



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Mariagerfjord Kommune Sundhed og Ældre

Demenscenter Skovgården

Indhold

Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer.....	7
Oversigt over de enkelte temaer.....	10
Resultater og vurdering af de enkelte temaer	10
Tema 1 Kvaliteten af den praktiske hjælp er tilfredsstillende.....	11
Tema 2 Kvaliteten af den personlige hjælp og pleje er tilfredsstillende.....	12
Tema 3 Kvaliteten af måltider og maden er tilfredsstillende.....	13
Tema 4 Hjælpen til vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder er tilfredsstillende	14
Tema 5 De fysiske rammer er velegnede og fremmer et trygt og aktivt liv.....	15
Tema 6 Inddragelse af borgere og pårørende lever op til fastlagte beslutninger	16
Tema 7 Personalekompetencer svarer til opgaverne	17
Tema 8 Magtanvendelse sker i overensstemmelse med lovgivning og lokale beslutninger	18
Tema 9 At de skriftlige arbejdsgange i KMD Nexus er i overensstemmelse med Fælles Sprog 3.....	19
Tema 10 Ernæringsindsatsen sikrer borgers behov for den rette kost.....	21
Tema 11 Kvalitetsarbejdet: Opfølgning fra seneste tilsyn	23
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	24
Om virksomheden og kontaktoplysninger	27

Forord

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

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 borgernes 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.

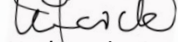
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

Anden del af rapporten indledes med oversigt over målopfyldelsen for de enkelte temaer. Herefter er de konkrete målepunkter medtaget, således at læseren kan se, hvad der er grundlaget for vurderingerne. Fund af betydning for vurderingen 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



Nethe Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Leverandørens navn og adresse
Demenscenter Skovgården, Timandsvej 25, 9560 Hadsund
Leder
Centerleder Dorthe Lynge
Antal plejeboliger
66 boliger
Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg
13. april 2021 fra kl. 8.00
Datagrundlag og metodik
<p>Data er indsamlet via</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Dokumentation</u>: Pleje- og omsorgsjournal (stikprøver i 13 borgerjournaler), instrukser, tjekskemaer, aktivitetsplan og menuplan. - <u>Interview</u>: 4 borgere. som delvist kan medvirke til interview. De har givet tilsagn om at blive interviewet. Desuden har tilsynet interviewet 1 leder, 1 sygeplejerske, 4 assistenter, 4 hjælpere, 1 terapeut, 1 kostmedarbejder. - <u>Observation</u>: 5 borgeres bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, musik og bevægelsesaktivitet, fællesarealer og måltider. <p>Tilsynsførende har overværet personlig morgenpleje til 4 borgere og anden hjælp hos 3 borgere.</p> <p>Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 7 borgere.</p>
Tilsynsførende
Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra akkrediteringsraadgiverne.dk har på vegne af Mariagerfjord Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn på Skovgården. Det uanmeldte tilsyn er udført efter det aftalte "Koncept og manual for tilsyn".

Vurderingen lægger vægt på, om målene er opfyldte ud fra lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. :

	<p>Godkendt Dette betyder, at målene i meget høj grad er opfyldte. Den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag (temaerne 1-10) er samlet set vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring. Alle temaer fra 1-10 er vurderet "Helt opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".</p>
X	<p>Godkendt med bemærkninger Dette betyder, at målene i høj grad er opfyldte. Den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til i vid udstrækning at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Højest 1 af temaerne (temaerne 1-10) er vurderet lavere end "Helt opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt". Manglerne skønnes ikke at have betydning for borgersikkerheden. Målopfylde forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.</p>
	<p>Godkendt med mangler Den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag (temaerne 1-10) er vurderet til i vid udstrækning at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Højest 2 af temaerne er vurderet lavere end "Helt opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt". De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden. Målopfylde forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem en bevidst og målrettet forbedringsindsats. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales.</p>
	<p>Godkendt med betydelige mangler Den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag (temaerne 1-10) fremstår med forbedringsbehov i et omfang, som vil kræve en særlig indsats for at opnå overensstemmelse med såvel lovgivningens krav kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Mere end 2 temaer er vurderet lavere end "Helt opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".</p> <p>Der ses forhold, som kan få større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales.</p>
	<p>Kritisable forhold 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. Myndighedsafdelingen er kontaktet.</p>

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

Styrker

Demenscenter Skovgården rummer 66 boliger fordelt i 7 levebo-bo-miljøer. Bo-miljøerne er hjemligt indrettet. Der er køkkener og spiseområder, der indbyder til hyggelige måltider og fællesskab. Fællesarealerne er indrettet med hyggelige kroge, der egner sig til 1:1 kontakt. Lejlighederne fremstår hjemlige og velindrettede i forhold til borgers behov.

Arbejdsplanlægningen sikrer i vid udstrækning, at borgerne møder kendte ansigter i hverdagen, hvilket giver forudsigelighed, genkendelighed og tryghed.

Der er få borgere, som kan medvirke ved interview. De udtrykker alle tilfredshed og kommer med udsagn såsom:

- *Det er et sted, hvor det er nemt at være. Personalet er tip-top.*
- *Vi får den hjælp, vi har brug for. Her er en fin tone*
- *De passer godt på mig. Maden - den er veltillavet.*
- *Vi kan ikke komme med ønsker til den fælles menuplan – men vi har madklubben.*
- *Når det nu ikke kan være anderledes, så er jeg godt tilfreds med at være her.*

Medarbejderne udviser indsigt, viden og erfaring med at støtte mennesker ramt af demens. Deres tilgang og adfærd fremstår i tråd med god praksis.

Tilsynsførende overværer dele af den personlige pleje hos 4 borgere. Medarbejderne udviser fokus på at gøre samarbejdet til en god oplevelse, hvor borger guides til at tage så mange beslutninger selv om tøjvalg, valg af mad, dagens muligheder og hvad borger har i sin egen kalender. I et tempo, der er tilpasset borgernes behov, sikrer de, at borgerne får den hjælp, de har brug for.

Tilsynet bemærker, at borgerne mødes omsorgsfuldt og nærværende. Der høres en munter stemning og dialog tilpasset borgernes situation. Muligheder gribes for at skabe gode oplevelser i nuet.

De fysiske rammer og indretning fremmer en velfungerende demensfunktion. Der er blandt andet genkendelige funktioner såsom købmandsforretning, frisør og hyggebar. Grundet Covid-19 har tilbuddet af aktiviteter været meget begrænset. Musik er et vigtigt element i hverdagen og anvendes også, når borgerne har brug for at få skabt en atmosfære, hvor måltidet og den personlige pleje bedre skal lykkes.

Måltidsoplevelsen støttes af medarbejderdeltagelse ved måltiderne. Kostmedarbejderne fremstår engagerede i, at borgerne får de madretter, de sætter pris på. De lytter til beboernes ønsker og lægger menuplanen. 6-7 borgere har en engageret madklub med egne måltider hver 14. dag støttet af medarbejdere.

De ovenfor nævnte styrker og erfaringer med kvalitetsforbedringer er et godt afsæt til at arbejde videre med fastholdelse af kvaliteten og de fundne opmærksomhedspunkter.

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

Tilsynet vurderer, at

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

Temaer, der ikke er vurderet "Helt opfyldt" beskrives kort i det følgende efterfulgt af tilsynets anbefalinger. Uddybende oplysninger kan ses under temaets målepunkter.

Tema 3 Kvaliteten af måltider og maden

Forbedringspunktet vedrører arbejdsgangene, der skal sikre at borgere med fødemiddelallergier sikres den rette kost. Det er tilsynets indtryk, at medarbejdere og ernæringsassistenter har velfungerende dialog om borgeres særlige behov, herunder allergier, intolerance o.a. Ernæringsassistenter har ikke adgang til omsorgsjournalen, men får viden om allergi mundtligt.

Der findes kostoversigter på køleskabene i bomiljøerne. Oversigten er ikke opdelt, så det er muligt at se om der er tale om allergi, der indebærer en risiko for borger, eller om der er tale om, at borger ikke bryder sig om en madret.

Arbejdsgangene kan derved indebære en risiko for borgerne, eksempelvis i småbemandede funktioner uden ernæringsassistenter. Dette kan være aftenvagten eller week-end.

Tilsynet anbefaler,

- at oplysning om allergi er lettilgængelige for medarbejdere, der tilbereder eller serverer maden
- at oplysninger om allergi adskilles fra oplysning om, at borger ikke kan lide en madret
- at styrke skriftlige arbejdsgange for at medarbejdere, der varetager madlavning og servering sikres skriftlige oplysninger om borgeres fødemiddelallergier og intolerancer.

Tema 9 At de skriftlige arbejdsgange i KMD Nexus er i overensstemmelse med Fælles Sprog III

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.

Tilsynsførende gennemgik omsorgsjournaler sammen med medarbejdere.

Døgnrytmeplanen skal støtte medarbejdernes fokus på, hvad borger selv kan bidrage med, og hvad borger har behov for hjælp til. Særligt for mennesker ramt af demens er det væsentligt at modtage en genkendelig ydelse. For dagtimer fremstår døgnrytmeplanerne i vid udstrækning opdaterede og handleanvisende.

For aftentimer ses forbedringsbehov ift ændringer af funktionsevne, kost, aftenvaner (sengetid o.a.).

Øvelser ved personlig pleje: For en borger med behov for daglig træning under den personlige pleje, er dette fyldestgørende beskrevet i Handlingsanvisning, men der ses ikke oplysninger/henvisning i døgnrytmeplanen.

Forflytningsbeskrivelser: Disse ses ikke handlingsorienteret beskrevet.

Tilsynet anbefaler,

- at fortsætte indsatsen for løbende opdatering af omsorgsjournalen i forhold til borgernes individuelle behov
- at medarbejdere med opgaver i forbindelse med tilberedning og servering af mad undervises i, hvor kostoplysninger findes og opdateres.

Tema 10: Ernæringsindsatsen sikrer borgers behov for den rette kost

Tidlig opsporing af ernæringstruede borgere

Et væsentligt grundlag for, at borger har energi til at kunne være mentalt og 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 o.a. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne.

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

Den sundhedsfaglige vurdering af borgers behov for en tilpasset kost er afhængig af den tidlige opsporing og identifikation af ernæringstruede borgere, herunder at utilsigtet vægttab meldes sikkert videre.

Der foreligger ikke nedskrevne arbejdsgange for tidlig opsporing af ernæringstruede borgere. I hver af plejeenhederne A, B, C, D+E ses arbejdsgange, som i forskellig grad understøtter,

- at vejning svarer til det fastlagte interval
- at den, der vejer, opdager uplanlagt vægttab og får det meldt sikkert videre
- at kostændringer opdateres i frontmedarbejdernes redskaber. Hvis døgnrytmeplaner og kostsedler indeholder oplysninger om borgers kost, skal oplysningerne være opdateret.

Desuden ses udfordringer med dokumentation i Nexus i forhold til at sikre

- at oplysningerne i helbreds- og ernæringsoplysninger, tilstande, handlingsanvisning, observationer, indsatsmål, døgnrytmeplan og målinger m.m. er indbyrdes overensstemmende
- at døgnrytmeplaner anvendes ensartet. Der ses oplysninger om kost for nogle borgere og ikke for andre.
- at sundhedsfaglig beslutning om ophør af vejning fremgår af omsorgsjournalen.

Konsekvensen kan være, at borgerne ikke kan sikres den kost, som ernæringsmæssigt passer til deres situation.

Tilsynet anbefaler, at

- fastlægge mål for forbedring – er der overordnede beslutninger, eksempelvis for hvor kostoplysninger skal indskrives og opdateres, der skal følges i alle enheder?
- fastlægge forbedringsprocessen, herunder eventuelt at starte i småskala, justere og sprede herefter
- lave oversigt over hvem, der gør hvad, hvornår samt tidspunkt for evaluering af de igangsatte tiltag
- følge løbende op med journalaudit i de relevante plejeenheder.

Tema 11 Kvalitetsarbejdet: Opfølgning fra seneste tilsyn

Ved tilsyn 2020 fandtes forbedringsområder ved ernæringsarbejdet og ved døgnrytmeplaner (aften). Disse temaer er fortsat forbedringsområder. Der er ikke valgt skriftlighed i kvalitetsstyringen i form af eksempelvis handleplan, men der overvejes anvendelse af forbedringsmodellen fra I sikre hænder.

Tilsynet anbefaler,

- at igangsætte forbedringsarbejdet og støtte den samlede kvalitetsstyring med operationel oversigt: Hvem, der gør hvad, hvornår samt hvordan og hvornår igangsatte tiltag evalueres.

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 ses den samlede målopfyldelse for hvert tema. Vurderingen er angivet med farver.

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

		Vurdering
Tema 1	Kvaliteten af den praktiske hjælp er tilfredsstillende.	
Tema 2	Kvaliteten af den personlige pleje er tilfredsstillende.	
Tema 3	Kvaliteten af måltider og maden er tilfredsstillende.	
Tema 4	Den vedligeholdende indsats for fysiske og psykiske færdigheder er tilfredsstillende	
Tema 5	De fysiske rammer er velegnede og fremmer et trygt og aktivt liv	
Tema 6	Inddragelse af borgere og pårørende lever op til fastlagte beslutninger	
Tema 7	Personalekompetencer svarer til opgaverne	
Tema 8	Magtanvendelse er i overensstemmelse med det vedtagne	
Tema 9	At de skriftlige arbejdsgange i KMD Nexus er i overensstemmelse med Fælles Sprog 3	
Tema 10	Ernæringsindsatsen støtter, at borger får tilbudt den rette kost	
Tema 11	Kvalitetsarbejdet: Opfølgning fra seneste tilsyn	

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

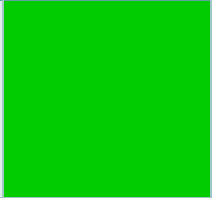
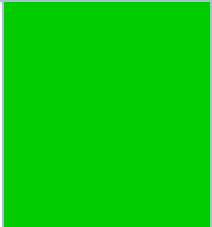

De enkelte temaer er konkretiseret i målepunkter. Hvert målepunkt udgør en indikator for kvalitet, som kan belyses gennem interview, observationer og dokumentation.

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 Kvaliteten af den praktiske hjælp er tilfredsstillende

Samlet vurdering: 

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelser af betydning for vurderingen
1.1.	Borger giver udtryk for, at den praktiske hjælp er støtte til selvhjælp. Borgeren får den nødvendige hjælp til de daglige gøremål, som vedkommende ikke længere kan håndtere. Borger deltager om muligt i hverdagsaktiviteter såsom vande blomster, lægge tøj sammen, støve af, dække bord og lignende.		
1.2	Medarbejdere kender borgernes behov og kan komme med eksempler på hvorledes hjælpen ydes i samarbejde med borgeren og fremmer borgerens egen aktivitet		
1.3	Boligen fremtræder ryddelig og rengjort. Personlige hjælpemidler fremtræder rene.		

Tema 2 Kvaliteten af den personlige hjælp og pleje er tilfredsstillende

Samlet vurdering: 

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
2.1	Borger oplever, at hjælpen fremmer, at borger gør så meget som muligt selv. Hjælpen støtter borgeren i at deltage så aktivt som muligt i opgaverne		
2.2	Medarbejderne redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan beskrive, hvorledes der tager udgangspunkt i borgerens egne ressourcer. Beskrivelsen er i overensstemmelse med den rehabiliterende og helhedsorienterede tilgang i Mariagerfjord Kommune.		
2.3	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 relevante øvelser under plejen.		

Tema 3 Kvaliteten af måltider og maden er tilfredsstillende

Samlet vurdering: 

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
3.1	Borgerne er tilfredse med madens duft, udseende og smag. Borgerne kan fortælle eksempler på, at borgernes behov og ønsker til maden og måltidets afholdelse er imødekommet.		
3.2	Medarbejdernes beskrivelse af arbejdsgangene viser, at der tages hensyn til den enkelte borgers behov. Hvis borger har fødemiddelallergi eller intolerance fremgår dette tydeligt for medarbejdere der tilbereder eller serverer maden		Kostoversigter i køkkener indeholder oplysninger om madretter, borgere ikke skal have serveret, men det fremgår ikke om der er tale om allergi eller at borger blot ikke bryder sig om smagen. (Også forbedringspunkt i 2020)
3.3	Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgeren.		I 3 ud af de 4 besøgte enheder foreligger menuplan.
3.4	Det iagttages, hvorledes måltidet afvikles ift om rammerne for måltidet fremmer muligheden for at borgerne spiser og drikker efter behov. Der anvendes pædagogisk måltid. Der iagttages en hyggelig stemning. Plejecentret har indført en funktion som måltidsværtinde. Hvis borgeren ønsker at spise i eget selskab eller har behov for skærmning, støttes vedkommende i at få et godt måltid.		

Tema 4 Hjælpen til vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder er tilfredsstillende

Samlet vurdering: ████████

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
4.1	Borgerne oplever at blive støttet til at vedligeholde fysiske og psykiske færdigheder. Borgerne oplever, at aktivitetstilbuddene giver mening og at de hjælpes til at deltage efter behov. Borgerne svarer overvejende positivt på følgende type af spørgsmål: -Hvordan går det med at kunne det samme i hverdagen? Gør medarbejderne noget særligt sammen med dig? Gør de alle det?		
4.2	Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson. Mål for borgers funktionsevne er lavet i samarbejde med borger. Kontaktpersonen har indgående kendskab til borgerens ønsker, behov, potentiale og funktionsniveau og sikrer formidling af borgerens behov og ønsker til aktiviteter.		
4.3	Der foreligger aktivitetsplan, som er lettilgængelig for borgere og pårørende. Fokusområde 2020: Aktivitetstilbud skal give mening for den enkelte borger Den rette borger skal kobles til det rette tilbud Der er meningsfulde aktiviteter til de mandlige borgere, eventuelt gennem frivilliges indsats		
4.4	Det tværfaglige samarbejde med terapeuter tilknyttet det enkelte plejecenter beskrives i overensstemmelse med det vedtagne		

Tema 5 De fysiske rammer er velegnede og fremmer et trygt og aktivt liv

Samlet vurdering: ████████

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
5.1	Fællesarealerne indenfor fremmer et aktivt miljø, der stimulerer til socialt liv og fysisk aktivitet		
5.2	Fællesarealerne fremtræder ryddelige og rengjorte.		
5.3	På fællesarealerne er kommunikation og samvær mellem borgere og medarbejdere respektfuld og værdig		
5.4	Udearealerne fremmer et aktivt miljø, der stimulerer til socialt liv og fysisk aktivitet		





Tema 6 Inddragelse af borgere og pårørende lever op til fastlagte beslutninger

Samlet vurdering:

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
6.1	Borgeren og dennes pårørende oplever at være inddraget, så vedkommende har mulighed for at ytre sig og komme med ønsker til både fællesskab og privatliv.		
6.2	Borgerne eller pårørende kan nævne eksempler på, hvorledes menuplaner og aktivitetsplaner udarbejdes i samarbejde med borgerne eller borger- og pårørenderåd		
6.3	Medarbejdere og ledere kan fortælle eksempler på inddragelse af borger og pårørendesynspunkter, som har ført til ændringer af arbejdsgange.		
6.4	Der er borger- og pårørenderåd. Der beskrives et velfungerende samarbejde.		

Tema 7 Personalekompetencer svarer til opgaverne

Samlet vurdering: 

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
7.1	<p>Borgerne fortæller, at de er trygge på plejecentret og oplever at få den hjælp og støtte de har brug for. Borger oplever at blive mødt med tillid, respekt, værdighed og dialog.</p> <p>Interviewede borgere svarer bekræftende på spørgsmålet: Synes du den hjælp, du får er lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?</p>		
7.2	Medarbejderne fortæller eksempler på, at de selv eller deres kolleger har gennemgået faglig kvalificering, herunder også at arbejde ud fra en rehabiliterende og helhedsorienteret tilgang.		
7.3	Leder fortæller om introduktion af nye medarbejdere og den løbende kompetenceudvikling. Beskrivelsen fremmer, at medarbejdernes faglige kompetencer svarer til opgaverne.		
7.4	Medarbejderne kender arbejdsgangene for at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/sygeplejerske/læge. Målepunktet omhandler ikke vægttab/tidlig opsporing af ernæringstruede borgere, idet dette medtages under Tema 10)		

Tema 8 Magtanvendelse sker i overensstemmelse med lovgivning og lokale beslutninger

Samlet vurdering:

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
8.1	Der er dokument, der beskriver magtanvendelse i Mariagerfjord Kommune. Dokumentet er lettilgængeligt for medarbejdere. Medarbejderne kan fremfinde dokumentet.		Mariagerfjord Kommune har opdateret den fælles arbejdsgangsbeskrivelse. Dokumentet er udkommet ultimo 2020 og er lettilgængeligt for plejecentrene. Undervisning er tilrettelagt og vil blive tilbudt, såsnart Covid-19 restriktionerne gør det muligt.
8.2	Medarbejderne kan redegøre for hvad magtanvendelse er og hvornår magtanvendelse skal anvendes		
8.3	Medarbejderne indberetter magtanvendelse i tråd med beskrivelsen for Mariagerfjord Kommune. Medarbejderne kan give eksempler på forebyggelse af magtanvendelse.		
8.4	Magtanvendelse indgår i introduktion til nye medarbejdere Der er faglige drøftelse i de aktuelle borgersituationer samt videndeling med de andre plejecentre		

Tema 9 At de skriftlige arbejds gange i KMD Nexus er i overensstemmelse med Fælles Sprog 3

Samlet vurdering:

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelser af betydning for vurderingen
9.1.	<p><i>Den praktiske hjælp:</i> Omsorgsjournalen indeholder lettilgængelige, opdaterede og handleanvisende oplysninger om borgers behov for praktisk hjælp og hvorledes støtten gives som hjælp til selvhjælp.</p>		<p>Døgnrytmeplanen skal støtte medarbejdernes fokus på, hvad borger selv kan bidrage med, og hvad borger har behov for hjælp til. Særligt for mennesker ramt af demens, er det væsentligt at modtage en genkendelig ydelse.</p>
9.2	<p><i>Den personlige pleje</i> Omsorgsjournalen indeholder lettilgængelige, opdaterede og handleanvisende oplysninger om borgers behov for personlig hjælp og pleje. Det er beskrevet, hvorledes støtten gives som hjælp til selvhjælp.</p>		<p>Dagtimer Døgnrytmeplanerne for 6 ud af 7 borgere fremstår opdaterede og handleanvisende.</p> <p>Aftentimer For 2 ud af 6 borgere ses opdaterede og handleanvisende oplysninger. For de øvrige 4 borgere er væsentlige oplysninger ikke medtaget. Det drejer sig om ændringer ift borgers funktionsevne, kostændring (hvis døgnrytmeplanen indeholder kostoplysninger), aftenvaner (sengetid o.a.).</p>

9.3	<p><i>Mad og måltider</i> Af omsorgsjournalen fremgår det tydeligt, når en borger har behov for særlig kost. Oplysningerne er lettilgængelige for det personale, der serverer maden. (Kostberigelse til ernæringstruede borgere fremgår af Tema 10).</p>		<p>For 2 ud af 3 borgere med fejlsynkning er Atylet indskrevet i døgnrytmeplanen. For den tredje borger er dette ikke angivet. Ved forespørgsel til medarbejdere om, hvor oplysninger skal indskrives fortæller nogle medarbejdere, at det skal indskrives i døgnrytmeplaner og andre, at det skal det ikke.</p>
9.4	<p><i>Hjælpen til vedligehold af funktionsevne</i> Døgnrytmeplanerne skal være opdaterede og medtage oplysninger i relevant omfang i forhold til vedligehold af borgernes funktionsevne Såfremt borger har et mål for egen funktionsevne, fremgår dette tydeligt. Terapeuternes bidrag i det tværfaglige arbejde skal afspejle sig i døgnrytmeplaner</p>		<p><u>Forflytninger</u> For 3 ud af 3 undersøgte borgerforløb er beskrivelsen af forflytningen ikke handlingsorienteret og i 1 tilfælde misvisende, idet borgers behov har ændret sig. <u>Øvelser ved personlig pleje</u> For en borger med behov for daglig træning af skulder under den personlige pleje, er dette fyldestgørende beskrevet i Handlingsanvisning. Adspurgte medarbejdere kender ikke borgers behov. Dette kan skyldes at handlingsanvisninger ikke læses, og at døgnrytmeplanen ikke indeholder oplysninger/henvisning om det.</p>
9.5	<p>Handlingsanvisninger: Arbejdsgange for at læse og anvende handlingsanvisninger fremstår sikre, hvilket blandt andet fremgår af, at der er overensstemmelse mellem handleanvisende oplysninger i handlingsanvisninger og døgnrytmeplaner.</p>		<p>Handlingsanvisninger: I 2 ud af 4 undersøgte tilfælde ses ikke overensstemmelse mellem handleanvisende oplysninger i døgnrytmeplan og i handlingsanvisning skrevet af terapeut eller sygeplejerske.</p>

Tema 10 Ernæringsindsatsen sikrer borgers behov for den rette kost

Samlet vurdering:

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
10.1	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på nedenstående spørgsmål: Oplever du, at du kan holde vægten? Har du aftalt med medarbejderne, hvor tit du vil vejes?		De interviewede borgere kan ikke medvirke til spørgsmålet.
10.2	Sundhedsfaglige beslutninger om særlig kost er videreformidlet skriftligt og lettilgængeligt til de medarbejdere, der varetager tilberedning og/eller servering af mad.		For 2 ud af 6 borgerforløb, hvor proteinpulver, mellemmåltider, proteindrik o.a. er besluttet ses oplysningen også i døgnrytmeplanen. For de øvrige 4 borgere ses få eller ingen af oplysningerne. Den uensartede opfattelse af indskrivning af kostoplysninger medfører, at medarbejderne ikke har let ved at finde oplysningerne.
10.3	Ernæringsindsatsen lever op til kommunens/plejecentrets eventuelle vedtagne retningslinier. Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab. Målepunktet vedrører <ul style="list-style-type: none"> - Handlingsanvisning med beslutning om vejehyppighed, kost o.a. - At vejehyppighed udføres som planlagt i handlingsanvisningen - At ernæringsvurdering/screening udføres som planlagt i handlingsanvisningen (udgår i 2021 grundet fælles kommunal beslutning). Medarbejdernes beskrivelser fremstår ensartede og er indbyrdes overensstemmende.		Der foreligger ikke vedtagne retningslinjer. I hver af plejeenhederne A,B,C, D+E ses arbejdsgange, som i forskellig grad understøtter, at borgerne får den rette kost. Oplysningerne i helbreds- og ernæringsoplysninger, handlingsanvisning, tilstande, indsatsmål, døgnrytmeplan og målinger ses ikke indbyrdes overensstemmende.

			<p><u>Vejehyppighed</u> Vejehyppighed ses generelt angivet i handlingsanvisning. Ved gennemgang af borgerforløb ses særligt i et af underafsnittene sårbare arbejdsgange, idet 2 ud af 4 borgere ikke er vejet som besluttet. Dette kan have sammenhæng til, at medarbejderne indskrives 2 forskellige steder, om borger skal vejes (tavle og/eller papirkalender).</p>
10.4	<p>Medarbejdere kender arbejdsgangene for at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/ernæringskyndig/sygeplejerske/ læge eller andre fagpersoner.</p>		<p><u>Reaktion ved utilsigtet vægttab</u> I et afsnit er 1 ud af 2 vægttab formidlet videre til sygeplejerske, som har lavet en fyldestgørende sundhedsfaglig vurdering. I et andet afsnit ses sundhedsfaglig reaktion på 2 ud af 2 vægttab. I et tredje afsnit er ingen ud af 3 vægttab meldt videre. For en af borgerne er der konsensus blandt medarbejderne om, at borger ikke længere skal vejes eller have ernæringsindsats. Denne beslutning kan ikke findes i omsorgsjournalen.</p>

Tema 11 Kvalitetsarbejdet: Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
11.1	Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" i 2020 Der er ikke formkrav til handleplan. Handleplansarbejdet kan være i lighed med styring af arbejdsmiljø, patientsikkerhed eller andet.		Ved tilsyn 2020 fandtes forbedringsområder ved <ul style="list-style-type: none"> ○ Ernæringsbehov ○ Døgnrytmeplan (aften)
11.2	Tilsynets anbefalinger er anvendt – eller det fremgår klart, hvilke valg, der alternativt er besluttet		Disse temaer er fortsat forbedringsområder. Der foreligger ikke skriftlighed i kvalitetsstyringen i form af eksempelvis handleplan.
11.3	Der er igangsat tiltag		<u>Ernæring</u>
11.4	Effekten af tiltagene er evalueret		Sygeplejerske har nyligt kontaktet fælles nøgleperson om evt. fælles ernæringsretningslinjer, herunder anvendelse af ernæringscreening.
11.5	Hvis effekten ikke er tilfredsstillende, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført		Arbejdsgangene er tilpasset de lokale forhold i A, B, C, D+E. Hver enhed medtager ernæringsindsatsen i hverdagen og på oversigtstavlerne er ernæring medtaget som selvstændig kolonne. Resultaterne viser, at der er forbedringsbehov i flere af enhederne.
11.6	Fra 2020 – 2021 er sket forbedringer af målopfyldelsen for temaer, som ikke var "Helt opfyldt" i 2020 (Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Resultat af 2020 sammenlignet med resultat 2021)		<u>Døgnrytmeplaner aften</u> Der ses uændret forbedringsbehov.



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 bliver 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.

Indhold og metode

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

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

- Interview af ledere, medarbejdere, borgere samt eventuelle pårørende
- Dokumentation: Gennemgang af skriftlige vejledninger til medarbejdere, den faglige dokumentation, handleplaner, informationer til borgere m.m.
- Observation af medarbejders 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.

	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 få målepunkter vurderet "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:

Godkendt

Det betyder, at målene i meget høj grad er opfyldte.

Den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag (temaerne 1-10) er samlet set vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.

Alle temaer fra 1-10 er vurderet "Helt opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".



Godkendt med bemærkninger

Dette betyder, at målene i høj grad er opfyldte.

Den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til i vid udstrækning at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Højest 1 af temaerne (temaerne 1-10) er vurderet lavere end ”Helt opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

Manglerne skønnes ikke at have betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Godkendt med mangler

Den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag (temaerne 1-10) er vurderet til i vid udstrækning at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Højest 2 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 en bevidst og målrettet forbedringsindsats. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales.

Godkendt med betydelige mangler

Den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag (temaerne 1-10) fremstår med forbedringsbehov i et omfang, som vil kræve en særlig indsats for at opnå overensstemmelse med såvel lovgivningens krav kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”Helt opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

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

Kritisable forhold

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. Myndighedsafdelingen er kontaktet.



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 teamkolleger 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) tillige 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 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 beslutes (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.

