



akkrediteringsraadgiverne.dk

# TILSYNSRAPPORT

## Allerød Kommune Ældre og Sundhed

### De Midlertidige Pladser

## Indhold

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Fakta om tilsynet .....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>Samlet tilsynsresultat.....</b>                                    | <b>6</b>  |
| <b>Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer .....</b>         | <b>7</b>  |
| <b>Oversigt over de enkelte temaer .....</b>                          | <b>11</b> |
| <b>Resultater og vurdering af de enkelte temaer.....</b>              | <b>11</b> |
| Tema 1 Funktionsevne .....  | 12        |
| Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen.....                   | 14        |
| Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed.....                             | 17        |
| Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....                 | 20        |
| Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn .....                            | 21        |
| <b>Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper.....</b> | <b>22</b> |
| <b>Om tilsynsvirksomheden .....</b>                                   | <b>25</b> |

## 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.

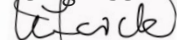
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

|  |
|--|
| Leverandørens navn og adresse  |
| De Midlertidige Pladser, Rådhusparken 58, 3450 Lillerød  |
| Daglig leder   |
| Tina Bojer Jørgensen (fraværende)  |
| Dato for tilsynsbesøg  |
| 26. april 2021   |
| Antal borgere på tilsynsdagen  |
| 10 borgere   |
| Datagrundlag og metodik  |
| <p>Tilsynet er rettet mod borgerforløb visiteret til ophold på De Midlertidige Pladser (DMP)</p> <p>Data omfatter samlet set</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Dokumentation</u>:<br/>Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver i 10 borgerforløb), borgerinformationer, vejledninger og instrukser, menuplan mv.</li> <li>- <u>Interview</u>:<br/>3 borgere, som kan medvirke til interview. Desuden har tilsynet talt med 3 assistenter, heraf 1 vikar, 1 sygeplejerske, 1 ergoterapeut og 2 fysioterapeuter, 2 hjælpere, 1 assisterende leder og 1 stedfortræder.</li> <li>- <u>Observation</u>: Arbejdsgange og træning, samvær mellem medarbejder og borger, hygiejneforhold triagemøde mv.</li> </ul> <p>Tilsynet har overværet plejeopgaver og/eller træning ved 3 borgere.</p> <p>Midlertidige Pladser har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.</p> |
| Tilsynsførende   |
| Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.  |

## Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Allerød Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos De Midlertidige Pladser. Det uanmeldte tilsyn er udført efter det aftalte tilsynskoncept.

Vurderingen lægger vægt på, om målene er opfyldte ud fra lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

| Sæt kryds |   |
|-----------|---|
|           | <p><b>Godkendt</b><br/>           Dette betyder, at målene i meget høj grad er opfyldte.<br/>           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.<br/>           Alle temaer er samlet set vurderet ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.<br/>           Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.</p>     |
| X         | <p><b>Godkendt med bemærkninger</b><br/>           Dette betyder, at målene i høj grad er opfyldte i forhold til den fornødne kvalitet og patientsikkerheden, men der vil være behov for justeringer for at sikre opfyldelse af alle måleområder.<br/>           De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.<br/>           Målopfylde forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.</p>   |
|           | <p><b>Godkendt med mangler</b><br/>           Højest 2 af temaerne er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.<br/>           De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.<br/>           Der ses forhold af betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.<br/>           Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer.<br/>           Handleplan og opfølgning efter kortere tid anbefales.</p> |
|           | <p><b>Delvist godkendt</b><br/>           Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.<br/>           Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.<br/>           Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer.<br/>           Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales.</p>  |
|           | <p><b>Ikke godkendt/Kritisable forhold</b><br/>           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.<br/>           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.</p>  |

## 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 i De Midlertidige Pladser. 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.

### Styrker

De Midlertidige Pladser er karakteriseret ved, at der er tale om korterevarende ophold på 2-3 uger, hvorunder borger får vurderet sin funktionsevne og sit fremtidige plejebehov. For nogle borgere er der tale om aflastningsplads eller midlertidig plads indtil plejecenterplads kan tilbydes. Personalegruppen består af plejepersonale og terapeuter.

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

Ved indflytningen, som oftest sker om aftenen, modtages borger af plejepersonalet. Terapeut besøger borger førstkommande hverdag, når borger er udskrevet fra hospital med genoptræningsplan eller skal vurderes ift. behov for terapeutydelse. Terapeuten fastsætter mål for opholdet sammen med borger og tilknytter kontaktherapeut.

Det tværfaglige samarbejde mellem terapeuter og plejepersonale fremmes af fælles kontor og et dagligt samarbejds-møde, hvor alle borgere drøftes for at koordinere borgerforløbene og opspore ændringer i borgernes tilstand.

Serviceovsyndelser ydes omsorgsfuldt og med respekt for den enkelte borgers ønsker. Medarbejderne fremstår hjælpsomme og udviser engagement i den faglige kerneydelse og støtter borger til mest mulig hjælp til selvhjælp ved den personlige pleje og hverdagen. Borgernes ADL-træning støttes terapeutfagligt.

Den ovenfor nævnte praksis og gode resultater med forbedring af borgernes funktionsevne er et godt afsæt til at arbejde med fastholdelse af de opnåede resultater og det videre arbejde med opfyldelsen af målepunkterne.

### Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

Tilsynet vurderer, at

- 1 tema er "Helt opfyldt"
- 2 temaer er "I betydelig grad opfyldt"
- 1 tema er "Delvist opfyldt"
- 1 tema er "Ikke relevant" (Tema 5: Opfølgning fra seneste tilsyn)

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 i det følgende efterfulgt af tilsynets anbefalinger.

Uddybende oplysninger kan ses under temaets målepunkter.

Forbedringspunkter:

- 1) **Det skriftlige arbejdsgrundlag:** I cura ses generelt uoverensstemmelse mellem oplysningerne og nogle oplysninger fremgår ikke om borgers aktuelle behov. Cura opdateres delvist på triagemøde, og delvist ved efterfølgende og løbende opdatering/konsekvensrettelse ved kontaktperson.
- 2) **Tværfaglig indsats til det enkelte borgerforløb:** Terapeuter og plejepersonale fremstår overvejende som parallelt arbejdende faggrupper. Gensidig information sker primært mundtligt på triagemøderne. Der kan være ad hoc drøftelser og drøftelser i forbindelse med visitationsmøder, men det fremstår personafhængigt om forløbene koordineres. Strukturen fremmer ikke et bevidst samarbejde og koordinering af det enkelte borgerforløb undervejs i perioden.

- 3) **Arbejdsgange fra beslutning til udførelse.** Der ses sårbare processer for at sikre, at opgaver udføres og følges op. Eksempelvis skal en borger have målt BS 3 dage i træk, hvilket ikke var opdaget ved ordination ugen før. Det er nu skrevet ind som opgave de to næste dage, hvilket ikke er tilstrækkeligt, da dagens måling ikke blev foretaget. Et andet eksempel er, at ugentlige vejninger ikke udføres som forventet. På tilsynsdagen ses flere eksempler, hvilket peger i retning af, at der ikke er tale om enlige hændelser, men mere en generel udfordring med strukturen.

Fællestræk for ovenstående er, at ansvars- og opgavefordelingen fremstår uklar. De fremmødte medarbejdere forventes at udføre opgaverne og tilsynet orienteres om, at alle har ansvaret.

I praksis hører tilsynet om, at nogle opgaver ikke er udført, da medarbejder har været af den opfattelse, at en anden fagperson/funktion havde opgaven.

Det er positivt, at tiltag er igangsat. Der er fælles kontor for terapeuter og plejepersonale. Der er fælles drøftelse kl 10 med deltagelse af alle fremmødte med gennemgang af alle borgere.

### **Tema 1 Funktionsevne**

Opdatering af funktionsevnetilstand:

Borgerforløb med genoptræningsplan og terapeutvurderingsforløbene: Terapeuterne opdaterer i vid udstrækning disse borgerforløb.

Borgere i aflastningsforløb eller med venteperiode inden plejecenter o.a.: Der er forskellig opfattelse af, hvilken funktion, der har opgaven. Funktionsevnetilstande fremstår ikke opdateret sv.t. borgers aktuelle tilstand.

### **Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen**

#### **Indikator 2.7 Borger tilbydes kost svarende til sin ernæringstilstand**

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 småtspisende borgere er ofte sårbare, idet en utilstrækkelig ernæringstilstand kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens o.a. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne. Ernæringsindsatsen er en kædeproces med opgaver fordelt mellem hjælpere, elever, uddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl. Kommunen har etableret en fælles ernæringsindsats med ernæringsassistent.

#### Får borger den rette kost?

Det er besluttet, at borgerne tilbydes vejning hver onsdag. Hvis der er en nylig vægtoplysning fra hospitalet anvendes den som startvægt. Ved gennemgang af borgerforløbene ses, at ingen borgere er registreret med vægt svarende til beslutningen.

Tilsynet konstaterer, at medarbejderne alle er forundrede over at se det, idet den fælles opfattelse er, at vejning er en fast arbejdsgang. De manglende vægte har ikke været savnet og der er ikke oplysning om årsagen til den manglende vejning.

Tilsynet anbefaler, at

- tage en faglig drøftelse af ernæringens betydning for optræningsforløbene
- at implementere beslutning om minimum at tilbyde vægtkontrol 1 gang om ugen
- at fastlægge og fortælle relevante medarbejdere om arbejdsgangen for
  - at flytte en vægtkontrol
  - at melde videre, hvis borger har takket nej
  - at melde vægttab videre til sundhedsfaglig stillingstagen
  - at ophør af vejning journaliseres
- at evaluere indsatsen i juni måned ved mini-journalaudit. Er vejehyppigheden svarende til det besluttede? Ved vægttab: Er vægttabet meldt sikkert videre og er der handlet på det?

**Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed**

Terapeuter og plejepersonale fremstår som nævnt ovenfor overvejende som parallelt arbejdende faggrupper med videndeling dagligt ved triagemøderne. Strukturen fremstår ikke stærk, når det gælder et bevidst samarbejde og koordinering af det enkelte borgerforløb.

Det enkelte borgerforløb: Det er besluttet, at der skal tilknyttes flere medarbejdere til hver borgere samt en terapeut. På tilsynstidspunktet er dette ikke praksis, da der i længere tid har været ledige stillinger. 4 ud af 10 borgerforløb har en plejefaglig kontaktperson.

I forbindelse med visitationsmøde 8-10 dage efter borgers indflytning sker en tværfaglig videndeling med samlet status og plan for forløbene. Den afsluttende status med visitation er tværfaglig og kalendersat også hos borger.

*Tilsynet anbefaler*

- at fortsætte indsatsen for tværfaglig videndeling og forbedring af strukturen
- at tage stilling til om balanceøvelser, styrkeøvelser o.a. kan indbygges i den personlige pleje og videre overdrages til plejecenter eller hjemmepleje efter udskrivelsen
- at beslutninger taget ved triagemøderne kan genfindes i den skriftlige dokumentation og at der er konsekvensrettet i cura
- at skrive ned, hvad kontaktpersoners (teamets) ansvar- og opgave er (funktionsbeskrivelse), herunder samarbejdet mellem faggrupperne.

*Det skriftlige arbejdsgrundlag*

Medarbejdere, som har haft fravær, orienterer sig i helbredstilstande og funktionsevnetilstande og supplerer med ydelser/besøgsplaner og observationer. Det fremstår som en tidskrævende og ikke brugbar måde at få informationer på, idet oplysningerne indbyrdes fremstår uoverensstemmende og ikke forbereder medarbejderen på plejeopgaverne, inden besøget hos borger.

Omsorgsjournalen afspejler ikke, at terapeuter og plejepersonale har en fælles opgave med borgerforløbene.

*Tilsynet anbefaler*

- undervisning i Cura tilpasset DMP's tværfaglige tilbud og behov for koordineret indsats
- nedskrive den lokale arbejdsgang for opdatering af cura.

**Delegering**

Der er arbejdsproces for delegering/kompetenceskemaer, men det opdaterede kompetencesystem er ikke implementeret.

*Tilsynet anbefaler,*

- at overveje og tidsfastsætte implementering af kommunens kompetenceskemaer.

**Opmærksomhedspunkt***Borgertilfredshed med maden*

Borgerne udtrykker megen tilfredshed med madens smag. Farsretterne er altid meget velsmagende og gode. De udtrykker også, at det er ærgerligt, at det "faste kød" oftest har fået for meget.

Ved gennemkig af leverandør-vejledning ses, at der for flere "fastkødsretter" er angivet temperatur for tilberedning, men ikke hvor længe stegen/koteletterne mm skal have.



Tilsynet opfatter vejledningen som en generel vejledning fra leverandøren til plejecentre, hjemmepleje o.a. og at opmærksomhedspunktet muligvis ikke alene er relevant for DMP.

*Tilsynet anbefaler*

- At videndele med andre plejeenheder mhp behov for videreformidling af borgertilfredsheden til leverandør om forbedring af vejledning til medarbejderne om færdigtilberedningen.

## 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. Kvalitetsindikatorerne 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 ses den samlede målopfyldelse for hvert tema. Overskrifterne og rækkefølgen følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger af kvalitetsindikatorer i ældreplejen. Vurderingen er angivet med farver.

|  |                          |
|--|--------------------------|
|  | Helt opfyldt             |
|  | I betydelig grad opfyldt |
|  | Delvist opfyldt          |
|  | Ikke opfyldt             |

|        |   | Vurdering |
|--------|---|-----------|
| Tema 1 | Funktionsevne                                 |           |
| Tema 2 | Livskvalitet og tilfredshed                   |           |
| Tema 3 | Sammenhæng og forudsigelighed                 |           |
| Tema 4 | Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning     |           |
| Tema 5 | Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn |           |

## Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

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

## 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"> <li>-Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til at du bliver så selvhjulpne som muligt i forhold til praktiske gøremål/personlig pleje?</li> <li>-Svarer hjælpen til dine forventninger til opholdet?</li> <li>-Oplever du, at bliver inddraget i at klare flest mulige dagligdags aktiviteter selv, fx lægge tøj sammen, støve af, dække bord og lignende, i det omfang du ønsker det?</li> <li>-Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for?</li> <li>-Gør medarbejderne noget særligt sammen med dig? Gør de alle det?</li> </ul> |           | <p>Borgernes svar er helt overvejende positive.<br/>I forhold til spørgsmålene om ADL-træning er borgernes besvarelser uklare.</p>  |
| 1.2 | <p>Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne.<br/>Det sker i samarbejde mellem borger og terapeut indenfor 3 hverdage.<br/>Terapeuter redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan beskrive, hvorledes mål fastsættes i samarbejde med borger med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer.</p>  |           |   |
| 1.3 | <p>Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder.<br/>Plejepersonalet kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.<br/>Medarbejderne kan give eksempler på borgere, som støttes i hverdagsaktiviteter såsom lægge tøj sammen, dække bord og lignende.</p>  |           | <p>Opmærksomhedspunkt:<br/>For plejepersonalet fremstår det vanskeligt at opnå et opdateret indblik i en borgers behov inden plejeopgaverne skal udføres.<br/>Formidling af borgers behov sker primært mundtligt.</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>   |           | <p>Omsorgsjournalens oplysninger om borger funktionsevnetilstande er ikke i overensstemmelse med oplysninger i besøgsplaner og helbredstilstande.</p>   |

|     |   |  |   |
|-----|---|--|---|
| 1.5 | Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering. |  | <p>Der er forskellige typer borgerforløb.<br/>Opgavefordeling:<br/>GOP og vurderingsforløb: Terapeuter opdaterer funktionsevnetilstande.<br/>Stikprøve: 4 ud af 5 er opdaterede.</p> <p>Øvrige forløb: Der fortælles ikke overensstemmende, men de fleste opfatter, at det er alle i plejegruppen, der skal opdatere, andre opfatter, at det er terapeuterne.<br/>Stikprøve: 3 undersøgte forløb er ikke udfyldt sv.t. borgers aktuelle tilstand.</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> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Har du fået talt med medarbejderne om hvad du gerne vil have ud af opholdet her?</li> <li>- Er hjælpen i overensstemmelse med de aftaler du har lavet, da du kom?</li> <li>-Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig?</li> <li>-Har den hjælp, du har modtaget betydet, at du i højere grad kan klare dig selv i de daglige gøremål.</li> <li>-Hvor tilfreds er du med medarbejderens imødekommenhed over for dine ønsker til udførelsen af den personlige pleje og praktiske hjælp?</li> <li>-Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig?</li> <li>-Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?:</li> <li>-Er personalet generelt venlige/søde og omsorgsfulde?</li> <li>-Oplever du en respektfuld kommunikation og adfærd?</li> <li>-Oplever du en positiv stemning i hverdagen?</li> <li>-Hvad synes du – er der gode oplevelser hver dag?</li> <li>-Hvor tilfreds er du samlet set med at være her?</li> </ul> |           |                                |
| 2.2 | <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Er du samlet set tilfreds med den hjælp, du får til praktiske opgaver?</li> <li>-Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg.</li> <li>-Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt?</li> <li>-Vil du anbefale den hjælp, du modtager til andre med samme behov?</li> <li>-Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på?</li> </ul>   |           |                                |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 2.3  | <p><i>Personlig pleje</i><br/>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 relevante øvelser under plejen.</p>  |  |  |
| <h2>Måltider og mad, der svarer til borgers behov</h2> |  |  |  |
| 2.7  | <p><i>Borger får den rette kost</i><br/>Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for tidlig opsporing af ernæringsstruede borgere.<br/>I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleansende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen. Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. Oplysninger om ernæringsindsatsen er lettilgængelig for relevante medarbejdere.<br/>Behov for særlig kost: Borgere med behov for særlig kost tilbydes dette.</p> |  | <p>4 medarbejdere fortæller uafhængigt af hinanden, at alle borgere tilbydes vejning hver onsdag.<br/>Forløbene kigges igennem med medarbejdere.<br/>Ingen borgere er vejet, som medarbejderne forventede.<br/>1 ud af 10 borgere er vejet 1 gang.<br/>For de øvrige ses ingen vægte. 1 borger får sondeernæring og 2 andre beskrives som småtspisende og 1 har dysfagi.<br/>2 borgere skal ikke længere tilbydes vejning, men den faglige vurdering og beslutning kan ikke findes i Cura.</p> |
| 2.8  | <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:<br/>-Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad?<br/>-Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp?<br/>-Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne?<br/>-Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.?<br/>-Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med forslag til maden eller menuen?</p>  |  | <p>Borgerne udtrykker meget tilfredshed med madens smag.<br/>De udtrykker også, at det er ærgerligt at det "faste kød" oftest har fået for meget og er trist.<br/>Ved gennemkig af leverandørvejledning ses, at der for flere "fastkødsretter" er angivet temperatur for færdigtilberedning, men ikke hvor længe stegen/koteletterne mm skal have.</p>   |

|      |   |  |                                     |
|------|---|--|-------------------------------------|
| 2.9  | Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende.   |  |                                     |
| 2.10 | Det iagttages, om rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne. |  | Der er ikke data fra fællesspisning |

## Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

| Nr. | Kvalitetsindikatorer   | Vurdering   | Eventuel uddybende beskrivelse  |
|-----|--|---|---|
| 3.1 | <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres?</li> <li>-Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig?</li> <li>-Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der kommer?</li> <li>-Oplever du sammenhæng mellem den hjælp, du har brug for og den hjælp, du modtager?</li> <li>-Passer den hjælp/støtte, du får til dine behov?</li> <li>-Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald.</li> </ul> |   | Borgerne svarer overvejende positivt, men oplever, at de må fortælle medarbejderne om, hvad opgaverne er hos dem og hvordan de bedst kan hjælpes.   |
| 3.2 | <p>Medarbejderne oplever de konkrete besøgsplaner anvendelige og brugbare i forhold til opgaveløsningen hos borgerne.<br/>Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren.</p>   |   | <p>Der foreligger 2 opdaterede besøgsplaner for de 10 borgere.<br/>Medarbejdere, som har haft fravær, orienterer sig i helbredstilstande og funktionsevnetilstande og supplerer med ydelser/besøgsplaner og observationer.<br/>Det er tidskrævende og fremstår ikke som en brugbar måde at orientere sig på, idet oplysningerne indbyrdes er uoverensstemmende.</p> |
| 3.3 | <p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i><br/>Medarbejderne har kendskab til og benytter relevante procedurer og vejledninger i hverdagen ved behov. Redskaberne i EOJ benyttes i henhold til vejledningerne og sikrer sammenhængen i dokumentationen.</p>  |   |   |
| 3.4 | <p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i><br/>Omsorgsjournalen viser overensstemmelse mellem formålet med hjælpen og tilbuddet af hjælp.<br/>Besøgsplanerne fremtræder handleanvisende.</p>   |   |   |
| 3.5 | <p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i><br/>Omsorgsjournalen afspejler et bevidst samarbejde mellem eventuelt flere faggrupper, herunder samarbejdet med genoptræningen.</p>  | Vurdering overføres til tilsyn for Genoptræningen | Omsorgsjournalen afspejler ikke, at terapeuter og plejepersonale har en fælles opgave med borgerforløbene.  |







|     |   |  |  |
|-----|---|--|--|
|     |   |  | Der er daglig fælles videndeling ml. 10-11 ved triagemøder med notater i triagesystemet. Der ses ikke proces for at sikre, at beslutninger indskrives rette steder i Cura efterfølgende.   |
| 3.6 | Borger har en tilknyttet medarbejder (kontantperson(er), som har særlig viden om borgers forløb, ønsker og behov.   |  | Der er markeret kontaktperson for 4 ud af 10 borgere for plejegruppen. Kontaktpersonen forventes ikke at være den, der har overblik over borgers plan og status samt eventuel vægtudvikling og andre forhold. Den opgave er ikke placeret, idet alle fremmødte forventes at orientere sig om de enkelte borgere.<br><br>Der foreligger ikke oversigt over hvad kontaktpersonens opgave her, eksempelvis en funktionsbeskrivelse. |
| 3.7 | <i>Forebyggelige indlæggelser</i><br>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.   |  |  |
| 3.8 | <i>Delegering</i><br>Er der sammenhæng mellem de faglige indsatser og det sundhedsfaglige personales kompetencer<br>Delegering: Er plejepersonalet bekendt med, hvad der konkret er delegeret til dem og er de oplært og har kompetencen. Er der fulgt op på delegeringen?<br>Foreligger opdaterede kompetenskemaer svarende til aktuelle borgeres behov. |  | Der er arbejdsproces for delegering/kompetenskemaer, men det opdaterede kompetencesystem er ikke implementeret.  |
| 3.9 | <i>Borgere, der modtager terapeutindsats efter §86 af Genoptræningen:</i><br>Hvordan har din evne til at klare dig selv udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælp?  |  |  |

|      |   |   |   |
|------|---|---|---|
| 3.10 | <p>Hvis borger modtager terapeutindsats efter §86 af Genoptræningen</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.</p> | Vurdering overføres til tilsyn for Genoptræningen | Plejepersonalet og terapeuterne arbejder parallelt.<br>Plejepersonalet ses ikke at have informationer om balanceøvelser eller andre input, som kan indbygges under den personlige pleje/praktiske hjælp og derved senere er nemt overførbare til hjemmeplejen eller på plejecentre. |
| 3.11 | <p>Ved afslutning af terapeutforløb videreformidles anbefalinger om balanceøvelser eller andet, der kan udføres i forbindelse med forflytninger, personlig pleje eller praktisk hjælp i borgers videre forløb på plejecenter eller i hjemmeplejen.</p>  | Vurdering overføres til tilsyn for Genoptræningen | Arbejdsgangene beskrives.<br>De sikrer delvist, at oplysninger videreformidles til de plejefaglige parter i borgers videre forløb.  |

## Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering: 

| Nr. | Kvalitetsindikatorer  | Vurdering   | Eventuel uddybende beskrivelse       |
|-----|---|---|--------------------------------------|
| 4.1 | Medarbejderne kender og anvender gældende vejledning om COVID-19 relevant for medarbejdere på plejecentre, herunder arbejdsdragt og værnemidler. Der forefindes værnemidler.                          |    |                                      |
| 4.2 | Leder og relevante medarbejdere kender til arbejdsgangene ved eventuelt smitteudbrud.   |    |                                      |
| 4.3 | Leder og relevante medarbejdere kan beskrive ansvars- og opgavefordeling ved den nære forebyggelse eksempelvis rengøring af kontaktpunkter. Beskrivelsen er overensstemmende med gældende vejledning. |   |                                      |
| 4.4 | Hvis plejecentret varetager tøjvask uden for borgers bolig: Vejledning for tøjvask er lettilgængelig for medarbejderne og følger anbefalingerne i NIR. Tøjvasken sker i overensstemmelse hermed.      |  | Ikke relevant ift givne oplysninger. |

## Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

| Nr. | Målepunkter   | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse                          |
|-----|---|-----------|---|
| 5.1 | Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" i tilsyn 2020.   |           | Der har ikke tidligere været uanmeldt kommunalt tilsyn. |
| 5.2 | Der er igangsat tiltag<br>Effekten af tiltagene er evalueret<br>Hvis effekten ikke er tilfredsstillende, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført   |           |   |
| 5.3 | Fra 2019 – 2020 er sket forbedringer af målopfyldelsen for temaer, som ikke var "Helt opfyldt" i 2020.<br>(Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Resultat af tilsyn 2020 sammenlignet med resultat 2021) |           |   |

# 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.

## 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 Allerød Kommune. 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.

## Vurderingsprincipper

Tilsynsbesøget bidrager til at afdække om den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag lever op til lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurdering sker på 4 niveauer:

- Den enkelte stikprøve
- Det enkelte målepunkt
- Det enkelte tema
- Det samlede tilsynsresultat

Vurderingsprincipperne sikrer systematisk analyse og vurdering fra den enkelte stikprøve udføres til det samlede tilsynsresultat. Vurderingsprincipperne er skitseret nedenfor og beskrives under figuren.

|                              | Det samlede tilsynsresultat |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Temaer</b>                |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Kvalitetsindikatorer</b>  |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>De enkelte stikprøver</b> |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### 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 kvalitetsindikatorerne.

### Vurdering af de enkelte kvalitetsindikatorer

Hvert af de overordnede temaer belyses af underliggende kvalitetsindikatorer. Tilsynsførende vurderer målopfyldelsen af målepunktet på baggrund af dataindsamlingen. Der kan i nogle tilfælde være enkeltstående fund, som medfører, at målepunktet ikke er opfyldt. Det vil typisk være fund af betydning for borgerens sikkerhed.

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

|  |                          |
|--|--------------------------|
|  | Helt opfyldt             |
|  | I betydelig grad opfyldt |
|  | Delvist opfyldt          |
|  | Ikke opfyldt             |

### Vurdering af det enkelte tema

På baggrund af de samlede resultater fra kvalitetsindikatorerne 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 kvalitetsindikatorerne er vurderet "Deltvist 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**

Det betyder, at målene i meget høj grad er opfyldte.

Den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er samlet set vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

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

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

**Godkendt med bemærkninger**

Dette betyder, at målene i høj grad er opfyldte i forhold til den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerheden, men der vil være behov for justeringer for at sikre opfyldelse af alle måleområder.

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

**Godkendt med mangler**

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

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.

## Om tilsynsvirksomheden

Nethe Britt Jorck  
Virksomhedsleder og tilsynschef

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

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

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

- Tilsyn med plejeboliger på ældreområdet
- Tilsyn med fritvalgsområdet
- Andre kvalitetsbesøg/tilsyn i hjemmesygeplejen, akutfunktioner, plejecentre og hjemmeplejen efter serviceloven og sundhedsloven
- Kvalitetsbesøg/temperaturmålinger ift. ældretilsynets målepunkter
- Kvalitetsbesøg/temperaturmåling ift. risikobaseret tilsyn med STPS's målepunkter
- Second opinion kombineret med kvalitetsbesøg/tilsyn ved eksempelvis klagesager
- Tværsektorielle borgerforløb. Ressource- og opgavefordeling
- Brugerundersøgelser, herunder borgertilfredshedsundersøgelser

Ovenstående liste er ikke udtømmende. Sundhedslovs- og servicelovsområdet giver stadig mere komplekse udfordringer i hverdagen, hvor vi kan byde ind med et samarbejde med fokus på en bestemt borgersituation, vinkel eller en særlig dagsorden.

Om virksomhedsleder og tilsynschef

Nethe Jorck har sundhedsfaglig uddannelse (sygeplejerske) suppleret med MPP (Master of Public Policy) tillige med kompetencegivende uddannelser indenfor ledelse, kvalitet og patientsikkerhed.

Nethe Jorck har en årrække beskæftiget sig med sociallovs- og sundhedslovsydelser, 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 besluttes (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.

