



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Silkeborg Kommune

Sundhed og Omsorg

Hjemmepleje Alderslyst Vest

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	15
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	17
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	23
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	24
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	26
Om virksomheden og kontaktoplysninger	29

Forord

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

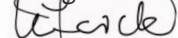
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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



Nethé Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Hjemmeplejeleverandør:

Hjemmepleje Alderslyst Vest, Færgevej 1, 8600 Silkeborg

Leder:

Henrik Lykke

Sundhedsfaglig leder Hanne Kirial deltog ved journalaudit og tilbagemeldingen.

Antal borgere:

198 borgere.

Tilsynsbesøget fandt sted:

10. november 2022.

Metodik og datagrundlag:

Tilsynet omfatter borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne.

Data er indsamlet via

- **Dokumentation:** Borgernes pleje- og omsorgsjournal for 10 borgerforløb, procedurer, kørelister, plejeplaner, forflytningsskemaer mv.
- **Observation:** Besøg i borgeres hjem, set arbejdsgange og samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem o.a.
Tilsynet har besøgt 5 borgere og overværet hjælp til personlig pleje o.a. hos 2 af disse borgere.
- **Interview:** 5 borgere, som kan medvirke til interview samt 2 pårørende.
Desuden 8 medarbejdere, heraf daglig leder, 1 disponator, 2 hjælpere, 2 assistenter – heraf 1 RH-frontløber, 1 kompetencesygeplejerske, 1 kompetenceterapeut samt kommunens udviklingskonsulent.

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

Anne Ahrensbach, sygeplejerske.

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Silkeborg Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn i hjemmeplejen. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter "Koncept og manual for tilsyn hos hjemmeplejeleverandører i Silkeborg Kommune". Fokusområderne er vurderet i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

Godkendt med mangler

Vurderingsskala:

- Godkendt
- Delvist godkendt
- Ikke godkendt/Kritisable forhold

Godkendt

Alle temaområder er samlet set vurderet "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt". Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.

Godkendt med bemærkninger

Højest 1 af temaområderne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt". De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden. Målopfølgelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Godkendt med mangler

Højest 3 af temaområderne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt". Der ses forhold af betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget. Opfølgning efter kortere tid anbefales.

Delvist godkendt

Mere end 3 temaområder 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.

Ikke godkendt/Kritisable forhold

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. Der er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet og patientsikkerheden. Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling. Myndighedsafdelingen er kontaktet.

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, Silkeborg Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Generelt

Hjemmeplejen Alderslyst Vest fremstår som en grundlæggende veldrevet plejeenhed, der har en løbende proces med kompetenceudvikling og organisationsudvikling. Hjemmeplejeenheden har etableret sig med kompetenceunderstøttende funktionsstillinger: Kompetencesygeplejerske, kompetenceterapeut og frontløber for rehabiliteringsindsatser.

Såvel ledere som medarbejdere er opmærksomme på nødvendigheden af disse udviklingstiltag og tiltagenes betydning for den fremtidige kvalitet af de borgerrettede indsatser.

Styrker

Funktionsevne

Der ses generelt overensstemmelse mellem visiteret ydelse, disponeret hjælp og borgers aktuelle tilstand.

Borgerne udtrykker tilfredshed med hjælpen. De oplever at få den hjælp og støtte, de har brug for, så de kan klare hverdagen. De fortæller, at de er tilfredse med de faste medarbejdernes støtte til at være så selvhjulpne som muligt i forhold til praktiske gøremål/personlig pleje.

Medarbejderne har mulighed for at få kvalificeret sparring i relation til eventuel iværksættelse eller justering af en rehabiliterende indsats hos en borger.

Aktuelt er der meget få RH-forløb (§83a) i hjemmeplejeenheden. RH-forløbene fremstår velorganiserede med "frontløbere", der har gennemført systematisk kompetenceforløb. Organisationen udviser indgående kendskab til §83 a-forløb.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Borgerne udtrykker tryghed ved indsatsen og omtaler de faste medarbejdere positivt. De udtrykker tilfredshed med hjælpen til den personlige pleje. Borgere og de pårørende giver under besøgene udtryk for et godt samarbejde med de faste medarbejdere.

Borgernes boliger fremtræder generelt rene svarende til, hvornår borger sidst har haft rengøringsydelsen.

Hjælp til tøjvask og madservice: Borgere med visiteret ydelse udtrykker tilfredshed med hjælpen.

Sammenhæng og forudsigelighed

Tilsynet hører om daglige møder om morgenen, inden medarbejderne tager på borgerbesøg. Møderne omfatter henholdsvis koordinering og opfølgning på triagering. Denne proces bidrager dels til medarbejdernes kendskab til borgernes tilstande og dels til den løbende kompetenceudvikling.

Ovenstående medvirker samlet set til, at borgerne kan være så selvhjulpne som muligt samtidig med, at borgerens livskvalitet og mulighed for selvbestemmelse sikres.

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

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at der er 7 relevante temaområder

- 1 temaområde er "Helt opfyldt"
- 3 temaområder er "I betydelig grad opfyldt"
- 3 temaområder 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 Funktionsevne

Målepunkt 1.2 RH-forløb

Målepunktets fokus: Ydelse efter § 83 a er tilbud om et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb. Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov. 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.

Tilsynet konstaterer positivt, at RH-forløbene fremstår organiseret med fast koordinerende frontløber og samarbejde med terapeut. Det er tilsynets vurdering, at hjemmeplejeenheden i udgangspunktet besidder de nødvendige kompetencer og færdigheder. Ledere og medarbejdere er bevidste om, at dette er et indsatsområde, der skal arbejdes videre med på nye måder.

Udviklingspunkt:

Manglende mål for rehabiliteringsindsatsen vanskeliggør medarbejdernes mulighed for at understøtte en borgers rehabiliteringsforløb.

Tilsynet anbefaler at

- Sikre, at medarbejderne har let adgang til handleanvisende og konkrete oplysninger om de aktuelle opgaver hos borgere i RH-forløb.
- anvende SMART-krav til mål og delmål.
- evaluere forbedringer af arbejdsgangene via journalaudit.

Målepunkt 1.4, 1.5 og 1.6 Overensstemmelse mellem visiterede ydelser, disponeret hjælp og leveret ydelse og sammenhæng med borgers funktionsevnebeskrivelse

Målepunktets fokus: Visiterede indsatser er baseret på borgerens funktionsevne, borgernes udtrykte behov og ønsker samt borgerens aktuelle og potentielle ressourcer. Er der behov for ændringer i de visiterede indsatser, skal dette formidles til visitationen.

Tilsynet konstaterer positivt, at der generelt er overensstemmelse mellem visiterede og disponerede indsatser. Tilsynet er informeret om, at der leveres månedsrapporter over visiterede og disponerede indsatser med henblik på kvalitetssikring af dette fokusområde.

Udviklingspunkt:

Hos 1 ud af 5 borgere, ses en visiteret indsats (*vejning*) ikke ført over på kørelisten. Hos 1 ud af 5 borgere se en udskudt indsats (*bad*) ikke af den dagsaktuelle køreliste. Hos 1 borger var disponeret indsats (*mobilisering*) ikke i overensstemmelse med borgers funktionsniveau og faktiske udførte indsats.

Tilsynet anbefaler at

- hjemmeplejeenheden finder frem til en arbejdsgang der sikrer, at visiterede indsatser til en hver tid fremgår af kørelisterne.
- hjemmeplejeenheden dokumenterer udskudte indsatser på en måde der sikrer, at det fremgår hvorvidt indsatsen er udskudt af borger eller kommune, samt at indsatser fremgår af kørelisten på den dag indsatsen leveres.
- hjemmeplejeenheden indarbejder rutiner, der sikrer at der handles på observationsnotater vedr. ændringer i en borgers tilstand/behov.
- hjemmeplejeenheden indarbejder rutiner, der sikrer opdatering af borgers funktionsevne, når denne ændres og får betydning for hvilke indsatser, der skal leveres.

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Målepunkt 2.4 Rengøring i borgers bolig

Fokus: At borgerens hjem fremstår ryddeligt og rent i en grad der lever op til borgerens ønsker og behov – inden for rammerne af kommunens kvalitetsstandard.

Generelt vurderer tilsynet, at borgernes hjem fremstår ryddelige og rene i en grad, der stemmer overens med kommunens kvalitetsstandard.

Udviklingspunkter:

Hos 1 borger fandt tilsynet løse genstande på gulv i borgers opholdsrum/sengerum med en del støv og snavs op-hobet. Efter opfølgende medarbejderinterview er det tilsynets indtryk, at der er uklarhed hos medarbejdere om god praksis for flytning af genstande i forbindelse med rengøring.

Tilsynet anbefaler at

- hjemmeplejeenhedens medarbejdere får kendskab til, hvilke muligheder og begrænsninger de har, når de gør rent hos en borger og skal sikre at borgernes hjem fremstår rengjorte svarende til kommunens kvalitetsstandard.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Målepunkt 3.3 og 3.6 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.

Tilsynet hører positivt, at triage-møder om morgenen støtter medarbejderne i at kende borgernes behov inden besøg. Tilsynet har konstateret at adspurgte medarbejdere kan redegøre tilfredsstillende for, hvordan de formidler deres observationer, når en borgers tilstand skaber behov for en ny faglig vurdering.

Udviklingspunkt:

Ved gennemgang af samlet set 10 borgerjournaler ses uoverensstemmende oplysninger mellem handleanvisninger, faglige notater/helbredstilstande, funktionsevnetilstande og udførte målinger. Uddybende oplysninger ses under målepunkterne.

Samlet set vurderes at ovenstående kan indebære en risiko for, at borgerne ikke får personlig og praktisk hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87 og § 150, stk. 2.

Tilsynet hører om igangsatte tiltag.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- at styrke overensstemmelsen i Nexus mellem pleje og behandling, observation og opfølgning.
- at følge op med konsekvensrettelser efter beslutningstagen eksempelvis efter borgerdrøftelser
- at hjemmeplejeenheden gennemfører tilbagevendende journalaudit af skiftende borgerjournaler.
- at relevante medarbejdere inddrages i denne proces, med henblik på at identificere hvilke arbejdsgange, der med fordel kan justeres for at sikre overensstemmelse mellem borgers ønske/behov, funktionsevnevurderinger, faglige notater m.m.

Målepunkt 2.9 og 3.3 Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring

Forebyggelse kræver en tidlig opsporing, som sikrer, at borger tilbydes den rette kost.

Fokus: Et væsentligt grundlag for, at borger har energi, kan deltage i egen pleje og være fysisk aktiv er, at ernæringstilstanden er så god som mulig. Ældre småtspisende borgere er sårbare, idet en utilstrækkelig ernæringstilstand blandt andet kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne.

Forebyggelse kræver en tidlig opsporing, som sikrer at borger tilbydes den rette kost.

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

Udviklingspunkter:

Tilsynet finder, at medarbejdere og leder tilkendegiver opmærksomhed på og viden om ernæringens betydning for borgernes velbefindende. Denne opmærksomhed kan ikke genfindes systematisk i de journaler tilsynet har gennemgået sammen med ledere og medarbejdere. Opfølgning på en iværksat sundhedsfaglig indsats (*ernæring*) har trivsels- og patientsikkerhedsmæssig betydning for borgeren.

- For en borger ses besluttet vejning hver 2. uge. Denne oplysning er ikke videreført til kalenderen og borger er ikke vejet seneste halve år efter beslutningen.
- Hos 2 ud af 5 borgere var der identificeret et behov for en ernæringsmæssig indsats. Dette var ikke fyldestgørende efterfulgt af handling og evaluering.
- Der ses uoverensstemmende oplysninger om borgers kost mellem det faglige notat, handleanvisninger, dagvagsoplysninger og aftenoplysninger.

Tilsynet anbefaler at

- Hjemmeplejeenheden gennemfører en proces, der understøtter at borgerne tilbydes relevante ernæringsindsatser, hvor der tages højde for borgernes ønsker og behov, herunder
 - afdække og imødekomme behov for kompetenceudvikling ift. ernæringens betydning
 - skabe struktur og dermed arbejdsgange for kædeprocessen fra vejning til reaktion på vægttab
 - skrive de besluttede arbejdsgange ned – evt. som lokalt flowchart
 - risikoborgere/småtpisende/dagens vejninger/ernæring indgår i en periode som fast punkt ved drøftelser til tidlig opsporingsmøder.

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Indikator 4.1 Værnemidler til forebyggelse af smittespredning til borgere og mellem medarbejderne.

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 ved to plejeforløb ud af tre, hvor der udføres personlig pleje og nedre hygiejne, at engangsplastforklæde ikke anvendes. Ved et tredje plejeforløb ses, at en medarbejder ikke skifter handsker jf. Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR).¹

Tilsynet anbefaler

- at hjemmeplejeenheden følger op på implementering af kommunale infektionshygiejniske retningslinjer med henblik på at sikre at medarbejderne har tilstrækkeligt kendskab til disse
- at der iværksættes tiltag, så anbefalingerne i NIR bliver implementeret og efterlevet.

¹ <https://hygiejne.ssi.dk/-/media/arkiv/subsites/infektionshygiejne/retningslinjer/nir/nir-primærsektoren.pdf> - side 19

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.

Af nedenstående oversigt angives den samlede målopfyldelse for hvert tema. Vurderingen er angivet med farver og kategorierne HO (Helt opfyldt), BO (I betydelig grad opfyldt), NO (I nogen grad opfyldt), IO (Ikke opfyldt).

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

Tema	Temaområde	Vurdering
Tema 1	Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering	
	Funktionsevne Midlertidige, tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb (§ 83 a forløb)	
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed Borgerens oplevelse af medarbejdersamarbejde, tryghed og hverdag Udførelse af praktisk hjælp og personlig pleje.	
	Livskvalitet og tilfredshed Måltider og mad, der svarer til borgers behov	
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed Vedligehold af funktionsevne - tværgående indsats	*
	Sammenhæng og forudsigelighed Rette ernæring til rette borgere - tværgående indsats	
	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag	
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning Instrukser, værnemidler m.m.	
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn	**

*Ingen borgere var visiteret til §86 *Udgår i 2022, da der ikke er tidligere tilsyn

Resultater og vurdering af de enkelte temaer


De enkelte temaer er konkretiseret i målepunkter. Hvert målepunkt udgør en indikator for kvalitet, som kan belyses gennem interview, observationer og dokumentation.



Tilsynsførende vurderer for hvert målepunkt, om dataindsamlingen viser overensstemmelse med målepunktets angivelser. I bemærkningsfeltet udfor hvert målepunkt er beskrevet særlige positive eller negative fund, som kan have værdi i det videre arbejde.

Målepunkter om omsorgsjournalen omfatter de dele af journalen, som er relevant for tilsynets foci.


Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering af generelle forhold: 


Samlet vurdering af RH-forløb: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	Inden opstart i hjemmeplejen: Borger har været gennem et afklarende forløb, hvor borger med udgangspunkt i egne ressourcer har fået afklaret behov for hjemmepleje og lagt en plan for, hvordan borger kommer til at fungere bedre i hverdagen. Borgers psykiske og fysiske ressourcer inddrages i planlægning og udførelse.		
1.2	<p>1) Har borgeren været tilbudt en rehabiliterende indsats, og er der fulgt op på indsatsen?</p> <p>Ved §83a forløb:</p> <p>2) Der foreligger plan lavet i samarbejde med borger. Planen beskriver mål, varighed og indhold af indsatsen.</p> <p>3) Ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne.</p>		<p><i>Få borgere visiteres til RH-forløb. Indsatsen fremstår velstruktureret med RH-frontmedarbejdere som koordinatore.</i></p> <p><i>Udviklingspunktet i forhold til kravene i §83a er, at der i 3 ud af 3 tilfælde ikke foreligger operationelle mål for indsatsen.</i></p> <p><i>Dette medfører, at det ikke fremgår klart af handlingsanvisningen hvad medarbejderens opgave er ved borgerbesøgene. Dette vanskeliggør en medarbejders mulighed for at understøtte en borgers rehabiliteringsforløb.</i></p> <p><i>Udfordringen er tillige, at det sårbare arbejdsgrundlag er kombineret med at det er forskellige medarbejdere, der varetager besøgene og dermed ikke selv kan skabe delmål og kontinuitet.</i></p>




1.3	<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? 		
1.4	<p>Der er overensstemmelse mellem den visiterede ydelse og den disponerede hjælp. Hjælpen er beskrevet med en rehabiliterende tilgang.</p>		<p>1 borger med besluttet ydelse hver 14. dag er ikke vejet seneste halve år. Ydelsen fremgik ikke af kørelisten. Der ses ikke opfølgning på den visiterede ydelse.</p>
1.5	<p>Medarbejderne leverer de aftalte ydelser. Hvis ydelsen ikke kan leveres – hvis borger eksempelvis takker nej – gives skriftlig besked til rette funktion.</p>		<p>Det er tilsynets opfattelse at medarbejderne i høj grad anvender observationer som arbejdsredskab.</p> <p>I 2 ud af 5 borgerforløb ses den disponerede indsats ikke leveret:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 borgers tilstand er ændret og borger har ikke længere behov for den disponerede indsats (mobilisering). - 1 borger har ønsket at flytte en indsats (bad), hvilket ikke fremgår af kørelisten. <p>Der ses i 2 ud af 5 borgerforløb flere eksempler på at observation ikke er dokumenteret og lagt som opgave.</p>
1.6	<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>Ved journalgennemgang ses borgernes funktionsevnetilstand ikke opdaterede i 3 ud af 3 borgerjournaler.</p>

<p>1.7</p>	<p>Medarbejdere kender arbejdsgangene for at melde videre, hvis borgers begrænsning af funktionsevnen ændrer sig.</p>		<p><i>Medarbejderne fortæller ensartet om arbejdsgangen, som er at anvende observationer til formidling. For 2 borgere hvor funktionsevnen er betydelig ændret med behov for revurdering af ydelser ses ikke dokumenterede observationer.</i></p>
-------------------	---	---	---

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering af generelle forhold samt personlig pleje og praktisk hjælp: 

Samlet vurdering af hjælp til måltider samt at få tilbudt den rette kost: 

Nr.	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<p>(Personlig pleje)</p> <p>Interviewede borgere (eller pårørende) svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? 2) Synes du at personalet udviser respekt for dig? 3) Hvor tilfreds er du med medarbejderens imødekommenhed over for dine ønsker til hjælpen? 4) Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad det betyder noget for dig? 5) Er du tryk ved den måde hjælpen tilbydes på? 6) Oplever du dig soigneret/veltilpas efter morgenplejen 7) Er du samlet set tilfreds med hjælpen. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg)? 		
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? 		

2.4	<p>Observation i hjemmet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er hjemmet ryddeligt og rent i det omfang, borgeren har behov for og ønsker hjælpen? 2) Er hjemmet rengjort svarende til tidspunktet for seneste rengøringsydelse? 		<p>1 ud af 5 borgere tilkendegiver, at den visiterede rengøring ikke imødekommer det behov der er.</p> <p>Hos en anden borger er der steder, hvor der ikke er rengjort svarende til tidspunkt for seneste rengøring. Der ligger løse genstande på gulv i borgers opholdsrum/sengerum med en del støv og snavs ophobet. Genstandene kan nemt skubbes til side ved rengøring.</p> <p>Det er tilsynets indtryk, at der er uklarhed hos medarbejdere om god praksis ved flytning af genstande.</p>
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>		
2.7	<p>Interviewede borgere 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) Kender du til mulighed for at kunne vælge frit mellem kommunale og private leverandører? 		<p>Ad 1: 1 ud af 5 borgere kendte ikke til muligheden for fleksibel hjemmehjælp</p>

Måltider og mad, som svarer til borgers behov			
Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
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. 		<p>Ad 1: Om borger får den rette kost, afhænger af om medarbejderne har viden om borgers behov. Jf. punkt 3.3 fremstår den tidlige opsporing af borgere i risiko for underernæring sårbar.</p> <p>Ad 3: Hos 2 ud af 5 borgere var der ikke iværksat initiativer, svarende til borgers behov for en ernæringsindsats.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 borger, som skulle tilbydes vejning hver 14. dag, var ikke blevet vejnet seneste 6 måneder. - Hos 1 borger fandt tilsynet, at borger ikke havde spist sin morgenmad, der var blevet anrettet ca. 2 timer før tilsynet besøgte borgeren. Ved efterfølgende journalaudit sås et observationsnotat med lignende information. Der sås ikke tegn på revurdering af borgers indsats.

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

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Kommer medarbejderne generelt på de aftalte tidspunkter? 2) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig/Kender du de medarbejdere, der kommer? 3) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der kommer i dit hjem? 4) Oplever du, at hjælpen kommer til den aftalte tid +/- 1 time. 5) Får du besked ved ferie og sygdom og at der kommer en afløser 6) Oplever du at dit besøg er blevet aflyst? Har du i så fald fået erstatningsbesøg?		
3.2	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Oplever du sammenhæng mellem den hjælp, du har brug for og den hjælp, du modtager? 2) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 3) 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)		
3.3	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. Dette belyses ift. <i>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</i> Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab.		<i>Tilsynet hører positivt, at triage-drøftelse om morgenen støtter medarbejderne i at kende borgernes behov inden besøg.</i> <i>3 ud af 3 medarbejdere kunne redegøre tilfredsstillende for, hvordan de formidler deres observationer, når en borgers tilstand skaber behov for en ny faglig vurdering.</i>

	<ol style="list-style-type: none"> 1) I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleanvisende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen. 2) Der kan fremfindes reaktion ved utilsigtet vægttab. 3) Oplysninger om ernæringsindsatsen er lettilgængelig for relevante medarbejdere. 4) Behov for særlig kost: Borgere med behov for særlig kost tilbydes dette. 		<p>Ad 1: Ved gennemkig i samlet set 10 borgerjournaler ses uoverensstemmende oplysninger mellem handleanvisninger, faglige notater/helbredstilstande, funktionsevnetilstande og udførte målinger.</p> <p>Ad 2: Vejning: For 2 borgere som menes at have sagt nej tak til vejning med efterfølgende ophør af vejning, ses ikke fagligt notat om dette. For en borger ses besluttet vejning hver 2. uge. Denne oplysning er ikke videreført til kalenderen og borger er ikke vejret seneste halve år efter beslutningen. Der ses ikke opfølgning på den visiterede ydelse.</p> <p>Ad 3+4: Kost: Der ses uoverensstemmende oplysninger om borgers kost mellem faglige notat, handleanvisninger, dagvagtsoplysninger og aftenoplysninger.</p> <p>Hos 2 ud af 5 borgere er der identificeret et behov for en ernæringsmæssig indsats. Dette er ikke fyldestgørende efterfulgt af handling og evaluering.</p>
<p>3.4</p>	<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"> 1) Hvordan har din evne til at klare dig selv udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælp? 2) Borgerne oplever, at træningsudbyttet er muligt at fastholde i hverdagen. 3) 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>Tilsynet blev orienteret om at der på tilsynstidspunktet ikke var borgere der modtog indsats efter §86.</p>

3.5	Hvis borger modtager terapeutindsats efter §86: Medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningsselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.		Tilsynet blev orienteret om at der på tilsynstidspunktet ikke var borgere der modtog indsats efter §86.
3.6	<p>I tilsynet indgår det skriftlige arbejdsgrundlag i det omfang, det er relevant for tilsynets målepunkter.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Medarbejderne oplever de konkrete handleanvisninger anvendelige og brugbare i forhold til opgaveløsningen hos borgerne. 2) Beskrivelserne fremstår fyldestgørende, handleanvisende og opdaterede. 3) Medarbejderne fortæller om arbejdsgangen for at orientere sig i borgers situation, inden de ankommer til borgeren. Beskrivelsen svarer til god praksis. 4) Det skriftlige arbejdsgrundlag fremtræder overensstemmende og konsekvensrettet ved ændringer i borgers tilstande. 		<p>Generelt: Alle handleanvisninger er koblet op på ydelserne. Indsigt i hvad medarbejders samlede opgaver er, opnås først efter læsning af de samlede handlingsanvisninger. Medarbejderne har forskellig kompetence ift. at få det samlede overblik over dagens opgaver.</p> <p>Tilsynet og medarbejdere ser sammen ved 3 borgerbesøg på handleanvisningerne og konstaterer, at de ikke er opdaterede. Det fremstår som et sårbart arbejdsgrundlag.</p> <p>Ved journalgennemgang finder tilsynet mangelfuld handlingsanvisning til aftenvagten i 2 ud af 4 journaler, samt manglende opdatering af funktionsbeskrivelser i 3 ud af 4 journaler.</p> <p>Det drejer sig om en borger ramt af demens samt en borger, som har uklar tale. Der ses ikke oplysninger til aftenvagten om borgers særlige behov for at få en rolig aften og en god nattesøvn.</p> <p>For nogle af borgerne i stikprøven ses 5 handleanvisninger, som er væsentlige for borgerbesøget. Oplysningerne for 2 ud af disse 5 handleanvisninger er uoverensstemmende.</p>

			<p>For den ene borger skyldes dette borgers faldende funktionsniveau fra brug af rollator i hverdagen til afhængighed af loftslift og kørestol.</p>
--	--	--	---

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning*

Samlet vurdering:

Nr.	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.		2 ud af 3 medarbejdere anvender ikke forklæder jf. kommunens retningslinjer. 1 ud af 3 medarbejdere skifter ikke handsker jf. Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR)
4.2	Relevante medarbejdere kan fremsøge gældende arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud. Ved et aktuelt smitteudbrud: Medarbejderne anvender gældende instrukser og arbejdsgange.		
4.3	Leder og relevante medarbejdere kan beskrive ansvars- og opgavefordeling ved den nære forebyggelse eksempelvis rengøring af kontaktpunkter. Beskrivelsen er overensstemmende med gældende instrukser og arbejdsgange.		

*Ifølge Covid 19

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn (IKKE RELEVANT I 2022)

Samlet vurdering:

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. 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>		

BILAG 1: Pårørendeinterview

Hjemmeplejen Alderslyst Vest – Silkeborg Kommune

Pårørendeinterview – 5 telefoninterview

Resultat - Pårørendes svar indenfor hvert af de fem temaer

Tilfredshed Tema	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ikke aktuelt	Supplerende kommentarer fra de interviewede pårørende
Forventningsafstemning	70%	10%	20%				<ul style="list-style-type: none"> - De spørger for meget, i stedet for at informere om, hvorfor de kommer. - Medarbejderne er gode til at inddrage mig som pårørende. - Jeg bliver sjældent inddraget. Der er ikke nogen gennemgående medarbejder tilknyttet min mor.
Pleje og vedligehold af færdigheder	47%	42%	5%	5%			<ul style="list-style-type: none"> - Hos borgere med kognitive eller psykiske udfordringer er det meget vigtigt at understøtte dem i at gøre det der er bedst for dem. Det kræver et gennemgående team hos borgeren. Det er ikke tilfældet hos min pårørende. - Spild på tøj udløser ikke hjælp til tøjskift. - Meget tilfreds med alle dagvagterne i forhold til plejen. Aftenvagterne har meget at lære.
Mad og madservice	33%	33%	7%	7%		20% ²	<ul style="list-style-type: none"> - Min pårørende får for ofte sine måltider liggende i sengen. - Min pårørende vil selv bestemme, hvad hun spiser.
Rengøring og tøjvask	27%	27%		9%	9%	27% ³	<ul style="list-style-type: none"> - Spild bliver ikke fjernet fra bordet efter måltid, og spild på gulv kan ligge i flere dage. - Jeg er usikker på om der skiftes sengetøj, som aftalt. - Der er ofte misfarvet tøj i forbindelse med at afløsere står for tøjvasken. - Dagvagterne er gode til at rydde op efter sig selv, det kniber i aftenvagten.
Kommunikation med hjemmeplejen	55%	15%	5%	5%		20% ⁴	<ul style="list-style-type: none"> - 3 pårørende svarer: Jeg vidste ikke, at min pårørende havde en kontaktperson. - Jeg savner et overblik over, hvordan man får kontakt til kontaktperson, leder og planlægger. - Nogle gange lyttes der, men min pårørende siger ofte fra efter kort tid. Kunne godt ønske at blive informeret, når det sker.

Supplerende opsummering

- o De 5 pårørende svarer overvejende ”meget tilfreds” eller ”tilfreds” til spørgsmålene indenfor de fem temaer.
- o 3 ud af 5 pårørende havde ingen viden om, at deres pårørende har en kontaktperson.

² To borgere benytter ikke madservice

³ To borgere får ikke hjælp til tøjvask

⁴ Tre pårørende vidste ikke, at borger havde en kontaktperson



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 stiler tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

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

Tilsynsbesøget er gennemført uanmeldt og er et udtryk for det øjebliksbillede, som er tilgængeligt på tidspunktet for tilsynets gennemførelse. 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 Silkeborg 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 og beskrives under figuren.

Niveauer	Det samlede tilsynsresultat											
Temaer												
Målepunkter												
De enkelte stikprøver												

Vurdering af den enkelte stikprøve

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

Vurdering af de enkelte målepunkter

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

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

Vurdering af det enkelte tema

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

Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

Godkendt

Alle temaområder er samlet set vurderet "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt". Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.

Godkendt med bemærkninger

Højst 1 af temaområderne 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.



Godkendt med mangler

Højest 3 af temaområderne er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

Der ses forhold af betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget. Opfølgning efter kortere tid anbefales.

Delvist godkendt

Mere end 3 temaområder 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.

Ikke godkendt/Kritisable forhold

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.

Der er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet og patientsikkerheden.

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

Høring og rapportering

Tilsynsbesøgene afsluttes med dialog og tilbagemelding til den lokale leder. Efter tilsynsbesøget modtager lederen rapportudkastet til høring for faktuelle fejl = oplysninger om antal borgere, funktionsbenævnelser og lignende i lighed med praksis hos Styrelsen for Patientsikkerhed. Fristen for tilbagemelding er 3 uger, hvorefter leder og tilsynsførendes kontaktpersoner i kommunen modtager den endelige rapport.



Om virksomheden og kontaktoplysninger

Nethe Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef

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

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

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

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

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

Om virksomhedsleder og tilsynschef

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

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

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

