



akkrediteringsraadgiverne.dk

# Stevns Kommune

## Sundhed og Omsorg

### TILSYNSRAPPORT

## Strøby Hjemmepleje

# 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 .....	14
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed .....	17
Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn .....	21
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper .....	22
Om virksomheden og kontaktoplysninger .....	25

## Forord

De uanmeldte tilsyn i Stevns Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Stevns Kommune har med sit tilsynskoncept valgt at indarbejde Sundhedsstyrelsens anbefalinger af kvalitetsindikatorer i ældreplejen som en del af de lovpligtige tilsyn efter servicelovens §151.

Det er hensigten, at rapporten skal kunne bidrage til den faglige og organisatoriske kvalitetsudvikling ved at synliggøre succesfulde resultater såvel som det eventuelle læringspotentiale. Rapporten fokuserer på styrker i plejeenheden som afsæt for anbefalinger for eventuelle forbedringsområder, hvor beboernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandarder m.m.

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

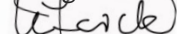
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

Anden del af rapporten indledes med oversigt over målopfyldelsen for de enkelte temaer. Herefter er de konkrete kvalitetsindikatorer medtaget, således at 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



Nethé Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

## Fakta om tilsynet

### Hjemmeplejeleverandør:

Strøby Hjemmepleje, Rolighedsvej 37, 4671 Strøby

### Leder:

Hjemmeplejeleder Helle B. Nielsen

### Tilsynsbesøget fandt sted:

8. juni 2022 fra 13.30 – 21.00 (aftenbesøg)

### Metodik og datagrundlag:

Tilsynet omfatter borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne.

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver i 14 borgerforløb), procedurer, kørelister, borgerinformationer mv.
- Interview: 5 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview samt 3 pårørende. Desuden 8 medarbejdere, heraf 1 leder, 1 planlægger, 1 sygeplejerske, 5 hjælpere.
- Observation: Besøg i borgeres hjem, set arbejdsgange og samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem o.a.

Tilsynet har besøgt 5 borgere og overværet hjælp til personlig pleje o.a. hos alle borgerne.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 5 borgere.

Hjemmeplejen har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

### Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

## Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Stevns Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos leverandøren. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn i Stevns 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 middel grad opfyldte

#### Vurderingsskala:

##### Målene er i meget høj grad opfyldte

Alle temaer er samlet set vurderet ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-3). 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 1-3). 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 1-3). 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” (Tema 1-3). Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget. Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.

##### Kritisable forhold

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.

## Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

I nedenstående skema angives begrundelsen for tilsynsresultatet. For det første beskrives de styrker, som tilsynsførende har vurderet, er til stede i hjemmeplejen. For det andet beskrives eventuelle forbedringsområder med tilhørende anbefalinger i tilfælde af, at praksis på hjemmeplejen ikke er fundet i overensstemmelse med lovgivningens krav, Stevns Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

### Styrker

Strøby Hjemmepleje fremstår som en grundlæggende velorganiseret plejeenhed.

Borgernes tilfredshed med de faste medarbejdere både dag- og aftenvagten er høj. Tilsynet hører kun godt om samarbejdet. Borgerne udtrykker trykthed ved indsatsen. Ved nødkald kommer medarbejderne hurtigt nok, fortæller borgerne. Borgerne giver udtryk for, at den leverede hjælp svarer til deres behov, og at der ikke forekommer udeblivelser. Ved aflysninger gives altid et erstatningsbesøg.

Den personlige pleje: Borgernes beskrivelse af medarbejdernes måde at udføre opgaverne på afspejler, at medarbejderne generelt anerkender borgernes behov og ønsker. De yder hjælpen, så borgerne anvender egne ressourcer bedst muligt. Der forefindes relevante hjælpemidler hos de besøgte borgere.

Tilsynsførende overværer aftenbesøgene hos 5 borgere. Hjælpen ydes i borgers tempo og med småsnakken, humor og guidning tilpasset den enkelte borger. Medarbejderne udviser indgående kendskab til borgernes individuelle behov. Der iagttages velegnede arbejdsgange og udførelse af opgaverne på en måde, der sikrer den fornødne kvalitet. Kontakten til pårørende fremstår velfungerende.

Det tværgående samarbejde med sygeplejen fremstår velfungerende dag og aften. Der afholdes tavlemøder 3 gange om ugen i dagtiden sammen med sygeplejen og andre relevante samarbejdspartnere. Her drøftes borgerforløb, tidlig opsporing, demensindsatsen såvel som andre forebyggende og sundhedsfremmende emner. I aftenvagten anvendes tavleoversigterne til at give et overblik over borgere med særlige udfordringer.

Siden seneste tilsyn ses forbedringer i forhold til

- §83a forløb: Der er 2 forløbskoordinatorer (assistenter). Efter en lang coronaperiode er tværfaglige møder med terapeuter startet. Forandringerne har skabt forbedringer i forhold til lovgivningens krav.
- Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring. Den fælles kommunale indsats har medvirket til øget fagligt fokus. Medarbejderne udviser opmærksomhed på borgernes ernæringstilstand og støtter borgerne i at tage mod tilbuddet om jævnlig vejning.

De ovenfor nævnte styrker og erfaringer med kvalitetsforbedringer er et godt afsæt til at fastholde den gode kvalitet og yderligere forbedre praksis.

### Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 1 tema er "Helt opfyldt"
- 2 temaer er "I betydelig grad opfyldt"
- 1 tema er "I nogen grad opfyldt"

Temaområderne består af underliggende målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er "Helt opfyldt" kan rumme enkelte målepunkter med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten. Temaer, der ikke er "Helt opfyldt" beskrives nedenfor med tilsynets anbefalinger. Der ses uddybende beskrivelser fra tilsynsbesøgene under det enkelte tema.

#### Tema 1 Funktionsevne

##### Målepunkt 1.4 Levering af bevilligede ydelser

De bevilligede ydelser (SEL og SUL) fremgår af medarbejdernes besøgslistes. Det sker i en sikker arbejdsproces, som varetages af planlæggeren. Når ydelsen er leveret, skal medarbejderen swipe opgaven som udført.

Vægtkontrol er valgt som stikprøve på leveret ydelse, idet emnet er væsentlig for selvhjulpethed. Efter udførelse af opgaven skal vægten registreres efterfølgende i en observation. Manglen er, at der ses uoverensstemmelser mellem disponeret opgave og leveret opgave jf. 1.4.

Opgaverne har over en længere periode været på en del medarbejderes besøgslistes og opgaverne er swipet og står som ”Gennemført”.

*Tilsynet anbefaler at*

- indskærpe medarbejderne, at alle visiterede ydelser skal leveres, og at manglende udførelse af opgaven skal registreres skriftligt. Det kan eksempelvis være, at borger har takket nej
- undervise medarbejderne i, hvornår man må swipe en opgave og vinge den af
- undersøge om andre opgaver ligeledes overses af medarbejdere
- overveje om vægtkontrol og lignende opgaver kan placeres mere tydelig på opgaveoversigten
- i en periode at følge op via egenkontrol indtil arbejdsgangene er blevet rutine.

### **Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed**

#### Målepunkt 3.3 Tidlig opsporing af ernæringstruede borgere

Et væsentligt grundlag for, at borger har energi og 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 kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne. Forebyggelse kræver en tidlig opsporing af ernæringstruede borgere.

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

Forbedringsområdet er uændret fra 2020/21. De sårbare arbejdsgange har betydning for målopfyldelsen for, hvorvidt:

- medarbejderne tilbyder borger at blive vejet (jf. målepunkt 1.4)
- at væggtab erkendes og meldes videre til sundhedsfaglig medarbejder.

*Tilsynet anbefaler*

- at have større opmærksomhed på om planlagte vægtkontroller bliver udført jf ovenfor
- at have en arbejdsproces for sammenligning af aktuel vægt med tidligere vægt, herunder støtte særligt elever, afløser/vikarer, nyansatte i at erkende væggtab m.m. Dette kan støttes af oplysninger i handleanvisning om, hvornår væggtab skal lægges som opgave til sygeplejen (eksempelvis >1 kg)
- at sundhedsfaglige medarbejdere er opmærksomme på borgers vægtudvikling, eksempelvis ved at sætte relevant dato for opfølgning på ydelsen
- gennemgå arbejdsprocesserne med sygeplejen mhp forbedring af snitfladen
- indføre jævnlig egenkontrol sammen med sygeplejen i form af minijournalaudit på borgere, som har ydelsen vejning.

#### Målepunkt 3.6 og 3.7 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Fokus: 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.

#### Udviklingspotentialet

Beskrivelsen af borgeropgaverne fremstår generelt opdaterede og handleanvisende. ”Generelle oplysninger” kan støtte en medarbejder i at yde individuel støtte, men der ses sparsomme oplysninger.

For sel-ydelse for vejning ses ikke handlingsanvisning.

Der ses generelt manglende sammenhæng mellem pleje og behandling, observation og opfølgning.

Dette omfatter også helbredstilstande, hvilket kan have betydning for borgersikkerheden.

*Tilsynet anbefaler*

- at fastholde jævnlige opdateringer af plejeplanerne inkl. oplysninger om, hvad der får plejen til at lykkes for den enkelte borger og hvad der kan skabe glæde. Anvende Generelle oplysninger.
- at funktionsevnetilstande og helbredstilstande opdateres svarende til borgers aktuelle tilstand
- forbedre handlingsanvisningerne til brug for borgerbesøgene
- at ændringer i borgers tilstand medfører konsekvensrettelser de rette steder, eksempelvis efter ”tidlig opsporingsmøder”
- foretage egenkontrol i form af enkel journalaudit af få, kritiske punkter med fastlagte intervaller



## 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.

	Helt opfyldt
	I betydelig grad opfyldt
	I nogen grad opfyldt
	Ikke opfyldt

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	<b>Funktionsevne</b>  Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering Korterevarende rehabiliteringsforløb efter §83a	
Tema 2	<b>Livskvalitet og tilfredshed</b>  Praktisk hjælp og personlig pleje Måltider og maden	
Tema 3	<b>Sammenhæng og forudsigelighed</b>  Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde	
Tema 4	<b>Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn</b>  Proces for den lokale opfølgning med tiltag, evaluering m.m. Målopfølgelsen 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:

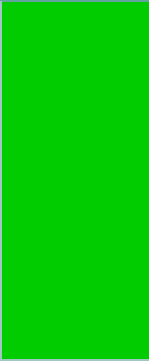

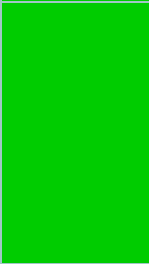

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<p>Borgere, som er visiteret til et afklarende forløb efter §83a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Det afklarende forløb er dokumenteret:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Der foreligger plan lavet i samarbejde med borger. Planen beskriver mål, varighed og indhold af indsatsen.</li> <li>b) Der er fastsat evalueringstidspunkter.</li> <li>c) I cura er medarbejdernes opgaver konkret beskrevet</li> </ol> </li> <li>2) Ved afslutning af rehabiliteringsforløb er borgers funktionsevne opdateret.</li> </ol>		<p>§83a forløbene fremstår med velfungerende tværfaglig mødestruktur, hvor forløbene evalueres og tiltag justeres. Borgerforløbene koordineres af terapeut og 2 forløbskoordinatorer (1 assistent og 1 hjælper). Af observationer ses medarbejdernes journalisering, som viser udviklingen i borgers forløb. Der ses tillige løbende faglige vurderinger.</p> <p>Opmærksomhedspunktet: Ad 1 a Borgers mål kan eksempelvis være at opnå at kunne gå rundt om brugsen. Men hvad er delmålene og tidsplanen? Ved borgerbesøg er konkrete delmål væsentlige af kende for medarbejderne. (SMART-mål)</p>
1.2	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen?</li> <li>2) Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til at du bliver så selvhjulpent som muligt i forhold til praktiske gøremål/personlig pleje.</li> <li>3) Hvordan har din evne til at klare dig selv i de daglige gøremål udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælpen? (Grad af selvhjulpenthed).</li> </ol>		

	<p>4) Er din evne til at løse hverdagsopgaver (ADL) blev forbedret eller er forblevet uændret, mens du har haft hjælp fra hjemmeplejen?</p> <p>5) Hvordan vurderer du betydningen af den hjælp du får?</p>		
<b>1.3</b>	Der er overensstemmelse mellem den visiterede ydelse, den disponerede hjælp og borgernes aktuelle tilstand.		
<b>1.4</b>	Medarbejderne leverer de aftalte ydelser. Såfremt ydelsen ikke kan leveres – hvis borger eksempelvis takker nej – gives skriftlig besked til rette funktion.		<p>Levering af visiteret ydelse:  Eksempel: Vægtkontrol  Stikprøve 4 borgerforløb.</p> <p>De 4 borgere er visiteret til ydelsen 1 gang om måneden.</p> <p>For 3 borgere er ikke registreret vægte svarende til det aftalte interval de seneste 6 mdr. Der ses enkelte vægte.</p> <p>Opgaverne har været over længere periode og har derfor været tildelt en del medarbejders kørelister.  Der ses ikke "observation" eller anden skriftlig formidling af, at opgaven ikke er udført. Det kan eksempelvis være, at borger har takket nej.</p> <p>Ved stikprøveopslag i kalenderen ses, at opgaven er swipet og den står som Gennemført.</p>

1.5	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.		<i>Alle borgerforløb er gennemgået af visitator ifm ændring af pakker.</i>
1.6	Medarbejdere kender arbejdsgangene for at melde videre, hvis borgers begrænsning af funktionsevnen ændrer sig.		

## Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering: 

Nr.	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<p>(Personlig pleje)</p> <p>Interviewede borgere (eller pårørende) svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde?</li> <li>2) Synes du at personalet udviser respekt for dig?</li> <li>3) Hvor tilfreds er du med medarbejderens imødekommenhed over for dine ønsker til hjælpen?</li> <li>4) Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig?</li> <li>5) Er du tryk ved den måde hjælpen tilbydes på?</li> <li>6) Oplever du dig soigneret/veltilpas efter morgenplejen</li> <li>7) Er du samlet set tilfreds med hjælpen. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg)?</li> </ol>		
2.2	Fremtræder borger velplejet i forhold til borgers behov og ønske?		
2.3	<p>(Praktisk hjælp). Interviewede borgerne svarer generelt positivt på følgende:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig?</li> <li>2) Har den hjælp, du har modtaget betydet, at du i højere grad kan klare dig selv i de daglige gøremål.</li> <li>3) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?</li> <li>4) Er du samlet set tilfreds med den hjælp, du får til rengøring, til tøjvask og til indkøb?</li> <li>5) Vil du anbefale den hjælp, du modtager til andre med samme behov?</li> </ol>		
2.4	<p>Observation i hjemmet:</p> <p>Er hjemmet ryddeligt og rent i det omfang, borgeren har behov for og ønsker hjælpen?</p> <p>Er hjemmet rengjort svarende til tidspunktet for seneste rengøringsydelse?</p>		

2.5	Hvis tilsynsførende overværer medarbejders besøg: Der ses velegnede arbejds gange og udførelse af opgaverne på en måde, der sikrer den fornødne kvalitet.		
2.6	Medarbejderne kender mål for indsatsen og kan redegøre for den faglige indsats. Medarbejder giver eksempler på, at indsatsen sker i samarbejde med borgeren og sikrer hensyn til den enkelte borgers personlighed, ønsker og vaner.		
2.7	Interviewede borgere og medarbejdere svarer generelt positivt på spørgsmål om: 1) Kender du til muligheden for at kunne ”bytte ydelser”, fleksibel hjemmehjælp? 2) Medarbejderne bærer legitimationskort.		1 ud af 3 borgere kender ikke til at kunne ”bytte ydelser”.
2.8	Interviewede borgere, der modtager hjælp til mad og måltider, er overvejende tilfredse med 1) Madens kvalitet, herunder smag, udseende og duft 2) Mulighed for variation og indflydelse på maden 3) Støtte til at få maden serveret og hjælp til at spise.		
2.9	Medarbejderne kender borgers ønsker og behov til ernæringen  *Aftenvagterne har kendskab til de instrukser, der er for at håndtere maden før måltidet: Har de kendskab til hvordan maden varmes op og tilberedes korrekt, så maden smager bedst muligt.		Aftenvagterne fortæller om udfordringer med tilberedning. Der er forskellige mikrobølgeovne i borgernes hjem, som ikke fungerer ens. De kan være markeret med tusch for den styrke, der skal anvendes, hvilket medarbejderne følger.  Denne markering ses ikke i fuld overensstemmelse med køkkenets anbefaling, som er lav effekt og 6-8 minutters tilberedning.

2.10	Observationer og dokumentation i hjemmet, hvor borgeren viser færdiglavet mad i køleskabet, eksempelvis smurt frokost eller klargjort aftensmad.  Hvis tilsynsbesøget sker ved måltidet, oplever tilsynet madens duft og udseende.		
------	--	--	--

\*Fokusområde 2022

## Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	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?		<i>Borgerne er glade for samarbejdet med de faste medarbejdere. Det beskrives som velfungerende både i dagvagt og i aftenvagten.</i>
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	<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.		Ad 1 <i>Ved ændringer af borgers tilstand, ses det velimplementeret, at medarbejderne videregiver information ved tavlemøde eller mundtligt på anden vis. Formidlingen støttes af observationer.</i>  <i>Medarbejderne følger endnu ikke helt den skriftlige arbejdsgang med at lægge observation som opgave. Eksempelvis har en borger haft behov for vigtig p.n. medicin om morgenen, hvilket er lagt som observation. Aftenvagten læser observationen inden besøg. Disse</i>



	<p>arbejdsprocesser er velfungerende. Men observationen var ikke lagt som opgave til sygeplejen, hvilket medfører at sygeplejen ikke orienteres i relevant omfang. Medarbejderne fortæller uoverensstemmende oplysninger om i hvilke situationer en observation lægges til sygeplejen / planlægger.</p> <p>Ad 2 Jf. 1.4 Levering af visiteret ydelse Vægtkontrol: Stikprøve 4 borgerforløb med visiteret vægtkontrol.</p> <p>De 4 borgere er visiteret til ydelsen 1 gang om måneden.</p> <p>For 1 ud af 4 borgerforløb er borger vejet svare de til de besluttede intervaller. 1 borger er kommet via rehabiliteringen, som har udfyldt handlingsanvisning for vægtkontrol. Her står, at vægtkontrollen er afhængig af vægt, som hjemmeplejen/sygeplejen kan medtage. Sygeplejen har ikke været informeret, så vægtkontrol er ikke udført som planlagt. Dette ses som snitfladeudfordring mellem rehabiliteringen og sygeplejen.</p> <p>For 2 andre borgere ses enkelte vejninger med større spring i interval.</p> <p>Der ses ikke tegn på, at vægtmålingerne har været savnet af sundhedsfaglige medarbejdere, enten i hjemmeplejen, hvor vejningerne har været sel-ydelse</p>
--	---

			<p>eller af sygeplejen, hvor vejninger har været sul- ydelse.</p> <p>Handlingsanvisningerne indeholder ikke oplysninger til medarbejderne om hvad medarbejderne skal reagere på (eksempelvis at sende en observation lagt som opgave til sygeplejen ved væggtab over 1 kg). Desuden ses at ydelsen i flere tilfælde ikke er evalueret som planlagt.</p> <p>Der ses to større uplanlagte væggtab, som ikke ses formidlet videre skriftligt- via observationen. Der ses ikke tegn på opdatering af borgers vejehyppighed eller kostændring, hvilket kunne vise at væggtabet var mundtligt formidlet.</p>
<b>3.4</b>	<p>Hvis borger modtager/har modtaget terapeutindsats efter §86, svarer de overvejende positivt om nedenstående spørgsmål og udsagn:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hvordan har din evne til at klare dig selv udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælp?</li> <li>2) Borgerne oplever, at træningsudbyttet er muligt at fastholde i hverdagen.</li> <li>3) Borger oplever at hjemmeplejen ved behov husker borger på at lave aftalte øvelser, husker borger på rigtig teknik ved forflytning, gå x gange, mens medarbejder er i hjemmet m.m.</li> </ol>		
<b>3.5</b>	<p>Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere i forhold til:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mål</li> <li>2) Inddragelse af træningselementer og -aktiviteter i daglig hjælp, pleje og omsorg</li> <li>3) Vurdering af funktionsevne.....</li> <li>4) Råd til rigtig forflytning.....</li> <li>5) Personlig pleje: Balance- stå- eller gåmuligheder samt evt. øvelser o.a., som borger kan huskes på.</li> </ol>		<p>Målepunktet er ikke afdækket grundet tilsynsbesøget blev afholdt i aftentimerne.</p>

3.6	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> Der er fokus på systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes tilstande med udgangspunkt i ex uplanlagt væggtab, dysfagi, tryksår og fald.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Den social- og plejefaglige dokumentation er overensstemmende med opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande. Der ses rød tråd mellem funktionsevnetilstande, ydelser og besøgsplan.</li> <li>2) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion (eksempelvis som observation lagt som opgave)</li> <li>3) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender.</li> </ol>		<p>Samlet set ses overensstemmelse for 2 ud af 4 undersøgte borgerforløb mellem funktionstilstande, ydelser, handlingsanvisninger og observationer. For helbredstilstande ses overensstemmelse for 2 ud af 4 borgere.</p> <p>For SEL-ydelse for vejning ses i 3 ud af 4 tilfælde ikke handlingsanvisning.</p>
3.7	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag: Handlingsanvisninger for besøg/plejeplaner og generelle oplysninger</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Oplysningerne fremtræder handleanvisende og opdaterede i forhold til borgers aktuelle behov. Der ses individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger og borgers vaner og ønsker.</li> <li>2) For borgere ramt af demens indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleanvisende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt</li> <li>3) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren</li> <li>4) Forflytningsvejledninger støtter en tryk oplevelse for borgerne.</li> </ol>		<p>Handlingsanvisninger for besøg fremstår for 4 ud af 5 forløb opdaterede og handleanvisende og hjælper en medarbejder, der ikke kender borger så godt til at udføre en genkendelige pleje.</p> <p>Der er få oplysninger under "Generelle oplysninger", som kan hjælpe medarbejdere til at kende til borgers individuelle behov for at et besøg lykkes til borgers tilfredshed.</p>

## Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen.</p> <p>Der er prioriteret og igangsat tiltag.</p> <p>Der ses dato for evaluering.</p>		<p>Tilsynet hører om kvalitetsforbedringsarbejde.</p> <p>Det foregår ihærdigt og med tværfaglig involvering.</p> <p>Indsatsen støttes ikke af strukturerede forbedringsforløb med brug af skriftlighed.</p>
4.2	<p>Effekten af tiltagene er evalueret.</p> <p>I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført.</p>		
4.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>		<p>Forandringsarbejdet er igangværende og må forventes at medføre de planlagte forbedringer.</p>



# Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

## Tilgang og formål

Tilsynets kerneydelse er på en anerkendende måde at belyse, om gældende lovgivning og politisk fastsatte retningslinjer og politikker overholdes og efterleves, således at borgerne får den hjælp, de er berettiget til, og at hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig forsvarlig måde. Tilsynet skal belyse, hvorvidt:

- Borgerne får hjælp i henhold til kommunens kvalitetsstandarder
- Hjælpen er i henhold til loven og i henhold til afgørelsen om hjælp
- Hjælpen er i overensstemmelse med borgerens aktuelle behov for hjælp
- Forebygge, at eventuelle mindre problemer udvikler sig til store problemer.

Tilsynet har under tilsynene fokus på, at besøgene er afviklet med en anerkendende tilgang med fokus på dialog. Det er intentionen, at tilsynsbesøget kan medvirke til at fremme den videre udvikling af praksis på den enkelte plejeenhed.

Under besøget fokuserer tilsynsførende på plejeenhedens styrker og det, der virker. Det afspejles om muligt i spørgsmålene og dialogen, som kan grundlag for den videre refleksion og analyse af praksis.

Tilsynsførende søger at opnå den fornødne indsigt som grundlag for dialog om eventuelle forbedrings-områder, hvor borgernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandarder m.m.

Samlet set stiller tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

- Viden om, hvorvidt borgerne får den hjælp, de er berettiget til, og om hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig forsvarlig måde på den enkelte plejeenhed
- Støtte til kvalitetsudviklingen gennem konstruktiv dialog og brugbare kvalitetsdata
- En samlet viden på tværs af plejeenhederne om fælles styrker og udfordringer.

Tilsynsbesøget er gennemført uanmeldt og er et udtryk for det øjebliksbillede, som er tilgængeligt på tidspunktet for tilsynets gennemførelse. Tilsyn udføres 12 måneder efter seneste tilsyn +/- 4 måneder, medmindre andet er aftalt med kommunen.

## Indhold og metode

Tilsynet indsamler data på baggrund af hovedpunkter udvalgt af Stevns 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 og beskrives under figuren.

Niveauer	Det samlede tilsynsresultat											
Temaer												
Målepunkter												
De enkelte stikprøver												

### 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:

	Helt opfyldt
	I betydelig grad opfyldt
	I nogen grad opfyldt
	Ikke opfyldt

### 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

Højst 2 af temaerne er vurderet lavere end "Helt opfyldt" (Tema 1-3).

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"

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 1 af temaerne er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”

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*

2 eller flere af temaerne er vurderet lavere end ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-3).

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

Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg

*Kritisable forhold*

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.



## Om virksomheden og kontaktoplysninger

Nethe Britt Jorck  
Virksomhedsleder og tilsynschef

DMK-tilsynsafdeling, akkrediteringsraadgiverne.dk  
Egebjergvej 232 a  
4500 Nykøbing Sjælland  
Mobil: +45 2869 8898  
Mail: [nethe@jorck.net](mailto:nethe@jorck.net)

*Akkrediteringsraadgiverne.dk* er en privat leverandør af rådgivning og tilsyn til de danske kommuner og sygehuse, herunder tilsyn og kvalitetsbesøg inden for serviceloven og sundhedsloven.

Konsulentfirmaet består af virksomhedsleder, som sammen med udvalgte teamkolleger varetager alsidige opgaver, eksempelvis:

- Tilsyn med plejeboliger på ældreområdet
- Tilsyn med fritvalgsområdet
- Andre kvalitetsbesøg/tilsyn i hjemmesygeplejen, akutfunktioner, plejecentre og hjemmeplejen efter serviceloven og sundhedsloven
- Kvalitetsbesøg/temperaturmålinger ift. ældretilsynets målepunkter
- Kvalitetsbesøg/temperaturmåling ift. risikobaseret tilsyn med STPS's målepunkter
- Second opinion kombineret med kvalitetsbesøg/tilsyn ved eksempelvis klagesager
- Tværsektorielle borgerforløb. Ressource- og opgavefordeling
- Brugerundersøgelser, herunder borgertilfredshedsundersøgelser

Ovenstående liste er ikke udtømmende. Sundhedslovs- og servicelovsområdet giver stadig mere komplekse udfordringer i hverdagen, hvor vi kan byde ind med et samarbejde med fokus på en bestemt borgersituation, vinkel eller en særlig dagsorden.

Om virksomhedsleder og tilsynschef

Nethe Jorck har sundhedsfaglig uddannelse (sygeplejerske) suppleret med MPP (Master of Public Policy) til lige med kompetencegivende uddannelser indenfor ledelse, kvalitet og patientsikkerhed.

Nethe Jorck har en årrække beskæftiget sig med sociallovs- og sundhedslovsydelse, kvalitetssikring og patientsikkerhed i kommuner og regioner gennem funktioner som oversygeplejerske, kvalitetschef, tilsynschef, akkrediteringskoordinator m.m.

Hun er aktiv surveyor med ledende funktioner gennem 13 år for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet).

Ovenstående har medført lang erfaring og indgående viden og indsigt i spændingsfeltet mellem det, der besluttet (lovgivning, retningslinjer, kvalitetsstandarder m.m.) og det, der sker i praksis tættest på borgerne. Hertil kommer indgående erfaring med forandrings- og forbedringsarbejde med basis i uddannelse og projektarbejde med projekter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

