



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Odsherred Kommune

Omsorg og Sundhed

Centernære boliger ved Grevinge Plejecenter

Indhold

Forord	4
Fakta	5
Samlet tilsynsresultat	6
Opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	9
Tema 1 Funktionsevne	10
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	12
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	14
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	16
Tema 5 Opfølgning fra seneste kvalitetsbesøg/tilsyn	17
Om virksomheden	20

Forord

De uanmeldte tilsyn i Odsherred Kommune udføres i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandards og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

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 borgernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandards m.m.

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

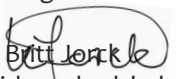
Indledningsvist er data fra besøget, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger oversigt over plejeenhedens styrker og udviklingspunkter.

Anden del af rapporten indeholder de konkrete målepunkter med tilhørende beskrivelse 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 konsulentvirksomheden.

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

Venlig hilsen


e Britta Jørgensen
Virksomhedsleder



Fakta

Leverandørens navn og adresse
Hjemmeplejefunktion ved Grevinge Plejecenter (Maglehuset) Grevinge Plejecenter Rolighedsvej, 4571 Grevinge
Leder
Centerleder Christel Götz
Tidspunkt for besøg
20. januar 2025
Datagrundlag og metodik
I de centernære boliger ”Maglehuset” er 25 borgere aktuelt visiteret til § 83 ydelser. Tilsynet omfatter borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne. Data er indsamlet via ○ <u>Dokumentation</u>: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver i 5 borgerforløb), procedurer, kørelister, borgerinformationer mv. ○ <u>Interview</u>: 3 borgere, som kan medvirke til interview. Desuden 3 medarbejdere, heraf centerleder, 1 planlægger, 1 assistent og 1 hjælper. ○ <u>Observation</u>: 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: 3 borgere. Hjemmeplejen har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.
Konsulent
Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP.

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 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

Højst 1 af temaerne er vurderet lavere end "Helt Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfylde 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.

Opsummering af styrker og udfordringer

Nedenfor angives plejeenhedens styrker samt efterfølgende eventuelle udviklingspunkter med tilhørende anbefalinger i tilfælde af, at praksis på plejeenheden ikke er fundet i overensstemmelse med lovgivningens krav, Odsherred Kommunes politikker og kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Styrker

Det er tilsynets indtryk, at borgernes tilfredshed er høj. Der er fast tilknyttede medarbejder (2 hjælpere og 1 assistent). Borgerne giver udtryk for, at den leverede hjælp svarer til det aftalte. Der opleves ikke udeblivelser. Tilsynet hører høj grad af fleksibilitet og medinddragelse.

Personlig pleje og praktisk hjælp: Det er tilsynets indtryk, at medarbejderne yder hjælpen, så borgerne anvender egne ressourcer bedst muligt. Personlig pleje overværes – der høres tryghed hos borger, og plejen ydes i borgers tempo og med småsnakken, humor og guidning tilpasset borgers behov og stemning. Der forefindes relevante hjælpemidler hos de besøgte borgere.

Triage sker om morgenen og efter morgenplejen. Om morgenen læses døgnets informationer suppleret af mundtlig uddybning, hvilket hjælper medarbejdere, som kan have vanskeligt ved læsning/sproget. Der høres om høj grad af bevågenhed sundhedsfagligt ift. opsporing og journalisering.

Siden seneste tilsyn er sket forbedringer ift.

- Det skriftlige arbejdsgrundlag. Der ses resterende udviklingspunkter
- Brug af værnemidler ved personlig pleje.

I det følgende ses udviklingspunkter og anbefalinger. Herudover kan under de enkelte temaer ses opmærksomhedspunkter.

Udviklingspunkter

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 arbejdsangang for evaluering.

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

Udviklingspunkt: På besøgstidspunktet er 1 borger visiteret til RH-forløb. Mål og plan ses af ydelsen (daglig støtte til træning af gåfunktion). I forløbets 1. måned ses 2 observationer omhandlende, at borger takker nej til ydelsen. Det er ikke muligt at se, om borger de øvrige dage har trænet. Der ses ikke evaluering.

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, som kan udføres ifm. de løbende evalueringer af forløbet.

Fleksibel hjemmehjælp

Fokus: At medarbejder 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: Adspurgte borgere og medarbejdere kender ikke til borgers rettighed.

Tilsynet anbefaler

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

Tema 3: Det skriftlige arbejdsgrundlag

Besøgsplanerne er frontmedarbejdernes væsentligste arbejdsredskab tillige med handlingsanvisninger.

Det kan ved nogle borgerforløb være tidskrævende at finde de oplysninger, som man har brug for, da de indskrives forskelligt. Nogle besøgsplaner er opdelt kronologisk og her findes aftenoplysninger nederst i besøgsplanen. I andre er opdelingen efter opgave (personlig pleje, madservering, o.a.) og her står aftenopgaverne derfor ved opgaven. I flere ses en sammenblanding, hvor læseren udfores tidsmæssigt på at finde rundt.

Tilsynet anbefaler

- fælles skabelon for besøgsplaner.

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

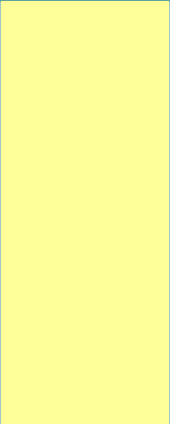
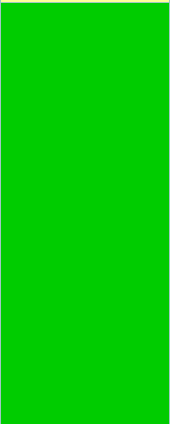
Målepunkter om omsorgsjournalen omfatter de dele af journalen, som er relevant for tilsynets foci.

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering:  Korterevarende rehabiliteringsforløb efter §83a

 Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

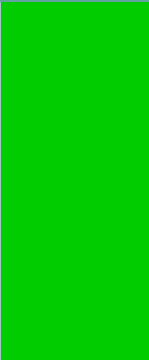
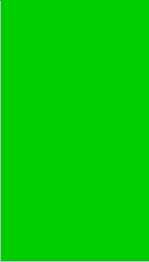
Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	§83a forløb Borgere, som er visiteret til et afklarende forløb efter §83a: 1) Det afklarende forløb er dokumenteret: ○ Der foreligger plan lavet i samarbejde med borger. Planen beskriver mål, varighed og indhold af indsatsen. ○ Der er fastsat evalueringstidspunkter. ○ I omsorgsjournalen er medarbejdernes opgaver konkret beskrevet 2) Ved afslutning af rehabiliteringsforløb er borgers funktionsevne opdateret.		Der er 1 aktuelt RH-forløb. Mål og plan ses af ydelsen (daglig støtte til træning af gåfunktion). Der ses ikke evaluering. I forløbets 1. måned ses 2 observationer omhandlende, at borger takker nej til ydelsen. Det er ikke muligt at se, om borger de øvrige dage har trænet. Der er ikke en fastlagt struktur for RH-forløb, herunder ikke arbejdsgang for evaluering.
1.2	Interviewede borgere (eller pårørende) tilkendegiver, at der er sammenhæng mellem den hjælp, de er visiteret til og den hjælp, borger ydes. De svarer - når det er relevant for deres situation - overvejende positivt på følgende typer 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 selvhjulpne). 4) Er din evne til at løse hverdagsopgaver (ADL) blev forbedret eller er forblevet uændret, mens du har haft hjælp fra hjemmeplejen? 5) Hvordan vurderer du betydningen af den hjælp du får?		

1.3	Interviewede borgere og medarbejdere svarer generelt positivt på spørgsmål om: 1) Kender du til muligheden for at kunne "bytte ydelser", fleksibel hjemmehjælp?		<i>Fleksibel hjemmehjælp: Borgere og medarbejdere kender ikke til borgers rettighed.</i>
1.4	1) Beskrivelsen af borgers funktionsevne er fremstillet genkendeligt 2) De indsatser, borger modtager, er afstemt borgers aktuelle funktionsevne 3) De visiterede ydelser foreligger opdateret i forhold til seneste oplysninger om borgers tilstand 4) De disponerede ydelser er i overensstemmelse med de visiterede ydelser		<i>1) Funktionsevnetilstandene fremstår i 3 ud af 4 tilfælde opdateret svarende til borgers tilstand. For en handicappet borger er ikke funktionsevnetilstand ift borgers gå/stå/bevæge sig/forflytte sig eller andet.</i>
1.5	Medarbejderne leverer de aftalte ydelser. Hvis ydelsen ikke kan leveres – hvis borger eksempelvis takker nej – gives skriftlig besked til rette funktion. 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

Nr.	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<u>Personlig pleje og praktisk hjælp</u> Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål om personlig pleje: 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)?		
2.2	Fremtræder borger velplejet i forhold til borgers behov og ønske?		
2.3	Interviewede borgerne svarer generelt positivt på følgende spørgsmål om praktisk hjælp: 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?		

2.5	Hvis medarbejders besøg overværes: 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	<u>Mad og måltider</u> 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.		<i>Få borgere er visiteret til hjælp til tilretning/anretning af mad.</i> <i>Flere har glæde af at anvende spisestuen på Grevinge eller klarer sig selv.</i>
2.8	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.		<i>Der høres kun godt om maden.</i>
2.9	Observationer og dokumentation i hjemmet, hvor borgeren viser færdiglavet mad i køleskabet, f.eks. smurt frokost eller klargjort aftensmad. Hvis besøget sker ved måltidet, opleves madens duft og udseende.		

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor

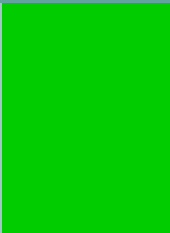
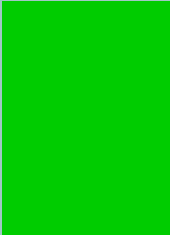
Kvalitetsindikatorer Nr.		Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Kommer medarbejderne generelt på de aftalte tidspunkter (+/- 1 time). 2) Kender du de medarbejdere, der kommer/ oftest de samme medarbejdere? 3) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der kommer i dit hjem? 4) Har du oplevet, at dit besøg er blevet aflyst? Har du i så fald fået erstatningsbesøg?		Der ses og høres ikke afvigelser.
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) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 4) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? (også ift. nødkald)		
3.3	<u>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</u> 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) Arbejdsgangene belyses gennem opsporing af borgere i risiko for underernæring: a. Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder b. Tilbud om vejning sker i overensstemmelse med det besluttede interval c. Der ses reaktion på uplanlagt væggtab d. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.		Triage sker om morgenen og efter morgenplejen. Om morgenen læses døgnets informationer suppleret af mundtlig uddybning, hvilket hjælper medarbejdere, som kan have vanskeligt ved læsning/sproget. Der høres om høj grad af bevågenhed sundhedsfagligt ift. opsporing og journalisering.

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. 3) Der sker opsporing af borgere med behov for therapeutydelse.		Der er aktuelt ikke borgere med therapeutydelse eller netop afsluttede forløb.
3.5	<u>Det skriftlige arbejdsgrundlag:</u> a) Der ses overensstemmende oplysninger mellem tilstande, handlingsanvisninger, observationer, faglige notater, døgnrytmeplaner/besøgsoplysninger mv. b) Oplysninger på tavler, i papirkalendere, i print og andre supplerende informationer er i overensstemmelse med omsorgsjournalens oplysninger og borgers aktuelle tilstand c) 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.		I vid udstrækning ses at helbredstilstande er udfyldt og opdaterede. Der ses afvigelser fx ved - oplysning om væskebalance-skema til frontmedarbejderne. Der er enkeltstående tilfælde, hvor der ikke er konsekvensrettet på tværs af Cura. Triage ses for 2 ud af 2 borgere veldokumenteret. Arbejdsgange ses for triageperioden og for en borger også om resume i helbredstilstand inden afslutning af triageforløb.
3.6	<u>Det skriftlige arbejdsgrundlag for udførelse af de daglige social- og plejefaglige opgaver hos borgerne</u> 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. Forflytningsvejledninger støtter en tryk oplevelse for borgerne.		Besøgsplanerne indeholder konkrete og handleanvisende oplysninger for dag-aften- og nat. Personlig pleje: Oplysningerne er indskrevet ustruktureret og giver behov for ekstra tid til at finde det relevante. Fx står oplysning om aftenvagts opgave ift mad under forflytning. Andre journaler står oplysningerne indimellem hinanden.

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 kvalitetsbesøg/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 eksempelvis være et personalemødereferat. Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.		
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.		Der ses resterende udviklingspunkter. Der er tiltag i gang.



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 stiler 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.



Om virksomheden

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 beslutes (lovgivning, retningslinjer, kvalitetsstandarder m.m.) og det, der sker i praksis tættest på borgerne.

