



TILSYNSRAPPORT

Allerød Kommune

Ældre og Sundhed

Lyngehus Plejecenter

Uanmeldt kommunalt tilsyn 19.marts 2024
Fokuseret genbesøg 11. juni 2024.

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Fakta om tilsynet den 19. marts 2024	4
Samlet tilsynsresultat incl. genbesøget	5
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	6
Uanmeldt kommunalt tilsyn 19. marts 2024	6
Fokuseret genbesøg 11. juni 2024	9
Resultater og vurdering af de enkelte temaer incl. genbesøget	10
Tema 1 Funktionsevne	11
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	14
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	17
Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn	24
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	26
Om virksomheden og kontaktoplysninger	29

Forord

De uanmeldte tilsyn i Allerød Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandards og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Allerød Kommune har med sit tilsynskoncept valgt, at temaerne er systematiseret efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger om kvalitetsindikatorer i ældreplejen.

Det er hensigten, at rapporten skal kunne bidrage til den faglige og organisatoriske kvalitetsudvikling ved at synliggøre succesfulde resultater såvel som det eventuelle læringspotentiale. Rapporten fokuserer på styrker i plejeenheden som afsæt for anbefalinger for eventuelle forbedringsområder, hvor beboernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandards m.m.

Rapporten kan ses som supplement til tilsynsrapporten fra det uanmeldte kommunale tilsyn den 19. marts 2024. Rapporten omfatter tilføjelser fra det efterfølgende fokuserede genbesøg den 11. juni 2024. Tilføjelser fra det fokuserede genbesøg er indsat, hvor det er relevant og markeret tydeligt.

Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling. Rapporten opfylder webtilgængelighedsloven.

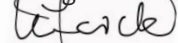
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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



Nethe Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om det uanmeldte kommunale tilsyn 19. marts 2024

Plejecenter:

Plejecenter Lyngehus, Hillerødvej 48A, 3450 Allerød

Leder:

Plejecenterleder Tina Rantzau

Antal borgere:

39 plejeboliger

Tilsynsbesøget fandt sted:

19. marts 2024

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 9 borgerjournaler), instrukser, handplaner, borgerinformationer, menuoversigt, aktivitetsoversigt m.v.
- Interview: 5 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet.
Desuden har tilsynet interviewet 1 udviklingssygeplejerske, 1 sygeplejerske, 1 assistent, 2 hjælpere, 1 ernæringsassistent, 1 koordinerende aktivitetsmedarbejder, 1 flexjobber og 1 rengøringsmedarbejder.
- Observation: Borgers bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

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

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet, eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 6 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 hos leverandøren. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn 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. Vurderingen er sket ud fra de temaområder og målepunkter, som er aftalt med kommunen. Vurderingsprincipperne ses af afsnittet bagest i rapporten.

Fokuseret genbesøg 11.6.2024	Målene er i middel grad opfyldte
Uanmeldt kommunalt tilsyn 19.3.2024	Målene er i lav grad opfyldte

Vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

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

Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.

Målene er i høj grad opfyldte

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.

Målene er i middel grad opfyldte

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

Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved uændrede forhold.

Løbende opfølgning anbefales.

Målene er i lav grad opfyldte

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”I betydelig grad opfyldt”.

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

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer.

Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.

Kritisable forhold

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

Uanmeldt kommunalt tilsyn 19. marts 2024

Generelt

Ved seneste tilsyn sås Cura delvist implementeret og fremstod ikke velegnet som arbejdsredskab. Der var tiltag i gang. Det blev vurderet, at forbedringer kunne opnås indenfor kortere tid. Siden seneste tilsyn har kommunen støttet med tiltag, blandt andet undervisning i Cura.

Det er afgørende for at sikre den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje af borgerne, at alle medarbejdere har den nødvendige viden om borgerne. Hjælpen skal løbende tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5, hvilket nødvendiggør, at der er en tilstrækkelig dokumentationspraksis, som anvendes og følges af alle medarbejdere samt, at aktuelle ændringer løbende dokumenteres.

Der ses fortsat vanskeligheder med at anvende Cura for alle faggrupper. Samlet set ses uoverensstemmende oplysninger for 8 ud af 9 borgerforløb. Kvaliteten i borgerforløbene er derfor afhængig af

1. Mundtlig formidling
Udfordring: At dagens opgaveløsning er afhængig af, at fremmødte medarbejdere kender borgernes behov og har tid til at formidle viden mundtlig samt at borgerne selv kan fortælle. Der suppleres med
2. Papirbaseret dokumentation i køkkenmapper, vægtsedler, aftenvagtsplaner, kalendere m.v.
Udfordring: Der ses ikke-opdaterede oplysninger i disse for 6 borgerforløb.

Ovenstående medfører en risiko for, at der arbejdes ud fra ikke-tidstro data, hvilket vurderes at indebære en risiko for, at borgerne ikke får personlig og praktisk hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87 og § 150, stk. 2.

Igangværende tiltag: Der er nyligt udpeget tovholder for forbedringsprocessen. Der er planlagt tiltag som i første fase retter sig mod den sundhedsfaglige kvalitet. Cura er under re-implementering. Der er lavet 2 masterjournaler i samarbejde med kommunens nøgleperson. Der skal ske spredning gennem Cura-cafeer i kommende tid. Sundhedslovsydelse er 1. prioritet og derfor er sygeplejersker og assistenter primær målgruppe. Herefter udrulles til servicelovsydelse.

Det kan have større betydning for den fornødne kvalitet og sikkerhed, hvis forbedringstiltag for servicelovsydelse ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget og følges tæt op.

Genbesøg anbefales:

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales samt fokuseret genbesøg ift. ovenstående. Det er aftalt udført i juni måned 2024.

Styrker

Lyngeshus har egne afløsere som kender huset og arbejdsgangene. De varetager oftest opgaver hos borgere, som de kender fra tidligere og supplerer deres viden bedst muligt jf. ovenstående.

Funktionsevne:

Ved indflytning samarbejder medarbejderne med borger og pårørende om at afdække borgers mulighed for selvhjulpethed og funktionsevne. Der tales om, hvordan funktionsevnen bedst kan bibeholdes/øges. Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen:

Borgerne udtrykker, at medarbejderne alle er lige imødekommende. Fællesrummene fremtræder hyggelige og tiltrækker borgere til en sludder og afveksling.

En nyere ansat aktivitetskoordinator anvender sine neuropædagogiske kompetencer i samarbejdet med borgerne og de øvrige medarbejdere. En meningsfuld hverdag målrettet borgernes behov vil blive udviklet. Aktuelt høres om bl.a. musik og gymnastik for interesserede borgere 2 gange om ugen. En flexjobber går jævnlige ture med en af borgerne.

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. Boliger fremtræder rengjorte svarende til rengøringsstandarden. Der ses tjeklister for rengøringsopgaven.

Mad og måltider: Måltiderne er det sociale samlingstidspunkt. Borgerne fortæller, at maden smager rigtig godt. Tilsynet overværer frokosten i fællesstuen. Her er dækket hyggeligt op, og der ses en bevidst bordopdeling, der kan støtte, at borgerne får en god måltidsoplevelse.

Siden seneste tilsyn har plejecentret sikret arbejdsgangene ved fødemiddelallergi.

Sammenhæng og forudsigelighed: Triage medvirker til videndeling, tidlig opsporing af borgere med risiko for sundhedsproblemer og forebyggelse af unødige indlæggelser.

De ovenfor nævnte styrker 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

- 1 tema er "I betydelig grad opfyldt"
- 3 temaer er "I nogen grad opfyldte".

Hvert tema består af flere målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er "Helt opfyldt" kan rumme målepunkter med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten.

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

Borgertilfredshed

Målepunkter belyst via borgerinterview

Fokus: Ved faste medarbejders fravær har Lyngehus egne afløsere, som kender huset og arbejdsgangene. De varetager oftest opgaver hos borgere, som de kender fra tidligere. Det er væsentligt for både faste, afløsere og elever, at der er en sikker arbejdsproces for at orientere sig om borgers aktuelle behov inden besøg. Det sker i dialog blandt de fremmødte medarbejdere samt ved læsning af det separate triagemodul, Cura og papirdokumentation.

Borgerne interviewes om deres tilfredshed med hjælpen. Nogle centrale spørgsmål er:

- 1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig/Kender du de medarbejdere, der kommer?
- 2) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres?
- 3) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på?

Udviklingspunkt:

3 ud af 5 borgere fortæller, at der er mange ansigter – de spørger ofte borger om opgaverne, og hvordan de bedst kan hjælpe. Borger har ønske om, at medarbejderne kender mere til opgaverne inden, de kommer. Ved stikprøver i journal ses, at besøgsplanerne ikke indeholder tilstrækkelige oplysninger til, at det er muligt at yde den fornødne kvalitet uden at spørge kolleger eller borgerne.

Tilsynet anbefaler

- at styrke besøgsplanernes kvalitet, så det er muligt at læse sig til viden inden borgerbesøgene
- at styrke praksis for at læse besøgsplaner inden borgerbesøgene.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Det skriftlige arbejdsgrundlag

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

Hjælpen skal løbende tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5, hvilket nødvendiggør, at der er en tilstrækkelig dokumentationspraksis, som anvendes og følges af alle medarbejdere samt, at aktuelle ændringer løbende dokumenteres.

Udviklingspunkter: Der ses vanskeligheder med at anvende Cura for alle faggrupper. I stedet styres kvaliteten ved at skrive i køkkenmapper, vægtsedler, aftenvagtsplaner, kalendere m.v. Ved gennemgang ses uoverensstemmelser til borgers aktuelle tilstande og de aktuelle beslutninger.

Cura er under re-implementering efter etablering af nøgleperson. Der er lavet 2 masterjournaler i samarbejde med kommunens nøgleperson. Der skal ske spredning gennem Cura-cafeer i kommende tid med fokus på den sundhedsfaglige dokumentation. Sygeplejersker og assistenter er 1. prioritet.

Herefter kommer servicelovsydelser, herunder besøgsplanerne.

Aktuelt udgør besøgsplanerne ikke et sikkert arbejdsgrundlag. Misvisende og/eller utilstrækkelige oplysninger kan medføre, at medarbejdere i bedste mening gør noget andet end borgers behov.

Ovenstående indebærer en større risiko for, at borgerne ikke får personlig og praktisk hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87 og § 150, stk. 2.

En skærpende omstændighed er, at den manglende journalisering også ses for sundhedsløvsydelser på tilsynstidspunktet for flere borgere.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den påbegyndte indsats, herunder

- at sygeplejersker og assistenter oplæres i Cura mhp. at kunne varetage dokumentation for eget ansvarsområde samt medvirke til den løbende kompetenceudvikling blandt kolleger
- konsekvensrette i Cura ved ændringer i borgers tilstande
- at lægge konkret plan med prioritering af borgerne og sikre tidstro besøgsplaner for alle vagtlag
- at skrive oversigt over, hvilken dobbeltdokumentation der anvendes (papirbaseret) og tage stilling til udfasning
- medinddrage assistenter i løbende mini-journalaudit ud fra valgte indikatorer.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Får borger tilbudt den rette kost

Fokus: Et væsentligt grundlag for, at borger har energi og kan deltage i egen pleje og være fysisk aktiv er, at ernæringstilstanden er så god som mulig. Ældre og småspisende borgere er ofte sårbare, idet en utilstrækkelig ernæringstilstand kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens.

Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne, og er dermed en risiko for borgersikkerheden. Forebyggelse kræver en tidlig opsporing. Ernæringsindsatsen er en kædeproces med opgaver fordelt mellem hjælpere, elever, uuddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl.

Vejninger af borgere er et af indikatorerne på, om borgerne får den ernæring, de har behov for. (Se [2015-AEL-dre_vaegttab_anbefalinger.ashx](https://www.assh.dk/2015/AEL-dre_vaegttab_anbefalinger.ashx) (sst.dk))

Siden seneste tilsyn ses øget fokus på, at besluttede vejninger også udføres. Der er indført et papirbaseret skema over alle borgere. Her står tydeligt, at borgerne skal tilbydes vejning 1 gang mdl., hvilket overvejende ses udført for den forgangne måned. Der vinges af, når vægten er skrevet ind i Cura.

Udviklingspunkter:

Det er besluttet, at opgaven skal ligge som ydelse, hvilket indgår i den kommende undervisning.

Tilsynet hører i vid udstrækning, at Cura opleves for vanskelig at anvende og at vægtkontrol og kostinformationer derfor formidles papirbaseret.

Får borger tilbudt den rette kost?

Der ses udfordringer med arbejdsprocesserne. Det omhandler både beslutning om vejning, vejning, erkendelse af vægttab, den sundhedsfaglige stillingtagen om den rette kost samt formidling om kost til frontmedarbejderne.

Der ses supplerende oplysninger under målepunktet.

Tilsynet anbefaler

- at følge op på et eventuelt undervisningsbehov om ernæringens betydning, herunder assistenternes ansvar for at følge op på vejninger udført af ufaglærte og hjælpere
- at arbejde med Cura jf. ovenfor
- at anvende et flow-chart som oversigt over arbejdsprocesserne og implementere dette
- at evaluere indsatsen løbende gennem mini-journalaudit med deltagelse af assistenter. Er vejehyppigheden svarende til handleanvisning? Ved uplanlagt væggtab: Er væggtabet meldt sikkert videre og er der handlet på det?

Fokuseret genbesøg 11. juni 2024

Ved tilsynsbesøget i marts 2024 blev målepunkterne vurderet i lav grad opfyldte og tilsynet anbefalede fokuseret genbesøg. Allerød Kommune besluttede udførelse i juni måned 2024.

Genbesøget har taget udgangspunkt i anbefalingerne fra besøget den 19. marts 2024.

1. Journalføring, papirbaserede dokumenter og arbejdsprocesser

Anbefalinger fra 19. marts 2024:

- at sygeplejersker og assistenter oplæres i Cura mhp. at kunne varetage dokumentation for eget ansvarsområde samt medvirke til den løbende kompetenceudvikling blandt kolleger
- konsekvensrette i Cura ved ændringer i borgers tilstande
- at styrke praksis for at læse besøgsplaner inden borgerbesøgene.
- at lægge konkret plan med prioritering af borgerne og sikre tidstro besøgsplaner for alle vagtlag
- at skrive oversigt over papirbaseret dobbeltdokumentation og tage stilling til udfasning
- medinddrage assistenter i løbende mini-journalaudit ud fra valgte indikatorer.

Vurdering ved fokuseret genbesøg:

Der er tiltag i gang. Tiltagene har endnu ikke medført øget målopfyldelse.

Der er indsat supplerende oplysninger under målepunkterne: 1.3, 1.4, 3.3

Gennemgående ses

- uoverensstemmelser mellem besøgsplan og borgeropgaver (SEL)
- uoverensstemmelser mellem besøgsplan og oplysninger i borgeropgaver relateret til helbredstilstande.

Tilsynet anbefaler øget opmærksomhed på konsekvensrettelse på tværs ved ændringer i borgers tilstand. Den manglende konsekvensrettelse kunne opdages af frontmedarbejderne i hverdagen og meldes videre. Fx ved systematisk læsning af borgeropgaverne sammenholdt med oplysningerne i besøgsplanerne.

Tilbydes borgerne den rette kost? Tidlig opsporing af borgere i ernæringsmæssig risiko

- at følge op på et eventuelt undervisningsbehov om ernæringens betydning, herunder assistenternes ansvar for at følge op på vejninger udført af ufaglærte og hjælpere
- at arbejde med Cura jf. ovenfor
- at anvende et flow-chart som oversigt over arbejdsprocesserne og implementere dette
- at evaluere indsatsen løbende gennem mini-journalaudit med deltagelse af assistenter.

Vurdering ved fokuseret genbesøg: Der er tiltag i gang. Tiltagene har endnu ikke medført øget målopfyldelse af målepunkt 3.2. Der er indsat supplerende oplysninger under målepunktet.

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 H O (Helt opfyldt er angivet med grønt), B O (I betydelig grad opfyldt er angivet med lysegrøn), N O (I nogen grad opfyldt er angivet med gult), I O (Ikke opfyldt er angivet med rødt).

Tema	Emne	Vurdering 19.3.24	Vurdering 11.6.24
Tema 1	Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering Borgers oplevede kvalitet af indsatsen Medarbejdernes kendskab til mål og indsats	N O	N O
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Måltider	B O	B O
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Flerfagligt samarbejde	N O	N O
Tema 4	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Proces for den lokale opfølgning med tiltag, evaluering m.m. Forbedring af målopfyldelse fra seneste tilsyn.	N O	B O

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

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

Målepunkter om omsorgsjournalen omfatter de dele af journalen, som er relevant for tilsynets foci.

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt? 2) Hjælper den hjælp du får dig til at vedligeholde dine færdigheder? 3) Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til, at bliver inddraget i at klare flest mulige dagligdags aktiviteter selv (fx personlig pleje, vande blomster, lægge tøj sammen, støve af m.m.) 4) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for?		<u>19.3.24</u> Borgerne oplever imødekomende medarbejdere og er tilfredse med hjælpen fra kendte medarbejdere. 3 ud af 5 fortæller, at de ofte må informere nye ansigter om, hvad de har brug for af hjælp, og hvordan det plejer at blive gjort. Flere giver udtryk for, at det ville være godt, hvis medarbejderne "kunne læse sig frem til, hvad man har brug for".
1.2	1) Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson jf. kommunens beslutning 2) Relevante borgere er tilbudt en rehabiliterende indsats og der er fulgt op på indsatsen. 3) Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder.		

1.3	1) Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan beskrive, hvorledes mål fastsættes i samarbejde med borger med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer. 2) Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.	11.6.24 Der høres forbedring ift., at der er sat tid af til læsning af besøgsplaner inden borgerbesøg. Opmærksomhedspunkt: Væsentlige oplysninger ses under ”borgeropgaver”, som ikke læses rutinemæssigt. Uoverensstemmende oplysninger ses af besøgsplaner. Det har indflydelse på medarbejdernes indsigt i borgernes behov og dermed på opgaveløsningen. 19.3.24 Informationer om den faglige indsats hos borgerne kan sparsomt findes i besøgsplanerne jf. 3.3. Medarbejderne har kendskab til den faglige indsats i det omfang, de kender borger eller har viden mundtlig fra hinanden eller borger. Medarbejderne giver udtryk for, at Cura er vanskelig at skrive i og anvende. Det har indflydelse på medarbejdernes indsigt i borgernes behov og dermed på opgaveløsningen.
-----	---	---

1.4	Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering.	11.6.2024 Der ses for 6 ud af 7 opslag i funktions- evnetilstande scoringer, som fremstår opdaterede. For den syvende er scoren 4 for spise, men uden begrundelse. Af besøgsplan for dv ses, at borger selv kan spise med ske og for av, at borger skal have fuld hjælp. Opmærksomhedspunkt: Der ses gene- relt ikke oplysninger om funktionsevne- tilstandene fraset scoringen. 19.3.24 Funktionsevnetilstandene ses opdateret for 3 ud af 5 borgerforløb. Fx er 1 borgers funktionsevnetilstande ikke opdateret efter borger ikke læn- gere anvender rollator. Der kan være udfordring med den rette scoring: Fx kan en borger spise selv. Bor- ger er scoret højere grundet dysfagi, hvilket ikke er den rette scoring.
-----	---	---

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?: 2) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret? 3) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her?		Jf. 1.1
2.2	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg. 2) Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt? 3) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov? 4) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på?		Jf. 1.1
2.3	<i>Personlig pleje</i> 1) Hvis tilsynsførende overværer plejen konstateres, at plejen gives omsorgsfuldt og i samarbejde med borger. Borger støttes i at udføre så meget som muligt selv. 2) Borgerne fremtræder velplejede efter ønske og behov.		

2.4	<i>Praktisk hjælp</i> 1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen. 2) Rengøringsydelsen er planlagt svarende til kommunens kvalitetsstandard. 3) Personlige hjælpemidler fremtræder rene.		
2.5	<i>Hverdagen og aktiviteter</i> Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er der mulighed for at lave ting, du har interesse i, du synes er spændende? 2) Får du dækket dit behov for at være sammen med andre? 3) Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes?		
2.6	<i>Hverdagen og aktiviteter</i> 1) Der er oversigt over aktiviteter, som er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere 2) Medarbejdere og ledere beskriver arbejdsgange for at den enkelte borgers potentiale og ønsker er kendt af medarbejdere og at borger støttes i at deltage i relevante aktiviteter og samvær.		
2.7	<i>Måltider</i> Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 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?		
2.8	<i>Måltider</i> Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at 1) Der er klart værtskab og at medarbejderne sørger for gode rammer til en uforstyrret spisning og hyggelig stemning 2) Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær.		
2.9	<i>Måltider</i> 1) Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende. 2) Medarbejdere kan redegøre for, hvorledes borgerens evaluering af maden videregives til køkkenmedarbejdere.		

2.10	<i>Borgere med særligt kostbehov</i> 1) Medarbejderne kender til borgernes individuelle kostbehov 2) Medarbejderne kender arbejdsgangen for at formidle videre, hvis borger har problem med at spise 3) Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.		Jf. 3.3
------	--	--	---------

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	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) 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.		19.3.24 Jf. 1.1 Opmærksomhedspunkt: Kontaktpersoner: I borgernes boliger ses information til pårørende og borgere sat op på skab. Oplysningerne er ikke overensstemmende hos 3 ud af 4 borgere. Af Cura ses oplysningerne opdaterede.
3.2	Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand Medarbejdere kender arbejdsgangene for 1. at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder eller andre fagpersoner 2. følge op på de aftalte tiltag		<u>11.juni 2024</u> Triage anvendes rutinemæssigt. Madservering - Tilbydes borger den rette kost? For borgere med erkendt vægttab ses i 1 ud af 3 tilfælde oprettet problem i helbredstilstand. For denne borger ses stillingtagen til kost, herunder mellemmåltider samt fortsat vejhyppighed. Ydelser fremgår af borgeropgaver. For 2 andre borgere ses ikke sundhedsfaglig vurdering af vægttabet og dermed ikke stillingtagen til behov for justering af kost.

		En borger har dysfagi. Seneste ergoterapeutnotat, som fremgår af borgeropgaver: ”Fortykning sv.t konsistens af proteindrik. Maden cremet konsistens. Sidde oprejst efter indtagelse. Mund rengøres efterfølgende”. Disse oplysninger er ikke konsekvensrettet til papiroversigt eller besøgsplan. Vejning af borgerne fremgår af papirskema. Vejningerne er overvejende indskrevet i Cura. For 2 ud af 2 borgere som ikke længere skal tilbydes vejning ifølge papirdokument, ses dette ikke journaliseret. For den ene står fortsat ”vejning x 1 mdl”. Allergi: En borger har fødemiddelallergi som kan medføre straksreaktion. Korrekt udfyldt: Papirdokumentet og Allergiformular i Cura, samt i borgeropgave. Risikofaktor ved udfasning af papirdokument: Medarbejderne læser aktuelt ikke borgeropgaver systematisk inden borgerbesøg. Besøgsplan anvendes. Her står ”servere kaffe og kage”, men uden henvisning til allergien. <u>19.3.24</u> Triage anvendes og medvirker til viden- delingen. Madservering - Tilbydes borger den rette kost?
--	--	--

			For borgere med erkendt væggtab ses i 1 ud af 3 tilfælde oprettet ”Problemer med undervægt”. For 1 borgere med væggtab ses ikke journalisering i Cura, men er markeret med PB undervægt i triagemodulet. For 1 borger er væggtab sundhedsfagligt vurderet, og det er besluttet, at borger har behov for proteintilskud og mellem-måltider. Dette ses af besøgsplan, men der ses ikke oplysning om væggtab eller kostbeslutning i handlingsanvisning. En borger har støt faldende vægt på 5 kg på 3 mdr. Vejningerne er foretaget af ufaglært og af hjælper. Vægten er vingeget af som dokumenteret i Cura, men der kan ikke findes tegn på, at væggtabet er erkendt af medarbejder og meldt videre til sundhedsfaglig vurdering. Handlingsanvisning for undervægt ses ikke oprettet. Handlingsanvisning for fødeindtag ses ikke opdateret efter ændringen i tilstand og indeholder misvisende oplysninger. Vejning af borgerne fremgår af papirskema. Her står, at borgerne skal tilbydes vejning 1 gang mdl. Ved opslag i Cura fremgår vejehyppigheden ikke for 3 ud af 4 borgere, heraf 2, som har haft væggtab. Tilsynet hører, at det er vanskeligt at finde ud af, hvornår og hvor, man skal skrive noget ind i Cura.
--	--	--	---

3.3	Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter 1. Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne med til- delt §§ 83 og 86. 2. Medarbejdere kan redegøre for målene for vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere og hvordan de – hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg (punkt 6.2 fra ældretilsynet). Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, her- under hvilke hjælpemidler, borger har brug. Såfremt plejecentret ikke har/nyligt har haft borgere visiteret til ovenstående markeres indikatoren som "ikke aktuel" for dataindsamling" = grå farve.	Data overfø- res til til- synsrapport for Genop- træningen	19.3.24 Arbejdsprocessen mellem Genoptrænin- gen og plejecentret fremstår velfunge- rende. Fx ses, at fysioterapeuter indskrifter an- visninger i borgers besøgsplan, så det støtter medarbejderne til at motivere borger til at gå og til at lave øvelser. 1 borger med GOP: Af terapeutnotat ses mål for genoptræningen, markeret med de delmål, der er opnået. Besøgsplanen er overensstemmende. 1 borgers funktionsevne er faldet bety- deligt over få måneder. Der er bedt om terapeutvurdering, som foreligger.
3.3	Det skriftlige arbejdsgrundlag 1) Den social- og plejefaglige dokumentation er overensstemmende med opdaterede oplysninger sva- rende til borgers tilstande (fx helhedsvurdering, handlingsanvisninger, besøgsplaner, observatio- ner, /besøgsplaner og eventuelle supplerende papirbaserede notater) 2) Besøgsplaner fremtræder handleanvisende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger og borgers vaner og ønsker 3) For borgere ramt af demens indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleanvisende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt 4) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktu- elle situation inden de besøger borgeren. 5) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion (f.eks. som observation med opgave).		11.6.24 Cura er under reimplementering. Der ses fortsat vanskeligheder med at an- vende Cura for alle faggrupper. Kvalite- ten søges sikret ved at skrive i køkken- mapper, vægtsedler, aftenvagtsplaner, kalendere m.v. For det ene afsnit er af- tenvagtsplanen udfaset. Tilsynet støder på et papirdokument, som tilsynet ikke var opmærksom på ved 1. besøg. Dette er om kaffe/te serve- ring. Det indeholder oplysning om kost (hvilke borgere der har behov for minus sukker). Dokumentet er ikke opdateret efter mors og efter ny borger med mi- nus sukker.

		Der ses ikke en samlet oversigt over pærdokumentation, som kan anvendes til styring af opdatering og til den videre udfasning. For 6 ud af 8 borgerforløb ses uoverensstemmende oplysninger i funktionsevnetilstande, besøgsplaner, borgeropgaver, helbredstilstande og observationer. Det er et gennemgående træk at der er 1. uoverensstemmelser mellem besøgsplan og borgeropgaver (SEL) 2. uoverensstemmelser mellem besøgsplan og borgeropgaver vedr. helbredstilstande. Den manglende konsekvensrettelse kunne opdages af frontmedarbejderne inden/under borgerbesøget og meldes videre. Besøgsplaner for personlig pleje i dagvagt: Der ses klar forbedring af grundskabelonen og eksempler på at den er ved at blive taget i brug. AV: Her ses for 4 ud af 6 sete besøgsplaner ikke opdaterede beskrivelser. Det drejer sig bl.a. om en udadreagerende borger, som særligt om aftenen kan kræve viden hos medarbejder om tilgang og forebyggelse. Der er socialpæd.handleplan dateret i 2022.
--	--	--

			Aftenvagt på den ene etage: Her anvendes papirdokument med hjælpeoplysninger om den personlig pleje. For en borger ses oplysning om lejrning og aftenbane, men ikke fyldestgørende. Af besøgsplanen ses tryksårsforebyggelse med pude, hjælp til soveskærmning for øjne o.a. <u>19.3.24</u> Der ses vanskeligheder med at anvende Cura for alle faggrupper. Kvaliteten søges sikret ved at skrive i køkkenmapper, vægtsedler, aftenvagtsplaner, kalendere m.v. For 8 ud af 9 borgerforløb ses uoverensstemmende oplysninger i funktionseventilstande, besøgsplaner, helbredstilstande og observationer. Af køkkensedler ses oplysninger om borgers kosttilskud, som ikke er indskrevet i Cura Af vejsesedler ses vejninger fra januar, der ikke er indskrevet. En borger har tabt sig 2 kg fra feb-marts. Den er vinget af som indskrevet, men vægttabet ses ikke journaliseret. Besøgsplaner for personlig pleje ses ikke fyldestgørende og opdaterede for dag- og aftenvagt. Borgere ramt af demens: Ved opslag i borgerforløb ses for 1 ud af 4 handleplanvisende oplysninger, der kan hjælpe til at borger får en forudsigelig aften, der kan hjælpe til en god nattesøvn.
--	--	--	--

		Tiltag Cura er under re-implementering. Der er lavet 2 masterjournaler i samarbejde med kommunens nøgleperson. Der skal ske implementering gennem Cura-cafeer i kommende tid for sygeplejersker og assistenter. Her fås hjælp til at opdatere egne borgere med fokus på den sundhedsfaglige dokumentation. Herefter sker udrulning til den social- og plejefaglige dokumentation, herunder besøgsplaner og funktionsevnetilstande. Besøgsplanerne skal sikre overensstemmelse med borgernes helbredstilstande i det omfang det har indflydelse på udførelsen af den personlige pleje, mobilitet mad og måltider.
--	--	--

Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Handleplanen kan f.eks. have form af referat fra personalemøde. Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.		<u>19.3.24</u> Der ses handleplan for udviklingspunkterne fra seneste tilsyn.
4.2	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.		<u>11.6.24</u> Tiltagene høres evalueret løbende. Samlet set i betydelig grad opfyldt.
			<u>19.3.24</u> Effekten af tiltagene ses ikke evalueret internt.
4.3	Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn. Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.		<u>11.6.24</u> Der er sat tiltag i gang for alle udviklingspunkter. Tiltagene har endnu ikke medført forbedret målopfyldelse. <u>19.3.24</u> Tiltag har forbedret sikkerheden for borgere med ○ Fødemiddelallergi

			Cura: Ved seneste tilsyn sås lav opfyldelse. Målopfyldelsen er uændret. Undervisningen har endnu ikke medført forbedret dokumentation. Der er tiltag i gang for at forbedre den sundhedsfaglige dokumentation med fokus på sygeplejersker og assistenter. Dette forventes at øge sikkerheden. Herefter fokuseres på journalisering af SEL-området.
--	--	--	---

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, så borgerne får den hjælp, de er berettiget til, og at hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig forsvarlig måde. Tilsynet skal belyse, hvorvidt:

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

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

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

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

Samlet set stiller tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

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

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

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 "Helt opfyldt", "I betydelig grad opfyldt", "I nogen grad opfyldt", "Ikke opfyldt":

Vurderingen sker ud fra 4 kategorier, som farvemarkeres af læsevenlige årsager:

Vurderingskategorier	Vurderingsforkortelse og farve
Helt opfyldt	H O
I betydelig grad opfyldt	B O
I nogen grad opfyldt	N O
Ikke opfyldt	I O

Vurdering af det enkelte tema

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

Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

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

Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.

Målene er i høj grad opfyldte

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Målene er i middel grad opfyldte

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

Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved uændrede forhold. Løbende opfølgning anbefales.

Målene er i lav grad opfyldte

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”I betydelig grad opfyldt”.

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

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer.

Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.

Kritisable forhold

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.

Om virksomheden og kontaktoplysninger

Den Mobile Kvalitetsafdeling, *akkrediteringsraadgiverne.dk*
Egebjergvej 232 A
4500 Nykøbing Sjælland

Nethe Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef
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 samarbejdspartnere varetager alsidige opgaver, f.eks.:

- Uanmeldte kommunale tilsyn
- Tilsyn med fritvalgsområdet
- Andre kvalitetsbesøg/tilsyn i hjemmesygeplejen, akutfunktioner, plejecentre og hjemmeplejen efter serviceloven og sundhedsloven
- Brugerundersøgelser, herunder borger- og pårørendetilfredshedsundersøgelser
- Kvalitetsbesøg/temperaturmålinger ift. ældretilsynets målepunkter
- Kvalitetsbesøg/temperaturmåling ift. risikobaseret tilsyn med STPS's målepunkter
- Second opinion kombineret med kvalitetsbesøg/tilsyn ved f.eks. klagesager
- Tværsektorielle borgerforløb. Sektoransvarlighed. Ressource- og opgavefordeling

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. Det omfatter blandt andet uddannelse til auditor for Dansk Standard, uddannelse til akkrediteringssurveyor for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) samt forandringsagentuddannelsen fra Dansk Selskab for 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.

Særlig relevante erfaringer:

- akkrediteringssurveyor fra 2010 til 2022 for IKAS. Har udført omkring 170 surveydage på sygehuse, i kommuner, præhospital, privathospitaler og speciallægepraksis.
- har udført over 500 uanmeldte kommunale tilsyn
- forandrings- og forbedringsarbejde med projekter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

