



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Allerød Kommune Ældre og Sundhed

Allerød Hjemmepleje

Indhold

Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	9
Resultater og vurdering af de enkelte temaer.....	9
Tema 1 Funktionsevne	10
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen.....	12
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	17
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	20
Tema 5 Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn	21
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper.....	22
Om tilsynsvirksomheden	25

Forord

De uanmeldte tilsyn i Allerød Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Allerød Kommune har med sit tilsynskoncept valgt at indarbejde Sundhedsstyrelsens anbefalinger af kvalitetsindikatorer i ældreplejen som en del af de lovpligtige tilsyn efter servicelovens §151.

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

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

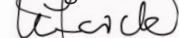
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

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

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

Venlig hilsen



Nethe Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Leverandørens navn og adresse
Allerød Hjemmepleje, Rådhusparken 58, 3450 Allerød
Leder
Virksomhedsleder Jutta Haahr
Dato for tilsynsbesøg
8. juni 2021
Datagrundlag og metodik
<p>Tilsynet omfatter over 8 borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne.</p> <p>Data er indsamlet via</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Dokumentation</u>: Borgernes pleje- og omsorgsjournal, procedurer, besøgsplaner, vejledninger, forflytningsvejledninger, kompetenceskemaer m.v. ➤ <u>Interview</u>: 6 borgere, som kan medvirke til interview samt 1 pårørende. Desuden 14 medarbejdere, heraf 1 leder, 1 udviklingssygeplejerske, 2 teamsygeplejersker, 2 assistenter, 2 hjælpere, 1 ufaglært hjælper, 1 Aktiv Hverdag terapeut, 1 koordinator, 3 daglige ledere. ➤ <u>Observation</u>: Besøg i 6 borgeres hjem, arbejdsgange og samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem, hygiejneforhold o.a. <p>Tilsynet har besøgt 6 borgere og overværet hjælp til personlig pleje o.a. hos 2 af disse borgere.</p> <p>Allerød Hjemmepleje 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 Allerød Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos hjemmeplejeleverandøren. Det uanmeldte tilsyn er udført efter det aftalte tilsynskoncept.

Vurderingen lægger vægt på, om målene er opfyldte ud fra lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Sæt kryds	
X	<p>Godkendt</p> <p>Dette betyder, at målene i meget høj grad er opfyldte.</p> <p>Den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er samlet set vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.</p> <p>Alle temaer er samlet set vurderet ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.</p> <p>Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.</p>
	<p>Godkendt med bemærkninger</p> <p>Dette betyder, at målene i høj grad er opfyldte i forhold til den fornødne kvalitet og patientsikkerheden, men der vil være behov for justeringer for at sikre opfyldelse af alle måleområder.</p> <p>Højest 1 af temaerne er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.</p> <p>De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.</p> <p>Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.</p>
	<p>Godkendt med mangler</p> <p>Højest 2 af temaerne er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.</p> <p>De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.</p> <p>Der ses forhold af betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.</p> <p>Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer.</p> <p>Handleplan og opfølgning efter kortere tid anbefales.</p>
	<p>Delvist godkendt</p> <p>Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.</p> <p>Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.</p> <p>Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer.</p> <p>Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales.</p>
	<p>Ikke godkendt/Kritisable forhold</p> <p>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.</p> <p>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.</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 i hjemmeplejen. For det andet beskrives eventuelle forbedringsområder med tilhørende anbefalinger i tilfælde af, at praksis ikke er fundet i overensstemmelse med lovgivningens krav, Allerød Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Styrker

Allerød Hjemmepleje fremstår som en velorganiseret og struktureret plejeenhed med en større andel af erfarne og engagerede medarbejdere. Den faglige snitflade mellem sygeplejersker, Aktiv Hverdag terapeuter, demensfunktion, kostkonsulent, Genoptræningen og visitationen m.v. fremstår systematiseret.

Funktionsevne: Der ses generelt overensstemmelse mellem visiteret ydelse, disponeret hjælp og ydet hjælp. Aktiv Hverdag - indsatsen fremstår velfungerende og lever op til de fastsatte krav ift. §83a. Der foreligger plan for forløbene, løbende evaluering og klarhed over det videre forløb. Aktiv Hverdag terapeuterne samarbejder med plejepersonalet om opdateringer af besøgsplanerne. Borgerne fortæller, at indsatsen har støttet deres evne til at klare daglige gøremål.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen:

De interviewede borgere giver udtryk for at være med til at til planlægge/bestemme udførelsen af den praktiske hjælp. Ved 1. besøg aftaler borger og medarbejder, hvorledes hjælpen bedst tilrettelægges efter borgers behov, så borger anvender egne ressourcer bedst muligt. Borgerne giver udtryk for, at den leverede hjælp svarer til deres behov, og at der ikke forekommer udeblivelser. Ved aflysninger gives erstatningsbesøg. Borgernes boliger fremtræder rene svarende til, hvornår borger sidst har fået gjort rent.

Borgerne udtrykker tryghed ved indsatsen og omtaler medarbejderne meget positivt eksempelvis ”de er alle så søde at få besøg af”, ”får min hverdag til at lykkes”.

Tilsynsførende overværer personlig pleje hos enkelte borgere. Hjælpen ydes i borgers tempo og med småsnakken, humor og guidning tilpasset den enkelte borger. Der iagttages velegnede arbejdsprocesser og udførelse af opgaverne på en måde, der sikrer den fornødne kvalitet. Ved nødkald svarer medarbejderne hurtigt og man får hjælp, fortæller borgerne.

Sammenhæng og forudsigelighed

De undersøgte besøgsplaner fremstår fyldestgørende, handleanvisende og opdaterede. Medarbejderne oplever besøgsplanerne anvendelige og brugbare i forhold til opgaveløsningen hos borgerne. Enkelte borgere kender deres besøgsplan og har haft indflydelse på indholdet.

Hygiejne

Tilsynets iagttagelse af praksis ses i overensstemmelse med gældende vejledning om COVID-19.

Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn

Siden seneste tilsyn har hjemmeplejen opnået forbedret målopfyldelse for

- Besøgsplanernes kvalitet
- Højere borgertilfredshed med afløseres ydelse.

Der er igangsat tiltag på ernæringsområdet. Forandringerne afspejler sig endnu ikke i forbedret målopfyldelse. Da hjemmeplejen i øvrigt fremstår med strukturerede arbejdsprocesser og ledelsesbevågenhed, vurderer tilsynsførende, at det samlede tilsynsresultat er ”Godkendt”.

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

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

Tilsynet vurderer, at

- 3 temaer er "Helt opfyldt"
- 2 temaer er "I betydelig 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.

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Tidlig opsporing af ernæringstruede borgere

Et væsentligt grundlag for, at borger har energi og kan deltage i egen pleje og være fysisk aktiv er, at ernæringstilstanden er så god som mulig. Ældre småtspisende borgere er ofte sårbare, idet en utilstrækkelig ernæringstilstand kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens o.a. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne. Ernæringsindsatsen er en kædeproces med opgaver fordelt mellem hjælpere, elever, uuddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl.

Allerød Kommune har etableret en fælles ernæringsindsats støttet af ergoterapeut og kostkonsulent. Opstarten af ernæringsindsatsen er afhængig af den tidlige opsporing og identifikation af ernæringstruede borgere samt at utilsigtet vægttab meldes sikkert videre til sundhedsfaglig vurdering.

Forbedringsområdet for hjemmeplejen omhandler udfordring med

1. om vejning sker svarende til det fastlagte interval
2. om den, der vejer, opdager uplanlagt vægttab og får det meldt videre via "observation med opgave".

Uddybende oplysninger fra tilsynsbesøget er beskrevet under målepunkt 2.8.

I et ud af tre teams er igangsat tiltag, som forventes at medføre forbedringer, hvorefter erfaringerne skal spredes til de øvrige teams. Det forventes at give en stabil implementering over længere tid.

Tilsynet anbefaler at fortsætte indsatsen og samtidig sikre sårbare borgere under implementeringen

- at hjemmeplejen indenfor kortere tid beslutter udvælgelse af borgere, som skal have særlig bevågenhed. Det kan være borgere, som er kendt med ernæringsproblematik, eller borgere som triageres gul, hvor vægttab/kost kan være medvirkende faktor.
- at sygeplejersker følger op på om vejninger af risikoborgere er udført og om der har været vægttab.
- at der udvælges en overordnet tovholder til forbedringsarbejdet, som kan sikre operationel handleplan med fastsatte mål, planlagte tiltag og løbende evaluering af besluttede tiltag m.m.

Tema 5 Opfølgning på seneste tilsyn

Der ses samlet handleplan for opfølgningerne fra seneste tilsyn.

Der anvendes ikke specifik handleplan til ernæringsområdet, som fremstår komplekst at forbedre.

Tilsynet anbefaler at fortsætte forbedringsindsatsen, herunder

- at supplere den overordnede handleplan med specifikke handleplaner for ernæringsområdet med opdeling i delmål.

Opmærksomhedspunkt

2.7 Kender borgeren til at kunne bytte ydelser?

Alle borgere informeres skriftligt via visitationen ved opstart af hjælp. Herefter skal medarbejderne kunne følge op på borgers eventuelle ønsker.

6 ud af 6 borgere kender ikke til at kunne bytte ydelser. Adspurgte medarbejdere kender ikke til ordningen.

Tilsynet anbefaler

- ved opstartbesøg hos borgeren at henlede borgers opmærksomhed på muligheden
- at informere medarbejderne om borgers mulighed for at bytte ydelser, herunder hvordan bytning dokumenteres.

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

Af nedenstående oversigt ses den samlede målopfyldelse for hvert tema. Overskrifterne og rækkefølgen følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger af kvalitetsindikatorer i ældreplejen. Vurderingen er angivet med farver.

	Helt opfyldt
	I betydelig grad opfyldt
	Delvist opfyldt
	Ikke opfyldt

		Vurdering
Tema 1	Funktionsevne	
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed	
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn	

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

Tilsynsførende vurderer for hver indikator, om dataindsamlingen viser overensstemmelse med indikator teksten. I bemærkningsfeltet udfør hver indikator er beskrevet særlige fund, som kan have værdi i det videre arbejde.

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering:

Nr.	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	Inden opstart i hjemmeplejen: Der har været besøg af en Aktiv Hverdagsterapeut. Med udgangspunkt i borgers ressourcer, har terapeuten afklaret behovet for hjælp og lagt plan for, hvordan borger kommer til at fungere bedre i hverdagen. Borgers psykiske og fysiske ressourcer inddrages i planlægning og udførelse		
1.2	Har borgeren været tilbudt en rehabiliterende indsats, og er der fulgt op på indsatsen? Ved §83a forløb: Der foreligger plan lavet i samarbejde med borger. Planen beskriver mål, varighed og indhold af indsatsen. Ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne.		
1.3	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen? -Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til at du bliver så selvhjulpne som muligt i forhold til praktiske gøremål/personlig pleje. -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). <p>Er din evne til at løse hverdagsopgaver (ADL) blev forbedret eller er forblevet uændret, mens du har haft hjælp fra hjemmeplejen?</p> <p>Hvordan vurderer du betydningen af den hjælp du får?</p>		

1.4	Der er overensstemmelse mellem den visiterede ydelse og den disponerede hjælp. Hjælpen er beskrevet med en rehabiliterende tilgang.		
1.5	Medarbejderne leverer de aftalte ydelser. Såfremt ydelsen ikke kan leveres – hvis borger eksempelvis takker nej – gives skriftlig besked til rette funktion.		
1.6	Beskrivelsen af borgers funktionsevne er fremstillet genkendeligt De indsatser, borger modtager, er afstemt borgers aktuelle funktionsevne De visiterede ydelser foreligger opdateret i forhold til seneste oplysninger om borgers tilstand.		
1.7	Medarbejdere kender arbejdsgangene for at melde videre, hvis borgers begrænsning af funktionsevnen ændrer sig.		

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering: 

Nr.	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<p><u>Personlig pleje</u>: Interviewede borgere (eller pårørende) svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Er personalet generelt venlige/søde og omsorgsfulde? -Synes du at personalet udviser respekt for dig? -Hvor tilfreds er du med medarbejderens imødekommenhed over for dine ønsker til hjælpen? -Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? -Er du tryk ved den måde hjælpen tilbydes på? -Oplever du dig soigneret/veltilpas efter morgenplejen -Er du samlet set tilfreds med hjælpen. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg)? 		
2.2	<p>Fremtræder borger velplejet i forhold til borgers behov og ønske?</p>		
2.3	<p><u>Praktisk hjælp til rengøring</u>: Interviewede borgerne svarer generelt positivt på følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? -Har den hjælp, du har modtaget betydet, at du i højere grad kan klare dig selv i de daglige gøremål. -Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres? -Vil du anbefale den hjælp, du modtager til andre med samme behov? -Er du samlet set tilfreds med den hjælp, du får til rengøring, til tøjvask og til indkøb? -Vil du anbefale den hjælp, du modtager til andre med samme behov? 		

2.4	<p>Observation i hjemmet: Er hjemmet ryddeligt og rent i det omfang, borgeren har behov for og ønsker hjælpen? Er hjemmet rengjort svarende til tidspunktet for seneste rengøringsydelse?</p>		
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: -Kender du til muligheden for at kunne "bytte ydelser", fleksibel hjemmehjælp? -Kender du til mulighed for at kunne vælge frit mellem kommunale og private leverandører?</p>		<p>6 ud af 6 borgere kender ikke til at kunne bytte ydelser. Adspurgte medarbejdere kender ikke til at borgerne kan bytte ydelser.</p> <p>Arbejdsgangen er at borger orienteres ved opstart af hjælp, hvilket fremstår velfungerende.</p> <p>Hjemmeplejens medarbejdere kan vanskeligt følge op på borgers eventuelle behov, når de ikke kender ordningen så godt.</p>

Måltider og mad, som svarer til borgers behov





2.8	<p><i>Tidlig opsporing af ernæringstruede borgere</i> Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejds gange 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. Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. Oplysninger om ernæringsindsatsen er lettilgængelig for relevante medarbejdere. Behov for særlig kost: Borgere med behov for særlig kost tilbydes dette.</p>		<p>Tidlig opsporing af ernæringstruede borgere: Den aftalte praksis er, at borgerne tilbydes vejning på badedagen, d.v.s. 1 gang om ugen. Vægttab skal videreformidles via "observation med opgave". Arbejdsgangene er undersøgt ved interview og gennemgang af journaler.</p> <p><u>Vejehyppighed</u> For 1 ud af 9 undersøgte forløb er vejning udført i forhold til det besluttede. Der ses ikke givet melding om, at vejningen ikke er udført og årsagen til den manglende vejning, eksempelvis om borger har takket nej. Vægtene indskrives uensartet i cura.</p> <p><u>Reaktion på vægttab:</u> For 0 ud af 2 borgere med vægttab er vægttabet formidlet videre med "observation med opgave". Vægttabene kan være formidlet videre via triage, men der ses ikke opdatering af handlingsanvisning eller andre tegn på sundhedsfaglig vurdering med stillingtagen til vejehyppighed, kostændring o.a.</p>
-----	--	--	---

			<p>Ovenstående arbejdsprocesser ses meget lig arbejdsprocesserne primo januar ved tilsyn 2020.</p> <p>Siden da har 1 ud af 3 teams igangsat tiltag. Dels indskrives hvornår borger skal vejes i besøgsplan. Vejehyppigheden ses korrigeret efter borgers behov og ikke automatisk ved det ugentlige bad.</p> <p>I dette team ses forbedringer dels af handlingsanvisningernes/ helbredstilstandens kvalitet, udførte vejninger og ensartet indskrivning.</p> <p>Der foreligger plan for at erfaringerne fra dette team skal spredes i de to andre teams.</p> <p>Da hjemmeplejen i øvrigt fremstår med strukturerede arbejdsprocesser og ledelsesbevågenhed, vurderer tilsynsførende, at Tema 2 samlet set er ”I betydelig grad opfyldt”.</p>
2.9	<p>Interviewede borgere, der modtager hjælp til mad og måltider, er tilfredse med</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ madens kvalitet, herunder smag, udseende og duft ➤ mulighed for variation og indflydelse på maden ➤ støtte til at få maden serveret og hjælp til at spise. 		

2.10	Medarbejderne kender borgers ønsker og behov til ernæringen, herunder <ul style="list-style-type: none">➤ madens indhold og sammensætning, evt. allergier og foretrukne fødevarer, diæter o.a.➤ madens smag, duft og udseende➤ måltidsafholdelsen, herunder hvad borger har brug for hjælp til.		
2.11	Observationer og dokumentation i hjemmet, hvor borgeren viser færdiglavet mad i køleskabet, eksempelvis smurt frokost eller klargjort aftensmad. Hvis tilsynsbesøget sker ved måltidet, oplever tilsynet madens duft og udseende.		

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kommer medarbejderne generelt på de aftalte tidspunkter? -Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? -Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der kommer i dit hjem? -Oplever du, at hjælpen kommer til den aftalte tid +/- 1 time. -Får du besked ved ferie og sygdom og at der kommer en afløser. 		
3.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Oplever du sammenhæng mellem den hjælp, du har brug for og den hjælp, du modtager? -Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? -Oplever du, at besøgsplanen er meningsfuld og dækkende? -Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? -Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? 		
3.3	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag: Besøgsplanen</i> Medarbejderne oplever de konkrete besøgsplaner anvendelige og brugbare i forhold til opgaveløsningen hos borgerne. Besøgsplaner fremstår fyldestgørende, handleanvisende og opdaterede. Medarbejderne fortæller om arbejdsgangen for at orientere sig i borgers situation, inden de ankommer til borgeren.</p>		
3.4	<p><i>Forebyggelige indlæggelser</i> Leder og medarbejdere kan redegøre for forebyggelse af indlæggelser. Relevante medarbejdere er bevidst om egen rolle i den tværsektorielle indsats.</p>		

3.5	<i>Forebyggelige indlæggelser</i> 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.		
3.6	<i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> Medarbejderne har kendskab til og benytter relevante procedurer og vejledninger i hverdagen ved behov. Redskaberne i EOJ benyttes i henhold til vejledningerne og sikrer sammenhængen i dokumentationen.		
3.7	<i>Kompetencer og delegering</i> Der ses sammenhæng mellem de faglige indsatser og det sundhedsfaglige personales kompetencer Delegering: Er plejepersonalet bekendt med, hvad der konkret er delegeret til dem og er de oplært og har kompetencen. Er der fulgt op på delegeringen? Foreligger opdaterede kompetenceskemaer svarende til aktuelle borgeres behov.		Delegation af forbeholdt virksomhed fremstår grundlæggende velorganiseret. Forbedringspunktet omhandler kompetenceniveau 3 (specifik borgerrettet) for SSH'ere. For 1 ud af de 3 teams ses, at kompetenceskemaer er udfyldt med navn på den specifikke borger, SSH'en er oplært til. For de øvrige 2 teams fremgår denne oplysning ikke. Dokumentation for oplæring er ikke helt implementeret.
3.8	<i>Hvis borger modtager/har modtaget terapeutindsats af Genoptræningen, svarer de overvejende positivt om nedenstående spørgsmål og udsagn:</i> Hvordan har din evne til at klare dig selv udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælp? Borgerne oplever, at træningsudbyttet er muligt at fastholde i hverdagen. 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.	Overføres til tilsyn Genoptræning	Tilsynet oplyses om, at ingen borgere er i gang med/har afsluttet forløb hos Genoptræningen.
3.9	<i>Hvis borger modtager terapeutindsats af Genoptræningen:</i> Medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.	Overføres til tilsyn Genoptræning	Interviewede medarbejdere har forskellig opfattelse af, hvor oplysninger fra terapeuterne findes. Ved forsøg på fremfindning på håndholdt device, fremfindes notater i "observationer" med forskellige og

			ulogiske overskrifter (for medarbejderen) samt i korrespondancen.
--	--	--	---

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering: ████████

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	Medarbejderne kender og anvender gældende vejledning om COVID-19 relevant for medarbejdere i hjemmeplejen, herunder arbejdsdragt og værnemidler. Der forefindes værnemidler.		
4.2	Leder og relevante medarbejdere kender til arbejdsgangene ved eventuelt smitteudbrud.		
4.3	Leder og relevante medarbejdere kan beskrive ansvars- og opgavefordeling ved den nære forebyggelse eksempelvis rengøring af kontaktpunkter. Beskrivelsen er overensstemmende med gældende vejledning.		

Tema 5 Opfølgning på seneste tilsyn

Samlet vurdering:

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" i tilsyn 2020.		Der ses samlet handleplan.
5.2	Der er igangsat tiltag Effekten af tiltagene er evalueret Hvis effekten ikke er tilfredsstillende, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført.		Af handleplanen ses prioriteringen af indsatsområderne. Der er igangsat tiltag for ernæring i 1 ud af 3 teams. Processen er inspireret af forbedringsmodellen.
5.3	Fra 2020 – 2021 er sket forbedringer af målopfyldelsen for temaer, som ikke var "Helt opfyldt" ved tilsyn 2020. (Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Resultat af 2020 sammenlignet med resultat 2021)		<u>Opnåede forbedringer:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Højere borgertilfredshed med afløseres ydelse - Besøgsplanernes kvalitet. <u>Målepunkter med uændret målopfyldelse</u> <ul style="list-style-type: none"> - Ernæring, vejning m.m. Der er opnået forbedringer i Team 1. - Delegeret ydelser: Dokumentation af oplæring og af specifik kompetence.



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 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.

Indhold og metode

Tilsynet indsamler data på baggrund af hovedpunkter udvalgt af Allerød Kommune. Tilsynet udføres efter manual, som er tilpasset behovene og prioriteringerne i Allerød 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															
Temaer																
Kvalitetsindikatorer																
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 kvalitetsindikatorerne.

Vurdering af de enkelte kvalitetsindikatorer

Hvert af de overordnede temaer belyses af underliggende kvalitetsindikatorer. 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

Vurdering af det enkelte tema

På baggrund af de samlede resultater fra kvalitetsindikatorerne 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 kvalitetsindikatorerne 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

Det betyder, at målene i meget høj grad er opfyldte.

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

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

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



Godkendt med bemærkninger

Dette betyder, at målene i høj grad er opfyldte i forhold til den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerheden, men der vil være behov for justeringer for at sikre opfyldelse af alle måleområder.

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Godkendt med mangler

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Der ses forhold, som kan få 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 og opfølgning efter kortere tid anbefales.

Delvist Godkendt

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

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

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

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.



Om tilsynsvirksomheden

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) tillige med kompetencegivende uddannelser indenfor ledelse, kvalitet og patientsikkerhed.

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

Hun er aktiv surveyor med ledende funktioner gennem 13 år for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet).

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. Hertil kommer indgående erfaring med forandrings- og forbedringsarbejde med basis i uddannelse og projektarbejde med projekter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

