



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Odsherred Kommune

Omsorg og Sundhed

Hjemmeplejen Midt: Team Højby

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	9
Tema 1 Funktionsevne	11
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen.....	13
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	17
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	20
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	21
 Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper.....	22
Om virksomheden og kontaktoplysninger.....	25

Forord

De uanmeldte tilsyn i Odsherred Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Odsherred Kommune har med sit tilsynskoncept valgt at systematisere temaerne efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger af kvalitetsindikatorer i ældreplejen.

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.

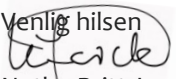
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling. Rapporten opfylder webtilgængelighedsloven.

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

Nethe Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Hjemmeplejeleverandør:

Hjemmepleje Midt, Team Højby - Lyngen
Baeshøjgårdvej 6, 4500 Nykøbing Sjælland

Leder:

Distriktsleder Birgitte G. Hjort
Teamleder: Laila Petersen

Tilsynsbesøget fandt sted:

14. januar 2025

Metodik og datagrundlag:

Tilsynet omfatter borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne.

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver i 8 borgerforløb), procedurer, kørelister, borgerinformationer mv.
- Interview: 5 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview samt 2 pårørende. Desuden 9 medarbejdere, heraf 2 sygeplejersker, 2 assistenter, 4 hjælpere og 1 planlægger. Afdelingsleder, distriktsleder og teamleder medvirkede til den afsluttende drøftelse.
- Observation: Besøg i borgeres hjem, set arbejdsgange og samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem o.a.

Tilsynet har besøgt 5 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 Odsherred Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos leverandøren. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn i Odsherred 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 lav grad opfyldte

Det betyder:

Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.

Udviklingspunkterne vedrører de organisatoriske strukturer, der skal sikre, at medarbejderne har lettilgængelig og opdateret viden om borgeropgaverne, omfattende både servicelovs – og sundhedslovsydelser.

Det anbefales at støtte opfølgning af den lokale handleplan, indtil evaluering viser tilfredsstillende forhold.

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

I det følgende angives indledningsvist den generelle begrundelse for tilsynsresultatet. Herefter beskrives de styrker, som tilsynsførende har vurderet, er til stede på plejeenheden efterfulgt af eventuelle forbedringsområder med tilhørende anbefalinger i tilfælde af, at praksis på plejecentret ikke er fundet i overensstemmelse med lovgivningens krav, Odsherred Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Sammenfatning

Plejeenheden har fortsat integreringen af sygeplejen og hjemmeplejen. Udviklingen er støttet af triagemodulet og de tilhørende drøftelser ved triagemøder. Medarbejderne fortæller om et fagligt løft og øget refleksion.

Tilsynet møder helt overvejende engagerede medarbejdere, som samarbejder med borgerne.

Udviklingspunkterne vedrører:

- Medarbejderne ses i bedste mening udføre borgerbesøg ud fra viden, som efterfølgende ved journalaudit viser sig ikke at svare til borgers aktuelle tilstande/beslutninger o.a.
- Ansvars- og opgavefordelingen med opfølgning og opdateringer fremstår ikke besluttet - dels mellem plejemedarbejdere og sygeplejen og dels snitflader ved udskrivelser, kontakter til ergo- og fysioterapeuter m.m.
- Det skriftlige arbejdsgrundlag indeholder gennemgående manglende og/eller misvisende oplysninger.

Ikke-tidstro data vurderes at kunne indebære en risiko for patientsikkerheden og for, at borgerne ikke får personlig og praktisk hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet. Dette var også tilfældet i 2024.

Styrker

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

4 ud af 5 borgere udtrykker tilfredshed med de faste medarbejdere. De fortæller om samarbejdet og det er tilsynets indtryk, at borgerne oplever at hjælpen tilpasses behovet. For 2 borgeres vedkommende høres, at de bliver ihærdigt motiveret til at opnå øget mobilitet, hvilket de sætter stor pris på. 4 ud af 5 oplever, at der gennem den senere tid har været færre afløsere.

Personlig pleje: Tilsynsførende overværer personlig pleje hos 4 borgere og iagttager en omsorgsfuld og respektfuld pleje. Medarbejderne opfordrer den enkelte borger til at gøre det, han/hun selv kan. Tilsynet oplever generelt en god tone, stemning og småsnakken under morgenplejen.

Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere, og medarbejdernes praksis fremstår rutineret.

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

Sammenhæng og forudsigelighed

Der er triagemøde 2 gange dagligt ved vagtskifte om morgenen og om eftermiddagen. Ved triage drøftes borgere, der er triageret gule og røde.

De ovenfor nævnte styrker er et godt afsæt til at forbedre praksis med styrkelse af organisationsstrukturen.

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 1 tema er "I betydelig grad opfyldt"
- 4 temaer er "I nogen grad opfyldte".

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.

Det er et gennemgående træk, at udviklingspunkterne vedrører behov for styrkelse af organisationsstrukturen, så frontmedarbejderne har kendskab til borgeropgaverne. Udviklingspunkterne vedrører ansvars- og opgavefordeling ved borgerforløbene - dels mellem plejemedarbejdere og sygeplejen og dels snitflader ved udskrivelser, kontakter til ergo- og fysioterapeuter m.m.

Tema 1a Leverandørens indsats ift. §83a forløb

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 foreligge plan lavet i samarbejde med borger. Planen skal beskrive mål, varighed og indhold af indsatsen og der skal være en arbejds-gang for evaluering.

Visiterede ydelser efter §83a benævnes RH-ydelser i kommunen.

Udviklingspunkt: Organisationsstrukturen er ikke besluttet for borgere visiteret til §83a, som kan sikre, at lovkrav efterleves. Aktuelt er 1 borger registreret med RH-ydelse (træning af hånd ifm. hjælp med affald, aftørring mm). Teksten er ikke tilgængelig for medarbejder på device. Opgaven ikke nævnt i handlingsanvisning eller besøgsplan og kan ikke forventes kendt af frontmedarbejderne.

Tilsynet anbefaler at

- fastlægge struktur, der imødekommer lovkravene, i samarbejde med samarbejdspartnere.
- tilpasse besøgsplan/handleanvisning løbende, så borgerens aktuelle mål og delmål fremgår
- tilknytte fast forløbsmedarbejder til RH-forløb
- følge implementeringen ved journalaudit. Denne kan udføres ifm. de løbende evalueringer af forløbet.

Tema 1b Funktionsevnetilstande

Fokus: Funktionsevnetilstande er grundlag for den visiterede ydelse, for at vurdere eventuelle ændringer i borgers funktioner, eller som udgangspunkt for mål for en rehabiliterende indsats. Oplysningerne skal være overensstemmende med besøgsplanen.

Udviklingspunkter:

For 4 ud af 4 borgere ses uoverensstemmelser mellem funktionsevnetilstande, ydelser og besøgsplan.

Tilsynet hører forskellige opfattelser hos disponent, frontmedarbejdere o.a. om, hvilke opgaver medarbejderne har og hvilken snitflade, der er til visitationen.

Tilsynet anbefaler

- at hjemmeplejens ansvar- og opgaver gøres kendt hos involverede medarbejdere
- at implementere arbejdsgangene og følge op ved audit.

Tema 3 Det skriftlige arbejdsgrundlag

Den faglige dokumentation er et grundlag for medarbejdernes viden og forståelse for borgeren og dermed væsentlig for, at borgeren kan modtage en ensartet og forudsigelig opgaveløsning på et sikkert kvalitetsniveau.

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

Udviklingspunkter: For 5 ud af 5 forløb ses uoverensstemmende oplysninger på tværs.

Besøgsplaner og handlingsanvisninger indeholder manglende og/eller misvisende oplysninger.

Funktionsevnetilstandene ses for 4 ud af 4 borgerforløb ikke opdaterede.

Helbredstilstande ses i 6 ud af 8 stikprøver ikke opdaterede.

Manglende viden medfører, at en medarbejder i bedste mening kan udføre opgaverne på en måde, som ikke svarer til borgers aktuelle tilstande og tidsforløb.

Ikke-tidstro data vurderes at kunne indebære en risiko for patientsikkerheden og for, at borgerne ikke får personlig og praktisk hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet. Dette var også tilfældet i 2024.

Tilsynet anbefaler at

- ledelsen iværksætter og beslutte arbejdsgange for interne og eksterne arbejdsprocesser med fokus på at sikre frontmedarbejderne et tidstro skriftligt arbejdsgrundlag
- sikre at som minimum besøgsplaner og handlingsanvisninger er opdaterede indenfor korte tid. Ved opstart fx vælge en afgrænset gruppe borgere efter risikovurdering - . Det kan være borgere triageret rød, hvorved alle udskrevne borgere indgår.
- sideløbende styrke arbejdsgang for opfølgning af borgerforløbet, når triageplan afsluttes, så det er aftalt, hvem der skriver resume i helbredstilstande og opdaterer handlingsanvisninger og besøgsplaner.
- følge op med mini- journalaudit efter kommunens fastsatte interval.

Tema 3 Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring

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 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. Ernæringsindsatsen er en kædeproces med opgaver fordelt mellem hjælpere, elever, uuddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl.

Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring er afhængig af hjemmeplejens opmærksomhed på borgerens tilstande. Det er afgørende for, om borger visiteres til de rette ydelser ift. service- og sundhedslov. Vejninger af borgere er en af indikatorerne på, om borgerne får den ernæring, de har behov for.

Udviklingspunkter: Få borgere i forhold til enhedens størrelse er opsporet til vejning. Arbejdsgangene fremstår uklare. Der ses ikke reaktion på større vægttab for 2 ud af 3 borgere. Vejningerne udføres med større interval end besluttet. Der er ikke struktur for opfølgning på evt. vægtændring, når ikke-sundhedsfaglige har udført vægten.

Tilsynet anbefaler

- fastlægge arbejdsgange for opsporing af borgere i risiko for uplanlagt vægttab
- støtte faglig refleksion/undervise i ernæringens betydning for selvhjulpenhed, faldtendens såvel som udbytte af træningsforløb. Fx øge refleksion ved borgere visiteret til ydelse omkring mad/måltid/spise.
- evaluering af indsatsen ved journalaudit med deltagelse af sygeplejen og hjemmeplejen.

Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Værnemidler

Temaets fokus: At medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for brud af smitteveje, herunder arbejdsdragt og værnemidler. For at undgå smittespredning, anbefales at anvende plastforklæde ved udførelse af personlig hygiejne med risiko for stænk af udskillelser.

Udviklingspunkt: Værnemidler (plastforklæde) anvendes ikke systematisk ved personlig pleje.

Tilsynet anbefaler at

- at anbefalingerne i NIR¹ bliver implementeret og efterlevet.

Tema 5 Kvalitetsarbejdet

I 2023 og 2024 sås forhold, som kunne få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed. Evalueringen af målopfyldelsen viser, at tiltagene endnu ikke har resulteret i øget målopfyldelse.

Tilsynet anbefaler

- at ledelsen styrker den lokale processtyring
 - prioritering af indsatsområder og fastlægge, hvem der er tovholder
 - følge kvalitetsprocessen (beslutte, sætte tiltag i gang, evaluere, evt. justere tiltag)
- at følge op på handleplanen sammen med de involverede fast månedlig i en periode
- gøre processen synlig ved dokumentation af evalueringer og løbende status. Det kan f.eks. være i form af handleplan eller referater fra personalemøder.

¹ Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for plejehjem, hjemmepleje, bo- og opholdssteder m.m. 2020 udgave 1

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	N O
	1a: Korterevarende rehabiliteringsforløb efter §83a	
	Funktionsevne	N O
	1b: Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering	
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed	B O
	Praktisk hjælp og personlig pleje Måltider	
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed	N O
	Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde	
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	N O
	Instrukser, værnemidler og rengøring	
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn	N O
	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: Korterevarende rehabiliteringsforløb efter §83a

 Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	Borgere, som er visiteret til et afklarende forløb efter §83a: - Det afklarende forløb er dokumenteret: - 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 - Ved afslutning af rehabiliteringsforløb ses borgers funktionsevne opdateret.		1 borger er registreret med RH-ydelse. (træning af hånd ifm. hjælp med affald aftørring mm). Der ses oplysning under kommentar i ydelsen, men ikke synlig for medarbejder på device. Opgaven ikke nævnt i handlingsanvisning/besøgsplan. Der er ikke besluttet en struktur for borgere visiteret til §83a, som kan sikre at en kommende visiteret borger får et målrettet, tidsafgrænset forløb med løbende evaluering af indsatsen. Dette var også et udviklingspunkt i 2024.
1.2	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: - Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen? - Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til at du bliver så selvhjulpne som muligt i forhold til praktiske gøremål/personlig pleje. - 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). - Hvordan vurderer du betydningen af den hjælp, du får?		

1.3	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.		<i>For 4 ud af 4 undersøgte borgerforløb, hvor borgers tilstand har ændret sig, ses funktionsevnetilstande ikke opdateret.</i>
1.4	Medarbejdere kender og anvender arbejdsgangene for at melde videre, hvis borgers begrænsning af funktionsevnen ændrer sig.		<i>Jf. 1.3</i>

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	(Personlig pleje) Interviewede borgere (eller pårørende) svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? 2) Synes du at personalet udviser respekt for dig? 3) Hvor tilfreds er du med medarbejderens imødekommenhed over for dine ønsker til hjælpen? 4) Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? 5) Er du tryk ved den måde hjælpen tilbydes på? 6) Oplever du dig soigneret/veltilpas efter morgenplejen 7) Er du samlet set tilfreds med hjælpen. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg)?		4 ud af 5 borgere udtrykker tilfredshed med de faste medarbejdere. De fortæller om deres forløb og det er tilsynets indtryk, at borgerne oplever, at hjælpen tilpasses behovet. For 2 borgeres vedkommende høres at de bliver ihærdigt motiveret til at opnå øget mobilitet, hvilket de sætter stor pris på. 4 ud af 5 oplever, at der gennem den senere tid har været færre afløsere.
2.2	Fremtræder borger velplejet i forhold til borgers behov og ønske?		
2.3	(Praktisk hjælp). Interviewede borgerne svarer generelt positivt på følgende: 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) Er du samlet set tilfreds med den hjælp, du får til rengøring, til tøjvask og til indkøb? 5) Vil du anbefale den hjælp, du modtager til andre med samme behov?		

2.4	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? Fremstår personlige hjælpemidler rene? (Rollatorer, kørestole mv).		Planlægger og medarbejdere kender ikke til beslutninger om rengøringsopgave af personlige hjælpemidler. Den generelle opfattelse er, at de pårørende har opgaven. Tilsynet ser 2 ud af 2 rollatorer, der fremstår uhygiejniske.
2.5	Hvis tilsynsførende overværer medarbejders besøg: Der ses velegnede arbejdsgange og udførelse af opgaverne på en måde, der støtter en fornøden kvalitet.		Ved morgenplejen ses umiddelbart velegnede arbejdsgange og udførelse af opgaverne på en måde, der støtter en fornøden kvalitet. Men efterfølgende ses ved journalaudit, at medarbejdernes viden ikke er i overensstemmelse med seneste oplysninger i journalen. To borgere er fast sengeliggende. For den ene borger kender medarbejderne ikke til hvornår borger sidst er liftet til kørestol og ved ikke, at borger er vurderet til at have potentielle for at kunne gå, men er svær at motivere. Ingen oplysninger i besøgsplan. Visiteret til Sejrsbo. For den anden sengeliggende borger (nyligt udskrevet med rollator) er det medarbejders opfattelse, at terapeut vil starte forløb. Men der har ikke været er ikke fulgt op og aftale er ikke lavet.

			For borger serveres alm mad, der er sendt henvisning til ergo, da borger har symptomer på dysfagi. Medarbejder kender ikke til, at borger skal have græstinkost, da besøgsplan o.a. ikke er opdateret efter hospitalsophold, hvor dysfagi blev diagnosticeret. For en tredje er RH-ydelse, som ikke leveres, da oplysning ikke fremgår af besøgsplan/handlingsanvisning..
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.		Jf. oplysningerne i 2.1 fremstår mål for indsatsen uklar for 4 ud af 4 borgere både i besøgsplan og i funktionsevnetilstande. Besøgsplanerne afspejler ikke borgers aktuelle behov.
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.		
2.8	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.		For 1 ud af 2 borgere, som er vurderet til gratinkost, er oplysningen ikke kendt af medarbejderne. Indgår ikke i besøgsplan.
2.10	Observationer og dokumentation i hjemmet, hvor borgeren viser færdiglavet mad i køleskabet, f.eks. smurt frokost eller klargjort aftensmad. Hvis tilsynsbesøget sker ved måltidet, oplever tilsynet madens duft og udseende.		For 1 ud af 2 borgere, som har ydelse for tilberedning af mad, ses køleskabet ikke rengjort. For den ene borger ses madvarerne ikke sikkert holdbare, da indkøbt pålæg har været på frost og det ikke vides, hvor længe holdbarheden er.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	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?		
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 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)		
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. 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. 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.		Der er daglig triage ved vagtskifte om morgenen og aftenen. Ved triage drøftes borgere, der er triageret gule og røde. Det er tilsynets indtryk, at viden formidles både i journalnotater i triagemodulet og mundtligt. Ved lukning af triageperioden er der ikke struktur for opdatering af besøgsplan og helbredstilstande/handlingsanvisninger, hvilket giver problematisk videnstab.

			Vejehyppighed: For 3 borgere, der vejes af forskellige årsager, ses større overspring i vejehyppighed også efter væggtab. Reaktion på væggtab: For 2 ud af 3 borgere fremstår væggtab på over 5 kg ikke opdaget og meldt videre. For de 3 borgere er fornyet vejning ikke udført seneste 3--5 måneder. Der er ikke fastlagt arbejdsproces på opfølgning af vejninger, fx udført af uudannede. Helbredstilstande/handlingsanvisninger ses ikke opdaterede.
3.4	<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: 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.		Den faglige indsats fra terapeuter og hjemmepleje fremstår som parallelt arbejdende om fælles borgerforløb. Ved flere borgere ses erkendt behov/igangværende behov/proces for kontakt til fysio/ergoterapeut, men det er vanskeligt for erfarne medarbejdere at finde data om aktuel status.
3.5	<u>Det skriftlige arbejdsgrundlag:</u> 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 c) 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.		For 5 ud af 5 forløb ses uoverensstemmende oplysninger på tværs i funktions- evnetilstande, ydelser, besøgsplan og helbredstilstande, handlingsanvisninger samt generelle oplysninger. Det er vanskeligt at finde aktuel status for de erfarne medarbejdere ved journalaudit.

	d) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender. Oplysninger fra f.eks. terapeuter er lettilgængelige. 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.		Gennemgående træk er -efter triageringsforløb: Manglende opdatering af besøgsplaner og handlingsanvisninger -efter sygehusbesøg: Manglende opfølgning og brug af udskrivningsnotaer til opdatering af besøgsplaner, kontakt til samarbejdspartnere, opdatering af helbredstilstande. Der er eksempler i 2.5.
--	---	--	--

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.		Værnemidler (plastforklæde) anvendes ikke systematisk ved personlig pleje. Ved personlig pleje ses, at 3 ud af 5 medarbejdere ikke anvender plastforklæde.
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	Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Det kan f.eks. være et personalemødereferat. Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.		Der foreligger kommunal handleplan fra tilsynet 2024 med tiltag og fastlagte lokale evalueringer.
5.2	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.		Evaluering ved tilsyn: Målopfyldelse ikke øget.
5.3	Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn. Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.		Der ses positiv udvikling af borgertilfredshed, da de oplever samme gruppe medarbejdere ved borgerbesøg. Problem: Arbejdsgange for at sikre medarbejderne lettilgængelige og opdaterede oplysninger om borgeropgaver. Forholdene vurderes at indebære risiko for patientsikkerheden ved uændrede forhold.



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, så 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 plejeeenhedens 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 plejeehederne 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 Odsherred 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

Den Mobile Kvalitetsafdeling, *akkrediteringsraadgiverne.dk*

Egebjergvej 232 A

4500 Nykøbing Sjælland

Nethe Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

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, herunder uddannelse til auditor for Dansk Standard og akkrediteringssurveyor for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) samt forandringsagentuddannelsen fra Dansk Selskab for 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.

Særlig relevante erfaringer:

- akkrediteringssurveyor fra 2010 til 2022 for IKAS. Har udført omkring 170 surveydage på sygehuse, i kommuner, præhospital, privathospitaler og speciallægepraksis
- har udført over 500 uanmeldte kommunale tilsyn
- forandrings- og forbedringsarbejde med projekter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

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.

