



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	11
Resultater og vurdering af de enkelte temaer	11
Tema 1 Funktionsevne	12
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	14
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	18
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	21
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	22
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	23
Om virksomheden og kontaktoplysninger	26

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.

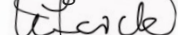
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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



Nette Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejecenter:

Plejecenter Lyngehus, Hillerødvej 48A, 3450 Allerød

Leder:

Plejecenterleder Tina Rantzau

Antal borgere:

39 plejeboliger

Tilsynsbesøget fandt sted:

17. april 2023

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 9 borgerjournaler), beboeravis, instrukser, borgerinformationer, menuplaner m.v.

Interview: 6 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 centerleder, 1 sygeplejersker, 3 assistenter, 5 hjælpere, heraf 1 med aktivitets- og forflytningsvejlederfunktion, 1 rengøringsmedarbejder og 1 flexjobber.

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 1 borger.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 8 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 mangler

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

Plejecenter Lyngehus har fokus på borgernes selvbestemmelse og på at skabe en god hverdag for borgerne. Det er lykkedes at få alle plejestillinger besat og for at sikre sommerferiebemandingen uden vikarer er afløsere rekrutteret og oplæringen er i fuld gang. Erfarne faste medarbejdere arbejder engageret og udviser respekt og omsorgsfuldhed. Borgerne er meget tilfredse med medarbejdernes adfærd som de oplever imødekomende selvom der kan være udfordringer med kommunikationen grundet sprogvanskeligheder.

Cura fremstår delvist implementeret. Der er suppleret med papirbårne dokumenter, men oplysningerne ses uoverensstemmende. Medarbejderne får i høj grad får informeret hinanden mundtligt, men ved opgaver hos borgere man ikke kender så godt kan det få som konsekvens at borgerne ikke kan ydes den fornødne kvalitet, når man ikke kan stole på oplysninger i Cura.

Undervisning af alle sundheds- og plejefaglige medarbejdere er startet op.

Får borgerne den rette kost – også når der er tale om allergi? Det har været et udviklingspunkt i flere år. Det drejer sig om forhold af betydning for borgernes sikkerhed, og forbedringstiltag blev sat i gang. I 2022 sås delmål opnået ved evaluering ved tilsynsbesøget, men dette ses ikke fastholdt og videreudviklet efter nøglepersonen er holdt op. Der ses ikke skriftlighed om nøglepersonens igangsatte tiltag og effektvurderinger, hvilket kunne have gjort det nemmere for andre at fortsætte tiltag og evalueringer. Vurderingen har også været at forbedringer ville kunne opnås indenfor kortere tid, hvilket ikke har været muligt.

Samlet set er vurderingen: Godkendt med mangler.

Styrker

Funktionsevne:

Borgerne udtrykker tilfredshed med medarbejdernes støtte til at være så selvhjulpne som muligt. De fortæller om et velfungerende samarbejde i hverdagen med de medarbejdere, der kender dem godt.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen:

Det store fællesrum summer af samvær mellem medarbejdere og borgere gennem dagen. En aktivitetsmedarbejder koordinerer aktiviteter, hvor også børnehaver og skole kommer på besøg og deltager i borgernes hverdag en gang i mellem. En borgeravis støtter samarbejdet mellem borgere, pårørende og medarbejdere.

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.

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 overværer personlig hjælp til flere borgere. Borgernes mestring og selvhjulpnehed støttes generelt og der høres småsnakken og guidning hos en borger, som støttes i at være så selvhjulpne som muligt efter et træningsforløb. Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes borgernes grundlæggende behov bliver tilgodeset.

Mad og måltider: Måltiderne er det sociale samlingspunkt. Tilsynet er rundt ved frokosten. Medarbejderne deltager 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.

Siden seneste tilsyn

Siden seneste tilsyn har plejecentret bl.a. arbejdet med et skriftligt arbejdsgrundlag og samarbejdsfladen til terapeuter. Kommunen har igangsat fælles tiltag, som er i gang med at blive implementeret.

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:

- 1 tema er "Helt opfyldt"
- 1 tema er "I betydelig grad opfyldt"
- 3 temaer 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 forbedringspotentialer, 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: Beskrivelserne af borgernes funktionsevnetilstande er et grundlag for at vurdere eventuelle ændringer i borgerens funktioner, eller som udgangspunkt for mål for den rehabiliterende indsats, der skal skabe vedligehold eller måske øgning af funktionsevnen.

Udviklingspunkt: Tilsynet kunne ved gennemgang af den faglige dokumentation se, at der ikke sker en systematisk vurdering af borgernes potentiale for funktionsevne, når de flytter ind i en bolig på plejehjemmet, ligesom der ikke dokumenteres mål for indsatsen og løbende evaluering for den rehabiliterende indsats. Disse oplysninger ses ikke af funktionsevnetilstande, idet alene borgers ønsker og mål fremgår her.

Der ses ikke oplysninger andre steder i Cura om realistisk mål og delmål fastsat i dialog med borger om borgers potentiale for funktionsevne, herunder 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 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen – Får borger den rette kost

Indikator 2.11 Fødemiddelallergi og intolerance:

Der ses ikke en sikker arbejdsproces for at hindre medarbejdere i at tilberede og servere forkert kost.

Dette var også et udviklingspunkt i 2021. I 2022 var udarbejdet en kostoversigt i køkkenet med tydelig overskrift for "kan ikke lide" og "kan ikke tåle". Den var ved at blive implementeret.

Den ses ikke længere anvendt og er erstattet af den tidligere. Her ses ./ xxfødemiddel, men det er ikke muligt at se om en borger ikke kan tåle eksempelvis indmad og nødder, eller om der er tale om, at borger ikke bryder sig om smagen.

Udover denne liste ses kostoplysninger på tavle i køkkenet og på kostoversigter for de to etager med fokus på morgenmad og frokost. Oplysningerne er ikke overensstemmende.

Ovenstående arbejdsprocesser sikrer ikke i fornødent omfang at borgerne får den rette kost.

En borger har allergi, som medfører straks-reaktion. En anden borger har x-intolerans.

For borger med intolerans overfor fødemiddel ingrediens høres fra medarbejderne en opfattelse af, at alle kender til dette. Borger fortæller dog selv, at hun må være meget opmærksom, da hun indimellem får serveret mad som hun ikke kan tåle.

Hun har alligevel prøvet at få serveret og spist noget, hun ikke kunne tåle og fik ubehagelige symptomer.

Ovenstående indebærer en risiko for borgerne.

Tilsynet hører at der omgående vil blive sat initiativer i gang for at forbedre arbejdsprocesserne.

Tilsynet anbefaler

- at medarbejdere, der varetager madlavning og servering sikres skriftlige oplysninger om borgeres fødemiddelallergier og intolerancer
- at oplysninger om borgere kan lide en madtype anbefales adskilt fra oplysning om allergi
- ved behov at medinddrage de involverede medarbejdergrupper fra plejepersonalet, ernæringsassistenter og leverandøren samt den kostfaglige konsulent med henblik på at fastlægge sikre arbejds-gange
- overveje intern struktur i form af eksempelvis
 - at køkkenmedarbejdere/ernæringsassistenter deltager i relevante møder med plejepersonalet om fælles borgerforløb
 - at der i hvert afsnit er ernæringsnøgleperson(er), som følger op på borgerforløb med behov for særlig kost og samarbejdet med ”Mad til hver dag”
 - afdække kontaktpersonens opgaver
- fastlægge månedlig opfølgning i en periode, hvor faglige beslutninger i Cura sammenholdes med frontmedarbejdernes arbejdsredskaber – også de papirbårne.

Målepunkt 2.12: Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring

Fokus: 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 og småspisende borgere er ofte sårbare, idet en utilstrækkelig ernæringstilstand kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens.

Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne, og er dermed en risiko for borgersikkerheden. Forebyggelse kræver en tidlig opsporing. Ernæringsindsatserne en kædeproces med opgaver fordelt mellem hjælpere, elever, uuddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl. Vejninger af borgere er et af indikatorerne på, om borgerne får den ernæring, de har behov for. (Se [2015-AEL-dre_vaegttab_anbefalinger.ashx \(sst.dk\)](https://www.ast.dk/2015/AEL-dre_vaegttab_anbefalinger.ashx))

Der er etableret struktur for opfølgning på borgernes ernæringstilstand, vejninger og reaktion på vægttab.

Udviklingspunkter: Vejning 1 gang om måneden kan kalendersættes i Cura, men ikke specifikt på hverdage. Derfor suppleres med papirbårne dokumenter. Trods dette fokus mangler vejninger for flere borgere uden vejningerne er savnet efterfølgende.

For 3 borgere med vægttab ses vægttabet erkendt, men er ikke lagt som opgave. Vægttabene ses ikke sundhedsfagligt vurderet og det er tilsynets indtryk at der er behov for klarhed over hvornår vægttab skal formidles videre til sygeplejerskefunktion.

Forbedringsopgaven har været centralt placeret i sygeplejerskefunktion i en længere periode for at højne den sundhedsfaglige kvalitet. Nøglepersonen er ikke længere på centret og der ligger ikke oplysninger om igangsatte tiltag, effektvurdering og videre plan evt. i form af personalemødereferater

Tilsynet anbefaler at fortsætte og igangsætte tiltag, herunder

- fastlægge lokal arbejdsgang 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 arbejdsgangene 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

Fokus: Fyldestgørende og løbende ajourført dokumentation er det nødvendige grundlag for, at alle medarbejdere kan varetage den rette hjælp, omsorg og pleje af borgere ud fra den faglige beskrivelse af borgerens behov. Hjælpen skal løbende tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5, hvilket nødvendiggør, at der er en tilstrækkelig dokumentationspraksis, som anvendes og følges af alle medarbejdere samt, at aktuelle ændringer løbende dokumenteres.

Udviklingspunkter:

1. Det skriftlige arbejdsgrundlag i Cura og papirbårne dokumenter: Cura ses delvist implementeret. I ingen af 5 borgerforløb ses overensstemmelse mellem frontmedarbejdernes arbejdsredskaber, eksempelvis besøgsplaner/de papirbårne dokumenter og de faglige beslutninger og vurderinger, der fremgår af helbredstilstande, funktionsevnetilstande, observationer m.m.

2. Terapeutsamarbejdet om fælles forløb: Dette er under forbedring for de kommunale terapeuter. Notater fra GOP-forløb o.a. kan vanskeligt/ikke findes af erfarne medarbejdere. Private terapeuter som udfører vederlagsfri fysioterapi: Her høres ikke om samarbejde og videndeling ved indflytning eller løbende.

Ovenstående medfører en risiko for, at der arbejdes ud fra ikke-tidstro data, hvilket vurderes at kunne indebære en risiko for, at borgerne ikke får personlig og praktisk hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87 og § 150, stk. 2.

Tiltag er igangsat:

Det skriftlige arbejdsgrundlag: Allerød Kommune har sat målrettet undervisning i gang for alle sundheds- og plejefaglige medarbejdere.

Samarbejde med terapeuter: Allerød Kommune har igangsat og er ved at implementere koordinering og videndeling af fælles borgerforløb.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- sikre lettilgængelige og opdaterede oplysninger til frontmedarbejderne
- at vigtig viden om terapeutiske indsatser og opfølgende træning dokumenteres i borgers journal, så data er ajourførte og lettilgængelige.
- følge op med mini-journalaudit med involvering af sygeplejerske og assistenter.

Tema 5 Kvalitetsarbejdet: Opfølgning fra seneste tilsyn

Lyngehus har haft nøgleperson for flere indsatsområder. Der har været sat tiltag i gang. Der ses ikke en systematisk kvalitetsstyring, som sikrer løbende opfølgning med leder og involverede.

Tilsynet anbefaler ledelsen

- at styrke processtyringen:
 - prioritere indsatsområder og fastsætte mål for indsatsen
 - finde tovholder(e) og instruere i brug af f.eks. handleplan og evaluering
- at følge op på indsatsområderne sammen med de involverede fast månedlig i en periode
Referater fra personalemøder kan have værdi med oplysninger om tiltag, effektvurdering samt evt. justerede tiltag.

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 og værnemidler	
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	Måltrettet tilbud om vedligehold af borgers funktionsevne svarende til kvalitetsstandarden 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.	Ved indflytning vurderer plejepersonalet borgers færdigheder og inddrager forflytningsvejleder ved behov. Medarbejdere oplyser, at terapeut kan kontaktes telefonisk ved behov. Erfarne medarbejdere er opmærksomme, men der høres ikke om en systematisk arbejdsproces ved indflytning der kan støtte, at borger kan bevare og evt. videreudvikle færdigheder. Mål for funktionsevnen kan for 3 ud af 3 borgere ikke findes i Cura.
1.3	Medarbejderne kan redegøre for målene for forløbene ved genoptræning og vedligeholdelse hos relevante 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, så erfarne medarbejdere kan finde disse.

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.	
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.		<p>For 3 ud af 3 borgerforløb ses funktions- evnetilstandene nyligt opdateret. Der ses beskrivelser, som giver misvisende oplysninger f.eks. at borger selvstændig kan bevæge sig rundt. Det er ikke med- taget at det sker i kørestol.</p> <p>Funktionsevnetilstande udfyldes med borgers ønsker og mål, svarende til un- dervisningen. Disse ses derfor ikke vurderet i forhold til borgers potentiale for funktionsev- nen.</p> <p>Så hvor skal mål for indsatsen af SEL indskrives? Det fremstår uklart.</p> <p>Der ses ikke af Cura en vurdering af bor- gers mål for funktionsevnen, som er lagt i samarbejde med borger og både tager højde for borgers ønsker og mål såvel som borgers potentiale for funkti- onsevne.</p>

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 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?		Medarbejderne er meget tilfredse med de faste medarbejders indsats og adfærd. De oplever at nyere medarbejdere samt afløsere indimellem skal guides til at løse opgaverne. En borger mener, at der måske kunne stå noget et sted, så medarbejderne kunne læse om det.
2.2	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 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) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på? 3) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov?		Som ovenfor.
2.3	Praktisk hjælp 1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen. 2) Personlige hjælpemidler fremtræder rene.		
2.4	Personlig pleje 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.		
2.5	Aktiviteter og hverdagsoplevelser 1) Medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter. 2) Medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter.		

	3) Der foreligger information til borgerne om tilbud. Aktivitetsplanen er lettilgængelig for borgere og pårørende. Aktivitetsplanen giver mulighed for valg og fravalg.		
2.6	<u>Kommunalt fokusområde 2023</u> : Demens: Værdighed, personcentreret omsorg, beboerkonference Leder/medarbejdere kan ud fra en konkret borger redegøre for hvordan de arbejder med at skabe en meningsfuld kommunikation/relation. 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.		På tilsynstidspunktet høres, at der alene er én borger, som er ramt af demens. Medarbejdere, der er tilknyttet borger, fortæller om borgers behov og kommunikation, men besøgsplanen indeholder få og ikke opdaterede oplysninger for dag og aften. Der afholdes beboerkonferencer.

Måltider og mad, der svarer til borgers behov

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.7	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad? 2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp? 3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.? 4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen?		Opmærksomhedspunkt: I fællesrummet er musik, som er høj i forhold til, at en del af borgerne godt kan og vil føre en samtale under måltidet.
2.8	Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at der er klart værtskab 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.		
2.9	Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende. Der er arbejdsproces for inddragelse af borgersynspunkter.		
2.10	Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.		

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>En borger har allergi, som medfører straks-reaktion.</p> <p>En anden borger har x-intolerans</p> <p>Der ses ikke en sikker arbejdsproces for at hindre medarbejdere i at tilberede og servere forkert kost.</p> <p>Dette var også et udviklingspunkt i 2021. I 2022 var udarbejdet en kostoversigt i køkkenet med tydelig overskrift for "kan ikke lide" og "kan ikke tåle". Den var ved at blive implementeret.</p> <p>Den ses ikke længere anvendt, og det er ikke muligt at se om en borger ikke kan tåle eksempelvis indmad og nødder, eller om der er tale om at borger ikke bryder sig om smagen.</p> <p>Udover denne liste ses kostoplysninger på tavle i køkkenet og på kostoversigter for de to etager med fokus på morgenmad og frokost. Oplysningerne ses ikke overensstemmende.</p> <p>For borger med intolerans overfor fødemiddelingrediens høres fra medarbejderne, at alle kender til dette. Borger fortæller selv, at hun selv er meget opmærksom, da hun indimellem får serveret mad som hun ikke kan tåle. Hun har alligevel prøvet at få serveret og spist noget hun ikke kunne tåle og fik ubehagelige symptomer.</p>
------	---	---

			<p>Ovenstående indebærer en risiko for borgerne. Tilsynet hører at der omgående vil blive sat initiativer i gang for at forbedre arbejdsprocesserne.</p>
2.12	<p><i>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</i> 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. 		<ol style="list-style-type: none"> 1) For 3 borgere, som er vurderet i risiko for underernæring, foreligger ikke mål for ernæringsindsatsen. 2) Der er ikke information om tærskelværdi for videreformidling til sundhedsfaglige medarbejder (eksempelvis vægttab over 1 kg). 3) Borgerne tilbydes som udgangspunkt vejning x1 om måneden. For 3 sete borgerforløb ses, at nogle vejninger ikke er udførte. Dette kan skyldes at vejning styres via papirbårne dokumenter og ikke i Cura. 4) 2 ud af 2 borgere med vægttab over 1 kg: Vægttabene er erkendt, men ikke meldt videre via observation til sundhedsfaglig vurdering. Der ses ikke tegn på mundtlig formidling i form af ændret vejehyp-pighed eller kostform.

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? 6) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald. 		Jf. 2.1
3.2	<p>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing</p> <p>Medarbejdere kender arbejdsgangene for</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 		Ved ændringer i borgers tilstand meldes videre mundtligt. Videreformidling via observationer ses svagt implementeret.
3.3	<p>Generelt: Dokumentation i omsorgsjournalen fremstår med overensstemmende og opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande.</p>		<p>I ingen af de gennemgåede borgerforløb ses overensstemmelse mellem funktionsevne- og helbredstilstande, besøgsplaner, målinger og observationer samt de papirbårne dokumenter.</p> <p>Opmærksomhedspunkt</p> <p>Ved personlig pleje ses to præparater til hudplejen. De har andre handelsnavne end på medicinlisten. Der ses uoverensstemmelse mellem FMK og handlingsanvisning om hvorvidt præparatet er p.n. eller fast.</p>

3.4	<p>Besøgsplaner:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 		<p>De faste medarbejdere kender borgerne godt. Der høres om en stærk mundtlig formidling.</p> <p>Der ses i 2 ud af 5 borgerforløb, at besøgsplanerne er opdaterede, individuelle og handleanvisende.</p> <p>For de øvrige 3 ses uoverensstemmende oplysninger i forhold til borgers aktuelle tilstande. 2 af borgerne er visiteret til træningsaktiviteter og skal genvinde deres selvhjulpethed. Der ses oplysning om øvelser der skal indgå i hverdagens opgaver, men disse er ikke medtaget i borgeropgaverne.</p>
3.5	Omsorgsjournalen afspejler et bevidst samarbejde monofagligt og flerfagligt.	Data indgår tillige i tilsynsrapport for Genoptræningen.	<p>For 2 ud af 2 borgere, som har/har haft et terapeutforløb med den kommunale træningsforløb:</p> <p>Besøgsplanerne, funktionsevnetilstande og helbredstilstande ses ikke opdateret efter borgers aktuelle tilstand. Der ses ikke oplysninger i besøgsplanerne som kan støtte, at borger får den fornødne hjælp til at genvinde sin funktionsevne.</p> <p>Medarbejderne kan vanskeligt finde terapeuternes oplysninger i journalen, hvilket hindrer videndeling.</p> <p>For en borger ses anført, at hun skal huskes på at lave øvelser flere gange om dagen, når skinne er taget af. Denne oplysning fremgår ikke af frontmedarbejdernes arbejdsredskaber, herunder besøgsplanen.</p>

			<p>Interviewede medarbejdere kender ikke til anvisningen.</p> <p>For borger, som gennem længere tid har haft vederlagsfri fysioterapi, har medarbejderne ikke viden fra terapeuten om borgers eventuelle gavn af træning/øvelser indarbejder i den daglige pleje. Der høres ikke om en indarbejdet proces for videndeling med de private terapeuter.</p>
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. Det kan eksempelvis være ved behov for vurdering af borgers potentiale for funktionsevne, ved afslutning af §86 eller ved genoptræningsplan efter §140.</p> <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>	Data indgår tillige i tilsynsrapport for Genoptræningen.	Jf. ovenfor

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>		<p>Effekten af tiltagene: Der har været igangsat tiltag for</p> <ul style="list-style-type: none"> - kostallergi - ernæringsindsatsen <p>Nøglepersonen er ikke længere i organisationen. Der foreligger ikke effektvurdering og plan for videre forløb, hvilket er væsentlig for at kommende nøgleperson kan fortsætte indsatsen og opnå resultaterne.</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>Der har været igangsat tiltag</p> <p>Tiltagene har endnu ikke medført forbedret målopfyldelse.</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

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 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.

