



TILSYNSRAPPORT

Holbæk Kommune

Aktiv Hele Livet

Fritvalgsleverandør: Omsorg Sjælland

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	10
Resultater og vurdering af de enkelte temaer	11
Tema 1 Pleje, omsorg og praktisk støtte	12
Tema 2 Selvbestemmelse og indflydelse	14
Tema 3 Hverdagsliv – aktiviteter, mad og måltider	16
Tema 4 Kompetencer og udvikling. Sammenhæng og kontinuitet	17
Tema 5 Utilsigtede hændelser (UTH)	19
Tema 6 Magtanvendelse	20
Tema 7 Dokumentation	21
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	23
Om virksomheden og kontaktoplysninger	26

Forord

De kommunale tilsyn hos fritvalgsleverandørerne er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder, kvalitetspolitikken 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 beboernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandarder m.m.

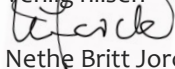
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

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

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

Venlig hilsen



Nethe Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Hjemmeplejeleverandør:

Omsorg Sjælland, Microvej 1, 4300 Holbæk

Leder:

Bettina Quaade (fraværende på dagen)

Direktør Inge Birch varetog tilsynsbesøget

Tilsynsbesøget fandt sted:

2. april 2025

Metodik og datagrundlag:

Tilsynet omfatter borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne.

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver i 8 borgerforløb), procedurer, kørelister, borgerinformationer, kompetenceskemaer, samlerapporteringer mv.
- Interview: 5 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview samt 2 pårørende. Desuden 6 medarbejdere, heraf 1 direktør, 1 sundhedsfaglig ansvarlig (assistent), 1 planlægger med Rehab-funktion, samt 3 hjælpere.
- Observation: Besøg i borgeres hjem, set arbejdsgange, samarbejde og samvær mellem medarbejder og borger o.a.
Tilsynet har besøgt 5 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 Holbæk Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos leverandøren. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn i Holbæk 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 høj 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

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfylde forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Målene er i middel grad opfyldte

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

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

Løbende opfølgning anbefales.

Målene er i lav grad opfyldte

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

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

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

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

Kritisable forhold

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

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

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

Styrker

Omsorg Sjælland, Holbækafdeling har 209 visiterede borgere, heraf er ca. 85 borgere visiteret til personlig pleje. Der er få overdragede SUL-ydelser. Der er i betydelig grad en klar ansvarsfordeling mellem leder og assistenter for bl.a. SUL-ydelser, UTH, RH-forløb og planlæggerfunktion. Medarbejderne er organiseret så det er de samme medarbejdere, der fortrinsvis besøger borgerne i hhv. Holbæk byområde og i oplandet. Ved opstart af nye borgere vægtes forventningsafstemning og der sker en faglig vurdering af muligheder for at imødekomme borgernes individuelle ønsker og derefter valg af kontaktperson.

Flere borgerne fortæller om en del forskellige ansigter i en periode, men nu er der igen forudsigelighed. To borgere fortæller, at deres faste medarbejder sørger for at de oftest ved, hvornår hun/han kommer næste gang.

Der ses i vid udstrækning sammenhæng mellem den visiterede ydelse, den disponerede hjælp og den udførte hjælp. Borgene udtrykker generelt stor tilfredshed med den fast tilknyttede medarbejder. Borgene fortæller, at medarbejderne i vid udstrækning er imødekomende og respektfulde.

Tilsynsførende overværer dele af borgerbesøgene hos 2 borgere og iagttager generelt velegnede arbejdsprocesser med nærvær. Medarbejderne opfordrer den enkelte borger til at gøre det, han/hun selv kan. Medarbejdernes praksis fremstår rutineret. Borgene fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende vurderer, at hjælpen generelt tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes vaner, ønsker og behov. Samlet set medvirker ovenstående til, at borgerne i vid udstrækning kan være så selvhjulpne som muligt samtidig med, at borgernes livskvalitet og mulighed for selvbestemmelse understøttes.

Borgere, der er visiteret til varm mad fra Det Danske Madhus, synes, at den er veltillavet og smager godt. Boligerne og hjælpemidler fremtræder rengjorte svarende til rengøringstandarden.

UTH-indsatsen fremstår velstruktureret. Der arbejdes med samlerapporteringer og resultaterne anvendes systematisk til læring.

Siden seneste tilsyn har Omsorg Sjælland styrket strukturen i organisationen. Der er også lokalt arbejdet aktivt med at styrke de faglige samarbejdsflader til terapeuter og sygeplejen. Der høres om dialogmøder hver 14. dag med kommunens nøglemedarbejdere; visitator, terapeut og kontaktsygeplejerske. Det er med sigte på at øge kvaliteten af borgerforløbene, herunder at uafklarede spørgsmål varetages, så døgnrytmeplaner mm kan tilpasses beslutningerne.

Døgnrapporten læses løbende af planlægger, som tager sig af oplysninger af betydning for planlæggerfunktionen.

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

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

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 Pleje, omsorg og praktisk støtte

Leverandørens indsats ift. §83a forløb

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. Der skal foreligge plan lavet i samarbejde med borger. Planen skal beskrive mål, varighed og indhold af indsatsen og der skal være en arbejdsplan for evaluering.

Der er jævnligt møde med REHAB-terapeut med mulighed for sparring og støtte til at arbejde med delmål og konkrete opgaver. Siden seneste tilsyn har Omsorg Sjælland arbejdet med forbedret lokal struktur. Der ses fortsat lokale udviklingspunkter.

Udviklingspunkt:

7 borgerforløb har aktuelt visiterede RH-ydelser og de 2 er startet REHAB-terapeut. Der ses REHAB-plan for disse forløb. Der ses eksempel på ugentlig evaluering af fast medarbejder. Men da mål og delmål ikke er tydelige kan udvikling i borgers funktionsevne ikke vurderes.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder lokalt

- fortsat at have fast forløbsmedarbejder til RH-forløb, som kan medvirke til at
- efterspørge konkrete, målbare og realistiske mål og delmål mm i REHAB-planer (SMART)
- tilpasse døgnrytmeplaner, så aktuelle delmål og plan støtter medarbejderne til den rette indsats.
- følge op ved den løbende journalaudit om frontmedarbejderne har klare delmål og opgaver.

Tema 4 Samarbejdsflade til terapeuter 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. Ovenstående er også aktuelt for borgere med vederlagsfri fysioterapi o.a.

Det er væsentligt, at plejeenheden har etableret sig med systematiske arbejdsgange, så medarbejderne kender til, hvorvidt borger har et terapeutforløb og kender til, hvordan viden herfra kan blive en del af den daglige rehabiliterende indsats.

Udviklingspunkt: Der ses ved 1 ud af 3 borgerforløb med terapeut, at arbejdsprocesser ikke styrker, at medarbejderne kender til, at borger har et træningsforløb og vurderer om indsatsen ved den personlige pleje og praktiske hjælp er i overensstemmelse med borgers opnåede potentiale/mål for indsatsen.

Tilsynet anbefaler at styrke de interne arbejdsprocesser, herunder

- at hjemmeplejen anvender viden fx fra døgnrapporterne eller fra borgerne om, hvorvidt borgerne har et træningsforløb
- formidler viden til sundhedsfaglig ansvarlig assistent.
- at faglig viden til brug for borgerbesøgene sættes ind i døgnrytmeplanen o.a.

Tema 7 Dokumentation

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 borgers 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.

Omsorg Sjælland har fokuseret på forbedringer. Dels foreligger struktur/overskrifter til brug for ensartede døgnrytmeplaner og dels er samarbejdsfladen til sygeplejen forbedret ift. journalisering.

Udviklingspunkter:

Mål for indsatsen og implementering af skabelon for døgnrytmeplan ses under implementering.

Mål for indsatsen skal fremstå konkret og handleanvisende for medarbejderne. Der ses eksempel på døgnrytmeplan for dagvagte med konkrete, handleanvisende og fyldestgørende oplysninger. Øvrige sete døgnrytmeplaner dækker delvist informationsbehovet for at yde et forudsigeligt og trygt besøg hos borger. Hos en borger, hvor døgnrytmeplanen ikke fremstår konkret ift. borgers aktuelle helbredstilstande, høres forskellige opfattelser hos medarbejderne om borgers behov (defæcationsstilling, forflytning, træning). Manglende eller uklare oplysninger kan medføre, at medarbejdere i bedste mening gør noget andet end borgers behov.

Der er struktur for at døgnrapporten læses af planlægger, som handler ift. planlæggerfunktionen. Der er resterende behov for at nogen læser fysioterapinotater, demensspecialistnotater o.lign. med efterfølgende opdatering af døgnrytmeplaner mv., når viden har betydning for hjemmeplejens indsats.

Tilsynet anbefaler

- øge dialog om mål for indsatsen, herunder om disse afspejles i døgnrytmeplanerne
- fortsætte dialog med medarbejderne om, hvorvidt det, de oplever ved besøg, stemmer overens med døgnrytmeplanen mv.
- fortsat styrke arbejdsgangen for vidensopsamling fra døgnrapporter, borgerne o.a. mhp. opdatering af døgnrytmeplaner
- fortsat følge op med mini-journalaudit efter eget fastsat interval.

Oversigt over de enkelte temaer

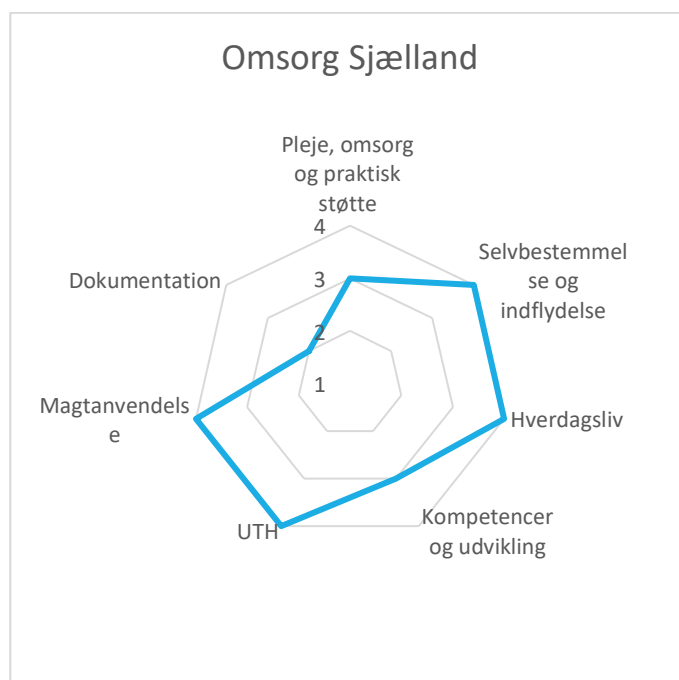
Temaerne vurderes i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Målene er belyst gennem interview, observationer og dokumentation og det er undersøgt, om der sammenhæng mellem de fastsatte 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 angivet med grønt), B O (I betydelig grad opfyldt angivet med lysegrøn), N O (I nogen grad opfyldt angivet med gult), I O (Ikke opfyldt angivet med rødt).

Tema	
Pleje, omsorg og praktisk støtte (Tema 1)	B O
Selvbestemmelse og indflydelse (Tema 2)	H O
Hverdagsliv (Tema 3)	H O
Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde (Tema 4)	B O
Utilsigtede hændelser (UTH) (Tema 5)	H O
Magtanvendelse (Tema 6)	H O
Dokumentation – Det skriftlige arbejdsgrundlag (Tema 7)	N O

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

For at støtte mulighed for at sammenligne med tidligere års resultater ses ovenstående afbildet i edderkoppediagrammet nedenfor med scoring fra 1-4, hvor 4 svarer til "Helt opfyldt".



Resultater og vurdering af de enkelte temaer

I følgende del af ses resultater og vurdering af de enkelte temaer. Temaerne indledes med oversigt over målopfyldelsen for det enkelte tema.

Herefter er de konkrete kvalitetsindikatorer medtaget, så læseren kan se, hvad der er grundlaget for dataindsamlingen. Tilsynsførende vurderer for hvert målepunkt, om dataindsamlingen viser overensstemmelse med målepunktets angivelser.

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.

Dataindsamling ift. omsorgsjournalen omfatter de dele af journalen, som er relevant for tilsynets foci.

Tema 1 Pleje, omsorg og praktisk støtte

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	1) De visiterede ydelser foreligger opdateret i forhold til seneste oplysninger om borgers tilstand 2) Der ses overensstemmelse mellem de visiterede ydelser og de disponerede ydelser 3) Medarbejderne leverer de aftalte ydelser. Hvis ydelsen ikke kan leveres – hvis borger f.eks. takker nej – gives skriftlig besked til rette funktion 4) Medarbejdere kender arbejdsgangene for at melde videre, hvis borgers begrænsning af funktions- evnen ændrer sig.		Ad 3: For 1 ud af 5 borgere ses eksempler på visiterede ydelser, som aktuelt ikke leveres efter aftale mellem medarbejder og borgeren. Der ses ikke skrevet observationer.
1.2	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 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 vurderer du betydningen af den hjælp du får?		
1.3	Interviewede borgere (eller pårørende) svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er du tryk ved den måde hjælpen tilbydes på? 2) Oplever du dig soigneret/veltilpas efter morgenplejen 3) Er du samlet set tilfreds med hjælpen. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg)?		
1.4	Observation i hjemmet: Er hjemmet ryddeligt og rent i det omfang, borgeren har behov for og ønsker hjælpen? Er hjemmet rengjort svarende til tidspunktet for seneste rengøringsydelse? Fremstår personlige hjælpemidler (rollatorer, kørestole m.m.) rengjorte?		

1.5	<i>Personlig pleje</i> 1) Hvis tilsynsførende overværer plejen konstateres, at plejen gives omsorgsfuldt og i samarbejde med borger. Borger støttes i at udføre så meget som muligt selv. Borgerne fremtræder velplejede efter ønske.		
1.6	Borgere, som er visiteret til et afklarende forløb efter §83a: 1) Det afklarende forløb er dokumenteret: ○ Der foreligger plan lavet i samarbejde med borger. Planen beskriver mål, varighed og indhold af indsatsen. ○ Der er fastsat evalueringstidspunkter. ○ I besøgsplanen/døgnrytmeplanen er medarbejdernes opgaver konkret beskrevet 2) Ved afslutning af rehabiliteringsforløb ses borgers funktionsevne opdateret.		<i>Hjemmeplejen varetager 7 RH-borgerforløb. 2 af forløbene er startet op med kommunens REHAB-terapeut. Ved et borgerforløb koordineres med vederlagsfri fysioterapeut.</i> <i>Ad 1: Der ses overordnet træningsplan for de 2 forløb. Der ses anvisning på øvelser til hjemmeplejen.</i> <i>Der ses evaluering som aftalt. Men da mål og delmål ikke er tydelige (SMART anvendes ikke) kan udvikling i borgers funktionsevne ikke vurderes løbende.</i>

Tema 2 Selvbestemmelse og indflydelse

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Oplever du sammenhæng mellem den hjælp, du har brug for og den hjælp, du modtager? 2) Oplever du, at medarbejdernes oplysninger om dig (døgnrytmeplan) er meningsfuld og dækkende? 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? (også ift nødkald)		
2.3	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Kommer medarbejderne generelt på de aftalte tidspunkter? 2) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig/Kender du de medarbejdere, der kommer? 3) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der kommer i dit hjem? 4) Oplever du, at hjælpen kommer til den aftalte tid +/- 1 time. 5) Oplever du at dit besøg er blevet aflyst? Har du i så fald fået erstatningsbesøg?		
2.4	Frontmedarbejderne kender til borgernes ønsker og valg fx til en varieret hverdag/træning, maden og måltiderne. Der er en arbejdsproces for at medtænke inddragelse af borgerne ved udarbejdelse af handlingsanvisninger og døgnrytmeplaner.		
2.5	(Praktisk hjælp). Interviewede borgerne svarer generelt positivt på følgende: 1) Har den hjælp, du har modtaget betydet, at du i højere grad kan klare dig selv i de daglige gøremål. 2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres? 3) Er du samlet set tilfreds med den hjælp, du får til rengøring, til tøjvask og til indkøb? 4) Vil du anbefale den hjælp, du modtager til andre med samme behov?		

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.		<i>Mål for indsatsen afspejles ikke systematisk af døgnrytmeplanerne, jf. Tema 7.</i>
2.7	Interviewede borgere og medarbejdere svarer generelt positivt på spørgsmål om: 1) Kender du til muligheden for at kunne ”bytte ydelser”, fleksibel hjemmehjælp?		<i>Det er tilsynets indtryk, at der i høj grad er fleksibilitet og at individuelle hensyn og ønsker imødekommes i tråd med ”fleksibel hjemmehjælp”.</i> <i>Det ligger i ordningen, at byt skal journaliseres mhp om borger bytter samme ydelse til andet, idet visitationen i så fald skal tages op.</i> <i>Tilsynet hører, at borgerne ikke ønsker at benytte ordningen af bekymring for at miste den hjælp, de bytter fra.</i>

Tema 3 Hverdagsliv - aktiviteter, mad og måltider

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	Interviewede borgere og medarbejdere svarer generelt positivt på spørgsmål om: 1) Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? 2) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen?		
3.2	Mad og måltider Observationer og dokumentation i hjemmet, hvor borgeren viser færdiglavet mad i køleskabet, f.eks. smurt frokost eller klargjort aftensmad. Hvis tilsynsbesøget sker ved måltidet, oplever tilsynet madens duft og udseende.		
3.3	Medarbejderne kender borgers ønsker og behov til ernæringen, herunder 1) Madens indhold og sammensætning. Evt. allergier og foretrukne fødevarer. Diæter o.a. 2) Madens smag, duft og udseende 3) Måltidsafholdelsen, herunder hvad borger har brug for hjælp til.		

Tema 4 Kompetencer og udvikling. Sammenhæng og kontinuitet

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	<i>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</i> 1) Medarbejdere kender arbejdsgangene for at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner. Der kan ses eksempler på rettidig reaktion som viser en systematisk arbejdsproces. Arbejdsgangene belyses fx gennem kædeprocessen for A: Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring B: Fald Ad A: 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. a. Veje hyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval b. Der ses reaktion på uplanlagt vægttab c. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere. Ad B: a. Der ses handlet på fald sv.t. instruks. b. Fald er rapporteret som UTH og medtaget i samlerapportering.		
4.2	<i>Hygiejne ved personlig pleje:</i> Værnemidler anvendes til brud af smitteveje		
4.3	Vedligeholdende aktiviteter: Hvis borger modtager/har modtaget terapeutindsats (§86/GOP/vederlagsfri), svarer de overvejende positivt om nedenstående spørgsmål og udsagn: 1) Borgerne oplever, at træningsudbyttet er muligt at fastholde i hverdagen og at hjemmeplejens indsats er i overensstemmelse med træningsmål og fokus.		2 borgere i stikprøven har vederlagsfri fys. Den ene med RH-forløb. 1 borger fortæller, at den faste medarbejder laver benøvelser med ham. Afløserne gør det ikke alle. Øvelser står i

	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.		døgnrytmeplanen, men ikke hvornår det bedst kan lade sig gøre. Den anden er sengeliggende, men er nu startet med terapeuttræning med Sara Steady, herunder R/S øvelser. Sara Steady fungerer som træningshjælp til at borger kan bibeholde ståfunktion og er ikke kun et forflytningsredskab. Ikke oplysninger i journal. For en tredje borger ses afsluttede terapeutnotater med videre plan for borgers egen træning (gåture og træning af ekstremitet). Der er ikke arbejdsproces for tjek af overensstemmelse til døgnrytmeplan ift bibeholdelse af det opnåede funktionsniveau.
4.4	Overdragede opgaver / delegering: Planlægger har let adgang til kompetenceskemaer Stikprøver viser, at kompetenceskemaer er opdaterede svarende til konkrete borgeres behov Medarbejderne kender og anvender handlingsanvisninger for helbredstilstande.		

Tema 5 Utilsigtede hændelser (UTH)

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	Organisering og arbejdsgange er i overensstemmelse med kommunens vedtagne beslutninger om samlerapportering og tværgående drøftelser fx i UTH-teams.	 	
5.2	Medarbejdere og/eller ledere kan nævne eksempler på anvendelse af UTH til forbedringer af arbejdsgange og/eller kompetenceudvikling.	 	
5.3	Medarbejderne kender arbejdsgange ved UTH. Dette demonstreres ved fx fald o.a. , herunder brug af samlerapporter og læringsprocesser.	 	

Tema 6 Magtanvendelse

Samlet vurdering



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
6.1	Medarbejderne kan fremfinde intern procedure for magtanvendelse i Holbæk Kommune. Dokumentet er lettilgængeligt for medarbejdere.		
6.2	Magtanvendelse indgår i introduktion til nye medarbejdere og i den løbende kompetenceudvikling.		
6.3	Medarbejderne kan redegøre for, hvornår pleje bliver til magtanvendelse. Medarbejderne kender til forebyggelse af magtanvendelse og fortæller om den socialpædagogiske indsats. Medarbejderne kan give eksempler på faglige drøftelse i aktuelle borgersituationer.		
6.4	Medarbejderne indberetter magtanvendelse i tråd med instruksen.		

Tema 7 Dokumentation

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
7.1	1) Den social- og plejefaglige dokumentation fremstår overensstemmende. 2) Oplysninger er opdaterede svarende til borgers tilstande inkl. eventuelle supplerende papirbase-rede notater, tavler o.a.) 3) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion 4) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender. (Omfatter primært journalisering ift. målepunkterne) 5) Oplysninger fra f.eks. terapeuter er lettilgængelige.		Mål for indsatsen skal være konkret og handleanvisende og afspejles i døgnrytmeplanen -For 2 ud af 3 borgere med fysioterapeutforløb -for en borger med tarmfremfald ved defæcation Oplysninger fra borgere, døgnrapporter m.m.: Der ses/høres struktur for at planlægger læser døgnrapporten og følger op på ændringer af betydning for planlæggerfunktionen. Der ses resterende behov for at døgnrytmeplaner opdateres i forhold til ny viden fra terapeuter (fx afsluttende notater i døgnrapporten), demensspecialistnotater o.lign.
7.2	Døgnrytmeplaner og generelle oplysninger 1) Oplysninger ses opdateret, handleanvisende og med individuelle oplysninger om, hvordan plejen bedst lykkes for borger, herunder borgers vaner og ønsker 2) For borgere, der ikke selv kan svare for sig, indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleanvisende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt		Omsorg Sjælland har fokuseret på forbedringer blandt andet med fælles skabelon/overskrifter for døgnrytmeplan. Implementeringen er pågående. Der ses eksempel på døgnrytmeplan for dagvagt med konkrete, handleanvisende og fyldestgørende oplysninger.

			Øvrige døgnrytmeplaner for dag og aften dækker delvist informations-behovet for at yde et forudsigeligt og trygt besøg hos borger. Læsbareheden er i nogen grad nedsat, idet flere medtager ikke-aktuelle sundhedsoplysninger m.m. Der ses fx behov for - konkrete oplysning om hvordan personlige pleje bedst udføres, så borger ikke selv behøver at fortælle - afspejling af borgers behov og ønsker, mål for indsatsen - klarhed om borger har stå/gå-funktion - aftenvaner/sengevaner for borgere, der ikke selv kan svare for sig. Brug af observationer: Ses rutinemæssigt anvendt med afvigelser fx - aftenydelse (madservering) som oftest aflyses af borger - at tid går fra borgerbesøg, da information om nøglebox er uklar.
7.3	Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering.		



Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

Tilgang og formål

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

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

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

Under besøget fokuserer tilsynsførende på 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 forbedringsområder, 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 Holbæk 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 pårørende
- Dokumentation: Gennemgang af skriftlige vejledninger til medarbejdere, den faglige dokumentation, handleplaner, informationer til borgere m.m.
- Observation af medarbejderes praksis, borgers fremtræden og bolig, arbejdsgange, fællesarealer afholdelse af måltider m.m.

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

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



Vurderingsprincipper

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

Vurdering sker på 4 niveauer:

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

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

Vurdering af den enkelte stikprøve

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

Vurdering af de enkelte målepunkter

Hvert af de overordnede temaer belyses af underliggende målepunkter. Tilsynsførende vurderer målopfyldelsen af målepunktet på baggrund af dataindsamlingen. Der kan i nogle tilfælde være enkeltstående fund, som medfører, at målepunktet ikke er opfyldt. Det vil typisk være fund af betydning for borgerens sikkerhed.

Vurderingen sker ud fra 4 kategorier "Helt opfyldt", "I betydelig grad opfyldt", "I nogen grad opfyldt", "Ikke opfyldt":

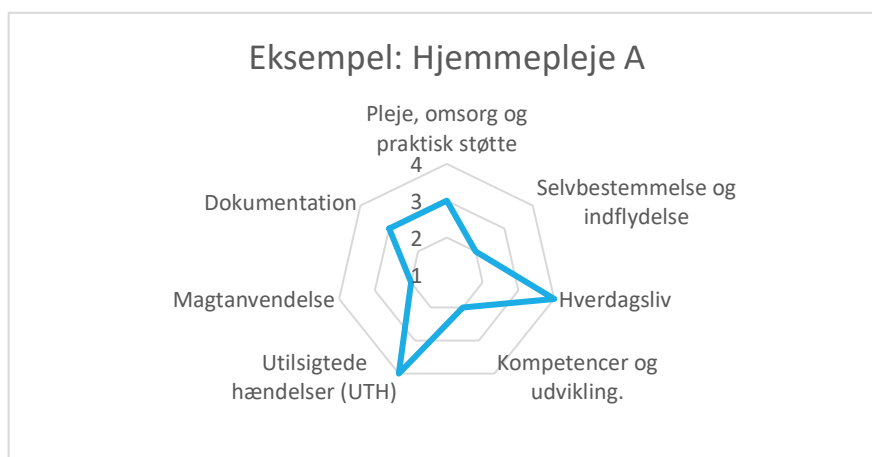
Vurderingen sker ud fra 4 kategorier, som farvemarkeres af læsevenlige årsager:

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.

For at støtte mulighed for at sammenligne med tidligere års resultater ses ovenstående afbildet i edderkoppediagrammet nedenfor med scoring fra 1-4, hvor 4 er "Helt opfyldt". Eksempel ses nedenfor:



Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte 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

Højst 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

Højst 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 kvalitetsstandards, 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, 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) tillige med kompetencegivende uddannelser indenfor ledelse, kvalitet og patientsikkerhed, herunder uddannelse til auditor for Dansk Standard og akkrediteringssurveyor for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) samt forandringsagentuddannelsen fra Dansk Selskab for patientsikkerhed.

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

Særlig relevante erfaringer:

- akkrediteringssurveyor fra 2010 til 2022 for IKAS. Har udført omkring 170 surveydage på sygehuse, i kommuner, præhospitalet, privathospitaler og speciallægepraksis
- har udført over 500 uanmeldte kommunale tilsyn
- forandrings- og forbedringsarbejde med projekter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Ovenstående har medført lang erfaring og indgående viden og indsigt i spændingsfeltet mellem det, der beslutes (lovgivning, retningslinjer, kvalitetsstandarder m.m.) og det, der sker i praksis tættest på borgerne.

