



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Allerød Kommune

Ældre og Sundhed

Midlertidige Pladser

Indholdsfortegnelse

Forord.....	4
Fakta om tilsynet.....	5
Samlet tilsynsresultat.....	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer.....	7
Oversigt over de enkelte temaer.....	7
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.....	19
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn.....	20
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper.....	21
Om virksomheden og kontaktoplysninger.....	24

Forord

De uanmeldte tilsyn i 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.

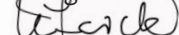
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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



Nette Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejeenhed:

Midlertidige Pladser, Rådhusparken 58, 3450 Lillerød

Leder:

Tina Bojer Jørgensen

Antal borgere:

16 borgere

Tilsynsbesøget fandt sted:

25. april 2022

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 assistenter, 2 sygeplejerske, 1 ergoterapeut, 1 fysioterapeut og 1 kostmedarbejder.
- Observation: Arbejdsgange og træning, samvær mellem medarbejder og borger, hygiejneforhold triagemøde mv.

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

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 De Midlertidige Pladser. 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 bemærkninger

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.

Målopfyldelse 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 plejeenheden. For det andet beskrives eventuelle forbedringsområder med tilhørende anbefalinger i tilfælde af, at praksis på plejeenheden ikke er fundet i overensstemmelse med lovgivningens krav, Allerød Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Styrker

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 nogle borgere er der tale om aflastningsplads eller midlertidig plads indtil plejecenterplads kan tilbydes. Personalegruppen består af plejepersonale og terapeuter.

Funktionsevne:

Interviewede borgere, som har været på DMP over 10 dage giver udtryk for, at opholdet har hjulpet med til at komme i gang igen. De fortæller, at deres funktionsevne er øget betydeligt. De sætter pris på oversigtstavlen på stuen med aftalerne. De oplever en velorganiseret træningsindsats og god kontakt og samarbejde med alle medarbejderne. Flere borgere siger spontant, at medarbejderne er ualmindelig imødekommende og generelt positive at få hjælp af. Servicelovsydelser ydes omsorgsfuldt og med respekt for den enkelte borgers ønsker. 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. 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.

Personlig pleje: Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer personlig pleje til 2 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. Fællesarealer, boliger og hjælpemidler fremtræder rengjorte svarende til rengøringsstandard.

Mad og måltider: Tilsynet er rundt ved frokosten. Medarbejderne deltager og støtter omsorgsfuldt borgere med behov for hjælp til spisning både i fællesrummene 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.

Det tværfaglige samarbejde mellem terapeuter og plejepersonale fremmes af fælles kontor og et dagligt samarbejds-møde, hvor alle borgere drøftes for at koordinere borgerforløbene 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 har afdelingen forbedret samarbejdsstruktur. Terapeuter og plejepersonale anvender i højere grad fælles møder og videndeling. Der er flere tiltag i gang som vil støtte at borgerne tilbydes en samlet koordineret indsats, herunder fælles faglig drøftelse i forbindelse med udførelse af den personlig pleje.

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

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

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Indikator 2.7 Borger tilbydes kost svarende til sin ernæringstilstand

Borgernes ernæringstilstand er afgørende for om træningsforløb lykkes.

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

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.

Vejehyppighed: Vægtkontrol hver uge er lagt ind som ydelse, hvilket støtter at opgaven udføres.

2 ud af 4 borgere er vejret svarende til det besluttede med enkelte overspring, hvor vægten ikke er flyttet til en anden dag. 1 borger er ikke vejret.

Uplanlagt vægttab: 2 borgere har haft uplanlagt vægttab over 2 kg, hvor vægttabet ikke ses meldt videre til sundhedsfaglig vurdering.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- at øge fokus på arbejdsgangen for
 - at flytte en vægtkontrol
 - at melde videre, hvis borger har takket nej
 - at melde vægttab videre til sundhedsfaglig stillingstagen
- at evaluere indsatsen i juni måned ved mini-journalaudit. Er vejehyppigheden svarende til det besluttede? Ved vægttab: Er vægttabet meldt sikkert videre og er der handlet på det?

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.

Arbejdsgangene er fastlagte. Siden seneste tilsyn er gjort en ihærdig indsats gennem oplæring og løbende kompetenceudvikling. Gennemkig i borgerforløb viser, at der er en proces i gang for implementering. Der ses enkelte eksempler på fuld overensstemmelse mellem helbredstilstande/funktionsevnetilstande, terapeutfaglige vurderinger, handlingsanvisninger, observationer og besøgsplaner. Der ses sparsomme skriftlige informationer om balanceøvelser eller andre input, som kan indbygges under den personlige pleje/praktiske hjælp og derved senere er nemt overførbare til hjemmeplejen eller på plejecentre.

En gennemgående udfordring er således at finde koblingerne og sammenhængen mellem pleje og behandling, observation og opfølgning. Vurderingen af disse forhold og dokumentationen heraf er nødvendig af hensyn til den enkelte borgers sikkerhed, da det udgør et væsentligt element i helhedsvurderingen.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- at fortsætte indsatsen for tværfaglig videndeling og forbedring af strukturen
- 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 beslutninger taget ved triagemøderne kan genfindes i cura og at der er konsekvensrettet
- sikre tilstrækkelige vurderinger af borgerne og opfølgning på sundhedsfaglige observationer og målinger
- oplære assistenter til at kunne varetage dokumentation for eget ansvarsområde samt medvirke til den løbende kompetenceudvikling blandt kolleger

Sundhedslovsydelser

Afdelingen varetager aktuelt en del borgerforløb med hudproblemer, hvoraf nogle er kategoriseret som ukomplerede sår og derved ligger i assistentkompetencen efter de vedtagne beslutninger.

Det er aftalt, at assistenterne ved tvivlspørgsmål retter henvendelse til sygeplejersker.

Opmærksomhedspunktet er, at der for 3 ud af 3 undersøgte borgerforløb foreligger opdateret helbredstilstand og ydelse er oprettet, men i ingen af borgerforløbene er handlingsanvisningen opdateret. Der foreligger beslutning om behandlingen i 2 tilfælde, men denne står andetssteds i cura, i et tilfælde i en observation, i et andet tilfælde i helbredstilstanden. Ved interview med medarbejderne høres forskellige opfattelser af den aktuelle sårbehandling.

Tilsynet anbefaler

- at det sikres at opdateret handlingsanvisning foreligger
- at der er fælles forståelse for involvering af sygeplejersker ved sårbehandling
- at tilsynsforpligtelsen ved delegerede opgaver systematiseres
- at styrke overensstemmelsen i cura mellem pleje og behandling, observation og opfølgning.

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	
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed	
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed	
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn	


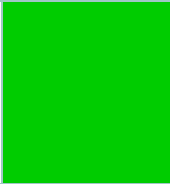
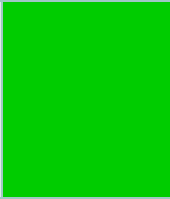

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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.

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?		Borgernes svar er helt overvejende positive. I lighed med 2021 er besvarelsene om ADL-træning uklare.
1.2	Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson jf. kommunens beslutning. Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder. Relevante borgere er tilbudt en rehabiliterende indsats og der er fulgt op på indsatsen.		
1.3	Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan beskrive, hvorledes mål fastsættes i samarbejde med borger med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer. Medarbejderne kan give eksempler på borgere, som støttes i ADL. Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.		
1.4	Det fremgår af omsorgsjournalen, at borgers psykiske og fysiske ressourcer inddrages i planlægningen og udførelsen. Hjælpen beskrives med en rehabiliterende tilgang.		<i>Opmærksomhedspunkt:</i> Plejepersonalet støtter borger i at varetage så meget som muligt selv. Formidling af borgers behov sker primært mundtligt, så for medarbejdere, der ikke normalt samarbejder med borgeren eller kommer tilbage fra fravær er viden begrænset.

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.		<p>Opgavefordeling: GOP og vurderingsforløb: Terapeuter opdaterer funktionsevnetilstande. Stikprøve: 4 ud af 5 er opdaterede.</p> <p>Der ses i 2 ud af de 5 forløb overensstemmende oplysninger til besøgsplaner og helbredstilstande.</p> <p>Øvrige forløb: Visitator opdaterer funktionsevnetilstandene efter fællesmøder.</p>
-----	--	--	--

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) 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 plejeenheden? 4) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her?		
2.2	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg. Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt? 2) Vil du anbefale plejeenheden til andre med samme behov? 3) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på?		
2.3	<i>Praktisk hjælp</i> 1) Boligen er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen. 2) Personlige hjælpemidler fremtræder rene.		
2.4	<i>Personlig pleje</i> Borgerne fremtræder velplejet. Hvis tilsynsførende overværer plejen konstateres, at plejen gives omsorgsfuldt og i samarbejde med borger. Borger støttes i at udføre så meget som muligt selv og støttes i at udføre eventuelle ønskede vedligeholdelsesaktiviteter under plejen.		
2.5	Fokusområde 2022: Aktiviteter 1) Indsatsen fremstår velstruktureret. Borgernes behov for vedligehold af færdigheder er kendt af de medarbejdere, som står for aktiviteterne. Selvbestemmelse fremmes ved, at borgernes ønsker og behov er kendt og om muligt imødekommet.		Ikke tilbud på midlertidige pladser

	<p>2) Der foreligger aktivitetsplan, som er lettilgængelig for borgere og pårørende. Aktivitetsplanen giver mulighed for valg og fravalg.</p> <p>3) Borger støttes i at deltage i relevante aktiviteter og samvær. Der er tilbud til borgere, der fravælger fælles tilbud</p> <p>4) Borgernes tilfredshed med de forskellige aktiviteter er kendt af relevante medarbejderne</p>		
2.6	<p>Fokusområde 2022: Aktiviteter</p> <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: -Er der mulighed for at lave de ting, der betyder noget? -Får du dækket dit behov for at være sammen med andre? -Hvad synes du – er der gode oplevelser hver dag? Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes?</p> <p>Interviewede pårørende oplever, at der er varierede tilbud svarende til borgers behov.</p>		Ikke tilbud på midlertidige pladser

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> <p>1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad?</p> <p>2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp?</p> <p>3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.?</p> <p>4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen?</p>		
2.8	<p>Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at der er klart værtsskab 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 udarbejdet med involvering af borgere og tilgængelig for borgere og pårørende.</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. 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> Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleanvisende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen. 2) Borgerne er tilbudt vejning svarende til det besluttede 3) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere. 		<p>Borgernes ernæringstilstand er afgørende for om træningsforløb lykkes.</p> <p>Der høres opmærksomhed ift borgers ernæringstilstand. Vægtkontrol hver uge er lagt ind som ydelse.</p> <p>2 ud af 4 borgere er vejet svarende til det besluttede med enkelte overspring, hvor vægten ikke er flyttet til en anden dag. 1 borger er ikke vejet.</p> <p>2 borgere har haft uplanlagt vægttab over 2 kg, hvor vægttabet ikke ses meldt videre til sundhedsfaglig vurdering.</p>

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:



Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? 2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?! 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Kender du besøgsplanen og oplever du, at beskrivelsen er meningsfuld og dækkende? 5) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald. 		<p>Borgerne svarer overvejende positivt, men oplever, at de må fortælle medarbejderne om, hvad opgaverne er hos dem og hvordan de bedst kan hjælpes.</p> <p>Borgerne oplever mange skiftende ansigter, men synes ikke at der er én bestemt, som er gennemgående og har et særligt ansvar for deres forløb.</p>
3.2	<p>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing</p> <p>Medarbejdere kender arbejdsgangene for at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner.</p>		<p>Der er daglig fælles videndeling ml. 10-11 ved triagemøder med notater i triagesystemet.</p> <p>Der er fastlagt struktur for at beslutninger indskrives rette steder i Cura, men denne arbejdsproces ses ikke fuldt implementeret.</p> <p>Ved opslag i cura om patientdata fra triagesystemet ses mangelfulde oplysninger af betydning for borgers daglige borgeropgaver.</p>
3.3	<p>Generelt: Dokumentation i omsorgsjournalen fremstår med overensstemmende og opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande.</p>		<p>3 ud af 8 besøgsplaner fremstår opdaterede og handleanvisende.</p> <p>For 1 ud af 8 undersøgte forløb ses overensstemmelse mellem tilstande,</p>

			<p>handlingsanvisninger, terapeutnotater, observationer og besøgsplaner. ” Der ses misvisende information idet handlingsanvisende oplysninger er indført i helbredstilstande, men ikke konsekvensrettet ved ændringer i borgers behandling. Dette er set i 3 tilfælde hvor borger har sår.</p> <p><u>Sundhedslovsydelser</u> DMP har en del borgerforløb med aktuelle hudproblemer, hvoraf nogle er kategoriseret som ukomplicerede sår og derved ligger i assistentkompetencen efter de vedtagne beslutninger. Det er aftalt at assistenterne ved tvivlsspørgsmål retter henvendelse til sygeplejersker.</p> <p>Opmærksomhedspunktet er at der for 3 ud af 3 undersøgte borgerforløb foreligger opdateret helbredstilstand og ydelse er oprettet, men i ingen af borgerforløbene er handlingsanvisningen opdateret. Der foreligger beslutning om behandlingen i 2 tilfælde, men denne står andetssteds i cura, i et tilfælde i en observation, i et andet tilfælde i helbredstilstanden. Ved interview med medarbejderne høres forskellige opfattelser af den aktuelle sårbehandling.</p>
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. 		

3.5	<p>Besøgsplaner: Omsorgsjournalen viser overensstemmelse mellem formålet med hjælpen og tilbuddet af hjælp. Besøgsplaner fremtræder handleansende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger samt borgers vaner og ønsker i relevant omfang.</p>		
3.6	<p>Omsorgsjournalen afspejler et bevidst samarbejde monofagligt og flerfagligt.</p>	Snitflade til Genoptræningen.	<p>Der beskrives en velfungerende samarbejdsstruktur imellem terapeuter og plejepersonale. Fælles møder bidrager til videndeling.</p> <p>Omsorgsjournalen afspejler endnu ikke, at terapeuter og plejepersonale har en fælles opgave med borgerforløbene.</p>
3.7	<p>Hvis borger modtager terapeutindsats af Genoptræningen: Hvordan har din evne til at klare dig selv udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælp?</p>	Snitflade til 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. Det kan eksempelvis være ved behov for vurdering af borgers potentiale for funktionsevne, ved afslutning af §86 eller ved genoptræningsplan efter §140. Borgers behov for eksempelvis 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>	Snitflade til Genoptræningen.	<p>Plejepersonalet ses ikke at have skriftlige informationer om balanceøvelser eller andre input, som kan indbygges under den personlige pleje/praktiske hjælp og derved senere er nemt overførbare til hjemmeplejen eller på plejecentre.</p> <p>Der er tiltag i gang, idet ergoterapeut beskriver at terapeuten deltager ved den personlige pleje og derved får plejepersonale og terapeut mulighed for faglig videndeling og fælles indsats. Mål fastsættes om muligt sammen med borger.</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.		
4.3	Hvis plejeenheden varetager tøjvask uden for borgers bolig: Instruks for tøjvask er lettilgængelig for medarbejderne og følger anbefalingerne i NIR. Tøjvasken sker i overensstemmelse hermed.	Ikke relevant	

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.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</p>		
5.2	<p>Effekten af tiltagene er evalueret I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført.</p>		
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>		<p><i>Samarbejdsstrukturen er justeret.</i></p> <p><i>Implementeringen er igangværende og har medført forbedringer af arbejds-gange.</i></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.

Højst 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

Højst 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 2 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 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 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.

