



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Allerød Kommune

Ældre og Sundhed

Plejecenter Allerød
Afdeling Engholm

Indhold

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 tilsynsvirksomheden.....	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.

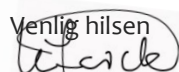
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling.

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
Plejecenter Allerød, Afdeling Engholm, Rådhusparken 58, 3450 Allerød
Leder
Daglig leder: Jannie Lykke Jensen
Antal beboere
45 beboere
Dato for tilsynsbesøg
3. juni 2021.
Datagrundlag og metodik
<p>Data er indsamlet via</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Dokumentation</u>: Borgernes pleje- og omsorgsjournal for 9 borgere, instrukser, menuplan/tavle, kompetenceskemaer og nyhedsbreve. - <u>Interview</u>: 3 borgere, som kan medvirke til interview samt 1 pårørende. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Desuden har tilsynet interviewet 11 medarbejdere, heraf 1 leder, 1 sygeplejerske, 2 assistenter, 4 hjælpere, 1 assistentelev, 1 psykomotorisk terapeut, som også er forflytningsvejleder og 1 klippekortsmedarbejder. - <u>Observation</u>: 6 borgeres bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd og fællesarealer i de 3 grupper. <p>Tilsynsførende har overværet personlig pleje hos 3 borgere.</p> <p>Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 6 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 Engholm. 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	
X	<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>
	<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

Engholm Plejecenter består af 3 grupper med hver 15 boliger. Plejecentret fremstår som en veldrevet og imødekommende organisation for borgerne og deres pårørende.

Plejecentrets praksis er aktuelt stadig meget påvirket af coronaforholdene, som blandt andet har medført at bemanningen i højere grad end normalt udgøres af afløserne. Borgerne oplever, der er mange forskellige medarbejdere, men fortæller samtidig, at de alle er imødekommende og virker til at vide, hvordan de bedst støtter borgeren med den daglige hjælp. Borgertilfredsheden er høj på spørgsmål om at bo på Engholm og med medarbejdernes indsats. En pårørende fortæller, at hun er tryk, for "de passer godt på ham".

Medarbejderne udviser engagement og deres indsats medfører, at kvalitetsstandarderne i høj grad ses udført i praksis. Arbejdet fremmes af strukturerede arbejdsprocesser støttet af tjekskemaer.

Funktionsevne:

Ved indflytning samarbejder centerterapeuter med borgeren om at afdække borgers mulighed for selvhjulpens og funktionsevne. Det fastlægges, hvorledes funktionsevnen bedst kan bibeholdes/øges. Terapeuterne indgår som tæt samarbejdspartner til borgerne og de øvrige medarbejdere samt Genoptræningen.

De interviewede borgere udviser stor tryghed og tilfredshed med samarbejdet med de faste medarbejdere. Borgerne fortæller om eksempler på, at medarbejderne har hjulpet dem til at kunne mere selv, øge gangfunktionen eller fået anden støtte til at være så selvhjulpens som muligt i forhold til praktiske gøremål og personlig pleje. De fortæller om et velfungerende samarbejde i hverdagen med de medarbejdere, der kender dem godt. Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere og medarbejdernes praksis fremstår rutineret og omsorgsfuld også ved komplekse forflytninger.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen:

Borgerne udtrykker, de er glade for medarbejderne og den hjælp de får. De giver udtryk for, at medarbejderne alle er lige søde.

Personlig pleje: Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer personlig morgenpleje til 3 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 rengøringsstandarder.

Mad og måltider: Borger synes meget godt om maden og roser medarbejderne for at være meget omhyggelige med at færdigtilberede maden, så kød og grøntsager er indbydende og velmagende.

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. Borgerne udtrykker stor tilfredshed med klippekort-medarbejderen som medvirker til nærvær, hygge og gåture.

Sammenhæng og forudsigelighed: En velstruktureret triage medvirker til tidlig opsporing af borgere med risiko for sundhedsproblemer og dermed til forebyggelse af unødige indlæggelser. Den faglige snitflade mellem centrets terapeuter og Genoptræningen fremstår velfungerende.

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.

Siden seneste tilsyn har plejecentret opnået forbedringer særligt i forhold til

- at sikre at borger får den rette kost. Den månedlige vejning og sikring af sundhedsfaglig vurdering fremstår velstruktureret
- at implementere kommunens kompetencesystem
- at tøjvask foregår sikkert hygiejnisk ift ugentlig kogevaske og vaskemiddel ved lav temperatur.

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

- 5 temaer er ”Helt opfyldt”.

Hvert tema består af flere målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er ”Helt opfyldt” kan rumme målepunkter med forbedringspotentiale. Uddybende oplysninger kan ses under temaet.

Siden seneste tilsyn

Plejecentret har prioriteret og besluttet tiltag for forbedringer. Disse tiltag fremgår klart af handleplan, som viser løbende evaluering. Tilsynet konstaterer fremdrift i arbejdet.

Tilsynet anbefaler at fortsætte de igangsatte tiltag og planer for forbedringer for

- Indikator 2.7 Borger tilbydes kost svarende til sin ernæringstilstand
- Indikator 3.4 Besøgsplanernes kvalitet
- Indikator 3.8 Delegering

Tilsynet vurderer, at handleplanernes strukturerede tiltag har medført forbedringer på kortere tid. Der ses få afvigelser, som vurderes at være under forbedring.

Alle temaer er samlet set vurderet ”Helt opfyldt”.

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 udfor hvert målepunkt er beskrevet særlige positive eller negative 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"> -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? 		
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>		
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: 

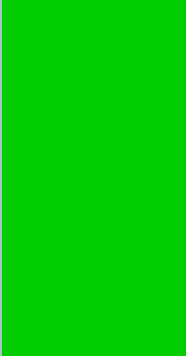


Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? -Har den hjælp, du 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? 		
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? 		
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> <p>-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?</p>		
<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>Siden seneste tilsyn er indført vægtkontrol x1 månedligt og arbejdsprocessen støttes af et tjekskema, hvor medarbejder skriver oplysninger om vejningen, afvigelse fra seneste vægt og om ernæringsvurdering er udfyldt ved vægttab.</p> <p>Arbejdsprocessen er påbegyndt i de 3 grupper. I de 2 grupper er implementeringen godt i gang og i den tredje gruppe er vægtkontrollen startet i maj måned og står nu for at blive fulgt op.</p>

			<p>Reaktion på uplanlagt væggtab</p> <p>For 1 ud af 3 væggtab ses sundhedsfaglig reaktion, idet vejningen er gentaget kort efter. For de 2 øvrige kan ikke ses reaktion. De medarbejdere, der har vejet borger, har ikke formidlet væggtabet skriftligt videre. 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? 		
2.9	<p>Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at der er klart værtsskab 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.</p>		
2.10	<p>Der foreligger menuplan, som er udarbejdet med involvering af borgere og tilgængelig for borgere og pårørende.</p>		<p>Der laves ikke menuplan for ugen eller måneden. Dagens menu skrives hver dag på tavlen i gruppens fællesrum.</p>
2.11	<p>Det iagttages, om rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.</p>		

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. 		
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>		
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 handleanvisende.</p>		<p>Besøgsplanerne fremstår i 5 ud af 6 tilfælde handleanvisende og opdaterede.</p> <p>Et fælles udviklingspunkt er, at medarbejdernes viden om, hvad der skaber glæde for borgeren, fremgår sparsomt af besøgsplanerne.</p>

			Den tavse viden fra medarbejdere, der kender borger godt, kan med fordel videregives i besøgsplanen.
3.5	<i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> Omsorgsjournalen afspejler et bevidst samarbejde mellem eventuelt flere faggrupper, herunder samarbejdet med genoptræningen.	Snitflade til Genoptræningen.	Centerterapeut sikrer overensstemmelse mellem terapeuternes anvisninger og besøgsplanerne.
3.6	<i>Forebyggelige indlæggelser</i> Leder og medarbejdere kan redegøre for forebyggelse af indlæggelser. Relevante medarbejdere er bevidst om egen rolle i den tværsektorielle indsats.		
3.7	<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.		
3.8	<i>Delegering</i> Er der sammenhæng mellem de faglige indsatser og det sundhedsfaglige personales kompetencer 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? Foreligger opdaterede kompetenceskemaer svarende til aktuelle borgeres behov.		4 ud af 4 medarbejdere fortæller fyldestgørende om, hvordan de er oplært til specifikke opgaver hos borgere (kompetence 3). Processen med opdatering af de individuelle kompetenceskemaer er godt igang. Der efterstår dokumentation for enkelte erhvervede specifikke kompetencer såsom nasalsonde og portaneb.
3.9	<i>Hvis borger modtager terapeutindsats af Genoptræningen:</i> Hvordan har din evne til at klare dig selv udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælp?	Snitflade til Genoptræningen.	

3.10	<i>Hvis borger modtager terapeutindsats af Genoptræningen</i> 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.	Snitflade til Genoptræ- Ningen.	
------	--	------------------------------------	--




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.		

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.		
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 2020 – 2021 er sket forbedringer af målopfyldelsen for temaer, som ikke var "Helt opfyldt". (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 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.

