



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Odsherred Kommune

Omsorg og Sundhed

Hjemmeplejen Nord:
Team Nykøbing-Klint-Odden

Indholdsfortegnelse

Forord.....	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	11
Tema 1 Funktionsevne	12
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen.....	14
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 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.

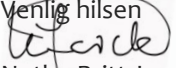
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling. Rapporten opfylder webtilgængelighedsloven.

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:

Hjemmeplejen Nord, Team Nykøbing – Klint - Odden
Vangen 1, 4500 Nykøbing Sjælland

Leder:

Distriktsleder Stine T. Jarlfeldt
Teamleder Louise F. Kølle

Tilsynsbesøget fandt sted:

18. februar 2025

Metodik og datagrundlag:

Tilsynet omfatter borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne.

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver i 6 borgerforløb), procedurer, kørelister, borgerinformationer mv.
- Interview: 6 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview samt 1 pårørende. Desuden 7 medarbejdere, heraf 1 distriktsleder, 1 teamleder, 1 sygeplejerske, 1 assistent, 2 hjælpere 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 6 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

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

Nedenfor angives begrundelsen for tilsynsresultatet. For det første beskrives eventuelle generelle forhold og her efter de styrker, som tilsynsførende har vurderet, er til stede på plejeenheden. Efterfølgende beskrives eventuelle forbedringsområder 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

Siden seneste tilsyn har hjemmeplejen arbejdet ihærdigt med udviklingstiltag med sigte på at styrke sammenhængskraften, medarbejdernes kompetencer og den organisatoriske struktur.

Indsatsen har ikke medført øget målopfyldelse på tilsynstidspunktet. Der ses fortsat behov for struktur for fælles indsats om fælles borgerforløb fx på basis af arbejdsgangsanalyse fra tidlig opsporing, visitation, disponering, kvittering for udførelse mm.

Udviklingspunkterne omfatter også sundhedslovsydelser og indebærer større risiko for patientsikkerheden ved uændrede forhold. Kommende tiltag vedrører bl.a.:

- Sammenhæng og kontinuitet: Kommende kontaktteams og tilhørende arbejdsgange planlægges
- Undervisning i Cura: Der foregår drøftelser og undervisning.

Der har gennem længere tid været bemandingsudfordringer. På tilsynstidspunktet er 10 ud af 18 lister bemandede af faglærte fastansatte.

Styrker

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Borgerne udtrykker tryghed ved indsatsen og omtaler medarbejderne positivt. I det ene geografiske område oplever borgerne i højere grad, at det er de samme medarbejdere, der oftest kommer. De fortæller om et godt samarbejde med de mange forskellige medarbejdere. Borgerne fortæller gerne de nye medarbejdere, hvad de har brug for hjælp til og giver udtryk for, at den leverede hjælp svarer til deres behov.

Personlig pleje: Tilsynsførende overværer morgenplejen hos 3 borgere. Hjælpen ydes i borgers tempo og med småsnakken, humor og guidning tilpasset den enkelte borger. Der iagttages generelt velegnede arbejdsprocesser. Nødkald besvares i vid udstrækning hurtigt, fortæller borgerne.

Praktisk hjælp: Hjælp til tøjvask, indkøb og madservice: Borgerne udtrykker tilfredshed med hjælpen.

Sammenhæng og forudsigelighed

Hjemmeplejen arbejder med implementering af triage. Det er tilsynets indtryk, at drøftelserne bidrager til refleksion og kvalificering af det enkelte borgerforløb, såvel til den løbende kompetenceudvikling.

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 3 temaer er "I betydelig grad opfyldt"
- 2 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.

Tema 1 Leverandørens indsats ift §83a forløb

Formålet med §83a er, at borgerne om muligt ikke får behov for varig hjælp. 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 arbejdsgang for evaluering.

Aktuelt er ingen borgere visiteret til §83a forløb (RH-forløb).

Udviklingspunkt: Ved forespørgsel om arbejdsgange ved visiterede RH-forløb, høres ikke er fastlagt struktur for at imødekomme ovenstående lovkrav. Strukturen kan udvikles i tværgående samarbejde med visitation, terapeuter og øvrige hjemmeplejeleverandører.

Tilsynet anbefaler at

- fastlægge struktur, der imødekommer lovkravene i samarbejde med samarbejdspartnere. Skrive den ned og undervise medarbejderne
- evaluere med journalaudit i forbindelse med evaluering af forløb.

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. Ved indlæggelse overføres automatisk oplysninger for 7 tilstande.

Udviklingspunkter:

Der ses uoverensstemmelser mellem funktionsevnetilstande, ydelser og besøgsplan.

Tilsynet hører forskellige opfattelser hos disponent, frontmedarbejdere o.a. om, hvilke opgaver medarbejderne har og snitfladen til visitationen.

Tilsynet anbefaler

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

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed: 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.

Udviklingspunkter:

Tidlig opsporing: Implementering er igangværende for at erstatte mundtlig formidling og observationer med i stedet at oprette tidlig opsporing i Cura. Overgangsfasen ses vanskelig for medarbejderne, idet oplysninger om bekymring (fx hul på hud) ikke sikkert meldes videre som aftalt og derfor ikke følges op. Der er tiltag i gang for forbedringer.

Når triageplan afsluttes, skal resume skrives i helbredstilstand og besøgsplanen skal justeres. Der ses ikke eksempler på dette for seneste planer. Der er tiltag i gang for forbedringer.

Andre afvigelser ved snitfladen mellem sygeplejen og hjemmeplejen:

- arbejdsplanlægning/ kørelister ift. overdraget SUL-opgave, som placeres hos SSH.
- Kvittering for udførte SUL-opgaver (sårpleje/vægtkontrol), som ikke er udført.

Arbejdsgangene ses alment forekommende og ikke udtryk for en enkeltstående medarbejderafvigelse. Kan skyldes samling af borgeropgaver på køreliste/IT-funktionalitet.

Ovenstående vedrører sundhedslovsydelse og uændrede arbejdsgange indebærer risiko for patientsikkerheden. Det var også et udviklingspunkt i 2024.

Tilsynet anbefaler at fortsætte de igangværende tiltag for

- struktur for fælles indsats om fælles borgerforløb fx på basis af arbejdsgangsanalyse fra tidlig opsporing, visitation, disponering, kvittering mm
- fortsat etablering af kontaktteams med tilhørende sundhedsfaglig opfølgning
- følge op på alle aktuelle overdragede opgaver til hjælpere.

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 småtspisende borgere er ofte sårbare, idet en utilstrækkelig ernæringstilstand blandt andet kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne.

Forebyggelse kræver en tidlig opsporing, som sikrer, at borger tilbydes den rette kost.

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

Ydelsen vejning sker i samarbejde med sygeplejen, så borgerne er afhængig af, at arbejdsgangene for tidlig opsporing og medarbejdernes fokus/kompetencer, i tilstrækkelig grad støtter faglig refleksion og videreformidling af observationer til sundhedsfaglig stillingtagen.

Der ses udfordring med faglig refleksion og videreformidling af observationer til assistenter/planlægger/sygeplejersker ved

- identifikation af borgere med ændringer i fødeindtagelse, uplanlagt vægttab m.m.
- opfølgning hos borgere med identificeret behov for støtte til spisning o.a.

Tilsynet besøgte borgere, der fortalte om vægttab eller manglende appetit. I disse tilfælde kan det skønnes relevant at forebygge, at borger kommer til at gennemleve tab af funktionsevne.

Der forelå ikke observationer om oplevelsen af vægttab m.m.

Arbejdsgang for vægtkontrol: Ugentlig vægtkontrol ses ikke udført seneste 2 måneder.

Ovenstående var også et udviklingspunkt i foregående år.

Tilsynet anbefaler at

- fortsætte arbejdet med at sætte struktur på arbejdsgangene
- undervise og få opsporet borgere i risiko for uplanlagt vægttab – fx starte med opmærksomhed på borgere som er visiteret til ydelse omkring mad/måltid/spise/ernæring. Opfølgning på vejninger.
- evaluering af indsatsen ved journalaudit med deltagelse af kontaktteamet.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed: 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 4 ud af 6 forløb ses uoverensstemmende oplysninger på tværs mellem funktionsevnetilstande, ydelser, observationer, generelle oplysninger og handlingsanvisninger.

Besøgsplaner: For 2 ud af 6 borgere ses fyldestgørende og opdaterede oplysninger om personlige pleje for dagvagtten. 1 ud af 5 for aftenvagten. Ikke oplysninger om mundpleje.

Generelle oplysninger anvendes sparsomt (mestring, ressourcer m.m.). For en borger ses uddybende oplysninger, men ikke opdaterede efter aktuelle tilstand.

Helbredstilstande/handlingsanvisninger ses for 4 ud af 5 borgere ikke overensstemmende med tilsvarende tekst i besøgsplaner og borgers aktuelle tilstande.

Oplysninger ses ikke opdateret ift. sår, O2-opgave, medicinadministration af lægemiddel for hudproblem, undervægt, mobilitet ift. behov for armslynge.

Det indebærer samlet set en risiko for, at medarbejder ikke behandler som tilsigtet. Der er øget risiko grundet bemandsingssituationen.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats med

- Cura-undervisning
- opfordre medarbejderne til at reagere, når oplysninger i besøgsplan, kørelister, FMK mv ikke svarer til det de oplever ved besøg
- følge op med mini- journalaudit efter eget fastsat interval.

Opmærksomhedspunkt

Fleksibel hjemmehjælp

Fokus ved praktisk hjælp: At hjemmehjælpen 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.

2 ud af 2 borgere kender ikke til muligheden. Der høres forskellig viden hos medarbejdere om borgers ret, og at byt skal meldes videre til planlægger.

Tilsynet anbefaler

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

Oversigt over de enkelte temaer

Temaerne vurderes i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Målene er belyst gennem interview, observationer og dokumentation og det er undersøgt, om der sammenhæng mellem de fastsatte standarder, handleplaner, beslutninger, tilbud til den enkelte og den praktiske udførelse.

Af nedenstående oversigt angives den samlede målopfyldelse for hvert tema. Vurderingen er angivet med farver og kategorierne H O (Helt opfyldt er angivet med grønt), B O (I betydelig grad opfyldt er angivet med lysegrøn), N O (I nogen grad opfyldt er angivet med gult), I O (Ikke opfyldt er angivet med rødt).

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

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: Struktur for opfyldelse af lovkrav ses ikke etableret. Strukturen skal støtte medarbejderne i en målrettet indsats, der kan medvirke til, at borgerne ikke får behov for varig hjælp.
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?		Borgerne fortæller, at de generelt får den hjælp, de har brug for. De vil dog ønske, at det ikke var nødvendigt selv at skulle fortælle om arbejdsopgaverne til nye ansigter. "Godt, at jeg selv kan fortælle", siger en borger.
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 3 ud af 4 borgere ikke svarende til borgers aktuelle tilstande. Ikke observationer til planlægger om ændringerne 2) For 2 borgere ses ændringer i borgers tilstande, som ikke er meldt videre til visitator

			3) Der ses uoverensstemmelse mellem disponerede ydelser og visiterede ydelser for 3 ydelser for 2 ud af 6 borgere. Fx har tømning af postkasse og tilberedning af mad været på kørelisten fortsat, efter borger ikke længere havde behov for det. Der ses ikke observationer til planlægger om, at opgaverne ikke længere skulle udføres. 4) Der ses uoverensstemmelser. Fx -ugentlig vejning, hvor vægtekонтроllerne ikke kan findes -aflyst bad. Her ses ikke skrevet observation om, at hjemmeplejen havde aflyst badet. Borger er visiteret til bad x 2 ugt, men ind imellem aflyses 2. bad af hjemmeplejen. Uklarhed ved borgeropgaver og tilhørende kvittering: SUL-ydelse, som er overdraget til SSA er i kørelisten sammen med SEL-ydelser placeret hos SSH som udfører. Der ses kvittering for udførte opgaver. Arbejdsgangen ses alment forekommende og ikke udtryk for en enkeltstående medarbejderafvigelse. Kan være IT-baseret funktionalitet ift. kvitteringen?
1.4	Medarbejdere kender arbejdsgangene for at melde videre, hvis borgers begrænsning af funktionsevn- nen ændrer sig.		

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuel uddybende be- skrivelse
2.1	(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 imødekommende 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)?		<i>Tilsynet hører gennemgående, at borgerne fortæller om mange forskellige ansigter som i vid udstrækning er imødekommende, fraset enkelte vikarer, som har været kommanderende. Stor ros til de faste.</i> <i>Ønske om bedre kontinuitet og at medarbejderne kender til opgaverne.</i>
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?		Jf. 2.1

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.)		Rollatorer. Rengøring af disse fremgår ikke af handlingsanvisning/besøgsplan.
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 særligt for 2 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 borgere visiteret til praktisk hjælp kender ikke til at kunne bytte ydelser. Medarbejdere har forskellig opfattelse.
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.		Arbejdsgange for tidlig opsporing af borgere i ernæringsmæssig risiko ses ikke implementeret.

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?		Indikatorerne i 3.1 er opfyldt svarende til "i nogen grad opfyldt". Se i øvrigt 1.2, 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. 1.2, 2.1.
3.3	Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde 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.		Ad 1) Når triageplan afsluttes, skal resume skrives i helbredstilstand og besøgsplanen skal justeres. Der ses ikke eksempler på dette for seneste planer. Fx borgers udskillelser: Ikke plan efter borger har været triageret gul for afføringsproblemer (tilbagevendende). Der er ikke oplysninger/taget stilling til fx løbende registrering af fæces/plan for laksantia.

			Opsporing En ikke-faglært har identificeret risikoændring i borgers tilstand (hul på hud), og lavet melding "Tværfaglig koordinering" men ikke oprettet "Tidlig opsporing". Der er ikke tegn på, at assistent/sygeplejerske har tilset borger efterfølgende. Andre afvigelser ved snitfladen mellem sygeplejen og hjemmeplejen ses ved -overdraget opgave til SSA, som befinder sig på SSH køreliste -vægtkontroller ugentligt, som ikke er udført seneste 2 måneder. Ovenstående 2 eksempler ses ikke udført, men er kvitteret. -O2 slangeskift/rengøring ikke sat som opgave og dokumenteres ikke som udført. Medarbejderne fortæller, at borger siger til, og at opgaven løbende udføres Ad 2 Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring En borger fortæller om større vægttab (mere plads i kørestolen). Der ses ikke skrevet observation om dette. Der høres ikke om borgere, som er tidligt opsporet og vejes jævnligt.
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 ud af 6 borgere har/har haft træningsforløb. Notaterne er lettilgængelige. En borger fortæller, hvordan træning af arm i slynge blev udført undervejs i morgenplejen efter anvisning fra terapeut.

	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.		Samlet set vurderes "Helt opfyldt"
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.		Ad a) For 4 ud af 6 forløb ses uoverensstemmende oplysninger på tværs. Ad c) Besøgsplaner: For 2 ud af 6 borgere ses fyldestgørende og opdaterede oplysninger om personlige pleje for dagvagten. 1 ud af 5 for aftenvagten. For ingen af borgerne ses oplysninger om mundpleje. Oplysninger som fx mangler: - afspejling af mål for indsatsen og borgers behov og ønsker - tilbydes borger sengebade? - forflytningsvejledning - handleanvisende oplysninger om, hvordan personlig pleje lykkes for borger. Generelle oplysninger anvendes sparsomt (mestring, ressourcer m.m.). For en borger ses uddybende oplysninger, men ikke opdaterede efter aktuelle tilstand. Ad d) Helbredstilstande/handlingsanvisninger ses for 4 ud af 5 borgere ikke overensstemmende med tilsvarende tekst i besøgsplaner og borgers aktuelle tilstande. Oplysninger ses ikke opdateret ift. sår, O₂-opgave, medicinadministration af lægemiddel for hudproblem, undervægt, mobilitet.

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.		1 ud af 3 medarbejdere, der udfører personlig pleje, anvender ikke plastfor-klæde.
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 løbende opfølgning månedligt.
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.		Igangsatte tiltag har endnu ikke medført øget målopfyldelse.



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

