenterne anvender oftest Adozan (som kombineret kosttilskud). De leverer til afsnitkøkkener til administration. Af medarbejdernes døgnrytmeplaner ses i 3 ud af 3 stikprøver anført ”proteinpulver”, som er unøjagtig angivelse.</p> <p>Tilsynet hører, at den vedtagne arbejdsproces er mundtlig: Kontaktpersonen taler med ernæringsassistent om ernæringstilskud til borger, får mundtligt tilsgagn fra sygeplejerske/assistent og indskriver i døgnrytmeplanen.</p>
<p>2.14</p>	<p>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.</p>	<p>NO</p>	<p>Reaktion på vægttab – får borger den rette kost. Dette afdækkes ved stikprøver af borgere, hvor plejehjemmet har besluttet vejning.</p>

<ol style="list-style-type: none"><li>1) I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleanvisende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen.</li><li>2) Der ses eksempler på observationer om borgers indtag af mad (når der er afvigelser)</li><li>3) Aftalt vejehyppighed ses udført</li><li>4) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab.</li></ol>		<p>En borger har haft betydeligt vægttab fra februar måned stødt faldende fra 61.6 kg til 55,3 kg. Af instruksen er anført at ved BMI under 24 skal der reageres. Der ses ikke BMI.</p> <p>En anden borger har haft gradvist vægttab på 5,1 kg på 5 måneder.</p> <p>For begge ses ikke tegn på sundhedsfaglig reaktion på vægttabet før ny sygeplejerske er tiltrådt og i juli kontakter læge og igangsætter tiltag.</p>
--	--	--



## Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <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) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres?</li> <li>4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald.</li> </ol> <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	HO	
3.2	<p>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing samt opfølgning</p> <p>Medarbejdere kender arbejdsgangene for</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner</li> <li>2) at følge op på indgåede aftaler.</li> </ol>	NO	<p>Arbejdsgange for formidling ved ændringer i borgers tilstand er belyst jf. 2.13 ved kostbeslutninger, 2.14 ved vægttab og desuden ved fald.</p> <p>Fald: Efter fald skal borgers værdier måles (TOBS). 2 borgere med faldtendens har haft hhv. 5 og 3 fald i 2023. Der ses faldregistrering efter faldene. I hhv. 3 og 2 tilfælde har sygehjælper markeret "Nej" ved TOBS uden begrundelse. Den besluttede arbejdsproces er at hjælperen skal kontakte autoriseret sundhedsperson ved fald. Beslutning om ikke at TOBS'e ses ikke journaliseret.</p> <p>Faldudredning: Der ses ikke sundhedsfaglig vurdering efterfølgende.</p>

			For begge borgere har der været større væggtab gennem længere tid jf. 2.14, hvilket i sig selv indebærer en risiko for fald.
3.3	<p><u>Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne med tildelt §§ 83 og 86, opfølgning på GOP samt vederlagsfri fysioterapi.</li> <li>2. Medarbejdere kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere og hvordan de – hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.</li> </ol> <p>Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, herunder hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.</p>	HO	
3.4	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag - Generelt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Medarbejderne kender og anvender omsorgsjournalen ensartet.</li> <li>b) Der ses overensstemmende oplysninger om borgerens tilstande mellem tilstande, handlingsanvisninger, observationer, faglige notater, døgnrytmeplaner mv.</li> <li>c) Oplysninger på eventuelle tavler, i papirkalendere, i print og andre supplerende informationer til borgere og medarbejdere er i overensstemmelse med omsorgsjournalens oplysninger og borgers aktuelle tilstand.</li> <li>d) Oplysninger fra f.eks. terapeuter er lettilgængelige for assistenter og hjælpere.</li> <li>e) Kædeprocessen <i>måling, reaktion, sundhedsfaglig vurdering, konsekvensrettelse</i> er undersøgt og fundet veldokumenteret.</li> <li>f) Arbejdsgangen for konsekvensrettelse ved ændringer i borgers tilstand beskrives ensartet af medarbejdere der har opgaver i forbindelse med dette.</li> </ol> <p>Målepunktet omfatter de dele af omsorgsjournalen, som er relevant for tilsynets foci. Andre krav om journalføring for sundhedslovsydelser er som udgangspunkt ikke omfattet, medmindre der under tilsynsbesøget skulle blive identificeret forhold, der kan indebære en risiko for borgeren.</p>	NO	<p>Arbejdsgangene for sundhedsfaglig opfølgning og journalisering:</p> <p>Der ses uoverensstemmende/manglende oplysninger:</p> <p>Eksempel 1: For 3 ud af 3 borgere er besluttet beriget kost. Ernæringsassistent anbefaler oftest Adozan (kombineret præparat). (Har ikke adgang til at journalisere i Nexus).</p> <p>Fagligt notat, helbredstilstand: Der ses ikke sundhedsfaglig journalisering.</p> <p>Døgnrytmeplan: "1 spsk. proteinpulver i maden morgen, middag og aften".</p> <p>Arbejdsgang ses af 2.13.</p>

		<p>Eksempel 2: Dysphagikosten "cremet kost" er besluttet af ergoterapeut. I døgnrytmeplanen står "blød kost", hvilket er forkert kost til borger. (Kostbegreber nærmere uddybet under 2.14)</p> <p>Eksempel 3: Målinger: En borger har gradvist vægttab fra februar måned (6,3 kg). Observation: Vægttab ikke videregivet i observation. Fagligt notat/helbredstilstand: Der ses ikke handlet på vægttabet. Observation (juli): Der besluttes, at den rette kost er: Små, energitætte måltider. Døgnrytmeplanen, som er frontmedarbejderens arbejdsredskab, indeholder ikke oplysning om de små, energitætte måltider.</p> <p>Eksempel 4: Målinger: En borger har gradvist vægttab på 5,1 kg på 5 måneder. Observation: Vægttab ikke formidlet i observation. Fagligt notat: Ikke opdateret siden april. Der ses ikke tegn på formidling til sundhedsfaglig og først i juli ses, at nyere sygeplejerske har indskrevet observation med handleanvisende oplysninger.</p>
--	--	---

3.5	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag for udførelse af de daglige social- og plejefaglige opgaver hos borgerne.</p> <p>Døgnrytmeplaner indeholder lettilgængelige, opdaterede og handleanvisende oplysninger om borgers ressourcer og behov, herunder hvorledes støtten ydes individuelt ud fra borgers livsstil og ønsker.</p>	BO	<p>Døgnrytmeplanerne ses i betydelig grad opdaterede og individuelle og indeholder også oplysninger om vaner og ønsker hos mennesker ramt af demens.</p> <p>Opmærksomhedspunkt: Arbejdsprocessen for opdatering efter ændringer i borgers tilstand (jf. ovenfor).</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) Værnemidler er lettilgængelige for medarbejderne.	HO	

## Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Handleplanen kan f.eks. have form af referat fra personalemøde.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</p>	NO	<p>Tilsynet har givet i 2022 givet anbefalinger til justering af arbejdsprocesser ift. opfølgning på vægttab og journalisering, herunder forbedring af instrukser.</p> <p>Af handleplan ses ikke, at tiltag er prioriteret og igangsat.</p>
5.2	<p>Effekten af tiltagene er evalueret. I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført</p>	NO	
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>	NO	<p>De seneste 3 år har tilsynet anbefalet forbedringer på baggrund af fund ved tidlig opsporing af ernæringstruede borgere.</p> <p>Tillige har journaliseringen haft afvigelser.</p> <p>Der ses uændrede kvalitetsbrist, som kan indebære en risiko for borgersikkerheden.</p>

## Bilag 1 Pårørendeinterview

### Sammenfatning af pårørendeinterview for Kjellerup Fripleshjem

Antal interview under besøg: 1

Antal telefoninterview: 2

Interview i alt: 3

Der er talt med tre pårørende, der alle har en forældre på plejehjemmet. To pårørende kommer på plejehjemmet flere gange om ugen, en pårørende ca. en gang om ugen. De har alle været involveret i deres næres indflytning på plejehjemmet. En beboer har boet på plejehjemmet under et år, en beboer i ca. 1½ år og en beboer i mere end 2 år.

Målopfyldelse	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ikke relevant	Øvrige kommentarer
<b>Indflytningen på plejehjemmet</b> Samlet set: - Processen/information - Indflytningssamtale - Opfølgning	2	1					
<b>Pleje og vedligeholdelse af færdigheder</b> Samlet set: Din tilfredshed med - Den pleje, din nærtstående modtager - Støtten til at vedligeholde sine færdigheder	2	1					En pårørende fortæller, at den nærtstående primært klarer sig selv. Får kun lidt hjælp ved behov.  En pårørende fortæller at den nærtstående har brug for megen hjælp og er blevet tiltagende svagere.
<b>Maden og måltidet</b> Samlet set: Din nærtståendes tilfredshed med	3						Den pårørende fortæller, at den nærtstående er meget glad for samværet i forbindelse med alle tre måltider.

Målopfyldelse	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ikke relevant	Øvrige kommentarer
Tema							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Den mad, der serveres til måltiderne?</li> <li>- Det sociale samvær</li> </ul>							Der er altid flot borddækning med servietter – der er kredset for detaljerne. Alle sidder og hygger sig over maden.
<b>Aktiviteter</b> Hvordan er du tilfreds med de tilbud, din nærtstående får til at deltage i forskellige aktiviteter?	3						En pårørende er glad for den månedlige aktivitetsplan. Den nærtstående trives – har fået det bedre - er altid glad. Har ikke længere tid til at se fjernsyn pga. de mange aktiviteter og det sociale netværk beboerne imellem.  En pårørende synes, personalet gør det godt.  En pårørende ved, at sangen ved middagbordet betyder meget for den nærtstående.
<b>Rengøring</b> Hvordan er du tilfreds med rengørings-standarden i din nærtståendes lejlighed?	2		1				
<b>Tøjevask</b> Hvordan er du tilfreds med håndteringen af din nærtståendes vasketøj?	1	1				1	En pårørende fortæller, at den nærtstående primært vasker selv.
<b>Kommunikation med plejecentret</b> Samlet set om: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Imødekommenhed</li> </ul>	3						Den pårørende oplever et personale, der altid er smilende, glade, venlige og imødekommende.



Målopfyldelse Tema	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ikke relevant	Øvrige kommentarer
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samarbejde med medarbejderne</li> <li>- Tilfredshed med den måde, som plejecentrets leder og medarbejdere håndterer ros, kritik eller forslag til forbedringer, der kommer fra pårørende?</li> </ul>							<p>Man kan mærke, at de vil deres arbejde. Der er altid tid til de pårørende, som ofte bliver inviteret på kaffe og hygge.</p> <p>En pårørende oplever et personale, der er meget samarbejdsvillige, søde, venlige og imødekommende. Der er kun ros til personalet.</p> <p>En pårørende har kun ros til personalet.</p>
<p><b>Vil du anbefale plejecentret til andre?</b></p>	3						<p>En pårørende fremhæver den hyggelige atmosfære og de pæne rammer. Den nærtstående er meget glad for at bo på plejecenteret.</p> <p>En pårørende synes alt fremstår meget fint.</p>

Tabel 1

1 interview under tilsynsbesøget er udført og indskrevet af tilsynsførende  
 2 telefoninterviews er udført og indskrevet af Inger-Marie Hansen, Mie Consult



# 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 stiler 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. Tilsyn udføres 12 måneder efter seneste tilsyn +/- 4 måneder, medmindre andet er aftalt med kommunen.

## Indhold og metode

Tilsynet indsamler data på baggrund af hovedpunkter udvalgt af Silkeborg Kommune. Tilsynet udføres efter manual, som er tilpasset behovene og prioriteringerne i kommunen. 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 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, 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.

I tilfælde af, at tilsynsførende under tilsynet bliver opmærksom på sundhedsfaglige forhold af betydning for borgernes sikkerhed, skal tilsynsførende afdække disse forhold og medtage dette i rapporteringen.



## 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:

#### Godkendt

Dette betyder, at målene i meget høj grad er opfyldte.

Den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er samlet set vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

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.



#### *Godkendt med bemærkninger*

Dette betyder, at målene i høj grad er opfyldte i forhold til den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerheden, men der vil være behov for justeringer for at sikre opfyldelse af alle måleområder. Højest 1 af temaerne er vurderet lavere end ”Helt opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”. De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden. Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

#### *Godkendt med mangler*

Højest 2 af temaerne er vurderet lavere end ”Helt opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”. De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden. Der ses forhold, som kan få 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 og opfølgning efter kortere tid anbefales.

#### *Delvist Godkendt*

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”Helt opfyldt” eller ”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.

#### *Ikke godkendt/Kritisable forhold*

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. Der er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet og patientsikkerheden. Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling. Myndighedsafdelingen er kontaktet.

#### **Høring og rapportering**

Tilsynsbesøgene afsluttes med dialog og tilbagemelding til den lokale leder. Efter tilsynsbesøget modtager lederen rapportudkastet til høring for faktuelle fejl = oplysninger om antal borgere, funktionsbenævnelser og lignende i lighed med praksis hos Styrelsen for Patientsikkerhed. Fristen for tilbagemelding er 3 uger, hvorefter leder og tilsynsførendes kontaktpersoner i kommunen modtager den endelige rapport.



## Om virksomheden og kontaktoplysninger

Nethe Britt Jorck  
Virksomhedsleder og tilsynschef

DMK-tilsynsafdeling, [akkrediteringsraadgiverne.dk](http://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) indtil 2021.

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.

