



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Allerød Kommune

Ældre og Sundhed

Plejecenter Allerød
Demensplejecenter Skovvang

Indhold

Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer.....	7
Oversigt over de enkelte temaer.....	11
Resultater og vurdering af de enkelte temaer	11
Tema 1 Funktionsevne	12
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	13
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	17
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	20
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	21
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	22
Om tilsynsvirksomheden.....	25

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.

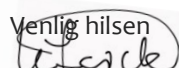
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling.

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


Nethe Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Leverandørens navn og adresse
Demensplejecenter Skovvang, Poppelvænget 4, 3450 Allerød
Leder
Kenneth Steen Green var fraværende Assisterende daglig leder Mira Louise Friis varetager stedfortræderfunktionen
Antal beboere
40 boliger
Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg
23. april 2021
Datagrundlag og metodik
<p>Data er indsamlet via</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Dokumentation</u>: Borgernes pleje- og omsorgsjournal for 10 borgerforløb, vejledninger, instrukser, kompetenceskemaer, aktivitetsplaner og menuplan. - <u>Interview</u>: 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 3 sygeplejersker, 4 assistenter, heraf 1 med aktivitetsfunktion, 2 hjælpere, 2 uuddannede, 1 assistentelev, 1 rengøringsassistent, 1 ergoterapeut med aktivitetsfunktion samt 1 pædagog. - <u>Observation</u>: Borgers bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltider. <p>Tilsynsførende har overværet personlig morgenpleje hos 4 borgere og anden pleje hos 3 borgere.</p> <p>Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 7 borgere.</p> <p>Plejecentret 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 på Plejecenter Allerød, afdeling Demensplejecenter Skovvang. 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>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.</p>
X	<p>Godkendt med bemærkninger 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. De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden. Målopfylde forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.</p>
	<p>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 af 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.</p>
	<p>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.</p>
	<p>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.</p>

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

I nedenstående oversigt ses 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 og generelle forhold

Demensplejecenter Skovvang består af fire husafsnit, der omringer indbydende atriumgårde. Husene fremstår lyse og venlige med leve-bo miljø i fællesrummet, som alle boliger har udgang til. Centret er udstyret med tilpasset velfærdsteknologi – fx døgnrytmelys og sensorgulve. Der er planer om at indrette mindre, hyggelige kroge til 1:1 kontakt. Boligerne fremstår hjemlige og indrettet efter borgers behov.

Plejeenheden blev etableret over sommeren 2020 og tiltag er i gang for at etablere fælles kultur og arbejds gange. I husene iagttages i en imødekommende tone – det er tydeligt, at den enkelte borger føler sig set og reagerer positivt på medarbejdernes smil og venlighed.

Bemandingen udgøres på tilsynsdagen af få faste medarbejdere og elever suppleret af uuddannede medarbejdere og vikarer. 1 sygeplejerske i hvert hus samt en fælles koordinator sikrer opgavefordelingen mellem husene. Centrets tilknyttede pædagog, en ergoterapeut samt 1 assistent med aktivitetsfunktion medvirker til, at hverdagen opleves forudsigelig og tryk.

Funktionsevne:

Ved indflytning samarbejder sygeplejerskerne med borger om at afdække borgers mulighed for selvhjulpethed og funktionsevne. Det fastlægges evt. i samarbejde med Genoptræningen, hvorledes funktionsevnen bedst kan bibeholdes/øges.

Støtte til funktionsevne: Borgerne udviser tryghed i kontakten med medarbejderne. Tilsynsførende iagttager eksempler på, at medarbejderne har fokus på funktionsevnen. Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere og medarbejdernes praksis fremstår rutineret og omsorgsfuld også ved komplekse forflytninger. Hverdagsaktiviteter og hverdagstræningen støttes af centrets ergoterapeut, som griber tilsynsdagens gode vejr til udendørsgåture og udendørsdans, hvilket foregår i munter stemning. 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. De giver udtryk for, at medarbejderne alle er lige søde. Positive iagttagelser af borgernes samvær med medarbejderne supplerer også dette indtryk. De faste medarbejdere fortæller om relationsarbejdet og den personcentrerede omsorg.

Personlig pleje: Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer dele af personlig morgenpleje til 4 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.

Praktisk hjælp: Tilsynsførende vurderer, at hjælpen tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes vaner, ønsker og behov. Fællesarealer, boliger og hjælpemidler fremtræder rengjorte svarende til rengøringsstandarden. En borger med behov for gulvvask hver dag får dette behov opfyldt.

Mad og måltider: Måltiderne er det sociale samlingspunkt. Tilsynet er rundt ved frokosten. Der serveres kold mad i 3 huse og varm mad i eet hus. Der ses lidt forskellig prioritering af medarbejdernærvær ved bordene, men borgere med behov for hjælp til spisning får hjælpen på en omsorgsfuld måde i borgers tempo. Maden fra ”Mad til hver dag” roses meget. Borgerne har delvis selvbestemmelse med valg af maden, idet medarbejdere er opmærksomme på borgernes behov og de muligheder, der kan skabes.

Hverdagen og aktiviteter på plejecentret: Plejeenheden har organiseret sig, således at borgernes funktionsevne støttes med aktiviteter, som samtidig giver adspredelse og glæde i hverdagen. Borgerne støttes i at deltage i relevante aktiviteter og samvær.

Sammenhæng og forudsigelighed: Den faglige snitflade mellem centrets sygeplejersker, kommunens terapeuter samt ernæringsassistent 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. Tilsynet ser, at værnemidlerne anvendes som tilsigtet. Der ses enkelte udfordringer.

De ovenfor nævnte styrker er et godt afsæt til at fastholde den opnåede kvalitet og yderligere forbedre praksis.

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

Tilsynet vurderer, at

- 2 temaer er ”Helt opfyldt”
- 1 tema 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 forbedringspotentiale, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten.

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

Generelt opmærksomhedspunkt

Ved fravær og sygdom fordeles medarbejderne bedst muligt på tværs af husene og bemanningen kan derudover suppleres af afløsere. Det afspejler den nødvendige fleksibilitet i en kompleks hverdag. Forudsætning for, at borgerens behov sikres er, at medarbejderne kender arbejdsgangene, hvilket bedst sikres med ensartede arbejdsgange især for sundhedslovsydelser og andre forhold af betydning for borgersikkerheden.

Tilsynet anbefaler at fortsætte indsatsen for at

- prioritere hvilke arbejdsgange, der skal være ens
- øge styrken af genkendelige arbejdsgange, eksempelvis om anvendelse af kostsedler i køkkenet, flytning af bad, vægkontrol, sedler for rengøring af kontaktpunkter o. lignende
- styrke kvaliteten af besøgsplaner, herunder fastlægge proces for opdatering jf. målepunkt 3.4. Er det alle medarbejdere, der løbende indskrifer opdatering eller kun kontaktpersonen?

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, og 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 hjælper, elever, uuddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl. De tværgående arbejdsgange er derfor afgørende for kvaliteten i opgaveløsningen.

Kommunen har etableret en fælles ernæringsindsats med ernæringsassistent og ergoterapeut. En tidlig opsporing af ernæringstruede borgere skal sikre tidlig kontakt til fagpersonerne.

Tilsynsførende afdækker de aktuelle arbejdsgange sammen med sygeplejersker ved stikprøver i 8 borgerforløb. (Uddybende beskrivelse ses af målepunkt 2.6).

Samlet set fremstår arbejdsgangene usikre i forhold til

- 1) at vejning sker med det fastlagte interval
- 2) at den, der vejer, opdager uplanlagt vægttab og får det meldt videre.

Når vægttabet ikke meldes videre til sundhedsfaglig vurdering, indebærer det en risiko for at borger ikke tilbydes den rette kost, vejehyppighed, vurdering af tandstatus, dysfagi o.a.

Tilsynet anbefaler, at

- italesætte tidlig opsporing af ernæringstruede borgere ved triagemøder m.m.
- at fastlægge og nedskrive arbejdsgange for
 - at flytte en vægtkontrol
 - at melde videre, hvis borger har takket nej
 - at melde vægttab videre til sundhedsfaglig stillingstagen
- at følge op på om arbejdsgangene virker i hverdagen, eksempelvis ved
 - at sundhedsfaglig medarbejder spørger til dagens vægtkontroller fra afløsere, elever o.a. og følger op på vægttab, behov for flyt af vægt o.a.
 - at evaluere indsatsen i juni måned gennem mini-journalaudit. Er vejehyppigheden svarende til handleanvisning? Ved vægttab: Er vægttabet meldt sikkert videre og er der handlet på det?

Tema 3 Sammenhæng og forusiglighed

Indikator 3.6 Besøgsplanernes kvalitet

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. Besøgsplaner kan skabe kontinuitet og fremme, at borger får den rette hjælp og vedligeholder færdigheder også under faste medarbejders fravær. Her skrives også, hvordan man bedst møder borger ramt af demens, hvordan morgenplejen bedst lykkes hos borgeren, og hvad der skaber glæde hos en borger.

For 3 ud af 6 undersøgte borgerforløb findes handleanvisende og opdaterede oplysninger. For de 3 øvrige borgere, hvis mentale tilstand og funktionsevnetilstand er forværret gennem de seneste måneder, ses beskrivelserne ikke svarende i forhold dertil. Borgerne kan ikke længere svare for sig. Afløsere og andre, der ikke kender borger så godt, kan ikke regne med beskrivelserne og må arbejde udfra mundtlige oplysninger.

Tilsynet anbefaler,

- at fastlægge tovholder der, indenfor kortere tid, sikrer et minimum af tilgængelige oplysninger for særlig sårbare borgerforløb. "Kortere tid" defineres nærmere af den fagligt ansvarlige.
- at fastlægge hvem, der opdaterer besøgsplaner for øvrige borgerforløb, hvornår dette skal gøres og hvem, der har opgaven med den løbende opfølgning.

Da borgerne ikke kan svare sikkert for sig om, hvordan opgaverne bedst løses kombineret med at borgernes mentale tilstand kan kræve særlig socialpædagogiske redskaber er det grundlæggende for kerneydelsen at væsentlige forhold er indskrevet i besøgsplanerne.

Af denne årsag vurderes Tema 3 samlet set "Delvist opfyldt".

Delegering

Plejeenheden anvender grundlæggende kompetencesystemet ensartet i de 4 huse. Det er ikke fuldt implementeret, idet udfyldelse af medarbejdernes kompetencer i kategori 2+3 ses sparsomt dokumenteret. Det er tilsynets indtryk, at forbedringer forventes indenfor kortere tid, svarende til inden sommerferien. Herved kan de, der fordeler plejeopgaverne, hurtigt og sikkert orientere sig om, hvem der kan varetage plejen hos borgere med særligt behov.

Tilsynet anbefaler,

- at fortsætte og styrke arbejdsgangene for sikker delegering af sundhedsfaglige opgaver, herunder at sikre opdatering af kompetenceskemaerne inden sommerferien.

Opmærksomhedspunkt

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Det er tilsynets helt overordnede indtryk, at Demensplejecenter Skovvangs indsats for en sikker medarbejderadfærd har været grundig og fremstår velfungerende. Tilsynet ser, at værnemidlerne anvendes som tilsigtet.

Der ses enkelte forbedringspunkter. Det drejer sig dels om hygiejne i forhold til langt hår og dels om den daglige rengøring af kontaktpunkter, idet kontrolkemaerne er placeret uensartet og ses udfyldt sporadisk.

Tilsynet anbefaler,

- at medarbejderne kender og følger god praksis for ”langhårsfrisurer” på arbejdspladsen
- at tjekskemaerne for rengøring af kontaktpunkter er placeret ensartet i husene og at medarbejderne kender til opgaven og afkrydser, når opgaven er udført.

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, handleanvisninger, tilbud til den enkelte og den praktiske udførelse.

Af nedenstående oversigt ses den samlede målopfyldelse for hvert tema. 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, som kan belyses gennem interview, observationer og dokumentation.

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

BORGERINTERVIEW: 3 borgere medvirker delvist ved interview. 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? -Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til at du bliver så selvhjulpne som muligt i forhold til praktiske gøremål/personlig pleje. -Oplever du, at bliver inddraget i at klare flest mulige dagligdags aktiviteter selv, fx vande blomster, lægge tøj sammen, støve af, dække bord og lignende, i det omfang du ønsker det? -Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for? -Hvordan går det med at kunne det samme i hverdagen? Gør medarbejderne noget særligt sammen med dig? Gør de alle det? 		Målepunktet vurderes samlet set opfyldt jf. oplysninger om borgerinterviewene på side 11.
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 hverdagsaktiviteter såsom vande blomster, lægge tøj sammen, støve af, dække bord og lignende. 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>		Besøgsplanerne ses delvist handleansende jf. målepunkt 3.4.
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.</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"> -Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? -Har den hjælp, du har modtaget betydet, at du i højere grad kan klare dig selv i de daglige gøremål. -Hvor tilfreds er du med medarbejderens imødekommenhed over for dine ønsker til udførelsen af den personlige pleje? -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?: -Er personalet generelt venlige/søde og omsorgsfulde? -Oplever du en respektfuld kommunikation og adfærd? -Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret? -Hvad synes du – er der gode oplevelser hver dag? -Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her? 		<p>Målepunktet vurderes samlet set opfyldt jf. oplysninger om borgerinterviewene på side 11.</p>
2.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Er du samlet set tilfreds med den hjælp, du får til rengøring, til tøjvask og til indkøb? -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? -Vil du anbefale den hjælp, du modtager til andre med samme behov? -Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på? 		<p>Målepunktet vurderes samlet set opfyldt jf. oplysninger om borgerinterviewene på side 11.</p>
2.3	<p><i>Praktisk hjælp</i> Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen. Personlige hjælpemidler fremtræder rene.</p>		

2.4	<p><i>Personlig pleje</i> Borgerne fremtræder velplejet. Hvis tilsynsførende overværer plejen konstateres, at plejen gives omsorgsfuldt og i samarbejde med borger. Borger støttes i at udføre så meget som muligt selv og støttes i at udføre eventuelle relevante øvelser under plejen.</p>		
2.5	<p><i>Hverdagen og aktiviteter på plejecentret</i> Medarbejdere og ledere beskriver arbejdsgange, som understøtter, at den enkelte borgers potentiale og ønsker er kendt af medarbejdere og at borger støttes i at deltage i relevante aktiviteter og samvær.</p> <p>Der foreligger aktivitetsplan, som er lettilgængelig for borgere og pårørende. Frivillige, organisationer og andre inddrages for at understøtte etablering af tilbud.</p>		
2.6	<p><i>Hverdagen på plejecentret</i> Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Er der mulighed for at lave de ting, der betyder noget?- -Får du dækket dit behov for at være sammen med andre? -Hvor tilfreds er du med de daglige aktiviteter, der tilbydes på stedet? -Går din dag almindeligvis med noget, du synes er rart/interessant/meningsfuldt? 		
<h2>Måltider og mad, der svarer til borgers behov</h2>			
2.7	<p><i>Borger tilbydes kost svarende til sin ernæringstilstand</i> Medarbejderne har let adgang til information om borgers kostbehov.</p> <p>Borgers kostbehov afdækkes ved tidlig opsporing af ernæringstruede borgere. Borgers mål og den sundhedsfaglig vurdering er styrende for indsatsen. Vægtkontrol: Borger tilbydes vægtkontrol efter aftalte intervaller. Et utilsigtet vægttab meldes videre til sundhedsfaglig beslutning om borgers kostbehov/tilskud. Information om kostbehov formidles i omsorgsjournal samt eventuelle kostsedler i køkken o.a.</p>		<p><u>Vægtkontrol</u> Det er en styrke, at vejehyppighed er fastlagt (1 gang om måneden). Opgaven styres gennem den elektroniske kalender.</p> <p>Ved gennemgang ses, at vejehyppighed for 2 ud af 8 borgerforløb er svarende til det besluttede interval. Ved interview af medarbejderne i de 4 afsnit høres, at der ofte kan være behov for at flytte en vægt. Dels takker borger måske nej eller vejning</p>

			<p>kan være en nedprioriteret opgave på dagen. Hvis vejning ikke udføres på dagen, skal vejningen flyttes til næste dag, oplyser medarbejderne.</p> <p><u>Reaktion på uplanlagt vægttab</u> For 1 ud af 2 borgerforløb med uplanlagt vægttab er vægttabet meldt videre fra den, der har vejet. Der ses sundhedsfaglig stillingtagen til borgers ønske og behov for kosttilskud, vejehyppighed m.m. Oplysninger fra handleanvisningen om kostbehov ses omsat i praksis via besøgsplanen og kostseddel i køkkenet. For den anden borger har vægttabet ikke resulteret i handling, herunder eventuel kontrolvejning. Den medarbejder, der har vejet borger, har ikke formidlet vægttabet videre, eksempelvis som "observation". Borgers behov kan være drøftet, men der er ikke oplysninger på "kostsedlen" eller i besøgsplanen, der viser, at faglige beslutninger er foretaget.</p>
2.8	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad? -Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp? -Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? -Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.? -Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med forslag til maden eller menuen? 		<p>Målepunktet vurderes samlet set opfyldt jf. oplysninger om borgerinterviewene på side 11.</p>

2.9	Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at der er klart værtsskab og at medarbejderne sørger for gode rammer til en uforstyrret spising og hyggelig stemning. Arbejdsgangene fremmer, at borgerne får den støtte til spising de har brug for. Arbejdsgangene fremmer, at den enkelte borger opnår en positiv oplevelse af måltidet.		
2.10	Der foreligger menuplan, som er udarbejdet med involvering af borgere og tilgængelig for borgere og pårørende.		
2.11	Det iagttages, om rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.		

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"> -Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? -Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der kommer i dit hjem? -Oplever du sammenhæng mellem den hjælp, du har brug for og den hjælp, du modtager? -Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? -Oplever du, at besøgsplanen er meningsfuld og dækkende? -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. 		Målepunktet vurderes samlet set opfyldt jf. oplysninger om borgerinterviewene på side 11.
3.2	<p>Medarbejderne oplever de konkrete besøgsplaner anvendelige og brugbare i forhold til opgaveløsningen hos borgerne. Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren.</p>		Medarbejdere, der ikke kender borger så godt, får mundtlig information om borgernes behov. Besøgsplanernes kvalitet er usikker og endnu kan medarbejderne ikke regne med at få brugbar information.
3.3	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> 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> Omsorgsjournalen viser overensstemmelse mellem formålet med hjælpen og tilbuddet af hjælp. Besøgsplanerne fremtræder handleansende.</p>		Besøgsplanerne fremstår i 3 ud af 6 tilfælde handleansende og opdaterede. For de øvrige 3 borgere er ikke oplysninger om, at borger pludselig kan takke nej og slå ud

			<p>efter personalet. For en anden at hun er særlig sårbar ved personlig pleje og for den tredje ses ikke væsentlige oplysninger om plejehensyn efter fraktur.</p> <p>Et fællestræk er, at medarbejdernes oplysninger om, hvad der skaber glæde for borgeren, fremgår sparsomt af besøgsplanerne. Den tavse viden fra medarbejdere, der kender borger godt, kan med fordel videregives i besøgsplanen.</p> <p>De 4 afsnit har hver deres praksis for opdatering. I eet afsnit forventes løbende opdatering fra alle medarbejdere, i andre skal indskrivning gå via kontaktpersonen.</p>
3.5	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> Omsorgsjournalen afspejler et bevidst samarbejde mellem eventuelt flere faggrupper, herunder samarbejdet med genoptræningen.</p>		
3.6	<p><i>Forebyggelige indlæggelser</i> Leder og medarbejdere kan redegøre for forebyggelse af indlæggelser. Relevante medarbejdere er bevidst om egen rolle i den tværsektorielle indsats.</p>		
3.7	<p><i>Forebyggelige indlæggelser</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.</p>		

3.8	<p><i>Delegering</i></p> <p>Er der sammenhæng mellem de faglige indsatser og det sundhedsfaglige personales kompetencer</p> <p>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?</p> <p>Foreligger opdaterede kompetenceskemaer svarende til aktuelle borgeres behov.</p>		<p>Plejeenheden anvender kompetencesystemet ensartet i de 4 huse.</p> <p>Processen er i gang med forberedelse til opdatering af de individuelle kompetenceskemaer.</p>
3.9	<p><i>Hvis borger modtager terapeutindsats efter §86 af Genoptræningen:</i></p> <p>Hvordan har din evne til at klare dig selv udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælp?</p>		<p>Målepunktet vurderes samlet set opfyldt jf. oplysninger om borgerinterviewene på side 11.</p>
3.10	<p><i>Hvis borger modtager terapeutindsats efter §86 af Genoptræningen</i></p> <p>Medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningsselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.</p>	<p>Vurdering overføres til tilsyn for Genoptræningen</p>	

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.		Der ses medarbejdere med langhårsfrisurer, der ikke opfylder god praksis.
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.		Der ses kontrolskema i 2 af afsnittene som er sporadisk afkrydset. I de øvrige 2 afsnit ses skemaerne ikke.
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.		

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.		Plejeenheden er nyetableret i 2020. Der har ikke tidligere været uanmeldte kommunale tilsyn.
5.2	Der er igangsat tiltag Effekten af tiltagene er evalueret 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. (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 forbedringsområder, 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									
Temaer										
Kvalitetsindikatorer										
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 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 farvemærkes 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

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.

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

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 beslutes (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.

