



akkrediteringsraadgiverne.dk

# TILSYNSRAPPORT

## Allerød Kommune

### Ældre og Sundhed

### Mimosen Plejecenter

## Indholdsfortegnelse

Forord .....	4
Fakta om tilsynet.....	5
Samlet tilsynsresultat .....	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer .....	7
Oversigt over de enkelte temaer .....	8
Resultater og vurdering af de enkelte temaer .....	9
Tema 1 Funktionsevne .....	10
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen .....	11
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed .....	14
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	16
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn .....	17
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper .....	18
Om virksomheden og kontaktoplysninger .....	21

## 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.

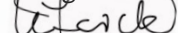
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

Anden del af rapporten indledes med oversigt over målopfyldelsen for de enkelte temaer. Herefter er de konkrete kvalitetsindikatorer medtaget, 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



Nethé Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

## Fakta om tilsynet

**Plejecenter:**

Mimosen Plejecenter, Ellevej 38-49, 3450 Allerød

**Leder:**

Maiken Borg Vedel

**Antal borgere:**

24 borgere

**Tilsynsbesøget fandt sted:**

28. marts 2023

**Metodik og datagrundlag:**

Data er indsamlet via

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

Interview: 2 borgere, som kan medvirke til interview samt 1 pårørende. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet.

Desuden har tilsynet interviewet 1 leder, 1 assistent med specialfunktion, 2 assistenter, 3 hjælpere, 1 SSA-elev, 1 aktivitetsmedarbejder og 1 rengøringsmedarbejder.

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

Tilsynsførende har overværet dele af personlig pleje til 2 borgere og hjælp til spisning hos 3 borgere.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 3 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 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

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.

### Styrker

Plejeenheden rummer 3 boenheder, der omringer en indbydende atriumgård. Der er indrettet mindre, hyggelige kroge til 1:1 kontakt. Boligerne fremstår hjemlige og indrettet efter borgers behov.

Mimosen fremstår som en plejeenhed, der har fortsat den positive faglige og organisatoriske udvikling. Plejecentret fremstår med velstrukturerede arbejdsprocesser. Siden seneste tilsyn er forbedringsarbejdet fortsat. Der ses nu ensartet høj kvalitet i de tre afsnit, hvilket blandt andet støttes af daglige triagemøder med en gennemgående medarbejder samt af husmøder hver 4-6 uge med deltagelse af tværgående nøglepersoner.

En nøgleperson støtter frontmedarbejderne i den social- og plejefaglige kvalitet samtidig med kompetenceudvikling i dokumentation i alle vagtlag. Dette er kombineret med funktion som forflytningsvejleder og tæt sundhedsfagligt samarbejde med sygeplejersken.

Pårørendesamarbejdet fremstår involverende og med integrering i borgernes hverdag. En pårørende oplever en svær tid med sin næres udvikling i sygdommen. Hun fortæller om godt samarbejde, høj tilfredshed med medarbejderne og kvaliteten af plejen. Mimosen har fortsat med jævnlige fællesaftener med pårørende på skift mellem afdelingerne. Der er stor tilslutning.

Demensindsatsen: Mimosen har forløb med demensrejseholdet, som er startet med undervisning, beboerkonference og implementering af blomsten.

### Funktionsevne:

Ved indflytning vurderer assistenter borgers funktionsevne og muligheder og involverer sygeplejerske ved tvivls spørgsmål.

*Støtte til funktionsevne:* Tilsynet hører mange eksempler på, hvorledes aktiviteter og bevægelse sker gennem dagen gennem initiativer fra sygeplejerske, assistenter, hjælpere og aktivitetsmedarbejder. Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere og medarbejdernes praksis fremstår rutineret og omsorgsfuld.

Dokumentation af funktionsevne: Stikprøver viser overensstemmelse med borgers aktuelle tilstand.

### Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen:

Borgerinterview kan delvist lade sig gøre. Borgerne udtrykker, de er glade for medarbejderne og den hjælp de får. Positive iagttagelser af borgernes samvær med medarbejderne supplerer også dette indtryk.

*Personlig pleje:* Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske og behov. Der er fast og velimplementeret arbejdsgang for flyt af bad til aftenvagten eller næste dag, hvis borger f.eks. takker nej.

Tilsynsførende overværer dele af personlig pleje til flere borgere. Der ses velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær samt respekt for borgers blufærdighed. Medarbejdere ses gribe tidspunktet, når en plejeopgave kan lykkes bedst og skaber et positivt rum at være i.

Indsatsen støttes i vid udstrækning af opdaterede, og individuelle besøgsplaner både dag- aften og nat.

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

Rengøring: Der ses struktur for rengøringsopgaven, herunder afkryds i borgers bolig til orientering for pårørende.

*Mad og måltider:* Tilsynet er rundt ved frokosten. I alle boenheder ses hyggeligt samvær med medarbejdernærvær. Borgere med behov for hjælp til spisning får hjælpen på en omsorgsfuld måde i borgers tempo. Maden roses og siden seneste tilsyn er serveringen i højere grad tilpasset borgernes individuelle ønsker og behov.

*Hverdagen og aktiviteter på plejecentret:* Plejeenheden har organiseret med aktivitetsmedarbejder, som arbejder to dage om ugen suppleret af anden fast medarbejder. Aktivitetsoversigten er lettilgængelig. Medarbejdere fortæller om sang og bevægelse om tirsdagen og andre aktiviteter om torsdage. Det vægtes højt at aktiviteter kombineres med at komme ud i den friske luft. Aktiviteterne retter sig så vidt muligt mod såvel den fysiske funktionsevne såvel som andre individuelle behov hos borgeren. Borgernes funktionsevne i videst mulige omfang støttes med 1:1 kontakt og socialt samvær i bo-enheden med medarbejderne.

Tilsynet ser mange eksempler på nærvær og tilstedeværelse.

I fællesrummene er medarbejdere og borgere sammen gennem dagen. Der er en rolig stemning. Medarbejderne opholder sig primært her og er nærværende kombineret med rum til at være sammen, samtidig med anvendelse af cura. Der høres en imødekommende tone – det er tydeligt, at den enkelte borger føler sig set og reagerer positivt på medarbejdernes smil og venlighed.

Sammenhæng og forudsigelighed: Den faglige snitflade mellem centrets medarbejdere og kommunens terapeuter fremstår velfungerende. De beskrevne samarbejdsflader medvirker til tidlig opsporing af borgere med risiko for sundhedsproblemer og dermed til forebyggelse af unødige indlæggelser.

Hygiejne: Det er tilsynets helt overordnede indtryk, at plejeenhedens indsats for en sikker medarbejderadfærd har været grundig og fremstår velfungerende.

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**

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 5 temaer er ”Helt opfyldt”.

Hvert tema består af flere indikatorer. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er ”Helt opfyldt” kan rumme indikatorer med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten. Der ses få enkeltstående fund.

Tilsynet anbefaler

- at fortsætte den ihærdige indsats med videreudvikling samtidig med at fastholde den opnåede kvalitet.

Tilsynet har ikke yderligere anbefalinger.

## 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	
Tema 2	<b>Livskvalitet og tilfredshed</b> Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Måltider og mad, der passer til borgers behov	
Tema 3	<b>Sammenhæng og forudsigelighed</b> Det skriftlige arbejdsgrundlag Koordinering ved ændring i borgers tilstand Flerfagligt samarbejde	
Tema 4	<b>Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning</b> Instrukser, værnemidler og rengøring Tøjvask	
Tema 5	<b>Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn</b> Lokal proces med prioritering, tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen sammenlignet med seneste tilsyn	

### Resultater og vurdering af de enkelte temaer

De enkelte temaer er konkretiseret i 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.

**BORGERINTERVIEW:** Spørgsmålene blev tilpasset den enkelte borgers mentale mulighed for at give udtryk for sin mening. I vurderingen er medtaget andre input fra tilsynsbesøget såsom borgerudsagn, kropssprog m.m.



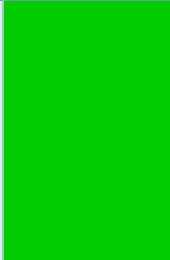
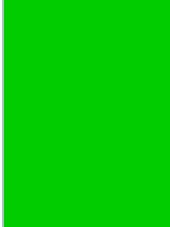


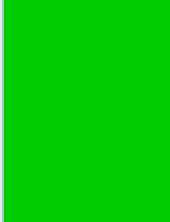
## Tema 1 Funktionsevne

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, vande blomster, lægge tøj sammen, støve af 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 tillige i tilsynsrapport for Genoptræningen.	
1.3	Medarbejderne kan redegøre for målene for forløbene ved genoptræning og vedligeholdelse hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.		
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?  Såfremt ingen borgere indenfor seneste ½ år har haft genoptræningsplan, mar	Data indgår tillige i tilsynsrapport for Genoptræningen.	
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.		

## 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"> <li>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?</li> <li>2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?:</li> <li>3) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret?</li> <li>4) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her?</li> </ol>		
2.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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?</li> <li>2) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på?</li> <li>3) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov?</li> </ol>		
2.3	<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) Personlige hjælpemidler fremtræder rene.</li> </ol>		
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"> <li>1) Medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter.</li> <li>2) Medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter.</li> <li>3) Der foreligger information til borgerne om tilbud. Aktivitetsplanen er lettilgængelig for borgere og pårørende. Aktivitetsplanen giver mulighed for valg og fravalg.</li> </ol>		

2.6	<p><u>Kommunalt fokusområde 2023</u>: 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>		<p>Plejecentret er i opstart.</p> <p>Målepunktet vurderes helt opfyldt i forhold til implementeringsfasen.</p>
-----	---	--	--

### Måltider og mad, der svarer til borgers behov

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.7	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <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>		
2.8	<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>		
2.9	<p>Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende.</p> <p>Der er arbejdsproces for inddragelse af borgersynspunkter.</p>		
2.10	<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>		
2.11	<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>		

2.12	<p><i>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</i></p> <p>Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleanvisende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen.</li><li>2) Borgerne er tilbudt vejning svarende til det besluttede</li><li>3) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.</li></ol>		<p><i>Der ses et enkeltstående fund, hvor besøgsplanens oplysninger ikke er i overensstemmelse med funktionsevnetilstand, helbredstilstand og køkkenoplysninger. Dette ses sammenfaldende med afvigelse i den besluttede arbejdsgang grundet skift ved kontaktpersons afgang.</i></p>
------	--	--	---

## Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

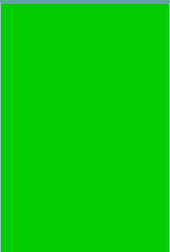
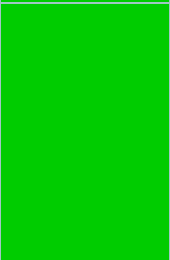
Samlet vurdering: 

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 besøgsplanen 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		
3.3	Generelt: Dokumentationen i omsorgsjournalen fremstår med overensstemmende og opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande.		
3.4	Besøgsplaner: 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.		
3.5	Omsorgsjournalen afspejler et bevidst samarbejde monofagligt og flerfagligt.	Data indgår tillige i tilsynsrapport for Genoptræningen.	

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>	Data indgår tillige i tilsynsrapport for Genoptræningen.	
-----	---	--	--

## 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>		
5.2	<p>Effekten af tiltagene er evalueret. I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført</p>		
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>		





# Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

## Tilgang og formål

Tilsynets kerneydelse er på en anerkendende måde at belyse, om gældende lovgivning og politisk fastsatte retningslinjer og politikker overholdes og efterleves, 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 forbedringsområder, hvor borgernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandarder m.m.

Samlet set stiler tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

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

Tilsynsbesøget er gennemført uanmeldt og er et udtryk for det øjebliksbillede, som er tilgængeligt på tidspunktet for tilsynets gennemførelse. Tilsyn udføres 12 måneder efter seneste tilsyn +/- 4 måneder, medmindre andet er aftalt med kommunen.

## Indhold og metode

Tilsynet indsamler data på baggrund af hovedpunkter udvalgt af 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](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 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) 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 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.

