



akkrediteringsraadgiverne.dk

## TILSYNSRAPPORT

# Stevns Kommune

## Sundhed og Omsorg

## Hotherhaven Demens

## Indholdsfortegnelse

Forord .....	4
Fakta om tilsynet .....	5
Samlet tilsynsresultat .....	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer .....	6
Oversigt over de enkelte temaer .....	9
Tema 1 Funktionsevne .....	10
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen .....	11
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed .....	14
Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn .....	17
BILAG 1 Pårørendeinterview .....	18
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper .....	19
Om virksomheden og kontaktoplysninger .....	22

## Forord

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

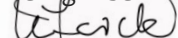
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

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

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

Venlig hilsen



Nette Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

## Fakta om tilsynet

### Plejecenter:

Hotherhaven Demens, Præstemarken 76, 4652 Haarlev

### Leder:

Maria Graaner von Benzon

### Antal beboere:

35 beboere

### Tilsynsbesøget fandt sted

24. august 2022

### Tilsynsbesøgets dataindsamling og datakilder:

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 7 borgerjournaler), instrukser, borgerinformationer, aktivitetsoversigt, køkkensedler, menuplaner m.v.

Interview: 1 borger og 3 pårørende. 2 pårørende er interviewet pr. telefon. Data fra pårørendeinterview vedlægges som bilag.

Borgere og pårørende er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet.

Desuden har tilsynet interviewet 1 centerleder, 1 koordinator, 1 sygeplejerske, 1 assistent, 3 hjælpere, 1 vikar samt 1 ernæringsassistent.

Observation: 3 borgers bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

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

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

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

### Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

## Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Stevns Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos leverandøren. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn i Stevns 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 ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-3). 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 ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-3). De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden. Målopfølgelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

##### Målene er i middel grad opfyldte

Højest 2 af temaerne er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-3). Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved ændrede forhold. Løbende opfølgning anbefales.

##### Målene er i lav grad opfyldte

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-3). Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget. Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.

##### Kritisable forhold

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.

## Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

### Styrker

Hotherhaven Demens består af 3 enheder, som alle fremstår med fokus på kerneydelsen. De faste medarbejdere demonstrerer et indgående kendskab til arbejdet med mennesker, som er ramt af demens. De udviser faglig bevågenhed overfor borgernes særlige behov og fremmer en tryk hverdag med faste, omsorgsfulde rammer. Der har et stykke tid været færre faste medarbejdere, og de faste prioriterer højt at give afløserne og vikarerne den bedst mulige viden om borgerne.

Der demonstreres et tæt samarbejde med pårørende. Tilsynsførende interviewer under besøget pårørende, som alle er meget tilfredse med de faste medarbejdere.

Personlig pleje og praktisk hjælp: Kvalitetsstandarderne er generelt opfyldte, selvom afløserens viden om borgeropgaverne er begrænset.

Tilsynsførende overværer personlig pleje hos 2 borgere og hjælp til spisning hos flere borgere. Plejeopgaverne udføres omsorgsfuldt og i borgers tempo. Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes det prioriteres, at borgernes grundlæggende behov i videst mulige omfang bliver tilgodeset. Tilsynet observerer positivt, at borgere, som ikke længere kan svare for sig og med ringe eller ingen funktionsevne modtager en omhyggelig, værdig og omsorgsfuld pleje. Borgerne fremtræder velplejede og velsoignerede.

Borgernes boliger og personlige hjælpemidler fremtræder rengjorte. Tilsynsførende vurderer, at den praktiske hjælp tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes vaner, ønsker og behov.

Maden og måltiderne er et væsentligt element for socialt samvær. Pårørende og borgere udtrykker stor tilfredshed med maden. Tilsynsførende er rundt ved frokosten og ser hyggelige rammer for borgerne og at de faste medarbejdere medvirker til at skabe ro, struktur og hygge.

Borgere med behov for hjælp til måltidet får hjælpen på en omsorgsfuld måde. Tilsynsførende får indtryk af en måltidsindsats, som medvirker til at sikre ernæringsrig mad og gode måltider. Samarbejdet mellem ernæringsassistenter, borgere og medarbejdere fremstår velfungerende.

Triagemøder afholdes og det er tilsynets indtryk, at møderne bidrager til tidlig opsporing og den løbende kompetenceudvikling.

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

### Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

Tilsynet vurderer, at

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

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

#### Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Forudsigelighed og tryghed er væsentlig for mennesker ramt af demens. De faste medarbejdere fremstår erfarne og med relationel kompetence og viden om demens. Der er imidlertid en periode med en del nyere ansatte, afløserne, uflaglærte og vikarer, hvilket medvirker en nedsat tilstedeværelse af erfarne medarbejdere.

Tilsynet anbefaler at fortsætte introduktionsindsatsen for at sikre

- at borgerens behov kan mødes af erfarne medarbejdere.

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

#### Indikator 3.2 Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde

##### Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring

Punktet var også et forbedringspunkt i 2019 og 2020.

Et væsentligt grundlag for, at borger har energi og kan deltage i egen pleje og være fysisk aktiv er, at ernæringstilstanden er så god som mulig. Ældre småtspisende borgere er ofte sårbare, idet en utilstrækkelig ernæringstilstand kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne. Forebyggelse kræver en tidlig opsporing.

Ernæringsindsatsen er en kædeproces med opgaver fordelt mellem hjælpere, elever, uuddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl.

Siden seneste tilsyn har sygeplejerske for nyligt igangsat et nyt tiltag for at sikre at vejehyppigheden er i overensstemmelse med det besluttede. Tillige er samarbejdet med diætist øget.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- følge op på om vejningerne er udført svarende til ydelsen
- lægge observation ift væggtab som opgave
- sikre at der ikke er uoverensstemmende oplysninger mellem besøgsplan og ernæringsplanen
- evaluere indsatsen med minijournalaudit hver måned i en periode.

#### Indikator 3.6 og 3.7: Dokumentation i omsorgsjournalen

Den faglige dokumentation er et grundlag for medarbejdernes viden og forståelse for borgeren og dermed væsentlig for, at borgeren kan modtage en ensartet og forudsigelig opgaveløsning på et sikkert kvalitetsniveau.

I 3 ud af 5 borgerforløb ses overensstemmelse mellem funktionsevnetilstande, helbredstilstande, handlingsanvisninger, observationer, målinger, m.m.

Besøgsplaner fremstår med meget forskellig brugbarhed for både dagvagt og aftenvagt. Informationerne er ikke tilstrækkelige til at sikre en genkendelig og tryk ydelse for en borger ramt af demens.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- at styrke besøgsplanernes kvalitet
- at fortsætte de planlagte tiltag og videre kompetenceudvikling.

### **Tema 4 Kvalitetsarbejdet: Opfølgning fra seneste tilsyn**

En ihærdig indsats har forsat den igangsatte kvalitetsudvikling. Der er systematik i indsatsen på ernæringsområdet. Bemandsituationen har medført en sårbar situation samtidig med behov for dels at fastholde den opnåede kvalitet og dels at fortsætte udviklingen.

Tilsynet anbefaler

- at prioritere indsatsområder og vælge tovholdere
- at fortsætte med at styrke processtyringen med operationel oversigt: Hvem gør hvad, hvornår samt hvordan og hvornår igangsatte tiltag evalueres.  
Det kan være i form af Stevns Kommunes handleplansskabelon eller en lokal proceshandleplan
- at følge op på handleplanen sammen med de involverede fast månedligt i en periode.

## Oversigt over de enkelte temaer

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

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

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

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	<b>Funktionsevne</b>  Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering Borgers oplevede kvalitet af indsatsen	
Tema 2	<b>Livskvalitet og tilfredshed</b>  Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Måltider	
Tema 3	<b>Sammenhæng og forudsigelighed</b>  Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde	
Tema 4	<b>Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn</b>  Proces for den lokale opfølgning med tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.	

### Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

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



## Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt?</li> <li>2) Hjælper den hjælp du får dig til at vedligeholde dine færdigheder?</li> <li>3) Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til, at bliver inddraget i at klare flest mulige dagligdags aktiviteter selv (fx personlig pleje, vande blomster, lægge tøj sammen, støve af m.m.)</li> <li>4) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for?</li> </ol>		<p>Pårørende udtrykker høj tilfredshed med de faste medarbejdere.</p> <p>De fortæller, at afløsere ofte er usikre på, hvad opgaven er hos borger.</p> <p>Det har betydning særligt for borgerne, der er ramt af demens og derfor ikke selv kan svare for sig.</p>
1.2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson jf. kommunens beslutning</li> <li>2) Relevante borgere er tilbudt en rehabiliterende indsats og der er fulgt op på indsatsen.</li> <li>3) Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder.</li> </ol>		<p>De faste medarbejdere kender borgerne indgående.</p> <p>Nyere ansatte, afløsere og vikarer vejledes mundtligt og kan delvist anvende besøgsplaner til at indhente viden.</p>
1.3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan beskrive, hvorledes mål fastsættes i samarbejde med borger med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer.</li> <li>2) Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.</li> <li>3) Aktivitetstilbud: Borgers individuelle træningsbehov er kendt af relevante medarbejdere og er om muligt indarbejdet i tilbuddene.</li> </ol>		<p>Jf. ovenfor</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. Relevante og opdaterede oplysninger fremgår af</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Borgernes funktionsevnetilstande</li> </ol>		<p>Oplysninger i cura fremstår i nogen grad opdateret for de undersøgte borgerforløb.</p>

## Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?: 2) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret? 3) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her?		<i>De pårørende udtrykker høj tilfredshed med de faste medarbejdere.            De fortæller, at afløsere kan være usikre på, hvad opgaven er hos borger.</i>  <i>Det har betydning særligt for borgere, der ikke selv kan svare for sig.</i>  <i>Ad 2) 1 pårørende fortæller om en utilfredsstillende situation. Der er dialog om dette med ledelsen.</i>
2.2	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg. 2) Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt? 3) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov? 4) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på?		- som ovenfor -
2.3	<b>Personlig pleje</b> 1) Hvis tilsynsførende overværer plejen konstateres, at plejen gives omsorgsfuldt og i samarbejde med borger. Borger støttes i at udføre så meget som muligt selv. 2) Borgerne fremtræder velplejet.		

2.4	<p><i>Praktisk hjælp</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen.</li> <li>2) Rengøringsydelsen er planlagt svarende til kommunens kvalitetsstandard.</li> <li>3) Personlige hjælpemidler fremtræder rene.</li> </ol>		
2.5	<p><i>Hverdagen og aktiviteter</i></p> <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er der mulighed for at lave ting, du har interesse i, du synes er spændende?</li> <li>2) Får du dækket dit behov for at være sammen med andre?</li> <li>3) Er der gode oplevelser hver dag? Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes?</li> </ol>		<i>Pårørende oplever, at de faste medarbejdere prøver at skabe rum for 1.1 kontakt. Det er vanskeligt på dage med afløsere.</i>
2.6	<p><i>Hverdagen og aktiviteter</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Der er en <u>aktivitetsplan</u>, som er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere</li> <li>2) Medarbejdere og ledere beskriver arbejdsgange for at den enkelte borgers potentiale og ønsker er kendt af medarbejdere og at borger støttes i at deltage i relevante aktiviteter og samvær.</li> </ol>		- som ovenfor -
2.7	<p><i>Måltider</i></p> <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad?</li> <li>2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp?</li> <li>3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.?</li> <li>4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen?</li> </ol> <p>Data fra pårørendeinterview er medtaget i vurderingen.</p>		<i>En pårørende til en borger, som spiser meget langsomt og skal have nærvær af medarbejder, fortæller at borger ofte bliver distraheret eller kommer fra at skulle spise, når medarbejderne ikke kan være ved hendes side.</i>
2.8	<p><i>Måltider</i></p> <p>Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Der er klart værtskab og at medarbejderne sørger for gode rammer til en uforstyrret spisning og hyggelig stemning</li> <li>2) Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær.</li> </ol>		

2.9	<i>Måltider</i> 1) Der foreligger <u>menuplan</u> , som er tilgængelig for borgere og pårørende. 2) Medarbejdere kan redegøre for hvorledes borgerens evaluering af maden videregives til køkkenmedarbejdere.		
2.10	<i>Maden og måltider</i> Medarbejderne kender borgers ønsker og behov til ernæringen  *Aftenvagterne har kendskab til de instrukser, der er for at håndtere maden før måltidet: Har de kendskab til hvordan maden varmes op og tilberedes korrekt, så maden smager bedst muligt.		

\*Fokusområde 2022

## Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig?</li> <li>2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?</li> <li>3) Bliver du hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres?</li> <li>4) Kender du besøgsplanen og oplever du, at beskrivelsen er meningsfuld og dækkende?</li> <li>5) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov?</li> <li>6) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald.</li> </ol>		<p>De pårørende udtrykker høj tilfredshed med de faste medarbejdere. De fortæller, at afløsere kan være usikre på, hvad opgaven er hos borger.</p> <p>Det har betydning særligt for borgere, der ikke selv kan svare for sig.</p>
3.2	<p>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Medarbejdere kender arbejdsgangene for at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner. Der kan ses eksempler på rettidig reaktion som viser en systematisk arbejdsproces.</li> <li>2) Arbejdsgangene belyses gennem kædeprocessen for tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, herunder involvering af læge, tandlæge, ergoterapeut o.a.             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Vejehyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval</li> <li>b. Der ses reaktion på uplanlagt vægttab</li> <li>c. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.</li> </ol> </li> </ol>		<p>Ad 1) Oplysninger i cura fremstår i betydelig grad opdateret for de undersøgte borgerforløb i forhold til målepunkterne. Manglende opdateringer kan blandt andet skyldes at observationer ikke er lagt som opgave.</p> <p>Ad 2) a) Vejehyppigheden ses generelt ikke i overensstemmelse med det besluttede. Tilsynet erfarer positivt, at sygeplejerske har igangsat tiltag med tæt opfølgning, hvilket må forventes at øge kvaliteten.</p>

			<p>b+c)  For 2 ud af 2 borgere med væggtab er væggtabet erkendt og der ses opdateret helbredstilstand og handlingsanvisning.  Disse borgere får tilbudt proteintilskud, hvilket er anført i køkkenoversigter. Der ses tillige detaljeret ernæringsplan i handlingsanvisning (kommer frem som opgave til medarbejder).  Der ses uoverensstemmelse til besøgsplanen, idet ernæringsplanen heri er anderledes og ikke opdateret. (I stedet kunne være anvendt en henvisning til ernæringsplanen.  For 2 andre borgere er proteintilskud anført i køkkenoversigter, men kan ikke ses besluttet/indført i besøgsplan/handlingsanvisning eller andet.</p>
3.5	<p><i>Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb</i>  Medarbejderne kan redegøre for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere i forhold til:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mål</li> <li>2) Inddragelse af træningselementer og -aktiviteter i daglig hjælp, pleje og omsorg</li> <li>3) Vurdering af funktionsevne.....</li> <li>4) Anbefaling til forflytning.....</li> <li>5) Anbefaling til plejepersonalet: Balance- stå- eller gåmuligheder samt evt. øvelser o.a., som borger kan huskes på.</li> </ol> <p>Såfremt plejecentret ikke har/nyligt har haft borgere visiteret til ovenstående markeres indikatoren som "ikke aktuel" for dataindsamling" = grå farve.</p>		<p>Medarbejdere udviser engagement i, at borgerne bedst muligt bevarer funktionsevnen.</p> <p>Medarbejderne oplyser, at der på tilsynstidspunktet ikke er borgere, hvor målepunktet er relevant.</p>

3.6	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> Der er fokus på systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand med udgangspunkt i ex uplanlagt vægttab, dysfagi, tryksår og fald.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Den social- og plejefaglige dokumentation er overensstemmende med opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande (ex helhedsvurdering, handlingsanvisninger, faglige notater, observationer, /besøgsplaner og eventuelle supplerende papirbaserede notater)</li> <li>2) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion (eksempelvis som observation med opgave)</li> <li>3) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender. (Omfatter primært journalisering ift de målepunkter der indgår)</li> </ol>		<p>Ad 1+2) Oplysninger i cura fremstår i betydelig grad opdaterede for de undersøgte borgerforløb.</p> <p>I 3 ud af 5 borgerforløb ses overensstemmelse mellem funktionsevnetilstande, helbredstilstande, handlingsanvisninger, observationer, målinger, m.m.</p>
3.7	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> Besøgsplaner og generelle oplysninger</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Besøgsplaner fremtræder handleanvisende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger og borgers vaner og ønsker</li> <li>2) For borgere ramt af demens indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleanvisende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt</li> <li>3) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren.</li> </ol>		<p>For dagvagten ses, at 3 ud af 5 beskrivelser er handleanvisende og opdaterede med oplysninger om, hvad der skaber glæde for borger og hvordan plejen bedst lykkes for borger.</p> <p>For aftenvagten ses for 1 ud af 5 besøgsplaner for borgere ramt af demens, at der er individuelle, handleanvisende og opdaterede oplysninger.</p>

## Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen.</li> <li>2) Der er prioriteret og igangsat tiltag.</li> <li>3) Der ses dato for evaluering.</li> </ol>		<p>Lederteamet er i gang med forbedringsarbejdet.</p> <p>Det er tilsynets indtryk, at den skriftlige kvalitetsstyring med fordel kan udbygges med konkrete oplysninger om tovholder, hvad målet er, hvornår og hvordan praksis skal evalueres.</p>
4.2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Effekten af tiltagene er evalueret</li> <li>2) I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført.</li> </ol>		
4.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>		<p>De igangsatte tiltag har medført en forbedret systematik.</p> <p>Samlet set vurderes målepunktet "I betydelig grad opfyldt".</p>





## BILAG 1 Pårørendeinterview

Antal interview under besøg: 3

Antal telefoninterview: 2

### Resultat

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller utilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ikke aktuelt	Øvrige kommentarer
Forventningssamtale	x	xxx				x	Ikke afholdt grundet corona
Maden		xxxxx					
Pleje og vedligehold af færdigheder	x	xx	xx				Sommerferien beskrives som noget der skulle overstås. Alt for mange der ikke kender til rutiner og opgaver. Min pårørende blev urolig.
Aktiviteter		xxx	xx				Jo, der sker ikke så meget her. Der er en, som har 12 timer til hele centret – og ved sygdom sal hun måske noget andet.  Synes fjernsynet kører meget. Foreslår musik  Det ville være godt hvis man kunne være mere ude
Rengøring og tøjvask			xxxxx				Jo, de gør jo hvad de kan. Jeg hjælper med at få vasket gulvet en gang imellem.
Kommunikation med plejecentret	xx	xx	x				Fin kontakt ti både leder og sygeplejerske.  Har kontaktperson  Problem med mange der ikke kender x
Vil du anbefale plejecentret til andre	JA: 5						3 pårørende giver udtryk for forbehold. Der er for få faste medarbejdere og det skaber uro blandt de demente.

Tabel 1



# Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

## Tilgang og formål

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

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

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

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

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

Samlet set stiller tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

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

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

## Indhold og metode

Tilsynet indsamler data på baggrund af hovedpunkter udvalgt af Stevns Kommune. Tilsynet udføres efter manual, som er tilpasset behovene og prioriteringerne i Stevns Kommune.

Manualen indeholder beskrivelse af, hvilke opgaver der ligger før – under og efter besøget, herunder på hvilken måde tilsynet afvikles.

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

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

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



## Vurderingsprincipper

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

Vurdering sker på 4 niveauer:

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

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

Niveauer	Det samlede tilsynsresultat															
Temaer																
Målepunkter																
De enkelte stikprøver																

### Vurdering af den enkelte stikprøve

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

### Vurdering af de enkelte målepunkter

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

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

### Vurdering af det enkelte tema

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

### Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

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

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

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” (Tema 1-3).

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 ”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 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](mailto:nethe@jorck.net)

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

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

- Tilsyn med plejeboliger på ældreområdet
- Tilsyn med fritvalgsområdet
- Andre kvalitetsbesøg/tilsyn i hjemmesygeplejen, akutfunktioner, plejecentre og hjemmeplejen efter serviceloven og sundhedsloven
- Kvalitetsbesøg/temperaturmålinger ift. 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.

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

Hun er aktiv surveyor med ledende funktioner gennem 13 år for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet).

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

