



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Furesø Kommune

Center for Sundhed og Seniorliv

Plejehjemmet Lillevang Kornelhaven

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
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 - Måltider og mad, der svarer til borgers behov	14
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	16
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	19
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	20
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	21
Om virksomheden og kontaktoplysninger	24

Forord

De uanmeldte tilsyn i Furesø Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Furesø Kommune har med sit tilsynskoncept valgt at 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.

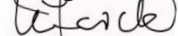
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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:

Plejehjemmet Lillevang Kornelhaven, Lillevænget 1, 3520 Farum

Leder:

Majbritt Jensen

Antal beboere:

24 borgere

Tilsynsbesøget fandt sted:

30. januar 2023

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 5 borgerjournaler), instrukser, hand-leplaner, borgerinformationer, menuplaner, køkkensedler i afdelingskøkkener og i produktionskøkken, nyhedspost, borgermapper m.v.
- Interview: 2 borgere, som helt/delvist kan medvirke til interview. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Desuden har tilsynet interviewet 1 leder, 2 sygeplejersker, 2 assistenter, 3 hjælpere, 1 demensvejleder og 1 økonoma.
- Observation: 4 borgeres bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

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

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 4 borgere.

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP.

Samlet tilsynsresultat

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

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

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

Målene er i 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

Af 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, 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. Der ses Hold-træning, som er fast ugentlig aktivitet. Der forefindes relevante hjælpemidler hos de besøgte borgere, og de faste medarbejdernes praksis fremstår rutineret og omsorgsfuld.

Livskvalitet og tilfredshed

Den gode hverdag: Der høres stille musik i bo-miljøerne i morgentimerne. Borgerne udviser i vid udstrækning tryk og tilfredshed med livet i bo-miljøerne. De fortæller om et velfungerende samarbejde i hverdagen med de medarbejdere, der kender dem godt. I boligerne ses opslag med information om, hvem der er borgers kontaktpersoner blandt personalet.

Personlig pleje: Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer personlig pleje til flere borgere og iagttager velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser, som sikrer borgers blufærdighed. Der opleves nærvær i form af småludren undervejs, snak om tøjvalg samt guidning tilpasset borgers tempo og stemning.

Medarbejdere kan redegøre for, hvorledes borgernes grundlæggende behov i videst mulige omfang tilgodeses.

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 rengøringstandarden.

Mad og måltider: Maden leveres fra Lillevang produktionskøkken. Der høres om månedlige møder mellem plejehjemslederne på Lillevang og økonoma. Her drøftes blandt andet arbejdsprocesser og feedback om maden fra borgerne. Måltiderne er det sociale samlingspunkt. Tilsynet overværer morgenmåltid og frokosten. Der ses nærværende medarbejdere, der medvirker til hjemlige forhold.

Sammenhæng og forudsigelighed

Det flerfaglige samarbejde fremstår velfungerende. To demensvejledere arbejder på tværs af de 4 afdelinger på Lillevang. De medvirker til fokus på personcentreret omsorg i samværet med borgere og ved sparring med medarbejderne og medvirker til den løbende kompetenceudvikling.

Der er fast tilknyttede terapeuter, som bl.a. bidrager med visiteret §86 ydelse i form af ugentlig hold-træning.

Der høres om arbejdsprocesser som daglige morgenmøder, læsning af journaler og ugentlig triagemøder med den tilknyttede sygeplejerske samt terapeut og demensvejleder ad hoc. Her vægtes den tidlige opsporing af borgere, hvis tilstand har ændret sig, og hvor der er brug for en særlig indsats. Ved beslutningstagen er der opmærksomhed på journalisering og at aftalerne udføres. Samtidig medvirker det til den løbende kompetenceudvikling.

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

- 2 temaer er "Helt opfyldt"
- 1 tema er "I betydelig grad opfyldt"
- 2 temaer er "I nogen grad opfyldte".

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

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

Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Målepunkt 2.11: Får borger tilbudt den rette kost

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

Ernæringsindsatsen er en kædeproces med opgaver fordelt mellem elever, assistenter, sygeplejersker, terapeuter og ernæringsassistent m.fl. De tværgående arbejds gange er derfor afgørende for kvaliteten i opgaveløsningen.

Det er tilsynets vurdering, at der er opmærksomhed på at identificere borgere med risiko for underernæring. Der er ligeledes en generel opmærksomhed på at følge op på vægten og kostanvisninger hos de borgere, hvor der er identificeret en risiko for underernæring.

Udviklingspunkt: Der ses ikke fastlagte arbejds gange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt væggtab. Ved gennemgik i borgerjournaler med medarbejder ses generelt uoverensstemmende oplysninger i Nexus og arbejds gangen for opdatering af de papirbårne kostsedler i køkkenerne fremstår sårbar, hvilket er nærmere beskrevet i 2.11 og 2.12.

For alle borgere med behov for særlig kost grundet synke eller tyggebesvær ses uoverensstemmende oplysninger om kostform mellem køkkensedler, Nexus og produktionskøkkenets oversigt. Der ses "cremet kost, blød kost, gratinkost" for samme borger.

For 2 ud af 2 borgere med hhv. fødemiddelallergi og intolerance ses uoverensstemmende oplysninger mellem kostsedler i køkkenerne, oplysninger i Nexus samt oplysninger til produktionskøkkenet.

Tilsynet anbefaler

- at gennemgå alle borgeres kostsedler. Er særlig kost angivet gennemgås Nexus på tværs - og både Nexus og kostsedler samt oplysninger til produktionskøkkenet opdateres med korrekte og aktuelle oplysninger
- etablere fælles indsats for sammenhæng i ernæringsindsatsen med deltagelse af økonoma, diætist samt sundhedsfaglige medarbejdere
- at relevante borgere henvises til synketest
- at tydeliggøre kostformer relateret til problemet med fødeindtag
- at faglige beslutninger kommunikeres på en måde, der sikrer
 - at oplysninger i Nexus konsekvensrettes ved ændringer
 - at kostsedler i køkkenerne opdateres, når kostændringer besluttes
- at udfase dobbeltdokumentationen i kostsedlerne, når det skønnes forsvarligt
- at nedskrive de lokale beslutninger om ernæringsindsatsen.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Det skriftlige arbejdsgrundlag

Fokus: Fuldstående 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.

Der høres om en velfungerende Nexus-struktur lokalt.

Tilsynsførende gennemgik omsorgsjournaler med medarbejdere. Journaliseringen afspejler, at medarbejderne kender til at anvende funktionaliteterne i Nexus, men ikke får konsekvensrettet på tværs.

Det medfører for 5 ud af 5 undersøgte borgerforløb uoverensstemmende oplysninger mellem døgnrytmeplaner, handlingsanvisninger/faglige notater, borgers tilstande, observationer mv. Kostsedler og kalenderoplysninger er i nogen grad i overensstemmelse ift. Nexus (jf. 2.11).

Manglende konsekvensrettelser ved ændringer i borgerstilstand medvirker til uoverensstemmende oplysninger. Det medfører, at der 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 de igangsatte tiltag, herunder

- konsekvensrette i Nexus og papirbårne redskaber ved ændringer i borgernes tilstande
- fortsat undervisning og træning i Nexus
- evaluere ved mini-audit hver måned og eksempelvis anvende ernæringsområdet til fokus.

Tema 4 Hygiejne

Målepunkt 4.2 Tøjevask

Fokus: Når borgernes tøj vaskes i fælles vaskemaskiner, skal plejecentret sikre, at arbejdsprocesserne er overensstemmelse med god praksis og bryder smitteveje. De nationale infektionshygiejniske retningslinjer (NIR¹) anbefaler rengøring af fælles vaskemaskiner ved ugentlig kogevaske på tom maskine, rengøring af gummimembraner o.a.

Udfordring: Tøjevask sker i fælles vaskemaskiner, hvor forskellige borgers tøj sorteres efter vasketype og vaskes sammen. Tøjevasken udføres efter vedtagne lokale beslutninger, som ikke helt er i overensstemmelse med krav til kogevaske på tom maskine 1 gang om ugen mv.

Tilsynet anbefaler

- at Plejehjemmet Lillevang etablerer sig med hygiejneansvarlig medarbejder
- at opdatere hygiejnerutinerne og lave egenkontrolskema, så relevante medarbejdere kender rutinerne for ugentlig kogevaske, aftørring af membraner mv.

¹ Håndtering af tekstiler til flergangsbrug i sundhedssektoren, 2. udgave 2022 (ssi.dk)

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	Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering	
Tema 2a	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter	
Tema 2b	Livskvalitet og tilfredshed Måltider og mad, der passer til borgers behov	
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Koordinering ved ændring i borgers tilstand Flerfagligt samarbejde	
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning Værnemidler ved personlig pleje Tøjvask	
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Lokal proces med prioritering, tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen sammenlignet med seneste tilsyn	Relevant fra 2024

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

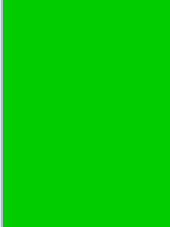




De enkelte temaer er konkretiseret i målepunkter. Hvert målepunkt udgør en indikator for kvalitet, som kan belyses gennem interview, observationer og dokumentation.

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: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt? 2) 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.) 3) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for?		
1.2	Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson jf. kommunens beslutning. Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder. Relevante borgere er tilbudt en rehabiliterende indsats og der er fulgt op på indsatsen.		
1.3	Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan give eksempel på, hvordan målene revideres i takt med at borgers ressourcer ændrer sig. Medarbejderne kan give eksempler på borgere, som støttes i ADL.		
1.4	1) Det fremgår af omsorgsjournalen, at borgers psykiske og fysiske ressourcer inddrages i planlægningen og udførelsen. 2) Borgers funktionsevnetilstande er opdateret ved indflytning og der er tydeligt mål for indsatsen.		
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



Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 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	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg). 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	<i>Praktisk hjælp, herunder rengøring</i> 1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen. 2) Personlige hjælpemidler fremtræder rene		
2.4	<i>Personlig pleje</i> 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. Medarbejderne beskriver arbejdsgange, der støtter at inkontinente borgeres behov for toiletbesøg og evt. bleskift imødekommes.		

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

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

Samlet vurdering



Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.7	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad? 2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp? 3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.? 4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen?		
2.8	Medarbejdere kan fortælle om velfungerende arbejdsgangene, der sikrer 1) Den enkelte borgers ønsker og aftaler om mad imødekommes 2) Klar opgavefordeling ved måltiderne 3) At borddækning sker som aftalt på centret.		
2.9	Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende. Der høres om involvering af borgere i det omfang det er muligt.		
2.10	Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.		På tilsynsdagen svarer antallet af medarbejdere til det antal borgere der har brug for hjælp til spisning og medarbejderne fungerer derfor samtidig som måltidsværter.
2.11	Arbejdsgangene støtter at borgere med særligt kostbehov tilbydes den rette kost, eksempelvis for borgere med 1) Dysphagi 2) Beriget kost 3) Fødemiddelallergi		Ad 1) For en borger med dysfagi ses kostformen benævnt "cremet kost, blød kost, gratinkost" på køkkensedler, Nexus og produktionskøkken.

	<p>Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere i journalen samt – hvis det er praksis - i døgnrytmeplaner, handleanvisninger i eventuelle kostsedler i køkkener o.a.</p>		<p>Ad 3) For 2 ud af 2 borgere med hhv. fødemiddelallergi og intolerance ses uoverensstemmende oplysninger mellem kostsedler i køkkenerne, oplysninger i Nexus samt oplysninger til produktionskøkkenet.</p> <p>Fælles for 1+2+3: Sundhedsfaglige oplysninger om kostformer og allergi ses i flere tilfælde journaliseret i funktionsevnetilstande. Oplysningerne hører til i helbredstilstande. Hvis det også ønskes indskrevet i funktionsevnetilstande henledes opmærksomheden på at dobbeltdokumentationen indebærer at begge steder skal opdateres løbende.</p>
2.12	<p><i>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab. 2. Aftalt 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 1) Arbejdsprocessen ses ikke nedskrevet.</p> <p>Ad 2) Vejhyppighed ses i nogen grad efterfulgt. Grundet opdateringer i Nexus anvendes kalenderen ikke.</p> <p>Ad 3+4) For 2 borgere ses kostanvisning. Kostanvisningerne ses ikke afspejlet i køkkensedler eller døgnrytmeplan.</p>

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

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	<i>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing samt opfølgning</i> 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.		
3.3	<u>Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter</u> 1) Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne med til-delt §§ 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.		<i>De faste terapeuter yder terapeutisk ydelse blandt andet i form af ugentlig hold-træning.</i> <i>Der høres om et velfungerende, tæt samarbejde mellem plejemedarbejderne og terapeuterne.</i> <i>Samarbejdet afspejler sig ikke i døgnrytmeplanerne i forhold til inddragelse af individuelle tilpasninger/træningsaktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.</i>

3.4	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag - Generelt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medarbejderne kender og anvender omsorgsjournalen ensartet. 2. Der ses overensstemmende oplysninger om borgerens tilstande, handlingsanvisninger, observationer, faglige notater, døgnrytmeplaner mv. 3. Oplysninger på eventuelle tavler, i papirkalendere, i print og andre supplerende informationer til borgere og medarbejdere er i overensstemmelse med omsorgsjournalens oplysninger og borgers aktuelle tilstand. 4. Kædeprocessen <i>måling, reaktion, sundhedsfaglig vurdering, konsekvensrettelse</i> er undersøgt og fundet veldokumenteret. 5. Oplysninger fra f.eks. terapeuter og demensvejleder er lettilgængelige for assistenter og hjælpere. 6. Arbejdsgangen for konsekvensrettelse ved ændringer i borgers tilstand beskrives ensartet af medarbejdere der har opgaver i forbindelse med dette. <p>Målepunktet omfatter de dele af omsorgsjournalen, som er relevant for tilsynets foci. Andre krav om journalføring for sundhedslovsydelser er som udgangspunkt ikke omfattet, medmindre der under tilsynsbesøget skulle blive identificeret forhold, der kan indebære en risiko for borgeren.</p>		<p>Ad 1) Der høres om en velfungerende Nexus-struktur lokalt.</p> <p>Ad 2+4+6) Journaliseringen afspejler, at medarbejderne kender til at anvende Nexus, men ikke får konsekvensrettet på tværs.</p> <p>Det medfører for 5 ud af 5 undersøgte borgerforløb uoverensstemmende oplysninger mellem døgnrytmeplaner, handlingsanvisninger/faglige notater borgers tilstande, observationer mv. og gør det vanskeligt at finde hinandens oplysninger.</p> <p>Ad 3) Kotsedler, mapper, kalendere, oversigter i produktionskøkkenet er i nogen grad i overensstemmelse ift. Nexus (jf. 2.11).</p>
3.5	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag for udførelse af de daglige social- og plejefaglige opgaver hos borgerne</p> <p>Døgnrytmeplaner indeholder lettilgængelige, opdaterede og handleanvisende oplysninger om borgers ressourcer og behov, herunder hvorledes støtten ydes individuelt ud fra borgers livsstil og ønsker.</p>		<p>Døgnrytmeplanerne ses af meget forskellig brugbarhed. Det skyldes blandt andet den generelle uoverensstemmelse mellem journaliseringen i Nexus</p> <p>Dagvagt: 3 ud af 5 fremstår opdaterede, individuelle og fyldestgørende svarende til borgers aktuelle tilstande.</p> <p>Aftenvagt: For 2 ud af 5 ses tilstrækkelige oplysninger. Der ses sparsomme oplysninger om borgers individuelle vaner og ønsker.</p>

			<p><i>Dette har særlig betydning for borgere der er ramt af demens at aften timerne kan forløbe forudsigeligt, herunder musik, dukke/bamse, sengetider/vaner m.m.</i></p>
--	--	--	---

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	1) Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejecentre, herunder arbejdsdragt og værnemidler. 2) Værnemidler er lettilgængelige for medarbejderne.		
4.2	Hvis plejecentret varetager tøjvask uden for borgers bolig: Instruks for tøjvask er lettilgængelig for medarbejderne og følger anbefalingerne i NIR. Tøjvasken sker i overensstemmelse hermed.		<p>Tøjvask sker i fælles vaskemaskiner, hvor forskellige borgeres tøj vaskes sammen.</p> <p>Tøjvasken udføres efter vedtagne beslutninger. Disse er ikke helt i overensstemmelse med NIR ift.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kogevask på tom maskine 1 gang om ugen - Rengøring af membraner mv. <p>Vask på 40 grader vaskes med vaske-middel som ikke fremstår virksom overfor virus og bakterier. (Leder kan undersøge dette i høringsfasen og melde tilbage).</p>

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

Relevant fra 2024

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Handleplanen kan f.eks. have form af referat fra personalemøde.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</p>		
5.2	<p>Effekten af tiltagene er evalueret. I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført</p>		
5.3	<p>Målopfyldelsen 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 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 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 og beskrives under figuren.

Niveauer	Det samlede tilsynsresultat															
Temaer																
Målepunkter																
De enkelte stikprøver																

Vurdering af den enkelte stikprøve

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

Vurdering af de enkelte målepunkter

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

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

Vurdering af det enkelte tema

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

Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

Alle temaer er samlet set vurderet "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

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

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

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



Om virksomheden og kontaktoplysninger

Nethe Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef

DMK-tilsynsafdeling, akkrediteringsraadgiverne.dk
Egebjergvej 232 a
4500 Nykøbing Sjælland
Mobil: +45 2869 8898
Mail: nethe@jorck.net

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

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

- Tilsyn med plejeboliger på ældreområdet
- Tilsyn med fritvalgsområdet
- Andre kvalitetsbesøg/tilsyn i hjemmesygeplejen, akutfunktioner, plejecentre og hjemmeplejen efter serviceloven og sundhedsloven
- Kvalitetsbesøg/temperaturmålinger ift. ældretilsynets målepunkter
- Kvalitetsbesøg/temperaturmåling ift. risikobaseret tilsyn med STPS's målepunkter
- Second opinion kombineret med kvalitetsbesøg/tilsyn ved eksempelvis klagesager
- Tværsektorielle borgerforløb. Ressource- og opgavefordeling
- Brugerundersøgelser, herunder borgertilfredshedsundersøgelser

Ovenstående liste er ikke udtømmende. Sundhedslovs- og servicelovsområdet giver stadig mere komplekse udfordringer i hverdagen, hvor vi kan byde ind med et samarbejde med fokus på en bestemt borgersituation, vinkel eller en særlig dagsorden.

Om virksomhedsleder og tilsynschef

Nethe Jorck har sundhedsfaglig uddannelse (sygeplejerske) suppleret med MPP (Master of Public Policy) 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.

