



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Allerød Kommune

Ældre og Sundhed

Plejecenter Mimosen

Indholdsfortegnelse

Forord.....	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	9
Resultater og vurdering af de enkelte temaer	9
Tema 1 Funktionsevne	10
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen.....	11
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	14
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	17
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	18
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper.....	19
Om virksomheden og kontaktoplysninger.....	22

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 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.

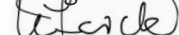
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

Plejecenter:

Mimosen Plejecenter, Ellevej 38-49, 3450 Allerød

Leder:

Maiken Borg Vedel var fraværende. Sygeplejerske varetog stedfortræderfunktionen

Antal beboere:

24 borgere

Tilsynsbesøget fandt sted:

3. marts 2022

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 8 borgerjournaler), instrukser, handleplaner, borgerinformationer, menuplaner m.v.

Interview: 3 borgere, som 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 sygeplejerske, 2 assistenter, 1 fast afløser, 1 hjælper og 1 klippekortmedarbejder.

Observation: 3 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 2 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 på plejecentret. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter "Koncept og manual for tilsyn på plejecentre i Allerød Kommune". Fokusområderne er vurderet i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

Godkendt

Vurderingsskala:

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

Godkendt

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

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

Godkendt med bemærkninger

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfølgelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Godkendt med mangler

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

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

Delvist godkendt

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".

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

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

Ikke godkendt/Kritisable forhold

Den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Der er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet og patientsikkerheden.

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

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

Styrker

Mimosen fremstår som en plejeenhed, der har fortsat den positive faglige og organisatoriske udvikling. Pårørendesamarbejdet fremstår nytænkende, involverende og med integrering i borgernes hverdag.

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

I fællesrummene er medarbejdere og borgere sammen gennem dagen. Medarbejderne opholder sig primært her og er nærværende, mens de også indimellem arbejder med indskrivning i cura. Der høres en imødekommende tone – det er tydeligt, at den enkelte borger føler sig set og reagerer positivt på medarbejdernes smil og venlighed.

Funktionsevne:

Ved indflytning vurderer assistenter borgers funktionsevne og muligheder og involverer sygeplejerske ved tvivlsspørgsmål. Tilsynet hører eksempel på, at terapeut er indraget ift, hvorledes funktionsevnen bedst kan bibeholdes/øges.

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

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

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen:

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

Personlig pleje: Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer dele af personlig pleje til flere borgere. Der ses velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær i form af småludren undervejs og guidning tilpasset borgers tempo og stemning. Medarbejderne ses gribe tidspunktet, når en plejopgave kan lykkes bedst og skaber et positivt rum at være i.

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

Mad og måltider: Tilsynet er rundt ved frokosten. I alle boenheder ses hyggeligt samvær med medarbejdernærvær. Borgere med behov for hjælp til spisning får hjælpen på en omsorgsfuld måde i borgers tempo. Maden roses og siden seneste tilsyn er serveringen i højere grad er tilpasset borgernes individuelle ønsker og behov. Borgerne har delvis selvbestemmelse med måltiderne, idet medarbejdere er opmærksomme på borgernes behov og de muligheder, der kan skabes. Et afsnit serverer kold mad til frokost efter borgernes ønske, de to øvrige afsnit serverer varm mad.

Hverdagen og aktiviteter på plejecentret: Plejeenheden har organiseret sig, således at borgernes funktionsevne i videst mulige omfang støttes med 1:1 kontakt og socialt samvær i bo-enheden med medarbejderne.

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

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

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 der er få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.

Vurdering af målopfyldelse:

- 3 temaer er ”Helt opfyldt”
- 2 temaer er ”I betydelig grad opfyldt.

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

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

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

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. Ved tværgående audit med flere medarbejdere ses uoverensstemmende oplysninger mellem de faglige oplysninger, pleje og behandling, målinger, observation og opfølgning. Besøgsplanerne fremstår med forskellig kvalitet.

Tilsynet hører, at der er planlagt tiltag for at fastlægge ansvars- og opgavefordelingen samt den tilhørende undervisning i cura.

- Tilsynet har ikke yderligere anbefalinger.

Tema 4 Hygiejne

Indikator 4.3 Tøjevask uden for borgeres bolig

På plejecentret varetages tøjvasken i fælles vaskemaskiner. For at undgå bakterie- og virusoverførsel ved vask mellem forskellige borgeres beklædning, skal borgernes tøj vaskes særskilt fra hinanden, der skal udføres ugentlig kogevaske på tom maskine og foretages aftørring af membraner, jf NIR.

Disse forhold er ikke fuldt implementeret jf. uddybende oplysninger under indikatoren.

Tilsynet anbefaler

- justere arbejdsgangene, så de lever op til NIR.

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).

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering	
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Måltider og mad, der passer til borgers behov	
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Koordinering ved ændring i borgers tilstand Flerfagligt samarbejde	
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning Instrukser, værnemidler og rengøring Tøjvask	
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Lokal proces med prioritering, tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen sammenlignet med seneste tilsyn	

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

Tilsynsførende vurderer for hver indikator, om dataindsamlingen viser overensstemmelse med indikatorens angivelser. I bemærkningsfeltet udfør hver indikator er beskrevet særlige positive eller negative fund, som kan have værdi i det videre arbejde.

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

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

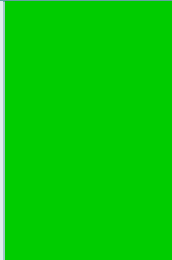
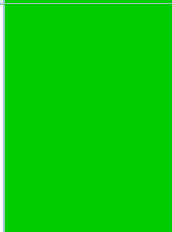
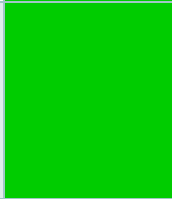
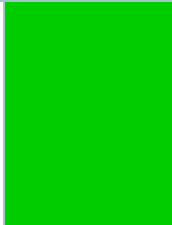
Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> -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? 		<p>Indikatoren vurderes samlet set opfyldt jf. oplysninger om borgerinterviewene på side 9.</p>
1.2	<p>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.</p>		
1.3	<p>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.</p>		
1.4	<p>Det fremgår af omsorgsjournalen, at borgers psykiske og fysiske ressourcer inddrages i planlægningen og udførelsen. Hjælpen beskrives med en rehabiliterende tilgang.</p>		
1.5	<p>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>		

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? 2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?: 3) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret? 4) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her? 		Indikatoren vurderes samlet set opfyldt jf. oplysninger om borgerinterviewene på side 9.
2.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg. Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt? 2) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov? 3) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på? 		Indikatoren vurderes samlet set opfyldt jf. oplysninger om borgerinterviewene på side 9.
2.3	<p><i>Praktisk hjælp</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen. 2) Personlige hjælpemidler fremtræder rene. 		
2.4	<p><i>Personlig pleje</i></p> <p>Borgerne fremtræder velplejet. Hvis tilsynsførende overværer plejen konstateres, at plejen gives omsorgsfuldt og i samarbejde med borger. Borger støttes i at udføre så meget som muligt selv og støttes i at udføre eventuelle ønskede vedligeholdelsesaktiviteter under plejen.</p>		

2.5	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. 2) Der foreligger aktivitetsplan, som er lettilgængelig for borgere og pårørende. Aktivitetsplanen giver mulighed for valg og fravalg. 3) Borger støttes i at deltage i relevante aktiviteter og samvær. Der er tilbud til borgere, der fravælger fælles tilbud 4) Borgernes tilfredshed med de forskellige aktiviteter er kendt af relevante medarbejderne		
2.6	Fokusområde 2022: Aktiviteter 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? Interviewede pårørende oplever, at der er varierede tilbud svarende til borgers behov.		Indikatoren kan ikke afdækkes ved borgerinterviewene (jf. side 9).

Måltider og mad, der svarer til borgers behov

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.7	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?		Indikatoren vurderes samlet set opfyldt jf. oplysninger om borgerinterviewene på side 9.
2.8	Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at der er klart værtskab og at medarbejderne sørger for gode rammer til en uforstyrret spisning og hyggelig stemning. Arbejdsgangene fremmer, at borgerne får den støtte til spisning, de har brug for. Arbejdsgangene fremmer, at den enkelte borger opnår en positiv oplevelse af måltidet.		
2.9	Der foreligger menuplan, som er udarbejdet med involvering af borgere og tilgængelig for borgere og pårørende.		

2.10	Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.		
2.11	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.		
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><u>Vægtkontrol</u> Der ses i vid udstrækning overensstemmelse mellem det besluttede interval og de udførte vejninger. I et afsnit ses at vejninger ikke er sket i 2 måneder, men nu er startet igen.</p> <p><u>Reaktion på uplanlagt vægttab</u> For 1 ud af 2 borgerforløb med uplanlagt vægttab er vægttabet sundhedsfagligt vurderet med stillingtagen til kosttilskud, vejehyppighed m.m. Vægttabet er skrevet i observationen og det er anført, at sygeplejerske skal informeres. Observationen er ikke videregivet ”med opgave”, men er formidlet mundtligt ved triage. Da sygeplejersker ikke hver dag deltager i triage fremstår den mundtlige formidling som en sårbar arbejdsgang.</p> <p>I det andet forløb ses vægttabet ikke formidlet videre fra hjælper.</p>

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
<u>3.1</u>	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? 2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?! 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Kender du besøgsplanen og oplever du, at beskrivelsen er meningsfuld og dækkende? 5) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald.		Indikatoren vurderes samlet set opfyldt jf. oplysninger om borgerinterviewene på side 9.
3.2	<i>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing</i> 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.		Grundet oplysninger i 2.12
3.3	Generelt: Dokumentation i omsorgsjournalen fremstår med overensstemmende og opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande.		Ved tværgående audit ses uoverensstemmende oplysninger mellem de faglige oplysninger, pleje og behandling, målinger, observation og opfølgning. En borger behov for proteintilskud, hvilket er anført i besøgsplan og på kostseddel i køkkenet, men handlingsanvisning er ikke opdateret. Der er planlagt undervisning for den lokale ressourceperson inden for kortere tid.

3.4	Besøgsplaner: 1) Medarbejderne oplever de konkrete besøgsplaner anvendelige og brugbare i forhold til opgaveløsningen hos borgerne. 2) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren. 3)		
3.5	Besøgsplaner: Omsorgsjournalen viser overensstemmelse mellem formålet med hjælpen og tilbuddet af hjælp. Besøgsplaner fremtræder handleanvisende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger samt borgers vaner og ønsker i relevant omfang.		For 6 ud af 8 undersøgte borgerforløb findes handleanvisende og opdaterede oplysninger for dagvagten. For de øvrige borgere ses oplysningerne ikke opdaterede. 4 ud af 6 aftenbeskrivelser indeholder de fornødne oplysninger til at sikre borgerne en genkendelig aften. Borgerne kan ikke længere svare for sig. Afløsere og andre, der ikke kender borger så godt, kan ikke regne med beskrivelserne og må arbejde ud fra mundtlige oplysninger. For en borger som er udadreagerende ved personlig pleje, er dette anført i dagsbeskrivelsen, men ikke i aftenbeskrivelsen.
3.6	Omsorgsjournalen afspejler et bevidst samarbejde monofagligt og flerfagligt.	Snitflade til Genoptræningen.	Der kan ikke fremfindes eksempler på fælles borgerforløb med igangværende eller afsluttet træningsydelse. Indikatoren udgår.
3.7	Hvis borger modtager terapeutindsats af Genoptræningen: Hvordan har din evne til at klare dig selv udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælp?	Snitflade til Genoptræningen.	Indikatoren vurderes samlet set ikke mulig at afdække ved borgerinterviewene (jf. side 9).
3.8	Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb Medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den	Snitflade til Genoptræningen.	De faste medarbejdere kender til oplysningerne.

	<p>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>		<p>Afløsere synes at være mere afhængig af, at opgaven ikke blot er anført i besøgsplanen, men også fremgår af borgeropgave.</p>
--	--	--	--

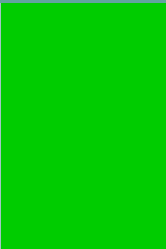
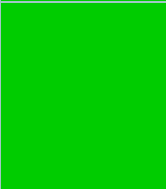
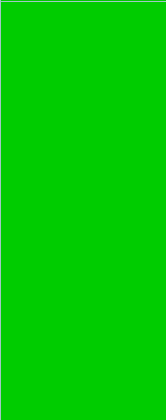
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning*

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.		Der ses anvendelse af masker i overensstemmelse med det besluttede. Brug af plastforklæde anvendes ikke konsekvent, hvilket ikke er i overensstemmelse med gældende NIR.
4.2	Leder og relevante medarbejdere kender til at fremsøge og anvende gældende instrukser og arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud.		
4.3	Hvis plejecentret varetager tøjvask uden for borgers bolig: Instruks for tøjvask er lettilgængelig for medarbejderne og følger anbefalingerne i NIR. Tøjvasken sker i overensstemmelse hermed.		Medarbejderne hjælper hinanden på tværs af de 3 huse. To medarbejdere fortæller, at borgernes tøj i nogle tilfælde bliver vasket sammen, hvis det ikke er særlig snavset. Det er ikke i overensstemmelse med NIR. <u>Ugentlig kogevaske på tom maskine:</u> Der ses egenkontrolskema i alle tre boenheder. I de to enheder ses det udfyldt for hver uge. I det tredje er ikke anført på skemaet, at kogevasken skal være ugentlig. Den er afkrydset ca hver 14. dag.

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for indikatorer, 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>		<i>Ledelsen har udpeget sygeplejerskerne som tovholdere på udviklingsarbejdet.</i>
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>		<i>Effekten evalueres jævnligt.</i>
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>Siden seneste tilsyn er igangsat tiltag af betydning for målopfyldelse. Det drejer sig eksempelvis om</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Besøgsplaner</i> - <i>Ensartede arbejdsprocesser i bo-enhederne.</i> <p><i>De opnåede forbedringer i 2021 på ernæringsområdet er fastholdt.</i></p> <p><i>Der resterer områder, hvor tiltag er igangværende.</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 indikator
- 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												
Indikatorer												
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 indikatorerne.

Vurdering af de enkelte indikatorer

Hvert af de overordnede temaer belyses af underliggende indikatorer. Tilsynsførende vurderer målopfyldelsen af indikatoren på baggrund af dataindsamlingen. Der kan i nogle tilfælde være enkeltstående fund, som medfører, at indikatoren 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 indikatorerne 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 indikatorerne 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. Målopfyldelse 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 3 uger, medmindre andet er aftalt med kommunen. Herefter modtager leder og tilsynsførendes kontaktperson i kommunen den endelige rapport.



Om virksomheden og kontaktoplysninger

Nethe Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef

DMK-tilsynsafdeling, akkrediteringsraadgiverne.dk
Egebjergvej 232 a
4500 Nykøbing Sjælland
Mobil: +45 2869 8898
Mail: nethe@jorck.net

Akkrediteringsraadgiverne.dk er en privat leverandør af rådgivning og tilsyn til de danske kommuner og sygehuse, herunder tilsyn og kvalitetsbesøg inden for serviceloven og sundhedsloven.

Konsulentfirmaet består af virksomhedsleder, som sammen med udvalgte teamkolleger varetager alsidige opgaver, eksempelvis:

- Tilsyn med plejeboliger på ældreområdet
- Tilsyn med fritvalgsområdet
- Andre kvalitetsbesøg/tilsyn i hjemmesygeplejen, akutfunktioner, plejecentre og hjemmeplejen efter serviceloven og sundhedsloven
- Kvalitetsbesøg/temperaturmålinger ift. ædretilsynets indikatorer
- Kvalitetsbesøg/temperaturmåling ift. risikobaseret tilsyn med STPS's indikatorer
- 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.

