



akkrediteringsraadgiverne.dk

## TILSYNSRAPPORT

# Køge Kommune

**Velfærdsforvaltningen**  
Ældre- og Sundhedsafdelingen

## Lerbæk Torv Centerboliger

## Indholdsfortegnelse

|                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| TILSYNSRAPPORT .....                                            | 2  |
| Forord .....                                                    | 4  |
| Fakta om tilsynet .....                                         | 5  |
| Samlet tilsynsresultat .....                                    | 6  |
| Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer .....          | 6  |
| Oversigt over de enkelte temaer .....                           | 11 |
| Tema 1 Funktionsevne .....                                      | 12 |
| Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen .....            | 13 |
| Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed .....                      | 15 |
| Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning .....          | 19 |
| Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn .....                      | 20 |
| Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper ..... | 22 |
| Om virksomheden og kontaktoplysninger .....                     | 25 |

## Forord

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

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

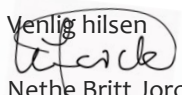
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling. Rapporten opfylder webtilgængelighedsloven.

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

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

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

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

Venlig hilsen  
  
Nethe Britt Jorck  
Virksomhedsleder og tilsynschef

## Fakta om tilsynet

### **Plejecenter:**

Lerbæk Torv Centerboliger, Lerbæk Torv 42, 4600 Køge

### **Leder:**

Halil Baldan, der er startet 1. oktober 2022.

### **Antal beboere:**

67 beboere

### **Tilsynsbesøget fandt sted:**

27. oktober 2022

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

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 9 borgerjournaler), instrukser, hand-leplaner, borgerinformationer, aktivitetsoversigt, menuplaner m.v.

Interview: 5 borgere, som kan medvirke til interview. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet.

Desuden har tilsynet interviewet 1 teamleder, 1 sygehjælper, 2 social- og sundhedshjælpere, 1 ufaglært, 2 sygeplejersker, 1 frivillig.

Observation: 5 borgers bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer, triage og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig pleje til 4 borgere og hjælp til anretning af morgenmad hos 2 borgere.

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

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

### **Tilsynsførende:**

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP

Martha Højgaard, sygeplejerske, Cand.scient.soc.

## Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Køge Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos leverandøren. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter "Koncept og manual for tilsyn i Køge Kommune".

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

Den sammenfattende vurdering ses nedenfor.

|   | <p><b>Målene er i meget høj grad opfyldte</b><br/>           Alle temaer er samlet set vurderet "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4).</p> <p>Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | <p><b>Målene er i høj grad opfyldte</b><br/>           Højest 1 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4).<br/>           De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.</p> <p>Målopfylde forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.</p>                                                                                                                                                                                               |
| X | <p><b>Målene er i middel grad opfyldte</b><br/>           Højest 2 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4).<br/>           Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved uændrede forhold.</p> <p>Løbende opfølgning anbefales.</p>                                                                                                                                                                                                  |
|   | <p><b>Målene er i lav grad opfyldte</b><br/>           Mere end 2 temaer er vurderet lavere end "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4).<br/>           Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.</p> <p>Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer.<br/>           Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.</p> |
|   | <p><b>Kritisable forhold</b><br/>           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.<br/>           Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.</p>                                             |

## Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

I nedenstående skema angives begrundelsen for tilsynsresultatet. For det første beskrives de styrker, som tilsynsførende har vurderet er til stede på plejecentret. For det andet beskrives eventuelle forbedringsområder med tilhørende anbefalinger i tilfælde af, at praksis på plejecentret ikke er fundet i overensstemmelse med lovgivningens krav, Køge Kommune Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

### Generelt

Siden sidste tilsynsbesøg har centerboligerne opdelt medarbejdergruppen i 2 team. Formålet er at skabe større kontinuitet for borgerne og styrke kontaktpersonsordningen, så hver borger har både en social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistent som kontaktperson. Opdelingen har givet mere ro og overblik til morgenmøderne, hvor sygeplejerske og medarbejdere for hvert team mødes for at opsummere sidste døgn's hændelser og koordinere dagens opgaver. De to teams hjælper hinanden ved behov.

Lerbæk Torv Centerboliger har aktuelt svært ved at få besat stillingerne med uddannede medarbejdere – især social- og sundhedsassistenter. De manglende stillingsbesættelser øger kravet til de fastansatte medarbejdere. Derfor har stedet en særlig opmærksomhed på at tage godt imod, introducere og oplære vikarer og ufaglærte, der skal yde pleje- og omsorgsopgaver i centerboligerne.

1. oktober 2022 startede en ny leder for Lerbæk Torv Centerboliger.

### Styrker

Lerbæk Torv Centerboliger omfatter 67 selvstændige boliger, der ligger omkring en centerbygning. Boligerne er velegnede til både yngre og ældre handicappede og/eller plejekrævende borgere, der gerne vil bo i en lejlighed med de fordele, denne boligform giver af tryghed og nærhed til plejepersonale. Stedet fremstår som veldrevet. Tilsynet har iagttaget en omsorgsfuld og respektfuld pleje af borgerne, og der er en god relation mellem borgere og medarbejdere i de plejesituationer, der er observeret. Borgerne støttes i at have en tryk og forudsigelig hverdag. Medarbejderne udviser et stort fagligt engagement og tager udgangspunkt i den enkelte borgers styrker, hvor også borgernes funktioner og selvbestemmelse understøttes. Hver borger har tilknyttet kontaktpersoner. De interviewede borgere udtrykker stor tilfredshed med at bo i centerboligerne - både hvad angår maden, plejen, kontakten og dialogen med medarbejderne samt de aktiviteter, der foregår i Oasen, som er beliggende i centerdelen. Der er en god tone og stemning, ligesom der er plads til humor. De interviewede borgere vil gerne anbefale centerboligerne til andre.

#### Personlig pleje:

Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer personlig morgenpleje til enkelte borgere. Der ses velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær i form af nænsom vækning og småsludren undervejs. Medarbejderne kender borgernes behov, guider fint undervejs og tilpasser hjælpen til borgers tempo og stemning, hvor borgerens selvhjulpethed understøttes. Medarbejderne opfordrer på en god måde den enkelte til at gøre det, han/hun selv kan, og den rehabiliterende tænkning udmøntes som en naturlig del i arbejdet.

#### Praktisk hjælp:

Tilsynsførende vurderer, at hjælpen tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes vaner, ønsker og behov. Fællesarealer, boliger og hjælpemidler fremtræder rengjorte svarende til rengøringsstandarden.

#### Mad og måltider:

De fleste borgere får maden leveret fra en ekstern leverandør, enkelte sørger selv for maden. En stor del af borgerne samles i Oasen ved middagstid og spiser den varme mad i samvær med andre. Tilsynsførende observerede en god stemning under måltidet. Morgen og aftensmad indtages i borgernes egne boliger.

#### Aktiviteter:

Oasen er også samlingspunktet for de aktiviteter, der foregår i centerdelen. Borgerne giver udtryk for, at der er dejligt at komme til de forskellige aktiviteter, og som en borger udtrykker det, så "giver det frisk luft at gå over i Oasen". En frivillig fortæller, at samværet, de enkelte aktiviteter som bankospil, stoleygnastik og musik skaber glæde. Hun har også oplevet, at aktivitetstilbuddene sammen med de indsatser medarbejderne varetager, fremmer funktionsevnen hos nogle borgere. Hun oplever også, at det er forskelligt, hvem der deltager i hvilke aktiviteter. Aktiviteterne rammer ikke alles interesser.

## Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

Tilsynet vurderer, at

- 2 temaområder er ”Helt opfyldt”
- 1 temaområde er ”I betydelig grad opfyldt”
- 2 temaområde er ”I nogen grad opfyldt”.

Temaområderne består af underliggende målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er ”Helt opfyldt” kan rumme enkelte målepunkter med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten. Uddybende beskrivelser fra tilsynsbesøget er ligeledes indsat under det enkelte tema.

Temaer, der ikke er vurderet ”Helt opfyldt” beskrives nedenfor sammen med tilsynets anbefalinger.

### Generelt

Tilsynsførende har undersøgt sammenhængene – og dermed forudsigeligheden – mellem de sundhedsfaglige og plejefaglige vurderinger og beslutninger og videreformidlingen af information til frontmedarbejderne samt den skriftlige opdatering af de redskaber, frontmedarbejderne anvender.

Der ses gennemgående uoverensstemmelser ift. at vurderinger og beslutninger mangler og/eller ikke når ud til frontmedarbejderne, som skal udmønte indsatserne i hverdagen.

Det 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. servicelovens §§ 83-87 og § 150, stk. 2.

Disse forhold gør, at den samlede vurdering er: Målene er i middel grad opfyldt.

### Tema 1 Funktionsevne

#### Målepunkt 1.2: Tilbud om vurdering af funktionsevne

Fokus:

Der tilbydes ikke systematisk vurdering af funktionsevnen, når borgere flytter ind i en bolig på plejecentret, da det opleves omstændelig, at få kontakt med og samarbejde med terapeuterne. Kommunikationen foregår i dag på avis’er, hvor det kan tage lang tid at få afklaret en indsats hos borgeren.

Tilsynet anbefaler at arbejde videre med

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

#### Målepunkt 1.3: Borgeres individuelle træningsbehov er kendt af relevante medarbejdere og er om muligt indarbejdet i tilbuddene

Fokus:

Frontmedarbejderne er ikke altid orienteret om de træningstilbud, som borgerne modtager og deltager i, og har derfor heller ikke mulighed for at indarbejde træning i den daglige pleje og aktiviteter.

Tilsynet anbefaler at arbejde videre med

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

#### Målepunkt 1.4: Borgerens funktionsevnetilstand

Fokus:

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

Tilsynets anbefaler at fortsætte det ihærdige arbejde med

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

### Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

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

Fokus:

Et væsentligt grundlag for, at borger har energi og kan deltage i egen pleje og være fysisk aktiv er, at ernæringstilstanden er så god som mulig. Ældre og småspisende borgere er ofte sårbare, idet en utilstrækkelig ernæringstilstand kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne. Forebyggelse kræver en tidlig opsporing. Ernæringsindsatserne en kædeproces med opgaver fordelt mellem hjælpere, elever, uuddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl.

Vejninger af borgere er et af indikatorerne på, om borgerne får den ernæring, de har behov for.

Udfordring: Tilsynet fandt, at i 4 ud af 8 borgerforløb er de noterede vejninger af gammel dato, vejningen er ikke overholdt med den hyppighed, der er besluttet på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering, og der er ikke sat nye frister for vejninger.

For borgere med dysphagi er det afgørende at få dokumenteret, hvorvidt borger ikke ønsker dysphagikost eller brug af fortykningsmiddel, så der ikke er opstår tvivl blandt de frontmedarbejdere, der varetager plejen.

Tilsynet anbefaler at fortsætte indsatsen for

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

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

Fokus:

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

Udfordringen er generelt, at de sundhedsfaglige vurderinger og beslutninger ikke når ud til frontmedarbejderne. Manglende konsekvensrettelser ved ændringer i borgers tilstand medvirker til uoverensstemmende oplysninger. Medarbejderne har vanskelig ved at anvende Vitae, og Vitae opleves generelt ikke fysisk let tilgængelig. Vitae kombineret med mundtlig formidling støttes i varierende grad af papirbaserede redskaber som print af plejeplaner, kørelister og kalendere som de primære informationskilder.

I borgermapperne, der ligger hos den enkelte borger, er der flere steder observeret ikke opdaterede plejeplaner, hvilket hindrer, at medarbejderne hurtigt kan skabe sig et overblik over borgers aktuelle funktionsniveau og plejeb behov.



Tilsynet anbefaler generelt at fortsætte indsatsen med

- at konsekvensrette plejeplaner og nødvendige arbejdsredskaber på baggrund af de sundhedsfaglige beslutninger.
- at implementere instruks for "Opgaveoverdragelse og kompetenceprofiler", der trådte i kraft pr. 1/7-2022, herunder at drøfte det kliniske lederskab i forbindelse med overdragelse af opgaver fra sygeplejerske til social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte og så fremdeles, så det bliver tydeligt, hvem der er ansvarlig for hvad og på hvilke præmisser en opgave er overdraget.

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

I forhold til implementering af Nexus anbefaler tilsynet

- at udforske arbejdsgange og arbejdsredskaber for at vurdere og beslutte, hvad Nexus kan erstatte af de nuværende print og arbejdsedler samt få de overflødige sedler fjernet i takt med implementeringen af Nexus

#### **Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning**

##### Målepunkt 4.3 om tøjvask

Fokus:

For at undgå smittespredning blandt borgerne skal hver vaskemaskine ifølge instruks for tøjvask køre en kogevask 1x ugentlig. Den praksis dokumenteres ved egenkontrol med afkrydsning på et skema. Afkrydsningslisten viser overspring i dokumentationen.

Tilsynet anbefaler

- at egenkontrollen følger instruks for tøjvask.

## Oversigt over de enkelte temaer

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

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

|  |                          |
|--|--------------------------|
|  | Helt opfyldt             |
|  | I betydelig grad opfyldt |
|  | I nogen grad opfyldt     |
|  | Ikke opfyldt             |

| Tema   | Emne                                                                                                                                                                        | Vurdering |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Tema 1 | <b>Funktionsevne</b><br><br>Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering<br>Borgers oplevede kvalitet af indsatsen                                                | BO        |
| Tema 2 | <b>Livskvalitet og tilfredshed</b><br><br>Praktisk hjælp og personlig pleje<br>Hverdag og aktiviteter<br>Måltider                                                           | HO        |
| Tema 3 | <b>Sammenhæng og forudsigelighed</b><br><br>Det skriftlige arbejdsgrundlag<br>Tidlig opsporing<br>Tværgående samarbejde                                                     | NO        |
| Tema 4 | <b>Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning</b><br><br>Instrukser og værnemidler<br>Tøjvask                                                                                | HO        |
| Tema 5 | <b>Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn</b><br><br>Proces for den lokale opfølgning med tiltag, evaluering m.m.<br>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn. | BO        |

## Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

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

## Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering:

| Nr. | Kvalitetsindikatorer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.1 | Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:<br>1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt?<br>2) Hjælper den hjælp du får dig til at vedligeholde dine færdigheder?<br>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)<br>4) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for? | HO        |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 1.2 | 1) Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson jf. kommunens beslutning<br>2) Relevante borgere er tilbudt en rehabiliterende indsats og der er fulgt op på indsatsen.<br>3) Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder.                                                                                                                                                                   | BO        | Funktionsevnevurdering sker ikke systematisk efter indflytning. Sygeplejerskerne oplyser, at det ved behov er omstændeligt at få kontakt med terapeuterne. Kommunikationen sker gennem advis'er.                                                                              |
| 1.3 | 1) Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan beskrive, hvorledes mål fastsættes i samarbejde med borger med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer.<br>2) Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.<br>3) Aktivitetstilbud: Borgers individuelle træningsbehov er kendt af relevante medarbejdere og er om muligt indarbejdet i tilbuddene.                                                                       | BO        | Ad 3)<br>Frontmedarbejderne har nødvendigvis ikke kendskab til borgers individuelle træningsbehov, da der ikke altid foreligger en træningsplan fra terapeuterne, som frontmedarbejderne bliver involveret i. Det samme gælder, hvis en borger har privat fysioterapiordning. |
| 1.4 | Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering. Relevante og opdaterede oplysninger fremgår af<br>1) Borgernes funktionsevnetilstande                                                                                                                                                                                                                                                           | NO        | I de 9 borgerjournaler, der er gennemgået, er funktionsevnen enten ikke opdateret, eller der er ikke sat mål for indsatsen, og derfor heller ikke evalueret.                                                                                                                  |

## Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering: 

| Nr. | Kvalitetsindikatorer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------|
| 2.1 | Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:<br>1) Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig?<br>Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?:<br>2) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd?<br>Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret?<br>3) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her? | HO        |                                |
| 2.2 | Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:<br>1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg.<br>2) Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt?<br>3) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov?<br>4) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på?                                | HO        |                                |
| 2.3 | <i>Personlig pleje</i><br>1) Hvis tilsynsførende overværer plejen konstateres, at plejen gives omsorgsfuldt og i samarbejde med borger. Borger støttes i at udføre så meget som muligt selv.<br>2) Borgerne fremtræder velplejet<br>3) Borgerne tilbydes bad svarende til kvalitetsstandard.                                                                                                                                                                        | HO        |                                |
| 2.4 | <i>Praktisk hjælp</i><br>1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen.<br>2) Rengøringsydelsen er planlagt svarende til kommunens kvalitetsstandard.<br>3) Personlige hjælpemidler fremtræder rene.                                                                                                                                                                                                                    | HO        |                                |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                                                                                           |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | <p>Hverdagen og aktiviteter</p> <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er der mulighed for at lave ting, du har interesse i, du synes er spændende?</li> <li>2) Får du dækket dit behov for at være sammen med andre?</li> <li>3) Er der gode oplevelser hver dag? Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes?</li> </ol>                                                                                                                                                                 | HO |                                                                                                           |
| 2.5 | <p>Hverdagen og aktiviteter</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Der er en <u>aktivitetsplan</u>, som er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere</li> <li>2) Medarbejdere og ledere beskriver arbejdsgange, som understøtter, at den enkelte borgers potenti-ale og ønsker er kendt af medarbejdere og at borger støttes i at deltage i relevante aktiviteter og samvær.</li> </ol>                                                                                                                                                                               | HO |                                                                                                           |
| 2.6 | <p>Måltider</p> <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad?</li> <li>2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp?</li> <li>3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.?</li> <li>4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen?</li> </ol>                                                                                | HO |                                                                                                           |
| 2.7 | <p>Måltider</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at der er klart værtskab og at medarbejderne sørger for gode rammer til en uforstyrret spisning og hyggelig stemning<br/>Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær.</li> <li>2) Medarbejdere er til stede ved måltidet og støtter en positiv oplevelse for borgerne.</li> <li>3) Arbejdsgange fremmer muligheden for, at borgerne kan opnå en positiv oplevelse ved måltiderne.</li> </ol> | HO | Lerbæk Torv Centerboliger har en café, hvor en stor del af borgerne fra centerboligerne spiser deres mad. |
| 2.8 | <p>Måltider</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Der foreligger <u>menuplan</u>, som er tilgængelig for borgere og pårørende.</li> <li>2) Medarbejdere kan redegøre for hvorledes borgerne bedst muligt involveres i at menuplanen fastlægges og hvordan borgerens evaluering af maden videregives til køkkenmedarbejdere.</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                           | HO |                                                                                                           |

## Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

| Nr. | Kvalitetsindikatorer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.1 | <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig?</li> <li>2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?</li> <li>3) Bliver du hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres?</li> <li>4) Kender du plejeplanen og oplever du, at beskrivelsen er meningsfuld og dækkende?</li> <li>5) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov?</li> <li>6) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald.</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | HO        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 3.2 | <p><i>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Medarbejdere kender arbejdsgangene for at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner. Der kan ses eksempler på rettidig reaktion som viser en systematisk arbejdsproces.</li> <li>2) Arbejdsgangene belyses gennem kædeprocessen for tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring<br/>Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, herunder involvering af læge, tandlæge, ergoterapeut o.a.               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Vejehyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval</li> <li>b. Der ses reaktion på uplanlagt vægttab</li> <li>c. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.</li> </ol> </li> </ol> | NO        | <p><i>Ad 2:</i><br/>I 4 ud af 8 borgerforløb er de noterede vejninger af gammel dato, vejningen er ikke overholdt med den hyppighed, der er besluttet på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering, og der er ikke sat nye frister for vejninger.<br/>Der er ikke sat en ny frist for vejning hos dement borger, som ikke ønsker at blive vejret. Der ses ikke sundhedsfaglig stillingtagen til fornyet vejning.</p> <p>En borger, som har tabt sig 10 kg siden juni 2022 får proteindrik på grøn recept. Det fremgår af medicinlisten, at borger skal have proteindrik kl. 14. Arbejdsgangen er sårbar, da det er en sidedosering, og fordi den ikke fremgår af plejeplanen.</p> |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    | En borger fik konstateret dysphagi i 2020, hvilket fremgår af de sundhedsfaglige notater, men der er ikke oplysninger om nogen handlinger. Hos borgeren ser tilsynsførende et fortykningsmiddel, men det fremgår ikke af plejeplanen, at der skal anvendes fortykningsmiddel. Det oplyses, at borger ikke ønsker fortykningsmiddel i sine drikkevarer og heller ikke ønsker dysphagikost. Det er ikke noteret i borgers journal |
| 3.3 | <p>Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere i forhold til:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mål</li> <li>2) Inddragelse af træningselementer og -aktiviteter i daglig hjælp, pleje og omsorg</li> <li>3) Vurdering af funktionsevne.....</li> <li>4) Anbefaling til forflytning.....</li> <li>5) Anbefaling til plejepersonalet: Balance- stå- eller gåmuligheder samt evt. øvelser o.a., som borger kan huskes på.</li> </ol> <p>Såfremt plejecentret ikke har/nyligt har haft borgere visiteret til ovenstående markeres indikatoren som "ikke aktuel" for dataindsamling" = grå farve.</p>          | BO | <p>Se pkt. 1.2</p> <p>Samarbejdet med kommunens terapeuter er hæmmet af, at der ikke skrives de samme steder i borgerjournalen, og fordi terapeuterne bruger FSII som ramme i stedet for FSIII.</p> <p>Advis'er bruges som kommunikationsmiddel, og der kan gå noget tid med at afstemme og få svar på, hvad der skal ske hos en borger.</p>                                                                                    |
| 3.4 | <p>Det skriftlige arbejdsgrundlag</p> <p>Der er fokus på systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand med udgangspunkt i ex uplanlagt vægttab, dysfagi, tryksår, fald og fødemiddelallergier.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Den social- og plejefaglige dokumentation er overensstemmende med opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande (ex helhedsvurdering, handlingsanvisninger, faglige notater, observationer, plejeplaner og eventuelle supplerende papirbaserede notater)</li> <li>2) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion (eksempelvis som observation med opgave)</li> </ol> | NO | <p>Sygeplejerske og medarbejdere i hvert team mødes hver morgen og gennemgår, hvad der er sket af ændringer i forhold til borgerne det sidste døgn.</p> <p>Der ses ikke en sikker skriftlig formidling af ændringer i borgeres tilstande,</p>                                                                                                                                                                                   |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | 3) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    | Samtidig sker der i stor udstrækning mundtlige overleveringer til kolleger og sygeplejerskerne om ændringer i borgernes tilstande.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 3.5 | <p>Det skriftlige arbejdsgrundlag</p> <p>Plejeplaner og generelle oplysninger</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Plejeplaner fremtræder handleanvisende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger og borgers vaner og ønsker</li> <li>2) For borgere ramt af demens indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleanvisende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt</li> <li>3) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren.</li> </ol> | NO | <p>Plejeplanerne beskriver kort, hvordan borgerne hjælpes med og understøttes i at udføre den personlig pleje, ønsker til morgenvækning, hvornår man ønsker at komme i seng, hvad man ønsker til morgenmad og andre praktiske/konkrete ting.</p> <p>I over halvdelen af de gennemgåede borgerforløb (9 borgerforløb) er plejeplanerne imidlertid ikke opdaterede (En DV plejeplan er dateret tilbage i 2019), og er derfor ikke handlingsanvisende for en frontmedarbejder, der er ukendt med borgeren.</p> <p>Samtidig har frontmedarbejderne en køreliste/disponeringsliste, som kort angiver, hvilke opgaver, der skal løses hos borgerne. Den liste er ikke nødvendigvis samstemmende med plejeplanen.</p> <p>De generelle oplysninger om den enkelte borgers vaner, hvad han/hun kan lide af musik, hvad han/hun slapper af med, hvad der skaber glæde, hvordan man som medarbejder håndterer uro-vrede-gråd hos en borger med demens osv., kan af tekniske årsager</p> |



|  |  |  |                                                                                                                                           |
|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  | ikke printes ud og lægges i borgermappen. Så den viden kan frontmedarbejderne ikke umiddelbart anvende i sin pleje og omsorg af borgeren. |
|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 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.<br>2) Der forefindes værnemidler.            | HO        |                                                                                                                       |
| 4.2 | Leder og relevante medarbejdere kender til at fremsøge og anvende gældende instrukser og arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud.                                                                    | HO        |                                                                                                                       |
| 4.3 | Hvis plejecentret varetager tøjvask uden for borgers bolig:<br>Instruks for tøjvask er lettilgængelig for medarbejderne og følger anbefalingerne i NIR.<br>Tøjvasken sker i overensstemmelse hermed. | BO        | De fælles vaskemaskiner skal 1xugentlig køre en tom kogevask. Af egenkontrolskemaet fremgår spring i dokumentationen. |

## Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

| Nr. | Kvalitetsindikatorer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.1 | <p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen.</li> <li>2) Der er prioriteret og igangsat tiltag.</li> <li>3) Der ses dato for evaluering.</li> </ol> | HO        | <p>Der er udarbejdet en fælles handleplan for plejeboligerne med indsatsområder i forhold til målepunkterne fra tilsynet i 2021, der ikke var "helt opfyldt". Ifølge handleplanen er der både beskrevet indsatser og fundet tovholdere.</p> <p>Lerbæk Torv Centerboliger har netop fået ny leder og er ikke introduceret til handleplanen.</p>                                                                               |
| 5.2 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Effekten af tiltagene er evalueret</li> <li>2) I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført.</li> </ol>                                                                                                       | NO        | Tiltag er besluttet. En udfordring har været at følge op på tiltagene og evaluere effekten.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 5.3 | <p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>                                                                                                                                                                                  | NO        | <p>Ved sidste års tilsynsbesøg fremstod primært to gennemgående punkter, som har vist sig vanskelige at opnå forbedringer på det seneste år:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tidlig opsporing af borgere med risiko for underernæring</li> </ul> <p>Se målepunkt 3.2, som omhandler at forebygge uplanlagt vægttab med risiko for træthed, svimmelhed, fald, funktionsnedsættelse samt nedsat livskvalitet.</p> |

|  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  | <p>➤ Det skriftlige arbejdsgrundlag for den social-og plejefaglige indsats.</p> <p>Se målepunkt 3.4 og 3.5, som omhandler det skriftlige arbejdsgrundlag, dvs. en sammenhængende og forudsigelig dokumentation, der sikrer en ensartet pleje og behandling. Der ses uoverensstemmelse mellem den sundhedsfaglige vurdering og beslutning i Vitae, formidlingen til frontmedarbejderne, arbejdsgangene/-processerne samt de arbejdsredskaber frontmedarbejderne støtter sig til i det daglige arbejde.</p> |
|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



# Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

## Tilgang og formål

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

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

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

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

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

Samlet set stiller tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

- Viden om, hvorvidt borgerne får den hjælp, de er berettiget til, og om hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig forsvarlig måde på den enkelte plejeenhed
- Støtte til kvalitetsudviklingen gennem konstruktiv dialog og brugbare kvalitetsdata
- En samlet viden på tværs af plejeenhederne om fælles styrker og udfordringer.

Tilsynsbesøget er gennemført uanmeldt og er et udtryk for det øjebliksbillede, som er tilgængeligt på tidspunktet for tilsynets gennemførelse.

## Indhold og metode

Tilsynet indsamler data på baggrund af hovedpunkter udvalgt af Køge Kommune. Tilsynet udføres efter manual, som er tilpasset behovene og prioriteringerne i Køge Kommune. Manualen indeholder beskrivelse af, hvilke opgaver der ligger før – under og efter besøget, herunder på hvilken måde tilsynet afvikles.

Metoderne bygger på nyeste viden fra akkreditering/tilsyn/audit. De gennemgående metoder er:

- Interview af ledere, medarbejdere, borgere samt eventuelle pårørende
- Dokumentation: Gennemgang af skriftlige vejledninger til medarbejdere, den faglige dokumentation, handleplaner, informationer til borgere m.m.
- Observation af medarbejderes praksis, borgers fremtræden og bolig, arbejdsgange, fællesarealer afholdelse af måltider m.m.

Samlet set sikrer den metodiske tilgang en grundig dataindsamling som underlag for analyse og vurdering. Den metodiske tilgang giver belæg for at vurdere kvaliteten af de ydelser, borgeren modtager.



## Vurderingsprincipper

Tilsynsbesøget bidrager til at afdække om den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag lever op til lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurdering sker på 4 niveauer:

- Den enkelte stikprøve
- Det enkelte målepunkt
- Det enkelte tema
- Det samlede tilsynsresultat

Vurderingsprincipperne sikrer systematisk analyse og vurdering fra den enkelte stikprøve udføres til det samlede tilsynsresultat. Vurderingsprincipperne er skitseret nedenfor og beskrives under figuren.

| Niveauer              | Det samlede tilsynsresultat |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Temaer                |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Målepunkter           |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| De enkelte stikprøver |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### Vurdering af den enkelte stikprøve

Dataindsamlingen sker ved stikprøver og ved anvendelse af interview, observation og dokumentation. Den indsamlede viden vurderes løbende ift. overensstemmelse med temaerne og målepunkterne.

### Vurdering af de enkelte målepunkter

Hvert af de overordnede temaer belyses af underliggende målepunkter. Tilsynsførende vurderer målopfyldelsen af målepunktet på baggrund af dataindsamlingen. Der kan i nogle tilfælde være enkeltstående fund, som medfører, at målepunktet ikke er opfyldt. Det vil typisk være fund af betydning for borgerens sikkerhed. Vurderingen sker ud fra 4 kategorier, som farvemærkes af læsevenlige årsager:

|  |                          |
|--|--------------------------|
|  | Helt opfyldt             |
|  | I betydelig grad opfyldt |
|  | I nogen grad opfyldt     |
|  | Ikke opfyldt             |

### Vurdering af det enkelte tema

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

### Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

*Målene er i meget høj grad opfyldte*

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

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

*Målene er i høj grad opfyldte*

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.



*Målene er i middel grad opfyldte*

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

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

Løbende opfølgning anbefales.

*Målene er i lav grad opfyldte*

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

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

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

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

*Kritisable forhold*

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

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



## Om virksomheden og kontaktoplysninger

Nethe Britt Jorck  
Virksomhedsleder og tilsynschef

DMK-tilsynsafdeling, [akkrediteringsraadgiverne.dk](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 sundhedslovsydelser, kvalitetssikring og patientsikkerhed i kommuner og regioner gennem funktioner som oversygeplejerske, kvalitetschef, tilsynschef, akkrediteringskoordinator m.m.

Hun har været surveyor med ledende funktioner gennem 13 år for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet).

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

