



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Allerød Kommune

Ældre og Sundhed

Plejecenter Lyngehus

Indholdsfortegnelse

Forord.....	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	10
Resultater og vurdering af de enkelte temaer	10
Tema 1 Funktionsevne	11
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen.....	12
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	16
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	19
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	20
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper.....	21
Om virksomheden og kontaktoplysninger.....	24

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 borgernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandarder m.m.

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

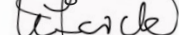
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

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

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

Venlig hilsen



Nethé Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejecenter:

Plejecenter Allerød, Afdeling Lyngehus, Hillerødvej 48A, 3450 Allerød

Leder:

Plejecenterleder Tina Rantzau

Antal borgere:

39 plejeboliger og 3 midlertidige pladser

Tilsynsbesøget fandt sted:

16. marts 2022

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 13 borgerjournaler), instrukser, handleplaner, borgerinformationer, menuplaner m.v.

Interview: 3 borgere, som kan medvirke til interview. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet.

Desuden har tilsynet interviewet 1 leder, 2 sygeplejersker, 2 assistenter, 2 hjælpere, 1 pædagog, 1 rengøringsmedarbejder og 2 flexjobbere.

Observation: 5 borgers bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig pleje til 2 borgere og hjælp til spisning hos 2 borgere.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 5 borgere.

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Allerød Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn på plejecentret. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter "Koncept og manual for tilsyn på plejecentre i Allerød Kommune". Fokusområderne er vurderet i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

Godkendt med bemærkninger

Vurderingsskala:

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

Godkendt

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

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

Godkendt med bemærkninger

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

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".

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

Delvist godkendt

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

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

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

Ikke godkendt/Kritisable forhold

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

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

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

Styrker

Lyngehus fremstår som et plejecenter, som grundlæggende har gode og trygge rammer for borgerne og har etableret sig med velstrukturerede arbejdsprocesser. Tilsynet vurderer, at kvalitetsstandarderne i vid udstrækning bliver efterlevet.

Funktionsevne:

Ved indflytning samarbejder en kontaktperson og forflytningsvejlederen med borgeren om at afdække borgerens mål og mulighed for selvhjulpethed og funktionsevne. Det fastlægges her, hvorledes funktionsevnen bedst kan bibeholdes/øges og om borger har behov for at terapeuter inddrages med henblik på vedligeholdende træning. Borgerne udtrykker tilfredshed med medarbejdernes støtte til at være så selvhjulpethed som muligt. De fortæller om et velfungerende samarbejde i hverdagen med de medarbejdere, der kender dem godt. Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen:

Det store fællesrum summer af samvær mellem medarbejdere og borgere gennem dagen.

Praktisk hjælp: Tilsynsførende vurderer, at hjælpen tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes vaner, ønsker og behov. Medarbejdere samarbejder med borgerne og varetager de opgaver, som borgeren ikke længere selv kan varetage. Borgernes boliger og fællesarealer fremtræder rene og renholdte.

Personlig pleje: Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Medarbejderne fremstår engagerede i at yde borgerne en omsorgsfuld og omhyggelig pleje med opmærksomhed på, at plejen sker i borgers tempo. Tilsynsførende overvåger personlig hjælp til flere borgere. Borgernes mestring og selvhjulpethed støttes generelt og der høres småsnakken og guidning hos en borger, som støttes i at være så selvhjulpethed som muligt efter et træningsforløb. Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes borgernes grundlæggende behov bliver tilgodeset.

Mad og måltider: Måltiderne er det sociale samlingsstidspunkt. Tilsynet er rundt ved frokosten. Medarbejderne deltagere og støtter omsorgsfuldt borgere med behov for hjælp til spisning både i fællesrummet, i boligerne og i en afskærmet spiseplads.

Sammenhæng og forudsigelighed:

Tilsynet hører om en velfungerende triagefunktion. Triagen medvirker til tidlig opsporing af borgere med risiko for sundhedsproblemer og dermed til forebyggelse af unødige indlæggelser.

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

Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

Målopfyldeelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem målrettet forbedringsindsats.

Vurdering af målopfyldeelse:

- 2 temaer er "Helt opfyldt"
- 2 temaer er "I betydelig grad opfyldt"
- 1 tema er "I nogen grad opfyldt".

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.

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Indikator 2.12 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 hjælpere, elever, uuddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl. De tværgående arbejds gange er derfor afgørende for kvaliteten i opgaveløsningen.

Der er etableret en velfungerende struktur for opfølgning på borgernes ernæringstilstand, vejninger og reaktion på vægttab. Opgaven har været centralt placeret i sygeplejerskefunktion i en længere periode for at højne den sundhedsfaglige kvalitet. De øvrige medarbejdere fremstår ikke trænet i at erkende vægttab og melde det videre til assistent/sygeplejerske med observation med opgave. Tilsynet hører, at der er overvejelser om justeringer af arbejds gange.

Tilsynet anbefaler at fortsætte og igangsætte planlagte tiltag, herunder medtage

- fastlægge fælles arbejds gang for kædeprocessen og formidle beslutningerne eksempelvis i flowchart, herunder
 - fastlægge tærskelværdi for, hvornår den der vejer, skal melde videre til assistent/sygeplejerske, eksempelvis vægttab over 1 kg sv.t. sundhedsstyrelsens anbefaling
- at følge op på om arbejds gangene virker i hverdagen, eksempelvis ved
 - at assistent spørger til dagens vægtkontroller fra afløsere, elever o.a. og følger op på vægttab, behov for flyt af vægt o.a.
 - at sygeplejersker i en periode spørger ind til, hvordan det går med processen og giver sparring på de faglige vurderinger, journalisering i cura, o.a.
 - at evaluere indsatsen i juni måned gennem mini-journalaudit. Er vejehyppigheden svarende til handleanvisning? Ved uplanlagt vægttab: Er vægttabet meldt sikkert videre og er der handlet på det?

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Den faglige dokumentation er et grundlag for medarbejdernes viden og forståelse for borgeren og dermed væsentlig for, at borgeren kan modtage en ensartet og forudsigelig opgaveløsning på et sikkert kvalitetsniveau.

Medarbejderne handler på ændringer i borgernes tilstande og justerer plejeopgaverne hos borgerne. Oplysninger videregives via triage, via akutsedlen eller direkte til sygeplejerske. Denne arbejds gang fremstår sårbar, idet den ikke er suppleret af journalisering eksempelvis som ”observation med opgave”.

Cura ses ikke opdateret i takt med disse ændringerne og det giver uoverensstemmende oplysninger mellem borgers tilstand i forhold til ydelser, handlingsanvisninger, opgaver og besøgsplaner.

Der konstateres uoverensstemmelser mellem handlingsanvisninger og besøgsplaner i flere tilfælde og uoverensstemmelser mellem handlingsanvisninger og køkkensedler ift borgers rette kost.

Tilsynet hører, at der er planlagt kompetenceudvikling ift cura.

Tilsynet anbefaler at fortsætte de planlagte tiltag, herunder

- sikre tilstrækkelige vurderinger af borgerne og opfølgning på faglige observationer og målinger
- at opnå fælles forståelse for hvilke oplysninger, der skal være i en besøgsplan
- at fastlægge arbejds gang for den løbende opdatering: Hvem gør hvad?
- sikre overensstemmelse mellem handlingsanvisninger m.m., besøgsplaner og kostsedler
- følge op med mini-journalaudit med involvering af hjælpere og assistenter.

Opmærksomhedspunkt

Tilsynet oplever en uklar arbejds gang vedrørende to lægeordnede cremer, som er tilgængelige ved morgenplejen. Det er kun den ene creme, der anvendes af borgers faste medarbejder. Der fremstår tvivl om, hvad den anden creme skal anvendes til. Af FMK fremgår, at der er tale om et ikke-aktuelt præparat.

Begge cremer er anbrudt og er ikke påført dato for anbrud. Adspurgte medarbejdere kender ikke til, hvornår der skal sættes anbrudsmærkat på salver/cremer.

Tilsynet anbefaler

- at arbejdsgange omkring salver og cremer dokumenteres klart i cura samt, at medarbejdere opdateres på arbejdsgange ved administration
- at skærpe opmærksomhed på at fjerne ikke-aktuelle cremer.

Tema 5 Kvalitetsarbejdet: Opfølgning fra seneste tilsyn

Handleplan er vedtaget som arbejdsredskab til kvalitetsstyring.

Tilsynet anbefaler

- at styrke processtyringen:
 - hvornår og hvordan igangsatte tiltag evalueres
 - hvilke tiltag der er sat i gang, hvis resultater af overvågningen ikke var tilfredsstillende
- at følge op på handleplanen sammen med de involverede fast månedlig i en periode.

Oversigt over de enkelte temaer

Temaerne vurderes i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Målene er belyst gennem interview, observationer og dokumentation og det er undersøgt, om der sammenhæng mellem de fastsatte standarder, handleplaner, beslutninger, tilbud til den enkelte og den praktiske udførelse.

Af nedenstående oversigt angives den samlede målopfyldelse for hvert tema. Vurderingen er angivet med farver og kategorierne HO (Helt opfyldt), BO (I betydelig grad opfyldt), NO (I nogen grad opfyldt), IO (Ikke opfyldt).

	Helt opfyldt
	I betydelig grad opfyldt
	I nogen grad opfyldt
	Ikke opfyldt

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

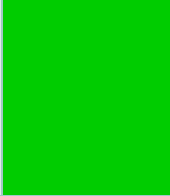

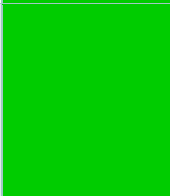

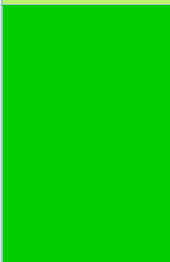
Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

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

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: -Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt? -Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til, at bliver inddraget i at klare flest mulige dagligdags aktiviteter selv (fx personlig pleje, vande blomster, lægge tøj sammen, støve af m.m) -Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for?		
1.2	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.		
1.3	Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan beskrive, hvorledes mål fastsættes i samarbejde med borger med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer. Medarbejderne kan give eksempler på borgere, som støttes i ADL. Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.		
1.4	Det fremgår af omsorgsjournalen, at borgers psykiske og fysiske ressourcer inddrages i planlægningen og udførelsen. Hjælpen beskrives med en rehabiliterende tilgang.		Besøgsplanerne ses delvist handleansvarende og opdaterede jf. tema 3.
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. Medarbejderne kender eget ansvar og opgaver.		Efter 14 dage tilbydes borger afdækning af funktionsevne af kontaktpersonen. Ved behov kan en terapeut involveres ift vurdering af borgers funktionsevne. Udfordringen – i lighed med 2021 - er at de terapeutfaglige anvisninger er svære at finde for nogle af de relevante medarbejdere.

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? 2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?: 3) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret? 4) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her? 		
2.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg. Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt? 2) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov? 3) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på? 		
2.3	<p><i>Praktisk hjælp</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen. 2) Personlige hjælpemidler fremtræder rene. 		<i>Opmærksomhedspunkt: Der beskrives en fast arbejdsgang for rengøring af personlige hjælpemidler. 4 ud af 6 personlige hjælpemidler fremstår rene.</i>
2.4	<p><i>Personlig pleje</i></p> <p>Borgerne fremtræder velplejet. Hvis tilsynsførende overværer plejen konstateres, at plejen gives omsorgsfuldt og i samarbejde med borger. Borger støttes i at udføre så meget som muligt selv og støttes i at udføre eventuelle ønskede vedligeholdelsesaktiviteter under plejen.</p>		
2.5	<p>Fokusområde 2022: Aktiviteter</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Indsatsen fremstår velstruktureret. Borgernes behov for vedligehold af færdigheder er kendt af de medarbejdere, som står for aktiviteterne. Selvbestemmelse fremmes ved, at borgernes ønsker og behov er kendt og om muligt imødekommet. 		

	<p>2) Der foreligger aktivitetsplan, som er lettilgængelig for borgere og pårørende. Aktivitetsplanen giver mulighed for valg og fravalg.</p> <p>3) Borger støttes i at deltage i relevante aktiviteter og samvær. Der er tilbud til borgere, der fravælger fælles tilbud</p> <p>4) Borgernes tilfredshed med de forskellige aktiviteter er kendt af relevante medarbejderne</p>		
2.6	<p>Fokusområde 2022: Aktiviteter</p> <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <p>-Er der mulighed for at lave de ting, der betyder noget?</p> <p>-Får du dækket dit behov for at være sammen med andre?</p> <p>-Hvad synes du – er der gode oplevelser hver dag? Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes?</p> <p>Interviewede pårørende oplever, at der er varierede tilbud svarende til borgers behov.</p>		

Måltider og mad, der svarer til borgers behov

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.7	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <p>1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad?</p> <p>2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp?</p> <p>3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.?</p> <p>4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen?</p>		
2.8	<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.</p> <p>Arbejdsgangene fremmer, at borgerne får den støtte til spisning, de har brug for.</p> <p>Arbejdsgangene fremmer, at den enkelte borger opnår en positiv oplevelse af måltidet.</p>		
2.9	<p>Der foreligger menuplan, som er udarbejdet med involvering af borgere og tilgængelig for borgere og pårørende.</p>		
2.10	<p>Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær.</p> <p>Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.</p>		

2.11	<p>Medarbejdernes beskrivelse af arbejdsgangene viser, at der tages hensyn til den enkelte borgers behov.</p> <p>Hvis borger har fødemiddelallergi eller intolerance fremgår dette tydeligt for medarbejdere der tilbereder eller serverer maden.</p>		<p>Allergi og intolerans: Der er udarbejdet skema med adskillelse af "kan ikke lide" og "allergi". Arbejdsgangen er ikke implementeret af køkkenfunktion.</p>
2.12	<p>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</p> <p>Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleanvisende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen. 2) Borgerne er tilbudt vejning svarende til det besluttede 3) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere. 		<p><u>Vægtkontrol</u> Vejhyppighed er fastlagt til en gang om måneden, medmindre borger har et særligt behov. Vægtene dokumenteres i en fysisk mappe. En sygeplejerske følger månedligt op på, om borgerne er blevet vejjet og bistår med indskrivning i cura.</p> <p><u>Reaktion på uplanlagt vægttab</u> For 2 ud af 3 borgerforløb med uplanlagt vægttab er vægttabet sundhedsfagligt vurderet med stillingtagen til kosttilskud, vejhyppighed m.m. For den tredje borger ses ikke reaktion på et større vægttab for 3 uger siden. Det er tilsynets indtryk at dette skyldes at sygeplejerske ikke har haft opfølgningsdag i mellemtiden.</p> <p>For ingen af borgerne foreligger videreformidling via "observation med opgave"</p> <p>Opfølgning på vejningerne og reaktion på vægttab ligger med den nuværende struktur i sygeplejerskefunktion.</p> <p>Oplysninger fra handleanvisninger om kostbehov i form af proteintilskud o.a.</p>

			<p>videreformidles mundtligt til ernæringsassistenten. Frontmedarbejderne anvender besøgsplaner og kostsedler i køkkenet. Disse indeholder for 3 ud af 3 borgere ikke oplysning om kosttilskuddet.</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> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? 2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?! 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Kender du besøgsplanen og oplever du, at beskrivelsen er meningsfuld og dækkende? 5) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald. 		<p>Borgerne er meget tilfredse med de faste medarbejdere og med kontaktpersonen.</p> <p>Der har været "mange nye ansigter" og borgerne oplever at de ofte ikke har orienteret sig om borgers behov inden besøget. Borger må fortælle om sit behov for hjælp.</p> <p>Ovenstående er en udfordring særligt for borgere, som ikke kan svare for sig.</p>
3.2	<p>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing</p> <p>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>		<p>Ved ændringer i borgers tilstand videregives oplysninger via triage, via akutsedlen eller direkte til sygeplejerske. Denne arbejdsgang fremstår sårbar, idet den ikke er suppleret af journalisering som "observation med opgave". Det gælder eksempelvis uplanlagt væggtab jf 2.12. Et andet eksempel er rødme ved tryk, som er erkendt og der er handlet. Problemet er skrevet på akutlisten, men ikke indskrevet som observation og sygeplejerske er ikke informeret.</p>

3.3	Generelt: Dokumentation i omsorgsjournalen fremstår med overensstemmende og opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande.		Ved tværgående audit ses generelt uoverensstemmende oplysninger mellem de faglige oplysninger, pleje og behandling, målinger, observation og opfølgning.
3.4	Besøgsplaner: 1) Medarbejderne oplever de konkrete besøgsplaner anvendelige og brugbare i forhold til opgaveløsningen hos borgerne. 2) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren.		
3.5	Besøgsplaner: Omsorgsjournalen viser overensstemmelse mellem formålet med hjælpen og tilbuddet af hjælp. Besøgsplaner fremtræder handleanvisende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger samt borgers vaner og ønsker i relevant omfang.		For 4 ud af 8 undersøgte borgerforløb findes fyldestgørende, handleanvisende og opdaterede oplysninger i besøgsplanerne. For de øvrige borgere, hvis tilstand er ændret ses beskrivelserne ikke svarende i forhold dertil. For to borgere er kostændring ikke konsekvensrettet i besøgsplanens oplysninger om kost. For to andre borgere er der ikke overensstemmelse mellem forflytningsplan og oplysninger i besøgsplanen.
3.6	Omsorgsjournalen afspejler et bevidst samarbejde monofagligt og flerfagligt.	Snitflade til Genoptræningen.	I 1 ud af 2 undersøgte forløb ikke ses overensstemmelse mellem besøgsplanens oplysninger og de terapeutfaglige oplysninger om rejse/sidde øvelser under den personlige pleje.
3.7	Hvis borger modtager terapeutindsats af Genoptræningen: Hvordan har din evne til at klare dig selv udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælp?	Snitflade til Genoptræningen.	

3.8	<p><i>Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb</i></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> <p>Det kan eksempelvis være ved behov for vurdering af borgers potentiale for funktionsevne, ved afslutning af §86 eller ved genoptræningsplan efter §140.</p> <p>Borgers behov for eksempelvis personlig pleje er kombineret med balance- stå- eller gåmuligheder samt evt. øvelser, som borger kan huskes på. Borger kan have behov for at blive husket på rigtig forflytning eller bedst brug af rollator eller andet.</p>	Snitflade til Genoptræningen.	<p><i>Tilsynet interviewer flere medarbejdere, som udviser engagement for at kende til terapeutens indsats.</i></p> <p><i>2 ud af 4 af disse medarbejdere kender til, hvor træningsnotater kan findes.</i></p>
-----	--	-------------------------------	--

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning*

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	1) Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejecentre, herunder arbejdsdragt og værnemidler. 2) Der forefindes værnemidler.		2 ud af 3 sete medarbejdere anvender plastforklæde ved den personlige pleje i situationer, hvor der er risiko for at komme i kontakt med borgers udskillelser. Det er tilsynets opfattelse, at der er sammenhæng mellem tilgængelighed af plastforklæder på stuen og om medarbejderne prioriterer at anvende dem.
4.2	Leder og relevante medarbejdere kender til at fremsøge og anvende gældende instrukser og arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud.		
4.3	Hvis plejecentret varetager tøjvask uden for borgers bolig: Instruks for tøjvask er lettilgængelig for medarbejderne og følger anbefalingerne i NIR. Tøjvasken sker i overensstemmelse hermed.		<u>Vaskemiddel</u> til brug for vask under 60 grader: Er det desinficerende? (Vaskemidlet er ikke synligt). Leder vil undersøge dette hos rette vedkommende.

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</p>		<p>Ledelsen har udpeget sygeplejerskerne som tovholdere på udviklingsarbejdet.</p>
5.2	<p>Effekten af tiltagene er evalueret I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført.</p>		<p>Effekten evalueres ikke svarende til det fastsatte.</p>
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>		<p>Siden seneste tilsyn er igangsat tiltag af betydning for målopfyldelse. Det drejer sig eksempelvis om</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det skriftlige arbejdsgrundlag - Ernæringsindsatsen <p>Tiltagene har endnu ikke ført til målbare forbedringer.</p>



Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

Tilgang og formål

Tilsynets kerneydelse er på en anerkendende måde at belyse, om gældende lovgivning og politisk fastsatte retningslinjer og politikker overholdes og efterleves, således at borgerne får den hjælp, de er berettiget til, og at hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig forsvarlig måde. Tilsynet skal belyse, hvorvidt:

- Borgerne får hjælp i henhold til kommunens kvalitetsstandarder
- Hjælpen er i henhold til loven og i henhold til afgørelsen om hjælp
- Hjælpen er i overensstemmelse med borgerens aktuelle behov for hjælp
- Forebygge, at eventuelle mindre problemer udvikler sig til store problemer.

Tilsynet har under tilsynene fokus på, at besøgene er afviklet med en anerkendende tilgang med fokus på dialog. Det er intentionen, at tilsynsbesøget kan medvirke til at fremme den videre udvikling af praksis på den enkelte plejeenhed.

Under besøget fokuserer tilsynsførende på plejeenhedens styrker og det, der virker. Det afspejles om muligt i spørgsmålene og dialogen, som kan grundlag for den videre refleksion og analyse af praksis.

Tilsynsførende søger at opnå den fornødne indsigt som grundlag for dialog om eventuelle forbedrings-områder, hvor borgernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandarder m.m.

Samlet set stiler tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

- Viden om, hvorvidt borgerne får den hjælp, de er berettiget til, og om hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig forsvarlig måde på den enkelte plejeenhed
- Støtte til kvalitetsudviklingen gennem konstruktiv dialog og brugbare kvalitetsdata
- En samlet viden på tværs af plejeenhederne om fælles styrker og udfordringer.

Tilsynsbesøget er gennemført uanmeldt og er et udtryk for det øjebliksbillede, som er tilgængeligt på tidspunktet for tilsynets gennemførelse. Tilsyn udføres 12 måneder efter seneste tilsyn +/- 4 måneder, medmindre andet er aftalt med kommunen.

Indhold og metode

Tilsynet indsamler data på baggrund af hovedpunkter udvalgt af Allerød Kommune. Tilsynet udføres efter manual, som er tilpasset behovene og prioriteringerne i kommunen. Manualen indeholder beskrivelse af, hvilke opgaver der ligger før – under og efter besøget, herunder på hvilken måde tilsynet afvikles.

Metoderne bygger på nyeste viden fra akkreditering/tilsyn/audit. De gennemgående metoder er:

- Interview af ledere, medarbejdere, borgere samt eventuelle pårørende
- Dokumentation: Gennemgang af skriftlige vejledninger til medarbejdere, den faglige dokumentation, handleplaner, informationer til borgere m.m.
- Observation af medarbejderes praksis, borgers fremtræden og bolig, arbejdsgange, fællesarealer afholdelse af måltider m.m.

Samlet set sikrer den metodiske tilgang en grundig dataindsamling som underlag for analyse og vurdering. Den metodiske tilgang giver belæg for at vurdere kvaliteten af de ydelser, borgeren modtager.

I tilfælde af, at tilsynsførende under tilsynet bliver opmærksom på sundhedsfaglige forhold af betydning for borgernes sikkerhed, skal tilsynsførende afdække disse forhold og medtage dette i rapporteringen.



Vurderingsprincipper

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

Vurdering sker på 4 niveauer:

- Den enkelte stikprøve
- Det enkelte 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.

Niveauer	Det samlede tilsynsresultat															
Temaer																
Målepunkter																
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 målepunkterne.

Vurdering af de enkelte målepunkter

Hvert af de overordnede temaer belyses af underliggende målepunkter. Tilsynsførende vurderer målopfyldelsen af målepunktet på baggrund af dataindsamlingen. Der kan i nogle tilfælde være enkeltstående fund, som medfører, at målepunktet ikke er opfyldt. Det vil typisk være fund af betydning for borgerens sikkerhed. Vurderingen sker ud fra 4 kategorier, som farvemærkes af læsevenlige årsager:

	Helt opfyldt
	I betydelig grad opfyldt
	I nogen grad opfyldt
	Ikke opfyldt

Vurdering af det enkelte tema

På baggrund af de samlede resultater fra målepunkterne vurderes den samlede opfyldelse af det enkelte tema. Et tema kan vurderes som "Helt opfyldt", selvom der er et enkelt fokus med "I betydelig grad opfyldt". Når et af målepunkterne er vurderet "I nogen grad opfyldt" kan den samlede målopfyldelse for temaet højst blive "I betydelig grad opfyldt". Vurderingen sker ud fra samme kategorier og farveskala, som beskrevet ovenfor.

Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

Godkendt

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

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

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

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



Godkendt med bemærkninger

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

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Godkendt med mangler

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

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

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

Delvist Godkendt

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

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

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

Ikke godkendt/Kritisable forhold

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

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

Høring og rapportering

Tilsynsbesøgene afsluttes med dialog og tilbagemelding til den lokale leder. Efter tilsynsbesøget modtager lederen rapportudkastet til høring for faktuelle fejl = oplysninger om antal borgere, funktionsbenævnelser og lignende i lighed med praksis hos Styrelsen for Patientsikkerhed. Fristen for tilbagemelding er 3 uger, medmindre andet er aftalt med kommunen. Herefter modtager leder og tilsynsførendes kontaktperson i kommunen den endelige rapport.



Om virksomheden og kontaktoplysninger

Nethe Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef

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

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

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

- Tilsyn med plejeboliger på ældreområdet
- Tilsyn med fritvalgsområdet
- Andre kvalitetsbesøg/tilsyn i hjemmesygeplejen, akutfunktioner, plejecentre og hjemmeplejen efter serviceloven og sundhedsloven
- Kvalitetsbesøg/temperaturmålinger ift. ædretilsynets 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) til lige 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.

