



akkrediteringsraadgiverne.dk

# TILSYNSRAPPORT

## Greve Kommune

### Center for Sundhed & Pleje

### Hjemmeplejen Syd Stranden

# Indholdsfortegnelse

<b>Forord .....</b>	<b>4</b>
<b>Fakta om tilsynet .....</b>	<b>5</b>
<b>Samlet tilsynsresultat .....</b>	<b>6</b>
<b>Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer .....</b>	<b>7</b>
<b>Oversigt over de enkelte temaer .....</b>	<b>10</b>
<b>Tema 1 Funktionsevne .....</b>	<b>11</b>
<b>Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen .....</b>	<b>14</b>
<b>Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed .....</b>	<b>17</b>
<b>Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning .....</b>	<b>20</b>
<b>Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn .....</b>	<b>21</b>
<b>Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper .....</b>	<b>22</b>
<b>Om virksomheden og kontaktoplysninger .....</b>	<b>25</b>

## 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.

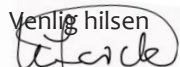
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling. Rapporten opfylder webtilgængelighedsloven.

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

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

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

Venlig hilsen  


Nethé Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

## Fakta om tilsynet

### Hjemmeplejeleverandør:

Hjemmeplejen Syd Stranden  
Karlslunde Parkvej 27  
4690 Karlslunde

### Leder:

Rikke Sørensen

### Tilsynsbesøget fandt sted:

11. oktober 2022

### Metodik og datagrundlag:

Tilsynet omfatter borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne.

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal for 10 borgerforløb, procedurer, kørelister mv.
- Interview: 5 borgere, som kan medvirke til interview samt 5 pårørende.  
Desuden er talt med enhedsleder, planlægger, 3 assistenter og 3 hjælpere, heraf er en RH-koordinator.
- Observation: Besøg i 5 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 3 af disse borgere.

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

Den sammenfattende vurdering ses nedenfor.

	<p><b>Målene er i meget høj grad opfyldte</b> Alle temaer er samlet set vurderet "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4).</p> <p>Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.</p>
	<p><b>Målene er i høj grad opfyldte</b> Højest 1 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.</p> <p>Målopfylde forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.</p>
X	<p><b>Målene er i middel grad opfyldte</b> Højest 2 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). Der ses forhold af betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.</p> <p>Opfølgning efter kortere tid anbefales.</p>
	<p><b>Målene er i lav grad opfyldte</b> Mere end 2 temaer er vurderet lavere end "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.</p> <p>Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.</p>
	<p><b>Kritisable forhold</b> 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.</p> <p>Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.</p>

## 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 i hjemmeplejen. For det andet beskrives eventuelle forbedringsområder med tilhørende anbefalinger i tilfælde af, at praksis på hjemmeplejen ikke er fundet i overensstemmelse med lovgivningens krav, Greve Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

### Styrker

Hjemmeplejen Syd Stranden fremstår som en grundlæggende velorganiseret plejeenhed med ledelsesbevågenhed. Det er tilsynets indtryk at medarbejderne oplever involvering og ansvar for at borgerne ydes den bedst mulige indsats.

Borgerne oplever at have faste medarbejdere, som tager sig af spørgsmål, som rækker ud over dagens opgaver. Planlægger sikrer, at borgerne helt overvejende besøges af de faste medarbejdere og at afløsere kender borgerne så godt som muligt. Desuden fortæller borgerne, at de sætter stor pris på, at de nogenlunde kan regne med tidspunkterne for besøgene i hverdagene.

Tilsynet vurderer, at hjemmeplejen i vid udstrækning leverer en ydelse, der lever op til kommunens kvalitetsstandarder relateret til §83.

### Funktionsevne

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

### Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Borgerne udtrykker meget høj tilfredshed med hjemmeplejens indsats. De udtrykker tryghed og omtaler et godt samarbejde med medarbejderne. De faste medarbejdere roses meget for deres indsats og også afløsere i hverdagen får et positivt ord med på vejen ”de kender opgaverne eller har læst lidt på det inden”. Borgerne giver udtryk for, at den leverede hjælp i hverdagene, svarer til deres behov, og at der ikke forekommer udeblivelser eller aflysninger. I weekender er de oftest tilfredse med indsatsen afhængig af hvilke vikarer der kommer.

Tilsynsførende overværer personlig pleje hos 3 borgere. Hjælpen ydes i borgers tempo og med småsnakken, humor og guidning tilpasset den enkelte borgers situation og dagsform. Medarbejderne har i vid udstrækning indgående kendskab til borgernes behov og udviser omhu og engagement for at koordinere og varetage borgernes udfordringer.

Der ses og høres bevågenhed for rehabilitering. Der iagttages velegnede arbejdsprocesser og udførelse af opgaverne på en måde, der sikrer den nødvendige kvalitet.

Borgernes boliger fremtræder rene svarende til, hvornår borger sidst har haft rengøringsydelsen. Hjælp til tøjvask, indkøb og madservice: Borgere med visiteret ydelse udtrykker tilfredshed med hjælpen.

### Sammenhæng og forudsigelighed

Tilsynet hører om daglige tavlemøder med deltagelse af sygeplejen. Her drøftes de borgere, som er triageret gule, så medarbejderne er forberedt inden borgerbesøgene. Denne proces bidrager dels til medarbejdernes kendskab til borgernes tilstande og dels til den løbende kompetenceudvikling. Der ses i nogen grad aftalte arbejdsgange for videreformidling til samarbejdspartnere og i disse tilfælde sker formidlingen velfungerende via observation lagt som opgave.

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

## Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

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

Temaområderne består af underliggende målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er "Helt opfyldt" kan rumme enkelte målepunkter med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten. Temaer der ikke er vurderet "Helt opfyldt", beskrives nedenfor sammen med tilsynets anbefalinger. Der kan ses uddybende beskrivelser fra tilsynsbesøget under det enkelte tema.

### **Generelt**

En gennemgående udfordring er, at frontmedarbejdernes arbejdsredskaber fremstår sårbare. Det drejer sig i særlig grad om døgnrytmeplanernes kvalitet.

Tilsynsførende har undersøgt sammenhænge – og dermed forudsigeligheden – mellem de sundhedsfaglige og plejefaglige vurderinger og beslutninger og videreformidlingen af information til frontmedarbejderne.

Der ses gennemgående uoverensstemmelser ift. at vurderinger og beslutninger ikke når ud til frontmedarbejderne, som skal udmønte indsatserne i hverdagen.

Det 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.

Disse forhold gør, at den samlede vurdering er: Målene er i middel grad opfyldt.

### **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.

#### Udviklingspunkt:

Tilsynet konstaterer positivt, at RH-forløbene fremstår velorganiseret med fast koordinerende nøgleperson og tæt samarbejde med ergoterapeut. Oplærte kontaktpersoner varetager borgerbesøgene. Borgerne er meget tilfredse med kontinuiteten og de opnåede resultater.

Der ses tavle med datoer for opstart, evaluering og slutdato. RH-forløbet journaliseres ved Observationer under Mobilitet samt i døgnrytmeplanen. Udfordringen er, at frontmedarbejderne anvender døgnrytmeplanerne til borgerbesøg. Af 2 ud af 3 døgnrytmeplaner ses oplysninger om personlig pleje o.a. som er i uoverensstemmelse med RH-observationerne.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- sikre at medarbejderne har let adgang til handleanvisende og konkrete oplysninger om de aktuelle opgaver hos borgere i RH-forløb
- anvende SMART-krav til mål og delmål
- evaluere udviklingen via journalaudit.

#### Målepunkt 1.5 Opdatering af funktionsevnetilstande

Funktionsevnetilstandene fremstår i overensstemmelse med borgers tilstande for 2 ud af 3 borgerforløb.

Tilsynet informeres om, at hjemmeplejen ikke har til opgave at opdatere funktionsevnetilstandene, men har til opgave at sikre information videre via planlægger til visitationen.

Tilsynet anbefaler - eventuelt i samarbejde med visitationen, at

- fastlægge, hvad medarbejderne konkret skal gøre ift. at medvirke til at funktionsevnetilstandene er opdaterede
- implementere beslutningerne i hverdagen.

### **Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed**

#### Målepunkt 3.3 Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring

Fokus: Et væsentligt grundlag for, at borger har energi, kan deltage i egen pleje og være fysisk aktiv er, at ernæringstilstanden er så god som mulig.

Ældre småtspisende borgere er ofte sårbare, idet en utilstrækkelig ernæringstilstand blandt andet kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne. Forebyggelse kræver en tidlig opsporing, som sikrer at borger tilbydes den rette kost.

**Udviklingspunkter:**

Flere borgere tilbydes regelmæssig vejning. En stikprøve viser generel udfordring med interne arbejdsprocesser og samarbejdsfladen til sygeplejen. Dels kommunikation om den løbende opfølgning af den visiterede ydelse og dels refleksion og videreformidling af vægttab til sundhedsfaglig vurdering.

**Tilsynet anbefaler at**

- at have en arbejdsproces for sammenligning af aktuell vægt med tidligere vægte, herunder støtte særligt elever, afløsere/vikarer, nyansatte i at erkende vægttab m.m. Dette kan støttes af oplysninger i handleplanvisning om, hvornår vægttab skal lægges som opgave til sygeplejen (f.eks. >1 kg på 1 md.)
- at sundhedsfaglige medarbejdere er opmærksomme på borgers vægtudvikling, f.eks. ved at sætte relevant dato for opfølgning på ydelsen
- gennemgå arbejdsprocesserne med sygeplejen mhp forbedring af samarbejdsfladen
- indføre jævnlig egenkontrol sammen med sygeplejen i form af minijournalaudit på borgere, som har ydelsen vejning
- overveje at videndele med andre hjemmeplejeområder.

**Målepunkt 3.6 og 3.7 Det skriftlige arbejdsgrundlag**

Fokus: 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.

**Udviklingspunkt:**

For 5 ud af 8 borgere ses uoverensstemmende oplysninger mellem funktionsevnetilstande, døgnrytmeplaner, helbredstilstande og observationer.

Døgnrytmeplanerne for dag- og aftentimerne fremstår af varieret kvalitet. Nogle er meget velbeskrevne, handleorienterede, individuelle og opdateret. For andre ses oplysninger, som ikke svarer til borgers aktuelle tilstande.

**Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder**

- fælles forståelse for opgave- og ansvarsfordeling for opdatering af døgnrytmeplaner mv.
- konsekvensrette i journalen når beslutninger tages ved triage
- følge op med mini-journalaudit som evaluering.



## 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:

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

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

### 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:


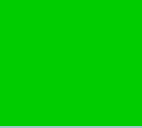

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<p>Borgere, som er visiteret til et afklarende forløb efter §83a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Det afklarende forløb er dokumenteret:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der foreligger plan lavet i samarbejde med borger. Planen beskriver mål, varighed og indhold af indsatsen.</li> <li>○ Der er fastsat evalueringstidspunkter.</li> <li>○ I døgnrytmeplanen/døgnrytmeplanen er medarbejdernes opgaver konkret beskrevet</li> </ul> </li> <li>2) Ved afslutning af rehabiliteringsforløb er borgers funktionsevne opdateret.</li> </ol>		<p><i>RH-forløbene fremstår velorganiseret med kontaktpersoner for den enkelte borger og med koordinerende nøglepersoner. Der ses tavle med datoer for opstart, evaluering og slutdato. På tavlen ses omkring 25 borgerforløb.</i></p> <p><i>Den koordinerende nøgleperson giver sparring til medarbejderne om indsatsen og er i gang med at øge kvaliteten af journaliseringen sammen med ergoterapeut.</i></p> <p><i>Alle borgerforløb har en tilknyttet kontaktperson, som oftest varetager borgerbesøgene.</i></p> <p><i>Borgerne fortæller at medarbejderens indsats har været afgørende for resultatet.</i></p> <p><i>Formidling: Der høres en stærk mundtlig formidling. Den understøttes kun i nogen grad af skriftlighed.</i></p> <p><i>Helbredstilstand Mobilitet anvendes til journalisering.</i></p>

			<p>Det løbende forløb ses af tilknyttede observationer. Her ses for 1 ud af 3 borgere indskrevet mål. Det lever i nogen grad op til SMART-krav.</p> <p>Frontmedarbejderne anvender døgnrytmeplanerne til borgerbesøg.</p> <p>Udfordring: Døgnrytmeplanerne indeholder i 2 ud af 3 forløb oplysninger som er i uoverensstemmelse med oplysningerne fra RH-forløbet.</p> <p>Nøgleperson fortæller om igangsatte tiltag, som må forventes at øge kvaliteten af døgnrytmeplanerne.</p> <p>Samlet set vurderes målepunktet ”I betydelig grad opfyldt”. Dette er i særlig grad begrundet med at borgernes funktionsevne forbedres. Det er tilsynets indtryk at medarbejderkontinuiteten er væsentlig.</p>
1.2	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen?</li> <li>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.</li> <li>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).</li> <li>4) Er din evne til at løse hverdagsopgaver (ADL) blev forbedret eller er forblevet uændret, mens du har haft hjælp fra hjemmeplejen?</li> <li>5) Hvordan vurderer du betydningen af den hjælp du får?</li> </ol>		Jf punkt 2.1
1.3	Der er overensstemmelse mellem den visiterede ydelse og den disponerede hjælp.		

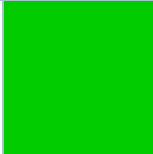
1.4	Medarbejderne leverer de aftalte ydelser. Såfremt ydelsen ikke kan leveres – hvis borger eksempelvis takker nej – gives skriftlig besked til rette funktion.		
1.5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Beskrivelsen af borgers funktionsevne er fremstillet genkendeligt</li> <li>2) De indsatser, borger modtager, er afstemt borgers aktuelle funktionsevne</li> <li>3) De visiterede servicelovsydelser foreligger opdateret i forhold til seneste oplysninger om borgers tilstand.</li> </ol>		<p>Hjemmeplejen opdaterer ikke funktionsevnetilstandene, men har til opgave at sikre information videre via planlægger til visitationen.</p> <p>Funktionsevnetilstandene fremstår i overensstemmelse med borgers tilstande for 2 ud af 3 borgerforløb.</p>
1.6	Medarbejdere kender arbejdsgangene for at melde videre, hvis borgers begrænsning af funktionsevnen ændrer sig.		<p>Der ses flere eksempler på viderefremmidling via notater eller observationer lagt som opgave.</p> <p>Udfordringen omhandler viderefremmidling i situationer hvor borgers tilstand ændrer sig, men hvor medarbejder ikke har kendskab til, at det har betydning at melde videre, idet oplysningerne ikke har konsekvens for den bevilligede ydelse.</p> <p>Det kan være informationer, som visitationen skal bruge til at opdatere funktionsevnetilstandene efter.</p>

## Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering: 

Nr.	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"> <li>1) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde?</li> <li>2) Synes du at personalet udviser respekt for dig?</li> <li>3) Hvor tilfreds er du med medarbejderens imødekommenhed over for dine ønsker til hjælpen?</li> <li>4) Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig?</li> <li>5) Er du tryk ved den måde hjælpen tilbydes på?</li> <li>6) Oplever du dig soigneret/veltilpas efter morgenplejen</li> <li>7) Er du samlet set tilfreds med hjælpen. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg)?</li> </ol>		<p>Alle borgere fortæller at de har faste medarbejdere som oftest kommer 3-4 dage om ugen. De er i høj grad tilfredse med dette. "Det giver tryghed". "Det er godt at have en, der kan spørges om ting, der ikke lige vedrører dagens opgaver".</p> <p>4 ud af 5 borgere oplever at weekend-bemandingen ikke kan yde samme gode hjælp som i hverdagen. 2 borgere fortæller om ubehagelige episoder.</p> <p>Det er tilsynets indtryk at der er sat tiltag i gang fra ledelsens side.</p>
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"> <li>1) Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig?</li> <li>2) Har den hjælp, du har modtaget betydet, at du i højere grad kan klare dig selv i de daglige gøremål.</li> <li>3) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?</li> <li>4) Er du samlet set tilfreds med den hjælp, du får til rengøring, til tøjvask og til indkøb?</li> <li>5) Vil du anbefale den hjælp, du modtager til andre med samme behov?</li> </ol>		

2.4	<p>Observation i hjemmet: Er hjemmet ryddeligt og rent i det omfang, borgeren har behov for og ønsker hjælpen? Er hjemmet rengjort svarende til tidspunktet for seneste rengøringsydelse?</p>		
2.5	<p>Hvis tilsynsførende overværer medarbejders besøg: Der ses velegnede arbejds gange og udførelse af opgaverne på en måde, der sikrer den fornødne kvalitet.</p>		
2.6	<p>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.</p>		<p><i>Medarbejderne anvender ikke funktionsevnetilstandene og har ikke kendskab til oplysningerne. Derved indgår mål og formål for hjælpen ikke af døgnrytmeplaner.</i></p> <p><i>Medarbejderne kender til mål og formål i det omfang det er kendt og kommunikeres mundtligt.</i></p>
2.7	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på spørgsmål om:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kender du til muligheden for at kunne "bytte ydelser", fleksibel hjemmehjælp?</li> <li>2) Kender du til mulighed for at kunne vælge frit mellem kommunale og private leverandører?</li> </ol>		
2.8	<p>Interviewede borgere, der modtager hjælp til mad og måltider, er overvejende tilfredse med</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Madens kvalitet, herunder smag, udseende og duft</li> <li>2) Mulighed for variation og indflydelse på maden</li> <li>3) Støtte til at få maden serveret og hjælp til at spise.</li> </ol>		
2.9	<p>Medarbejderne kender borgers ønsker og behov til ernæringen, herunder</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Madens indhold og sammensætning. Evt. allergier og foretrukne fødevarer. Diæter o.a.</li> <li>2) Madens smag, duft og udseende</li> <li>3) Måltidsafholdelsen, herunder hvad borger har brug for hjælp til.</li> </ol>		

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

## Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 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. punkt 2.1
3.2	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 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 døgnrytmeplanen 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 punkt 2.1
3.3	<i>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</i> 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. Eventuelle fund ved overdragede opgaver indføres under dette punkt.  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.		Ad 1: Den tidlige opsporing støttes af daglige triagemøder med sygeplejen. Tilsynet ser eksempler på skriftlig videreformidling om UVI.  Ad 2: Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring:  Flere borgere tilbydes regelmæssig vejning.






	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Vejehyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval</li> <li>b. Der ses reaktion på uplanlagt vægttab</li> <li>c. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.</li> </ul>		<p>Stikprøve: En borger er vejet hver 14. dag fra 2020. Seneste ½ år er vægten faldet gradvist. Der ses ikke refleksion og videreformidling til sundhedsfaglige medarbejdere med henblik på sundhedsfaglig vurdering.</p> <p>Der ses ikke løbende opfølgning på den visiterede ydelse ift. behov for vejning hver 14. dag.</p> <p>Da der er mange medarbejdere involveret samt at perioden er så lang, ses forløbet som afspejling af arbejdsgange. Dels mellem hjemmeplejen og sygeplejen og dels arbejdsprocesser internt i hjemmeplejen.</p> <p>Det er tilsynets opfattelse at arbejdsgangene, herunder medarbejdernes kompetencer ikke i tilstrækkelig grad støtter reaktion på vejning og vægttab.</p>
3.4	<p>Hvis borger modtager/har modtaget terapeutindsats efter §86, svarer de overvejende positivt om nedenstående spørgsmål og udsagn:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hvordan har din evne til at klare dig selv udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælp?</li> <li>2) Borgerne oplever, at træningsudbyttet er muligt at fastholde i hverdagen.</li> <li>3) 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.</li> </ol>		<p>Tilsynet ser eksempel på en borger, som er visiteret og hvor der er konkrete og opdaterede, handleansende oplysninger.</p> <p>Få borgere er visiteret til §86 ydelsen. Hjemmeplejen har en andel i at opspore og videreformidle viden om relevante borgere til visitationen.</p>
3.5	<p>Hvis borger modtager terapeutindsats efter §86: Medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.</p>		

<b>3.6</b>	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> <i>I tilsynet indgår det skriftlige arbejdsgrundlag i det omfang, det er relevant for tilsynets målepunkter.</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Medarbejderne oplever de konkrete handleanvisninger anvendelige og brugbare i forhold til opgaveløsningen hos borgerne.</li><li>2) Beskrivelserne fremstår fyldestgørende, handleanvisende og opdaterede.</li><li>3) Medarbejderne fortæller om arbejdsgangen for at orientere sig i borgers situation, inden de ankommer til borgeren. Beskrivelsen svarer til god praksis.</li><li>4) Det skriftlige arbejdsgrundlag fremtræder overensstemmende og konsekvensrettet ved ændringer i borgers tilstande.</li></ol>		<p><i>For 5 ud af 8 borgere ses uoverensstemmende oplysninger mellem funktionsevnetilstande, døgnrytmeplaner, helbredstilstande og observationer.</i></p> <p><i>Døgnrytmeplanerne for dag- og aften-timerne fremstår af varieret kvalitet. Nogle er meget velbeskrevne, handleorienterede, individuelle og opdateret. For andre ses oplysninger, som ikke svarer til borgers aktuelle tilstande.</i></p>
------------	--	--	--

## Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning\*

Samlet vurdering: 

Nr.	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.		Interview af medarbejdere om anvendelse af forklæde ved personlig pleje: Tilsynet hører at forklæde i betydelig grad anvendes, men ikke konsekvent.  Arbejdsgangen fremstår i betydelig grad implementeret.
4.2	Relevante medarbejdere kan fremsøge gældende arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud. Ved et aktuelt smitteudbrud: Medarbejderne anvender gældende instrukser og arbejdsgange.		
4.3	Leder og relevante medarbejdere kan beskrive ansvars- og opgavefordeling ved den nære forebyggelse eksempelvis rengøring af kontaktpunkter. Beskrivelsen er overensstemmende med gældende instrukser og arbejdsgange.		

\*Ift Covid 19

## Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:  

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</p>		<p>Der er udarbejdet en handleplan med indsatsområder i forhold til målepunkterne fra tilsynet i 2021, der ikke var "helt opfyldt". Ifølge handleplan er der både beskrevet indsatser og fundet tovholdere.</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>		Udgår i 2022.



# 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 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:

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

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

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

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

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

