



akkrediteringsraadgiverne.dk

## TILSYNSRAPPORT

# Odsherred Kommune

## Omsorg og Sundhed

### Hjemmepleje Syd

### Team Asnæs-Grevinge

## Indhold

<b>Fakta om tilsynet .....</b>	<b>5</b>
<b>Samlet tilsynsresultat .....</b>	<b>6</b>
<b>Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer.....</b>	<b>7</b>
<b>Oversigt over de enkelte temaer.....</b>	<b>10</b>
<b>Resultater og vurdering af de enkelte temaers målepunkter.....</b>	<b>10</b>
Tema 1 Sammenhæng mellem visiteret ydelse, disponeret og leveret hjælp, borgerens aktuelle behov .....	11
Tema 2 Kvaliteten af den praktiske hjælp er tilfredsstillende .....	13
Tema 3 Kvaliteten af den personlige hjælp og pleje er tilfredsstillende.....	14
Tema 4 Leverandørens indsats ift. korterevarende og tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb efter § 83a .....	15
Tema 5 Plejeenhedens dokumentationspraksis er tilfredsstillende .....	17
Tema 6 Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i ydelsen er tilfredsstillende .....	19
Tema 7 Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats er tilfredsstillende .....	22
Tema 8 Kvaliteten af hjælpen til mad og måltider er tilfredsstillende.....	25
Tema 9 Kvalitetsarbejdet: Opfølgning fra seneste tilsyn .....	26
<b>Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper .....</b>	<b>27</b>
<b>Om tilsynsvirksomheden.....</b>	<b>30</b>

## Forord

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

Det er hensigten, at rapporten skal kunne bidrage til den faglige og organisatoriske kvalitetsudvikling ved at synliggøre succesfulde resultater såvel som det eventuelle læringspotentiale. Rapporten fokuserer på styrker i plejeenheden som afsæt for anbefalinger for eventuelle forbedringsområder, hvor borgernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandarder m.m.

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

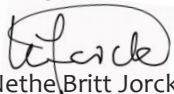
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

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

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

Venlig hilsen



Nethe Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

## Fakta om tilsynet

Leverandørens navn og adresse
Hjemmepleje Syd, Team Asnæs-Grevinge Bobjergvej 2, 4550 Asnæs
Leder
Teamleder Bodil Weinreich Nielsen
Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg
1. februar 2022
Datagrundlag og metodik
<p>Tilsynet omfatter borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne.</p> <p>Data er indsamlet via</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Dokumentation</u>: Borgernes pleje- og omsorgsjournal for 12 borgerforløb, ydelsesoversigt, procedurer, kørelister mv.</li> <li>- <u>Interview</u>: 6 borgere, som kan medvirke til interview samt 2 pårørende. Desuden 8 medarbejdere, heraf 1 teamleder, 1 disponent, 1 sygeplejerske, 1 assistent, 4 hjælpere. Derudover gruppeinterview med et større antal hjælpere og assistenter.</li> <li>- <u>Observation</u>: Besøg i borgeres hjem, set arbejdsgange og samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem o.a. Tilsynet har besøgt 6 borgere og overværet hjælp til personlig pleje o.a. hos 3 af disse borgere.</li> </ul> <p>Hjemmeplejen har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.</p>
Tilsynsførende
Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

## Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Odsherred Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos hjemmeplejeleverandøren. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn i hjemmeplejen i Odsherred 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:

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

## Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

Generelle oplysninger
<p>Hjemmepleje Syd, Team Asnæs-Grevinge varetager personlig pleje, praktisk hjælp og delegerede ydelser for borgere i Odsherred Kommune. Der er 3 geografiske teams, som hjælper hinanden ved behov.</p> <p>Siden oktober 2021 har hjemmeplejen også omfattet hjemmesygeplejen. Tillige er hjemmeplejeområderne i Odsherred justeret fra 4 til 6 teamområder, hvilket også har medført ændringer i de interne og tværgående strukturer. De efterfølgende 4 måneder har været en turbulent periode internt.</p> <p>Som ny organisation har der været behov for fysiske møder, hvilket ikke har været muligt grundet coronaepidemien. Restriktionerne lettes i den kommende tid, hvorefter mødeaktivitet vil muliggøre implementering dels af sygeplejerske/assistent-møder og dels interne teammøder blandt assistenter og hjælpere.</p> <p>Disse tiltag må forventes at styrke de interne strukturer og støtte den ønskede kvalitetsforbedring.</p>
Styrker
<p>Hjemmepleje Syd, Team Asnæs-Grevinge fremstår som en plejeenhed med fokus på kerneydelsen. Arbejdsplanlægningen sikrer, at borgerne generelt besøges af medarbejdere, som kender borgerne godt. Disponent sikrer i vid udstrækning overensstemmelse mellem den visiterede ydelse og den disponerede hjælp.</p> <p><u>Borgernes tilfredshed</u> med de faste medarbejdere er høj. Borgerne vil gerne have én bestemt medarbejder som tovholder. Borgerne udtrykker tryghed ved hjemmeplejens indsats og fortæller, at alle er søde og rare. Borgerne giver udtryk for, at den leverede hjælp svarer til det aftalte. Der opleves ikke udeblivelser.</p> <p><u>Den personlige pleje og den praktiske hjælp:</u> Borgernes beskrivelse af de faste medarbejdernes måde at udføre opgaverne på afspejler, at medarbejderne generelt kender borgernes behov og ønsker. De yder hjælpen, så borgerne anvender egne ressourcer bedst muligt. Der forefindes relevante hjælpemidler hos de besøgte borgere. Borgernes boliger fremtræder rene svarende til, hvornår borger sidst har fået gjort rent.</p> <p>Tilsynsførende overværer personlig pleje hos 3 borgere. Hjælpen ydes i vid udstrækning i borgers tempo og med småsnakken, humor og guidning tilpasset den enkelte borgers behov og stemning. Tilsynet iagttager velegnede arbejdsgange og udførelse af opgaverne på en omsorgsfuld måde.</p> <p>De ovenfor nævnte styrker er et godt afsæt til at fastholde den gode kvalitet og yderligere forbedre praksis.</p>
Forbedringsområder, læringspunkter og eventuelle anbefalinger
<p>Tilsynet vurderer, at</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 4 temaområder er "Helt opfyldt"</li> <li>○ 1 temaområde er "I betydelig grad opfyldt".</li> <li>○ 4 temaområder er "I nogen grad opfyldt".</li> </ul> <p>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.</p> <p>Der ses tværgående udviklingspunkter, som vedrører Tema 5+6+7.</p>

**Fokusområde: Kontinuitet i det enkelte borgerforløb**

Udfordringer:

- Borgerne oplever, at der ikke er én person, som særligt er tilknyttet deres forløb
- Frontmedarbejderne får ikke meldt videre, når de bliver i tvivl eksempelvis om tryksårsprofylakse, ukklar besøgsplan o.a.
- Besøgsplanernes kvalitet er meget forskellig
- Rehabilitering indgår i medarbejdernes fortælling, men ses sparsomt i besøgsplaner

Tilsynet erfarer, at der er besluttet tiltag i gang for at etablere kontaktpersoner for alle borgerne. Dette tiltag forventes at medtage ovennævnte udviklingspunkter.

- Tilsynet har ikke yderligere anbefalinger.

**Fokusområde: Interne faglige arbejdsprocesser, herunder Tidlig opsporing af borgere i risiko.**

Udfordringer:

- Ændringer i borgers tilstand formidles i "observationer", hvilket er god praksis. Imidlertid markeres observationen ikke effektivt, så den kan blive læst af rette vedkommende. Arbejdsgangen fremstår ikke klar for, hvornår og hvordan en ændring i borgers tilstand skal meldes videre fra afløser/ hjælper/elev/assistent, herunder hvornår og hvordan en observation skal sendes til sygeplejerske
- Helbredstilstande ses generelt ikke opdateret svarende til borgers aktuelle tilstand(e)
- Besøgsplaner opdateres ikke systematisk ved ændring af eksempelvis kost.

Tilsynet erfarer, at der er besluttet tiltag for at styrke fagligheden gennem drøftelser af fælles borgerforløb på assistent/sygeplejerskemøder.

- Tilsynet har ikke yderligere anbefalinger.

**Opmærksomhedspunkter****Tema 2 Kvaliteten af de praktiske hjælp**

Målepunkt 2.3. Flexibel hjemmehjælp

Ingen af de besøgte borgere kender til at kunne "bytte ydelser". 1 ud af 3 medarbejdere kender til ordningen.

Tilsynet anbefaler at

- informere om muligheden på personalemøde, så medarbejderen i højere grad kan støtte borgerne ved behov og ønsker.

**Tema 3 Kvaliteten af den personlige hjælp og pleje**

De besøgte borgere efterspørger, at de bliver ringet op, når medarbejderne ikke kan komme på det forventede tidspunkt.

Tilsynet anbefaler at

- drøfte og beslutte arbejdsplan for at kontakte borgerne, når besøget falder på et ikke forventet tidspunkt.

**Tema 4 Leverandørens indsats ift §83a forløb**

Baggrund: 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 aktuelt flere RH-besøg, hvoraf tilsynet besøger 2 af borgerne. Der foreligger ikke mål og plan for forløbene og besøgsplanerne afspejler ikke, at der er tale om et målrettet tidsafgrænset forløb.

Besøgsplanen afspejler ikke rehabiliteringstilgang i handlingsanvisningerne. Tilsynet erfarer positivt, at medarbejderne løbende skriver oplysninger i "observationer" og at disponent sikrer en løbende information til visitator, når borger ikke længere har brug for en tildelt ydelse.

*Tilsynet anbefaler*

- at tilknytte fast medarbejder til RH-forløb
- at hjemmeplejen kontakter visitator ved tvivl om mål og plan for borgerforløbene
- at besøgsplanerne løbende justeres og afspejler borgerens aktuelle delmål
- at beskrivelsen i besøgsplanen støtter medarbejder i at levere hjælpen på en rehabiliterende måde.



## Oversigt over de enkelte temaer

Temaerne er belyst gennem interview, observationer og dokumentation og det er undersøgt, om der sammenhæng mellem de fastsatte standarder, handleplaner, beslutninger, tilbud til den enkelte borger og den praktiske udførelse.

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

	Helt opfyldt
	I betydelig grad opfyldt
	Delvist opfyldt
	Ikke opfyldt

Temaer		Vurdering
<b>Tema 1</b>	Der er sammenhæng mellem den visiterede ydelse, den disponerede hjælp, den leverede hjælp og borgerens aktuelle behov	
<b>Tema 2</b>	Kvaliteten af den praktiske hjælp er tilfredsstillende	
<b>Tema 3</b>	Kvaliteten af den personlige hjælp og pleje er tilfredsstillende	
<b>Tema 4</b>	Leverandørens indsats ift. korterevarende og tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb er tilfredsstillende (§83a)	
<b>Tema 5</b>	Plejeenhedens dokumentationspraksis er tilfredsstillende	
<b>Tema 6</b>	Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i ydelsen er tilfredsstillende	
<b>Tema 7</b>	Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats er tilfredsstillende	
<b>Tema 8</b>	Kvaliteten af hjælpen til mad og måltider er tilfredsstillende	
<b>Tema 9</b>	Kvalitetsarbejdet: Opfølgning fra seneste tilsyn	

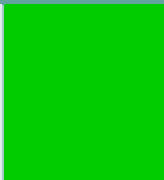

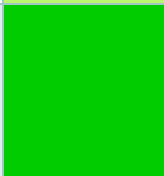
## Resultater og vurdering af de enkelte temaers målepunkter

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

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

## Tema 1 Der er sammenhæng mellem den visiterede ydelse, den disponerede hjælp, den leverede hjælp og borgerens aktuelle behov

Samlet vurdering: 

Nr.	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
1.1	De visiterede ydelser foreligger som ydelsesoversigt. Der er overensstemmelse mellem den visiterede ydelse og den disponerede ydelse.		
1.2	Medarbejderne leverer de aftalte ydelser. Såfremt ydelsen ikke kan leveres – hvis borger eksempelvis takker nej – gives skriftlig besked til disponent		1 borger er sat til vejrydelse hver 2. uge. Denne er udført 7 ud af 12 gange seneste halvår.  Rengøringsydelse er visiteret til 30 min. Ydelsen er disponeret i overensstemmelse med dette. Borger oplyser, at den leverede hjælp er 20 minutter. Hun har ikke rettet henvendelse til disponent derom endnu, idet flere har orienteret om at der er tale om køretid.
1.3	Interviewede borgere (eller pårørende) tilkendegiver, at der er sammenhæng mellem den hjælp, de er visiteret til og den hjælp, de modtager.		Flere borgere udtrykker ønske om at vide, hvilken hjælp de er tildelt.

1.4	Medarbejdere kender arbejdsgangene for at melde videre, hvis borgers begrænsning af funktionsevnen ændrer sig.		
1.5	Oversigt over borgers funktionsevnetilstand og forventede tilstand: Der beskrives en klar ansvars- og opgavefordeling for opdateringen. Hjemmeplejen sikrer løbende information til visitationen, som opdaterer.		

## Tema 2 Kvaliteten af den praktiske hjælp er tilfredsstillende





Samlet vurdering:



Nr.	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
2.1	<p>Interviewede borgere (eller pårørende) svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er du samlet set tilfreds med den hjælp, du får til rengøring, til tøjvask og til indkøb?</li> <li>- Får du den hjælp, du har brug for, så du kan klare hverdagen?</li> <li>- Synes du, at der bliver taget hensyn til dine personlige ønsker og valg?</li> </ul>		
2.2	<p>Interviewede borgere (eller pårørende) svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvad er dit mål for at kunne så meget som muligt selv? Hvordan går det med at få støtte til det?</li> <li>- Har din evne til at klare daglige gøremål udviklet sig under hjemmeplejeindsatsen?</li> </ul>		
2.3	<p>Medarbejderne kender til muligheden for at borger kan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vælge frit mellem kommunale og private leverandører</li> <li>- ”bytte ydelser”, fleksibel hjemmehjælp.</li> </ul>		<p>Borgerne mener ikke at have hørt om muligheden for at bytte ydelser/flexibel hjemmehjælp.</p> <p>1 ud af 3 adspurgte medarbejdere kender til, at borgerne kan bytte ydelser.</p>
2.4	<p>Observation i hjemmet: Kvaliteten af rengøringen er i overensstemmelse med hvornår der sidst er gjort rent ift. kvalitetsstandard for Odsherred Kommune.</p> <p>Hvis tilsynsførende overværer medarbejders besøg, beskrives relevante data.</p>		<p>1 hjem, hvor rengøring er foretaget indenfor seneste 3 dage, fremstår med gammelt spindelvæv bag toilet og i et køkkenhjørne.</p>
2.5	<p>Medarbejdere kan give eksempler på, hvorledes borger støttes i at kunne klare så meget som muligt selv.</p>		

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

Samlet vurdering: 

Nr.	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelser af betydning for vurderingen
3.1	Interviewede borgere (eller pårørende) er samlet set tilfredse med hjælpen til den personlige pleje. De oplever tilfredshed med hjælpen til at gå i bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg.		
3.2	Interviewede borgere (eller pårørende) svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål om hjælpen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvad er dit mål for at kunne så meget som muligt selv?</li> <li>- Hvad synes du om medarbejdernes støtte til at gøre dig så selvhjulpne så mulig?</li> <li>- Har din evne til at klare dig udviklet sig mens du har fået hjælp?</li> </ul>		
3.3	Fremtræder borger velplejet? Hvis tilsynsførende overværer medarbejders besøg: Der ses velegnede arbejdsgang og udførelse af opgaverne på en måde, der sikrer den fornødne kvalitet.		
3.4	Interviewede borgere (eller pårørende) oplever, at hjælpen kommer til den aftalte tid +/- 1 time. Borgerne oplyser, at der bliver givet besked ved ferie og sygdom og at der kommer en afløser.		Borgerne efterlyser at blive orienteret, hvis hjælpen er forsinket ift normaltidspunktet.
3.5	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.		Jf. målepunkt 5.3.

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

Samlet vurdering:

Nr.	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
4.1	Ledelsen og medarbejdere kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål.		<p>Medarbejdere beskriver arbejdsgangene for 2 aktuelle forløb:            Visitationen tildeler ydelserne. Medarbejderne skriver besøgsplan ud fra deres kendskab til borger. De oplyser, at der oftest ikke er mål og plan, som besøgsplanen kan laves ud fra.</p> <p>Medarbejderne informerer disponent via "observationer" om ændringer i borgers tilstand. Disponent evaluerer løbende og formidler videre til visitationen som herefter afslutter ydelserne, når det er relevant.</p>
4.2	Der foreligger plan lavet i samarbejde med borger. Planen beskriver mål, varighed og indhold af indsatsen. Der ses eksempel på arbejdsgangen for evaluering.		<p>For 2 ud af 2 forløb kan mål, delmål og plan ikke findes. Der ses mange løbende observationer over de 3-4 måneder, men der kan ikke findes en opsamling/evaluering undervejs.</p>

4.3	Interviewede borgere (eller pårørende) oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet. Borgere, der har gennemgået et rehabiliteringsforløb kan fortælle eksempler på, at deres funktionsevne er forbedret under forløbet.		Ingen af de 2 borgere har haft besøg i hjemmet hvor mål og plan er fastlagt sammen med dem. (Det kan skyldes corona-situationen). Under forløbet ses ikke beskrivelse/evaluering som grundlag for nye delmål.
4.4	Medarbejdere kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af rehabiliteringsforløbene. Medarbejderne har kendskab til rehabiliteringsmålet og aktuelle opgaver hos den enkelte borger. Medarbejdernes ydelse er i overensstemmelse med planen.		Ingen af besøgsplanerne indeholder konkrete handleorienterede oplysninger, som svarer til et målrettet rehabiliterende og tidsafgrænset forløb.
4.5	Besøgsplanen er opdateret og opgaverne er konkrete og handleanvisende beskrevet.		
4.6	Ved afslutning af terapeutforløb ses overdragelse til hjemmeplejen på en måde, der kan sikre overførsel af borgers opnåede funktionsevne til hverdagen.		Der har ikke været terapeut tilknyttet i de to forløb, så arbejdsgangen kan ikke afdækkes.

## Tema 5 Plejeenhedens dokumentationspraksis er tilfredsstillende

Samlet vurdering:

Nr.	Fokuspunkter	Vurdering	Uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
5.1	Leder og/eller medarbejdere kan redegøre for indsatser med henblik på at sikre en ensartet og systematisk dokumentationspraksis. Der kan gives eksempler på eventuelle justeringer af arbejdsgange og undervisningstiltag.		
5.2	Dokumentationen fremstår sammenhængende og med aktuelle beskrivelser af borgerens tilstande og plejebehov relevant for målepunkterne. Helhedsvurderingen fremstår opdateret.		<p>For 2 ud af 4 borgerforløb er helhedsvurderingerne opdateret svarende til borgers aktuelle tilstande.</p> <p>En borger har tryksår og der er oprettet SUL-ydelse md information om at der skal smøres med creme. Der er ikke konkret oplysning om sårplejen. Medarbejdere har ikke efterspurgt de manglende oplysninger hos sundhedsfaglig. Borger har givet information til medarbejderne om hvilken creme der skal anvendes, hvilket viser sig at være forkert.</p>
5.3	Besøgsplaner fremstår fyldestgørende, handleanvisende og opdaterede.		<p>Opmærksomhedspunktet er, at der kommer mange hjælpere, som ikke kan se oplysning om hvilken creme, der skal anvendes og at ingen retter henvendelse til sundhedsfaglig medarbejder.</p>



			<p>3 ud af 8 undersøgte besøgsplaner fremstår handle-anvisende og opdaterede for dag- og aften.</p> <p>For de 5 øvrige ses få oplysninger som ikke er tilstrækkelige for en medarbejder, som ikke kender borger</p>
5.4	Medarbejderne har let adgang til oplysninger om beslutninger, der skal medvirke til, at borger kan fastholde og om muligt forbedre sit funktionsniveau i forhold til dagligdagens aktiviteter og gøremål. Oplysninger kan eksempelvis være indskrevet i besøgsplaner eller forflytningsvejledninger.		Jf. 5.3
5.5	Dokumentationen indeholder oplysninger om borgernes ernæringstilstand og -indsatser. Medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.		Beskrivelse er indsat under Tema 7.

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

Samlet vurdering:

Nr.	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
6.1	Interviewede borgere (eller pårørende) svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig?</li> <li>- Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der kommer i dit hjem?</li> <li>- Kommer medarbejderne generelt på de aftalte tidspunkter?</li> <li>- Har borger opdaterede og læsevenlige kontaktoplysninger til leverandøren.</li> </ul>		4 ud af 6 borgerne er meget tilfredse med, at det oftest er de samme medarbejdere, der kommer i hjemmet.  Nogle afløsere kender ikke opgaverne hos borger, som må fortælle hvad og hvordan de bedst vil hjælpes.  Dette er en udfordring særligt for borgere, der ikke kan svare for sig. En pårørende oplyser, at hun ikke kan gå fra sin ægtefælle før hjælperne har været der.
6.2	Interviewede borgere (eller pårørende) svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål om de medarbejdere, der yder hjælpen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er hjælperne venlige – omsorgsfulde - imødekommende?</li> <li>- Er omgangstonen respektfuld og adfærden professionel?</li> <li>- Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg?</li> <li>-</li> </ul>		
6.3	Borgerne oplever, at der er sammenhæng og kontinuitet i samarbejdet med hjemmeplejen.  Borgerne har kontaktperson / oplever at have fast tilknyttet medarbejder <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interviewede borger fortæller, at de har kontaktperson</li> <li>- Relevante medarbejderne kan fortælle om funktionen, og at de har opgaven.</li> </ul>		2 ud af 6 borgerne oplever at have en medarbejder, de hyppigst involverer ved behov for spørgsmål som rækker ud over dagens personlige pleje.

		<p>De taler med den/de medarbejdere, de synes, de har fået en relation til.</p> <p>De øvrige 4 borgere har ikke en særlig relation til en medarbejder. På spørgsmål om, hvem de taler med om særlige behov fortæller de, at det ved de ikke rigtig. Samtidig udtrykker de, at det ville være så godt, at der var en tovholder.</p> <p>RH-forløbene har ikke en tovholderfunktion udover disponenten.</p> <p>Ovenstående var også et udviklingspunkt i 2021. Der er besluttet tiltag, idet kontaktpersonordning skal til at indføres.</p>
6.4	Borgerforløbene fremstår sammenhængende og er præget af kontinuitet i opgaveløsningen	<p>For 3 ud af 6 borgerforløb ses utilsigtede uoverensstemmelser i kontinuiteten. Der er ikke arbejdsgange, der sikrer læsning og handling på "observationer".</p> <p>Medarbejderne fortæller om 3 borgere, som har/har haft problemer med at få nok at spise. Der ses observationer om manglende spisning o.a. for disse borgerne.</p>

			<p>2 af borgerne skal vejes jævnligt. 1 borger har haaft et vægttab på 3 kg. Vejningen er foretaget af uuddannet, og der ses ikke tegn på at vægttabet er meldt videre til sundhedsfaglig vurdering.</p> <p>For flere af borgerne er ”observationerne” ikke sendt videre til assistent/sygeplejerske og der sker derfor ikke en sundhedsfaglige vurdering og stillingtagen til eventuel vejning og kostændring.</p> <p>Der er besluttet tiltag til styrket samarbejde via jævnlige assistent/sygeplejerskemøder.</p>
6.5	<p>Ved samvær med medarbejdere observerer tilsynsførende</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en respektfuld kommunikation og adfærd i forhold til borgerne</li> <li>- at medarbejderne bærer aftalt beklædning. De har legitimationskort med billede.</li> </ul>		

## Tema 7 Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats er tilfredsstillende

Samlet vurdering:

Nr.	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuelle uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
7.1	Borgers fremtræden og observerbare risici, både fysiske, sociale og psykiske, er i overensstemmelse med de aktuelle oplysninger i dokumentation og medarbejdernes kendskab.		Som anført i Tema 5 og 6 fremstår oplysningerne uoverensstemmende og giver et sårbart arbejdsgrundlag.
7.2	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje til borgeren er rettet mod forebyggelse af eksempelvis uplanlagt vægttab, tryksår, dehydrering o.a.		
7.3	Der er sammenhæng mellem de observerede risici, og de opgaver medarbejderne har.		<p>Medarbejderne fremstår engagerede i at hjælpe borger bedst muligt og reagere ved ændringer i tilstanden.</p> <p>Arbejdsgangene støtter ikke medarbejderne til at få viden fra andre og selv at melde videre til rette vedkommende.</p> <p>Af eksempler beskrevet i bl.a. Tema 6 ses at de uoverensstemmende oplysninger er et sårbart arbejdsgrundlag for medarbejderne.</p>

7.4	Medarbejderne ved, hvem de skal kontakte ved ændringer i borgeres tilstand. Medarbejderne kan komme med eksempler på, hvordan væsentlige ændringer formidles videre til kontoret eller til samarbejdspartnere.		Medarbejderne kan fortælle eksempler på information til disponent ved ændringer i borgers sundhedsfaglige tilstand eller at de har taget kontakt til sygeplejen ved ændringer i borgers tilstand.
7.5	<p><i>Forebyggelige indlæggelser</i></p> <p>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.</p>		Arbejdsprocessen for formidling til og fra sygeplejen fremstår uklar og fremmer ikke at viden viderefremmes sikkert.
7.6	<p><i>Tidlig opsporing af eksempelvis ernæringstruede borgere</i></p> <p>Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab.</p> <p>I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleansende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen.</p> <p>Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. Oplysninger om ernæringsindsatsen er lettilgængelig for relevante medarbejdere.</p> <p>Behov for særlig kost: Borgere med behov for særlig kost tilbydes dette.</p>		<p>Medarbejderne udviser opmærksomhed på borgere, som er småtspisende.</p> <p>Arbejdsprocesserne støtter i nogen grad videndeling, faglig refleksion og viderefremming til assistenter/disponent/sygeplejersker.</p> <p>1 borger har fået recept på proteintilskud som hjælperen skal støtte borger i at indtage. Denne oplysning er ikke indskrevet i besøgsplan.</p> <p>1 borger skal tilbydes vejning hver 2. uge. Der ses spring i vejningen svarende til 5 ud af 12 vejninger.</p>

			<p>1 borger har haft vægttab på 3 kg. Vejningen er udført af uuddannet. Der ses ingen tegn på, at vægttabet er meldt videre til sundhedsfaglig vurdering.</p>
--	--	--	---

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

Samlet vurdering:



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



## Tema 9 Kvalitetsarbejdet: Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse af betydning for vurderingen
9.1	Den lokale kvalitetsstyring sker systematisk. Der anvendes eksempelvis en handleplan med angivelse af mål for indsatsen, tidsrammer, tiltag, tovholder samt evaluering af om tiltagene har haft effekt.		Efter seneste tilsyn har været uddybende handleplan for forbedring af alle målepunkter, som blev vurderet ”I betydelig grad opfyldt” eller ”i nogen grad opfyldt”. Der ses ikke noter efter det fastsatte evalueringstidspunkt.
9.2	Der er igangsat tiltag Effekten af tiltagene er evalueret Hvis effekten ikke er tilfredsstillende, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført		De planlagte tiltag blev igangsat, men det har været oplevet vanskeligt at gennemføre og fastholde samtidig med de udefrakommende forhold. (omstrukturering og coronaepidemi).  Tilsynet hører, at evaluering og handling på evt utilfredsstillende resultater sker løbende. Der anvendes ikke skriftlighed i denne del af kvalitetsstyringen, hvilket vanskeliggør kontinuitet ved skift/fravær af tovholdere/lever eller andre nøglepersoner.
9.3	Fra 2021 – 2022 er sket forbedringer af målopfyldelsen for temaer, som ikke var ”Helt opfyldt” i 2021 (Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Resultat af 2021 sammenlignet med resultat 2022)		Der ses øget faglig opmærksomhed på borgernes ernæringstilstand.



## 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 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.

### **Indhold og metode**

Tilsynet indsamler data på baggrund af hovedpunkter udvalgt af Odsherred Kommune. Tilsynet udføres efter manual, som er tilpasset behovene og prioriteringerne i Odsherred Kommune. Manualen indeholder beskrivelse af, hvilke opgaver der ligger før – under og efter besøget, herunder på hvilken måde tilsynet afvikles.

Metoderne bygger på nyeste viden fra akkreditering/tilsyn/audit. De gennemgående metoder er:

- Interview af ledere, medarbejdere, borgere samt eventuelle pårørende
- Dokumentation: Gennemgang af skriftlige vejledninger til medarbejdere, den faglige dokumentation, handleplaner, informationer til borgere m.m.
- Observation af medarbejderes praksis, borgers fremtræden og bolig, arbejdsgange, fællesarealer afholdelse af måltider m.m.

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



## Vurderingsprincipper

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

Vurdering sker på 4 niveauer:

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

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

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

### Vurdering af den enkelte stikprøve

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

### Vurdering af de enkelte målepunkter

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

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

	Helt opfyldt
	I betydelig grad opfyldt
	Delvist opfyldt
	Ikke opfyldt

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

### Vurdering af det enkelte tema

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



### Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

#### **Godkendt**

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

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

#### **Godkendt med bemærkninger**

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

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

#### **Godkendt med mangler**

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

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

#### **Kritisable forhold**

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.



## Om tilsynsvirksomheden

### Kontaktoplysninger

Nethe Britt Jorck  
Virksomhedsleder og tilsynschef

DMK-tilsynsafdeling, [akkrediteringsraadgiverne.dk](http://akkrediteringsraadgiverne.dk)  
Egebjergvej 232 a  
4500 Nykøbing Sjælland  
Mobil: +45 2869 8898  
Mail: [nethe@jorck.net](mailto:nethe@jorck.net)

Konsulentfirmaet er etableret i 2014 og er specialiseret i opgaver inden for serviceloven og sundhedsloven. Konsulentfirmaet består af virksomhedsleder, som sammen med udvalgte teamkolleger varetager alsidige opgaver, eksempelvis:

- Tilsyn med plejeboliger på ældreområdet
- Tilsyn med friplejeboliger
- Tilsyn med fritvalgsområdet – hjemmepleje
- Tilsyn med beskyttet beskæftigelses- og aktivitetstilbud, som ikke er en del af et andet tilbud og derfor underlagt tilsynsreformen (servicelovens §§ 103 og 104)
- Tilsyn med kommunale og private leverandører af ydelser efter Servicelovens § 85, som ikke er underlagt tilsyn fra et Socialtilsyn
- Andre kvalitetsbesøg/tilsyn i hjemmesygeplejen, akutfunktioner, plejecentre og hjemmeplejen efter serviceloven og sundhedsloven
- Kvalitetsbesøg/temperaturmålinger ift. ældretilsynets målepunkter
- Kvalitetsbesøg/temperaturmåling ift. risikobaseret tilsyn med STPS's målepunkter
- Second opinion kombineret med kvalitetsbesøg/tilsyn ved eksempelvis klagesager
- Tværsektorielle borgerforløb. Ressource- og opgavefordeling
- Brugerundersøgelser, herunder borgertilfredshedsundersøgelser

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

### Om virksomhedsleder og tilsynschef

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

Nethe Jorck har en årrække beskæftiget sig med sociallovs- og sundhedslovnordelser, kvalitetssikring og patientsikkerhed i kommuner og regioner gennem funktioner som oversygeplejerske, kvalitetschef, tilsynschef, akkrediteringskoordinator m.m. Hun er aktiv surveyor for IKAS og har haft ledende surveyoropgaver gennem 12 år.

Ovenstående har medført lang erfaring og indgående viden og indsigt i spændingsfeltet mellem det, der beslutes (lovgivning, retningslinjer, kvalitetsstandarder m.m.) og det, der sker i praksis tættest på borgerne/patienten. Hertil kommer indgående erfaring med forandrings- og forbedringsarbejde med basis i uddannelse og projektarbejde i samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed.