

Tilsynsrapport

Hjemmepleje, Nord

Center for Sundhed og Pleje
2022

Formål

Hovedformålet med at udføre tilsyn er at sikre, at opgaverne løses til borgerens bedste og i overensstemmelse med såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Tilsynene udføres med sigte på læring og refleksion for at medvirke til at skabe langsigtede forbedringer for borgerne.

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

Forord

Det uanmeldte tilsyn i Greve Kommune er udført i overensstemmelse med Tilsynsprocedurens krav. Målepunkterne er baseret på de krav Styrelsen for Patientsikkerhed stiller til kvaliteten i kommuner, og tilsynsrapporten er opbygget med sigte på læring og organisationsudvikling.

Indledningsvist er data om tilsynet, herunder deltagere, tidspunkt og antallet af borgere og medarbejdere, der er indgået i tilsynet.

Det samlede tilsynsresultat ses herefter i en oversigt, som efterfølgende bliver uddybet med, hvilke styrker og udfordringer, der er konstateret ved tilsynet samt tilsynets anbefalinger.

Sidste del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer og ved gennemgang af dokumentation. Det er et omfattende materiale med konkrete oplysninger, som kan anvendes i det videre udviklingsarbejde.

De nærmere begrundelser bag vurderingsprincipper er beskrevet i proceduren for uanmeldte kommunale tilsyn i Greve Kommune.

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

Fakta om tilsynet

Leverandør

Hjemmepleje, Nord

Leder

Linda Christoffersen

Dato

09-02-2022

Tilsynstype

Uanmeldt, ordinært

Datagrundlag og metodik

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov,

Data er indsamlet via:

- Dokumentation via omsorgssystemet Nexus, procedurer, arbejdsgange, handleplaner for kvalitetsforbedringer samt kompetenceskemaer og plejeenhedens egen kvalitetsvurdering samt eventuelle handleplaner.
- Interview: 2 borgere, som har givet tilsagn om at blive interviewet, 2 medarbejdere, samt områdeleder.
- Observation: Hjemmeplejens kontorfaciliteter, morgenmøde i hjemmeplejen og interaktion mellem medarbejder samt borger og medarbejder, borgers hjem, borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem, arbejdsgange i hjemmet.

På tilsynsdagen er 347 borgere tilknyttet Hjemmepleje Nord.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag.

Tilsynspersoner

Troels Lundholm Dam og Janne Myhlendorph

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for sted:

Godkendt med få bemærkninger

Kategorier

Godkendt

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

Godkendt med få 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 mangler i et af målområderne, men dele af den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har mangler eller er utilfredsstillende.

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.

Kritisable forhold

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

Opsummering af styrker og forbedringsområder

I skemaer herunder vises en opsummering af begrundelser for tilsynsresultatet. For det første beskrives de styrker, som tilsynet har konstateret, er til stede. For det andet beskrives det på temaniveau, hvor der er fundet eventuelle mangler eller kritisable forhold.

Styrker

Tilsynet blev mødt af imødekommenhed og venlighed da de mødte op. Tilsynet blev hurtigt sat ind i hvad der skulle ske fra morgenstunden af i plejegruppen, og der blev hurtigt taget kontakt til relevante borger som tilsynet skulle besøge i forbindelse med levering af hjælp til borgerne. De forandringer som tilsynet måtte medføre blev grebet roligt og professionelt an. Endvidere oplevede tilsynet en god stemning personalet i mellem på dagen, samt et stort engagement under morgenmødet, hvor borgere med ændringer i deres tilstand blev gennemgået i samråd med sygeplejen.

Tilsynet besøgte to borgere på tilsynsdagen. Begge borgere udtrykte generel tilfredshed med den hjælp de modtog. De følte sig begge inddraget i tilrettelæggelsen hjælpen og følte at deres ønsker blev imødekommet.

Tilsynets er af den opfattelse, at personalet generelt er fagligt velfunderede, og at der er stort fokus på at møde borgerne i øjenhøjde og med respekt for deres ønsker og behov. Ligeledes fandt tilsynet at dokumentationspraksis på mange områder var tilfredsstillende.

Begge medarbejdere udtrykte generel tilfredshed med deres arbejde og følte sig helt trygge i forhold til de opgaver de blev stillet i det daglige.

Endvidere oplyser områdeleder, at hun umiddelbart ikke oplever store vanskeligheder med at rekruttere relevant personale.

Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger

Om end tilsynet fandt at dokumentationspraksis generelt var tilfredsstillende, anbefales det alligevel at der udarbejdes konkrete forbedringstiltag/handleplaner for følgende områder:

- Udfyldelse af aftaler under overblikket "Døgnrytme, aktivitetsbeskrivelse og livshistorie (CSP)", samt udfyldelse af borgers retsstilling
- Låsning af .obs jf. arbejdsgangen "dokumentation i driften"
- Relationer mellem skemaer og indsatser, både på servicelov og sundhedslov
- Opdatering og udfyldelse af "Generelle oplysninger"
- Fokus på dokumentationspraksis vedrørende vedligeholdende træning samt udbredelse af kendskabet til indsatsen og hvordan den skal leveres blandt medarbejderne

Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

Tabellen herunder viser en oversigt over opfyldelsen af de enkelte områder i tilsynets

Tilsystema	
Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet	Godkendt
Pleje af borgere ved livets afslutning	Godkendt med få bemærkninger
Trivsel og relationer	Godkendt
Målgrupper og metoder	Godkendt
Forebyggelse af magtanvendelse	Godkendt
Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand	Godkendt
Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere	Godkendt
Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold	Godkendt
Procedurer og dokumentation	Godkendt med få bemærkninger
Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering	Godkendt med mangler
Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86	Godkendt med mangler
Overdraget sygepleje	Godkendt med mangler

Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsynstemaer

Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Borgerne som tilsynspersonerne besøgte, oplevede livskvalitet på trods af at de var afhængige af hjælp fra hjemmeplejen. Den ene borger følte sig til dels medinddraget, men oplevede nogle gange at besøg til morgenmad først kom kl. 9.30 -10.00, hvilket kunne afstedkomme nervøsitet hos borgeren. hos den anden borger og dennes hustru oplevede begge parter medinddragelse dagligt.

Medarbejderne oplyser, at de benytter døgnrytmeplanerne i Nexus for at sikre, at hjælpen leveres, som det er beskrevet samt at de er bevidste om at spørge borgeren, hvordan de ønsker hjælpen udført. Medarbejderne ønsker at hjælpen til borgerne skal foregå. Empatisk, spørgende, med energisk tilgang og Understøtte borgers funktionsevne.

Leder oplyser, at medarbejderne undervises i at borgerne skal inddrages i forhold til at deres ressourcer og evner tages i brug. De skal være med til at planlægge og have indflydelse på den daglige hjælp. Leder oplyser, at hun ved nogle nye borgere, hvor der kan være en større kompleksitet, deltager i møde hos borger for at få forventningsafstemt.

begge tilsynsførende personer observerede ved besøgene i borgernes hjem, at borgerne blev inddraget i den hjælp det skulle have, samt at borgerne benyttede egne ressourcer i opgaverne. Der blev observeret respekt og værdighed samt munterhed og humor i kommunikationen mellem borger og medarbejder.

Pleje af borgere ved livets afslutning

Borgerne som tilsynspersonerne besøgte, havde ikke snakket med medarbejderne om livets afslutning. Den ene borger oplyste til tilsynsførende, at hun mentalt ikke var der hvor hun synes, at det var et relevant emne at tale om og den anden borger, på trods af at han modtog palliativ pleje, havde endnu ikke taget stilling til det. Både borger og hustru mente at de ikke ville have problemer med at snakke med hjemmeplejen om det, hvis det var en af dem der kom der jævnlige.

Medarbejderne der blev interviewet, fortæller at der er fokus på at SSA'erne skal være mere opmærksomme på dokumentation af borgernes ønsker i den sidste tid, samt livsforlængende behandling, omend de var lidt i tvivl om hvor det skulle noteres. De vidste begge to at ønske om fx. tøj borger skulle have på, på den sidste rejse, ville stå i døgnrytmeplanerne.

Leder fortæller, at hun, for at sikre at medarbejderne er klædt på til at snakke med borgerne om den sidste tid, samarbejder med sygeplejen i forhold til undervisning, pleje og hjælp i den sidste tid. Der snakkes grundigt om borgere på triagering om morgenen, da

den sidste tid ofte er forbundet med forværring. Det noteres i kompetenceskemaer hvilke medarbejdere der har kompetencerne. Leder oplyser at borgeren gennemgås sammen med sygeplejen og der planlægges ud fra hvem der har kompetencerne men også ud fra hvem borgeren er mest tryk ved.

Trivsel og relationer

Borgerne som tilsynspersonerne besøgte, oplevede alle, at det var nemt at komme igennem til hjemmeplejen på telefonen, der kunne være lidt kø, men ikke mere end hvad man kan forvente. Borgerne oplevede at hvis de havde behov for hjælp, blev de underrettet om ventetiden, og borgerne oplevede ikke at skulle vente ret længe på at hjælpen kom. Den ene borger og hans hustru har oplevet at have behov for reparation af en vekselryk madras. Her ville de ønske at der havde været en hjælpemiddelvag, da de blev meget utrygge. Heldigvis var der en medarbejder fra plejegruppen der pludselig kom i tanke om nøddepotet, her fandt man en madras magen til borgers. Den anden borger mente at der indimellem var ting/opgaver der kunne gøres anderledes, blandt andet opvask.

Den ene borger fortalte at hun klarede kontakt til hjemmeplejen selv og ikke pt. ønskede at pårørende bliver inddraget, den anden borger bor sammen med rask hustru og her følte hun at hun altid bliver hørt og inddraget ved henvendelser til plejegruppen.

Medarbejderne oplyste at de lytter til borgeren og hans ønsker og inddrager dem i plejen, her har de fokus på at borgerne skal deltage med det de kan. De opfordrer altid borgerne til at være aktive i løbet af dagen, også når de ikke er i hjemmet. ved spørgsmål til hvordan de hjælper borger til aktiviteter i nærområdet nævner medarbejderne Strandcentret, Nældebjerg og Møllehøj dagcentre, men de har ikke det store kendskab til øvrige aktiviteter i lokalområdet. Medarbejderne fortæller, at aftaler med borger og familie ofte noteres under .obs og i kalender/kørelister.

Leder oplyser, at gruppen arbejder med udgangspunkt i personcentreret omsorg, selvom hjemmeplejen Nord ikke er blevet undervist sammen med de øvrige grupper i Greve Kommune.

Ved gennemgang af borgerjournal, ses der i lidt over halvdelen af de 20 borgere som tilsynspersonerne gennemgik at aftale skema er udfyldt med aftaler med de pårørende, omend de ofte ikke er opdateret i flere år. Borgers retsstilling er også kun udfyldt i halvdelen af journalerne. Der er også mangel på samtykkeerklæringer i journalerne.

Målgrupper og metoder

Borgerne som tilsynspersonerne besøgte føler at der bliver taget højde for dem og deres livssituation. Den ene borger oplevede dog at der kom mange forskellige medarbejdere i hjemmet og ikke alle havde samme kendskab. Borgeren oplevede, at der nogle gange blev lavet morgenmad meget sent og nogle gange aftensmad meget tidligt.

Den anden borger oplever at personalet er fantastiske til at tage højde for hans situation når han fx. siger han har smerter, så venter de og kommer tilbage senere.

Medarbejderne redegør for, at de beskriver fast tilgang til borgerne i døgnrytmeplan og ved enkeltstående oplysninger benytter de .obs. Ved at spørge til konkrete tiltag, redegør medarbejderne for at de har kendskab til VAR portalen, samt procedurerne på Vores Greve. Medarbejderne, kender fra deres uddannelse til metoden Personcentreret Omsorg, men oplyser at det ikke er noget de har fået undervisning/introduktion til i Hjemmeplejen Nord.

Leder oplyser, at hendes område/gruppe ikke har fået undervisning/uddannelse i Personcentreret Omsorg, men at hun ved undervisning af personalet sørger for at de arbejder med udgangspunkt i metoden. Dog at det har været sat på "stand by" i en længere periode og nye medarbejdere er derfor ikke undervist i brugen af metoden. Endvidere redegøres der for at faste tilgange til borgerne altid dokumenteres i døgnrytmeplanerne, således at alle medarbejdere kan yde den rette hjælp hos borgeren. Leder oplyser at der er et tæt samarbejde med demenskoordinator samt andre relevante samarbejdspartnere.

Forebyggelse af magtanvendelse

Medarbejderne beskriver, at de kender grænsen for hvornår, det er magtanvendelse, de oplyser at de altid sørger for at borgernes valg respekteres, så hvis en borger ikke ønsker at deltage, trods motivation mm. så respekterer de det og går, nogle gange kommer de igen senere på dagen og tilbyder samme hjælp, så kan det være at borgeren siger ja her. Medarbejderne redegør for at de har en god kontakt til demenskoordinatoren, som kan vejlede løbende samt komme med forslag til tilgangen mm. Ved at tilsynspersonerne spurgte konkret ind til det, kunne medarbejderne oplyse, hvor de skemaer der skal udfyldes ved en magtanvendelse, ligger i Nexus, samt hvor arbejdsgange mm findes. Medarbejderen ved at det er leder der er den ansvarlige for indsendelse af skemaer og at hun kan understøtte medarbejderne i de tilfælde der er behov.

Leder oplyser at hun er klar over at hun har det overordnet ansvar i en evt. magtanvendelse. redegør ikke for en metode, men fortæller, at medarbejderne er bekendt med hvordan de skal forholde sig. Arbejdsgangen er at tilgangen til borgerne skal dokumenteres i døgnrytmejournal, så alle kan se tilgangen og dermed forebygge brug af magt.

Ved journalgennemgang fandt tilsynspersonerne ingen borgere hvor det var relevant med forebyggelse af magtanvendelse.

Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand

Borgerne tilsynspersonerne besøgte følte begge, at personalet lægger mærke til deres velbefindende og spørger ind til det ved deres besøg uanset om det er en god eller dårlig dag. Begge borgere og pårørende har den oplevelse, at der responderes hurtigt på nødkald om nødvendigt.

Medarbejderne oplyser at de ved ændringer i borgernes tilstand journalisere i .obs. De fortæller at der hver morgen på morgenmøde er triage på borgere med ændring i funktionsevne. Medarbejderne, kan ved tilsynspersonernes konkrete spørgsmål, redegøre for arbejdsgang og faglige metoder som Braden, TOBS, HUSK, ernæringscreening og triage.

Leder redegør for at man systematisk arbejder med opsporing og opfølgning på ændringer hos borgerne på daglige morgenmøder med triagering af borgerne. Der redegøres for at der også benyttes Braden, TOBS, HUSK, ernæringscreening skemaer som metoder til opsporing/opfølgning.

Ved journalgennemgang ses at ændringer i borgers tilstand beskrives og der ses også opfølgning. Men der ses også i 5 ud af 20 journaler, at der er beskrevet ændringer der ikke handles eller er fulgt op på. fx. beskrives at en borger har influenzasymptomer og været sløj et par dage, men der er ikke beskrevet en handling. et par dage efter beskrives at borger forsat er dårlig, nu også med diarre., her er heller ingen beskrivelse af handling på problemet. Hos samme borger et par måneder senere beskrives at borger fortæller at han igen er syg og at medarbejder spørger ind til hvad det er han fejler, det kan borger ikke redegøre for og medarbejder beskriver at hun fortæller ham, at hvis han bliver dårligere må han trykke nødkald. ingen handling eller opfølgning på problemet. Hos en anden borger ses mange fald samt forbrug af alkohol noteret, men det er svært at finde en konklusion/opfølgning/handling på problemerne.

Ved tilsynspersonernes besøg og deltagelse på morgenmøde, ses at der systematisk arbejdes med opsporing/opfølgning som nævnt af leder og medarbejdere. Der var to social- og sundhedsassistenter der havde opgaven at vise borgerne med ændringer i funktionsevne på "storskærm" samt notere tiltag og evt. videre opfølgning. sammen med sygeplejerske. tilsynspersonerne så at medarbejderne var aktivt lyttende og kom med kommentarer, hvis det havde relevans. De sås at medarbejderne bød ind på relevante opgaver og tog ansvar.

Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Begge borgere oplyste at de føler at medarbejderne er opmærksomme på sufficient føde og væskeindtag. den pårørende oplyser, at selvom hu står for al kost og drikke i hjemmet, så er medarbejderne opmærksomme og tilbyder især væske. Begge borgere oplyser også at medarbejderne altid spørger ind til hvordan de har det og når det ikke går så godt, så handler de på det.

Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold

Ledelsen gør rede for at der løbende sker en afstemning af antallet af medarbejdere i forhold til antallet af arbejdsopgaver. Ligeledes at der arbejdes indgående med at holde de enkelte medarbejders kompetenceprofiler opdaterede for at sikre at der hele tiden er de rette ressourcer til stede som kan løse de opgaver gruppen bliver stillet overfor. Når nye medarbejdere starter op i gruppen, bliver de tilknyttet en mentor som følger den nye medarbejder igennem introforløbet. Der afholdes løbende opfølgende samtaler og leders stedfortræder har ansvaret for at den nye medarbejder introduceres til NEXUS. I gruppen har man udnævnt en række medarbejdere til at være resourcepersoner på nogle bestemte områder, herunder superbruger i NEXUS, demensambassadør, inkontinensansvarlig mv.

I forbindelse med medarbejderinterviewet gør de to medarbejder ligeledes rede for at deres kompetencer er indskrevet i kompetenceskemaerne. Endvidere at de er meget opmærksomme at opsøge ledelsen, relevante samarbejdspartnere og resourcepersoner såfremt de har behov for at få genopfrisket kompetencer eller tilegne sig nye i forbindelse med opgaver hos borgere.

Procedurer og dokumentation

For at sikre løbende kvalitet i dokumentationen laver ledelsen månedlige audits. Her gennemgås dokumentationsarbejdet på en række borgere for at sikre at der dokumenteres som aftalt af medarbejderne. Herudover undervises der løbende i hvordan der skal dokumenteres jvf. arbejdsgangen "dokumentation i driften", og der sendes løbende månedsbrev ud hvor der blandt andet informeres om ændringer i arbejdsgange for dokumentation i NEXUS.

Ved gennemgang af borger journalerne ses det, at der ikke er oprettet opgaver til opfølgning på servicelovsindsatser samt at generelle oplysninger er udfyldte og opdaterede i 16 ud af 20 tilfælde. Herudover er det tydeligt at personalet gør meget ud at

dokumentere de ændringer de oplever hos borgerne. Der noteres flittigt og tydeligt i .obs og der laves opfølgning på de borgere hvor det er relevant.

I forbindelse med de to borgerbesøg vurderes det, at den hjælp der bevilget til borgeren er den der bliver leveret. Endvidere opleves det at medarbejderne er opmærksomme på at indsatsen leveres med rette omsorg og respekt.

Ved medarbejder interviewet kan personalet godt finde frem til oplysningerne omkring mål og formål fastsat af myndighed. De oplyser dog at det ikke er noget de tilgår, da det ikke er en del af deres rutine i det daglige. Ledelsen stilles det samme spørgsmål og svarer hertil, at mange af de ansatte betjener NEXUS via en telefon i det daglige hvilket afgrænser dem fra en række oplysninger. Desuden at det i overvejende grad er planlægger der gennemgår oplysningerne når indsatser bliver bevilget således at det rette personale kan sættes til opgaverne.

Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering

Ingen af de besøgte borgere var aktive i et rehab-forløb.

Ledelsen oplyser, at det er gruppens udpegede rehab-koordinatorer der er ansvarlig for opstarten af rehab-forløbene i samarbejde med borger og træningsenheden. Så snart en indsatsen modtages tages der kontakt til træningsenheden med henblik på en terapeutfaglig vurdering. Der er dog ofte ventetid i forhold til at få en terapeut ud, hvorfor plejegruppen selv opstarter forløbet med det samme. Det oplyses at der udarbejdes mål og plan sammen med borger og at forløbet herefter opstartes.

Borgere som er i rehab-forløb skrives på en stor tavle i gruppens fællesrum, hvor der kan dannes et overblik over aktive forløb og status herpå.

De to interviewede medarbejdere oplyser at de sjældent arbejder med rehab-indsatserne, og at det i stedet er medarbejdere dedikeret til opgaven der tager sig af det. De kan dog godt gøre rede for hvor og hvordan der skal dokumenteres i forbindelse med forløbende under . obs.

Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Ingen af de besøgte borgere modtager indsatsen vedligeholdende træning. I forbindelse med ledelsesinterviewet gøres der rede for at det er stedfortræders ansvar at indskrive plan og mål i separat handleanvisning eller i døgnrytmeplanen, som også er en handleanvisning.

De to interviewede medarbejdere har svært ved at gøre rede for hvordan indsatsen skal leveres til borgerne og hvor/hvordan der skal dokumenteres i NEXUS. Dette da de begge er uddannede assistenter og det i overvejende grad er hjælperne der varetager opgaven.

I forbindelse med journalgennemgangen finder tilsynet at 2 ud af 20 borgere modtager ydelsen. Dokumentationen under .obs findes yderst sparsom, da der udelukkende er oplysninger om at borgerne jævnligt aflyser. Ligeledes er der ikke oprettet handleanvisninger på indsatsen.

Overdraget sygepleje

I de tilfælde hvor sygeplejen er overdraget er der oprettet klare og tydelige indsatsmål og handleanvisninger. Der er der dog en række tilfælde hvor indsatser er blevet lukket, men hvor handleanvisningerne stadig er aktive. Ligeledes er der også beskrevet opfølgingsfrekvenser på nogle af indsatserne, men disse er umiddelbart ikke blevet opfyldt i forhold til hvad tilsynet kan finde frem til. Afslutningsvis findes det at der i 5 ud af 20 tilfælde ikke er noteret hvem der skal udføre den overdragede opgave. Ud af de 20 tilfælde modtager 6 af borgerne ikke sygepleje.

I 5 ud af 20 tilfælde er relationer mellem indsatser efter Sundhedsloven ikke relateret til handleanvisningerne eller indsatsmålene.

i 1 ud af 20 tilfælde er der ikke oprettet opgave til opfølgning på Sundhedslovsindsatserne.

I forbindelse med ledelsesinterviewet gør leder rede for at planlægger er ansvarlig for at de rette kompetencer er til stede jvf. kompetenceskemaer, og at medarbejdere oplæres i de tilfælde hvor kompetencerne ikke rækker endnu.

Begge medarbejdere gør rede for at de kun løser opgaver som de har kompetencer til. Endvidere at de føler sig helt trygge ved at sige fra over for en opgave i de tilfælde hvor de føler sig usikre.

Vurderingsprincipper

De 6 overordnede måle områder har 11 temaer, der hver har 5-15 indikatorer.

Stikprøvestørrelsen afhænger af antallet af borgere som plejeenheden leverer ydelser til, samt om tilsynspersonerne har adgang til plejeenhedens egne kvalitetsvurderinger eller ikke. Hver plejegruppe (Der er fx flere plejegrupper på et plejeenhed/center) foretager systematisk kvalitetsvurdering på minimum 24 borgere om året, og sikrer herved, at de fleste væsentlige kvalitetsproblemer bliver identificeret. I tilfælde hvor tilsynspersonerne ikke har adgang til plejeenhedens kvalitetsvurdering, anvendes en større stikprøve til tilsyn.

Tilsynet gennemføres som en kombination af journalgennemgang og interviews, hvor tilsynspersonerne gennemgår borgerforløbet, ved hjælp af interview med borgeren, medarbejdere og ledelsen. Se evt. detaljer i procedure for uanmeldte tilsyn.

Der foretages vurderinger på 4 niveauer:

- Niveau 1: Den enkelte stikprøve
- Niveau 2: Den enkelte indikator
- Niveau 3: Det enkelte tema
- Niveau 4: Det samlede tilsynsresultat

Vurderingsprincipperne sikrer systematisk analyse og vurdering fra den enkelte stikprøve udføres til det samlede tilsynsresultat. På alle niveauer baseres vurderingen på lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurderingsprincipperne gennemgås nedenfor.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 1: VURDERING AF DEN ENKELTE STIKPRØVE

Der er indsat vejledende tjekpunkter under den enkelte indikator i rapporten.

Tjekpunkterne tilpasses efter forholdene under tilsynsbesøget, således at indikatorerne bliver bedst muligt belyst.

Kvalitative data: Positive og negative fund indskrives under "Beskrivelse", så vidt mulig med uddybende oplysninger til brug for det videre udviklingsarbejde.

Kvantitative data: Den enkelte stikprøve vurderes som Opfyldt, Delvist Opfyldt eller Ikke Opfyldt. Ud fra antallet af relevante beregnes % af mulige point. Point tildeles efter følgende kriterier: Der gives 1 point, hvis indikatoren er vurderet Opfyldt, ½ point ved Delvist Opfyldt, 0 point ved Ikke Opfyldt.

Enkelte forhold indvirker på den kvantitative beregning, herunder

a. Antallet af borgere, der indgår i tilsynet er som ovenfor beskrevet 20 borgere. I forhold til det enkelte målepunkt, kan antallet af relevante være mindre end 20, idet nogle borgere ikke modtager en ydelse, ikke kan deltage i interview, at indikatoren ikke er relevant for borgeren samt lignende vilkår.

b. Et enkelt fund kan være fuld dokumentation for, at eksempelvis en instruks for en delegeret opgave foreligger. I så tilfælde markeres med Opfyldt. Såfremt der er mangler, markeres med Delvist Opfyldt, og såfremt der er betydelige mangler eller instruksen ikke foreligger markeres med Ikke Opfyldt.

c. For enkelte indikatorer er opfyldelsesprocenten angivet samlet for stikprøverne.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 2: VURDERING AF DEN ENKELTE INDIKATOR

Indikatorvurderingen sker ud fra 3 kategorier: Helt Opfyldt, Delvist Opfyldt eller Ikke Opfyldt.

Indikatoropfyldelsen vurderes på baggrund af beskrivelserne af de positive og negative fund i stikprøverne samt den kvantitative målopfyldelse. En kvantitativ målopfyldelse på over 75% giver mulighed for at indikatoren kan vurderes som Helt Opfyldt.

Analysen af de kvalitative fund er afgørende, idet få negative fund kan have betydning for borgerens helbredsmæssige sikkerhed og/eller retsstilling. Der kan derfor være indikatorvurderinger, som er " Delvist Opfyldt" eller måske "Ikke Opfyldt", selvom de kvantitative data viser målopfyldelse på over 75%.

Begrundelsen vil i så fald fremgå af rapporten.

Alvorlige fejl og mangler indebærer alvorlige konsekvenser for borgeren. Det omhandler forhold, hvor der ikke er sammenhæng mellem borgerens behov og de tildelte eller leverede ydelser eller der eksempelvis konstateres sundhedsskadelige hygiejniske forhold i hjemmet med alvorlig risiko for borgerens helbred.

Det kan tillige omhandle forhold hvor kvaliteten i den personlige pleje medfører risiko for borgerens helbred eller hvor borgeren er udsat for dokumenterbare alvorlige krænkelse i forhold til personlige grænser.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 3: VURDERING AF DET ENKELTE MÅL

Målopfyldelsen vurderes på baggrund af resultaterne fra de enkelte indikatorer sammenholdt med kravene i lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurderingskategorierne er: Godkendt, Godkendt med få bemærkninger, Godkendt med mangler eller Kritisable forhold.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 4: DET SAMLEDE TILSYNSRESULTAT

Det endelige tilsynsresultat vurderes på baggrund af resultaterne fra de 6 målområder sammenholdt med kravene i lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurderingskategorierne er: Godkendt, Godkendt med få bemærkninger, Godkendt med mangler eller Kritisable forhold.