



akkrediteringsraadgiverne.dk

# TILSYNSRAPPORT

**Stevns Kommune  
Sundhed og Omsorg**

**De Glade Vikarer**

Unmeldt tilsyn

November 2019

## Indhold

<b>Fakta om tilsynet .....</b>	<b>5</b>
<b>Samlet tilsynsresultat .....</b>	<b>6</b>
<b>Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer.....</b>	<b>7</b>
<b>Målopfyldelse af de 8 temaer .....</b>	<b>9</b>
<b>Resultater og vurdering af de enkelte temaers målepunkter .....</b>	<b>9</b>
Tema 1 Der er sammenhæng mellem den visiterede hjælp, den faglige dokumentation, borgers aktuelle behov .	10
Tema 2 Kvaliteten af den praktiske hjælp er tilfredsstillende.....	12
Tema 3 Kvaliteten af den personlige hjælp og pleje er tilfredsstillende .....	13
Tema 4 Leverandørens indsats ift. korterevarende og tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb er tilfredsstillende ...	14
Tema 5 Plejeenhedens dokumentationspraksis er tilfredsstillende .....	15
Tema 6 Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i ydelsen er tilfredsstillende .....	16
Tema 7 Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats er tilfredsstillende .....	17
Tema 8 Kvaliteten af hjælpen til mad og måltider er tilfredsstillende .....	18
<b>Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper .....</b>	<b>19</b>
Tilgang og formål .....	19
Indhold og metode .....	19
Vurderingsprincipper .....	20
<b>Om tilsynsvirksomheden.....</b>	<b>22</b>

## Forord

De uanmeldte tilsyn i Stevns Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

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 borgernes 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 målepunkter medtaget, således at læseren kan se, hvad der er grundlaget for vurderingerne. Fund af betydning for vurderingen 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

<b>Leverandørens navn og adresse</b>
De Glade Vikarer, Tigervej 15, 4600 Køge
<b>Leder</b>
Charlotte Kristensen (adm.direktør)
<b>Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg</b>
13. november 2019.
<b>Datagrundlag og metodik</b>
Tilsynet omfatter 8 borgere med forskelligt behov for personlig pleje og praktisk hjælp. 4 borgere er registreret som Rehab. borgere (§83a forløb).  Data er indsamlet via <ul style="list-style-type: none"><li>- <u>Dokumentation</u>: Omsorgssystemet, procedurer, besøgsplaner, kørelister, borgerinformationer.</li><li>- <u>Interview</u>: 7 borgere, som har givet tilsagn om at blive interviewet samt 3 pårørende. 6 medarbejdere, heraf 3 hjælpere, 1 sygeplejerske, 1 planlægger, 1 koordinator samt leder.</li><li>- <u>Observation</u>: Besøg hos 7 borgere, borgers hjem, borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem, rengøringen samt mad, tøjvask og indkøb, hvor det er relevant.</li></ul>
<b>Tilsynsførende</b>
Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

## Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Stevns Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos De Glade Vikarer. Det uanmeldte tilsyn udføres efter "Varetagelse af tilsyn i Hjemmeplejen".

Fokusområderne er vurderet i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

	<p><b>Godkendt</b></p> <p>Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag samlet set er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Der kan være få afvigelser, som vurderes at være under forbedring.</p>
X	<p><b>Godkendt med få bemærkninger</b></p> <p>Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til i vid udstrækning at leve op til såvel lovgivningens krav kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Der er ikke konstateret betydelige problemer i et af målområderne, men dele af den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag lever ikke op til den fornødne kvalitet. Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.</p>
	<p><b>Godkendt med mangler</b></p> <p>Dette betyder, at der er i et eller flere målområder er betydelige mangler i den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer.</p>
	<p><b>Kritisable forhold</b></p> <p>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.</p>

## 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 på plejeenheden. For det andet beskrives eventuelle forbedringsområder med tilhørende anbefalinger i tilfælde af, at praksis på plejeenheden ikke er fundet i overensstemmelse med lovgivningens krav, Stevns Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

### Styrker

De Glade Vikarer yder hjemmepleje på et niveau, der i vid udstrækning opfylder de vedtagne kvalitetskrav til praktisk hjælp og personlig pleje. Borgerne er meget tilfredse. På spørgsmål om hvor tilfreds borger er samlet set med hjemmeplejen på en skala fra 1-10 er svaret for alle: 10.

De Glade Vikarer udviser engagement for at sikre borgerne kvalitet i kerneydelsen og fremstår med en velfungerende organisering. Triage anvendes i den faglige dialog med henblik på tidlig opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand. Det medvirker til sikkerhed for borgerne samt løbende kompetenceudvikling. Det sygeplejefaglige samarbejde mellem De Glade Vikarer og den kommunale hjemmesygepleje fremstår velfungerende.

**Borgernes tilfredshed** er høj. Alle interviewede borgere udtalte sig meget positivt om medarbejderne, som opleves som både søde, rare, dygtige og meget imødekommende. Borgerne fortæller, at det giver tryghed at få den hjælp, man har brug for, og at der oftest kommer de samme og hjælper dem.

Borgerne giver udtryk for, at den leverede hjælp svarer til deres behov, og at der ikke forekommer aflysninger og udeblivelser. Borgerne har opdaterede kontaktoplysninger til hjemmeplejen.

**Den personlige pleje og den praktiske hjælp:** Medarbejderne udviser en rehabiliterende tilgang og tilrettelægger opgaverne i samarbejde med borgerne. Ydelsen leveres med sigte på, at ydelsen fremmer borgerens evne og mulighed for at tage vare på sig selv. Borgernes boliger fremtræder rene svarende til, hvornår borger sidst har fået gjort rent.

De Glade Vikarer har forbedret den skriftlige dokumentation betydeligt og indført arbejdsgange i forhold til cura, som viser god fremdrift. Der resterer nogle udviklingsområder, som er uddybet nedenfor.

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

### Forbedringsområder, læringspunkter og eventuelle anbefalinger

4 temaer er vurderet "Helt opfyldt"  
3 temaer er vurderet "I betydelig grad opfyldt"  
1 tema er vurderet "I nogen grad opfyldt"

Temaerne består af underliggende målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et mål, som er "Helt opfyldt" kan rumme enkelte målepunkter med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af senere afsnit i rapporten.

Temaerne med forbedringspotentiale omhandler primært

1. Rehabiliteringsforløb
2. Besøgsplaner

#### **Rehabiliteringsforløb**

Tema 1 Sammenhæng mellem den visiterede hjælp, den faglige dokumentation og borgerens aktuelle behov  
Tema 4 Leverandørens indsats ift. korterevarende og tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb efter § 83a

Medarbejdernes yder praktisk hjælp og personlig pleje til borgerne uden forskel på, om borger er i Rehab-forløb eller visiteret til varig ydelse. For Rehab-forløb ses ikke plan, hvori indgår målet for indsatsen, varighed samt indholdet i indsatsen. Arbejdsgangene understøtter ikke at forløbene bliver evalueret.

**Tilsynet anbefaler, at**

- fastlægge ansvars- og opgavefordelingen ved Rehab-forløb
- sikre udarbejdelse af mål sammen med borger, formidle handleanvisende indhold af ydelsen samt synliggøre varigheden, herunder fastlægge evaluering
- i en periode følge op på alle forløb ugentligt.

**Besøgsplaner**

Tema 5 Plejeenhedens dokumentationspraksis er tilfredsstillende

Tema 7 Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats er tilfredsstillende

Medarbejderne anvender besøgsplanerne som grundlag for ydelsen. Formidlingen heri bliver derfor afgørende for, om borgerne modtager den rette ydelse. For 4 ud af 8 besøgsplaner er disse fyldestgørende. De øvrige er meget sparsomme og hjælper ikke medarbejdere, som ikke kender borger så godt til at yde en genkendelig pleje.

**Tilsynet anbefaler, at**

- fortsætte implementeringsindsatsen af cura
- medarbejderne videndeler om gode besøgsplaner som led i kompetenceudviklingen
- fastlægge hyppige journalaudit i en periode.

## Målopfylde af 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 borger og den praktiske udførelse.

Af nedenstående oversigt ses den samlede målopfylde for hvert tema. Vurderingen er angivet med farver.

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

Temaer		Vurdering
<b>Tema 1</b>	Der er sammenhæng mellem den visiterede hjælp, den faglige dokumentation og borgerens aktuelle behov	
<b>Tema 2</b>	Kvaliteten af den praktiske hjælp er tilfredsstillende	
<b>Tema 3</b>	Kvaliteten af den personlige hjælp og pleje er tilfredsstillende	
<b>Tema 4</b>	Leverandørens indsats ift. korterevarende og tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb er tilfredsstillende (§83a)	
<b>Tema 5</b>	Plejeenhedens dokumentationspraksis er tilfredsstillende	
<b>Tema 6</b>	Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i ydelsen er tilfredsstillende	
<b>Tema 7</b>	Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats er tilfredsstillende	
<b>Tema 8</b>	Kvaliteten af hjælpen til mad og måltider er tilfredsstillende	

I de kommende afsnit følger de bagvedliggende data og vurderinger.

## Resultater og vurdering af de enkelte temaers målepunkter

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 udfør hvert målepunkt er beskrevet særlige positive eller negative fund, som kan have værdi i det videre arbejde.



## Tema 1 Der er sammenhæng mellem den visiterede hjælp, den faglige dokumentation og borgerens aktuelle behov

### Samlet vurdering:



Det indgår i den samlede vurdering, at hjemmeplejen indgår med samarbejdspartnere i udførelsen af arbejdsgangene.

Nr.	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
1.1	Der foreligger bevilling. Der foreligger dokumentation for funktionsniveau. Oplysningerne er opdateret.		Der foreligger funktionsevnebeskrivelse for nyhenviste og for afsluttede borgere. For 2 borgere er ydelsen justeret og funktionsevnebeskrivelsen er opdateret. For 4 borgere i Rehabforløb er funktionsevnebeskrivelserne og ydelsen ikke opdateret. 4 borgere har været i Rehabforløb over 4 måneder.
1.2	Arbejdsgangene sikrer, at medarbejderne har kendskab til den bevilgede ydelse, borgers aktuelle behov og funktionsevnebeskrivelsen. Medarbejdere kender arbejdsgangene for at melde videre, hvis borgers begrænsning af funktionsevnen ændrer sig.		Arbejdsgangene sikrer det anførte, dog ikke for borgere visiteret til Rehab-forløb.
1.3	Der er overensstemmelse mellem den bevilgede ydelse, borgers tilstand, medarbejders viden om borger og besøgsplanen.		Arbejdsgangene sikrer det anførte, dog ikke for borgere visiteret til Rehab-forløb.
1.4	Interviewede borgere har kendskab til deres bevilling. De oplever, at der er sammenhæng mellem den hjælp, de er visiteret til og den hjælp, de har behov for.		Arbejdsgangene sikrer det anførte, dog ikke for borgere visiteret til Rehab-forløb.

1.5	Borgerne tilkendegiver, at der er sammenhæng mellem den hjælp, de oplever at have behov for og den hjælp, de modtager.		
1.6	Leder/planlægger beskriver eksempler på, hvorledes data løbende indsamles om kvaliteten, og hvorledes data anvendes til forbedringer af arbejdsgange lokalt og i samarbejdet med myndighedsafdelingen.		



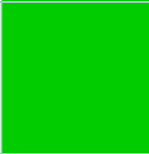

## Tema 2 Kvaliteten af den praktiske hjælp er tilfredsstillende

Samlet vurdering:

Nr.	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
2.1	<p>Interviewede borgere svarer positivt på følgende spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er du samlet set tilfreds med den hjælp, du får til rengøring, til tøjvask og til indkøb?</li> <li>- Får du den hjælp, du har brug for, så du kan klare hverdagen?</li> <li>- Synes du, at der bliver taget hensyn til dine personlige ønsker og valg?</li> </ul>		
2.2	<p>Interviewede borgere svarer positivt på følgende spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvad er dit mål for at kunne så meget som muligt selv? Hvordan går det med at få støtte til det?</li> <li>- Har din evne til at klare daglige gøremål udviklet sig under hjemmeplejeindsatsen?</li> </ul>		
2.3	<p>Interviewede borgere oplever, at hjælpen kommer til den aftalte tid +/- 1 time. Borgerne oplyser, at der bliver givet besked ved ferie og sygdom og at der kommer en afløser.</p>		
2.4	<p>Interviewede borgere kender til muligheden for at</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kunne vælge frit mellem kommunale og private leverandører</li> <li>- ”bytte ydelser”, fleksibel hjemmehjælp</li> </ul>		
2.5	<p>Observation i hjemmet: Kvaliteten af rengøringen er i overensstemmelse med hvornår der sidst er gjort rent ift. kvalitetsstandard for Stevns Kommune. Hvis tilsynsførende overværer medarbejders besøg, er ydelsen i overensstemmelse med besøgsplanen.</p>		
2.6	<p>Medarbejdere kender borgers aktuelle funktionsevne og målet for ydelsen. Medarbejdere kan give eksempler på, hvorledes borger støttes i at kunne klare så meget som muligt selv.</p>		Der er ikke mål for indsatsen for Rehab-forløb.

### Tema 3 Kvaliteten af den personlige hjælp og pleje er tilfredsstillende

Samlet vurdering: 

Nr.	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelser af betydning for vurderingen
3.1	Interviewede borgere er samlet set tilfredse med hjælpen til den personlige pleje. De oplever tilfredshed med hjælpen til at gå i bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg.		
3.2	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende spørgsmål om hjælpen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvad er dit mål for at kunne så meget som muligt selv?</li> <li>- Hvad synes du om medarbejdernes støtte til at gøre dig så selvhjulpent så mulig?</li> <li>- Har din evne til at klare dig udviklet sig mens du har fået hjælp?</li> </ul>		
3.3	Fremtræder borger velplejet? Hvis tilsynsførende overværer medarbejders besøg vurderes om ydelsen er i overensstemmelse med besøgsplanen.		
3.4	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.		Der er ikke mål for indsatsen for Rehab-forløb.

## Tema 4 Leverandørens indsats ift. korterevarende og tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb efter § 83a er tilfredsstillende

Samlet vurdering:



Nr.	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
4.1	Interviewede borgere oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet. Borgere, der har gennemgået et rehabiliteringsforløb kan fortælle eksempler på, at deres funktionsevne er forbedret under forløbet.		4 ud af 4 borgere i Rehab-forløb er ikke opmærksomme på, at de er i Rehab-forløb
4.2	Medarbejdere kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af rehabiliteringsforløbene. Medarbejderne har kendskab til rehabiliteringsmålet og aktuelle opgaver hos den enkelte borger. Medarbejdernes ydelse er i overensstemmelse med planen.		Arbejdsgangene støtter ikke medarbejderne i at sætte mål og indhold for indsatsen. Indsatsen bliver ikke evalueret og ydes fortløbende. 3 ud af 4 har haft Rehab-forløb i 7 måneder og 1 borger i 4 måneder.
4.3	Ved opstart af rehabiliteringsforløb foreligger plan lavet i samarbejde med borger. Planen beskriver mål, varighed og indhold af indsatsen. Ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne.		Der foreligger ikke plan for forløb, hvori indgår målet for indsatsen, varighed samt indholdet i indsatsen.

## Tema 5 Plejeenhedens dokumentationspraksis er tilfredsstillende

Samlet vurdering:



Nr.	Fokuspunkter Eventuelle	Vurdering	Uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
5.1	Besøgsplaner er fyldestgørende, handleanvisende og opdaterede.		4 ud af 8 besøgsplaner er fyldestgørende, handleanvisende og opdaterede. De omhandler også oplysninger om ernæring mv.
5.2	Dokumentationen fremstår sammenhængende. Der foreligger fyldestgørende funktionsevnebeskrivelser med borgers vaner og ønsker. Ved ændringer er disse opdateret.		Besøgsplaner fungerer som det centrale arbejdsredskab for medarbejderne jf. 5.1.
5.3	Dokumentationen indeholder oplysninger om borgernes ernæringstilstand og -indsatser.		
5.4	Medarbejderne kan finde relevante borgers helhedsoplysninger, mål for personlig og praktisk hjælp samt borgernes ønsker og vaner. Medarbejderne har let adgang til oplysninger om beslutninger, der skal medvirke til, at borger kan fastholde og om muligt forbedre sit funktionsniveau i forhold til dagligdagens aktiviteter og gøremål.		
5.5	Medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.		
5.6	Leder/stedfortræder kan redegøre for indsatser med henblik på at sikre en ensartet og systematisk dokumentationspraksis.  Leder kan beskrive, hvorledes indsamlet viden anvendes til forbedringer. Leder kan give eksempler på eventuelle justeringer af arbejdsgange og undervisningstiltag samt give eksempler på opfølgende tiltag.		

## Tema 6 Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i ydelsen er tilfredsstillende

Samlet vurdering:



Nr.	Fokuspunkter	Vurdering Farve	Eventuelle uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
6.1	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende spørgsmål om praktiske forhold <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig?</li> <li>- Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der kommer i dit hjem?</li> <li>- Kommer medarbejderne generelt på de aftalte tidspunkter?</li> <li>- Har borger opdaterede og læsevenlige kontaktoplysninger til leverandøren</li> </ul>		
6.2	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende spørgsmål om de medarbejdere, der yder hjælpen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er hjælperne venlige – omsorgsfulde overfor dig?</li> <li>- Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Får du hjælp til at kunne leve det liv, som du ønsker?</li> </ul>		
6.3	Ved samvær med medarbejdere observerer tilsynsførende <ul style="list-style-type: none"> <li>- en respektfuld kommunikation og adfærd i forhold til borgerne</li> <li>- at medarbejderne bærer den beklædning, som stilles til rådighed og har legitimationskort med billede.</li> </ul>		
6.4	Medarbejderne udviser faglige kompetencer, herunder faglig refleksion. Medarbejderne giver eksempler på introduktion og undervisningsaktiviteter, som sikrer en løbende kompetenceudvikling. Medarbejdere kan beskrive eksempler på handlinger, der imødekommer borgernes individuelle behov for at opleve god kommunikation, værdighed og respekt.		
6.5	Medarbejderne ved, hvem de skal kontakte ved ændringer i borgers tilstand. Medarbejderne kan komme med eksempler på, hvordan væsentlige ændringer formidles videre til kontoret eller til samarbejdspartnere.		Arbejdsgangene understøtter ikke, at medarbejderne har fokus på mål for rehabiliteringsborgere og dermed for ændringer i borgers tilstand.
6.6	Koordinering af tværgående arbejdsopgaver fremmer opgaveløsningen i hverdagen. Det kan eksempelvis være ernæringsområdet (kostmedarbejdere, sygeplejerske, assistenter/hjælpere), funktionsevne (assistenter, hjælpere, terapeuter, sygeplejerske). Arbejdsgangene understøtter, at ansvars- og opgavefordelingen fungerer i hverdagen.		Rehab-forløb fremstår ikke koordinerede i tråd med intentionen.

## Tema 7 Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats er tilfredsstillende




Samlet vurdering:

Nr.	Fokuspunkter	Vurdering Farve	Eventuelle uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
7.1	Borgers fremtræden og observerbare risici, både fysiske, sociale og psykiske, er i overensstemmelse med de aktuelle oplysninger i dokumentation og medarbejdernes kendskab.		Besøgsplanerne understøtter for 4 ud af 8 borgere ikke medarbejdere i at yde den rette ydelse.
7.2	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje til borgeren er rettet mod forebyggelse af eksempelvis uplanlagt vægttab.		
7.3	Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab.  Medarbejderne kan redegøre for indsatser i forhold til borgeres individuelle behov for ernæring,		
7.5	Der er sammenhæng mellem de observerede risici og de opgaver, medarbejderne har.		



## Tema 8 Kvaliteten af hjælpen til mad og måltider er tilfredsstillende

Samlet vurdering: 

Nr.	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
8.1	Interviewede borgere, der modtager hjælp til mad og måltider, er tilfredse med <ul style="list-style-type: none"> <li>- madens kvalitet, herunder smag, udseende og duft</li> <li>- mulighed for variation og indflydelse på maden</li> <li>- støtte til at få maden serveret og hjælp til at spise</li> </ul>		
8.2	Medarbejderne kender borgers ønsker og behov til ernæringen, herunder <ul style="list-style-type: none"> <li>- madens indhold og sammensætning. Evt. allergier og foretrukne fødevarer. Diæter o.a.</li> <li>- madens smag, duft og udseende</li> <li>- måltidsafholdelsen, herunder hvad borger har brug for hjælp til.</li> </ul>		
8.3	Observationer og dokumentation i hjemmet, hvor <ul style="list-style-type: none"> <li>- borgeren viser færdiglavet mad i køleskabet, eksempelvis smurt frokost</li> <li>- hvis tilsynsbesøget sker ved måltidet, oplever tilsynet madens duft og udseende.</li> </ul>		



## 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 skal medvirke til at fremme den videre udvikling af praksis på den enkelte plejeenhed, hvilket sikres gennem tilsynets anerkendende tilgang under tilsynsbesøget og i den efterfølgende mundtlige og skriftlige afrapportering.

Læringstilgangen afspejles i alle processer. Under besøget fokuserer tilsynsførende på plejeenhedens styrker og det, der virker. Det viser sig i spørgsmålene og dialogen, som giver grundlag for den videre refleksion. Tilsynsførende opnår derved den fornødne indsigt som grundlag for dialog om eventuelle forbedringsområder, hvor borgernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandarder m.m.

Læringstilgangen afspejler sig tillige i den mundtlige og skriftlige tilbagemelding, idet plejeenhedens styrker og erfaringer danner grundlaget for konstruktiv drøftelse af videre udvikling af praksis.

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.

### **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 Stevns Kommune. 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.



## 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.

	Det samlede tilsynsresultat											
<b>Temaer</b>												
<b>Målepunkter</b>												
<b>De enkelte stikprøver</b>												

### 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

Borgerinterview: Borgerinterviewene er foretaget ud fra tilfredshedsskala på 5 trin, hvor den midterste valgmulighed er neutral. Når alle borgeres tilfredshed ligger på et af de to højeste scoremuligheder vurderes målepunktet "Helt opfyldt". Når 1 ud af 4 borgeres tilfredshed ligger på den laveste score vurderes målepunktet "I nogen grad" opfyldt. Spørgeskemaerne kan rekvireres.

### 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:

#### **Godkendt**

Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag samlet set er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Der kan være få afvigelser, som vurderes at være under forbedring.

#### **Godkendt med få bemærkninger**

Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til i vid udstrækning at leve op til såvel lovgivningens krav kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Der er ikke konstateret betydelige problemer i et af målområderne, men dele af den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag lever ikke op til den besluttede kvalitet.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

#### **Godkendt med mangler**

Dette betyder, at der er i et eller flere målområder er betydelige mangler i den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer.

#### **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 interviewede og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.



## Om tilsynsvirksomheden

### Kontaktoplysninger

Nethe Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

DMK-tilsynsafdeling, [akkrediteringsraadgiverne.dk](http://akkrediteringsraadgiverne.dk)

Egebjergvej 232 a

4500 Nykøbing Sjælland

Mobil: +45 2869 8898

Mail: [nethe@jorck.net](mailto:nethe@jorck.net)

Konsulentfirmaet er etableret i 2014 og er specialiseret i opgaver 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 friplejeboliger
- Tilsyn med fritvalgsområdet – hjemmepleje
- Tilsyn med beskyttet beskæftigelses- og aktivitetstilbud, som ikke er en del af et andet tilbud og derfor underlagt tilsynsreformen (servicelovens §§ 103 og 104)
- Tilsyn med kommunale og private leverandører af ydelser efter Servicelovens § 85, som ikke er underlagt tilsyn fra et Socialtilsyn
- 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) tillige med kompetencegivende uddannelser indenfor ledelse, kvalitet og patientsikkerhed

Nethe Jorck har en årrække beskæftiget sig med sociallovs- og sundhedslovsydelser, kvalitetssikring og patientsikkerhed i kommuner og regioner gennem funktioner som oversygeplejerske, kvalitets-chef, tilsynschef, akkrediteringskoordinator m.m. Hun er aktiv surveyor for IKAS og har haft ledende surveyoropgaver gennem 10 år.

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/patienten. Hertil kommer indgående erfaring med forandrings- og forbedringsarbejde med basis i uddannelse og projektarbejde i samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed.