



akkrediteringsraadgiverne.dk

## TILSYNSRAPPORT

# Stevns Kommune

## Sundhed og Omsorg

### Hårlev Hjemmepleje

# Indholdsfortegnelse

Forord .....	4
Fakta om tilsynet .....	5
Samlet tilsynsresultat .....	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer .....	7
Oversigt over de enkelte temaer .....	9
Tema 1 Funktionsevne .....	10
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen .....	12
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed .....	14
Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn .....	17
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper .....	18
Om virksomheden og kontaktoplysninger .....	21

## 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.

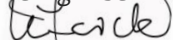
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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



Nette Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef



## Fakta om tilsynet

### Hjemmeplejeleverandør:

Hårlev Hjemmepleje, Hovedgaden 46, 4652 Hårlev

### Leder:

Hjemmeplejeleder Sia Meisner

### Tilsynsbesøget fandt sted:

7. juni 2023 (aftenbesøg)

### Metodik og datagrundlag:

Tilsynet omfatter borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne.

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver i 9 borgerforløb), procedurer, kørelister, borgerinformationer mv.
- Interview: 5 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview samt 2 pårørende. Desuden 8 medarbejdere, heraf 1 leder (tlf), 1 planlægger, 1 sygeplejerske, 1 assistent, 2 hjælpere og 3 aflø-sere.
- Observation: Besøg i borgers 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 3 borgere.

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

Det 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

Hårlev Hjemmepleje fremstår som en grundlæggende velorganiseret plejeenhed.

Borgernes tilfredshed med de faste medarbejdere for både dag- og aftenvagten er høj. Tilsynet hører kun godt om samarbejdet. Borgerne udtrykker tryghed 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. Bemandingen består af enkelte faste medarbejdere samt afløsere/vikarer. Selvom afløserne ikke kender borgers behov så godt, ses at borgere er trygge, selvom de må forklare om opgaverne. Hjælpen ydes i borgers tempo og med småsnakken, humor og guidning tilpasset den enkelte borger. Kontakten til pårørende fremstår velfungerende.

Borgernes boliger fremtræder generelt rene svarende til kommunens kvalitetsstandard.

Borgere med visiteret ydelse i relation til indkøb, tøjvask og madservice udtrykker tilfredshed med hjælpen.

Overlevering fra dagvagter sker via Cura: De faste aftenvagter læser om borgeropgaverne i Cura inden borgerbesøgene. Afløsere har vanskeligere ved at finde rundt i Cura.

Det tværgående samarbejde med sygeplejen støttes af Tidlig opsporingsmøder 3 gange om ugen i dagstiden. Tilsynet hører, at systematikken har medvirket til øget faglige drøftelser og den forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Desuden sker en mere systematisk opfølgning af borgers tilstande, indtil borger igen vurderes grøn.

Siden seneste tilsyn ses forbedringer i forhold til

- 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.

Et væsentlig kommunalt tiltag er ansættelse af fagkoordinatorer, hvilket forventes at øge kvaliteten.

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 1.1 Rehab-forløb (§83a)

Målepunktets fokus: 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. Her er opstart med afdækning af borgers potentiale for funktionsevne væsentlig.

Der skal fastlægges individuelle mål i samarbejde med borger. De fastsatte mål og tidsrammen skal indgå i en samlet beskrivelse af forløbet. Er der behov for at ændre i målene, skal dette ske i samarbejde med modtageren.

#### Udviklingspunkt:

Struktur for Rehab-forløbene understøtter ikke at frontmedarbejderne kan levere ydelse svarende til lovkravene. Der ses supplerende oplysninger under målepunktet. Det er tilsynets opfattelse, at samarbejdsstrukturen med terapeuterne afspejler at enhederne er parallelt arbejdende.

#### Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- at afdækning af borgernes potentiale for funktionsevne sker så systematisk som muligt og at behov for sparring ift. terapeutkompetencer videregives til rette vedkommende
- at kontakte visitationen om vedligeholdelsestræning efter §86 stk. 2, når det vurderes relevant
- sikre at medarbejderne har let adgang til handleanvisende og konkrete oplysninger om de aktuelle opgaver hos borgere i Rehab-forløb
- anvende SMART-krav til mål og delmål.
- evaluere udviklingen via journalaudit.

## Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

### 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.

#### Udviklingspunkter

Samlet set ses overensstemmelse for 2 ud af 5 undersøgte borgerforløb mellem funktionstilstande, helbredstilstande, ydelser, observationer og besøgsplaner.

Besøgsplanerne fremstår velbeskrevne og dækkende i det omfang medarbejderne kender til oplysningerne. I 3 tilfælde ses misvisende eller manglende oplysninger. F.eks. er anført, at borger skal smøres med Brentan, hvilket ikke er aktuelt for borger. For en borger med behov for fortykning af væsker ses oplysningen uklar i dagplanen og er ikke medtaget i aftenplanen. Samme borger har ydelse om væske ift. forebyggelse af dehydrering, men det er ikke medtaget i de handleanvisende oplysninger, at der skal fortykningsmiddel i.

Der ses få oplysninger under "Generelle oplysninger", som kan hjælpe medarbejdere til at kende til borgers individuelle behov for at et besøg lykkes til borgers tilfredshed.

Udviklingspunkterne omhandler delvist samarbejdsfladen mellem hjemmeplejen og sygeplejen. Der høres umiddelbart om klar afgrænsning af, hvem der dokumenterer hvor. Men der ses uoverensstemmende oplysninger, som hjemmeplejen i nogle tilfælde kan opdage og derved har ansvar for at melde til sygeplejen – fx om fortykningsmiddel. Og omvendt har hjemmeplejens observationer mv. betydning for sygeplejens evalueringer. Da enhederne i nogen grad arbejder parallelt, er det tilsynets opfattelse at jævnlig fælles audit kan højne videndelingen og øge kvaliteten.

Opmærksomhedspunkt: For en nylig udskrevet borger er Cura ved at blive opdateret. En overlevering ved vagtskifte ville have givet bedre grundlag for medarbejder til at være forberedt på, at borger ikke skulle hjælpes på toilet, hvilket stod på kørelisten, men i stedet hjælpes til mad.

#### Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- at fælles borgerforløb følges op med jævnlig journalaudit med deltagelse fra både sygeplejen og hjemmeplejen. Det kan fx være mini-audit af ½ time med gennemgang af borgerforløb i forlængelse eller forbindelse med Tidlig opsporingsmøder
- at fastholde jævnlige opdateringer af besøgsplanerne inkl. oplysninger om, hvad der får plejen til at lykkes for den enkelte borger og hvad der kan skabe glæde.
- at ændringer i borgers tilstand medfører konsekvensrettelser i Cura, f.eks. efter "tidlig opsporingsmøder".

## 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 grøn), 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	<b>Funktionsevne</b>  Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering Korterevarende rehabiliteringsforløb efter §83a	B O
Tema 2	<b>Livskvalitet og tilfredshed</b>  Praktisk hjælp og personlig pleje Måltider og maden	H O
Tema 3	<b>Sammenhæng og forudsigelighed</b>  Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde	N O
Tema 4	<b>Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn</b>  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 udfør 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:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt.	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>	NO	<p>For 3 ud af 3 undersøgte Rehab-forløb (§83a) fortæller medarbejderne om borgernes behov og borgeropgaverne. Ved opslag i Cura for at se mål, delmål og plan ses ikke de fornødne oplysninger.</p> <p>For 1 borger ses ingen besøgsplaner udfyldt og det er ikke muligt at finde oplysninger andre steder på trods af ihærdig søgen af erfaren assistent. Samme udfordring ses ved 2 andre forløb.</p> <p>Der høres om mødestruktur, hvor forløbene evalueres. Imidlertid ses ikke tilstrækkelige observationer til at evaluere ud fra, og evaluering er derfor afhængig af mundtlig overlevering.</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> <li>4) Er din evne til at løse hverdagsopgaver (ADL) blev forbedret eller er forblevet uændret, mens du har haft hjælp fra hjemmeplejen?</li> <li>5) Hvordan vurderer du betydningen af den hjælp du får?</li> </ol>	BO	<p>Borgerne er meget glade for de faste medarbejders indsats. Men de oplever ofte nye ansigter, som ikke kender opgaverne, og hvor borger må guide.</p>

1.3	Der er overensstemmelse mellem den visiterede ydelse, den disponerede hjælp og borgernes aktuelle tilstand.	HO	
1.4	Medarbejderne leverer de aftalte ydelser. Såfremt ydelsen ikke kan leveres – hvis borger eksempelvis takker nej – gives skriftlig besked til rette funktion.	BO	<p>Levering af visiteret ydelse:  Eksempel: Vægtkontrol  Stikprøve 2 borgerforløb.  1 borger er vejet svarende til det besluttede. 1 borger skal vejes hver 2. uge, men er vejet 3 gange de seneste 5 måneder. Borger fortæller at han gerne vil vejes, men at medarbejderne skal have vægten med. (Loftslift).  Opgaverne har været over længere periode og har derfor været på 7 kørelister, hvor vejningen ikke er sket.</p> <p>Der ses ikke "observation" eller anden skriftlig formidling af, at opgaven ikke er udført.</p>
1.5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Beskrivelsen af borgers funktionsevne er fremstillet genkendeligt</li> <li>2) De indsatser, borger modtager, er afstemt borgers aktuelle funktionsevne</li> <li>3) De visiterede ydelser foreligger opdateret i forhold til seneste oplysninger om borgers tilstand.</li> </ol>	BO	Ad 2+3) For 2 ud af 5 borgere ses funktionsevnetilstandene ikke opdateret svarende til borgers aktuelle tilstande.
1.6	Medarbejdere kender arbejdsgangene for at melde videre, hvis borgers begrænsning af funktionsevnen ændrer sig.	BO	Observationer anvendes, men ofte gives mundtlig besked til planlægger.

## Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende be- skrivelse
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 det 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>	B O	Jf. 1.2
2.2	Fremtræder borger velplejet i forhold til borgers behov og ønske?	H O	
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>	H O	



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?	HO	
2.5	Hvis tilsynsførende overværer medarbejders besøg: Der ses velegnede arbejdsgange og udførelse af opgaverne på en måde, der sikrer den fornødne kvalitet.	HO	
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.	HO	
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.	BO	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.	HO	
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.	HO	Aftenvagterne fortæller om arbejdsgangene. De er i overensstemmelse med det vedtagne.  Borgerne er tilfredse.
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.	HO	

\*Fokusområde 2023

## Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kommer medarbejderne generelt på de aftalte tidspunkter?</li> <li>2) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig/Kender du de medarbejdere, der kommer?</li> <li>3) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der kommer i dit hjem?</li> <li>4) Oplever du, at hjælpen kommer til den aftalte tid +/- 1 time.</li> <li>5) Oplever du at dit besøg er blevet aflyst? Har du i så fald fået erstatningsbesøg?</li> </ol>	B O	Jf. 1.2
3.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Oplever du sammenhæng mellem den hjælp, du har brug for og den hjælp, du modtager?</li> <li>2) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres?</li> <li>3) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov?</li> <li>4) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? (også ift nødkald)</li> </ol>	B O	Jf. 1.2
3.3	<p><i>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Vejhyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval</li> <li>b. Der ses reaktion på uplanlagt vægttab</li> </ol> </li> </ol>	N O	<p>Ad 1 Ved ændringer af borgers tilstand, ses det velimplementeret, at medarbejderne videregiver information ved tavlemøde eller mundtligt på anden vis. Formidlingen støttes i nogen grad af observationer.</p> <p>Handlingsanvisningerne indeholder ikke oplysninger til medarbejderne om hvad medarbejderne skal reagere på (f.eks. at sende en observation lagt som opgave til sygeplejen ved vægttab over 1 kg).</p>



	<p>c. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.</p>		<p>Desuden ses, at ydelsen i flere tilfælde ikke er evalueret som planlagt. Dette omhandler også SUL-ydelser, som sygeplejen følger op på.</p> <p>Ad c) En borger med dysfagi får kraftige hosteanfald i forbindelse med måltider, hvilket den faste medarbejder kender til. Hun tilbyder væske med fortykning og sikrer korrekt siddestilling. Det ses at gå fint. Viden er delvist formidlet mundtligt. Ved opslag i Cura er det vanskeligt for erfaren medarbejder at finde oplysningen om dysfagi, da den ikke står under Problem med fødeindtag, men i stedet under Problem med undervægt. Beskrivelse i besøgsplanen for dag indeholder oplysning om fortykningsmidlet, men at han ikke ønsker det. For aftenvagten ses ingen oplysninger om tilsætning af fortykning samt siddestilling.</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>H O</b>	<p>I et 1 ud af 1 forløb ses positivt, at terapeutnotater ses lettilgængelige. Det seneste er overført til forflytningsvejning. Besøgsplanen ses opdateret svarende til dette.</p>
<b>3.5</b>	<p>Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb Medarbejderne kan redegøre for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere i forhold til:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Mål</li></ol>	<b>B O</b>	<p>Der ses/høres ikke eksempler på borgere hvor inddragelse i træningselementer afspejler sig i borgeropgaverne.</p>



	<p>2) Inddragelse af træningselementer og -aktiviteter i daglig hjælp, pleje og omsorg 3) Vurdering af funktionsevne..... 4) Råd til rigtig forflytning..... 5) Personlig pleje: Balance- stå- eller gåmuligheder samt evt. øvelser o.a., som borger kan huskes på.</p>		<p>Der høres ikke om arbejdsgang for at involvere terapeuter ved behov – f.eks. kontakt til visitationen om vedligeholdelsestræning efter serviceloven (§86 stk. 2).</p>
<b>3.6</b>	<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 vægttab, 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>N O</p>	<p>Samlet set ses overensstemmelse for 2 ud af 5 undersøgte borgerforløb mellem funktionstilstande, helbredstilstande, ydelser og observationer. For helbredstilstande ses overensstemmelse for 2 ud af 4 borgere.</p>
<b>3.7</b>	<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>N O</p>	<p>Besøgsplanerne fremstår i 2 ud af 5 forløb velbeskrevne, opdaterede og handleanvisende, hvilket hjælper en medarbejder, der ikke kender borger så godt til at udføre en genkendelige pleje. For de øvrige 3 er væsentlige oplysninger ikke medtaget, eller der er misvisende oplysninger. F.eks. er anført, at borger skal smøres med Brentan, hvilket ikke er aktuelt for borger. For en anden at fortykning ikke er anført i aftenplanen, og for en tredje antallet af bleer efter fjernelse af kateter. For 1 borger ses ingen besøgsplan.</p> <p>Der er få oplysninger under "Generelle oplysninger", som kan hjælpe medarbejdere til at kende til borgers individuelle behov og derved få besøget til at lykkes til borgers tilfredshed.</p>

## Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Handleplanen kan f.eks. have form af referat fra personalemøde.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</p>	H O	
4.2	<p>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</p>	B O	<p>Effektvurdering er ikke set. Kan fremsendes i høringsfasen.</p>
4.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>	B O	<p>Siden seneste tilsyn beskrives en ihærdig indsats.</p> <p>Indsatsen har endnu ikke resulteret i forbedret målopfyldelse.</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.

### 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*

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](mailto: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 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.

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.

Hun har været surveyor med ledende funktioner gennem 13 år for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) indtil akkrediteringens ophør i 2021.

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.

