



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Greve Kommune

Center for Sundhed og Pleje

Hjemmeplejen Greve

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	10
Tema 1 Funktionsevne	11
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	13
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	16
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	18
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	19
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	20
Om virksomheden og kontaktoplysninger	23

Forord

De uanmeldte tilsyn i Greve Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Greve 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.

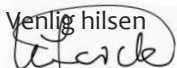
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling. Rapporten opfylder webtilgængelighedsloven.

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, så læseren kan se, hvad der er grundlaget for vurderingerne. Fund er medtaget i det omfang, det skønnes at være af værdi for den videre kvalitetsudvikling. Farvemarkeringer er anvendt for at fremme et hurtigt overblik over styrker og opmærksomhedspunkter.

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

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

Venlig hilsen


Nette Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Hjemmeplejeleverandør:

Hjemmeplejen Greve
Håndværkerbyen 37
4670 Greve

Leder:

Linda Christoffersen

Tilsynsbesøget fandt sted:

19. oktober 2023

Metodik og datagrundlag:

Hjemmeplejen varetager omkring 400 borgere.

Tilsynsbesøget blev afholdt som aftenbesøg. Her er det muligt at opleve hjemmeplejens arbejdsprocesser og udførelse af opgaverne udenfor dagvagten. Tilsynet har været på 5 borgerbesøg og overværet hele eller dele af aftenbesøget kombineret med et interview med borgerne, i 4 tilfælde inden eller efter medarbejderbesøget. Borgerinterview afdækker borgertilfredsheden for hele døgnet. Efterfølgende er dataindsamlingen udvidet med interview af RH-koordinator.

Tilsynet omfatter borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne.

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal for 9 borgerforløb, procedurer, kørelister mv.
- Interview: 5 borgere, som kan medvirke til interview og har givet tilsagn samt 1 pårørende. Desuden er talt med 1 aftenansvarlig assistent, 3 hjælpere og 1 ufaglært timelønnet samt 1 RH-koordinator. Ved efterfølgende telefonisk tilbagemelding er talt med leder.
- Observation: Besøg i borgeres hjem, set arbejdsgange og samvær mellem medarbejder og borger o.a.

Tilsynet har besøgt 5 borgere og overværet hjælp til personlig pleje o.a. hos 5 af disse borgere.

Hjemmeplejen har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Greve Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos leverandøren. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn i Greve Kommune”.

Fokusområderne er vurderet i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Vurderingen er sket ud fra de temaområder og målepunkter, som er aftalt med kommunen. Vurderingsprincipperne ses af afsnittet bagest i rapporten.

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

Målene er i høj grad opfyldte

Vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

Alle temaer er samlet set vurderet ”Helt opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

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

Målene er i høj grad opfyldte

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Målene er i middel grad opfyldte

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

Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved uændrede forhold.

Løbende opfølgning anbefales.

Målene er i lav grad opfyldte

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”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 eventuelt som fokuseret genbesøg.

Kritisable forhold

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

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

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

Styrker

Funktionsevne

Der ses generelt overensstemmelse mellem visiteret ydelse, disponeret hjælp, ydet hjælp og borgers aktuelle tilstand.

Borgerne udtrykker tilfredshed med hjælpen fra de kendte medarbejdere. De oplever at få den hjælp og støtte, de har brug for, så de kan klare hverdagen. De fortæller, at de er tilfredse med medarbejdernes støtte til at være så selvhjulpne som muligt i forhold til praktiske gøremål/personlig pleje. RH-indsatsen fremtræder velorganiseret. En borger fortæller, at ”den faste har et god overblik – det betyder så meget”.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Borgerne giver udtryk for, at den leverede hjælp i hverdagene svarer til deres behov, og at der ikke forekommer udeblivelser eller aflysninger.

Tilsynsførende overværer personlig pleje. Hjælpen ydes i borgers tempo og med småsnakken, humor og guidning tilpasset den enkelte borgers situation. Der ses og høres bevågenhed for rehabilitering. Der iagttages velegnede arbejdsprocesser og udførelse af opgaverne på en måde, der sikrer den nødvendige kvalitet.

Borgere giver udtryk for et godt samarbejde med de faste medarbejdere og giver udtryk for, at hjemmeplejen tager hensyn til, at de faste varetager besøgene så ofte som muligt - men så gerne, at det hyppigere kunne lade sig gøre, da de kender til opgaverne.

Borgernes boliger fremtræder generelt rene svarende til, hvornår borger sidst har haft rengøringsydelsen.

Sammenhæng og forudsigelighed

Tilsynet hører om daglig triage både om morgenen og ved aftenvagts start. Denne proces bidrager dels til medarbejdernes kendskab til borgernes tilstande og dels til den løbende kompetenceudvikling.

Medarbejdernes journalisering af løbende observationer styrker sammenhængen i borgerforløbene.

De ovenfor nævnte styrker og erfaringer med kvalitetsforbedringer er et godt afsæt til at fastholde kvaliteten og yderligere forbedre praksis.

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 1 tema er ”Helt opfyldt”
- 3 temaer er ”I betydelig grad opfyldt”

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

I det følgende ses udviklingspunkter for de temaer, som ikke er ”Helt opfyldt”. Udviklingspunkterne er beskrevet kort samt tilsynets anbefalinger. De uddybende data fremgår under de enkelte temaer i rapporten.

Tema 1 Funktionsevne

Målepunkt 1.1 RH-forløb

Målepunktets fokus: Ydelse efter §83a er tilbud om et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb. Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov.

Der skal fastlægges individuelle mål i samarbejde med borger. De fastsatte mål og tidsrammen skal indgå i en samlet beskrivelse af forløbet. Er der behov for at ændre i målene, skal dette ske i samarbejde med modtageren.

Der er på tilsynstidspunktet 13 RH-borgere. RH-forløbene fremstår grundlæggende velorganiseret med fast koordinerende nøgleperson og samarbejde med ergoterapeut. Der ses oversigtstavle med datoer for opstart og slutdato m.m. Koordinator journaliserer egne forløb og sikrer overensstemmelse mellem RH-observationer samt døgnrytmeplan, og yder sparring til de øvrige medarbejdere, som varetager RH-forløb.

Der ses ventetid på opstart af terapeut, hvilket betyder, at medarbejderne skal påbegynde indsatsen og definere mål og delmål. Dette ses i praksis gjort fyldestgørende for en besøgt borger med fast erfaren kontaktperson (koordinator). Her ses overensstemmelse mellem mål og delmål i døgnrytmeplan og RH-observationer.

Udfordring: For 2 ud af 5 undersøgte RH-forløb indeholder døgnrytmeplaner og RH-observation få hjælpende og ikke overensstemmende oplysninger til medarbejderne om de aktuelle delmål.

Tilsynet anbefaler, at hjemmeplejen fortsætter den ihærdige indsats, herunder

- opfølgning på forløb som koordinator ikke selv varetager.

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Målepunkt 2.3: Personlig pleje samt målepunkter belyst via borgerinterview

Fokus: Borgerne interviewes om deres tilfredshed med hjælpen. Nogle centrale spørgsmål er:

- 1) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på?
- 2) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig/Kender du de medarbejdere, der kommer?
- 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres?

Borgertilfredsheden udtrykkes for hele døgnet: En borger oplever, der bliver taget hensyn til, at mindst 1 af de 2, som skal hjælpe med hyppige forflytninger, er en kendt medarbejder. Øvrige borgere oplever ligeledes kontinuitet i borgerbesøgene, idet der er gennemgående medarbejdere, som de sætter stor pris på.

Udfordring: 5 ud af 5 borgere oplyser, at der i lang tid har været mange nye ansigter. Når de faste medarbejdere ikke har besøgt, oplyser 3 ud af 4 borgere, at afløseren ofte ikke kender opgaverne. Udsagn: "De gør først noget, når jeg fortæller, hvad der er brug for". "De får ikke at vide, hvad de skal". "Der er for mange utrænede". "Hvorfor læser de ikke om det inden?"

Tilsynet anbefaler

- at styrke praksis for at læse om borgernes behov inden borgerbesøgene
- at fortsætte med at styrke døgnrytmeplanernes kvalitet.

Målepunkt 2.4: Praktisk hjælp samt målepunkt 2.7 Fleksibel hjemmehjælp

Fokus: At hjemmeplejen udfører, i samarbejde med borgeren, opgaverne inden for ydelsens ramme, grundydelse og fleksibel ydelse. Hvis en borger vedvarende fravælger en tildelt indsats til fordel for en anden, vurderer kommunen, om afgørelsen skal ændres.

Udviklingspunkter

Den praktiske hjælp - hjælpemidler:

Stor rengøring: I 2 hjem ses rollatorer, som er snavsede - for 1 borger uhygiejnisk. Ved opslag i journaler, hvor borger har stor rengøring, ses personlige hjælpemidler ikke nævnt.

Tilsynet anbefaler

- at medarbejderne har let adgang til oplysninger om, hvad den praktiske hjælp hos borger omfatter
- at medarbejderne siger til, når oplysninger ikke fremgår af døgnrytmeplanen/handleanvisning, eller når de bliver i tvivl
- at praktisk hjælp indgår i journalaudit, indtil målopfyldelse er opnået.

Fleksibel hjemmehjælp

3 ud af 4 borgere kender ikke til at kunne bytte ydelser.

Tilsynet anbefaler at

- informere om muligheden, så medarbejderne kender ordningen, herunder at journalisere afvigelser fra det visiterede
- at hjemmeplejen informerer visitation, hvis en borger vedvarende fravælger en indsats fremfor en anden.

Målepunkt 3.5 og 3.6 Det skriftlige arbejdsgrundlag

Fokus: Den faglige dokumentation er et grundlag for medarbejdernes viden og forståelse for borgeren og dermed væsentlig for, at borgeren tilbydes en ensartet og forudsigelig opgaveløsning på et sikkert kvalitetsniveau. Det er afgørende for at sikre den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje af borgerne, at alle medarbejdere har den nødvendige viden om borgerne.

Siden sidst fremstår det skriftlige arbejdsgrundlag på tværs af Nexus forbedret med øget ”rød tråd”.

Det skriftlige arbejdsgrundlag er primært undersøgt i det omfang brug af Nexus er relevant for faste aftenvagter. Her ses i betydelig grad overensstemmelse mellem borgers aktuelle tilstande og journaliseringen i Nexus, herunder observationer, døgnrytmeplaner/handlingsanvisninger.

Døgnrytmeplanerne ses i betydelig grad overensstemmende mellem borgers tilstand og døgnrytmeplanerne. Beskrivelserne fremstår af varieret kvalitet. Nogle ses handleanvisende med opdaterede beskrivelser som også indeholder tavs viden om, hvordan plejen bedst lykkes. For andre ses oplysninger, som ikke svarer til borgers aktuelle behov.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- udvikle døgnrytmeplanernes kvalitet med brug af rehabiliterende tilgang og indskrivning af ”tavs viden” om hvad medarbejder kan gøre, som får plejen til at lykkes for borger
- at medarbejderne reagerer, hvis handlingsanvisninger/døgnrytmeplaner ikke afspejler borgers aktuelle behov
- øge opmærksomheden hos medarbejderne på forberedelse inden borgerbesøg.

Tema 4 Hygiejne

Værnemidler

Målepunktets fokus: For at undgå smittespredning, anbefales det i NIR, at ved udførelse af personlig hygiejne med risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser, anvendes plastforklæde. Dette indgår i kommunens procedure 2.6.1.

Udviklingspunkt: For 2 ud af 2 sete situationer med nedre toilette ved toiletbesøg/bækkenstol/bleskift, ses opgaven udført uden brug af plastforklæde.

Tilsynet anbefaler

- at fortsætte implementering af Greve Kommunes procedure.

Opmærksomhedspunkt

Sundhedslovsydelser

Hjemmeplejen varetager borgerforløb, hvor der anvendes lægemidler i form af salver, cremer samt øjendråber. Her skal være arbejdsproces, der sikrer korrekt håndtering, herunder anbrudsdato.

Hudpleje: For 2 ud af 2 sete salver/cremer med begrænset holdbarhed ses disse uden dato for anbrud. Dette var også et fund ved tilsynet i 2022. Hjemmeplejen satte herefter tiltag i gang og fulgte op.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- at øge opmærksomheden på anbrudsdato af lægemidler med begrænset holdbarhed.

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 H O (Helt opfyldt er angivet med grønt), B O (I betydelig grad opfyldt er angivet med lysegrøn), N O (I nogen grad opfyldt er angivet med gult), I O (Ikke opfyldt er angivet med rødt).

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering Korterevarende rehabiliteringsforløb efter §83a	B O
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Måltider	B O
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde	B O
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning Instrukser, værnemidler og rengøring	B O
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Proces for den lokale opfølgning med tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen set i forhold til seneste tilsyn.	H O

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

De enkelte temaer er konkretiseret i målepunkter. Hvert målepunkt udgør en indikator for kvalitet, som kan belyses gennem interview, observationer og dokumentation.

Tilsynsførende vurderer for hvert målepunkt, om dataindsamlingen viser overensstemmelse med målepunktets angivelser. I bemærkningsfeltet udfor hvert målepunkt er beskrevet særlige positive eller negative fund, som kan have værdi i det videre arbejde.

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

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer Står Bre der og ved ikke hvad de skal	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<p>Borgere, som er visiteret til et afklarende forløb efter §83a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Det afklarende forløb er dokumenteret: <ul style="list-style-type: none"> ○ Der foreligger plan lavet i samarbejde med borger. Planen beskriver mål, varighed og indhold af indsatsen. ○ Der er fastsat evalueringstidspunkter. ○ I besøgsplanen/døgnrytmeplanen er medarbejdernes opgaver konkret beskrevet 2) Ved afslutning af rehabiliteringsforløb ses borgers funktionsevne opdateret. 		<p>Der er på tilsynstidspunktet 13 RH-borgere. RH-forløbene fremstår grundlæggende velorganiseret med fast koordinerende nøgleperson og samarbejde med ergoterapeut.</p> <p>Der ses oversigtstavle med datoer for opstart og slutdato m.m. Koordinator journaliserer egne forløb og sikrer overensstemmelse mellem RH-observationer samt døgnrytmeplan og yder sparring til de øvrige medarbejdere, som varetager RH-forløb.</p> <p>Der ses ventetid på opstart af terapeut, hvilket betyder, at medarbejderne skal påbegynde indsatsen og definere mål og delmål.</p> <p>Dette ses i praksis gjort fyldestgørende for en besøgt borger med fast erfaren kontaktperson (koordinator). Her ses overensstemmelse mellem mål og delmål i døgnrytmeplan og RH-observationer.</p>

			<p>Udfordring: For 2 ud af 5 undersøgte RH-forløb indeholder døgnrytmeplaner og RH-observation få hjælpende og ikke overensstemmende oplysninger til medarbejderne om de aktuelle delmål.</p>
1.2	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen? 2) Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til at du bliver så selvhjulpne som muligt i forhold til praktiske gøremål/personlig pleje. 3) Hvordan har din evne til at klare dig selv i de daglige gøremål udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælpen? (Grad af selvhjulpnehed). 4) Hvordan vurderer du betydningen af den hjælp du får? 		<p>Borgertilfredsheden udtrykkes for hele døgnnet: En borger oplever, der bliver taget hensyn til, at mindst 1 af de 2, som hjælper med hyppige forflytninger, er en kendt medarbejder. Øvrige borgere oplever ligeledes kontinuitet i borgerbesøgene, idet der er gennemgående medarbejdere, som de sætter stor pris på.</p> <p>Udfordring: 5 ud af 5 borgere oplyser, at der i lang tid har været mange nye ansigter. Når de faste medarbejdere ikke har besøget, oplyser 3 ud af 4 borgere, at afløseren ofte ikke kender opgaverne. Udsagn: "De gør først noget, når jeg fortæller, hvad der er brug for". "De får ikke at vide, hvad de skal". "Der er for mange utrænede". "Hvorfor læser de ikke om det inden?"</p>
1.3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Beskrivelsen af borgers funktionsevne er fremstillet genkendeligt 2) De visiterede ydelser foreligger opdateret i forhold til seneste oplysninger om borgers tilstand 3) Der ses overensstemmelse mellem de visiterede ydelser og de disponerede ydelser 4) Medarbejderne leverer de aftalte ydelser. Hvis ydelsen ikke kan leveres – hvis borger f.eks. takker nej – gives skriftlig besked til rette funktion. 		<p>Der ses eksempler på observationer, når borger takker nej, eller ved ændringer i borgers tilstande.</p> <p>Samlet set vurderes målepunktet helt opfyldt.</p>
1.4	<p>Medarbejdere kender arbejdsgangene for at melde videre, hvis borgers begrænsning af funktionsevnen ændrer sig.</p>		<p>Jf. ovenfor.</p>

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle-punkt	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<p>(Personlig pleje)</p> <p>Interviewede borgere (eller pårørende) svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? 5) Synes du at personalet udviser respekt for dig? 6) Hvor tilfreds er du med medarbejderens imødekommenhed over for dine ønsker til hjælpen? 7) Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? 8) Er du tryk ved den måde hjælpen tilbydes på? 9) Oplever du dig soigneret/veltilpas efter morgenplejen 10) Er du samlet set tilfreds med hjælpen. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg)? 		Jf. 1.2
2.2	Fremtræder borger velplejet i forhold til borgers behov og ønske?		
2.3	<p>(Praktisk hjælp). Interviewede borgerne svarer generelt positivt på følgende:</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? 2) Har den hjælp, du har modtaget betydet, at du i højere grad kan klare dig selv i de daglige gøremål. 3) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres? 4) Vil du anbefale den hjælp, du modtager til andre med samme behov? 		Jf. 1.2
2.4	<p>Observation i hjemmet:</p> <p>Er hjemmet ryddeligt og rent i det omfang, borgeren har behov for og ønsker hjælpen?</p> <p>Er hjemmet rengjort svarende til tidspunktet for seneste rengøringsydelse?</p> <p>Fremstår personlige hjælpemidler rengjorte (kørestole, rollatorer, Sara Steady mv)?</p>		<p>Hjælpemidler:</p> <p>I 2 hjem ses rollatorer, som er snavsede, - for 1 borger uhygiejnisk.</p>

			Der ses ikke oplysning i borgerjournalen til medarbejderne om, at opgaven "Stor rengøring" omfatter dette, hvilket kunne være en hjælp.
2.5	Hvis tilsynsførende overværer medarbejders besøg: Der ses velegnede arbejdsgange og udførelse af opgaverne på en måde, der sikrer den fornødne kvalitet.		
2.6	Medarbejderne kender mål for indsatsen og kan redegøre for den faglige indsats. Medarbejder giver eksempler på, at indsatsen sker i samarbejde med borgeren og sikrer hensyn til den enkelte borgers personlighed, ønsker og vaner.		
2.7	Interviewede borgere og medarbejdere svarer generelt positivt på spørgsmål om: 1) Kender du til muligheden for at kunne "bytte ydelser", fleksibel hjemmehjælp? 2) Medarbejderne bærer legitimationskort.		3 ud af 4 borgere kender ikke til at kunne bytte ydelser.
2.8	Interviewede borgere, der modtager hjælp til mad og måltider, er overvejende tilfredse med 1) Madens kvalitet, herunder smag, udseende og duft 2) Mulighed for variation og indflydelse på maden 3) Støtte til at få maden serveret og hjælp til at spise.		
2.9	Medarbejderne kender borgers ønsker og behov til ernæringen, herunder 1) Madens indhold og sammensætning. Evt. allergier og foretrukne fødevarer. Diæter o.a. 2) Madens smag, duft og udseende 3) Måltidsafholdelsen, herunder hvad borger har brug for hjælp til.		

2.10	Observationer og dokumentation i hjemmet, hvor borgeren viser færdiglavet mad i køleskabet, f.eks. smurt frokost eller klagjort aftensmad. Hvis tilsynsbesøget sker ved måltidet, oplever tilsynet madens duft og udseende.		
-------------	--	--	--

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	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) Kommer medarbejderne generelt på de aftalte tidspunkter? 2) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig/Kender du de medarbejdere, der kommer? 3) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der kommer i dit hjem? 4) Oplever du, at hjælpen kommer til den aftalte tid +/- 1 time. 5) Oplever du at dit besøg er blevet aflyst? Har du i så fald fået erstatningsbesøg? 		Jf. 1.2
3.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Oplever du sammenhæng mellem den hjælp, du har brug for og den hjælp, du modtager? 2) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 3) Oplever du, at besøgsplanen er meningsfuld og dækkende? 4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 5) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? (også ift nødkald) 		Jf. 1.2
3.3	<p><i>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 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. Der kan ses eksempler på rettidig reaktion som viser en systematisk arbejdsproces. 2) Arbejdsgangene belyses gennem kædeprocessen for tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, herunder involvering af læge, tandlæge, ergoterapeut o.a. <ol style="list-style-type: none"> a. Vejehyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval b. Der ses reaktion på uplanlagt vægttab c. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere. 		<p><i>Tidlig opsporing af ernæringstruede borgere og reaktion på vægttab:</i></p> <p><i>Aftenvagterne udviser opmærksomhed på borgerne ernæringstilstand. Under besøgene taler de med borgerne om hvad de har fået spist og drukket. Tilsynet hører om kontakt til sygeplejerske ved en småtspisende borger.</i></p>

<p>3.4</p>	<p><u>Samarbejde med terapeuter om fælles borgerforløb</u> Hvis borger modtager/har modtaget terapeutindsats (§86/GOP/vederlagsfri), svarer de overvejende positivt om nedenstående spørgsmål og udsagn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Borgerne oplever, at træningsudbyttet er muligt at fastholde i hverdagen og at hjemmeplejens indsats er i overensstemmelse med træningsmål og fokus. 2) Borger oplever at hjemmeplejen ved behov husker borger på at lave aftalte øvelser, huske rigtig teknik ved forflytning, gå x gange, mens medarbejder er i hjemmet m.m. 		<p><i>Det er positivt, at træning nævnes af flere borgere også udover RH-borgere.</i></p> <p><i>Der høres af medarbejdere eksempler på rehabiliterende indsats, som har medført øget funktionsevne.</i></p>
<p>3.5</p>	<p><u>Det skriftlige arbejdsgrundlag:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a) Den social- og plejefaglige dokumentation er overensstemmende med opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande. Der ses rød tråd mellem funktionsevnetilstande, ydelser, observationer, generelle oplysninger og handlingsanvisninger. b) Oplysninger på tavler, i papirkalendere, i print og andre supplerende informationer er i overensstemmelse med omsorgsjournalens oplysninger og borgers aktuelle tilstand <p>Målepunktet omfatter de dele af omsorgsjournalen, som er relevant for kvalitetsbesøgets foci. Andre krav om journalføring for sundhedslovsydelser er som udgangspunkt ikke omfattet, medmindre der under besøget skulle blive identificeret forhold, der kan indebære en risiko for borgeren.</p>		<p><i>Undersøgt i det omfang brug af Nexus er relevant for faste aftenvagter: Der ses i betydelig grad overensstemmelse mellem borgers aktuelle tilstande og journaliseringen i Nexus, herunder observationer, helbredstilstande og døgnrytmeplaner.</i></p>
<p>3.6</p>	<p><u>Det skriftlige arbejdsgrundlag: Døgnrytmeplaner og generelle oplysninger</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a) Der ses lettilgængelige, opdaterede og handleanvisende oplysninger om borgers ressourcer og behov, herunder hvorledes støtten ydes individuelt ud fra borgers livsstil og ønsker. For borgere ramt af demens indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleanvisende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt. b) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender. Oplysninger fra f.eks. terapeuter er lettilgængelige. <p>Forflytningsvejledninger støtter en tryk oplevelse for borgerne.</p>		<p><i>Døgnrytmeplanerne ses i betydelig grad overensstemmende til borgers tilstand, behov og ønsker. Beskrivelserne fremstår af varieret kvalitet. Nogle ses handleanvisende med opdaterede beskrivelser som også indeholder tavs viden om, hvordan plejen bedst lykkes. For andre ses oplysninger, som ikke svarer til borgers aktuelle behov.</i></p>

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere i hjemmeplejen, herunder arbejdsdragt og værnemidler. Der forefindes værnemidler.		<i>Personlig pleje: For 2 ud af 2 sete situationer med nedre toilette ved toiletbesøg/bækkenstol/bleskift, ses opgaven udført uden brug af plastforklæde.</i> <i>Det er ikke i overensstemmelse med kommunens procedure 2.6.1.</i>
4.2	Relevante medarbejdere kan fremsøge gældende arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud. Ved et aktuelt smitteudbrud: Medarbejderne anvender gældende instrukser og arbejdsgange.		

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering: ████████

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Det kan f.eks. være et personalemødereferat.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</p>		
5.2	<p>Effekten af tiltagene er evalueret. I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført.</p>		
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>		



Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

Tilgang og formål

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

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

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

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

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

Samlet set 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 Greve 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.

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:

Vurderingskategorier	Vurderingsforkortelse og farve
Helt opfyldt	H O
I betydelig grad opfyldt	B O
I nogen grad opfyldt	N O
Ikke opfyldt	I O

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:

Målene er i meget høj grad opfyldte

Alle temaer er samlet set vurderet "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.

Målene er i høj grad opfyldte

Højst 1 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden. Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Målene er i middel grad opfyldte

Højst 2 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget. Opfølgning efter kortere tid anbefales.



Målene er i lav grad opfyldte

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-4).

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 eventuelt som fokuseret genbesøg.

Kritisable forhold

Dette betyder, at 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.

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



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 samarbejdspartnere varetager alsidige opgaver, eksempelvis:

- Tilsyn med plejeboliger på ældreområdet
- Tilsyn med fritvalgsområdet
- Andre kvalitetsbesøg/tilsyn i hjemmesygeplejen, akutfunktioner, plejecentre og hjemmeplejen efter serviceloven og sundhedsloven
- Kvalitetsbesøg/temperaturmålinger ift. ældretilsynets målepunkter
- Kvalitetsbesøg/temperaturmåling ift. risikobaseret tilsyn med STPS's målepunkter
- Second opinion kombineret med kvalitetsbesøg/tilsyn ved eksempelvis klagesager
- Tværsektorielle borgerforløb. Ressource- og opgavefordeling
- Brugerundersøgelser, herunder borgertilfredshedsundersøgelser

Ovenstående liste er ikke udtømmende. Sundhedslovs- og servicelovsområdet giver stadig mere komplekse udfordringer i hverdagen, hvor vi kan byde ind med et samarbejde med fokus på en bestemt borgersituation, vinkel eller en særlig dagsorden.

Om virksomhedsleder og tilsynschef

Nethe Jorck har sundhedsfaglig uddannelse (sygeplejerske) suppleret med MPP (Master of Public Policy) 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 akkrediteringens ophør i 2021.

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

