



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Allerød Kommune

Ældre og Sundhed

Plejecenter Skovvang

Indholdsfortegnelse

Forord.....	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	9
Resultater og vurdering af de enkelte temaer	10
Tema 1 Funktionsevne	11
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen.....	13
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 beboernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandarder m.m.

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

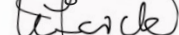
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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 Allerød, Afdeling Skovvang, Poppelvænget 2, 3450 Allerød

Leder:

Sanne May Frovst

Antal beboere:

60 beboere

Tilsynsbesøget fandt sted:

24. februar 2022

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

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

Interview: 7 borgere, som helt eller delvis 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 plejecenterleder, 2 assistenter, 4 hjælpere, heraf en afløser og 3 kostmedarbejdere.

Observation: 5 borgeres 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: 7 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.

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

Skovvang fremstår som et plejecenter med engageret leder og medarbejdere, som arbejder for at skabe gode hjemlige forhold for borgerne. Der har været en længere periode med nedsat kontinuitet i sygeplejerskebemandingen, hvilket nu er på vej til at blive mere stabilt.

Siden seneste tilsyn ses en vellykket, igangværende proces med støtte til borgernes funktionsevne og livskvalitet. Hverdagsrehabilitering indgår tydeligt af medarbejdernes opgaver. Det fremstår som et væsentligt kompetencekrav til medarbejderne, at man har lyst at være sammen med borgerne og samtidig støtte social, mental og fysisk funktionsevne.

I løbet af aftenbesøget bevæger tilsynsførende sig rundt i de tre afsnit. Både medarbejdere og borgere fortæller om, hvordan aftenerne gøres hyggelige. I et af afsnittene er forberedelserne i gang til aftenens banko. I dette afsnit summer fællesrummet af sludren og hygge aftenen igennem. Også i de andre afsnit fortæller medarbejderne om deres overvejelser for at skabe hjemlig stemning. Inden måltidet inviteres borgerne til at lave lidt øvelser sammen, der sætter lidt gang i ben og arme og også giver et grin undervejs. Borgerne fortæller, at de oplever dette indimellem og synes det er en god ide.

En borger udtrykker: "Her på Skovvang er man et menneske og ikke bare en opgave".

Funktionsevne:

Tilsynet overværer personlig pleje hos flere borgere. Borgernes mestring og selvhjulpethed støttes svarende til borgers behov. De interviewede borgere giver udtryk for at medarbejderne udviser imødekommethed over for borgers ønsker. Borgerne udtrykker tilfredshed med medarbejdernes støtte til at være så selvhjulpethed som muligt i forhold til praktiske gøremål og personlig pleje. De fortæller om et velfungerende samarbejde i hverdagen med de medarbejdere, der kender dem godt. Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen: Borgertilfredsheden med den personlige pleje og den praktiske hjælp er høj og borgerne udtrykker, at "når man nu ikke længere kan være hjemme, er Skovvang et rigtig godt sted at bo".

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 personlige hjælpemidler fremtræder rengjorte.

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.

Mad og måltider: Tilsynet er rundt ved aftensmaden. Borgerne i hver af de 3 afdelinger er samlet ved runde borde. Medarbejderne støtter borgere med behov for hjælp til spisning. Maden fra "Mad til Hverdag" roses af de fleste. En af kostmedarbejderne deltager ved spisningen.

Sammenhæng og forudsigelighed: Leder og medarbejdere beskriver en triagefunktion, som medvirker til tidlig opsporing af borgere med risiko for sundhedsproblemer og dermed til forebyggelse af unødige indlæggelser.

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

Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Dette er plejecentrets ledelse meget opmærksom på.

Vurdering af målopfyldelse:

- 1 temaområde er "Helt opfyldt"
- 3 temaområde er "I betydelig grad opfyldt"
- 1 temaområde er "I nogen grad opfyldt".

Hvert tema består af flere indikatorer. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er "Helt opfyldt" kan rumme indikatorer med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten.

Generelt – Det skriftlige arbejdsgrundlag

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.

Ved gennemgang af omsorgsjournaler ses udviklingsbehov som har betydning for Tema 1, 2 og 3.

Der ses generelt uoverensstemmende oplysninger mellem pleje og behandling, målinger, observation og opfølgning. Vurderingen af disse forhold og dokumentationen af det, er nødvendig af hensyn til den enkelte borgers sikkerhed, da det udgør et væsentligt element i helhedsvurderingen.

Det medfører også konsekvenser for borgerne, når frontpersonalet skal arbejde efter besøgsplaner, som de ikke kan stole på er opdaterede. Det medfører også, at den tidlige opsporing af borgere i risiko for undervægt hindres, da det ikke tydeligt fremgår, hvornår hvilke borgere skal vejes og der ikke ses sikker viden om, hvilken kost borger har brug for. Uddybende oplysninger ses under temaerne.

Tilsynet erfarer, at der har været skift af sygeplejerskegruppen gennem længere tid, men at rekrutteringen nu er på plads, hvilket forventes at sikre den fornødne kvalitet.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- oplære assistenter til at kunne varetage dokumentation for eget ansvarsområde samt medvirke til den løbende kompetenceudvikling blandt kolleger
- sikre tilstrækkelige vurderinger af borgerne og opfølgning på social- og sundhedsfaglige observationer og målinger
- konsekvensrette, når beslutninger tages og sikre at relevante oplysninger indskrives i borgeropgaver/besøgsplan m.m.
- følge op med mini-journalaudit løbende hver måned i en periode.

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed

Indikator 2.11 Fødemiddelallergi og intolerance:

Det er tilsynets indtryk, at medarbejdere og ernæringsassistenter har velfungerende dialog om borgeres særlige behov, herunder allergier, intolerans, beriget kost o.a. Ernæringsassistenter har ikke adgang til omsorgsjournalen, men får viden mundtligt.

Der høres ikke om besluttede arbejdsgange, der kan sikre, at allergier er kendt for medarbejdere, der tilbereder og/eller serverer maden. Arbejdsgangene kan derved indebære en risiko for borgerne, eksempelvis i småt bemandede funktioner. Dette kan være aftenvagten eller når ernæringsassistenten har fravær.

Tilsynet anbefaler

- at styrke skriftlige arbejdsgange for at medarbejdere, der varetager madlavning og servering sikres skriftlige oplysninger om borgeres fødemiddelallergier og intolerancer
- Oplysninger om borgere kan lide en madtype anbefales adskilt fra oplysning om allergi.

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, 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 arbejdsgange er derfor afgørende for kvaliteten i opgaveløsningen.

Der ses udviklingspunkter, som vedrører arbejdsgangene for at

- borgerne får tilbudt vejning varende til det besluttede interval
- handlingsanvisninger opdateres ved ændringer i borgers tilstand
- et uplanlagt vægttab fører til faglig vurdering og igangsættelse af relevante tiltag.

Tilsynet anbefaler at fortsætte implementeringen, herunder

- italesætte tidlig opsporing af ernæringstruede borgere ved tavlemøder m.m.
- fordele vejeopgaver om morgenen og følge op på vægtændringer efterfølgende
- at der iværksættes en arbejdsgang, der sikrer overensstemmelse mellem journalnotater og de aktuelle oplysninger til frontpersonalet
- udføre jævnlige mini-journalaudits på borgere/emner med inddragelse af assistenter.

Tema 5 Kvalitetsarbejdet: Opfølgning fra seneste tilsyn

Rehabiliteringsindsatsen er markant forbedret.

På øvrige områder har det vist sig vanskeligt at opnå de ønskede forbedringer.

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).

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

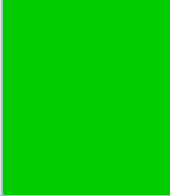

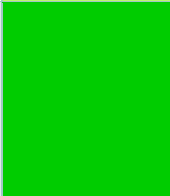
De enkelte temaer er konkretiseret i kvalitetsindikatorer, som kan belyses gennem interview, observationer og dokumentation.

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.

Indikatorer om omsorgsjournalen omfatter de dele af journalen, som er relevant for tilsynets foci.

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.		Nyere indflyttet borger fortæller om sin indflytning og om træningsindsats. Det beskrevne borgerforløb afspejler kommunens intention. Af cura ses, at viden er formidlet sparsomt videre skriftligt. Hvilken støtte har borger brug for til den rette forflytning fra seng eller fra stol? Hvordan kan balanceøvelserne indpasses under den personlige pleje? Hvilke øvelser vil borger gerne huskes på?
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.		For 3 ud af 6 undersøgte borgerforløb er borgeropgaverne om dagen beskrevet handleansende og er opdateret svarende til borgers aktuelle tilstande.

			For aftenvagten ses, at de oplysninger aftenvagterne anvender, for 4 ud af 6 borgerforløb ikke indeholder opdaterede og fyldestgørende oplysninger.
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 4 ud af 6 undersøgte forløb er funktionsevnetilstande i overensstemmelse med borgers tilstand. Adspurgte medarbejdere kender eget ansvar og opgaver.

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. 		
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. 		Tilsynet oplever, at medarbejderne har opmærksomhed på deres ansvar og opgaver for at skabe en god hverdag for borgerne.

	<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>		<p>I aftenvagten overværer tilsynsførende en allerede planlagt banko i et afsnit. I dette afsnit er gennem hele aftenen småsludren, grin og hygge.</p> <p>I de to andre afsnit fortæller medarbejderne, at de inden aftensmåltidet opfordrer til fælles gymnastik sammen med dem - det er i form af rejse-siddeøvelser og armøvelser.</p> <p>Borgerne fortæller, at det sker indimellem og er en god ide.</p> <p>Ved måltidet ses medarbejderne sammen med borgerne og der høres en hyggelig stemning.</p> <p>Der foreligger ikke aktivitetsplan. Flere borgere glæder sig til, at forholdene igen bliver normale med aktivitetsplan med bowling, musik og gymnastik m.m.</p> <p>Flere, som er i gang med uddannelse, medvirker til hygge på plejecentret med spil, maling o.a. 3 gange om ugen. Borgerne sætter stor pris på dette.</p> <p>Der er tiltag i gang til yderligere opfyldelse af borgernes behov og ønsker.</p> <p>Samlet set vurderes punktet "Helt opfyldt".</p>
2.6	Fokusområde 2022: Aktiviteter		Jf. ovenfor.

<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Er der mulighed for at lave de ting, der betyder noget? -Får du dækket dit behov for at være sammen med andre? -Hvad synes du – er der gode oplevelser hver dag? Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes? <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> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		<p>Ad 1) 5 ud af 7 borgere er meget tilfredse med maden. 2 borgere synes også maden grundlæggende er udmærket, men at det er ærgerligt, at den ikke bliver smagt mere til.</p> <p>Samlet set: "Helt opfyldt"</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. Arbejdsgangene fremmer, at borgerne får den støtte til spisning, de har brug for. Arbejdsgangene fremmer, at den enkelte borger opnår en positiv oplevelse af måltidet.</p>		
2.9	<p>Der foreligger menuplan, som er udarbejdet med involvering af borgere og tilgængelig for borgere og pårørende.</p>		<p>Der foreligger menuplan. Borgerne fortæller desuden, at der er alternativ, hvis der er en ret, man ikke bryder sig om. Det sætter de pris på.</p>
2.10	<p>Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. 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. Hvis borger har fødemiddelallergi eller intolerance fremgår dette tydeligt for medarbejdere der tilbereder eller serverer maden.</p>		<p>Kostmedarbejderne har alene mundtlig information om borgers allergi. Arbejdsgangen bliver derved personafhængig og kan indebære en risiko ved sårbart bemandede vagter. For en aktuel borger kan dette medføre forkert kost med deraf følgende gener. Det beskrives, hvilke gener borger sidst fik, da hun fik serveret forkert fødemiddel.</p> <p>Ovenstående var også et udviklingspunkt i 2021.</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 handleansende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen. 2) Borger er tilbudt vejning svarende til det besluttede 3) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere. 		<p>Ad 1): For 2 ud af 8 borgerforløb ses overensstemmende oplysninger mellem de sundhedsfaglige oplysninger, pleje og behandling, vægtmåling, observation og opfølgning.</p> <p>Ad 2): En borger skal tilbydes vejning hver uge, hvilket er besluttet for 3 måneder siden. Der kan ikke findes vægtmålinger siden da. En anden borger skal tilbydes vejning hver måned. Han er ikke vejnet sidste 3 måneder efter vægttab på 2,5 kg.</p> <p>Det ses i mere end 4 forløb, at vejning er tilbudt til borgerne indtil september 21 – herefter ses få vejninger.</p> <p>Dette ses sammenfaldende med skift i sygeplejerskebemandingen.</p>

			<p>Hvordan sikrer assistenterne, at der kan blive fulgt op på manglende vejning og eventuelle vægttab?</p> <p>Ad 3): De få vejninger giver dårligt udgangspunkt for at identificere borgere, der taber i vægt.</p> <p>Uplanlagt vægttab: 2 vægttab på 2,5 kg og derover: Der ses ikke sundhedsfaglig reaktion i form af stillingtagen til interval for vejning og kost. Der ses ikke observation med opgave i cura fra den, der har vejet.</p>
--	--	--	--

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:


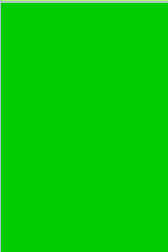
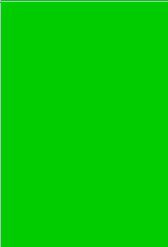
Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
<u>3.1</u>	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? 2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?! 3) Oplever 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 at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner.		<i>Triagemøder støtter den tidlige opsporing.</i> <i>Opmærksomhedspunkt:</i> <i>Vedrører 2.12.</i>
3.3	Generelt: Dokumentationen i omsorgsjournalen fremstår med overensstemmende og opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande.		<i>For 2 ud af 8 borgerforløb ses overensstemmende oplysninger mellem de social- og sundhedsfaglige oplysninger, pleje og behandling, målinger, observation og opfølgning.</i>
3.4	Besøgsplaner: 1) Medarbejderne oplever de konkrete besøgsplaner anvendelige og brugbare i forhold til opgaveløsningen hos borgerne. 1) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren.		<i>For flere borgere er ikke indskrevet individuelle oplysninger om borgernes aftenvaner. Det kan have afgørende betydning for en borgers nattesøvn, at aftenvanerne er forudsigelig og kendt, særligt for borgere ramt af demens.</i> <i>Ovenstående omhandler eksempelvis en borger, hvor borger ikke længere</i>

			<p>selv kan spise, en anden borger som er meget passiv, hvilket skyldes bekymring for fald, hvis borger ikke ledsages med rollator. For en tredje borger med mental svækkelse, at behovet for støtte er ændret.</p> <p>For 3 ud af 4 adspurgte aftenvagter er opgaveoversigten det primære arbejdsredskab. 2 af medarbejderne anvender ikke besøgsplaner.</p>
3.5	<p>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.</p>		<p>For 3 ud af 6 undersøgte borgerforløb er borgeropgaverne om dagen beskrevet handleanvisende og er opdateret svarende til borgers aktuelle tilstande.</p> <p>En forbedring er, at øvelser indgår i beskrivelserne.</p> <p>En anden forbedring er, at "den tavse viden" ses indskrevet hos flere borgere om, hvad der skaber glæde hos borger og oplysninger om, hvordan plejen bedst lykkes hos borgere, der ikke længere kan svare for sig.</p>
3.6	Omsorgsjournalen afspejler et bevidst samarbejde monofagligt og flerfagligt.	Snitflade til Genoptræningen.	<p>Det er ikke muligt for aftenpersonalet at finde terapeutnotater, da det ikke indgår i deres almindelige arbejdsopgave.</p> <p>Tilsynet ser eksempler på koordinering, idet flere besøgsplaner indeholder oplysninger om øvelser og træning.</p>

3.7	<p>Hvis borger modtager terapeutindsats af Genoptræningen: Hvordan har din evne til at klare dig selv udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælp?</p>	Snitflade til Genoptræningen.	<p>En borger, som stadig er i træningsforløb, oplever stort udbytte af træningen. Borger beskriver træningsforløbet, som fremstår systematiseret.</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. Det kan eksempelvis være ved behov for vurdering af borgers potentiale for funktionsevne, ved afslutning af §86 eller ved genoptræningsplan efter §140. 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>Aftenmedarbejderne kan redegøre for dette i det omfang oplysningerne fremgår af den del af cura som de anvender.</p> <p>Der ses 3 eksempler på borgere, hvor der er beskrevet øvelser i besøgsplanen. Disse oplysninger ses ikke i de oplysninger som medarbejderne anvender.</p> <p>Samtidig er dokumentationen generelt uoverensstemmende, hvilket har betydning for samlede skriftlige grundlag,</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.		<i>Der ses anvendelse af masker i overensstemmelse med det besluttede. Brug af plastforklæde anvendes ikke konsekvent, hvilket ikke er i overensstemmelse med gældende NIR.</i>
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.		

*Indikatorerne vedrører i særlig grad covid 19

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for indikatorer, 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>		
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><i>Opmærksomhedspunktet er i særlig grad at skærpe effektvurderingen.</i></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><i>Forbedret målopfyldelse</i> Siden seneste tilsyn har rehabiliteringsindsatsen medført en mere varieret hverdag, og styrket indsats for højere livskvalitet og en forbedret funktions-evne.</p> <p><i>For indikatorer vedrørende det skriftlige arbejdsgrundlag, allergi og intolerance samt ernæringsindsatsen ses målopfyldelsen uændret.</i> Efter styrkelse af den sygeplejefaglige bemanning forventes 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 stiller 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 indikator
- 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										
Indikatorer										
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 indikatorerne.

Vurdering af de enkelte indikatorer

Hvert af de overordnede temaer belyses af underliggende indikatorer. Tilsynsførende vurderer målopfyldelsen af indikatoren på baggrund af dataindsamlingen. Der kan i nogle tilfælde være enkeltstående fund, som medfører, at indikatoren 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 indikatorerne 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 indikatorerne 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 indikatorer
- Kvalitetsbesøg/temperaturmåling ift. risikobaseret tilsyn med STPS's indikatorer
- 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 sundhedslovsydelse, kvalitetssikring og patientsikkerhed i kommuner og regioner gennem funktioner som oversygeplejerske, kvalitetschef, tilsynschef, akkrediteringskoordinator m.m.

Hun er aktiv surveyor med ledende funktioner gennem 13 år for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet).

Ovenstående har medført lang erfaring og indgående viden og indsigt i spændingsfeltet mellem det, der beslutes (lovgivning, retningslinjer, kvalitetsstandarder m.m.) og det, der sker i praksis tættest på borgerne. Hertil kommer indgående erfaring med forandrings- og forbedringsarbejde med basis i uddannelse og projektarbejde med projekter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

