



akkrediteringsraadgiverne.dk

## TILSYNSRAPPORT

# Køge Kommune

## Velfærdsforvaltningen Ældre- og Sundhedsafdelingen

### Ølby Ældrecenter, Lynghøj og Lyngbo Plejeboliger

## Indholdsfortegnelse

Forord .....	4
Fakta om tilsynet .....	5
Samlet tilsynsresultat .....	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer .....	7
Oversigt over de enkelte temaer .....	10
Tema 1 Funktionsevne .....	11
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen .....	12
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed .....	15
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	18
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn .....	19
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper .....	21
Om virksomheden og kontaktoplysninger .....	24

## Forord

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

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

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

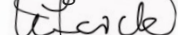
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

Anden del af rapporten indledes med oversigt over målopfyldelsen for de enkelte temaer. Herefter er de konkrete kvalitetsindikatorer medtaget, 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



Nette Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

## Fakta om tilsynet

### Plejecenter:

Ølby Ældrecenter, Ølbycenter 64, 4600 Køge

Lyngbo, Ølbycenter 77b, 4600 Køge

Lynghøj, Ølbycenter 86, 4600 Køge

### Leder:

Ghita Galle

### Antal beboere:

96 boliger

### Tilsynsbesøget fandt sted:

6. oktober 2022

### Tilsynsbesøgets dataindsamling og datakilder:

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (12 stikprøver), instrukser, handleplaner, borgerinformationer, aktivitetsoversigt, menuplaner, køkkensedler, kalendere, tjeklister m.v.

Interview: 6 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, 4 social- og sundhedsassistenter, 5 social- og sundhedshjælpere og 4 sygeplejersker.

Observation: 9 borgeres bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer, triage og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig morgenpleje til 3 borgere, hvoraf 2 personer skulle forflyttes med lift, 2 borgere, som fik hjælp til at komme op efter middagssøvn og toiletbesøg samt 4 borgere, der fik hjælp til spisning.

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

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

### Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP.

Martha Højgaard, sygeplejerske, cand.scient.soc.

## Samlet tilsynsresultat

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

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

Den sammenfattende vurdering ses nedenfor.

	<p><b>Målene er i meget høj grad opfyldte</b> Alle temaer er samlet set vurderet "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4).</p> <p>Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.</p>
	<p><b>Målene er i høj grad opfyldte</b> Højest 1 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.</p> <p>Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.</p>
X	<p><b>Målene er i middel grad opfyldte</b> Højest 2 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). Der ses forhold af betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.</p> <p>Opfølgning efter kortere tid anbefales.</p>
	<p><b>Målene er i lav grad opfyldte</b> Mere end 2 temaer er vurderet lavere end "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.</p> <p>Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.</p>
	<p><b>Kritisable forhold</b> Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.</p> <p>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.

### Styrker

Ølbycentret fremstår som en veldrevet organisation. Der er 96 boliger, som er beliggende på 3 forskellige adresser i umiddelbar nærhed af hinanden. Der er 20 centerboliger, der rummer borgere, som oftest kan klare sig uden hjælp om natten og med mindre støtte i hverdagen. De øvrige 76 boliger ligger i 2 adskilte huse med hver 6 boenheder.

De interviewede borgere udtrykker stor tilfredshed med medarbejdernes indsats. De oplever Ølbycentret som et trygt sted at bo, og udtrykker, at de får den pleje, de har brug for. Borgerne oplyser, at hjælpen er lige god uanset hvilken af de faste medarbejdere, der yder hjælpen.

#### Personlig pleje:

Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer personlig morgenpleje til enkelte borgere samt hjælp til borgere med at komme op efter middagssøvnen og at komme på toilet. Der ses velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær i form af småsludren undervejs, og hvor borgernes selvhjulpethed samtidig understøttes. Medarbejderne kender borgernes behov, guider fint undervejs, og tilpasser hjælpen til borgers tempo og stemning.

#### 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:

Den varme mad leveres af ekstern leverandør, og der ses en varieret menuplan. Plejeboligernes kostmedarbejdere står for morgenmaden og frokosten, som tilpasses borgernes behov og ønsker. Borgerne er meget tilfredse med maden ved alle måltider i boenhederne. Tilsynsførende overværer morgenmaden, som foregår med småsnakken omkring bordene. De borgere, der har brug for hjælp til at spise, får hjælpen omsorgsfuldt og i borgers tempo. Tilsynet oplever netop denne dag, at der er flere boenheder, hvor borgerne skal til et arrangement, der starter henholdsvis kl. 13, og et der starter senere. Derfor er frokosten flere steder afsluttet inden kl. 11.45. I de boenheder, hvor borgerne ikke skal deltage i et af de to arrangementer, foregår måltidet ved veldækkede borde, hvor medarbejdere deltager som værter, og hvor der hygges og snakkes under måltidet.

#### Hverdagen og aktiviteter på plejecentret:

Tilsynsførende oplever gennemgående et hyggeligt samvær mellem borgere og medarbejdere, når boenhederne passeres i løbet af dagen. I nogle boenheder er en forventningsfuld stemning omkring de annoncerede arrangementer. Tilsynsførende så, at en aktivitetsmedarbejder gav neglepleje, ligesom stoledans, banko og musik blev nævnt af borgerne som nogle af de attraktive aktiviteter.

## Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

Tilsynet vurderer, at

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

### Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

#### Generelt

Tilsynsførende har undersøgt sammenhænge – 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 ikke når ud til frontmedarbejderne, som skal udmønte indsatserne i hverdagen.

Desuden ses uensartede arbejdsgange i de forskellige boenheder i de respektive centre, også i de boenheder, der ligger på samme etage, og som hjælper hinanden.

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.

#### 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 småtspisende 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.

Udviklingspunkt:

Vejninger af borgere er et af indikatorerne på, om borgerne får den ernæring, de har behov for. Tilsynet fandt, at der 2 ud af 3 undersøgte forløb for borgere med ernæringsudfordringer ses uoverensstemmelse mellem dokumenterede helbredstilstande, faglige notater, plejeplaner og besluttet og udført vejeinterval. Der var desuden ikke reageret på en borger med uplanlagt vægttab på 2,2 kg på 1 mdr.

Der ses uoverensstemmende kostoplysninger vedr. borgere med dysphagi, både når det drejer sig om fortykningsmiddel og blød kost til de forskellige måltider, og det er tilfældet for både dagvagt og aftenvagt. Det samme gælder for proteintilskud, hvor oplysningerne i 5 ud af 5 borgerforløb ikke er samstemmende. Hos en borger med risikabel fødemiddelallergi var oplysningen dokumenteret i borgerens helbredsoplysninger, der var ingen oplysninger noteret i plejeplanen. Oplysningen var alene noteret på en seddel i køkkenet.

Tilsynet anbefaler at fortsætte indsatsen for

- at gennemgå arbejdsgangene for vejning af borgere, samt at opdatere plejeplanerne
- at den, der vejer borgeren, kender til hvornår og hvordan vægttab skal meldes videre
- at sikre ensartede arbejdsgange omkring kost, kosttilskud og allergener, så alle medarbejdere kan finde de relevante og aktuelle oplysninger, så de ved, hvad den enkelte borger skal have, og hvad de selv skal være opmærksomme på.
- implementere de nyudgivne instrukser på ernæringsområdet som planlagt.

#### 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. 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: Det ses generelt, at de sundhedsfaglige vurderinger og beslutninger ikke når ud til frontmedarbejderne, ligesom medarbejderne har vanskeligt ved at anvende Vitae. Forskellige medarbejdere indskrives samme type oplysning forskellige steder. Manglende konsekvensrettelser ved ændringer i borgerstilstand medvirker til uoverensstemmende oplysninger. Vitae opleves desuden generelt ikke fysisk let tilgængelig. Vitae kombineret med mundtlig formidling støttes i varierende grad af papirbaserede redskaber: Print af plejeplaner og supplerende papirnotater, dagssedler, køkkensedler, tjeklister, kalendere o.a. som den primære informationskilde. Det kræver omfattende opdatering, som medarbejderne trods ihærdig indsats ikke får udført 100%. I borgermapperne, der ligger hos den enkelte borger, er der flere steder observeret uaktuelt og uddateret materiale, hvilket hindrer, at medarbejderne hurtigt kan skabe sig et overblik.

*Tilsynet anbefaler generelt at fortsætte indsatsen med*

- at sundhedsfaglige beslutninger medfører konsekvensrettelser i plejeplaner og på de nødvendige arbejdsredskaber
- at styrke udskiftning af plejeplaner i mapperne i takt med opdateringerne
- at ensarte arbejdsgange som minimum i de boenheder, der samarbejder på tværs

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

*I forhold til implementering af Nexus anbefaler tilsynet*

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

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

##### Målepunkt 4.3 om tøjvask

Fokus:

At medarbejderne på plejecentre kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange for vask af borgernes tøj for at undgå smittespredning.

*Tilsynet anbefaler*

- at alle medarbejdere får kendskab til og anvender kommunens instruks for tøjvask
- at instruks for tøjvask hænges op i vaskerummene.



## Oversigt over de enkelte temaer

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

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

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

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

### Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

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

## Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering: 

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

## 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: 1) Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?: 2) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret? 3) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her?	HO	
2.2	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg. 2) Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt? 3) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov? 4) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på?	HO	
2.3	<b>Personlig pleje</b> 1) Hvis tilsynsførende overværer plejen konstateres, at plejen gives omsorgsfuldt og i samarbejde med borger. Borger støttes i at udføre så meget som muligt selv. 2) Borgerne fremtræder velplejet 3) Borgerne tilbydes bad svarende til kvalitetsstandard.	BO	Tilsynet observerer en usikker systematik for, hvordan medarbejderne hurtigt kan skaffe sig et overblik over og holde styr på, hvornår en borger har fået bad sidst og er planlagt til at få et bad igen (1x ugentlig jf. kvalitetsstandard). Det gælder især hvis en borger takker nej til et bad på den dag, hvor det var planlagt. Samtidig anvender man til det formål forskellige arbejdsredskaber i samarbejdende boenheder, som hjælper hinanden (dette var også et opmærksomhedspunkt i 2021).

2.4	<p><i>Praktisk hjælp</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen.</li> <li>Rengøringsydelsen er planlagt svarende til kommunens kvalitetsstandard.</li> <li>Personlige hjælpemidler fremtræder rene.</li> </ol>	HO	
	<p><i>Hverdagen og aktiviteter</i></p> <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Er der mulighed for at lave ting, du har interesse i, du synes er spændende?</li> <li>Får du dækket dit behov for at være sammen med andre?</li> <li>Er der gode oplevelser hver dag? Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes?</li> </ol>	HO	
2.5	<p><i>Hverdagen og aktiviteter</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Der er en <u>aktivitetsplan</u>, som er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere</li> <li>Medarbejdere og ledere beskriver arbejdsgange, som understøtter, at den enkelte borgers potenti-ale og ønsker er kendt af medarbejdere og at borger støttes i at deltage i relevante aktiviteter og samvær.</li> </ol>	HO	
2.6	<p><i>Måltider</i></p> <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad?</li> <li>Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp?</li> <li>Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.?</li> <li>Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen?</li> </ol>	HO	
2.7	<p><i>Måltider</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at der er klart værtskab og at medarbejderne sørger for gode rammer til en uforstyrret spisning og hyggelig stemning Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær.</li> <li>Medarbejdere er til stede ved måltidet og støtter en positiv oplevelse for borgerne.</li> <li>Arbejdsgange fremmer muligheden for, at borgerne kan opnå en positiv oplevelse ved måltiderne.</li> </ol>	HO	

2.8	<i>Måltider</i> 1) Der foreligger <u>menuplan</u> , som er tilgængelig for borgere og pårørende. 2) Medarbejdere kan redegøre for hvorledes borgerne bedst muligt involveres i at menuplanen fastlægges og hvordan borgerens evaluering af maden videregives til køkkenmedarbejdere.	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 besøgsplanen/døgnrytmeplanen og oplever du, at beskrivelsen er meningsfuld og dækkende?</li> <li>5) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov?</li> <li>6) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald.</li> </ol>	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 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>2 ud af 3 borgere er ikke vejet med den hyppighed, der er besluttet på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering.</p> <p>For en borger med uplanlagt vægttab på 2,2 kg på 1 mdr. kunne ikke fremfindes information til sundhedsfaglig medarbejder mht vægttabet.</p> <p>Der sås heller ikke tegn på at vægttabet var meldt videre mundtligt, idet der ikke forelå stillingtagen til fremtidig vejehyppighed og kost.</p> <p>Oplysning om kost: For 5 ud af 5 borgere ses uoverensstemmende kostoplysning om dysphagi (fortykningsmiddel og blød kost), kosttilskud (protein) og allergi (uddybet under pkt. 3.4 og 3.5).</p>

3.3	<p><i>Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb</i> Medarbejderne kan redegøre for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere i forhold til:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mål</li> <li>2) Inddragelse af træningselementer og -aktiviteter i daglig hjælp, pleje og omsorg</li> <li>3) Vurdering af funktionsevne....</li> <li>4) Anbefaling til forflytning.....</li> <li>5) Anbefaling til plejepersonalet: Balance- stå- eller gåmuligheder samt evt. øvelser o.a., som borger kan huskes på.</li> </ol> <p>Såfremt plejecentret ikke har/nyligt har haft borgere visiteret til ovenstående markeres indikatoren som "ikke aktuel" for dataindsamling" = grå farve.</p>	HO	
3.4	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> Der er fokus på systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand med udgangspunkt i ex uplanlagt 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, døgnrytmeplaner/besøgsplaner og eventuelle supplerende papirbaserede notater)</li> <li>2) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion (eksempelvis som observation med opgave)</li> <li>3) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender.</li> </ol>	NO	<p>Der ses uoverensstemmende oplysninger i 5 ud af 5 borgerforløb, hvor borger har brug for proteintilskud. Uoverensstemmelsen ses mellem borgeres helbredstilstand, det faglige notat, plejeplanen (både dag og aften) og de papirbaserede køkkensedler, hvor der blev set 4 forskellige måder at formidle kostoplysningerne på i de mindre køkkener.</p> <p>Der ses ligeledes uoverensstemmelser i 3 borgerforløb, hvor borger har dysphagi, mellem borgeres helbredstilstand, det faglige notat, plejeplanen (både dag og aften) og de papirbaserede køkkensedler.</p> <p>For en borger med fødemiddelallergi, fremgår oplysningen om allergi i borgers helbredstilstand, den fremgår ikke i plejeplanen, men forefindes på en lille seddel over komfuret i køkkenet.</p>

3.5	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag 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 ses i vid udstrækning opdaterede i forhold til borgernes behov for hjælp, og fristerne for opdatering er i det store og hele overholdt. Det blev oplyst, at plejeplanerne opdateres 2x årligt – inden sommer og i efteråret – og ved ændringer i borgers tilstand.</p> <p>Der var dog plejeplaner, der manglede oplysninger om</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• muskelmassage</li> <li>• toilethjælp eftermiddag og aften</li> <li>• borger, der skal have særlig hjælp til spisning</li> <li>• kostoplysninger generelt</li> <li>• hvordan men imødegår udadrettede adfærd</li> </ul> <p>AV plejeplaner</p> <p>I nogle boenheder har AV både en plejeplan + en papiroversigt med beskrivelse af, hvad opgaverne er i løbet af aftenen – både de praktiske opgaver og borgerrelaterede opgaver – og papirsedlens oplysninger var ikke nødvendigvis samstemmende med plejeplanens oplysninger.</p> <p>I borgermapperne i de enkelte lejligheder ligger der både uddateret og uaktuelt materiale.</p>
-----	---	----	--



## Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	1) Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejecentre, herunder arbejdsdragt og værnemidler. 2) Der forefindes værnemidler.	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: Instruks for tøjvask er lettilgængelig for medarbejderne og følger anbefalingerne i NIR. Tøjvasken sker i overensstemmelse hermed.	BO	<p><i>I en af boenhederne findes der ingen instruks for vask af borgernes tøj. Nye medarbejdere introduceres til, hvordan man vasker tøjet fra en kollega. Adspurgt er der forskellige meninger og praksis for, hvordan man skal vaske tøjet – f.eks. ift. om borgernes tøj må blandes. Der er ikke kendskab til de gældende instrukser, der gælder for tøjvask for at afbryde smitteveje, hverken i den konkrete boenhed eller i den samarbejdende boenhed.</i></p> <p><i>Det er tilsynets indtryk at der ved lave temperaturer anvendes vaskemiddel med enzymer. Vaskemaskinerne er programmeret til at tage de rette sæbedoseringer ved de forskellige temperaturer. Derved afbrydes smitteveje.</i></p>

## 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>	BO	<p>Der er udarbejdet en handleplan med indsatsområder i forhold til målepunkterne fra tilsynet i 2021, der ikke var "helt opfyldt".</p> <p>Ifølge den udleverede handleplan fra 8/2-2022 er der både beskrevet indsatser og fundet tovholdere.</p> <p>Opfølgning og evaluering mangler.</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>		
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>Tilsynet erfarer positivt, at der har været igangsat forbedringstiltag.</p> <p>Områder med forbedringer: Fælles indsatsområde i kommunen: Der er samstemmende tilbagemeldinger om, at arbejdsprocesserne mellem terapeuter og sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter omkring borgerforløb er på vej til at blive en fælles opgave.</p>

			<p>Nogle af forbedringsområderne fremstår som vanskelige at opnå forbedringer på:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. ernæringsområdet</li><li>2. det skriftlige arbejdsgrundlag.</li></ol> <p>Ad 1: Som det fremgår af fundene i pkt. 3.2 og 3.4, er der stadig udfordringer i forhold til målepunkterne på ernæringsområdet, både hvad angår kost og vægt.</p> <p>Ad 2: Der er uoverensstemmelse mellem den sundhedsfaglige vurdering og beslutning i Vitae, formidlingen til frontmedarbejderne, arbejdsgangene/-processerne samt de arbejdsredskaber frontmedarbejderne støtter sig til i det daglige arbejde.</p>
--	--	--	---



# Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

## Tilgang og formål

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

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

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

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

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

Samlet set stiller tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

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

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

## Indhold og metode

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

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

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

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



## Vurderingsprincipper

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

Vurdering sker på 4 niveauer:

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

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

Niveauer	Det samlede tilsynsresultat															
Temaer																
Målepunkter																
De enkelte stikprøver																

### Vurdering af den enkelte stikprøve

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

### Vurdering af de enkelte målepunkter

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

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

### Vurdering af det enkelte tema

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

### Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

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

Alle temaer er samlet set vurderet "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.

#### *Målene er i høj grad opfyldte*

Højst 1 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden. Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.



*Målene er i middel grad opfyldte*

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

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

Opfølgning efter kortere tid anbefales.

*Målene er i lav grad opfyldte*

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

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

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.

*Kritisable forhold*

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

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



## Om virksomheden og kontaktoplysninger

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 aktiv 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.

