



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Furesø Kommune

Center for Sundhed og Seniorliv

Plejhjemmet Svanepunktet

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	10
Resultater og vurdering af de enkelte temaer	10
Tema 1 Funktionsevne	11
Tema 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	12
Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	14
Tema 3a Sammenhæng og forudsigelighed	16
Tema 3b Sammenhæng og forudsigelighed	18
Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn	20
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	21
Om virksomheden og kontaktoplysninger	24

Forord

De uanmeldte tilsyn i Furesø Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Furesø Kommune har med sit tilsynskoncept valgt at systematisere temaerne efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger af kvalitetsindikatorer i ældreplejen.

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.

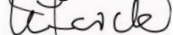
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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



Nette Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejehjem:

Plejehjemmet Svanepunktet: Paltholmterrasserne 35, 3520 Farum

Leder:

Maxine Peyma

Antal beboere:

30 beboere

Tilsynsbesøget fandt sted:

2. oktober 2024

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 7 borgerjournaler), instrukser, borgerinformationer, menuplaner, køkkenmapper i gruppekøkkener, døgnrytmeplanmapper, ophæng på tavler m.v.
- Interview: 2 borgere, som helt/delvist 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 centerleder, 2 assistenter, 3 hjælpere, 1 husmoder, 1 ufaglært. Ergoterapeut er interviewet om arbejds gange.
- Observation: 4 borgers bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig morgen- eller middagspleje til 2 borgere og hjælp til spisning hos 2 borgere.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 4 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 Furesø Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos leverandøren. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn i Furesø Kommune”.

Fokusområderne er vurderet i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Vurderingen er sket ud fra de temaområder og målepunkter, som er aftalt med kommunen. Vurderingsprincipperne ses af afsnittet bagest i rapporten.

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

Målene er i høj grad opfyldte

Bemærkning:

Ledelsen har arbejdet sammen med nøglepersoner for at skabe forbedringer gennem udvikling af nye arbejdsgange på basis af øget faglighed. Indsatsen har resulteret i forbedret målopfyldelse jf. i rapporten.

Der ses resterende udviklingspunkter.

I vurderingen tages som en forudsætning, at målopfyldelse kan opnås gennem forbedringsindsats svarende til den igangværende plan.

Vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

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

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

Målene er i høj grad opfyldte

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

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”.

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

2 eller flere temaer er vurderet lavere end ”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 eventuelt som fokuseret genbesøg.

Kritisable forhold

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

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

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

Generelt

Siden seneste tilsyn har Svanepunktet opnået øget målopfyldelse gennem organisatoriske og faglige udviklingstiltag:

- aktuelt læringsforløb for personcentreret omsorg (sst)
- styrkelse af triage
- styrkelse af det skriftlige arbejdsgrundlag
- styrke arbejds gange for ernæringsindsatsen.

Grundet bemandingsudfordring siden maj måned har en assistent været nøgleperson for begge grupper og haft ansvar for journaliseringen. En nyansat assistent er netop startet oplæring efter fastlagt plan.

Ledelsen arbejder sammen med nøglepersoner for at skabe forbedringer gennem implementering af nye arbejds gange og øget faglighed. Indsatsen har resulteret i forbedret målopfyldelse jf. målepunkterne i rapporten. Der ses resterende udviklingspunkter.

I vurderingen tages som en forudsætning, at målopfyldelse kan opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats svarende til den igangværende plan.

Styrker

Funktionsevne:

Borgernes funktionsevnetilstande ses for den ene gruppe fuldt opdaterede, hvilket er væsentligt også for sammenhæng ved indlæggelse, idet informationerne overdrages automatisk. I den anden gruppe er opdateringen i gang.

Der er fast tilknyttet ergoterapeut, som også varetager ugentlig tilbud om træning. På kontorerne oversigtstavler ses noteret om borger har terapeutydelse, hvilket støtter kontaktpersoner i at tage kontakt og koordinere en fælles indsats, uanset om det er en privat eller kommunal leverandør.

Borgerne fortæller om et velfungerende samarbejde i hverdagen med medarbejderne i såvel dag, aften og nattevagt. Borgerne støttes i at udføre de funktioner, de selv er i stand til for kunne at opretholde så stor grad af selvstændighed og egenomsorg som muligt.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen:

De interviewede borgere udtrykker, at de er glade for at bo på plejecentret. De oplever godt samarbejde med de faste medarbejderne, og at medarbejderne interesserer sig for deres ønsker og behov. En pårørende udtrykker: "De passer godt på hende". En borger fortæller: " Her er ok at være, når nu det ikke kan være andet". Tilsynet oplever i vid udstrækning en venlig og imødekommende omgangstone.

Personlig pleje og praktisk hjælp: Borgerne fremtræder velplejede og velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer dele af personlig pleje. Der ses velegnede arbejdsprocesser og hjælpen tilrettelægges efter borgernes vaner, ønsker og behov med hensyntagen til borgers aktuelle tilstand.

Medarbejdere kan redegøre for, hvorledes borgernes grundlæggende behov i videst mulige omfang tilgodeses. Medarbejderne udviser kendskab til personcentreret omsorg og er ved at implementere tilgangen og arbejdsredskaberne.

Boliger og køkkener fremtræder velfungerende, ryddelige og rengjorte. Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere.

Hverdagen og aktiviteter på plejecentret: Ugens muligheder for aktiviteter ses på tavle. Hold-træning med terapeut er fast ugentlig aktivitet. Derudover ses andre aktiviteter som kan medvirke til en varieret hverdag og med mulighed for at vedligeholde funktionsevne. Der ses velindrettede fællesarealer med mulighed for, at mindre grupper kan finde sammen. Der er mulighed for brug af træningsredskaber.

Mad og måltider: Maden leveres fra Lillevang produktionskøkken. Maden serveres i de to køkkenenheder. Medarbejderne medvirker til en rolig stemning og erfarne medarbejdere støtter borgere, der har behov for særlig opmærksomhed. Borgere med behov for hjælp til spisning, hjælpes på en omsorgsfuld måde i borgers tempo. Tilsynet oplever spisesituationer, hvor der hygges og småsnakkes ved bordene.

Sammenhæng og forudsigelighed:

Tidlig opsporing af ændringer i borgernes tilstand støttes af daglige tavlemøder, hvor så mange medarbejdere som muligt deltager. 2 dage om ugen er fælles triage for de to grupper. Den ene af dagene fokuseres også på personcentreret omsorg og værdighedshjulet, hvor kontaktpersonerne har fået øget ansvar. Tilsynet overværer triage møde, som på sigt vil medvirke til at fremme videndeling og give mulighed for en fælles faglig drøftelse af aktuelle forhold.

Der er fast tilknyttede ergoterapeuter på faste ugedage. De bidrager med en bred vifte af terapeutydelse, herunder dysfagi-screeninger og §86 ydelse i form af ugentlig hold-træning.

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

Forbedringsområder, 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 forbedringspotentiale, 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.

Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Målepunkt 2.11: Får borger tilbudt den rette kost

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.

Der er en fælles diætist for plejecentrene. Arbejdsprocessen ses personafhængig, idet ansvar- og opgavefordelingen er centreret i diætassistentfunktionen, som identificerer vægttab og sikrer drøftelse på faste møder.

Udviklingspunkt:

Ovenstående arbejdsgang fremstår velfungerende, men er personafhængig af diætisten, hvilket gør ordningen sårbar ved dennes fravær.

Der ses ikke systematisk journalisering af de indsatser, der besluttet m.m.

Tilsynet anbefaler at

- sikre holdbare arbejdsgange for ernæringsindsatsen, herunder beslutte arbejdsgange for
 - at medarbejdere, der vejer, også tjekker tidligere vægte
 - at erkendt vægttab (fx +/- 1 kg på 1 måned) meldes videre til rette vedkommende (fx observation lagt til sygeplejerske og diætist)
- systematisere journaliseringen.

Tema 3b Sammenhæng og forudsigelighed: Det skriftlige arbejdsgrundlag

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

Siden seneste tilsyn ses forbedret struktur for journaliseringen blandt andet støttet af fælles kommunale tiltag via udviklingssygeplejerske. En fast assistent er centrets nøgleperson, idet hun har ansvar og opgave i at opdatere journalerne for de 32 borgere indtil nyansat assistent er oplært til at varetage egen gruppe.

Udviklingspunkter:

Status: For den ene gruppe ses journalerne opdaterede i forhold til døgnrytmeplaner, funktionsevnetilstande, helbredstilstande (med enkeltstående afvigelser) og observationer. For den anden gruppe ses opdateringen sket for 3 ud af 11 borgere. Der foreligger plan for kommende periode.

Tilsynet anbefaler at fortsætte de igangsatte tiltag, herunder

- sikre at der er minimum 1 assistent i hver gruppe, som kan varetage ensartet journalisering
- have oplæringsplan for at øvrigt personale oplæres
- sikre den fortsatte opdatering og konsekvensrettelse indenfor kortere tid (2 mdr).
- evaluere ved mini-audit.

Triage

Fokus: Tværgående i kommunen arbejdes med triage for alle vagter med læringsforløb via Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Det er for at styrke anvendelse af triage, som har været anvendt siden 2022 til tidlig opsporing af borgere, hvis tilstand har ændret sig, og hvor der er brug for en særlig indsats.

Fælles triagemøder afholdes 2x ugentligt med leder, sygeplejerske eller assistent som mødeleder. Den ene gang er mødet fokuseret på personcentreret omsorg. De øvrige dage holdes gruppetriage. Triage fremstår under implementering. Tilsynsførende overværer triagemøde, hvor 16 borgere, som er triageret grønne gennemgås. 1 har ændring i habitustilstand.

Udviklingspunkt: Tilsynet hører i løbet af dagen forskellige opfattelser af fx

- må hjælpe i aftenvagt ændre score på en borger hvis tilstand ændrer sig
- er der ændringer i borgers tilstande, som skal medføre gul/rød score fx væggtab, fald, andet?
- hvordan sikres journalisering af faglige notater for den periode, hvor notater sker i triagemodulet?
- fx løbende opdatering i helbredstilstande, resumé eller?, når problemet afsluttes.

Tilsynet anbefaler, at

- ensarte brugen af triage for alment forekommende behov jf. ovenstående eksempler
- fastlægge rammen for triagemøde (fx om alle borgere skal gennemgås)
- nedskrive beslutningerne.

Opmærksomhedspunkt

Madens kvalitet

Maden kommer fra Lillevang produktionskøkken samme dag og er klar til endelig klargøring. I de 2 køkkener findes vejledninger til medarbejderne om opvarmning af forskellige retter i ovn, herunder hvilken temperatur og hvor lang tid.

Tilsynet hører forskelligt om madens kvalitet. Det er gennemgående, at borgerne generelt er tilfredse, men at der er variation, og at det primært handler om den varme mad.

Udviklingspunkt: Ved frokosten høres forskellig praksis ved opvarmning af den varme mad.

I den ene gruppe varmes maden ved 200 grader i 1 time og i den anden ved 160 i en time. Retten er paneret fisk.

Tilsynet anbefaler

- at medarbejdere med køkkenopgaven huskes på at anvende vejledningerne
- at følge op på om vejledningerne er letlæselige og brugbare eller skal justeres.

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 H O (Helt opfyldt er angivet med grønt), B O (I betydelig grad opfyldt er angivet med lysegrøn), N O (I nogen grad opfyldt er angivet med gult), I O (Ikke opfyldt er angivet med rødt).

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering	H O
Tema 2a	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter	H O
Tema 2b	Livskvalitet og tilfredshed Måltider og mad, der passer til borgers behov	B O
Tema 3a	Sammenhæng og forudsigelighed Koordinering ved ændring i borgers tilstand Flerfagligt samarbejde	B O
Tema 3b	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag	N O
Tema 4	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Lokal proces med prioritering, tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen sammenlignet med seneste tilsyn	H O

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

De enkelte temaer er konkretiseret i målepunkter. Hvert målepunkt udgør en indikator for kvalitet, som kan belyses gennem interview, observationer og dokumentation.

Tilsynsførende vurderer for hvert målepunkt, om dataindsamlingen viser overensstemmelse med målepunktets angivelser. I bemærkningsfeltet udfor hvert målepunkt er beskrevet særlige positive eller negative fund, som kan have værdi i det videre arbejde.

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

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt? 2) Hjælper den hjælp du får dig til at vedligeholde dine færdigheder? 3) Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til, at bliver inddraget i at klare flest mulige dagligdags aktiviteter selv (fx personlig pleje, vande blomster, lægge tøj sammen, støve af m.m.) 4) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for? 		
1.3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson jf. kommunens beslutning 2) Relevante borgere er tilbudt en rehabiliterende indsats og der er fulgt op på indsatsen. 3) Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder. 		
1.4	<ol style="list-style-type: none"> 1) Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan beskrive, hvorledes mål fastsættes i samarbejde med borger med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer. 2) Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp. 		
1.5	Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering.		

Tema 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Får du støtte, så du kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? 2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?: 3) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret? 4) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her? 		
2.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg). Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt? 2) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på? 3) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov? 		
2.3	<p><i>Praktisk hjælp, herunder rengøring</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen. 2) Personlige hjælpemidler fremtræder rene 		
2.4	<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 borgeres behov for toiletbesøg og evt. bleskift imødekommes.</p>		



2.5	<p>Aktiviteter – borgernes hverdag</p> <ol style="list-style-type: none">1) Borgerne er om muligt inddraget i tilbud om aktiviteter.2) Borgerne støttes i deltagelse gennem en velfungerende struktur internt og i samarbejdet med frivillige og andre.3) Information om aktiviteter er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere.		
2.6	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Er der mulighed for at lave de ting, der betyder noget?2) Får du dækket dit behov for at være sammen med andre?3) Hvad synes du – er der gode oplevelser i hverdagen? Er du interesseret i de aktiviteter, der tilbydes?		

Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen - Måltider og mad, der svarer til borgers behov

Samlet vurdering

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.7	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad? 2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp? 3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.? 4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen?		<i>Tilsynet hører forskelligt om madens kvalitet. Det er gennemgående, at kritik handler om den varme mad. Ved frokosten høres forskellig praksis ved opvarmning af den varme mad. I den ene gruppe varmes maden ved 200 grader i 1 time og i den anden ved 160 i en time. Retten er paneret fisk.</i>
2.8	Medarbejdere kan fortælle om velfungerende arbejdsgangene, der sikrer 1) Den enkelte borgers ønsker og aftaler om mad imødekommes 2) Klar opgavefordeling ved måltiderne 3) At borddækning sker som aftalt på centret.		
2.9	Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende. Der høres om involvering af borgere i det omfang det er muligt.		
2.10	Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.		
2.11	Arbejdsgangene støtter at borgere med særligt kostbehov tilbydes den rette kost, eksempelvis for borgere med 1) Dysphagi 2) Beriget kost 3) Fødemiddelallergi		<i>Medarbejdere fortæller, at de anvender køkkenmapperne. Mapperne står for ud-fasning, men inden da skal døgnrytme-planerne opdateres af centrets nøgleperson.</i>

	<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>Køkkenmapperne ses opdaterede fraset for en borger med dysfagi, hvor fortykningsforhold ikke er i overensstemmelse med handlingsanvisning og døgnrytmeplan.</p>
<p>2.12</p>	<p><i>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab. 2. Aftalt vejehyppighed ses udført 3. Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. 4. I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleanvisende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen. 		<p>Ad 1) Arbejdsprocessen ses personafhængig, idet ansvar- og opgavefordelingen er centreret i diætassistentfunktionen, som identificerer vægttab og sikrer drøftelse på faste møder. Der er ikke fastlagt arbejdsgang ved dennes fravær. Journalisering af beslutninger ses ikke systematisk.</p> <p>Borgerne tilbydes som udgangspunkt vejning x 1 måned.</p> <p>1 borger har tabt sig 2 kg og er nu under den fastsatte normalvægt. Ugentlig vægt er besluttet, men er ikke udført og ses ikke i Nexuskalender. Ikke sat som ydelse.</p> <p>1 borger har haft støt faldende vægt. Ved seneste vejning havde borger igen tabt 1 kg. Der ses ikke reaktion på vægttabet – af seneste faglige notat fremgår, at borger har stabil vægt.</p>

Tema 3a Sammenhæng og forudsigelighed: Flerfagligt samarbejde

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? 2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?! 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 5) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald. 		
3.2	<p><i>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing samt opfølgning</i></p> <p>Medarbejdere kender arbejdsgangene for</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 		<p><i>Tværgående i kommunen arbejdes med triage for alle vagter med læringsforløb via Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Det er for at styrke anvendelse af triage, som har været anvendt siden 2022 til tidlig opsporing af borgere, hvis tilstand har ændret sig, og hvor der er brug for en særlig indsats.</i></p> <p><i>Fælles triagemøder afholdes 2x ugentligt. Ved det ene triagemøde deltager leder og mødet fokuserer også på personcentreret omsorg/blomsten. De øvrige dage samles medarbejderne i hver gruppe og alle borgere tages op.</i></p>
3.3	<p><i>Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne med tildelt §§ 83 og 86, opfølgning på GOP samt vederlagsfri fysioterapi. 2) Medarbejdere kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere og hvordan de – hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i 		<p><i>De faste terapeuter yder ugentlig holdtræning såvel som individuelle forløb efter §86 stk 1 og genoptræningsforløb.</i></p>

den daglige hjælp, pleje og omsorg.

Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, herunder hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.

Ved afslutning af træningsforløb kan oplysninger gå tabt, idet helbredstilstanden skal afsluttes. Ergoterapeut giver mundtlig plejemedarbejderne besked og herefter skal plejemedarbejderne skrive resume i Mobilitet, i døgnrytmeplan o.a., hvilket ikke sker systematisk.

Imidlertid ses også for 1 borgerforløb afvigelse ved, at ergoterapeuts notat om dysfagi ikke er konsekvensrettet i døgnrytmeplan og i Helbredstilstande.

Tema 3b Sammenhæng og forudsigelighed - Det skriftlige arbejdsgrundlag

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.4	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag - Generelt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medarbejderne kender og anvender omsorgsjournalen ensartet. 2. Der ses overensstemmende oplysninger om borgerens tilstande mellem tilstande, handlingsanvisninger, observationer, faglige notater, døgnrytmeplaner mv. 3. 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. 4. Kædeprocessen <i>måling, reaktion, sundhedsfaglig vurdering, konsekvensrettelse</i> er undersøgt og fundet veldokumenteret. 5. Oplysninger fra f.eks. terapeuter og demensvejleder er lettilgængelige for assistenter og hjælpere. 6. Arbejdsgangen for konsekvensrettelse ved ændringer i borgers tilstand beskrives ensartet af medarbejdere der har opgaver i forbindelse med dette. <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>		<p><i>Opdatering af døgnrytmeplaner, funktionsevnetilstande og helbredstilstande</i> Der ses forbedringer fra seneste tilsyn i januar 2023.</p> <p><i>Opdateringen er aktuelt personafhængig af 1 nøgleperson, som har ansvar og opgave for de 32 borgeres journaler, indtil nyansat assistent er introduceret til den vedtagne praksis.</i></p> <p><i>Dette er besluttet for at bevare kvaliteten i de opdaterede journaler. På sigt skal andre medarbejdere også opdatere.</i></p> <p><i>Funktionsevnetilstande: Funktionsevnetilstande ses fyldestgørende opdaterede for den ene gruppe. Den anden er opstartet.</i></p> <p><i>Helbredstilstande: I lighed med ovenstående ses forskelle mellem grupperne.</i></p> <p><i>Der er fælles udviklingspunkter: Journalisering af aftaler med diætist: For 2 ud af 3 borgere med vægttab ses vægttabet ikke meldt videre og der ses ikke journalisering af igangsatte tiltag.</i></p>

			<p>Træningsnotater fra hjulet: Opdatering af helbredstilstande og døgnrytmeplaner ses ikke systematisk udført. Der høres ikke om arbejdsproces, der kan sikre at medarbejderne kender til nye notater.</p> <p>Skemaer: Der ses væskeskema i en bolig. Dette er aktuelt og ses ført. Væskeskemaet er ikke nævnt i journalen.</p> <p>Samlet set ses for den ene gruppe enkeltstående uoverensstemmelser mellem døgnrytmeplaner, funktionsevnetilstande og helbredstilstande. I den anden gruppe er 3 ud af 11 borgers journaler opdaterede. Der er tiltag i gang.</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>		<p>Døgnrytmeplaner: Disse opdateres af én nøgleperson, der sikrer, at skabelonen overholdes, så kvaliteten er ensartet. Døgnrytmeplanerne ses i den ene gruppe overensstemmende med borgers aktuelle tilstande.</p> <p>I den anden er 3 ud af 16 opdateret. Der er tiltag i gang med nyansat, erfaren assistent. Tilsynet hører, at døgnrytmeplanerne forventes at være opdateret indenfor omkring 1 måned.</p> <p>Print af døgnrytmeplaner: Dette skal ske ved hver ændring af døgnrytmeplan. Der ses print for alle borgere sv. til senest opdaterede døgnrytmeplan.</p>

Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering: ████████

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	<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>		<p><i>Der ses fra kommunens side igangsat systematiske fælles tiltag ift. det skriftlige arbejdsgrundlag.</i></p> <p><i>Medarbejderne har lokalt arbejdet ihærdigt for implementeringen og opnået kvalitetsforbedringer.</i></p>
4.2	<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>		
4.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>		<p><i>Kvaliteten er forbedret ift</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>o Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> <p><i>Aktuelle tiltag:</i> <i>Der ses resterende udviklingspunkter ifm. opdatering. Der oplæres nyansat medarbejder af nøgleperson.</i></p> <p><i>Personcentreret omsorg er ved at blive indført. Der er igangværende læringsforløb.</i></p> <p><i>Samtidig implementeres triage.</i></p>

Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

Tilgang og formål

Tilsynets kerneydelse er på en anerkendende måde at belyse, om gældende lovgivning og politisk fastsatte retningslinjer og politikker overholdes og efterleves, så 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 Furesø 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, 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.

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.

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 "Helt opfyldt", "I betydelig grad opfyldt", "I nogen grad opfyldt", "Ikke opfyldt":

Vurderingen sker ud fra 4 kategorier, som farvemærkes af læsevenlige årsager:

Vurderingskategorier	Vurderingsforkortelse og farve
Helt opfyldt	H O
I betydelig grad opfyldt	B O
I nogen grad opfyldt	N O
Ikke opfyldt	I O

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 "Helt opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".

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

Målene er i høj grad opfyldte

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.

Målene er i middel grad opfyldte

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

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

Målene er i lav grad opfyldte

2 eller flere temaer er vurderet lavere end ”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 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

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

Nethe Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef
Mobil: +45 2869 8898
Mail: nethe@jorck.net

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

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

Særlig relevante erfaringer:

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

Ovenstående har medført lang erfaring og indgående viden og indsigt i spændingsfeltet mellem det, der beslutes (lovgivning, retningslinjer, kvalitetsstandarder m.m.) og det, der sker i praksis tættest på borgerne.

