



akkrediteringsraadgiverne.dk

## TILSYNSRAPPORT

# Odsherred Kommune

## Omsorg og Sundhed

### Grevinge Plejecenter

Uanmeldt kommunalt tilsyn

Marts 2023

## Indholdsfortegnelse

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Forord .....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>Fakta om tilsynet .....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>Samlet tilsynsresultat .....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer .....</b>                             | <b>7</b>  |
| <b>Oversigt over de enkelte temaer .....</b>  | <b>11</b> |
| Tema 1 Funktionsevne .....  | 12        |
| Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen .....                                      | 14        |
| Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed .....  | 17        |
| Tema 4 Magtanvendelse sker i overensstemmelse med lovgivning og lokale beslutninger ..... | 23        |
| Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn .....  | 24        |
| <b>Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper .....</b>                    | <b>25</b> |
| <b>Om virksomheden og kontaktoplysninger .....</b>  | <b>28</b> |

## Forord

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

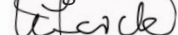
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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



Nethé Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

## Fakta om tilsynet

### Plejecenter:

Grevinge Plejecenter, Rolighedsvej 2, 4571 Grevinge

### Leder:

Centerleder Lisbet Pedersen

### Antal beboere:

23 borgere

### Tilsynsbesøget fandt sted:

14+15. marts 2023 i tilknytning til uanmeldt besøg hos hjemmeplejefunktion ved Grevinge Plejecenter

### Tilsynsbesøgets dataindsamling og datakilder:

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 11 borgerjournaler), instrukser, handplaner, borgerinformationer, aktivitetsoversigt, menuplaner m.v.

Interview: 4 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 centerleder, 1 sygeplejerske, 2 assistenter, 3 hjælpere, hvoraf 1 er forflytningsvejleder, 1 seniorjobber, 1 vikar, 1 elev og 1 seniorjobber, der også varetager aktivitets funktion. Derudover har tilsynet talt med ernæringsassistent fra produktionskøkkenet.

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

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

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

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

### Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

## Samlet tilsynsresultat

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

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

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

### Målene er i middel grad opfyldte

#### Vurderingsskala:

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

Alle temaer er samlet set vurderet "Helt opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".

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

##### Målene er i høj grad opfyldte

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

##### Målene er i middel grad opfyldte

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

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

Løbende opfølgning anbefales.

##### Målene er i lav grad opfyldte

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end "I betydelig grad opfyldt".

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

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

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

##### Kritisable forhold

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

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

## Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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, Odsherred Kommune Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

### Styrker

Grevinge Plejecenter fremstår med ledelsesfokus på kerneydelsen samt engagement og aktiv deltagelse i videreudvikling. Siden seneste tilsyn er bemanningen styrket med sygeplejerske, som sammen med de faste erfarne assistenter og hjælpere varetager den social- og plejefaglige kvalitet. Flere medarbejdere er uddannet som demensvejledere.

#### Funktionsevne:

Borgerne fortæller om et velfungerende samarbejde i hverdagen med de faste medarbejdere. Medarbejderne støtter i vid udstrækning borgerne til at udføre de funktioner, de er i stand til for at opretholde så stor grad af selvstændighed og egenomsorg som muligt.

#### Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen:

De interviewede borgere udtrykker, at de er glade for at bo på plejecentret og at de kun møder imødekommende, venlige og omsorgsfulde medarbejdere.

*Personlig pleje og praktisk hjælp:* Tilsynsførende overværer dele af personlig pleje til 2 borgere. Der ses velegnede arbejdsprocesser og hjælpen tilrettelægges efter medarbejdernes viden om borgernes vaner, ønsker og behov. Borgerne fremtræder velplejede og velsoignerede efter ønske. Fællesarealer, boliger, køkkener og hjælpemidler fremtræder velfungerende, ryddelige og rengjorte. Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere. Forflytningsvejledninger støtter, at borger kan få en sikker og tryk forflytning.

*Hverdagen og aktiviteter på plejecentret:* Der ses oversigt om månedens aktiviteter, der kan skabe socialt samvær og glæde. De frivillige gør en stor indsats sammen med plejecentrets aktivitetsmedarbejder og en seniorjobber skaber hverdagshygge og samvær dagen igennem.

*Måltider:* Tilsynet hører kun godt om madens smag. Ernæringsassistenten sørger for frisklavet og veltillavet mad. Medarbejdere fortæller om, hvordan de kan medvirke til en hyggelig stemning med nærvær og småsnakken. Borgerne med behov for hjælp til spisning, hjælpes på en omsorgsfuld måde.

#### Sammenhæng og forudsigelighed:

Tidlig opsporing af ændringer hos borgerne støttes af tavledrøftelser. Der høres om igangværende implementering af nyt triagemodul.

Siden seneste tilsyn har plejecentret arbejdet aktivt med at skabe forbedringer. Der ses forbedret målopfyldelse for:

- At borgere med fødemiddelallergier tilbydes den rette kost
- Opsporing af borgere i risiko for underernæring
- Opdaterede helbredstilstande i Cura

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

### Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

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

Temaområderne består af underliggende målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er "Helt opfyldt" kan rumme enkelte målepunkter med forbedringspotentialer, hvilket fremgår af sidste del af rapporten.

### Generelt

Udviklingspunkterne ses overvejende som strukturelle med uklar opgave- og ansvarsfordeling med konsekvens for kontinuitet i borgerforløbene.

#### *Kompetente medarbejdere, som kender opgaverne hos borgerne*

Borgerne oplever, at de ofte må fortælle om opgaverne. Der er kontaktpersoner, men disse er ikke gennemgående plejemedarbejder hos borgeren. Når andre skal varetage plejen, skal der være lettilgængelige oplysninger om alle de opgaver, borger har brug for at få løst. Det forudsætter et godt skriftligt arbejdsgrundlag.

#### *Det skriftlige arbejdsgrundlag*

Frontmedarbejdernes primære redskab er handlingsanvisninger for ydelserne. Disse udgør for omkring 2/3 af de gennemsete forløb ikke et tilstrækkeligt grundlag til at sikre den fornødne kvalitet.

Plejecentret har vist forandringskraft siden seneste tilsyn og det er tilsynets opfattelse, at der kort tid efter tilsynet prioriteres og igangsættes tiltag. Handleplan og løbende opfølgning anbefales.

### De enkelte temaer

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

### **Tema 1 Funktionsevne**

Temaets fokus: Allerede fra indflytning er kendskab til borgers ønske og potentiale for funktionsevne et vigtigt grundlag for at tilrettelægge plejen, så indsatsen støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder. Status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering skal være let tilgængelig for medarbejderne.

Tilsynet hører, at medarbejderne italesætter borgernes behov for at fastholde og om muligt øge funktionsevnen. Udviklingspotentialer er, at arbejdsprocesserne ikke støtter en bevidst indsats. Under målepunkterne er dette uddybet.

#### *Tilsynet anbefaler at*

- fastlægge arbejdsprocesser, der fra indflytning medtager borgers mål og potentiale for funktionsevne
- drøfte snitflader med terapeuterne og tilpasse arbejdsprocesserne til borgers behov og muligheder
- fastlægge hvilken funktion, der har opgaven i det enkelte borgerforløb - det kan være kontaktperson(er).

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

#### Målepunkt 3.3 Den vedligeholdende indsats, som udføres i samarbejde med terapeuter

De kommunale tilbud efter §83 og §86 samt genoptræningsplaner (SUL) indgår i en samlet indsats for at bringe borger tilbage til eller så tæt som muligt til borgers potentiale for funktionsevne.

Ved afslutning af træningsforløb kan borger have behov for at fortsætte med aktiviteter indbygget i hverdagen. Det kan være balanceøvelser samtidig med den personlige pleje, huske at gå ture med rollatoren, forflytte sig korrekt, rejse-/siddeøvelser eller at medarbejder bare er i nærheden imens, fordi det er mere trygt eller at borger har brug for at blive husket på øvelserne.

Udviklingspunkt: Ved stikprøver for borgere, som aktuelt eller tidligere har træningsforløb, ses ikke de fornødne oplysninger om mål og plan for indsatsen. Der ses oprettet ydelse for vedligeholdelsestræning, men oplysningerne heri ses ikke koordineret med øvelser nævnt under helbredstilstand eller øvelser som ses opsat i borgers bolig. For en borger betyder dette at armøvelse ikke udføres dagligt og at benøvelser for en anden borger alene udføres sammen med en fast medarbejder, som kender til opgaven.

Dels fremstår terapeuter og plejemedarbejdere som parallelt arbejdende og dels står oplysningerne i Cura ikke de steder, som frontmedarbejderne primært anvender.

*Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder*

- at kontaktpersonerne styrker deres viden om, hvorvidt borgerne har et træningsforløb og følger op på eventuelle terapeutanbefalinger, der skal afspejle sig i handlingsanvisninger
- at etablere arbejdsgange for samarbejdet med terapeuter – også de private
- at fastlægge hvilken funktion, der har opgaven - det kan være kontaktperson(er).

#### Målepunkter om det skriftlige arbejdsgrundlag

Den faglige dokumentation er et grundlag for medarbejdernes viden og forståelse for borgeren og dermed væsentlig for, at borgeren kan modtage en ensartet og forudsigelig opgaveløsning på et sikkert kvalitetsniveau. Fyldestgørende, sammenhængende og løbende ajourført dokumentation er et nødvendigt grundlag for, at alle medarbejdere kan levere den rette hjælp, omsorg og pleje til 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.

#### *Udviklingspunkt 1: Den røde tråd*

Cura-opdatering fremstår problematisk. Ved gennemgang af borgerforløb ses en del nyligt udførte årsgennemgange, men oplysningerne er uoverensstemmende i helbredstilstande og funktionsevnetilstande, handlingsanvisninger til ydelser mv.

Det medfører, at der - hvis oplysningerne læses inden borgerbesøg - handles på 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.

*Tilsynet anbefaler at fortsætte den igangværende indsats, herunder*

- at fastlægge hvilken funktion, der skal sikre rød tråd i Cura – det kan være kontaktperson(er)
- at den igangværende implementering af triage støtter øget overensstemmelse i Cura
- at beslutte struktur for konsekvensrettelser efter beslutningstagen eksempelvis ved triage
- følge op med stikprøver hver uge i en periode.

#### *Udviklingspunkt 2: Handlingsanvisninger for ydelser samt generelle oplysninger*

Der ses sparsomme oplysninger om, hvad der skal til for at plejen lykkes for den enkelte borger.

I helbredstilstande findes væsentlige oplysninger for frontmedarbejdere også relateret til SEL-opgaverne. F.eks. oplysninger om vredladenhed, kostoplysninger, spiseproblemer, infektionsrisiko m.m.

Handlingsanvisninger og Generelle oplysninger ses ikke opfyldt svarende til denne viden.

*Tilsynet anbefaler*

- at medarbejdere, der kender borgere godt, formidler ”den tavse viden” videre til kollegerne skriftligt
- at medarbejderne husker hinanden på at få skrevet ”guldet” ind i handlingsanvisningerne og/eller generelle oplysninger
- at fastlægge hvilken funktion, der har ansvaret - det kan være kontaktperson(er) eller den der indskrives i helbredstilstande eller anden funktion.

#### *Udviklingspunkt 3: Papirbårne dokumenter*

Udviklingspunktet omhandler anvendelse af papirbårne dokumenter med eksempel fra ernæringsindsatsen. Her anvendes flere dokumenter samt tavleoplysninger. Dette er nærmere beskrevet i 3.2.

Helbredstilstande fremstår opdaterede. Den besluttede kost er dog ikke lettilgængelig for medarbejderne. For ingen af de undersøgte borgerforløb (dysfagi, tandproblemer og beriget kost) ses overensstemmelse.

*Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder*

- at overveje hvilke papirbårne dokumenter, der kan udfases og erstattes af Cura
- fastlægge hvilken funktion, der skal opdatere og konsekvensrette i de resterende dokumenter, så der er overensstemmelse til Cura.



**Tema 4 Magtanvendelse sker i overensstemmelse med lovgivning og lokale beslutninger**

Tilsynet hører, at plejecentret er involveret i det tværgående udviklingsarbejde, hvilket vil styrke implementering af arbejdsgange for magtanvendelse.

Tilsynet anbefaler at fortsætte opmærksomheden og implementere de kommende tiltag for

- at opnå fælles forståelse for, hvornår pleje bliver til magtanvendelse
- at indberetninger sker i overensstemmelse med det vedtagne
- at magtanvendelse indgår systematisk i introduktionen.

**Tema 5 Kvalitetsarbejdet**

Siden seneste tilsyn har plejecentret igangsat tiltag og opnået forbedringer på flere områder. Der ses forskellige resterende indsatsområder. Handleplan er vedtaget som arbejdsredskab til kvalitetsstyring.

Tilsynet anbefaler

- at styrke processtyringen:
  - prioritering af indsatsområder og fastlægge, hvem der er tovholder
  - følge kvalitetsprocessen (beslutte, sætte tiltag i gang, evaluere, evt. justere tiltag)
- at følge op på handleplanen sammen med de involverede fast månedlig i en periode.

**Opmærksomhedspunkt****Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning**

Værnemidler

Temaets fokus: For at undgå smittespredning, anbefales det i NIR<sup>1</sup>, at ved udførelse af personlig hygiejne med risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser, anvendes plastforklæde.

Udviklingspunkt: Tilsynet ser i 3 ud af 3 situationer, at der foretages nedre hygiejne i forbindelse med personlig pleje uden anvendelse af plastforklæder. Medarbejdere har forskellig opfattelse om hvorvidt det er nødvendigt. 1 borger er bærer af infektion, som kan medføre alvorlige konsekvenser. Dette er der information om på "forsiden" med underliggende information om at anvende værnemidlerne.

Tilsynet anbefaler

- at der omgående iværksættes tiltag hos den konkrete borger (hvilket er sket efter tilsynet)
- at genopfriske brugen af forklæder i overensstemmelse med anbefalingerne i NIR
- at beslutte, hvordan evaluering kan ske bedst og udføre den efter kortere tid.

---

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

## 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  |           |
| Tema 2 | <b>Livskvalitet og tilfredshed</b><br><br>Praktisk hjælp og personlig pleje<br>Hverdag og aktiviteter<br>Måltider   |           |
| Tema 3 | <b>Sammenhæng og forudsigelighed</b><br><br>Det skriftlige arbejdsgrundlag<br>Tidlig opsporing<br>Tværgående samarbejde   |           |
| Tema 4 | <b>Magtanvendelse sker i overensstemmelse med beslutninger</b><br><br>Medarbejderne kender og anvender instruksen<br>Magtanvendelse indberettes svarende til instruks<br>Magtanvendelse indgår i introduktion |           |
| 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.                                   |           |

### 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? |           |  |
| 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.   |           | Ad 1 +2<br>Ved indflytning varetager hjælpere og assistenter afdækning af borgers potentiale for funktionsevne. Medarbejderne oplyser, at man kan inddrage forflytningsvejleder og hjælpemiddeltherapeut.<br><br>Der høres ikke om en arbejdsgang, der støtter en evt. visitation til §86 forløb ved terapeuter. Dette kunne evt. struktureres via sygeplejerske eller forflytningsvejlederen. |
| 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.   |           | Ad 1<br>Opmærksomhedspunkt er at fastsætte mål sammen med borger og indskrive det i Cura med handleanvisende oplysninger.  |


|     |   |  |   |
|-----|---|--|---|
| 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.</p> <p>Relevante og opdaterede oplysninger fremgår af</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Borgernes funktionsevnetilstande</li><li>2) Handlingsanvisninger/besøgsplan</li></ol> |  | <p><i>Der ses i 3 ud af 5 sete funktionsevnetilstande nylig dato for opdatering. Imidlertid ses oplysningerne ikke svarende til andre oplysninger eksempelvis i handlingsanvisning for ydelse, helbreds-tilstande og borgers sete aktuelle fremtræden og behov.</i></p> |
|-----|---|--|---|

## 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? Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?:<br>2) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret?<br>3) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her? |           | Borgerne udviser høj tilfredshed med hjælpen fra de faste medarbejdere.<br><br>De fortæller at de ofte må fortælle andre medarbejdere hvad opgaverne er.   |
| 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?                          |           | Desuden kan der være lidt sprogproblemer, men det finder vi ud af, fortæller de.   |
| 2.3 | <b>Personlig pleje</b><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.   |           | Plejen ses udført omsorgsfuldt af faste medarbejdere.<br><br>Opmærksomhedspunkt:<br>Ved en borger med behov for loftslift ses at forflytningen ikke sker svarende til forflytningsvejledningen ift. anvendte stropper.<br>Det er tilsynets indtryk, at forflytningsvejledningen tager højde for borgers særlige behov, men at den ikke er læst af medarbejder. |

|     |  |  |   |
|-----|--|--|---|
| 2.4 | <p><b>Praktisk hjælp</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen.</li> <li>2) Rengøringsydelsen er planlagt svarende til kommunens kvalitetsstandard.</li> <li>3) Personlige hjælpemidler fremtræder rene.</li> </ol>   |  | <p><b>Opmærksomhedspunkt:</b><br/> Rengørings tjekliste: Denne fungerer fint for den faste medarbejder.<br/> Afkrydsningssystemet fremstår indforstået og vanskeligt at anvende for andre uden mundtlig introduktion.</p> |
|     | <p><b>Hverdagen og aktiviteter</b></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>  |  |   |
| 2.5 | <p><b>Hverdagen og aktiviteter</b></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>  |  |   |
| 2.6 | <p><b>Måltider</b></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> |  |   |
| 2.7 | <p><b>Måltider</b></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.</li> <li>2) Arbejdsgange fremmer muligheden for, at borgerne kan opnå en positiv oplevelse ved måltiderne.</li> </ol>   |  | <p>Medarbejderne fortæller om velegnede arbejdsprocesser.</p>   |
| 2.8 | <p><b>Måltider</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 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> </ol>  |  | <p>På tilsynsdagene ses at arbejdsproce-serne delvist sker som det er beskrevet.</p>  |

|     |  |   |  |
|-----|--|---|--|
| 2.9 | <i>Måltider</i><br>3) Der foreligger <u>menuplan</u> , som er tilgængelig for borgere og pårørende.<br>4) Medarbejdere kan redegøre for hvorledes borgerne bedst muligt involveres i at menuplanen fastlægges og hvordan borgerens evaluering af maden videregives til køkkenmedarbejdere. |  |  |
|-----|--|---|--|

## 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>  |           | <p>Borgerne svarer overvejende positivt, men oplever, at de må fortælle medarbejderne om, hvad opgaverne er hos dem og hvordan de bedst kan hjælpes.</p> <p>Borgerne synes ikke at der er én/flere bestemt, som hyppigst hjælper dem og har et særligt ansvar for deres forløb.</p>  |
| 3.2 | <p>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</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             <p>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.</p> <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 væggtab</li> <li>c. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.</li> </ol> </li> </ol> |           | <p>Ad 1<br/>Tilsynet hører positivt om tavlemøder hver dag. Ændringer i borgers tilstande skal meldes ind her.<br/>Triagemodulet er under implementering</p> <p>Ad 2<br/>a) Vejehyppighed:<br/>Vejehyppighed er fastlagt. Borgere tilbydes som udgangspunkt væggtab kontrol hver måned. Opgaven er kalenderat.</p> <p>Stikprøve i 5 borgerforløb viser helt overvejende overensstemmelse mellem det besluttede og den udførte vejehyppighed.</p> |



|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>b) Uplanlagt væggtab<br/>For 2 ud af 2 undersøgte væggtab ses reaktion.</p> <p>c) Får borger den rette kost?<br/>Vanskeligt at vide, da oplysningerne til frontmedarbejderne er indbyrdes uoverensstemmende:<br/>I Cura ses uoverensstemmende oplysninger.<br/>Cura er suppleret med:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Tavleoplysninger om kost</li><li>○ Køkkenotater i en skuffe (morgenmad)</li><li>○ Køkkenskemaer (ernæringsnøglepersoner og Bakkegårdens arbejdsredskab)</li></ul> <p>For ingen af 4 undersøgte borgerforløb ses overensstemmelse.<br/>Stikprøven omhandlede borgere med dysfagi, tandproblemer og behov for beriget kost.</p> <p>Tilsynet konstaterede positivt at arbejdsprocesserne for borgere med kostallergi var forbedret.</p> <p>Fortykningsmiddel:<br/>I handlingsanvisninger er typisk anført Attylet. Medarbejderne anvender betegnelsen "attylet" når de fortæller hvad borgers kost tilsættes.<br/>I praksis ses kun Nestlés Thicken up.</p> <p>Både handelsnavne og indholdsstoffer er forskellige.</p> |
|--|--|---|

|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
|     |  |  | <p>Fortykningsmiddel til borgers kost do-<br/>seres og administreres af alle faggrup-<br/>per, ufaglærte som faglærte.</p> <p>I andre henseender trænes medarbej-<br/>dere til at der skal være overensstem-<br/>melse mellem det der er besluttet/or-<br/>dineret og det der gives (handels-<br/>navn).</p> <p>Holdbarhed m.m.:<br/>Der ses både i modtagerkøkkenet og i<br/>det lille køkken bøtter med hhv. skre-<br/>vet: "Proteinpulver" og "Atylet".<br/>Disse oplysninger er ikke fyldestgø-<br/>rende.</p>   |
| 3.5 | <p><i>Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb</i><br/>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) Råd til rigtig forflytning.....</li> <li>5) Personlig pleje: 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 relevant for dataindsamling" = grå farve.</p> |  | <p>For 1 ud af 4 borgerforløb ses, at op-<br/>lysninger om mål og plan afspejler sig i<br/>frontmedarbejdernes redskaber.</p> <p>En borger fortæller om at hun burde<br/>lave benøvelser hver dag, men har<br/>brug for at blive husket på det, hvilket<br/>een af medarbejderne ved. En anden<br/>borger har behov for armøvelse hver<br/>dag, som har værdi for af- og påklæd-<br/>ning. Dette står i helbredstilstand,<br/>men ikke i en handlingsanvisning for<br/>ydelse. En tredje borger har trænings-<br/>øvelser, men viden om dette ses ikke<br/>af handlingsanvisninger for ydelse.</p> |

|     |   |  |   |
|-----|---|--|---|
| 3.6 | <p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i><br/>Der er fokus på systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand med udgangspunkt i ex uplanlagt vægttab, dysfagi, tryksår og fald.</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) Der er udført årsgennemgang svarende til borgers fødselsmåned</li> <li>3) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion (eksempelvis som observation med opgave)</li> <li>4) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender.</li> </ol> |  | <p><i>Ad 1:</i><br/>I vid udstrækning ses at helbredstilstande er udfyldt og svarende til borgers aktuelle situation.<br/>Der er generelt ikke konsekvensrettet på tværs af Cura, hvilket medfører uoverensstemmende og ikke tidstro oplysninger under ydelser m.m.<br/>Det har betydning for frontmedarbejderne som primært anvender handlingsanvisninger for ydelserne.</p> <p><i>Ad 2:</i> Der gennemføres årsgennemgange. Opdateringen fremstår problematisk, idet oplysningerne ikke ses konsekvensrettet efter borgers aktuelle tilstande.<br/>Ved gennemgang af borgerforløb ses en del nyligt udførte årsgennemgange, men oplysningerne er uoverensstemmende i helbredstilstande og funktionsevnetilstande, handlingsanvisninger til ydelser mv.</p> <p><i>Ad 3:</i> Udgår af vurdering, da "Observationer" er ved at blive erstattet af triagemodulet.</p> |
| 3.7 | <p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i><br/>Handlingsanvisninger for ydelser og generelle oplysninger</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Handlingsanvisninger for ydelser 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>  |  | <p><i>Ad 1+2</i><br/>Der ses sparsomme oplysninger om hvad der skal til for at plejen lykkes for den enkelte borger.<br/>I helbredstilstande findes væsentlige oplysninger for frontmedarbejdere også relateret til SEL-opgaverne.</p>  |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>F.eks. oplysninger om vredlædning/forebyggelse af magtanvendelse, træningsbehov, kostoplysninger, spiseproblemer, infektionsrisiko m.m.</p> <p>Dagvagten: Der ses i vid udstrækning oprettet handlingsanvisninger for hver ydelse. Oplysningerne omhandler primært opgaveløsningen. For 2 ud af 6 ses disse svarende til borgers aktuelle behov og ønsker.</p> <p>Aftenvagten: For 1 ud af i alt 4 borgere ses oplysning om "mennesket" – aften og sengevaner og bedste sovetid. Eksempelvis ritualer såsom musik, fjernsyn, puder m.m.</p> <p>Der ses sparsomme oplysninger om hvad der skaber glæde for borgere og/eller kan hjælpe borger med at have en god oplevelse. Dette har særlig betydning for borgere, der ikke kan svare for sig.</p> <p>Det er tilsynets indtryk, at medarbejder, der kender borger godt, kender til disse oplysninger, men får ikke formidlet "den tavse viden" videre til kollegerne skriftligt.</p> <p>Generelle oplysninger ses meget sparsomt udfyldt.</p> <p>Ad 3<br/>Der er tiltag i gang for at støtte medarbejderne i at læse Cura inden besøg.</p> |
|--|---|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | Dette er positivt og hjælper medarbejderen, når oplysningerne er troværdige. |
|--|--|--|--|

## Tema 4 Magtanvendelse sker i overensstemmelse med lovgivning og lokale beslutninger

Samlet vurdering:

| Nr. | Kvalitetsindikatorer  | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse  |
|-----|---|-----------|---|
| 4.1 | Medarbejderne kan fremfinde instruks, der beskriver magtanvendelse i Odsherred Kommune. Dokumentet er lettilgængeligt for medarbejdere.   |           | Leder fortæller om igangværende fælles tiltag for plejecentrene.<br>Tiltagene forventes at skabe forbedringer.  |
| 4.2 | Magtanvendelse indgår i introduktion til nye medarbejdere   |           | Magtanvendelse indgår ikke systematisk i introduktionen.<br><br>Der er tiltag i gang jf. 4.1.   |
| 4.3 | Medarbejderne kan redegøre for, hvornår pleje bliver til magtanvendelse.<br><br>Medarbejderne kender til forebyggelse af magtanvendelse og fortæller om den socialpædagogiske indsats.<br><br>Medarbejderne kan give eksempler på faglige drøftelse i aktuelle borgersituationer. |           | Det er positivt at medarbejdere og ledere fortæller om løbende drøftelser i forhold til relevante borgerforløb. Dette gælder også aktuelt forløb.<br><br>Der høres forskellige opfattelser af hvornår pleje bliver til magtanvendelse.<br>Der er tiltag i gang jf. 4.1. |
| 4.4 | Medarbejderne indberetter magtanvendelse i tråd med instruks.   |           | Der høres forskellige opfattelser af, hvornår og hvordan magtanvendelse skal indberettes. Dette gælder også aktuelt forløb.<br><br>Der er tiltag i gang jf. 4.1.  |

## Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

| Nr. | Kvalitetsindikatorer   | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse  |
|-----|--|-----------|---|
| 5.1 | Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Handleplanen kan f.eks. have form af referat fra personalemøde.<br>1) Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen.<br>2) Der er prioriteret og igangsat tiltag.<br>3) Der ses dato for evaluering. |           |   |
| 5.2 | 1) Effekten af tiltagene er evalueret<br>2) I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført.   |           |   |
| 5.3 | Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.<br><br>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.   |           | Plejecentret har arbejdet aktivt med udviklingspunkterne.<br><br>Der ses forbedret målopfyldelse for: <ul style="list-style-type: none"> <li>- At borgere med fødemiddelallergi tilbydes den rette kost</li> <li>- Opsporing af borgere i risiko for underernæring</li> <li>- Helbredstilstande i Cura</li> </ul> For andre områder ses endnu ikke at forandringerne har medført forbedret målopfyldelse, men tiltag er på vej: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontaktperson</li> <li>- Det skriftlige arbejdsgrundlag for frontmedarbejderne</li> <li>- At kostbeslutninger implementeres i praksis</li> <li>- Struktur for magtanvendelse</li> <li>- Terapeutsamarbejde.</li> </ul> |



# 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 forbedringsområder, 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 Odsherred Kommune. Tilsynet udføres efter manual, som er tilpasset behovene og prioriteringerne i Odsherred 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 farvemarkeres 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, 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 sundhedslovsydelse, kvalitetssikring og patientsikkerhed i kommuner og regioner gennem funktioner som oversygeplejerske, kvalitetschef, tilsynschef, akkrediteringskoordinator m.m.

Hun har været surveyor med ledende funktioner gennem 13 år for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) indtil 2021.

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

