



akkrediteringsraadgiverne.dk

## TILSYNSRAPPORT

# Greve Kommune

## Center for Sundhed og Pleje

Fritvalgsleverandør Kvik Vikar

# 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>9</b>
<b>Tema 1 Funktionsevne .....</b>	<b>10</b>
<b>Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen .....</b>	<b>12</b>
<b>Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed .....</b>	<b>18</b>
<b>Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning .....</b>	<b>17</b>
<b>Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn .....</b>	<b>19</b>
<b>Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper .....</b>	<b>20</b>
<b>Om virksomheden og kontaktoplysninger .....</b>	<b>23</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.

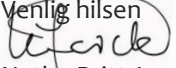
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling. Rapporten opfylder webtilgængelighedsloven.

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, 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:

Kvik Vikar  
Adenevej 39E  
2670 Greve

### Leder:

Gizem Øzcan

### Tilsynsbesøget fandt sted:

16. oktober 2023

### Metodik og datagrundlag:

Kvik Vikar varetager på tilsynstidspunktet 40 borgere, hvoraf de 8 er visiteret til personlig pleje udover praktisk hjælp. De øvrige borgere er alene visiteret til praktisk hjælp.

Stikprøven udgør 50% af borgere med personlig pleje og praktisk hjælp.

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal for 4 borgerforløb, procedurer, kørelister mv.
- Interview: 4 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview samt 1 pårørende. Desuden er talt med leder, 1 assistent og 1 hjælper.
- Observation: Besøg i borgeres hjem, set arbejdsgange og samvær mellem medarbejder og borger o.a.

Tilsynet har besøgt 4 borgere og overværet dele af personlig pleje og vedligeholdende aktivitet hos 2 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 oversigt 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.

### Generelt

Kvik Vikar varetager på tilsynstidspunktet 40 borgere visiteret til praktisk hjælp, hvoraf de 8 er visiteret til personlig pleje. Enheden fremtræder velorganiseret og har gennem længere tid grundet anmeldt, nyligt afviklet STPS-tilsyn, systematisk anvendt målepunkterne til at skabe forbedringer i arbejdsgange, det skriftlige arbejdsgrundlag og kompetenceudvikling gennem undervisning. Andelen af faglært personale er øget til 3 assistenter udover hjælpere og ufaglærte medarbejdere.

Det er tilsynets indtryk, at enhedens varetagelse af opgaverne i høj grad lever op til kvalitetsstandarderne for Greve Kommune.

Samtidig anbefaler tilsynet, at enheden fastholder det opnåede kvalitetsniveau og fortsætter den ihærdige indsats, så også en øget tilgang af borgere kan sikres opfyldelse af kvalitetsstandarderne.

### Styrker

#### Funktionsevne

Der ses generelt overensstemmelse mellem visiteret ydelse, disponeret hjælp, ydet hjælp og borgers aktuelle tilstand. Medarbejderne udviser opmærksomhed på at vedligeholde og om muligt øge borgernes selvhjulpethed med træning i forbindelse med besøget. Borgerne giver udtryk for, at de er tilfredse med medarbejdernes støtte til at være så selvhjulpne som muligt.

#### Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Borgerne udtrykker tilfredshed med hjælpen og oplever høj grad af selvbestemmelse. De oplever at få den hjælp og støtte, de har brug for, så de kan klare hverdagen.

Borgernes boliger fremtræder i høj grad rene svarende til, hvornår borger sidst har haft rengøringsydelsen.

#### Sammenhæng og forudsigelighed

Borgertilfredsheden er høj. Der høres om arbejdsgange inden borgerbesøg, som støtter, at medarbejderne kender til borgers aktuelle tilstande og triagering.

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

- 3 temaer er "Helt opfyldt"
- 1 tema 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 3 Sammenhæng og forudsigelighed

*Det skriftlige arbejdsgrundlag, herunder samarbejdsfladen til terapeuter*

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 nødvendige kvalitet i hjælp, omsorg og pleje af borgerne, at alle medarbejdere har den nødvendige viden om borgerne.

Hjælpen skal løbende tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5, hvilket nødvendiggør, at der er en tilstrækkelig dokumentationspraksis, som anvendes og følges af alle medarbejdere samt, at aktuelle ændringer løbende dokumenteres.

Plejeenheden udviser opmærksomhed på vedligehold og mulig øgning af borgernes selvhjulpethed.

Udviklingspunkt:

- a) En borger er visiteret til §86.2 Vedligehold af fysisk aktivitet. Der ses ikke handleanvisende oplysninger i Nexus, f.eks. i døgnrytmeplan eller relateret til den visiterede ydelse.  
Borgeren har i forbindelse med et genoptræningsforløb fortsat med øvelser, som medarbejderne hjælper med i forbindelse med den personlige pleje. Tilsynet ser aktive og passive øvelser blive udført. De overleveres mundtligt fra leder, som har overværet terapeuternes træning. Der ses ikke skriftlig afstemning med terapeuter om de konkrete øvelser.  
Træningsnotater kan ikke findes i Nexus af medarbejdere.
- b) Døgnrytmeplanerne ses for 4 ud af 4 borgere i vidustrækning handleanvisende og opdateret.  
Der ses ved RH-bad ikke oplysninger svarende til en tidsafgrænset ydelse med plan, mål og delmål  
Der ses ved §86.2 ikke journaliseret de aktuelle øvelser. Disse er formidlet mundtligt.

Tilsynet anbefaler

- opfordre medarbejderne til at sige til, hvis en handlingsanvisning ikke opleves dækkende
- se på arbejdsprocesserne for samarbejdsfladen til terapeuter og evt. lave flow-chart.
- at evaluere løbende ved journalaudit.

## Opmærksomhedspunkt

### Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed

#### Praktisk hjælp

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.

Udviklingspunkt: Flexibel hjemmehjælp – at bytte ydelser

2 ud af 3 borgere kender ikke til muligheden, men fortæller, at medarbejderne er meget fleksible.

Leverandøren kender ikke til ordningen, men kan fortælle eksempler på, at borgerne i praksis kan 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.

## 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	<b>Funktionsevne</b>  Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering Korterevarende rehabiliteringsforløb efter §83a	H O
Tema 2	<b>Livskvalitet og tilfredshed</b>  Praktisk hjælp og personlig pleje Måltider	H O
Tema 3	<b>Sammenhæng og forudsigelighed</b>  Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde	B O
Tema 4	<b>Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning</b>  Instrukser, værnemidler og rengøring	H O
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.	Ikke relevant*

\*Det er enhedens første kommunale 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:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	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 besøgsplanen/døgnrytmeplanen er medarbejdernes opgaver konkret beskrevet</li> </ul> </li> <li>2) Ved afslutning af rehabiliteringsforløb ses borgers funktionsevne opdateret.</li> </ol>		<p><i>RH-borgere: Der er 1 forløb: 1 borger er visiteret til RH-bad efter henvendelse fra leverandøren, som kendte borger via rengøringsopgaven. Ved vurdering af RH-forløbet vil terapeut deltage i hjemmebesøg. Der er faste medarbejdere, som sikrer kontinuitet.</i></p> <p><i>Opmærksomhedspunkt: Der foreligger ikke oplysninger i døgnrytmeplan baseret på mål og delmål, som kan hjælpe en medarbejder, der ikke kender borger så godt til at yde en fremadrettet ydelse.</i></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) Hvordan vurderer du betydningen af den hjælp du får?</li> </ol>		

<b>1.3</b>	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.		
<b>1.4</b>	Medarbejdere kender arbejdsgangene for at melde videre, hvis borgers begrænsning af funktionsevnen ændrer sig.		

## Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering: ████████

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuel uddybende be- skrivelse
2.1	<p>(Personlig pleje) 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>		
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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Er hjemmet ryddeligt og rent i det omfang, borgeren har behov for og ønsker hjælpen?</li> <li>○ Er hjemmet rengjort svarende til tidspunktet for seneste rengøringsydelse?</li> <li>○ Fremstår personlige hjælpemidler rengjorte (kørestole, rollatorer, Sara Steady mv)?</li> </ul>		

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.		2 ud af 3 borgere kender ikke til muligheden, men fortæller, at medarbejderne er meget fleksible. Leverandøren kender ikke til ordningen, men kan fortælle eksempler på, at borgerne i praksis kan 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.		

<b>2.10</b>	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"> <li>1) Kommer medarbejderne generelt på de aftalte tidspunkter?</li> <li>2) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig/Kender du de medarbejdere, der kommer?</li> <li>3) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der kommer i dit hjem?</li> <li>4) Oplever du, at hjælpen kommer til den aftalte tid +/- 1 time.</li> <li>5) Oplever du at dit besøg er blevet aflyst? Har du i så fald fået erstatningsbesøg?</li> </ol>		
3.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Oplever du sammenhæng mellem den hjælp, du har brug for og den hjælp, du modtager?</li> <li>2) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres?</li> <li>3) Oplever du, at besøgsplanen er meningsfuld og dækkende?</li> <li>4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov?</li> <li>5) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? (også ift nødkald)</li> </ol>		
3.3	<p><i>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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"> <li>a. Vejhyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval</li> <li>b. Der ses reaktion på uplanlagt vægttab</li> </ol> </li> </ol>		<p><i>Ud af de få borgere konstateres enkelte småtspisende og lavvægtede borgere. For en borger har medarbejdere kendskab til stabil vægt. Der høres generel opmærksomhed og kendskab til indtag af mad.</i></p>

	c. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.		
3.4	<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"> <li>1) Borgerne oplever, at træningsudbyttet er muligt at fastholde i hverdagen og at hjemmeplejens indsats er i overensstemmelse med træningsmål og fokus.</li> <li>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.</li> </ol>		<p>Der høres om eksempler på brug af etablerede arbejdsgange til terapeuter når borgers tilstand ændrer sig, eller der er et identificeret behov.</p> <p>Opmærksomhedspunkt:</p> <p>c) En borger er visiteret til §86.2 Vedligehold af fysisk aktivitet.  Der ses ikke handleanvisende oplysninger i Nexus, f.eks. i døgnrytmeplan eller relateret til den visiterede ydelse.  Borgeren har i forbindelse med et genoptræningsforløb fortsat med øvelser, som medarbejderne hjælper med i forbindelse med den personlige pleje. Tilsynet ser aktive og passive øvelser blive udført. De overleveres mundtligt fra leder, som har overværet terapeuternes træning. Der ses ikke skriftlig afstemning med terapeuter om de konkrete øvelser.  Træningsnotater kan ikke findes i Nexus af medarbejdere.</p>
3.5	<p><u>Det skriftlige arbejdsgrundlag:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>b) Oplysninger på tavler, i papirkalendere, i print og andre supplerende informationer er i overensstemmelse med omsorgsjournalens oplysninger og borgers aktuelle tilstand</li> </ol>		<p>Ad a) Der ses generel overensstemmelse.</p> <p>For 2 ud af 4 borgerforløb ses opmærksomhedspunkter jf. nedenfor i pkt. 3.6.</p>

<p><b>3.6</b></p>	<p><u>Det skriftlige arbejdsgrundlag: Døgnrytmeplaner og generelle oplysninger</u></p> <p>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.</p> <p>b) Forflytningsvejledninger støtter en tryk oplevelse for borgerne.</p> <p>c) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender. Oplysninger fra f.eks. terapeuter er lettilgængelige.</p>		<p><i>Døgnrytmeplanerne ses for 4 ud af 4 borgere i vid udstrækning handleanvisende og opdateret.</i></p> <p><i>Der ses ved RH-bad ikke oplysninger svarende til en tidsafgrænset ydelse med plan, mål og delmål jf. 1.1.</i></p> <p><i>Der ses ved §86.2 ikke journaliseret øvelser. Disse er formidlet mundtligt Jf. 3.4.</i></p>



## Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering: ████████

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	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.		
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 - Ikke relevant i 2023

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](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 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 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.

