



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Odsherred Kommune

Omsorg og Sundhed

Specialgruppen

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	10
Tema 1 Funktionsevne	11
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	13
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	15
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	17
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	18
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	19
Om virksomheden og kontaktoplysninger	22

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 indarbejde Sundhedsstyrelsens anbefalinger af kvalitetsindikatorer i ældreplejen som en del af de lovpligtige tilsyn efter servicelovens §151c.

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.

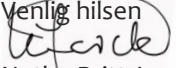
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling. Rapporten opfylder webtilgængelighedsloven.

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:

Odsherred Hjemmepleje, Specialgruppen
Vangen 1, 4500 Nykøbing Sjælland

Leder:

Distriktsleder Stine T. Jarlfeldt
Teamleder Louise Frederikke Kølle

Tilsynsbesøget fandt sted:

4. marts 2025

Metodik og datagrundlag:

Tilsynet omfatter borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne.

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver i 7 borgerforløb), papirbåren kalender og arbejdsredskaber ift borgeropgaver, procedurer, kørelister, borgerinformationer mv.
- Interview: 3 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview. Desuden 5 medarbejdere, heraf 1 teamleder, 3 assistenter og 1 planlægger.
- Observation: Besøg i borgeres hjem, set arbejdsgange og samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem o.a.

Tilsynet har besøgt 3 borgere.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 6 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

Udviklingspunkterne omfatter forhold af betydning for den fornødne kvalitet og patientsikkerheden ved uændrede forhold. Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Der er besluttet tiltag som må forventes at styrke udviklingen. Ovenstående er uddybet på side 7-9.

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

Højst 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

Højst 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

Nedenfor angives begrundelsen for tilsynsresultatet. For det første beskrives de styrker, som tilsynsførende har vurderet, er til stede på plejeeenheden. For det andet beskrives 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.

Generelt

Hjemmeplejens specialgruppe er en særskilt enhed, der har psykisk sårbare borgere som målgruppe. Specialgruppen varetager visiterede opgaver for 120 borgere ugens 7 dage i dagtimerne. Opgaverne består af både service- og lovsydelser (praktisk hjælp, personlig pleje mv.) og overdragede sundhedslovsydelser.

Specialgruppen arbejder med at støtte borgeren i at få stabilitet i en for dem kaotisk livssituation og kan i perioder være den eneste relation, borgeren har. Der er samarbejde til distriktspsykiatrien. Specialgruppen har også snitflader til områdernes hjemmepleje, idet aftenbesøg for ca. 20 borgere udføres af hjemmeplejen. Samarbejdsfladen til sygeplejen fremstår som udfordrende grundet områdeopdelingen.

Specialgruppen fremstår som en selvstyrende gruppe med behov for stærk intern dialog. I en længere periode har der været skift af medarbejdere bl.a. grundet barsler. Der har manglet erfarne medarbejdere, men nu er bemandingen igen ved at være fuldtallig, hvilket forventes at øge sammenhængskraften og kontinuiteten.

I perioden har enheden prioriteret de visiterede ydelser, således at borgernes skrøbelige hverdag mindst muligt har været berørt. Det har påvirket dels rengøringsstandarden, levering af bad o.lign, dels også journaliseringen og opfølgningen på sundhedslovsydelser. Der er tiltag i gang for at etablere faste tværfaglige teams.

Der ses forhold, der indebærer risiko for patientsikkerheden ved uændrede forhold.

Styrker

Det er tilsynets indtryk, at borgerne er trygge ved specialgruppens medarbejdere og at disse formår at skabe stabilitet i hverdagen og – hvor det er muligt – at bringe borgere videre.

Det er tilsynets indtryk, at borgerne får den fornødne hjælp i det omfang, det er muligt gennem en relationel indsats.

Funktionsevne

Der ses generelt overensstemmelse mellem visiteret ydelse og disponeret hjælp. Borgerne udtrykker på forskellig måde tilfredshed med medarbejdernes støtte og at det er det, der får deres hverdag til at fungere.

Den personlige pleje og den praktiske hjælp

Borgerne udtrykker tryghed ved medarbejderne. Erfarne medarbejdere udviser relationel tilgang og sikrer i samarbejde med borgerne, at hverdagen lykkes bedst muligt, at ordineret medicin også bliver taget og at grundlæggende behov i videst mulige omfang imødekommes. Indsatsen fremstår tryghedsskabende.

Sammenhæng og forudsigelighed

Interne faglige drøftelser medvirker til, at medarbejderne kan møde borger i forståelse for borgers individualitet. For en del borgere ses socialpædagogiske handleplaner lettilgængelige. Dette er en forbedring fra seneste tilsyn. Øget sammenhæng for aftenvagt fra hjemmeplejen og specialgruppen starter 1. april med overlap af mødetid.

De ovenfor nævnte styrker og erfaringer er et godt afsæt til at fastholde de opnåede resultater og til den videre kvalitetsudvikling.

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

Tilsynet vurderer, at

- 2 temaområder er ”I betydelig grad opfyldt”
- 3 temaområder er ”I nogen grad opfyldt”.

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

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

Tema 1 Sammenhæng mellem den visiterede ydelse, den disponerede hjælp, den leverede hjælp og borgerens aktuelle behov

Temaets fokus: Visiterede ydelser er baseret på vurdering af borgerens funktionsevne, borgernes udtrykte behov og ønsker samt borgerens aktuelle og potentielle ressourcer. Sker der ændringer i borgers tilstande, skal der være en arbejdsproces for opdatering af funktionsevnetilstandene. Ved indlæggelse på sygehus overføres oplysninger automatisk og udgør vidensgrundlag om borgers habitualtilstand.

Udviklingspunkt: For 2 ud af 4 forløb ses uoverensstemmelse mellem borgers funktionsevnetilstand og borgers aktuelle tilstande. Arbejdsprocessen for opdateringen er delt mellem visitation og specialgruppen, men medarbejderne fortæller uoverensstemmende om ansvars- og opgavefordelingen.

Der ses afvigelser ved leveret hjælp, idet ydelser aflyses enten grundet borgers afslag på hjælpen, hvilket ses dokumenteret svarende til rullemenu i kalender, aflysninger fra specialgruppens side grundet ressourcemangel kan aktuelt ikke ske via rullemenuen, men skal ske via observationer.

Tilsynet anbefaler

- at opdatering af funktionsevnetilstande følger det vedtagne i et samarbejde med visitationen
- at overveje, om aflyste besøg kunne dokumenteres i kørelisterne på linje med borgeraflysninger, hvilket kræver udvidelse af rullemenu ift. funktionaliteten
- at implementere arbejdsgangen og følge op med evaluering ved stikprøver.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Målepunkt 3.2. Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde

Fokus: Det er væsentligt, at medarbejdere kender arbejdsgangene for

- 1) at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner
- 2) at følge op på indgåede aftaler.

Der ses i nogen grad overensstemmelse mellem helbredstilstande, terapeutnotater og relaterede oplysning er besøgsplanerne. Der er brug for at styrke opdatering, men medarbejderne fortæller forskelligt om specialgruppens ansvars- og opgavefordeling ved opdatering/afslutning af SUL-ydelser.

Triage er besluttet, men der ses vanskeligheder med at få gennemført den daglige implementering. Et opmærksomhedspunkt er, at ikke alle borgere, som er triageret gul/rød vises på Specialgruppens overblik, når det er andre hjemmeplejeenheder såsom AV eller centernære boliger eller sygeplejen, der har startet triagen.

Når triagen er startet i anden enhed er der forskellig opfattelse af, om Specialgruppen forventes at skrive.

Tilsynet anbefaler inden for kortere tid at

- styrke opdatering af sundhedslovsydelser
- intensivere genstart af triage.

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:

Oplysninger om mål for indsatsen ses sparsomt formidlet. Ved journalgennemgang ses uoverensstemmende oplysninger på tværs af Cura i forhold til besøgsplaner, funktionsevnetilstande, helbredstilstande, handlingsanvisninger, observationer, tidlig opsporingsnotater, notater fra samarbejdspartnere (terapeuter).

Ikke-tidstro data 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.

Bemandingen bliver nu fuldtallig, og tilsynet får indtryk af høj motivation for at bringe enheden frem til et højere kvalitetsniveau.

Tilsynet anbefaler at styrke indsatsen med

- Cura-undervisning
- triageimplementering
- følge op med mini-journalaudit efter eget fastsat interval med særlig opmærksomhed på sundhedslovsydelser, besøgsplaner og terapeutinvolvering.

Tema 4 Hygiejne

Fokus: For at undgå smittespredning, anbefaler de Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer, NIR ([For pleje-hjem, hjemmepleje, bo- og opholdssteder m.m., 1. udgave 2020 \(ssi.dk\)](#)), at der ved udførelse af personlig hygiejne, med risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser, anvendes plastforklæde. Beklædning skal tåle 60 grader vask.

Udviklingspunkt: Praxis er, at specialgruppens medarbejdere bærer privattøj, hvoraf en del af det sete ikke kan tåle 60 grader. Der foreligger ledelsesbeslutning om kommende implementering af ny arbejdsgang.

Tilsynet anbefaler indtil ny ordning starter

- ved brug af privattøj
 - at dette skiftes dagligt og vaskes ved minimum 60 grader
 - at skiftetøj medbringes og anvendes ved behov for at sikre brud af smitteveje
 - brug af plastforklæder
- evaluere implementeringen efter kortere tid.

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) eller IR (Ikke relevant).

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	Funktionsevne	I R
	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 og værnemidler	
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn	B 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: 1) 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 2) Ved afslutning af rehabiliteringsforløb ses borgers funktionsevne opdateret.		
1.2	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen? 2) Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til at du bliver så selvhjulpne som muligt i forhold til praktiske gøremål/personlig pleje. 3) Hvordan har din evne til at klare dig selv i de daglige gøremål udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælpen? (Grad af selvhjulpnehed). 4) Hvordan vurderer du betydningen af den hjælp, du får?		
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.		1) For 2 ud af 4 borgere ikke svarende til borgers aktuelle tilstande. 2) For 2 borgere ses ændringer i borgers tilstande, som ikke er meldt videre til visitorator 4) Der ses uoverensstemmelser fx -ydelser, der ikke leveres grundet bemandingssituationen (rengøring, bad o.lign)

1.4	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 beskrivelse
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)?		Borgerne udtrykker, at medarbejderne gør en stor forskel for deres hverdag/liv. De synes, det er ærgerligt de indimellem ikke har tid til bad og sådan noget.
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.		
2.5	Hvis tilsynsførende overværer medarbejders besøg: Der ses velegnede arbejdsgange og udførelse af opgaverne på en måde, der støtter en fornøden 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.		Mål for indsatsen fremstår uklart særlig for 2 ud af 4 borgere – har de potentiale for øgning af funktionsevne/vedligehold eller?
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 borger med medicinadministration ses ikke oplysning om fortykning af drikkevaren grundet dysfagi.
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.		

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?		Jf. 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 besøgsplanen er meningsfuld og dækkende? 4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 5) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? (også ift. nødkald)		Jf. 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. 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.		1) Tidlig opsporingsnotater anvendes rutinemæssigt ved ændringer. Triage er under implementering, men aktuelt med pause grundet bemanning. Borgere med gul, fremgår i 2 tilfælde ikke af borgeroverblik -skyldes at triage er oprettet af anden hjemmeplejeenhed (AV/centernære) eller sygeplejen. 2) Borger med dysfagi: Der foreligger notat på forside. Synes ikke kendt. Ikke i helbredstilstand. Ikke i besøgsplan, hvor det står om væske til medicinen.

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.	Terapeuter og medarbejdere fremstår parallelt arbejdende. Ved journalaudit findes terapeutnotat med mål og plan for en aktuell genoptræning. Viden synes ikke kendt af medarbejderne. Ses ikke af besøgsplan eller tilstand. Træningen og afslutningsbesøg ses i borgerkalender 2 dage efter tilsynet. Der er medarbejderbesøg samme dag. Der er ikke aftalt dialog/sambesøg.
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. 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.	For 6 ud af 7 forløb ses uoverensstemmende oplysninger på tværs. Besøgsplaner: For 2 ud af 7 borgere ses ikke besøgsplan. For 2 ses fyldestgørende og opdaterede oplysninger. For 3 ikke de fornødne oplysninger. For ingen af borgerne ses oplysninger om mundpleje. 1 yngre borger har meget dårlig mundhygiejne. Generelle oplysninger anvendes sparsomt (mestring, ressourcer m.m) For 2 ud af 7 ses brugbare oplysninger. Helbredstilstande og SUL-handlingsanvisninger: I 3 ud af 4 forløb ses oplysninger ikke opdateret sv.t. borgers aktuelle tilstande ift. fødeindtag (dysfagi), undervægt, mobilitet. 2 er ikke længere aktuelle. Helhedsvurdering: Dysfagi anført for en borger, men denne fremstår ikke længere aktuel.

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.		Praksis er, at specialgruppens medarbejdere bærer privattøj. En del af det sete tøj kan ikke tåle 60 grader. Ovenstående praksis sikrer ikke brud af smitteveje. Der er kommunale tiltag i gang ift. anskaffelse af arbejdsdragt.
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 handleplan og der høres om tiltag, som forventes implementeret.
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.		
5.3	Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn. Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.		Det har været vanskeligt at fastholde det opnåede niveau fra 2024. Der er kommende tiltag, som må forventes at styrke strukturen og øge målopfyldelsen over tid. Der ses forhold af betydning for patient-sikkerheden 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.

