



TILSYNSRAPPORT

Allerød Kommune

Ældre og Sundhed

Demenscenter Skovvang

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Fakta om tilsynet	4
Samlet tilsynsresultat	5
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	6
Oversigt over de enkelte temaer	8
Resultater og vurdering af de enkelte temaer	8
Tema 1 Funktionsevne	9
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	10
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	12
Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn	14
 Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	 15
Om virksomheden og kontaktoplysninger	18

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 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, kvalitetsstandarder m.m.

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

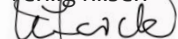
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

Anden del af rapporten indledes med oversigt over målopfyldelsen for de enkelte temaer. Herefter er de konkrete kvalitetsindikatorer medtaget, så læseren kan se, hvad der er grundlaget for vurderingerne. Fund er medtaget i det omfang, det skønnes at være af værdi for den videre kvalitetsudvikling. Farvemarkeringer er anvendt for at fremme et hurtigt overblik over styrker og opmærksomhedspunkter.

Bagest i rapporten findes en kort beskrivelse af tilsynets tilgang, formål og metoder efterfulgt af afsnit om vurderingsprincipper samt afslutningsvist data om tilsynsvirksomheden.

Tilsyn er altid udtryk for et øjebliksbillede og skal derfor vurderes ud fra dette.

Venlig hilsen



Nethe Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejecenter:

Demensplejecenter Skovvang, Poppelvænget 4, 3450 Allerød

Leder:

Plejecenterleder Sanne May Frovst

Antal beboere:

40 borgere

Tilsynsbesøget fandt sted:

11. marts 2024

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 8 borgerjournaler), instrukser, handplaner, borgerinformationer, menuplaner, aktivitetsoversigt m.v.
- Interview: 2 borgere, som delvist kan medvirke til interview samt 2 pårørende. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Desuden har tilsynet interviewet 1 plejecenterleder, 2 sygeplejersker, 3 assistenter, 2 hjælpere og 1 rengøringsmedarbejder.
- Observation: Borgeres 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 4 borgere.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 4 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.

Målene er i høj 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

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.

Målene er i middel grad opfyldte

Højst 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.

Generelt

Demensplejecenter Skovvang består af fire bo-enheder, der omringer atriumgården. Husene fremstår lyse og venlige. Boligerne fremstår hjemlige og indrettet efter borgers behov. Alle boliger har udgang til leve-bo miljøets fællesrum. Her er indrettet mindre, hyggelige kroge til 1:1 kontakt. I bo-enhederne iagttages en imødekommende tone – det er tydeligt, at den enkelte borger føler sig set og reagerer positivt på medarbejdernes smil og venlighed. Borgerne udviser tryk i kontakten med medarbejderne. Borgerne har kontaktpersoner, og tilsynet hører kun godt om samarbejdet fra pårørende og borgere.

Plejeenheden har aktuelt en periode med lederskift. Siden seneste tilsyn har nøglepersoner fortsat kvalitetsudviklingen bl.a. med

- Ensartede arbejdsprocesser på tværs af de 4 bo-enheder på prioriterede områder
- Kompetenceudvikling for assistenter, herunder
- Det skriftlige arbejdsgrundlag. Det ses, at det skriftlige arbejdsgrundlag er forbedret også med konkrete oplysninger om borgerplejen, idet frontmedarbejderne nu også dokumenterer den ellers tavse viden. En del papirnotater er erstattet af journalisering i Cura.

Styrker

Funktionsevne:

Tilsynsførende iagttager eksempler på, at medarbejderne har fokus på funktionsevnen. Af besøgsplanerne ses flere eksempler på information om daglige aktiviteter, og hvad der skaber glæde og støtte til funktionsevnen. Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere og medarbejdernes praksis fremstår rutineret og omsorgsfuld. Funktionsevnetilstandene ses generelt opdaterede og der er opmærksomhed på det tværsektorielle samarbejde gennem valg af obligatoriske tilstande. En aktivitetsmedarbejder bidrager til en alsidig hverdag og støtte til funktionsevnen, dels gennem fælles samvær og dels 1:1 kontakt. Tilsynet hører om en borgerrettet indsats, som gør en forskel i hverdagen.

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. Pårørende udtrykker, at de er meget trygge ved medarbejdernes indsats og sætter pris på samarbejdet.

Personlig pleje: Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske og behov. Tilsynsførende overværer dele af personlig pleje til flere borgere. Der ses velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær i form af småsludren undervejs og guidning tilpasset borgers tempo og stemning. Medarbejderne 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. Boliger og hjælpemidler fremtræder rengjorte svarende til rengøringsstandarden.

Mad og måltider: Hverdagsrehabiliteringen fremstår i vid udstrækning implementeret. Medarbejderne fortæller om arbejdsgangene og også om brugen af samtalekortene. Der er tovholdere for måltidsafholdelsen i de to teams. Tilsynet er rundt ved frokosten. Der ses, at borgere, som har glæde af det, selv smører deres smørrebrød evt. med hjælp fra personale. Borgerne har delvis selvbestemmelse med valg af maden, idet medarbejdere er opmærksomme på borgernes behov og de muligheder, der kan skabes.

Sammenhæng og forudsigelighed: Den faglige snitflade mellem centrets sygeplejersker og kommunens terapeuter fremstår velfungerende. Triagetavlens oversigt anvendes fra arbejdstidsstart i alle vagtlag samt til triagemøde 1 gang dagligt.

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

Vurdering af målopfyldelse:

- 4 temaer er ”Helt opfyldt”
- 1 tema er ”I betydelig grad opfyldt”

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

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

Tema 3: Sammenhæng og forudsigelighed

Nøglepersoner har arbejdet ihærdigt med at sikre kompetenceudvikling blandt assistenter, som nu også medvirker til at sikre kvaliteten af den social- og plejefaglige dokumentation. Besøgsplanerne fremstår som et godt arbejdsgrundlag for frontmedarbejdere.

Der ses ved 5 ud af 6 borgerforløb overensstemmelse mellem besøgsplaner, tilstande, målinger og observationer. Dobbeltokumentation: Forbedret siden seneste tilsyn. Køkkenmapperne er udfaset, og tilsynet hører, at aftenvagterne har udfaset oversigt med angivelse af hovedpunkter for borgerbehov.

Opmærksomhedspunkt: Helbredstilstande ses veldokumenteret. I nogle tilfælde er der ved ændringer i borgers tilstand brug for at konsekvensrette oplysninger til brug for den personlige pleje og/eller måltider. Det kan gøres ved henvisninger til helbredstilstand/handlingsanvisninger eller ved at oplysninger både skrives i SEL og SUL.

Dysfagi er undersøgt. Her ses Dysfagi som notat, som ligger på forsiden.

For det ene team er anvendt henvisning til notatet.

I det andet team ses, at oplysningerne også er indskrevet i besøgsplanerne, men er delvist korrekte, idet kostoplysning om gratinkost er medtaget, men ikke fortykningsbehovet.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder at

- beslutte arbejdsgang når SUL-handlingsanvisning har betydning for personlig pleje/mad m.m. fx dysfagi
- implementere arbejdsgangen
- afdække om der er andre arbejdsprocesser ift. SUL-emner med relevans for SEL-ydelser
- evaluere ved audit af overensstemmelse af få journaler hver måned eller efter behov med deltagelse af assistent og sygeplejerske.

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
Tema 1	Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering Borgers oplevede kvalitet af indsatsen Medarbejdernes kendskab til mål og indsats	H O
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Måltider	H O
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Flerfagligt samarbejde	B 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.	H 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?		<i>Få borgere kan medvirke ved interview. Målepunktet er vurderet dels fra borgerudsagn og pårørendeudsagn og dels fra tilsynets øvrige oplevelser under tilsynsbesøget.</i>
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.		
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.		<i>Funktionsevnetilstande: Der tages stikprøver i 5 journaler i "færden", "spise", "drikke".</i> <i>For 2 ud af 2 borgere med dysfagi ses, at scoringen af "spise", "drikke", ikke følger vejledningen, idet vurdering af funktionsevnen ikke er medtaget.</i>

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?		Borgerne udviser tilfredshed og tryghed med de faste medarbejderes indsats og adfærd.
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?		
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.		

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.		
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		Der ses velfungerende strukturer for at formidle viden videre, når der opstår behov for en faglig vurdering. Ernæring: Vejehyppighed ses efterfulgt.
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, herunder 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 .		Stikprøver afspejler lettilgængelige oplysninger fra terapeuter. Der ses eksempel på, at terapeuter indskriver anvisninger i borgers besøgsplan, så det støtter medarbejderne til at motivere borger til at gå og til at lave øvelser.

3.3	<i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> 1) Den social- og plejefaglige dokumentation er overensstemmende med opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande (fx helhedsvurdering, handlingsanvisninger, besøgsplaner, observationer, /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 aktuelle situation inden de besøger borgeren. 5) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion (f.eks. som observation med opgave).	Der ses i betydelig grad overensstemmelse på tværs af Cura. 6 ud af 6 besøgsplaner fremstår svarende til borgers aktuelle behov og ønsker. Dobbeltdokumentation: Forbedret siden seneste tilsyn. Køkkenmapperne er udfaset og tilsynet hører, at aftenvagterne har udfaset oversigt med angivelse af hovedpunkter for borgerbehov. Opmærksomhedspunkt. Dobbeltdokumentation af dysfagi er valgt i journalen som alternativ til henvisning til Dysfaginotatet. For det ene team ses overensstemmelse i oplysningerne. I det andet team ses, at besøgsplanerne delvist er korrekte, idet kostoplysning om gratinkost er medtaget, men ikke fortykningsbehovet.
-----	---	--

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.		
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.		
4.3	Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn. Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.		

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.
- forandrings- og forbedringsarbejde med projekter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

