



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Allerød Kommune Ældre og Sundhed

De Midlertidige Pladser

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	10
Resultater og vurdering af de enkelte temaer	10
Tema 1 Funktionsevne	11
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	13
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	16
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	18
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	19
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	20
Om virksomheden og kontaktoplysninger	23

Forord

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

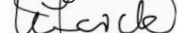
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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:

De Midlertidige Pladser, Rådhusparken 58, 3450 Lillerød

Leder:

Maria Westh Bernburg

Antal borgere:

16 borgere

Tilsynsbesøget fandt sted:

3. maj 2023

Metodik og datagrundlag:

Tilsynet er rettet mod borgerforløb visiteret til ophold på De Midlertidige Pladser (DMP)

Data omfatter samlet set

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver i 15 borgerforløb), borgerinformationer, vejledninger og instrukser, menuplan mv.
- Interview: 3 borgere, som kan medvirke til interview. Desuden har tilsynet talt med leder, 2 sygeplejersker, 1 assistent, 1 hjælper, 1 afløser, 1 ergoterapeut og 1 fysioterapeut.
- Observation: Arbejdsgange og træning, samvær mellem medarbejder og borger, hygiejneforhold, triagemøde mv.

Tilsynet har overværet plejeopgaver og/eller træning ved 3 borgere.

De Midlertidige Pladser har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Allerød Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn på plejecentret. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter "Koncept og manual for tilsyn på plejecentre i Allerød Kommune". Fokusområderne er vurderet i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

Godkendt med mangler

Vurderingsskala:

- Godkendt, Godkendt med bemærkninger, Godkendt med mangler
- Delvist godkendt
- Ikke godkendt/Kritisable forhold

Godkendt

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.

Godkendt med bemærkninger

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfølgelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Godkendt med mangler

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

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Opfølgning efter kortere tid anbefales.

Delvist godkendt

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

Ikke godkendt/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. Der er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet og patientsikkerheden.

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.

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

Generelt

De Midlertidige Pladser er karakteriseret ved, at der oftest er tale om korterevarende ophold på 2-3 uger, hvorunder borger får vurderet sin funktionsevne og sit fremtidige plejebehov. For andre borgere kan der være tale om aflastningsplads eller midlertidig plads indtil plejecenterplads kan tilbydes. Personalegruppen består af plejepersonale og terapeuter.

Styrker

Funktionsevne

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. De 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. Borgernes ADL-træning støttes terapeutfagligt.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Borgerne udtrykker, de er meget glade for de faste medarbejders støtte. De giver udtryk for, at medarbejderne alle er lige imødekommende. Flere borgere siger spontant, at medarbejderne er ualmindelig imødekommende og positive at få hjælp af.

Personlig pleje: Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer personlig pleje til 3 borgere. Der ses velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær i form af småsludren undervejs og guidning tilpasset borgers tempo og stemning.

Praktisk hjælp: Tilsynsførende vurderer, at hjælpen tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes vaner, ønsker og behov. Stuer og hjælpemidler fremtræder rengjorte svarende til rengøringstandarden.

Mad og måltider: Tilsynet er rundt ved morgenmaden. Medarbejderne støtter borgere med behov for hjælp til spisning både i fællesrum og i boligerne.

Sammenhæng og forudsigelighed:

Ved indflytningen, som ofte sker om aftenen, modtages borger af plejepersonalet. Terapeut besøger borger førstkommande hverdag, når borger er udskrevet fra hospital med genoptræningsplan eller skal vurderes ift. behov for therapydelse. Der ses tilknyttet kontaktpersoner fra såvel plejepersonale som terapeuter.

Den flerfaglige samarbejdsflade mellem terapeuter og plejepersonale fremmes af fælles kontor og et dagligt møde, hvor borgerforløbene drøftes for at koordinere dagens opgaver og opspore ændringer i borgernes tilstand.

Hygiejne: Medarbejderne kender og anvender generelt gældende anvisninger. Der forefindes værnemidler og tilsynet ser, at de anvendes som tilsigtet.

Siden seneste tilsyn: Der er indført opstartsmøder. Disse ses under implementering ift. at opnå kvalitetsmålet med 3-4 dage efter indflytningen. Det er tilsynets indtryk, at nøglepersoner har arbejdet bevidst med bedringer af arbejds gange, og at flere forbedringstiltag er nært forestående.

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

Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

Tilsynet vurderer, at

- 1 tema er "Helt opfyldt"
- 2 temaer er "I betydelig grad opfyldt"
- 2 temaer 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 i det følgende efterfulgt af tilsynets anbefalinger. Uddybende oplysninger kan ses under temaets målepunkter.

Tema 1 Funktionsevne

Fokus: Beskrivelserne af borgernes funktionsevnetilstande er et grundlag for at vurdere eventuelle ændringer i borgerens funktioner, eller som udgangspunkt for mål for den rehabiliterende indsats, der skal skabe vedligehold eller måske øgning af funktionsevnen.

Udviklingspunkt: Det er besluttet at mål for indsatsen journaliseres under "Generelle oplysninger". Dette ses for 2 ud af 6 borgere. For de øvrige 4 borgere ses for 1 borger ikke definerede mål og for de 3 andre borgere findes målene i terapeutnotater. Mål/delmål fremgår ikke indarbejdet i borgernes besøgsplaner/borgeropgaver.

Tilsynet anbefaler at arbejde med

- at formidle de fælles mål og delmål i Cura, så de er lettilgængelige for medarbejderne og kan anvendes ved løsning af borgeropgaverne.

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Borger tilbydes kost svarende til sin ernæringstilstand

Borgernes ernæringstilstand har betydning for, i hvilken grad træningsforløb lykkes.

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

Får borger den rette kost?

Siden seneste tilsyn er arbejdsstrukturen forbedret med tydeligere ansvars- og opgavefordeling. Der høres opmærksomhed ift. borgers ernæringstilstand og i flere tilfælde høres at borgerne motiveres til at drikke og spise. Kommunens ernæringskonsulent støtter med ugentlig opsamling af vejninger/vægttab m.m. og tager sig af sundhedsfaglig vurdering og tiltag.

Opmærksomhedspunkt

Ved ernæringskonsulentens fravær ses den ugentlige opsamling ikke udført.

Et vægttab på 3 kg den seneste uge ses ikke videreformidlet via observation eller mundtligt.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- fortsætte det velfungerende samarbejde med ernæringskonsulenten, herunder
 - fastlægge arbejds gange, der støtter DMP's egenkontrol
- at evaluere indsatsen hver måned ved mini-journalaudit (ernæringskonsulent og sygeplejerske). Er veje-hyppigheden svarende til det besluttede? Ved vægttab: Er vægttabet meldt sikkert videre og er der handlet på det? F.eks. audit på 20 minutter (4-5 borgerforløb).

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Det skriftlige arbejdsgrundlag

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.

Cura: Fælles forståelse og aftaler om fælles brug kan styrke samarbejdsfladen. Faggrupperne kan læse hinandens notater. Særlig besøgsplanen er væsentligt arbejdsredskab, der kan støtte en sammenhængende og effektiv indsats sammen med borger.

Udviklingspunkt

Sammenhængskraften mellem plejemedarbejdere og terapeuter er central for borgerforløbene.

Der ses ikke en koordinering af oplysningerne for 4 ud af 6 borgerforløb, hvor terapeutanvisninger på enkel vis kunne indgå under den personlige pleje og forflytning. Oplysningerne er ikke indsat i besøgsplanen.

For 3 ud af 4 borgere ses uoverensstemmende oplysninger mellem de seneste oplysninger i forflytningsplan, i helbredstilstand, i terapeutnotat og i besøgsplanen.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- beslutning om journalisering, så frontmedarbejderne i besøgsplanen/borgeropgaver har handleanvisende oplysninger hvor therapeut-anvisninger er indarbejdet
 - at tage stilling til om balanceøvelser, styrkeøvelser o.a. kan indbygges i den personlige pleje og videre overdrages til plejecenter eller hjemmepleje efter udskrivelsen
- at mål fremgår af Generelle oplysninger og i relevant omfang er handleanvisende indarbejdet i besøgsplan/borgeropgaver
- at genoptage mini-journalaudit jævnligt (terapeut og sygeplejerske). Er der overensstemmelse mellem terapeutnotater, besøgsplaner, forflytningsplan? F.eks. audit på 20 minutter (4-5 borgerforløb).

Tema 5 Kvalitetsarbejdet: Opfølgning fra seneste tilsyn

Der har været lederskift siden seneste tilsyn. Nøglepersoner har medvirket til kontinuitet og sat tiltag i gang. Der ses ikke en systematisk kvalitetsstyring, som fremmer løbende opfølgning med leder og involverede.

Tilsynet anbefaler ledelsen

- at styrke processtyringen:
 - prioritere indsatsområder og fastsætte mål for indsatsen
 - finde tovholder(e) og instruere i brug af f.eks. handleplan og evaluering
- at følge op på indsatsområderne sammen med de involverede fast månedlig i en periode
Referater fra personalemøder kan have værdi med oplysninger om tiltag, effektvurdering samt evt. justerede tiltag.

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	NO
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Måltider og mad, der passer til borgers behov	BO
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Koordinering ved ændring i borgers tilstand Flerfagligt samarbejde	NO
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning Instrukser, værnemidler og rengøring Tøjvask	HO
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Lokal proces med prioritering, tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen sammenlignet med seneste tilsyn	BO

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

De enkelte temaer er konkretiseret i kvalitetsindikatorer, som kan belyses gennem interview, observationer og dokumentation.

Tilsynsførende vurderer for hver indikator, om dataindsamlingen viser overensstemmelse med indikatorens angivelser. I bemærkningsfeltet udfør hver indikator 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	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: -Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt? -Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til, at bliver inddraget i at klare flest mulige dagligdags aktiviteter selv (fx personlig pleje, lægge tøj sammen, rede seng m.m.) -Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for?		
1.2	Målrettet tilbud om vedligehold af borgers funktionsevne 1) Ved indflytning vurderer plejepersonalet borgers færdigheder. Herefter udføres plejen målrettet med henblik på at borger kan bevare sine færdigheder. 2) Borger får en kontaktperson blandt terapeuterne jf. kvalitetstandarden.	Data indgår til-lige i tilsynsrap-port for Genop-træningen.	Der er indført opstartsmøder. Disse afholdes så vidt muligt indenfor 3-4 dage. Her afdækkes mål og plan. Opmærksomhedspunkt er journalise-ring af mål jf. 1.5
1.3	Medarbejderne kan redegøre for målene for forløbene ved genoptræning og vedligeholdelse hos rele-vante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.		Uddybet i 1.5
1.4	Hvis borger modtager/har modtaget terapeutindsats af Genoptræningen: Hvordan har din evne til at klare dig selv udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælp?	Data indgår til-lige i tilsynsrap-port for Genop-træningen.	
1.5	Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering. Medarbejderne kender eget ansvar og opgaver.		Funktionsevnetilstanden ses i 4 ud af 6 borgerforløb svarende til borgers funk-tionsevnetilstand ved ankomst. For en borger med planlagt udskrivelse samme dag ses oplysningerne ikke opdateret som fastlagt om formiddagen.

			<p>Det er besluttet at mål for indsatsen journaliseres under "Generelle oplysninger". Dette ses for 2 ud af 6 borgere.</p> <p>For de øvrige 4 borgere ses for 1 borger ikke definerede mål og for de 3 andre borgere findes målene i terapeutnotater.</p> <p>Mål fremgår ikke indarbejdet i borgerens besøgsplaner/borgeropgaver.</p>
--	--	--	---

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? 2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?: 3) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret? 4) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her? 		
2.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg. Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt? 2) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på? 3) Vil du anbefale centret til andre med samme behov? 		
2.3	<p><i>Praktisk hjælp</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Stuen er ryddelig og ren i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen. 2) Personlige hjælpemidler fremtræder rene. 		
2.4	<p><i>Personlig pleje</i></p> <p>Borgerne fremtræder velplejet. Hvis tilsynsførende overværer plejen konstateres, at plejen gives omsorgsfuldt og i samarbejde med borger. Borger støttes i at udføre så meget som muligt selv og støttes i at udføre eventuelle ønskede vedligeholdelsesaktiviteter under plejen.</p>		
2.5	<p>Aktiviteter og hverdagsoplevelser</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter. 2) Medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter. 3) Der foreligger information til borgerne om tilbud. Aktivitetsplanen er lettilgængelig for borgere og pårørende. Aktivitetsplanen giver mulighed for valg og fravalg. 		Ikke tilbud på Midlertidige Pladser

2.6	<p>Kommunalt fokusområde 2023: Demens: Værdighed, personcentreret omsorg, beboerkonference</p> <p>Leder/medarbejdere kan ud fra en konkret borger redegøre for hvordan de arbejder med at skabe en meningsfuld kommunikation/relation.</p> <p>På demensplejecentrene kan medarbejderne redegøre for ”Kend blomsten” og anvende den til at forstå borgers psykologiske behov. F.eks. hvordan der skabes velbefindende hos en borger, hvad karakteriserer det gode velbefindende og hvad karakteriserer det dårlige velbefindende.</p>		Ikke tilbud på Midlertidige Pladser
-----	---	--	-------------------------------------

Måltider og mad, der svarer til borgers behov

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.8	<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? 		
2.9	<p>Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at der er klart værtskab og at medarbejderne sørger for gode rammer til en uforstyrret spisning og hyggelig stemning.</p> <p>Arbejdsgangene fremmer, at borgerne får den støtte til spisning, de har brug for.</p> <p>Arbejdsgangene fremmer, at den enkelte borger opnår en positiv oplevelse af måltidet.</p>		
2.10	<p>Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende.</p> <p>Der er arbejdsproces for inddragelse af borgersynspunkter.</p>		
2.11	<p>Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær.</p> <p>Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.</p>		
2.12	<p>Medarbejdernes beskrivelse af arbejdsgangene viser, at der tages hensyn til den enkelte borgers behov.</p> <p>Hvis borger har fødemiddelallergi eller intolerance fremgår dette tydeligt for medarbejdere der tilbereder eller serverer maden.</p>		

2.13	<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 handleansende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen.2) Borgerne er tilbudt vejning svarende til det besluttede3) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.	<p><u>Vejning</u></p> <p>Det er besluttet at tilbyde vejning 1 gang månedligt samt efter individuel vurdering.</p> <p>Dette ses udført for 4 ud af 5 borgere med enkelte overspring.</p> <p><u>Reaktion på uplanlagt vægttab</u></p> <p>Et vægttab på 3 kg ses ikke viderefremmidlet.</p> <p>En anden borger har haft vægttab, som er erkendt og tiltag er sat i gang med proteintilskud og fløde. Der har været vægtøgning.</p> <p>Oplysningerne om den berigede kost ses delvist i Cura ift proteintilskuddet. Af besøgsplanen ses oplysningerne delvist for dagvagten, men ikke for aftenvagten.</p> <p>Tilsynet hører, at ernæringskonsulenten støtter med ugentlig opsamling af vejninger/vægttab m.m.</p> <p>Denne funktion er stadig væsentlig for opsporing af borgere i risiko for underernæring.</p> <p>Ved konsulentens fravær på tilsynsdagen ses den ugentlige opsamling ikke udført.</p>
------	--	--

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed



Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? 2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?! 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Kender du målene og oplever du, at beskrivelsen er meningsfuld og dækkende? 5) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 6) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald.		
3.2	<i>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing</i> Medarbejdere kender arbejdsgangene for 1. at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner 2. følge op på de aftalte tiltag		<i>Triagemøder afholdes med deltagelse af eksterne samarbejdspartnere, eksempelvis visitationen og ernæringskonsulent.</i> <i>Her drøftes borgerforløbene på baggrund af dagens oplevelser hos borgerne.</i>
3.3	Generelt: Dokumentation i omsorgsjournalen fremstår med overensstemmende og opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande.		<i>Der ses for 5 ud af 6 borgerforløb uoverensstemmende oplysninger mellem funktionsevnetilstande, helbredstilstande, observationer, generelle oplysninger og besøgsplanerne.</i> <i>Dette ses eksempelvis for 2 borgere med dysfagi og 1 borger med behov for beriget kost.</i> <i>De 3 borgere har desuden terapeutindsats og oplysningerne mellem forflytningsplan, terapeutnotater og besøgsplaner ses uoverensstemmende.</i>

3.4	<p>Besøgsplaner:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Medarbejderne oplever de konkrete besøgsplaner anvendelige og brugbare i forhold til opgaveløsningen hos borgerne. 2) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren. 		<p>Jf ovenfor fremstår besøgsplanerne ikke anvendelige som arbejdsredskab for frontmedarbejdere, der både skal varetage social- og plejefaglige opgave, men også udføre disse opgaver i tråd med terapeuternes anvisninger.</p>
3.5	<p>Omsorgsjournalen afspejler et bevidst samarbejde monofagligt og flerfagligt.</p>	<p>Data indgår tillige i tilsynsrapport for Genoptræningen.</p>	<p>Positivt: Oplysninger fra terapeuter er lettilgængelige. Terapeuterne har ligeledes adgang til besøgsplanen.</p> <p>Der ses ikke en koordinering af oplysningerne for 4 ud af 6 borgerforløb, hvor terapeutanvisninger på enkel vis kunne indgå under den personlige pleje og forflytning f.eks. med Sara steady, men oplysningerne er ikke indsat i besøgsplanen.</p> <p>Jf. ovenfor ses for 3 borgere ikke rød tråd mellem de seneste oplysninger i forflytningsplan, i helbredstilstand, i terapeutnotat og i besøgsplanen.</p>
3.8	<p><i>Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb</i></p> <p>Medarbejderne 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> <p>Det kan eksempelvis være ved behov for vurdering af borgers potentiale for funktionsevne, ved afslutning af §86 eller ved genoptræningsplan efter §140.</p> <p>Målene er indarbejdet eksempelvis ved at personlig pleje er kombineret med balance- stå- eller gåmuligheder samt evt. øvelser, som borger kan huskes på. Borger kan have behov for at blive husket på rigtig forflytning eller bedst brug af rollator eller andet.</p>	<p>Data indgår tillige i tilsynsrapport for Genoptræningen.</p>	<p>Jf. ovenfor fremstår forløbene ikke koordineret.</p> <p>For 2 ud af 6 borgere ses målene tydelige på tavlen i borgers stue. Dette oplever borgerne positivt.</p>

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning*

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	1) Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejecentre, herunder arbejdsdragt og værnemidler. 2) Der forefindes værnemidler.		
4.2	Leder og relevante medarbejdere kender til at fremsøge og anvende gældende instrukser og arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud.		

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>		Der er ikke overdraget handleplan fra seneste tilsyn til ny leder med evalueringer af igangsatte tiltag.
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>		<p>Siden seneste tilsyn er forbedringsbehovene prioriteret. Der høres høj bevidsthed og engagement for forbedringer af arbejdsgange.</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>Der har været sat tiltag i gang.</p> <p>Der høres en ihærdig indsats fra nøglepersoner.</p> <p>Tiltagene har endnu ikke medført øget målopfyldelse.</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, 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 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 Allerød 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 eventuelle 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:

Godkendt

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

Den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag 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.

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.



Godkendt med bemærkninger

Dette betyder, at målene i høj grad er opfyldte i forhold til den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerheden, men der vil være behov for justeringer for at sikre opfyldelse af alle måleområder.

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfylde forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Godkendt med mangler

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Der ses forhold, som kan få 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 og opfølgning efter kortere tid anbefales.

Delvist Godkendt

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.

Ikke godkendt/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.

Der er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet og patientsikkerheden.

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.

Høring og rapportering

Tilsynsbesøgene afsluttes med dialog og tilbagemelding til den lokale leder. Efter tilsynsbesøget modtager lederen rapportudkastet til høring for faktuelle fejl = oplysninger om antal borgere, funktionsbenævnelser og lignende i lighed med praksis hos Styrelsen for Patientsikkerhed. Fristen for tilbagemelding er 3 uger, medmindre andet er aftalt med kommunen. Herefter modtager leder og tilsynsførendes kontaktperson i kommunen den endelige rapport.



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. 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 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.

