



akkrediteringsraadgiverne.dk

# TILSYNSRAPPORT

## Allerød Kommune

### Ældre og Sundhed

## Demensplejecenter Skovvang

## Indholdsfortegnelse

Forord .....	4
Fakta om tilsynet.....	5
Samlet tilsynsresultat .....	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer .....	7
Oversigt over de enkelte temaer .....	8
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 .....	15
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	18
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn .....	19
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper .....	20
Om virksomheden og kontaktoplysninger .....	23

## 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.

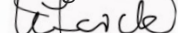
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

Demensplejecenter Skovvang, Poppelvænget 4, 3450 Allerød

### **Leder:**

Souschef Paw Terndrup

Plejecenterleder Sanne May Frovst

### **Antal beboere:**

40 borgere

### **Tilsynsbesøget fandt sted:**

3. maj 2023.

Aftenbesøg fra kl 14.

### **Metodik og datagrundlag:**

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 6 borgerjournaler), instrukser, borgerinformationer, menuplaner, aktivitetsplan m.v.

Interview: 4 borgere, som delvist kan medvirke til interview samt 3 pårørende. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet.

Desuden har tilsynet interviewet 1 souschef, 2 sygeplejersker, 2 assistenter, 2 afløsere og 2 hjælpere.

Observation: 4 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.

Målopfølgelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

#### Godkendt med mangler

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

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

---

#### Delvist godkendt

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

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

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

---

#### Ikke godkendt/Kritisable forhold

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

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

## Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

### Generelt

Demensplejecenter Skovvang består af fire bo-enheder, 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 indrettet mindre, hyggelige kroge til 1:1 kontakt. Boligerne fremstår hjemlige og indrettet efter borgers behov. I bo-enhederne iagttages i en imødekomende tone – det er tydeligt, at den enkelte borger føler sig set og reagerer positivt på medarbejdernes smil og venlighed. Borgerne udviser tryghed i kontakten med medarbejderne.

Siden seneste tilsyn har været en længerevarende periode med leder- og medarbejderskift. Stillingerne er nu ved at være besatte og introduktionen er pågående. Borger- og pårørendetilfredsheden er høj.

Flere nøglepersoner (sygeplejersker) har været gennemgående siden seneste tilsyn og sikret en grundlæggende faglig kvalitet. På tilsynstidspunktet fremstår det skriftlige arbejdsgrundlag meget forbedret og fyldestgørende. Det opdateres løbende af de få nøglepersoner, som også ihærdigt tilstræber overensstemmelse til de papirbårne dokumenter i afsnittene.

Det har endnu ikke været muligt at styrke kompetenceudviklingen til assistentgruppen i forhold til at kunne varetage dokumentationsopgaven i Cura indenfor den social- og plejefaglige dokumentation, herunder besøgsplanerne. Der er nu fuld bemanding og undervisningsaktiviteter kan gå i gang som støtte for denne udvikling.

Tilsynet er udført som aftenbesøg.

Aftenbemandingen består af 4 faste og 4 afløsere/vikarer, hvoraf flere kender borgerne.

Gennem hele aftenen opleves en nærværende, omsorgsfuld personalegruppe, som skaber tryghed og god stemning at være i for borgerne. Beslutninger om aftenens rytme sker løbende ud fra borgernes behov, som sikrer så stor en medbestemmelse som muligt ved måltider, aftenhygge og sengetidsvaner.

### Styrker

#### Funktionsevne:

Ved indflytning samarbejder sygeplejerskerne med borger og kontaktperson om, hvorledes funktionsevnen bedst kan bibeholdes/øges.

*Støtte til funktionsevne:* Tilsynsførende iagttager eksempler på, at medarbejderne har fokus på funktionsevnen. Af besøgsplanerne ses flere eksempler på information om daglige aktiviteter og hvad der skaber glæde og støtte til funktionsevnen. Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere og medarbejdernes praksis fremstår rutineret og omsorgsfuld.

#### Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen:

Borgerinterview kan delvist lade sig gøre. Borgerne udtrykker, de er glade for medarbejderne og den hjælp de får. Positive iagttagelser af borgernes samvær med medarbejderne supplerer også dette indtryk. Pårørende udtrykker, at de er meget trygge ved medarbejdernes indsats og sætter pris på samarbejdet med den nye leder.

*Personlig pleje:* Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer dele af personlig pleje til flere borgere. Der ses velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær i form af 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. Boliger og hjælpemidler fremtræder rengjorte svarende til rengøringsstandarden.

*Mad og måltider:* Tilsynet er rundt ved aftensmaden. 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 roses og det ses, at serveringen i høj grad er tilpasset borgernes individuelle ønsker og behov.

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, så borgernes funktionsevne i videst mulige omfang støttes med 1:1 kontakt og socialt samvær i bo-enheden med medarbejderne.

**Sammenhæng og forudsigelighed:** Den faglige snitflade mellem centrets sygeplejersker og kommunens terapeuter fremstår velfungerende.

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

Siden seneste tilsyn har plejecentret igangsat tiltag og opnået forbedringer med

- Ensartede arbejdsprocesser på tværs af de 4 bo-enheder på prioriterede områder
- Ernæringsindsatsen
- Det skriftlige arbejdsgrundlag.

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

Vurdering af målopfyldelse:

- 3 temaer er "Helt opfyldt"
- 2 temaer er "I betydelig 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 1 Funktionsevne

Fokus: Fra indflytning skal ske en systematisk vurdering af borgernes potentiale for funktionsevne. Mål for indsatsen og løbende evaluering for den rehabiliterende indsats skal beskrives. Beskrivelsen er et grundlag for at vurdere eventuelle ændringer i borgerens funktioner, eller som udgangspunkt for mål for en rehabiliterende indsats, der skal skabe vedligehold eller måske øgning af funktionsevnen.

Udviklingspunkt: For 3 ud af 4 borgere ses ikke oplysninger i funktionsevnetilstande eller andre steder i Cura om realistisk mål og delmål fastsat så godt som muligt i dialog med borger/pårørende samt evt. dialog med terapeut ved GOP/§86 eller vederlagsfri fysioterapi.

Tilsynet anbefaler at arbejde med

- at fagpersoner har dialog med borger om ønsker og potentiale for funktionsevne
- at formidle de fælles mål og delmål i Cura, så de er lettilgængelige for medarbejderne og kan anvendes ved løsning af borgeropgaverne.

### Tema 3: Sammenhæng og forudsigelighed

Fagligt har nøglepersoner arbejdet ihærdigt med at sikre arbejdsgange for tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring. Tillige er den skriftlige social- og plejefaglige dokumentation forbedret betydeligt og besøgsplanerne er et godt arbejdsgrundlag for frontmedarbejdere.

Der ses ved 5 ud af 6 borgerforløb overensstemmelse mellem besøgsplaner, tilstande, målinger og observationer.

Et opmærksomhedspunkt er, at der forefindes en del dobbeltdokumentation i form af papirbårne dokumenter, som trods ihærdig opdatering indeholder uoverensstemmende oplysninger ift. Cura.

Det drejer sig om oversigter over borgerne med oplysninger om kost og borgers behov i forbindelse med spisningen med morgen og frokostmad. Der ses tillige oversigt til aftenvagterne med ca. 3-5 linjer ved hver borger om aftenens borgeropgaver. Det er til afløsere, som vanskeligt kan orientere sig i Cura. Oplysningerne dækker ikke en medarbejders behov for oplysninger og disse suppleres derfor mundtligt af faste medarbejdere.

Udviklingspunkt: Opgaven med opdatering af Cura er varetaget af få nøglepersoner (sygeplejersker) grundet bemandsituationen. Denne ordning har sikret det fornødne arbejdsgrundlag.

Løsningen er ikke langtidsholdbar, når kvaliteten af det skriftlige arbejdsgrundlag hviler på få medarbejdere, som også kan rammes af fravær, ferie m.m.

Den igangværende Cura-undervisning giver mulighed for at støtte kompetenceudvikling af assistentgruppen i forhold til den social- og plejefaglige dokumentation.

Tilsynet erfarer at der er tiltag i gang for også at sikre de nyeste ankomne undervisningstilbud i Cura.

*Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder*

- overveje og prioritere muligheder for kompetenceudvikling af assistenter dels gennem Curaundervisning og dels via sidemandsoplæring hos sygeplejerskerne
- udfase dobbeltdokumentationen af papirbårne dokumenter efterhånden som det er sikkert for borgerne
- evaluere ved audit af overensstemmelse af få journaler hver måned eller efter behov med deltagelse af assistent og sygeplejerske.



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

### 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.

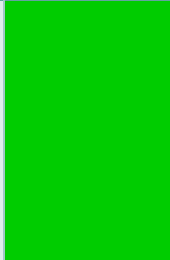
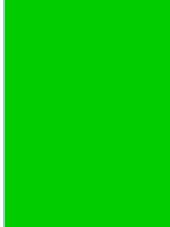


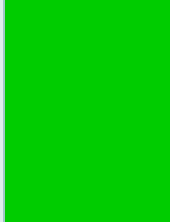
## Tema 1 Funktionsevne

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	Måltrettet tilbud om vedligehold af borgers funktionsevne svarende til kvalitetsstandard 1) Ved indflytning vurderer kontaktperson borgers færdigheder. Herefter udføres plejen målrettet med henblik på at borger kan bevare sine færdigheder. 2) Ved træningsforløb får borger en kontaktperson blandt terapeuterne	Data indgår til-lige i tilsynsrap-port for Genop-træningen.	
1.3	Medarbejderne kan redegøre for målene for forløbene ved genoptræning og vedligeholdelse hos rele-vante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.		Evt. fastlagte mål for indsatsen ses ikke formidlet skriftligt.
1.4	Hvis borger modtager/har modtaget terapeutindsats af Genoptræningen: Hvordan har din evne til at klare dig selv udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælp?	Data indgår til-lige i tilsynsrap-port for Genop-træningen.	Det oplyses at ingen borgere er omfat-tet.
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.		For 3 ud af 3 borgerforløb ses funktions-evnetilstandene nyligt opdateret. Der ses beskrivelser, som afdækker borgers eget mål.  Der ses ikke af Cura en vurdering af bor-gers mål for funktionsevnen, som er sat ud fra kendskab til borgers ønsker såvel som borgers potentiale for funktions-evne.

## 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"> <li>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?</li> <li>2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?:</li> <li>3) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret?</li> <li>4) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her?</li> </ol>		<p>Borgerne udviser tilfredshed og tryghed med de faste medarbejderes indsats og adfærd.</p> <p>Pårørende fortæller, at der er mange nye ansigter, men at det nok skal blive fint.</p>
2.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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?</li> <li>2) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på?</li> <li>3) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov?</li> </ol>		
2.3	<p><i>Praktisk hjælp</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen.</li> <li>2) Personlige hjælpemidler fremtræder rene.</li> </ol>		
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>Aktiviteter og hverdagsoplevelser</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter.</li> <li>2) Medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter.</li> <li>3) Der foreligger information til borgerne om tilbud. Aktivitetsplanen er lettilgængelig for borgere og pårørende. Aktivitetsplanen giver mulighed for valg og fravalg.</li> </ol>		

2.6	<p><b>Kommunalt fokusområde 2023:</b> Demens: Værdighed, personcentreret omsorg, beboerkonference</p> <p>Leder/medarbejdere kan ud fra en konkret borger redegøre for hvordan de arbejder med at skabe en meningsfuld kommunikation/relation.</p> <p>På demensplejecentrene kan medarbejderne redegøre for ”Kend blomsten” og anvende den til at forstå borgers psykologiske behov. F.eks. hvordan der skabes velbefindende hos en borger, hvad karakteriserer det gode velbefindende og hvad karakteriserer det dårlige velbefindende.</p>		<p>Personcentreret omsorg og arbejdsredskaber er ved at blive implementeret, herunder beboerkonferencer.</p> <p>Den viden, der opnås gennem drøftelserne, fremstår vanskelig at journalisere i besøgsplaner eller andet.</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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad?</li> <li>2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp?</li> <li>3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.?</li> <li>4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen?</li> </ol>		
2.8	<p>Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at der er klart værtskab 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 tilgængelig for borgere og pårørende.</p> <p>Der er arbejdsproces for inddragelse af borgersynspunkter.</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>		


2.12	<p><i>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</i></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"><li>1) I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleanvisende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen.</li><li>2) Borgerne er tilbudt vejning svarende til det besluttede</li><li>3) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.</li></ol>		<p>Der høres om sikre arbejdsgange for vejning og reaktion på vægttab.</p> <p>3 ud af 3 borgerforløb viser overensstemmelse mellem den besluttede vejehyppighed og den udførte vejehyppighed. Ved vægttab ses i 2 ud af 2 tilfælde reaktion på vægttabene.</p>
------	--	--	--

## Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
<u>3.1</u>	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? 2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?! 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Kender du besøgsplanen og oplever du, at beskrivelsen er meningsfuld og dækkende? 5) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 6) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald.		
3.2	<i>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing</i> Medarbejdere kender arbejdsgangene for 1. at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner 2. følge op på de aftalte tiltag		
3.3	Generelt: Dokumentation i omsorgsjournalen fremstår med overensstemmende og opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande.		<p><i>Der ses ved 5 ud af 6 borgerforløb overensstemmelse mellem besøgsplaner, helbredstilstande, målinger og observationer.</i></p> <p><i>I de 4 afsnit ses papirbårne dokumenter som supplement til Cura. Det drejer sig om fx om oversigter over borgerne med oplysninger om kost og borgers behov i forbindelse med spisningen med morgen og frokostmad.</i></p> <p><i>Der ses tillige oversigt til aftenvagterne med ca. 3-5 linjer ved hver borger om aftenens borgeropgaver.</i></p>



			<p>Der ses uoverensstemmende oplysninger på disse sedler, borgers tilstande og Cura.</p> <p>Dobbeltdokumentationen forudsætter en systematisk og omfattende opdatering ved ændringer i borgers tilstande.</p> <p>Opgaven med opdatering er placeret hos få nøglepersoner.</p>
3.4	<p>Besøgsplaner:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Medarbejderne oplever de konkrete besøgsplaner anvendelige og brugbare i forhold til opgaveløsningen hos borgerne.</li> <li>2) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren.</li> </ol>		<p>Besøgsplanerne i Cura ses for 6 ud af 6 borgere opdaterede, individuelle og handleanvisende.</p> <p>Generelle oplysninger anvendes i mindre omfang.</p> <p>Opmærksomhedspunktet er den supplerende papirbårne dobbeltdokumentation.</p>
3.5	Omsorgsjournalen afspejler et bevidst samarbejde monofagligt og flerfagligt.	Data indgår tillige i tilsynsrapport for Genoptræningen.	<p>Tilsynet oplyses om, at ingen borgere er tilknyttet træning.</p> <p>Flere borgere er ernæringscreenet af ergoterapeut. Journaliseringen er lettilgængelig og der ses rød tråd på tværs.</p>
3.8	<p>Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb</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>	Data indgår tillige i tilsynsrapport for Genoptræningen.	Jf. ovenfor.

	<p>Målene er indarbejdet eksempelvis ved at 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>		
--	---	---	--



## 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.		
4.2	Leder og relevante medarbejdere kender til at fremsøge og anvende gældende instrukser og arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud.		

## 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. Handleplanen kan f.eks. have form af referat fra personalemøde.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</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>		
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</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.

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfylde 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.

#### **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](mailto:nethe@jorck.net)

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

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

- Tilsyn med plejeboliger på ældreområdet
- Tilsyn med fritvalgsområdet
- Andre kvalitetsbesøg/tilsyn i hjemmesygeplejen, akutfunktioner, plejecentre og hjemmeplejen efter serviceloven og sundhedsloven
- Kvalitetsbesøg/temperaturmålinger ift. 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 har været surveyor med ledende funktioner gennem 13 år for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) indtil 2021.

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.

