



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Furesø Kommune

Center for Sundhed og Seniorliv

Omsorg Sjælland Hjemmepleje

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	11
Tema 1 Funktionsevne	12
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	14
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	17
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	20
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	21
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	22
Om virksomheden og kontaktoplysninger	25

Forord

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

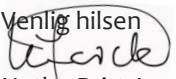
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling. Rapporten opfylder webtilgængelighedsloven.

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

Anden del af rapporten indledes med oversigt over målopfyldelsen for de enkelte temaer. Herefter er de konkrete kvalitetsindikatorer medtaget, så læseren kan se, hvad der er grundlaget for vurderingerne. Fund er medtaget i det omfang, det skønnes at være af værdi for den videre kvalitetsudvikling. Farvemarkeringer er anvendt for at fremme et hurtigt overblik over styrker og opmærksomhedspunkter.

Bagest i rapporten findes en kort beskrivelse af tilsynets tilgang, formål og metoder efterfulgt af afsnit om vurderingsprincipper samt afslutningsvist data om tilsynsvirksomheden.

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

Venlig hilsen


Nette Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef



Fakta om tilsynet

Hjemmeplejeleverandør:

Omsorg Sjælland Hjemmepleje, Hirsemarken 5, 3520 Farum

Afdelingsleder:

Louise Kaas Frimand

Tilsynsbesøget fandt sted:

1. november 2023

Metodik og datagrundlag:

Leverandøren varetager 166 borgere med §83 ydelse, heraf ca. 125 borgere med personlig pleje.

Tilsynet omfatter borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne.

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver i 5 borgerforløb), procedurer, kørelister, borgerinformationer, menu tilbud fra madleverandør mv.
- Interview: Der er besøgt 4 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview samt 1 pårørende. Desuden 8 medarbejdere, heraf 1 hjemmeplejeleder, 3 assistenter, 2 hjælpere samt kvalitetschef og driftschef fra Omsorg Sjælland.
- Observation: Besøg i borgeres hjem.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger enten er interviewet, eller hvor der er foretaget stikprøver i borgerjournal eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: I alt 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 Furesø Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos leverandøren. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn i Furesø 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 ”Helt opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

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

Målene er i høj grad opfyldte

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Målene er i middel grad opfyldte

Højest 2 af temaerne er vurderet lavere end ” Helt Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved uændrede forhold.

Løbende opfølgning anbefales.

Målene er i lav grad opfyldte

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”I betydelig grad opfyldt”.

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

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

Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.

Kritisable forhold

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

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

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

Af 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 plejecentret ikke er fundet i overensstemmelse med lovgivningens krav, Furesø Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Generelt

Omsorg Sjælland fremstår som en organisation i udvikling. På tilsynstidspunktet ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget. Der kræves en fortsat bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer.

Siden august, hvor organisationen havde bedt om, at kommunen ikke kom på uanmeldt tilsyn, har der været lederskift. Leder har tæt sparring med organisationens kvalitetschef og driftschef, som begge er lettilgængelige på matriklen. En rekrutteringsindsats har medført 5 nyansatte pr. 1 november og der ses sideløbende igangsat faglige og organisatoriske tiltag. Det er tilsynets indtryk, at disse tiltag kombineret med tæt lokal opfølgning vil forbedre målopfyldelsen.

Samlet set er vurderingen: Målene er i middel grad opfyldte.

Styrker

Funktionsevne

Borgene udtrykker stor tilfredshed med den hjælp, de modtager, når det er de faste medarbejdere, der kommer.

Livskvalitet og tilfredshed

Borgerne udtrykker høj tilfredshed med samarbejdet med de faste medarbejdere og er glade for deres støtte. De fortæller, at medarbejderne alle er imødekommende og respektfulde.

Tilsynsførende overværer den personlige pleje hos 4 borgere og iagttager velegnede, omsorgsfulde og respektfulde arbejdsprocesser med nærvær i form af guidning undervejs.

Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske.

Tilsynsførende besøgte 3 borgere med rengøringsydelse. Boligerne fremtræder generelt rengjorte svarende til rengøringstandarden. Borgerne fortæller også, at de ikke har oplevet, at rengøringshjælpen har været aflyst.

Sammenhæng og forudsigelighed

Der er tiltag i gang for at styrke samarbejdsfladerne til de kommunale samarbejdspartnere. Der anvendes triage med deltagelse af den kommunens sygepleje, som har det faglige ansvar for visiterede sundhedslovsydelser.

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

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 2 temaer er ”I betydelig grad opfyldt”
- 2 temaer er ”I nogen grad opfyldte”

Hvert tema består af flere målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er ”Helt opfyldt” kan rumme målepunkter med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten.

I det følgende ses udviklingspunkter for de temaer, som ikke er ”Helt opfyldt”. Udviklingspunkterne er beskrevet kort samt tilsynets anbefalinger. De uddybende data fremgår under de enkelte temaer i rapporten.

Tema 1 Funktionsevne

Fokus: Fyldestgørende og løbende ajourført dokumentation er det nødvendige grundlag for, at alle medarbejdere kan varetage den rette hjælp, omsorg og pleje af borgere ud fra den faglige beskrivelse af borgerens behov.

Hjælpen skal løbende tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5, hvilket nødvendiggør, at der er en tilstrækkelig dokumentationspraksis, som anvendes og følges af alle medarbejdere samt, at aktuelle ændringer løbende dokumenteres.

Udviklingspunkt: For 1 borgerforløb ud af 5 ses funktionsevnetilstandene i vid udstrækning svarende til borgers aktuelle tilstande. For de øvrige ses funktionsevnetilstandene ikke opdaterede.

Derved forekommer der uoverensstemmelse mellem funktionsevnetilstand, ydelser og døgnrytmeplan.

Tilsynet anbefaler

- at fastlægge arbejdsgangen for opdatering af funktionsevnetilstande, f.eks. i sammenhæng til opdatering af døgnrytmeplaner
- opdatere borgers funktionsevnetilstand ved ændringer
- at fastsætte og følge datoer for opfølgning.

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Personlig pleje

Fokus: Borgerne interviewes om deres tilfredshed med hjælpen. Nogle centrale spørgsmål er:

- 1) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på?
- 2) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig/Kender du de medarbejdere, der kommer?
- 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres?

Udfordring: 4 ud af 4 borgere oplyser, at der i lang tid har været mange nye ansigter. Når de faste medarbejdere ikke har besøget, oplyser borgerne, at afløseren ofte ikke kender opgaverne. Udsagn: "De gør først noget, når jeg fortæller, hvad der er brug for". "De får ikke at vide, hvad de skal". "Der er for mange utrænede". "Hvorfor læser de ikke om det inden?"

Tilsynet anbefaler

- at styrke praksis for at læse om borgernes behov inden borgerbesøgene
- at fortsætte med at styrke døgnrytmeplanernes kvalitet.

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Praktisk hjælp

Fokus: At hjemmeplejen udfører, i samarbejde med borgeren, opgaverne inden for ydelsens ramme, grundydelse og fleksibel ydelse. Hvis en borger vedvarende fravælger en tildelt indsats til fordel for en anden, vurderer kommunen, om afgørelsen skal ændres.

Udviklingspunkter

Den praktiske hjælp

Selvbestemmelse: På spørgsmålet "Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?", høres ikke om en arbejdsgang, hvor borger har dialog med medarbejder og fastlægger opgaverne efter borgers ønsker, vaner og mulighed for selv at være aktiv.

Rengøring: Borgerne sætter stor pris på de faste medarbejders indsats. De synes, at afløseres rengøring er med runde hjørner. Dette observerer tilsynet tillige i et af hjemmene.

Der ses 2 ud af 3 rollatorer, som længe ikke har været rengjort og hvor borger ikke selv kan varetage opgaven.

Fleksibel hjemmehjælp: 1 ud af 3 borgere har kendskab til at kunne bytte ydelser. 1 ud af 2 medarbejdere kender til ordningen.

Tilsynet anbefaler

- drøfte hvorledes borgers selvbestemmelse bedst kan imødekommes ved planlægning af den praktiske hjælp. Desuden hvor oplysningerne dokumenteres, så alle ved, hvad der er aftalt
- at udføre egenkontrol på rengøringen
- at medarbejderne formidler i observation, hvis borger ikke selv kan rengøre deres personlige hjælpemidler
- at informere om fleksibel hjemmehjælp, så medarbejderne kender ordningen herunder at journalisere afviselser fra det visiterede. At hjemmeplejen informerer visitation, hvis en borger vedvarende fravælger en indsats fremfor en anden

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Det skriftlige arbejdsgrundlag

Fokus: Den faglige dokumentation er et grundlag for medarbejdernes viden og forståelse for borgeren og dermed væsentlig for, at borgeren tilbydes en ensartet og forudsigelig opgaveløsning på et sikkert kvalitetsniveau. Det er afgørende for at sikre den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje af borgerne, at alle medarbejdere har den nødvendige viden om borgerne.

Hertil er fyldestgørende og løbende ajourført dokumentation det nødvendige grundlag for, at alle medarbejdere kan varetage den rette hjælp, omsorg og pleje af borgere ud fra den faglige beskrivelse af borgerens behov. Hjælpen skal løbende tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5, hvilket nødvendiggør, at der er en tilstrækkelig dokumentationspraksis, som anvendes og følges af alle medarbejdere samt, at aktuelle ændringer løbende dokumenteres.

Udviklingspunkt: Ved stikprøver er set på sammenhængene mellem de faglige vurderinger og beslutninger fra hjemmeplejen, sygeplejen og terapeuter samt videreformidlingen, herunder den skriftlige opdatering af de redskaber, frontmedarbejderne anvender.

Der ses for 4 ud af 5 undersøgte forløb uoverensstemmelser mellem tilstande, døgnrytmeplaner og borgers aktuelle tilstande. Døgnrytmeplanerne fremstår af varieret kvalitet. Nogle ses handleansende med opdaterede beskrivelser som også indeholder tavs viden om, hvordan plejen bedst lykkes. For andre ses oplysninger, som ikke svarer til borgers aktuelle behov.

Forflytningsvejledninger: Forflytningsvejledningerne ses indskrevet i døgnrytmeplanen. For 1 ud af 2 komplekse forflytninger, ses oplysninger ikke tilstrækkelige til at sikre en tryk og korrekt forflytning for borger.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- udvikle døgnrytmeplanernes kvalitet med brug af rehabiliterende tilgang og indskrivning af "tavs viden" om hvad medarbejder kan gøre, som får plejen til at lykkes for borger
- at styrke forflytningsvejledningernes kvalitet, så borger sikres en tryk forflytning
- at medarbejderne reagerer, hvis indsatsmål/handlingsanvisninger/døgnrytmeplaner ikke afspejler borgers aktuelle behov
- øge opmærksomheden hos medarbejderne på forberedelse inden borgerbesøg
- at afklare arbejdsproces mellem terapeuter/sygeplejen og hjemmeplejen, så de fælles borgerforløb udføres koordineret.

Samarbejde med terapeutfunktion ved fælles borgerforløb

Fokus: De kommunale tilbud efter §§83, 83a og 86 samt genoptræningsplaner (SUL) skal indgå i en samlet indsats for at bringe borger tilbage til eller så tæt som muligt til borgers potentiale for funktionsevne.

Ved afslutning af træningsforløb kan borger have behov for at fortsætte med aktiviteter indbygget i hverdagen.

Det kan være balanceøvelser indbygget i den personlige pleje, forflytte sig korrekt, rejse/siddeøvelser eller at medarbejder bare husker borger på øvelser eller opfordrer til at gå rigtigt med rollatoren.

Udviklingspunktet er, at medarbejderne på tilsynstidspunktet ikke har lettilgængelige oplysninger om dette.

Medarbejdere kender delvist til, om borgere har therapydelse og delvist til, hvilke ydelser der leveres af de kommunale terapeuter og hvilke ydelser der leveres vederlagsfrit af eller af borgers private terapeut.

Det har blandt andet betydning for om medarbejderne forventer/efterspørger dialog/oplysninger.

Ovenstående forhold vanskeliggør, at borgeren på en enkel måde tilbydes en samlet og forsat ydelse. Det kan indebære en risiko for, at borger mister det opnåede funktionsniveau.

Tilsynet anbefaler

- at døgnrytmeplanerne afspejler en fælles koordineret indsats
- at styrke viden om, hvorvidt borgerne har/har haft et træningsforløb og sikre en evt. justering af døgnrytmeplanerne, så også andre medarbejdere informeres.

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Værnemidler

Temaets fokus: For at undgå smittespredning, anbefales det i NIR, at ved udførelse af personlig hygiejne med risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser, anvendes plastforklæde. Udviklingspunkt: Tilsynet ser, at der foretages nedre hygiejne i forbindelse med personlig pleje uden anvendelse af plastforklæder. For at undgå smittespredning, anbefales det i NIR, at ved udførelse af personlig hygiejne med risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser, anvendes plastforklæde.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats for

- at genopfriske de hygiejniske principper omkring forebyggelse af smittespredning.
- at anbefalingerne i NIR¹ bliver implementeret og efterlevet.

Arbejdsdragt: Medarbejderne bærer som overdel uniform leveret af leverandøren. Underdel opleves ikke behagelig at have på og medarbejderne har fået valget i stedet at anvende privat tøj, som skal vaskes ved 60 grader. Meget af det sete tøj (bukser) kan ikke tåle vask over 40 grader.

Tilsynet anbefaler,

- på kort sigt at vejlede i brug af tøj (materiale)
- at vejlede medarbejderne om konsekvens for smitte, hvis smitteveje ikke brydes
- genoverveje beslutning om anvendelse af privat tøj.

¹ Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for plejehjem, hjemmepleje, bo- og opholdssteder m.m. 2020 udgave 1

Oversigt over de enkelte temaer

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

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

Tema	Emner	Vurdering
Tema 1	Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering Korterevarende rehabiliteringsforløb efter §83a	B O
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Måltider	B O
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde	N O
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning Instrukser og værnemidler	N O
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Proces for den lokale opfølgning med tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen set i forhold til seneste tilsyn.	Ikke relevant i 2023

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:

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"> 1) Det afklarende forløb er dokumenteret: <ul style="list-style-type: none"> ○ Der foreligger plan lavet i samarbejde med borger. Planen beskriver mål, varighed og indhold af indsatsen. ○ Der er fastsat evalueringstidspunkter. ○ I Nexus er medarbejdernes opgaver konkret beskrevet 2) Ved afslutning af rehabiliteringsforløb er borgers funktionsevne opdateret. 		<p>Der er ikke visiteret §83a forløb til hjemmeplejen.</p> <p>Målepunktet udgår</p>
1.2	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen? 2) Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til at du bliver så selvhjulpne som muligt i forhold til praktiske gøremål/personlig pleje. 3) Hvordan har din evne til at klare dig selv i de daglige gøremål udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælpen? (Grad af selvhjulpnehed). 4) Er din evne til at løse hverdagsopgaver (ADL) blev forbedret eller er forblevet uændret, mens du har haft hjælp fra hjemmeplejen? 5) Hvordan vurderer du betydningen af den hjælp du får? 		<p>Borgerne udtrykker tilfredshed med hjælpen, når det er de faste medarbejdere, der kommer på besøg.</p> <p>Når de faste medarbejdere ikke har besøget, sker det ofte, at afløseren ikke kender opgaverne så godt og at borgeren "må fortælle det hele". En borger siger: "Jeg kan jo godt tale, men sådan er det ikke for alle, tror jeg".</p>
1.3	<p>Der er overensstemmelse mellem den visiterede ydelse, den disponerede hjælp og borgernes aktuelle tilstand.</p>		<p>Der ses enkeltstående fund.</p>

1.4	Medarbejderne leverer de aftalte ydelser. Hvis ydelsen ikke kan leveres – hvis borger f.eks. takker nej – gives skriftlig besked til rette funktion.		
1.5	<ol style="list-style-type: none"> 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. 		<p><i>Funktionsevnetilstande fremstår ikke opdateret svarende til borgers tilstande for 4 ud af 5 undersøgte forløb.</i></p>
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:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	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"> 4) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? 5) Synes du at personalet udviser respekt for dig? 6) Hvor tilfreds er du med medarbejderens imødekommenhed over for dine ønsker til hjælpen? 7) Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? 8) Er du tryk ved den måde hjælpen tilbydes på? 9) Oplever du dig soigneret/veltilpas efter morgenplejen 10) Er du samlet set tilfreds med hjælpen. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg)? 		Jf. 1.2
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"> 1) Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? 2) Har den hjælp, du har modtaget betydet, at du i højere grad kan klare dig selv i de daglige gøremål. 3) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres? 4) Er du samlet set tilfreds med den hjælp, du får til rengøring, til tøjvask og til indkøb? 5) Vil du anbefale den hjælp, du modtager til andre med samme behov? 		<p>Selvbestemmelse:</p> <p>Der høres ikke om en arbejdsgang, hvor borger har dialog med medarbejder og fastlægger opgaverne efter borgers ønsker, vaner og mulighed for selv at være aktiv.</p>

			<p>Borgerne sætter stor pris på de faste medarbejders indsats, men afløseres rengøring synes de er ofte er med runde hjørner.</p> <p>Der ses 2 ud af 3 rollatorer, som længe ikke har været rengjort og hvor borger ikke selv kan varetage opgaven. Leverandør oplyser at der skal særskilt ydelse til opgaven. Der ses ikke observationer fra medarbejdere om borgers behov.</p>
2.4	<p>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?</p>		Jf. ovenfor
2.5	<p>Hvis tilsynsførende overværer medarbejders besøg: Der ses velegnede arbejdsgange og udførelse af opgaverne på en måde, der sikrer den fornødne kvalitet.</p>		
2.6	<p>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.</p>		<p>De faste medarbejdere kender mål for indsatsen gennem deres kendskab til borger.</p> <p>Der ses ikke udfyldt mål for indsatsen for funktionsevne tilstande svarende til omkring halvdelen af stikprøverne.</p>

2.7	<p>Interviewede borgere og medarbejdere svarer generelt positivt på spørgsmål om:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kender du til muligheden for at kunne ”bytte ydelser”, fleksibel hjemmehjælp? 2) Medarbejderne bærer legitimationskort. 		<p>1 ud af 3 borgere kender til muligheden. En adspurgte medarbejder kender til ordningen.</p>
2.8	<p>Interviewede borgere, der modtager hjælp til mad og måltider, er overvejende tilfredse med</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Medarbejderne kender borgers ønsker og behov til ernæringen, herunder</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Madens indhold og sammensætning. Evt. allergier og foretrukne fødevarer. Diæter o.a. 2) Madens smag, duft og udseende 3) Måltidsafholdelsen, herunder hvad borger har brug for hjælp til. 		
2.10	<p>Observationer og dokumentation i hjemmet, hvor borgeren viser færdiglavet mad i køleskabet, f.eks. smurt frokost eller klargjort aftensmad.</p> <p>Hvis tilsynsbesøget sker ved måltidet, oplever tilsynet madens duft og udseende.</p>		

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle-punkt	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"> 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? 		Jf. 1.2
3.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Oplever du sammenhæng mellem den hjælp, du har brug for og den hjælp, du modtager? 2) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 3) Oplever du, at besøgsplanen er meningsfuld og dækkende? 4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 5) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? (også ift nødkald) 		Jf. 1.2
3.3	<p><i>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <ol style="list-style-type: none"> a. Vejhyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval b. Der ses reaktion på uplanlagt vægttab 		<p>Ad 1) Ses i betydelig grad opfyldt. Der er tiltag i gang for at styrke det tværgående samarbejde.</p> <p>Ad 2) Ernæringsindsats: Der ses opmærksomhed på emnet – dels er der fokus på oversigtstavlen og dels ses borgerforløb, hvor medarbejdernes opmærksomhed har medvirket til vægtøgning.</p>

	c. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.		<p>For borger med dysfagi ses oplysninger lettilgængelige om kost og fortykning i døgnrytmeplan samt handlingsanvisning.</p> <p>En ergoterapeuts plan ses ikke implementeret (afprøve sugerør i en periode), dette fremstår som en kommunikationsbrist i snitfladen kombineret med behov for opfølgning og konsekvensrettelse i journalen.</p>
3.4	<p><u>Samarbejde med terapeuter om fælles borgerforløb</u> Hvis borger modtager/har modtaget terapeutindsats (§86/GOP/vederlagsfri), svarer de overvejende positivt om nedenstående spørgsmål og udsagn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Borgerne oplever, at træningsudbyttet er muligt at fastholde i hverdagen og at hjemmeplejens indsats er i overensstemmelse med træningsmål og fokus. 2) Borger oplever at hjemmeplejen ved behov husker borger på at lave aftalte øvelser, huske rigtig teknik ved forflytning, gå x gange, mens medarbejder er i hjemmet m.m. 		<p>Ved journalgennemgange og drøftelser ses ikke tegn på, at der sker en systematisk koordineret indsats mellem terapeuter og medarbejdere.</p> <p>Der høres om arbejdsgange, der støtter mulighed for tværfaglige drøftelser.</p>
3.5	<p><u>Det skriftlige arbejdsgrundlag:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Den social- og plejefaglige dokumentation er overensstemmende med opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande. Der ses rød tråd mellem funktionsevnetilstande, ydelser, observationer, generelle oplysninger og handlingsanvisninger. 2) Oplysninger på tavler, i papirkalendere, i print og andre supplerende informationer er i overensstemmelse med omsorgsjournalens oplysninger og borgers aktuelle tilstand 3) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender. 		<p>Der ses for 1 ud af 5 borgere overensstemmelse og rød tråd. For de øvrige ses uoverensstemmelser, dels mellem borgers aktuelle tilstand og beskrivelsen i funktionsevnetilstanden og dels ift. generelle oplysninger, handlingsanvisninger, observationer og døgnrytmeplaner.</p> <p>Eksempler: En borger forflyttes via loftslift. Det er væsentligt at anvende den korrekte forflytningsteknik, herunder de korrekte stropper. Ved opslag i døgnrytmeplanen ses forflytning beskrevet, men uden væsentlige detaljer.</p>

			For 3 borgere ses uoverensstemmende oplysninger i journalen ift. borgers funktionsevnetilstande f.eks. i forhold til brug af rollator, en borgers udvikling af grundsygdom ift. spisning samt funktionsevne ift. toiletbesøg.
3.6	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag: Døgnrytmeplaner/handleanvisninger og generelle oplysninger</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Døgnrytmeplaner/handlingsanvisninger 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. 2) For borgere ramt af demens indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleanvisende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt 3) Forflytningsvejledninger støtter en tryk oplevelse for borgerne. 		<p><i>Døgnrytmeplanerne for dag- og aften-timerne fremstår af varieret kvalitet. 2 ses velbeskrevne, handleorienterede, individuelle og opdateret. For øvrige ses oplysninger, som ikke svarer til borgers aktuelle tilstande.</i></p>

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere i hjemmeplejen, herunder arbejdsdragt og værnemidler. Der forefindes værnemidler.		<p><i>Der ses i 3 tilfælde personlig pleje med risiko for stænk udført uden plastforklæde.</i></p> <p><i>Medarbejderne anvender uniformstøj som overdel.</i> <i>Som underdel anvendes overvejende sorte bukser, som er medarbejders eget tøj. Det er besluttet, at tøjet skal kunne tåle 60 grader og vaskes hjemme.</i> <i>En del af det sete tøj kan ikke tåle over 40 grader.</i></p>
4.2	Relevante medarbejdere kan fremsøge gældende arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud*. Ved et aktuelt smitteudbrud: Medarbejderne anvender gældende instrukser og arbejdsgange.		

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

Ikke relevant i 2023

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Det kan eksempelvis være et personalemødereferat.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</p>		
5.2	<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>		
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</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 Furesø 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 medarbejders praksis, borgers fremtræden og bolig, arbejdsgange, fællesarealer afholdelse af måltider m.m.

Samlet set sikrer den metodiske tilgang en grundig dataindsamling som underlag for analyse og vurdering. Den metodiske tilgang giver belæg for at vurdere kvaliteten af de ydelser, borgeren modtager.

I tilfælde af, at tilsynsførende under tilsynet bliver opmærksom på sundhedsfaglige forhold af betydning for borgernes sikkerhed, skal tilsynsførende afdække disse forhold og medtage dette i rapporteringen.



Vurderingsprincipper

Tilsynsbesøget bidrager til at afdække om den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag lever op til lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurdering sker på 4 niveauer:

- Den enkelte stikprøve
- Det enkelte målepunkt
- Det enkelte tema
- Det samlede tilsynsresultat

Vurderingsprincipperne sikrer systematisk analyse og vurdering fra den enkelte stikprøve udføres til det samlede tilsynsresultat. Vurderingsprincipperne er skitseret nedenfor.

Vurdering af den enkelte stikprøve

Dataindsamlingen sker ved stikprøver og ved anvendelse af interview, observation og dokumentation. Den indsamlede viden vurderes løbende ift. overensstemmelse med temaerne og målepunkterne.

Vurdering af de enkelte målepunkter

Hvert af de overordnede temaer belyses af underliggende målepunkter. Tilsynsførende vurderer målopfyldelsen af målepunktet på baggrund af dataindsamlingen. Der kan i nogle tilfælde være enkeltstående fund, som medfører, at målepunktet ikke er opfyldt. Det vil typisk være fund af betydning for borgerens sikkerhed. Vurderingen sker ud fra 4 kategorier, som farvemærkes af læsevenlige årsager:

Vurderingskategorier	Vurderingsforkortelse og farve
Helt opfyldt	H O
I betydelig grad opfyldt	B O
I nogen grad opfyldt	N O
Ikke opfyldt	I O

Vurdering af det enkelte tema

På baggrund af de samlede resultater fra målepunkterne vurderes den samlede opfyldelse af det enkelte tema. Et tema kan vurderes som "Helt opfyldt", selvom der er et enkelt fokus med "I betydelig grad opfyldt". Når et af målepunkterne er vurderet "I nogen grad opfyldt" kan den samlede målopfyldelse for temaet højst blive "I betydelig grad opfyldt". Vurderingen sker ud fra samme kategorier og farveskala, som beskrevet ovenfor.

Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

Alle temaer er samlet set vurderet "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".

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 2 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

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

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

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.

Kritisable forhold

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

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



Om virksomheden og kontaktoplysninger

Den Mobile Kvalitetsafdeling, akkrediteringsraadgiverne.dk
Egebjergvej 232 A
4500 Nykøbing Sjælland

Nethe Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef
Mobil: +45 2869 8898
Mail: nethe@jorck.net

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

Konsulentfirmaet består af virksomhedsleder, som sammen med udvalgte samarbejdspartnere varetager alsidige opgaver, f.eks.:

- 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 f.eks. klagesager
- Tværsektorielle borgerforløb. Ressource- og opgavefordeling
- Brugerundersøgelser, herunder borgertilfredshedsundersøgelser

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

Om virksomhedsleder og tilsynschef

Nethe Jorck har sundhedsfaglig uddannelse (sygeplejerske) suppleret med MPP (Master of Public Policy) til lige med kompetencegivende uddannelser indenfor ledelse, kvalitet og patientsikkerhed, herunder uddannelse til auditor for Dansk Standard og akkrediteringssurveyor for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) samt forandringsagentuddannelsen fra Dansk Selskab for patientsikkerhed.

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

Hun har været akkrediteringssurveyor fra 2006 til 2021 for IKAS og udført surveys på sygehuse, i kommuner præhospitalet, privathospitaler og speciallægepraksis. Hertil kommer indgående erfaring med forandrings- og forbedringsarbejde gennem projektledelse med projekter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

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.

