



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Greve Kommune

Sundhed og Pleje

Rehabiliteringscenter Hedebo

Dahliahuset

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 – mad og måltider	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 Greve Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Greve 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.

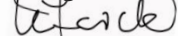
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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



Nette Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejeenhed

Rehabiliteringscenter Hedebo og Dahliahuset, Degnestrædet 1, 2670 Greve

Enhedsleder:

Christina Giarbini

Antal beboere:

Hedebo: 37 pladser. Pladserne er kapacitetsstyret. På tilsynsdagen er der 20 borgere.

Dahliahuset: 8 borgere.

Tilsynsbesøget fandt sted:

15. maj 2023

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 8 borgerjournaler), instrukser, hand-leplaner, borgerinformationer, menuplaner m.v.
- Interview: 4 borgere, som helt eller delvis kan medvirke til interview. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Herudover er 2 pårørende interviewet. Desuden har tilsynet interviewet 1 enhedsleder, 2 sygeplejersker, 3 assistenter, heraf 1 aftenvagt, 3 hjæl-pere, 1 ufaglært aftenvagt, 2 fysioterapeuter, 1 køkkenleder, 1 rengøringsassistent.
- Observation: 6 borgeres bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig pleje til 3 borgere og hjælp til spisning hos 3 borgere.

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

Plejeenheden har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

Samlet tilsynsresultat

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

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, Greve Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Generelt

Hedebo fremstår som en velstruktureret enhed for midlertidige pladser. Der er 20 pladser belagt, heraf afventer 8 borgere plejecenterplads og 1 borger er aflastning/vurdering.

Dahliahuset ligger i umiddelbar tilknytning til Hedebo. Her bor borgere ramt af demens, som har brug for skærmede forhold. De sidste 4½ måned har Dahliahuset organisatorisk hørt til Hedebo. Der er blevet tilknyttet demensambassadører til enheden såvel som sygeplejerske med specialviden. På tilsynstidspunktet ses udviklingspunkter i forhold til det skriftlige arbejdsgrundlag, som kan have betydning for den fornødne kvalitet både i hverdagens social- og plejefaglige indsats samt ved håndtering af akut opståede ændringer i borgernes funktionsevne eller helbredstilstand.

Styrker

Funktionsevne:

Hedebo: Interviewede borgere, som har været på afdelingen over 7 dage, giver udtryk for, at opholdet har hjulpet med til at komme i gang igen. De fortæller, at deres funktionsevne er øget betydeligt. Flere sætter pris på oversigtstavlen på stuen med aftalerne. Borgere med genoptræningsforløb oplever en velorganiseret træningsindsats og god kontakt og samarbejde med alle medarbejderne. Medarbejderne fremstår hjælpsomme og udviser engagement i den faglige kerneydelse og støtter borger til mest mulig hjælp til selvhjælp ved den personlige pleje og hverdagen. Servicelovsydelser ydes omsorgsfuldt og med respekt for den enkelte borgers ønsker.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen:

Hedebo: De interviewede borgere udtrykker, at de er særdeles glade for at være på Hedebo og at de kun møder imødekommende, venlige og omsorgsfulde medarbejdere. En borger udtrykker: "De er så gode til at hjælpe mig og terapeuterne er helt uundværlige for mig". Tilsynet oplever en venlig, anerkendende og varm omgangstone. Dahliahuset: Det er tilsynets indtryk, at de erfarne faste medarbejdere anvender faglige arbejdsgange og metoder til at varetage omsorgen for borgeres særlige behov.

Tilsynet iagttager ved frokosten og i eftermiddagstimerne en rolig stemning. Pårørende er meget tilfredse. De oplyser at de er trygge ved at have deres pårørende boende i Dahliahuset. De oplever medarbejderne imødekommende, og at de bliver kontaktet og involveret, når der har været anledning til det.

Personlig pleje og praktisk hjælp: Tilsynsførende overværer dele af personlig pleje hos 3 borgere. Der ses velegnede arbejdsprocesser og hjælpen tilrettelægges efter borgernes vaner, ønsker og behov med hensyntagen til borgers aktuelle tilstand. Borgerne fremtræder velplejede og velsoignerede efter ønske og støttes i at gøre så meget som muligt selv. Boligerne fremtræder velfungerende, ryddelige og rengjorte. Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere.

Hverdagen og aktiviteter på plejecentret: Hedebo: Her er aktiviteter såvel inde som ude. Tilsynet hører om quizz, musik, duocykling, som udføres i et samarbejde mellem centrets aktivitetsmedarbejdere og frivillige.

Dahliahuset: Her er tilknyttet aktivitetsmedarbejder. Der ses oversigt over ugens aktiviteter på opslagstavlen. Desuden ses i boliger en oversigt for den enkelte borger, så pårørende har mulighed for at følge med og kunne tale med deres nære om dagens oplevelser. Om eftermiddagen ses, at der bliver mulighed for at komme udenfor og bruge udendørsarealerne til at få drikke og socialt samvær.

Måltider: Tilsynet hører kun godt om madens variation og smag. Allerede ved indflytning inddrages borger ved udfyldelse af spørgeskema om borgers madvaner og eventuelle allergier eller "kan ikke lide". En borger udtaler: "Jeg spiser ikke så meget, men jeg har nu taget på alligevel og det er fordi maden er så god". I flere afsnit ser tilsynet, at medarbejdere medvirker som måltidsværter og bidrager til, at måltidet bliver en god oplevelse. Borgere med behov for hjælp til spisning, hjælpes på en omsorgsfuld måde i borgers tempo. Tilsynet oplever spisesituationer, hvor der hygges og småsnakkes ved bordene.

Sammenhæng og forudsigelighed:

Hedebo: Tidlig opsporing af ændringer i borgernes tilstande støttes af daglige tavlemøder, hvor så mange medarbejdere som muligt deltager. Triage medvirker til at fremme videndeling og giver mulighed for en fælles faglig drøftelse af aktuelle forhold. Der arbejdes med kontaktpersonsordning, så borgeren oplever størst mulig kontinuitet i plejen. Sygeplejersker og assistenter har generelt velfungerende arbejdsgange i den daglige sikring af den sundhedsfaglige kvalitet. Fysioterapeuter er involveret ved genoptræningsforløb efter sundhedsloven §140. Der ses tydelige mål for indsatsen i det forløb, hvor den nye arbejdsgang sammen med terapeuterne er implementeret.

Dahliahuset: Der er samarbejde med kommunens konsulenter, terapeuter, Hedebo's sygeplejersker og socialpsykiatrien. Tilsynet hører om beboerkonferencer, som er afholdt tidligere. Det forventes at blive taget op igen. Døgnrytmeplanerne afspejler i flere tilfælde, at blomsten anvendes og væsentlige oplysninger er indskrevet til brug for, at medarbejderne kan møde borger på den måde, borger har brug for.

Siden seneste tilsyn har centrets sygeplejersker og fysioterapeuter forandret arbejdsgangene for borgerforløb med GOP efter sundhedsloven. Det første forløb viser overensstemmende oplysninger på tværs af journalen (undersøgt i forhold til de målepunkter som indgår i det kommunale tilsyn).

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

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 3 temaer er "Helt opfyldt"
- 3 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 At borger tilbydes den rette kost (Dahliahuset)

Fokus: Et væsentligt grundlag for, at borger har energi og kan deltage i egen pleje og være fysisk aktiv er, at ernæringstilstanden er så god som mulig. Ældre og småspisende borgere er ofte sårbare, idet en utilstrækkelig ernæringstilstand kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens.

Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne, og er dermed en risiko for borgerne. Forebyggelse kræver en tidlig opsporing. Ernæringsindsatserne en kædeproces med opgaver fordelt mellem hjælpere, elever, uuddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl.

Vejninger af borgere er et af indikatorerne på, om borgerne får den ernæring, de har behov for. (Se [2015-AEldre_vægttab_anbefalinger.ashx \(sst.dk\)](https://www.sst.dk/da/2015-aeldre-vaegttab-anbefalinger))

Udfordring: For et vægttab over 2,5 kg sås vægttabet ikke formidlet videre til sundhedsfaglig vurdering af fremtidig vejhyppighed og kostbehov mv.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsatsen for

- at følge op på vejedage i Dahliahuset, hvorvidt vejningerne har afdækket vægttab. Dette kan være assistents opgave
- at medtage fokus ved audit på vejhyppighed og reaktion på vægttab.

Fødemiddelallergier og lignende

Fokus: Der skal være fastlagte arbejdsgange, der kan sikre, at fødemiddelallergier/intolerans er kendt både for medarbejdere, der tilbereder og/eller serverer maden.

Udviklingspunkt: For 1 borger med fødemiddelallergi, som kan give straksreaktion, er køkkenleder informeret skriftligt via spørgeskema om kost til borger. På den aktuelle liste over borgere med særlig kost ses oplysningen om fødemiddelallergien ikke. Arbejdsgangene kan derved indebære en risiko for borgerne.

Tilsynet anbefaler,

- at styrke arbejdsgange for at medarbejdere, der varetager madlavning og servering, sikres skriftlige oplysninger om borgernes fødemiddelallergier og intolerancer
- at fastlægge arbejdsgange, der gør det vanskeligt for medarbejderne at tilberede og servere forkert kost til borgerne.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed (Dahliahuset)

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.

Udfordring:

Borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer ses ikke beskrevet fyldestgørende og tidstro. Der ses for 3 ud af 5 borgerforløb uoverensstemmende oplysninger mellem helbredstilstande, døgnrytmeplan, observationer og målinger.

Tilsynet erfarer at der er tiltag i gang for forbedringer.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- sikre lettilgængelige og opdaterede oplysninger til frontmedarbejderne
- udføre jævnlig miniaudit med fokus på overensstemmende oplysninger med involvering af sygeplejerske og assistenter.

Team 4 Hygiejne (Dahliahuset og Hedebo)

Tøjvask

Fokus: Når borgernes tøj vaskes i fælles vaskemaskine, skal plejecentret sikre, at arbejdsprocesserne er overensstemmelse med de nationale retningslinjer, NIR¹, herunder rengøring af vaskemaskinerne i form af ugentlig kogevaske på tom maskine, rengøring af gummimembraner o.a. Ved vask på lave temperaturer skal vasken foregå med egnet vaskemiddel.

Udfordring: Ovenstående foranstaltninger til brud af smitteveje ses ikke indført.

Tilsynet anbefaler

- at der udarbejdes et egenkontrolskema, så datoer og ugenumre er let aflæselige og hvor den ugentlige kogevaske, aftørring af membraner mv. kan dokumenteres
- undersøge med pedelfunktion, hvorvidt vaskemidlet lever op til krav og træffe aftaler ved behov
- at gennemgå arbejdsrutinerne med medarbejdere, så anbefalingerne i NIR bliver efterlevet.

¹ Håndtering af tekstiler til flergangsbrug i sundhedssektoren, 2. udgave 2022

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	

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	<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) 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	<p>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.</p>		
1.3	<p>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. Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.</p>		
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>		Målepunktet er udgået af tilsynet maj 2023.

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 borgers 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	<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 imødekommes 2) Klar opgavefordeling ved måltiderne 3) 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>		
2.11	<p>Arbejdsgangene støtter at borgere med særligt kostbehov tilbydes den rette kost, f.eks. 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 på de steder, hvor plejecentret har en vedtaget arbejdsproces. (Omsorgsjournal, køkkensedler, tavler o.a.)</p>		<p>Hedebo Ad 3) Fødemiddelallergi: Medarbejde, der serverer maden informeres via Nexus. Information til frontmedarbejderne fremgår som aftalt af telefonudgaven under !</p> <p>Opmærksomhedspunkt: I produktionskøkkenet ses ikke information til personalet om en borgers fødemiddelallergi.</p>

		<p>Informationen er givet skriftligt, idet alle borgere udfylder spørgeskema om kost-ønsker og behov.</p> <p>Dahliahuset Ad 1 Vejehyppighed sker som aftalt.</p> <p>For 1 borger med dysphagi ses ergoterapeuts vurdering for 14 dage siden. Borger har brug for blød kost. Døgnrytmeplan for dag og aften ses ikke opdateret svarende til anvisningerne.</p>
2.12	<p><i>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</i></p> <p>Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleanvisende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen. 2) Der ses eksempler på observationer om borgers indtag af mad (når der er afvigelser) 3) Aftalt vejehyppighed ses udført 4) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. 	<p>Hedebo Vejehyppighed: Opfyldt for 3 ud af 3 borgere.</p> <p>Dahliahuset Vejehyppighed: Opfyldt for 3 ud af 3 borgere</p> <p>Reaktion på vægttab: 1 borger har tabt sig 3 kg. Vægttabet ses ikke videreformidlet til sundhedsfaglig vurdering. Der ses ikke ernæringscreening, stillingtagen til vejehyppighed eller kostændring.</p>

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"> 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	<p>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing samt opfølgning</p> <p>Medarbejdere kender arbejdsgangene for</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p><u>Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Medarbejdere kender borgers aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, herunder hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.</p>		<p>Hedebo har arbejdet med den skriftlige dokumentation.</p> <p>Tiltag er igangsat for forbedring af snitfladen til terapeuter: Der ses mål og delmål for GOP-forløb, som evalueres med fastsatte tidspunkter.</p> <p>Delmålene er konkrete og støtter plejemedarbejdere i deres andel af indsatsen. Delmål indskrives i Aftaler.</p> <p>Tilsynet ser eksempel med overensstemmelse på tværs ad handlingsanvisning, indsatsmål, træningsnotat, delmål samt døgnrytmeplan.</p>

3.4	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag - Generelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Medarbejderne kender og anvender omsorgsjournalen ensartet. b) Der ses overensstemmende oplysninger om borgerens tilstande mellem tilstande, handlingsanvisninger, observationer, faglige notater, døgnrytmeplaner mv. c) 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. d) Oplysninger fra f.eks. terapeuter er lettilgængelige for assistenter og hjælpere. e) Kædeprocessen <i>måling, reaktion, sundhedsfaglig vurdering, konsekvensrettelse</i> er undersøgt og fundet veldokumenteret. f) 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>Hedebo Der ses for 5 ud af 5 borgerforløb i vid udstrækning overensstemmende oplysninger mellem helbredstilstande, handlingsanvisninger, indsatsmål, døgnrytmeplan, observationer og målinger.</p> <p>Oplysninger fra blomsten ses i 1 ud af 3 borgerforløb skrevet ind i teksten. Beboerkonferencer anvendes ikke.</p> <p>Dahliahuset Der ses for 1 ud af 5 borgerforløb overensstemmende oplysninger på tværs af tilstande, indsatsmål, handlingsanvisninger, observationer og målinger. De sete indsatsmål fremstår upræcise. Stikprøver i forhold til ernæringsindsatsen ses af 2.11 og 2.12</p> <p>Print af døgnrytmeplaner: For 3 borgere er udskrivningsprintets dato hhv. 2021 og feb. 2022. Der ses opdateret udgave i Nexus.</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>Generelt: Døgnrytmeplanerne rummer handlingsanvisning for personlig pleje, vedligeholdende træning, tilgang til borger/blomstoplysninger m.m.</p> <p>Oplysningerne fremstår i vid udstrækning overensstemmende med borgers tilstande.</p> <p>Hedebo: Døgnrytmeplanerne fremstår velbeskrevne.</p>

			De er suppleret med at handlingsanvisninger kommer på opgaveliste og vinges af som udførte. (Køreliste).
--	--	--	--

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/kommunens retningslinje. Tøjvasken sker i overensstemmelse hermed.		<p><i>Der høres ikke om foranstaltninger til brud på smitteveje, herunder rengøring af vaskemaskinerne i form af ugentlig kogevaske på tom maskine, rengøring af gummimembraner o.a.</i></p> <p><i>Ved vask på lave temperaturer skal vasken foregå med egnet vaskemiddel. Leder kan i høringsfasen afklare, om det anvendte vaskemiddel opfylder krav i NIR.</i></p>

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var ”Helt opfyldt” ved seneste tilsyn. 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>		<p>Ved seneste tilsyn sås udfordring med:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mål for vedligeholdende træning 2) Opdatering af pakker <p>Ad 1: Der har været sat tiltag i gang og indsatsmålet ses nu udfyldt for de undersøgte borgerforløb.</p> <p>Ad 2: Opdatering af pakker Arbejdsgangen er på vej til at blive justeret.</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 Greve 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 eventuelt 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 sundhedslovsområdet, 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.

