



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Furesø Kommune

Center for Sundhed og Seniorliv

Ryetbo Plejehjem

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	10
Resultater og vurdering af de enkelte temaer	10
Tema 1 Funktionsevne	11
Tema 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	12
Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	14
Tema 3a Sammenhæng og forudsigelighed	17
Tema 3b Sammenhæng og forudsigelighed	19
Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn	21
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	22
Om virksomheden og kontaktoplysninger	25

Forord

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

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

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

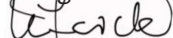
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

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

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

Venlig hilsen



Nethé Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef



Fakta om tilsynet

Plejehjem:

Ryetbo Plejehjem, Ryetvej 20, 3500 Værløse

Leder:

Lise Bligaard

Antal beboere:

108 borgere

Tilsynsbesøget fandt sted:

23. oktober 2024

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 9 borgerjournaler), instrukser, handplaner, borgerinformationer, nyhedsbreve, flowchart, menuplaner m.v.
- Interview: 5 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Desuden har tilsynet interviewet 1 forstander, 4 sygeplejersker, 3 SSH/hjælpere, 1 projektleder, 1 demensressourceperson, 2 fysioterapeuter, 1 medarbejder med cafefunktion og 1 rengøringsmedarbejder.
- Observation: 6 borgers bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig morgen- eller middagspleje til 3 borgere og hjælp til spisning hos 3 borgere.

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP.

Samlet tilsynsresultat

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

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

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

Målene er i høj grad opfyldte

Vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

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

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

Målene er i høj grad opfyldte

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Målene er i middel grad opfyldte

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

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

Løbende opfølgning anbefales.

Målene er i lav grad opfyldte

2 eller flere temaer er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

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

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

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

Kritisable forhold

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

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

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

Styrker

Funktionsevne

Borgerens mulighed for at bevare deres funktionsevne understøttes i den daglige pleje og i samarbejdet mellem borger og terapeuter. Borgerne udviser i vid udstrækning tryghed og tilfredshed. De fortæller om et velfungerende samarbejde i hverdagen med de medarbejdere, der kender dem godt. Der forefindes relevante hjælpemidler hos de besøgte borgere, og de faste medarbejdernes praksis fremstår rutineret og omsorgsfuld.

Livskvalitet og tilfredshed

Siden seneste tilsyn har Ryetbo arbejdet systematisk med kompetenceudvikling for ufaglærte med særlig fokus på at kunne imødekomme borgernes behov for at kunne tale sammen med alle på dansk.

Den gode hverdag: Borgerne udtrykker høj tilfredshed med livet på plejehjemmet og fortæller, at medarbejderne er meget imødekommende. De er glade for de aktiviteter, der tilbydes, og hvor de møder andre. Der tilbydes bl.a. musik/bevægelse, stoleyog, banko og ugentlig cafe. Denne er et hit hos både borgere og nogle pårørende. En borger nævner, at det er vigtigt her at kunne møde andre mentalt friske mennesker.

Personlig pleje: Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer personlig pleje til flere borgere og iagttager velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær i form af småsludren undervejs, snak om tøjvalg samt guidning tilpasset borgers tempo og stemning. Medarbejdere kan redegøre for, hvorledes det prioriteres, at borgernes grundlæggende behov i videst mulige omfang bliver tilgodeset.

Praktisk hjælp: Tilsynsførende vurderer, at hjælpen tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes vaner, ønsker og behov. Der ses borgere, som vedligeholder færdigheder ved ADL. Det er tilsynsførendes oplevelse, at hjælpemidler så vidt muligt integreres i lejlighedens øvrige møblement, så lejlighederne fremstår så hjemlige som muligt. Boliger og hjælpemidler fremtræder rengjorte svarende til rengøringsstandarder.

Mad og måltider: Maden leveres fra Ryetbo produktionskøkken. Tilsynet hører overvejende godt om madens smag og tilberedningen roses. Måltiderne er det sociale samlingspunkt. Tilsynet overværer morgenmåltid og frokosten. I nogle af afsnittene høres en hyggelig stemning, som medarbejderne er en del af.

Sammenhæng og forudsigelighed

Der er demensressourcepersoner på hver etage, som holder månedlige møder med centrets demenssygeplejerske. Triagering støtter dialogen om sundheds-, social- og plejefaglige forhold. Her vægtes både den tidlige opsporing af borgere, hvis tilstand har ændret sig, og hvor der er brug for en særlig indsats, såvel som inddragelse af social- og plejefaglig viden med inddragelse af trivselskar, socialpædagogisk indsats m.m.

Siden seneste tilsyn er terapeutindsatsen struktureret og fremstår meget velfungerende. Det er tilsynets indtryk fra medarbejder- og borgerinterviews, at de smidige arbejdsgange medvirker til, at borgernes selvhjulpethed støttes bedst muligt.

Kvaliteten af det skriftlige arbejdsgrundlag er betydeligt forbedret i Nexus. En ny skabelon til døgnrytmeplan er ved at blive implementeret. Der er planer om anvendelse af Nexuskalender, hvilket må forventes at kunne nedsætte brugen af dobbeltdokumentation via papirkalendere, dagslister og kostmapper. Introduktion/sprogkursus har haft betydning for at medarbejderne i højere grad anvender Nexus både til at læse og skrive.

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

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 4 temaer er "Helt opfyldt"
- 2 temaer er "I betydelig grad opfyldt"

Hvert tema består af flere målepunkter.

Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er ”Helt opfyldt” kan rumme målepunkter med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten.

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

Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Målepunkt 2.10 Måltider og mad, der svarer til borgers behov

Der ses forskellig praksis ved måltiderne i enhederne, herunder opdækning, fjernsyn, medarbejderdeltagelse, mindske støj og andet, hvilket kun delvist kan begrundes i hensyntagen til borgerbehov.

Tilsynet hører, at der er afdækket problemstillinger i forhold til ”Det gode måltid på Ryetbo” og at konkrete tiltag er planlagt. Der er valgt projektleder.

Tilsynet anbefaler

- at implementere de beskrevne tiltag og fastlægge evaluering.

Målepunkt 2.11 Borgere med dysfagi og behov for fortykning

For 2 ud af 3 borgere ses uoverensstemmelse ved angivelse af fortykning af væsker. Dette dokumenteres i døgnrytmeplan samt under helbredstilstand. Desuden for nogle borgere i funktionsevnetilstand.

Fx er for en borger angivet 1,5 måleskeer uden væskeforhold i døgnrytmeplan. Af HT ses 2,5 til 150 ml.

Af kostmapperne ses, hvad borgerne foretrækker at spise og drikke, samt beriget kost o.a. men at borgere skal have fortykning er ikke medtaget.

Tilsynet anbefaler

- at tjekke overensstemmelse i Nexus og kostmapper for alle relevante borgere og opdatere ved behov
- i samarbejde med ergoterapeut at fastlægge ensartede begreber for formidling (konsistens, antal måleskeer pr. antal ml)
- genoverveje beslutning om at indskrive dysfagibehandling i funktionsevnetilstand.

Målepunkt 2.11 og 2.12: Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring m.v.

Fokus: Et væsentligt grundlag for, at borger har energi og kan deltage i egen pleje og være fysisk aktiv er, at ernæringstilstanden er så god som mulig. En utilstrækkelig ernæringstilstand kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens o.a. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne.

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

Borgerne tilbydes som udgangspunkt vejning x 1 måned. Arbejdsgangen styres via papirkalender i hver afdeling.

Udviklingspunkter:

Vægtkontrol: For 1 ud af 4 borgere ses overspring på 3 måneder. For 2 ses overspring på 1-2 måneder.

Når vægtkontrol ikke kan udføres på den planlagte dag, høres forskellige opfattelser af, hvordan vægtkontrollen flyttes til en anden dag og hvor man så finder oplysningen.

Reaktion på vægttab: For 1 ud af 2 borgere med vægttab ses reaktion på vægttabet. 1 borger har tabt sig 8 kg på 4 mdr. Indsatsmål er vedligehold af vægt. Der ses ikke tegn på, at vægttabet er formidlet videre til sundhedsfaglig vurdering af fortsat vejehyppighed, kost o.lign. HT ikke opdateret.

Tilsynet anbefaler

- at ensarte arbejdsgangen for flyt af vejning
- sundhedsfaglig opfølgning på vægtkontrol - evt. i forbindelse med triage
- at udfase papirkalenderne, når det skønnes forsvarligt.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Det skriftlige arbejdsgrundlag

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

Hjælpen skal løbende tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5, hvilket nødvendiggør, at der er en tilstrækkelig dokumentationspraksis, som anvendes og følges af alle medarbejdere samt, at aktuelle ændringer løbende dokumenteres.

Siden seneste tilsyn er journaliseringen forbedret betydeligt med høj overensstemmelse mellem oplysningerne mellem døgnrytmeplaner, funktionsevnetilstande og helbredstilstande m.m. Den papirbårne dobbeltdokumentation i kostmapperne fremstår opdateret.

Udviklingspunkter:

- a) Døgnrytmeplanerne: Der er proces i gang for at anvende en vedtagen skabelon. Der pågår løbende undervisning for medarbejdere, som har vanskeligt ved at læse og formulere sig.
- b) Den papirbårne dobbeltdokumentation for dagens opgaver, herunder bad, samt papirkalender fremstår umiddelbart velfungerende, men der ses mangler ved flyt af opgaver, når disse ikke kan udføres som planlagt. Medarbejdere på forskellige enheder fortæller om forskellig praksis.

Tilsynet anbefaler at

- fortsætte den ihærdige indsats med opdatering og brug af døgnrytmeplanerne
- ensarte arbejdsgangene i afdelingerne ved brug af dobbeltdokumentation
- udfase papirbaseret dobbeltdokumentation, når det er muligt.

Oversigt over de enkelte temaer

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

Af nedenstående oversigt angives den samlede målopfyldelse for hvert tema. Vurderingen er angivet med farver og kategorierne H O (Helt opfyldt er angivet med grøn), B O (I betydelig grad opfyldt er angivet med lysegrøn), N O (I nogen grad opfyldt er angivet med gult), I O (Ikke opfyldt er angivet med rødt).

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

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

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

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



Tema 1 Funktionsevne

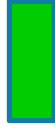
Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle-punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt?2) Hjælper den hjælp du får dig til at vedligeholde dine færdigheder?3) Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til, at bliver inddraget i at klare flest mulige dagligdags aktiviteter selv (fx personlig pleje, vande blomster, lægge tøj sammen, støve af m.m.)4) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for?		Målepunkterne er vurderet efter tilsynets samlede skøn og indtryk af borgernes oplevelse, da borgerne på plejehjemmet er kognitivt udfordret på grund af demens.
1.3	<ol style="list-style-type: none">1) Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson jf. kommunens beslutning2) Relevante borgere er tilbudt en rehabiliterende indsats og der er fulgt op på indsatsen.3) Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder.		
1.4	<ol style="list-style-type: none">1) Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan beskrive, hvorledes mål fastsættes i samarbejde med borger med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer.2) Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.		
1.5	Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering.		

Tema 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Kvalitetsindikatorer

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



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



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

Samlet vurdering

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.7	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad?2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp?3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.?4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen?		
2.8	<p>Medarbejdere kan fortælle om velfungerende arbejdsgangene, der sikrer</p> <ol style="list-style-type: none">1) Den enkelte borgers ønsker og aftaler om mad imødekommes2) Klar opgavefordeling ved måltiderne3) At borddækning sker som aftalt på centret.		
2.9	<p>Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende. Der høres om involvering af borgere i det omfang det er muligt.</p>		
2.10	<p>Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.</p>		<p>Der ses forskellig praksis ved måltiderne. Opdækning, fjernsyn, medarbejderdeltagelse og andet ses forskelligt praktiseret, hvilket ikke til fulde kan begrundes i hensyntagen til borgerbehov. Køkken og spisestue er oftest i samme rum. Medarbejdere varetager i flere enheder arbejdsopgaver ved opvaskemaskiner, vask, køleskab etc. under måltidet.</p>

	<p>Arbejdsgangene støtter at borgere med særligt kostbehov tilbydes den rette kost, eksempelvis for borgere med</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dysphagi 2) Beriget kost 3) Fødemiddelallergi <p>Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere i journalen samt – hvis det er praksis - i døgnytmepleaner, handleanvisninger i eventuelle kostsedler i køkkener o.a.</p>	<p>Tilsynet hører, at der er afdækket problemstillinger i forhold til ”Det gode måltid på Ryetbo” og at konkrete tiltag er planlagt. Der er valgt projektleder.</p>
<p>2.11</p>		<p>Borgere med dysfagi: For 2 ud af 3 borgere ses uoverensstemmelse mellem angivelse af borgers behov for TUC. Det dokumenteres i døgnytmeplean samt under helbredstilstand. Desuden for nogle borgere i funktionsevnetilstand. Fx en borger hvor 1,5 måleskeer er angivet uden væskeforhold. Af HT ses 2,5 til 150 ml. Kostmapper bruges af frontmedarbejderne. Her står at borger fx op til at få juice, mælk kaffe etc. Men der er ikke tilføjet at væsken skal tilsættes fortykning inden servering. Ingen borgere har fødemiddelallergi. Arbejds gange kan ikke afdækkes.</p>
<p>2.12</p>	<p>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejds gange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab. 2. Aftalt vejhyppighed ses udført 3. Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. 4. I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleanvisende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen. 	<p>Ad 2) Borgerne tilbydes som udgangspunkt vejning x 1 måned. 1 ud af 4 borgere har overspring på 3 måneder. 2 har overspring på 1-2 måneder. Vægtkontrol styres i papirkalender. Der høres forskellig praksis for flyt af vægt. Ad 3) For 1 ud af 2 borgere med vægttab ses reaktion på vægttabet.</p>



			<p>1 borger har tabt sig 8 kg på 4 mdr. Indsatsmål er vedligehold af vægt. Der ses ikke tegn på, at vægttabet er formidlet videre til sundhedsfaglig vurdering af fortsat vejehyppighed, kost o. lign. HT ikke opdateret.</p>
--	--	--	---

Tema 3a Sammenhæng og forudsigelighed: Flerfagligt samarbejde

Samlet vurdering:

Nr. Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1 Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? 2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?! 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 5) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald.		
3.2 Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing samt opfølgning Medarbejdere kender arbejdsgangene for 1) At formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner 2) At følge op på indgåede aftaler.		Der er daglig triagemøde i de 3 afdelinger. Tilsynet overværer et fyldestående møde på 1 kvarter. Tilstanden hos ca 5 borgere som er triageret gull/rød drøftes, beslutninger tages og det besluttet, hvem der følger op. Ved habituel tilstand aftaler medarbejderne, hvem der skriver resume i fagligt notat og døgnrytmeplan. For grønne borgere afdækkes ændringer – 1 scorer gul. Blomsten indgår i medarbejdernes refleksioner. Der deltager leder, 2 sygeplejersker udover elever, hjælper, SSH'er og assistent.
3.3 Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter 1) Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne med tildeelt §§ 83 og 86, opfølgning på GOP samt vederlagsfri fysioterapi. 2) Medarbejdere kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere og hvordan de – hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i		

den daglige hjælp, pleje og omsorg.

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

Tema 3b Sammenhæng og forudsigelighed - Det skriftlige arbejdsgrundlag

Samlet vurdering:

Nr. Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
<p>3.4 Det skriftlige arbejdsgrundlag - Generelt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medarbejderne kender og anvender omsorgsjournalen ensartet. 2. Der ses overensstemmende oplysninger om borgerens tilstande mellem tilstande, handlingsanvisninger, observationer, faglige notater, døgnrytmeplaner mv. 3. Oplysninger på eventuelle tavler, i papirkalendere, i print og andre supplerende informationer til borgere og medarbejdere er i overensstemmelse med omsorgsjournalens oplysninger og borgers aktuelle tilstand. 4. Kædeprocessen <i>måling, reaktion, sundhedsfaglig vurdering, konsekvensrettelse</i> er undersøgt og fundet veldokumenteret. 5. Oplysninger fra f.eks. terapeuter og demensvejledere er lettilgængelige for assistenter og hjælpere. 6. Arbejdsgangen for konsekvensrettelse ved ændringer i borgers tilstand beskrives ensartet af medarbejdere der har opgaver i forbindelse med dette. <p>Målepunktet omfatter de dele af omsorgsjournalen, som er relevant for tilsynets foci. Andre krav om journalføring for sundhedslovsydelser er som udgangspunkt ikke omfattet, medmindre der under tilsynsbesøget skulle blive identificeret forhold, der kan indebære en risiko for borgeren.</p>		<p><u>Opdatering af døgnrytmeplaner, funktionsevnetilstande og helbredstilstande</u> Der ses forbedringer fra seneste tilsyn i januar 2023.</p> <p>Der ses enkeltstående afvigelser.</p> <p>Dobbeltdokumentation: Der anvendes dobbeltdokumentation i form af kostmapper, kalendere og dagslister for dagens opgaver.</p> <p>Kostmapperne fremstår opdaterede og i overensstemmelse med Nexus. Et opmærksomhedspunkt er, at der i kostmapperne ikke er angivet, når borger har behov for fortykning af væsker.</p> <p>Kalendere og daglister: Her journaliseres fx bad, der ikke er leveret og vejninger, der ikke er udført. Det kan skyldes prioritering af opgaver eller at borger takker nej. Men det er uklart, hvornår 2 ud af 4 borgere sidst fået et bad. Vægtkontroller, som ikke udføres på dagen skal flyttes til en anden dag. Medarbejderne har forskellig praksis.</p>

			<p>Der ses vægtkontroller og bad, som ikke er udført, hvilket kan skyldes at opgaven ikke fremgår af opgavelisten.</p>
<p>3.5</p>	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag for udførelse af de daglige social- og plejefaglige opgaver hos borgerne</p> <p>Døgnrytmeplaner indeholder lettilgængelige, opdaterede og handleanvisende oplysninger om borgers ressourcer og behov, herunder hvorledes støtten ydes individuelt ud fra borgers livsstil og ønsker.</p>		<p>Døgnrytmeplaner: Nogle ses individuelle, handleanvisende og opdaterede.</p> <p>Nogle døgnrytmeplaner indeholder få oplysninger, som ikke er tilstrækkelige til at møde borger ift. dennes individuelle ønsker og behov til personlig pleje og til en varieret hverdag.</p> <p>Der er ved at blive implementeret nye overskrifter. Der ses eksempler på dette. Det sætter en medarbejder, der ikke kender borger så godt i stand til at udføre et genkendeligt, trygt borgerbesøg.</p>

Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering: ████████

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle-punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfølgelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Handleplanen kan f.eks. have form af referat fra personalemøde.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen.</p> <p>Der er prioriteret og igangsat tiltag.</p> <p>Der ses dato for evaluering.</p>		
4.2	<p>Effekten af tiltagene er evalueret.</p> <p>I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført.</p>		
4.3	<p>Målopfølgelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>		

Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

Tilgang og formål

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

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

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

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

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

Samlet set stiler tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

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

Tilsynsbesøget er gennemført uanmeldt og er et udtryk for det øjebliksbillede, som er tilgængeligt på tidspunktet for tilsynets gennemførelse. Tilsyn udføres 12 måneder efter seneste tilsyn +/- 4 måneder, medmindre andet er aftalt med kommunen.

Indhold og metode

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

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

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

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

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

Vurderingsprincipper

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

Vurdering sker på 4 niveauer:

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

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

Vurdering af den enkelte stikprøve

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

Vurdering af de enkelte målepunkter

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

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

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

Vurdering af det enkelte tema

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

Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

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

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

Målene er i høj grad opfyldte

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Målene er i middel grad opfyldte

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

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

Målene er i lav grad opfyldte

2 eller flere temaer er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

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

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

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

Kritisable forhold

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

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

Om virksomheden og kontaktoplysninger

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

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

akkrediteringsraadgiverne.dk er en privat leverandør af rådgivning og tilsyn til de danske kommuner og sygehuse, herunder tilsyn og kvalitetsbesøg inden for serviceloven og sundhedsloven.

Konsulentfirmaet består af virksomhedsleder, som sammen med udvalgte samarbejdspartnere varetager alsidige opgaver, eksempelvis:

- Tilsyn med plejeboliger på ældreområdet
- Tilsyn med fritvalgsområdet
- Andre kvalitetsbesøg/tilsyn i hjemmesygeplejen, akutfunktioner, plejecentre og hjemmeplejen efter serviceloven og sundhedsloven
- Kvalitetsbesøg/temperaturmålinger ift. ædretilsynets 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, herunder uddannelse til auditor for Dansk Standard og akkrediteringssurveyor for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) samt forandringsagentuddannelsen fra Dansk Selskab for patientsikkerhed.

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

Særlig relevante erfaringer:

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

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

