



Tilsynsrapport Helsingør Kommune

Center for Sundhed og Omsorg
Kommunal hjemmepleje- og sygepleje
Enhed 2

Uanmeldt årligt ordinært tilsyn
Maj 2024

Indhold

Indhold	2
Forord	3
1. Oplysninger om hjemmeplejen	4
2. Vurdering	5
2.1 Tilsynets samlede vurderinger	5
2.2 Tilsynets bemærkninger og anbefalinger til videre udvikling	7
3. Datagrundlag	9
3.1 Opfølgning på foregående tilsyn	9
3.2 Faglig kvalitet	11
3.3 Borgeroplevet kvalitet	22
4. Tilsynets formål og metode	25
4.1 Formål	25
4.2 Metode	25
5. Vurderingsskala	26
5.1 Tilsynets tilrettelæggelse	26
Om BDO	27

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering af hjemmeplejen og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om den konkrete hjemmepleje.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra den indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

Tilsynets form, indhold, metode og afvikling er afstemt med kommunen.

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen



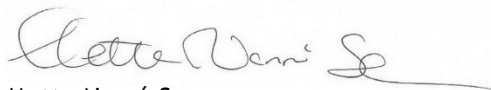
Birgitte Hoberg Sloth

Partner

Mobil: 28 10 56 80

Mail: bsq@bdo.dk

Partneransvarlig



Mette Norré Sørensen

Director

Mobil: 41 89 04 75

Mail: meo@bdo.dk

Projektansvarlig

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



1. Oplysninger om hjemmeplejen

Oplysninger om hjemmeplejen og tilsynet

Navn og adresse: Hjemmeplejen Enhed 2, Klostermosevej 101, 3000 Helsingør

Leder: Denis Pejkić

Dato for tilsynsbesøg: 22. - 24. maj 2024

Tilsynets deltagerkreds:

Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:

- Interview med leder
- Tilsynsbesøg hos 25 borgere
- Interview med syv medarbejdere (fem social- og sundhedsassistenter og to sygeplejersker)
- Gennemgang af dokumentation hos 25 borgere og medicinkontrol hos 17 borgere

Fordeling af borgerne er sket ud fra følgende udvælgelseskriterier:

- 3 borgere, der modtager hjemmepleje 2-8 timer ugentligt
- 5 borgere, der modtager hjemmepleje mere end 8 timer ugentligt
- 7 borgere, der modtager hjemmepleje og hjemmesygepleje 2-8 timer ugentligt
- 5 borgere, der modtager hjemmepleje og hjemmesygepleje mere end 8 timer ugentligt
- 5 borgere, der modtager hjemmesygepleje

Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.

Tilsynsførende:

Gitte Lee Anderskov, Senior Manager og sygeplejerske

Mette Norré Sørensen, Director og sygeplejerske

2. Vurdering

2.1 Tilsynets samlede vurderinger

Det overordnede indtryk af Helsingør Kommunes Hjemmepleje og sygepleje Enhed 2 er, at der er tale om en hjemmepleje, hvor forholdene er:

Gode og tilfredsstillende

Opfølgning på foregående tilsyn

Tilsynet vurderer, at ledelsen på et godt og tilfredsstillende niveau har fulgt op på anbefalinger fra sidste års tilsyn. Det er tilsynets vurdering, at Enhed 2 har opnået en markant forbedring på flere områder, herunder særligt medicinområdet og på temaet pleje og støtte, samt har holdt niveauet på flere målepunkter siden 2023. Dertil vurderes det, at der har været igangsat en systematisk og målrettet indsats på dokumentationsområdet, hvor det også konstateres, at der er forbedringer på flere parametre, men at det samtidigt vurderes, at der fortsat er enkelte betydelige udviklingsområder.

Dokumentation

Tilsynet vurderer, at den sundhedsfaglige dokumentation er på et nogenlunde tilfredsstillende niveau.

Det er tilsynets vurdering, at Enhed 2 har forbedret kvaliteten af dokumentationen på servicelovsområdet, men at der fortsat forekommer enkelte til flere udviklingsområder til konsekvent opdatering af døgnrytmeplaner og opdatering af funktionsevnetilstande. Dertil er det tilsynets vurdering, at dokumentationen på sundhedslovsområdet ligeledes ses med forbedret kvalitet, særligt ift. udarbejdelse af SFU og helbredstilstande. Dog er det tilsynets vurdering, at der fortsat forekommer betydelige udviklingsområder i forhold til dokumentationen på sundhedslovsområdet, herunder konsekvent opdatering af helbredstilstande, handlingsanvisninger og opfølgning, som vil kræve en fortsat målrettet indsats at rette op på. Tilsynet vurderer, at medarbejderne på faglig reflekteret vis kan redegøre for, hvorledes de systematisk arbejder med dokumentationen, og anvender denne som et aktivt redskab i hverdagen.

Instrukser og procedurer

Tilsynet vurderer, at der på særdeles tilfredsstillende vis foreligger relevante og opdaterede instrukser og vejledninger, som kan findes på kommunens intranet og VAR portalen.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kender og anvender tilgangen til de lokale instrukser samt kliniske procedurer, og at de derved har et godt redskab og fundament for at sikre, at hjælpen, plejen og behandlingen leveres med en høj faglig standard, jf. Helsingør Kommunes regler og retningslinjer på området.

Utilsigtede hændelser

Tilsynet vurderer, at arbejdet med utilsigtede hændelser ligger på et godt og tilfredsstillende niveau.

Tilsynet vurderer, at ledelsen har defineret en tydelig organisering af arbejdet med rapportering af utilsigtede hændelser, og at medarbejderne generelt har en tilstrækkelig viden på området. Det er dog tilsynets vurdering, at der fortsat ses udviklingsområder ift. at arbejde systematisk med læring og udvikling af de månedlige samlerapporteringer.

Personlig pleje og støtte

Tilsynet vurderer, at personlige pleje og støtte leveres på et godt og tilfredsstillende niveau.

Tilsynet vurderer, at borgerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at indsatsen vurderes svarende til borgernes behov og ønsker. Det er tilsynets vurdering, at borgerne generelt oplever at få individuel hjælp til pleje ud fra en høj faglig kvalitet, samt at borgerne generelt oplever kontinuitet og tryghed i hjælpen. Det er dog tilsynets vurdering, at flere borgere i varierende grad har oplevelser af manglende kontinuitet og kvalitet i hjælpen til personlig pleje. Det vurderes, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for, hvorledes borgerne sikres den rette hjælp af en høj faglig kvalitet.

Praktisk hjælp

Tilsynet vurderer, at den praktiske hjælp leveres på et godt og tilfredsstillende niveau.

Det vurderes, at de besøgte hjem fremstår tilstrækkeligt ryddelige og rengjorte, svarende til borgernes habitus, og at hjælpemidler ligeledes er tilstrækkeligt rengjorte.

Tilsynet vurderer, at borgerne oplever at få den hjælp til praktisk støtte, som de har behov for. Samtidigt vurderes det, at borgerne generelt udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen, men at fem borgere har enkelte bemærkninger til hjælpen angående kontinuitet og tid, som påvirker den oplevede kvalitet. Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for hjælpen til praktisk støtte og korrekt anvendelse af værnemidler.

Rehabiliterende og aktiverende hjælp

Tilsynet vurderer, at der på særdeles tilfredsstillende vis anvendes en rehabiliterende tilgang i levering af hjælpen.

Tilsynet vurderer, at borgerne er bevidste om betydningen af at anvende egne ressourcer, og borgerne oplever, at de gives tilpas mulighed for at være aktive i hjælpen. Borgerne finder det naturligt at anvende egne ressourcer aktivt i hjælpen.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for, hvorledes rehabilitering indtænkes i den leverede hjælp.

Demens

Tilsynet vurderer, at der arbejdes med faglige tilgange til demens, så der sikres særdeles tilfredsstillende forhold. Det er tilsynets vurdering, at plejen og hjælpen til borgere med demens leveres med en høj faglig standard, som er tilpasset den enkelte borger, så der sikres særdeles tilfredsstillende forhold. Dertil er det tilsynets vurdering, at medarbejderne på reflekteret vis kan redegøre for relevante faglige overvejelser i arbejdet med borgere med demens.

Mad og måltider

Tilsynet vurderer at hjælpen til mad og måltider leveres på et godt og tilfredsstillende niveau.

Tilsynet vurderer, at hjælpen tilpasses borgernes behov, og at der er medbestemmelse og inddragelse i forhold til mad og måltider. Det vurderes dog, at enkelte borgere oplever, at kvaliteten af hjælpen indimellem påvirkes af for kort tidsinterval mellem måltiderne.

Medarbejderne kan med stor faglig indsigt redegøre for, hvorledes der arbejdes med mad og måltider.

Medicinhåndtering

Tilsynet vurderer, at medicinhåndteringen er på et godt og tilfredsstillende niveau.

Det er tilsynets vurdering, at Enhed 2 har opnået en markant forbedring af medicinhåndteringen sammenlignet med tilsynet i 2023. Tilsynet vurderer, at der generelt er en struktureret og systematisk praksis for medicinhåndteringen. Det vurderes, at borgerne er tilfredse med hjælpen, og at medarbejderne på faglig og reflekteret vis kan redegøre for området. Det er tilsynets vurdering, at der ud af 17 stikprøver kun ses få mangler af betydning vedrørende dokumentation, opbevaring, risikosituationslægemidler og administration.

Sygepleje

Tilsynet vurderer, at sygeplejen overordnet leveres på et godt og tilfredsstillende niveau.

Dog er det tilsynets vurdering, at der er fire borgere, der oplever tilfælde af henholdsvis manglende kontinuitet og kvalitet i leveringen. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på fagligt reflekteret vis redegør for oplæring, delegering og levering af sygeplejeydelser.

Borgerrettigheder

Tilsynet vurderer, at borgernes rettigheder overholdes, og at der er selvbestemmelse på et særdeles tilfredsstillende niveau. Det er tilsynets vurdering, at borgerne oplever sig inddragede i hverdagen, samt at medarbejderne er bekendte med reglerne om samtykke, og at de kan redegøre relevant for området.

Hverdag for borgerne

Tilsynet vurderer, at borgerne oplever en respektfuld og anerkendende kommunikation på et godt og tilfredsstillende niveau. Dertil, at medarbejderne generelt udviser respekt for borgernes privatliv, og at medarbejderne er opmærksomme på borgernes individuelle ønsker og behov. Det er dog tilsynets vurdering, at enkelte borgere oplever situationer omkring planlægning og information, som er mindre tilfredsstillende.

Pårørende

Tilsynet vurderer, at pårørendesamarbejdet er på et godt og tilfredsstillende niveau. Tilsynet vurderer, at de pårørende medinddrages aktivt til at afklare et godt samarbejde.

Det er tilsynets vurdering, at de interviewede pårørende generelt oplever, at der er et godt samarbejde med hjemmeplejen, og at de oplever at blive relevant inddragede. Dog vurderes det, at en pårørende har oplevelser af manglende koordinering og inddragelse i samarbejdet.

Dertil er det tilsynets vurdering, at medarbejderne på fagligt reflekteret vis kan redegøre for, hvorledes pårørende inddrages, afstemt den enkelte borgers og pårørendes behov.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation og observationer. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

2.2 Tilsynets bemærkninger og anbefalinger til videre udvikling

2.2.1 Tilsynet giver anledning til følgende bemærkninger:

Tilsynet har ingen bemærkninger.

2.2.2 Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter et øget fokus på dokumentationen, og at der målrettet arbejdes med at højne dokumentationen på følgende områder:
 - At døgnrytmeplaner konsekvent opdateres og fremstår individuelle og handlevejledende.
 - At funktionsevnetilstande aktiveres og opdateres løbende med beskrivelser af borgerens funktionsniveau.
 - At generelle oplysninger oprettes med relevante oplysninger, som bidrager til en helhedsorienteret pleje, samt at der ved samtlige borgere, der får sygepleje, fremgår en fyldestgørende oversigt (helbredsoplysninger) med ens systematik over sygdomme, lidelser og handicap.
 - At helbredstilstande opdateres ved ændringer med sammenhæng til medicinsk behandling samt indeholder fyldestgørende beskrivelser af, hvorledes tilstanden kommer til udtryk.
 - At der oprettes handlingsanvisninger til alle sundhedslovsydelser, samt at disse fremgår fyldestgørende og handlevejledende.
 - At der bliver dokumenteret opfølgning på forværring i borgernes helbredstilstand.
2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter sit arbejde med at implementere en organisering for systematisk opfølgning og læring af UTH samlerapporteringer.
3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter sit fokus på at øge medarbejdernes kontinuitet samt retter en opmærksomhed på at sikre kontinuitet i tidspunktet for levering af hjælpen samt på at imødekomme individuelle og ændrede behov for pleje.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter en opmærksomhed på, at borgerne modtager rengøring, jf. kvalitetsstandarden og den visiterede hjælp, så borgerne i endnu højere grad oplever kontinuitet og kvalitet i leveringen.

5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter en opmærksomhed på, at indsatsen til mad og måltider leveres med et tilstrækkeligt tidsinterval mellem måltiderne, samt at hygiejneprincipperne følges ved tilberedning af mad.
6. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter et fokus på medicinområdet med en særlig opmærksomhed på:
 - At medicinens administrationsansvar registreres korrekt på medicinskemaet.
 - At korrekte antal enheder angives på medicinskemaet.
 - At der påføres anbrudsdato på ikke-dispensérbar medicin.
 - At behandlingsplan/aftaler/kontrol vedrørende risikosituationslægemidler beskrives i den konkrete helbredstilstand.
 - At tærskelværdier til BS-måling dokumenteres.
 - At der konsekvent kvitteres for ikke-dispensérbar medicin.
7. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter en opmærksomhed på at tilpasse tidspunkter for besøg hos en konkret borger, der går til behandling på hospitalet flere gange om ugen. Dertil, at ledelsen er opmærksom på, at beskeder fra 'telefon-vagten' videregives til rette medarbejdere, samt at borgere, der opstarter undersøgelser initieret af sygeplejen, får besked om resultater.
8. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter en opmærksomhed på, at pårørende inddrages og orienteres relevant i pleje og behandlingsforløb af deres kære.

3. Datagrundlag

3.1 Opfølgning på foregående tilsyn

Data:

Lederinterview

Ved sidste års tilsyn fik Distrikt 2, herefter benævnt Enhed 2, anbefalinger vedrørende; dokumentation, UTH, pleje og støtte, praktisk hjælp, medicin håndtering, sygepleje, borgerrettigheder og hverdag for borgerne.

I forhold til opfølgning på anbefalingen omkring dokumentationen beskriver ledelsen, at der er arbejdet intensivt med dokumentation siden sidste tilsyn. Der er ansat 40 nye medarbejdere siden sidste tilsyn, der alle har fået grundig oplæring og undervisning i dokumentation. Hver enkelt nye medarbejder har fået tilknyttet en *buddy* til faglig sparring, og der har været stort fokus på sidemandsoplæring, så alle nye medarbejdere fra starten er blevet sat grundigt ind i kravene til dokumentationen, og hvordan der arbejdes med dette i Helsingør Kommune. Dertil har kvalitetssygeplejerskerne faciliteret undervisning på både servicelovs- og sundhedslovsområdet for både nye og *gamle* medarbejdere. Kvalitetsteamet auditerer fortsat fem journaler om ugen på tværs af teams i Enhed 2, og data anvendes til at målrette undervisningen.

Det er ledelsens oplevelse, at niveauet er blevet bedre. Det er særligt ledelsens indtryk, at helbredstilstandene er blevet bedre, men at der fortsat er udviklingsområder. Dertil er der fokus på at højne dokumentationen i aftenvagten. Der udleveres lommekort til alle medarbejdere, hvor medarbejderne kan hente hjælp ved tvivl. Ledelsen fremhæver, at det kan ses på dokumentationen, at der aktuelt er fuld bemanning i enheden, og at der kun anvendes få vikarer.

Vedrørende anbefalingen omkring UTH er der arbejdet med en struktur for arbejdet. UTH er et fast punkt på kvalitetsrådsmødet to gange om året. Dertil er der en organisering omkring rapportering af samlerapportering på medicin, fald og infektion. Enkeltstående hændelser samt samlerapportering tages jævnligt med på teammøderne for læring. Ledelsen fremhæver, at der fortsat arbejdes med at få implementeret en systematik omkring opsamling og læring.

I forhold til anbefalingen vedrørende pleje og støtte fortæller ledelsen, at enheden har været igennem en stor rekrutteringsproces, hvilket har betydet et drastisk fald i vikar-omsætning samt sygefravær. Der har været en omorganisering i organisationen, så der nu er mere nærværende ledelse, og dermed mere synlig ledelse i alle teams. Dette har højnet muligheden for, at alle medarbejdere kan få ledelsessparring i det daglige. Ledere har i denne proces været med medarbejdere på borgerbesøg, og de har ligeledes udført audits. Det er ledelsens oplevelse, at borgerne i langt højere grad end sidste år oplever at få hjælp af de samme faste medarbejdere.

Ledelsen redegør for, at der i forhold til anbefalingen til praktisk hjælp ligeledes har været et øget fokus på kontinuitet i leveringen. Det italesættes i det daglige, med både planlæggere og medarbejdere, at det tilstræbes, at så få medarbejdere som muligt kommer i det enkelte hjem. Det er ledelsens oplevelse, at mange borgere har de samme tre medarbejdere, der skiftes til at udføre praktisk hjælp. Der arbejdes med *Den Gode Plan* via dash-board, hvor kontinuiteten af medarbejderne synliggøres ved farvemarkering.

Angående medicin håndteringen, fortæller ledelsen, at der er arbejdet med mange indsatser siden sidste tilsyn. Det fremhæves, at alle medarbejdere skal ud og køre med en farmakonom med fokus på korrekt medicin håndtering ved medicindispensering. Dertil er der E-learning kurser, og kvalitetssygeplejerskerne har undervist social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker i forskellige processer af medicin håndteringen, og der er undervist så tæt på praksis som muligt.

Nye medarbejdere har først gennemgået teoretisk undervisning, dernæst praktisk undervisning i borgernes hjem ved mentor med fokus på at omsætte teori i praksis.

Farmakonomer tager sig af nye dispenseringer, og bruges som sparringspartner i det daglige. Dertil har farmakonomer haft et stort fokus på at screene borgerne for egnethed til dosisdispensering, hvilket har

medført gode resultater. Endelig udføres der medicinaudit månedligt, hvor resultater, ligesom data fra journalaudit, anvendes målrettet i forhold til undervisning.

I forhold til anbefalingen til kvaliteten af sygepleje har der ligeledes været et stort fokus herpå. Det er ledelsens oplevelse, at kvaliteten af sygeplejen, og kontinuiteten i leveringen, er højnet siden sidste tilsyn, idet der er ansat faste medarbejdere, der er blevet grundigt introducerede til sygeplejeydelserne med tæt støtte af kvalitetssygeplejerskerne. Er der vikarer i sygeplejen anvendes Vikarrejsen; en pjece som beskriver forventninger og krav til dokumentation, medicinhandling, kommunikation osv. Dertil udfører vikarer ikke medicindispenseringer.

Ledelsen fortæller angående anbefalingen til borgerrettigheder, herunder organisering og planlægning af borgernes besøg, at der dagligt er fokus på, at borgerne modtager deres besøg rettidigt. Dertil blev der sidste år, i forlængelse af tilsynet, taget hånd om en konkret medarbejders adfærd.

Vedrørende anbefalingen til emnet hverdag for borgerne, herunder adgang til enheden via telefonisk kontakt, fortæller ledelsen, at alle borgerne er blevet informerede om den udvidede telefontid. Ledelsen fortæller, at der er en organisering omkring at aflytte telefonsvaren i alle vagter.

Dertil arbejdes der på at opfordre borgerne til at logge på borgerportalen, så de via denne kan give skriftlige besked til hjemmeplejen. Ligeledes fremhæver ledelsen at være tæt på borgerne, og at der løbende tages kontakt ved behov. Oplever borgerne problemstillinger omkring hjælpen, aflægger ledelsen gerne et besøg. Som noget nyt inviterer Enhed 2 til borger-/pårørendemøde på basen, hvor ledelse og visitator vil være til stede.

Af andre faglige udviklingsområder, som ledelsen aktuelt er optagede af, fremhæves, at de har fokus på onboarding i samarbejde med en konsulent fra sekretariatet. Der er fokus på nye vinkler og tilgange til at skabe en arbejdsplads, hvor medarbejderne har lyst til at blive. Herunder tiltag, såsom buddyordning, at kvalitetssygeplejersker er primære i den første oplæring/introduktion, og at de nye medarbejderes oplevelse af introduktionen aktivt opfølges.

Dertil er Enhed 2 optaget af at implementere en organisering omkring selvvisitering på sundhedslovsydelser. Medarbejderne vil gerne, og der ses stille og rolig fremdrift.

Ligeledes er der lavet en arbejdsmiljø-organisering. Alle ledere har været på uddannelse. Der er udvalgt en repræsentant fra hvert team, og der arbejdes med arbejdsmiljø og arbejdsglæde på flere niveauer.

Slutteligt fremhæves det, at Enhed 2 er organiseret med et Kvalitetsråd på tværs af de fire teams. Rådet består af ledere og udviklings- og kvalitetssygeplejerske, og til rådet er der knyttet kvalitetsgrupper inden for forskellige faglige emner, som består af kvalitetssygeplejerskerne og medarbejdere fra hvert team.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at ledelsen på et godt og tilfredsstillende niveau har fulgt op på anbefalinger fra sidste års tilsyn. Det er tilsynets vurdering, at Enhed 2 har opnået en markant forbedring på flere områder, herunder særligt medicinområdet og på temaet pleje og støtte, samt har holdt niveauet på flere målepunkter siden 2023. Dertil vurderes det, at der har været igangsat en systematisk og målrettet indsats på dokumentationsområdet, hvor det også konstateres, at der er forbedringer på flere parametre, men at det samtidig vurderes, at der fortsat er enkelte betydelige udviklingsområder.

3.2 Faglig kvalitet

3.2.1 Sundhedsfaglig dokumentation

Data:

OBSERVATION

Data er indsamlet i journaler fra 25 borgere, hvor der i tre af journalerne udelukkende er dokumentation i forhold til Sundhedsloven, idet disse borgere ikke modtager ydelser efter Serviceloven.

DØGNRYTMEPLANER:

I 16 ud af 22 journaler fremstår døgnrytmeplanerne fyldestgørende, og de giver et tilstrækkeligt billede af den hjælp, der skal leveres hos borgerne.

Døgnrytmeplanerne fremstår generelt handlevejledende og individuelt beskrevet. Medarbejdernes indsatser ses fyldestgørende beskrevet, og der ses faglige relevante og detaljerede beskrivelser under særlige opmærksomhedspunkter, som medarbejderen skal tage højde for i leveringen af hjælpen.

F.eks. ses opmærksomhedspunkter, som at borgeren har nedsat hørelse, at borgeren ønsker, at lyset på badeværelset er tændt, og at borgeren har nedsat syn. Indsatserne er generelt beskrevet under tydelige overskrifter, så planen bliver let at anvende og orientere sig i.

I forhold til borgere med demens eller anden nedsat kognitiv funktion ses flere særdeles velbeskrevne døgnrytmeplaner med handlevejledende og individuelle beskrivelser af den socialpædagogiske tilgang i forhold til forebyggelse af magtanvendelse. Ligeledes ses der generelt beskrivelser af den rehabiliterende tilgang, herunder hvorledes borgeren bedst motiveres til at deltage aktivt og at anvende egne ressourcer.

Dertil ses der i flere døgnrytmeplaner særdeles fyldestgørende beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser vedrørende problemstillinger, som f.eks., at borgeren har ernæringsproblematikker, angstproblematikker, balanceproblemer og hudproblematikker.

I seks ud af 22 journaler fremstår døgnrytmeplan(er) med enkelte til flere mangler.

Manglerne vedrører f.eks.:

- Manglende opdatering efter ændringer i plejen.
- Planer, som kun er sparsomt udfyldte, og hvor der ikke er taget stilling til generiske overskrifter.

FUNKTIONSEVNETILSTANDE:

I 15 ud af 22 journaler er funktionsevnetilstande udfyldt med beskrivelser af borgernes funktions-evner samt borgernes egne vurderinger.

Det bemærkes, at flere funktionsevnetilstande senest er udfyldt af Visitationen.

I syv ud af 22 journaler ses funktionsevnetilstande med enkelte til flere mangler.

Manglerne vedrører:

- Manglende oprettelse af enkelte funktionsevnetilstande, f.eks. en borger, der lider af angst og uro, har ikke oprettet en funktionsevnetilstand, der beskriver mentale funktionsbegrænsninger.
- Manglende opdatering af funktionsevnetilstande efter, at borgeren har haft et funktionstab eller en forbedring.
- Manglende ens systematik i brugen af funktionsevnetilstande, hvor enkelte ses med fortløbende daglige observationer.

GENERELLE OPLYSNINGER

I 18 ud af 25 journaler er der udarbejdet fyldestgørende generelle oplysninger.

De generelle oplysninger fremstår med tilstrækkelig detaljeringsgrad med værdi for borgerforløbet. Oplysningerne indeholder betydelige oplysninger, såsom livshistorie, vaner, mestring og motivation, som medarbejderne kan anvende i en målrettet og helhedsorienteret levering af hjælpen. Dertil

indeholder generelle oplysninger en fyldestgørende og enkel oversigt over borgernes sygdomme, lidelser og funktionsnedsættelser med sammenhæng til den medicinske behandling.

I syv ud af 25 journaler ses de generelle oplysninger ikke udfyldt tilstrækkeligt.

Manglerne vedrører:

- Delvis eller hel manglende udfyldelse af helbredsoplysninger (oversigt over sygdomme og funktionsnedsættelser).

HELBREDSTILSTANDE

I 13 ud af 22 journaler er der udarbejdet fyldestgørende helbredstilstande.

Helbredstilstandene konstateres relevant aktiverede i forhold til borgernes aktuelle og potentielle problemer. Der konstateres sygeplejefaglige beskrivelser af, hvorledes tilstanden kommer til udtryk, om borgeren er i medicinsk behandling, hvordan tilstanden kommer til udtryk ved forværring, behandlingsplan/ansvarlig læge, samt hvorvidt sygeplejen eller borgeren står for kontakten til behandlingsansvarlige læge.

I ni ud af 22 journaler ses der mangler vedrørende enkelte til flere helbredstilstande.

Manglerne vedrører f.eks.:

- Opfølgning/opdatering, så tilstandene til enhver tid er aktuelle, f.eks. ses beskrivelse af rødme i hudfold fra 2023, som ikke længere er aktuel, og manglende opfølgning på den konkrete tilstand efter, at borgeren har været til undersøgelse/kontrol.
- Manglende beskrivelse af, hvordan tilstanden kommer til udtryk.
- Manglende aktivering af en tilstand under sygeplejefaglige problemområder, såsom ernæring og psyko-socialt, hvortil borgeren er i medicinsk behandling.
- Manglende struktur og meget tekst, som gør tilstanden svær at tyde ift. det aktuelle billede af problemstillingen.

HANDLINGSANVISNINGER

I 12 ud af 23 journaler er der udarbejdet fyldestgørende handlingsanvisninger.

Handlingsanvisningerne ses aktuelle og udarbejdede, jf. kommunens praksis på området.

Handlingsanvisningerne indeholder relevant og tydelig dokumentation for den aktuelle pleje og behandling og med link til den konkrete handlingsanvisning i VAR. Dertil konstateres løbende opfølgning og evaluering på de iværksatte behandlinger.

I ni ud af 23 journaler konstateres der enkelte til flere mangler i forhold til handlingsanvisninger.

Manglerne vedrører f.eks.:

- Manglende oprettelse af handlingsanvisning på f.eks. øjendråber, medicindispensering, kateterpleje, kompressionsbehandling og ikke-dispensérbar medicin.
- En enkelt handlingsanvisning til administration af inhalationsmedicin i spacer ses ikke fyldestgørende ift. antal vejtrækninger i spacer samt håndtering af spacer mellem administration.
- Manglende afslutning/inaktivering af ikke aktuelle handlingsanvisninger.

OBSERVATIONER

I 20 ud af 25 journaler konstateres der fyldestgørende opfølgning på observationer i relation til SEL og SUL.

Observationerne indeholder beskrivelser ved afvigelser i borgernes tilstand både ved forbedring og forværring. Observationerne konstateres ligeledes at være dokumenterede tidstro. Dertil ses løbende opfølgning og evaluering af sundhedslovsindsatser. Der ses f.eks. fyldestgørende fortløbende dokumentation af observationer omkring sårpleje, drænpleje og pleje og støtte til borgere med nedadgående demens.

I fem ud af 25 journaler konstateres der mangler i observationer i relation til SEL og SUL.

Manglerne vedrører:

- To tilfælde af manglende opfølgning på BS-værdier, som overskrider referenceværdierne. I det ene tilfælde er der målt to værdier, som overskrider referencerammen. Der skal, jf. behandlingsplanen, tages kontakt til lægen, når der på en uge er målt tre værdier uden for referencen. Dog ses det ikke beskrevet, hvordan borgeren har det ved de to værdier, som er målt uden for referencerammen. I det andet tilfælde er der ikke taget kontakt til lægen ved måling af en værdi uden for referencerammen, jf. behandlingsplanen.
- I tre andre tilfælde ses der ikke dokumenteret opfølgning på urin output, mistanke om infektion i øjet og blodspor i bleen.

TRIAGE

I 21 ud af 25 journaler ses en systematisk anvendelse og dokumentation af borgernes triageringsniveau.

Det konstateres, at journalerne indeholder et tydelig triageringsniveau. Der ses beskrivelse i bemærkningsfeltet i triageskemaet, så medarbejderne nemt kan orientere sig om baggrunden for triageringsniveauet. Det ses bl.a., at der inden for den seneste måned har været triageret gul for problemstillinger såsom øjenbetændelse, forværring af ødemer, smerter og UVI.

I fire ud af 25 journaler konstateres der enkelte mangler og uklarheder i forhold til kriterier for triageringsniveauet.

De enkelte mangler vedrører:

- To borgere, der har været observeret med forværring, herunder mistanke om UVI og blodspor i bleen, men som ikke har været triageret gul ifm. forværringen.
- To borgere, som ikke har et aktivt triageskema.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at der i dokumentationen arbejdes ud fra de 12 sygeplejefaglige problemområder. Der udarbejdes en SFU ved alle nye borgere og i tilfælde af, at borgeren har forværring i sin helbredstilstand. SFU beskrives i helbredstilstande, som skal have en rød tråd til generelle oplysninger, indsatser, handlingsanvisninger og daglige observationsnotater. Helbredstilstandene skal beskrives kort og præcist, så alle medarbejdere hurtigt kan orientere sig om borgerens aktuelle helbredsituation.

Medarbejderne fortæller, at der afholdes triagemøde hver morgen, hvor de borgere, der er observerede med forværring, triageres fra grøn til gul eller rød. Årsagen til skift i triagefarve dokumenteres i bemærkningsfeltet.

I forhold til døgnrytmeplaner fortæller medarbejderne, at planerne opdateres, hvis borgeren ændrer sig. Planerne skal indeholde beskrivelser af, hvad borgeren selv kan, hvad medarbejderen skal hjælpe med, og hvordan medarbejderen skal hjælpe. Dertil skal planen indeholde særlige opmærksomhedspunkter, der er relevant for at kunne levere hjælpen til den enkelte borger. Ligeledes skal døgnrytmeplanerne beskrives med pædagogisk tilgang, særligt ved borgere der har nedsat kognitiv funktion eller har vejrtrækningsbesvær. Planerne udarbejdes ofte i samarbejde med borgeren, og tilrettes løbende ved ændringer eller som minimum hver tredje måned.

Funktionsevnetilstande anvendes til at orientere sig i, og tilrettes ligeledes ved ændringer i funktionsniveauet. Generelle oplysninger udfyldes, når det vurderes relevant ift. borgerforløbet, og det fremhæves, at oplysninger omkring livshistorie, mestring og motivation kan være rigtige gode i tilfælde af, at medarbejderen ikke kender borgeren.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at den sundhedsfaglige dokumentation er på et nogenlunde tilfredsstillende niveau i forhold til Service- og Sundhedslovens krav og Helsingør Kommunes krav til dokumentation.

Det er tilsynets vurdering, at Enhed 2 har forbedret kvaliteten af dokumentationen på servicelovsområdet, men at der fortsat forekommer enkelte til flere udviklingsområder til konsekvent opdatering af

døgnrytmeplaner og opdatering af funktionsevnetilstande. Dertil er det tilsynets vurdering, at dokumentationen på sundhedslovsområdet ligeledes ses med forbedret kvalitet, særligt ift. udarbejdelse af SFU og helbredstilstande. Dog er det tilsynets vurdering, at der fortsat forekommer betydelige udviklingsområder i forhold til dokumentationen på sundhedslovsområdet, herunder konsekvent opdatering af helbredstilstande, handlingsanvisninger og opfølgning, som vil kræve en fortsat målrettet indsats at rette op på. Tilsynet vurderer, at medarbejderne på faglig reflekteret vis kan redegøre for, hvorledes de systematisk arbejder med dokumentationen, og anvender denne som et aktivt redskab i hverdagen.

3.2.2 Instrukser og procedurer

Data:

OBSERVATIONER

Det observeres, at de skriftlige instrukser overholder de formelle krav til instrukser. Der er angivet dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring, samt hvem der er ansvarlig for udarbejdelsen. Dertil indeholder instrukserne en entydig og relevant fremstilling af emnet med en præcisering af den ansvarlige målgruppe samt beskrivelse af medarbejdernes opgaver og ansvar.

LEDELSESINTERVIEW

Ledelsen fortæller, at alle nye medarbejdere introduceres til instrukser, hvilket er en del af introprogrammet. Der følges op på dette emne til de systematiske ledersamtaler med alle nye medarbejdere. Dertil sørger ledelsen for at holde medarbejderne opdaterede om nye eller reviderede instrukser, hvor den konkrete instruks ofte printes ud og tages med på teammøder.

Ledelsen fremhæver, at intranettet Kilden er blevet justeret og opdateret, så det nu er lettere at fremsøge dokumenter på mobilen.

Ved feedback fra medarbejderne er det kommet frem, at det opleves som en udfordring at omsætte alt det skriftlige materiale fra instrukser og procedurer. Derfor har der været fokus på, at få social- og sundhedsassistenter med i kvalitetsgruppen, der kan gå forrest med faglige og korrekte arbejdsgange.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, at de kan finde viden og information i forhold til varetagelse af faglige opgaver på Kilden, VAR og Pro-medicin. Medarbejderne fortæller, at både VAR portalen og Kilden kan tilgås via link i Nexus fra både pc og mobilen. Medarbejderne fortæller, at de senest har fremsøgt arbejds-gang ved tilfælde af "lukket dør".

Tilsynets vurdering - 1

Tilsynet vurderer, at der på særdeles tilfredsstillende vis foreligger relevante og opdaterede instrukser og vejledninger, som kan findes på kommunens intranet og VAR portalen.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kender og anvender tilgangen til de lokale instrukser samt kliniske procedurer, og at de derved har et godt redskab og fundament for at sikre, at hjælpen, plejen og behandlingen leveres med en høj faglig standard, jf. Helsingør Kommunes regler og retningslinjer på området.

3.2.3 Utilsigtede hændelser og læring

Data:

LEDELSESINTERVIEW

Enhed 2 modtog ved sidste års tilsyn en anbefaling relateret til UTH, hvorfor der henvises til ledelsens besvarelse under afsnittet Opfølgning på foregående tilsyn, øverst i rapporten.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at der arbejdes med UTH i hjemmeplejen. Der rapporteres månedligt via samlerapportering på medicin og fald. Medarbejderne nævner eksempler på UTH som dispenseringsfejl, og medicin, der tabes på gulvet. Medarbejderne fortæller, at UTH indimellem gennemgås på teammøder, hvor hændelser gennemgås for læring, men at det ikke er i alle teams. Medarbejderne mener ikke at UTH er et fast punkt på dagsordenen, samt at der forekommer en formel organisering omkring læring.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at arbejdet med utilsigtede hændelser ligger på et godt og tilfredsstillende niveau. Tilsynet vurderer, at ledelsen har defineret en tydelig organisering af arbejdet med rapportering af utilsigtede hændelser, og at medarbejderne generelt har en tilstrækkelig viden på området. Det er dog tilsynets vurdering, at der fortsat ses udviklingsområder ift. at arbejde systematisk med læring og udvikling af de månedlige samlerapporteringer.

3.2.4 Personlig pleje og støtte

Data:

OBSERVATION

Tilsynet observerer, at de besøgte borgere generelt fremstår soignerede med friseret hår, barberede samt med rene negle. Borgerne fremstår veltilpasse. Borgerne ses ikklædt rent tøj, som passer til årstiden og egne ønsker.

BORGERINTERVIEW

Flertallet af borgerne oplever, at hjælpen passer til deres behov, og at hjælpen er tilpasset deres ønsker og vaner. Dertil oplever størstedelen af borgerne, at hjælpen leveres på de aftalte tidspunkter og med en tilfredsstillende kvalitet, inklusive hjælpen til bad. Borgerne kender til deres faste badedage, og fortæller, at medarbejderne har ekstra tid, når det er badedag. Flere borgere beskriver, at medarbejderne er dygtige til at hjælpe med den personlige pleje, idet hjælpen er grundig, og fordi medarbejderne er opmærksomme på, hvordan borgerne gerne vil have hjælpen. Borgerne fortæller, at de generelt oplever tryghed ved hjælpen, hvilket primært tilskrives, at borgerne oplever, at det er de samme kendte medarbejdere, der leverer hjælpen. Flere borgere fremhæver, at kontinuiteten er blevet bedre inden for de seneste måneder, og flere borgere siger i forlængelse heraf, at de håber, at det vil fortsætte sådan. Dertil oplever de fleste borgere, at nødkald generelt besvares inden for en acceptabel tid, og at det er trygt at vide, at der er en i den anden ende i tilfælde af, at borgerne skulle få akut brug for hjælp.

Seks ud af 19 borgere fremhæver i varierende grad oplevelser, som påvirker den samlede oplevelse af kvaliteten til personlig pleje og støtte. Flere oplever at få besøg af mange forskellige medarbejdere, hvor enkelte særligt oplever det i aftenvagten, og andre oplever manglende kontinuitet i tidspunkt for besøg. Dertil oplever en borger engang imellem at få hjælp til aftenhygiejne (ble) kl. 20, hvilket borgeren finder meget tidligt ift. borgerens døgnrytme. En anden borger oplever, at hjælpen til at komme op om morgenen nogle gange først leveres kl. 10.30, hvilket borgeren mener er lang tid at vente i sengen. En tredje borger fremhæver, at hjælpen om aftenen ofte er meget hurtig, og at medarbejderen hurtigt er ude ad døren igen. En fjerde borger mener ikke at have fået tilbudt hjælp til bad i den aktuelle uge. Det ses dokumenteret, at borgeren har frasagt sig hjælpen til bad. En femte borger fortæller at have ringet nødkald, hvor vagtcentralen hurtigt besvarede nødkaldet, men at der først blev leveret hjælp efter, at ægtefællen ringede til hjemmeplejekontoret, da der ikke var ankommet nogen efter en time.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at de sikrer, at borgerne får den hjælp, som de har brug for ved at tilstræbe mest mulig kontinuitet, så medarbejderne kender de borgere, som de skal hjælpe. Der er enkelte medarbejdere, som har en flyver-funktion, og som derfor kommer rundt til mange af teamets borgere, hvilket medarbejderne finder værdifuldt, idet disse besøg mest omhandler sundhedslovsydelser.

Inden besøget til personlig pleje læses døgnrytmeplanen, og det tjekkes, om der er observationsnotater med forværring, som der skal følges op på. Ved observeret ændring i en borgers helbredstilstand sparrer der med kollegaer, og der tages kontakt til en sygeplejerske i teamet.

Ved den personlige pleje er det vigtigt ikke at virke fortravlet, og medarbejderne fortæller, hvordan der observeres for kropslige og mentale forandringer. F.eks. ses huden efter på udsatte områder.

Tryghed for borgerne skabes ved, at der gives omsorg hele vejen rundt. Der føres en anerkendende dialog med borgeren, og det tjekkes, at borgeren har de nødvendige ting inden for rækkevidde, som f.eks. nødkald. Flere borgere bliver også trygge ved, at medarbejderen fortæller, hvornår borgeren kan forvente at modtage næste besøg. Medarbejderne fortæller, at de ofte siger; *"Er der noget, jeg ellers kan hjælpe med?"*, inden besøget afsluttes.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at kvaliteten af hjælpen til personlig pleje og støtte i Enhed 2 ligger på et godt og tilfredsstillende niveau og i henhold til Serviceloven samt Helsingør Kommunes kvalitetsstandarder.

Tilsynet vurderer, at borgerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at indsatsen vurderes svarende til borgernes behov og ønsker. Det er tilsynets vurdering, at borgerne generelt oplever at få individuel hjælp til pleje ud fra en høj faglig kvalitet, samt at borgerne generelt oplever kontinuitet og tryghed i hjælpen. Det er dog tilsynets vurdering, at flere borgere i varierende grad har oplevelser af manglende kontinuitet og kvalitet i hjælpen til personlig pleje. Det vurderes, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for, hvorledes borgerne sikres den rette hjælp af en høj faglig kvalitet.

3.2.5 Praktisk hjælp

Data:

OBSERVATION

Borgernes hjem fremstår ryddelige og rengjorte i overensstemmelse med borgernes ønsker og vaner. Ligeledes fremstår borgernes hjælpemidler tilstrækkeligt rengjorte. Tilsynet kommer på besøg hos flere borgere, hvor der netop har været rengøring, hvor boligerne fremstår rene og velduftende.

BORGERINTERVIEW

16 af de 25 borgere modtager indsatser til praktisk støtte, herunder rengøring.

Borgerne oplever at modtage den hjælp, som de har behov for. Borgerne udtrykker generelt tilfredshed med kvaliteten af hjælpen, hvortil flere borgere beskriver et tæt samarbejde med medarbejderne i forhold til, hvordan hjælpen skal udføres. Hjælpen leveres på faste dage, og flere borgere beskriver også, hvordan hjælpen primært leveres af faste medarbejdere, som de kender. Flere borgere kan nævne eksempler på, hvordan de inddrages, og selv er aktivt deltagende i de praktiske opgaver, ligesom størstedelen af borgerne oplever at have indflydelse på, hvilke rengøringsopgaver der skal udføres på dagen.

Fem borgere udtrykker oplevelser, som har indflydelse på borgernes samlede oplevelse af kvaliteten. Tre af borgerne oplever, at kvaliteten af rengøringen varierer, hvoraf den ene borger også udtrykker ikke at kende til tidspunktet for levering af rengøringen samt ikke ved, hvad de forskellige indsatser til praktisk hjælp indebærer. Tilsynet bemærker, at indsatserne ikke ses beskrevet i døgnrytmeplanen. En fjerde borger oplever ikke altid, at medarbejderne anvender hele den visiterede tid til rengøring, og en femte borger oplever, at medarbejderne generelt ikke har tilstrækkelig med tid til at nå rengøringsopgaverne.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at der er enkelte ruter, som kun er rengøringsruter, men at social- og sundhedshjælperne også tager rengøringsindsatser. Dertil leveres ugentlige indsatser til rengøring/oprydning til de borgere, der har et ekstra behov. Medarbejderne fortæller, at hjælpen til rengøring og praktiske opgaver beskrives i døgnrytmeplanen, så alle medarbejderne ved, hvordan hjælpen skal leveres. I tilfælde af, at der er særlig risiko for smitte i en bolig, er der klare procedurer og retningslinjer for, hvilke værnemidler der skal anvendes i forhold til den konkrete smitte. Dertil nævner medarbejderne, at de altid anvender engangsforklæde og handsker ved hjælpen til personlig pleje og rengøring.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at den praktiske hjælp er på et godt og tilfredsstillende niveau i henhold Serviceloven samt Helsingør Kommunes kvalitetsstandarder.

Det vurderes, at de besøgte hjem fremstår tilstrækkeligt ryddelige og rengjorte, svarende til borgernes habitus, og at hjælpemidler ligeledes er tilstrækkeligt rengjorte.

Tilsynet vurderer, at borgerne oplever at få den hjælp til praktisk støtte, som de har behov for. Samtidigt vurderes det, at borgerne generelt udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen, men at fem borgere har enkelte bemærkninger til hjælpen angående kontinuitet og tid, som påvirker den oplevede kvalitet. Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for hjælpen til praktisk støtte og korrekt anvendelse af værnemidler.

3.2.6 Rehabiliterende og aktiverende hjælp

Data:

BORGERINTERVIEW

De fleste borgere oplever, at medarbejderne giver sig tid og mulighed for, at borgerne bliver aktivt medinddragende i hjælpen til pleje, sygepleje og praktiske opgaver. Borgerne oplyser, at de udfører de opgaver, som er muligt, alt efter deres individuelle funktionsbegrænsninger. Borgerne giver eksempler på, hvorledes medarbejderne arbejder rehabiliterende. F.eks. har en borger lært at varme sin aftensmad i mikroovnen, en anden borger sætter selv rengøringsredskaber frem, og en tredje borger er med til at tørre af under opvasken. Dertil fremhæver en borger at udføre dele af påklædningen, hvilket kan lade sig gøre med medarbejdernes støtte. Flere borgere fortæller, at de selv gør en indsats for at holde sig i gang, hvor nogle f.eks. går ture dagligt. Fem borgere kan ikke besvare spørgsmål til emnet.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, at der altid arbejdes rehabiliterende. Borgerne opfordres til at gøre det, de selv kan, hvor medarbejderne oplever, at borgerne ofte kan meget med verbal guidning. I tilfælde af, at en borger har ressourcer, der kan inddrages, men ikke selv tager initiativ, motiveres borgeren til at klare mindre dele af opgaven.

Tilsynets vurdering - 1

Tilsynet vurderer, at der arbejdes med rehabiliterende tilgang i hjælpen til pleje, sygepleje og praktisk hjælp på et særdeles tilfredsstillende niveau og i henhold til Serviceloven, Helsingør Kommunes kvalitetsstandarder samt strategikort for Center for Sundhed og Omsorg i Helsingør Kommune.

Tilsynet vurderer, at borgerne er bevidste om betydningen af at anvende egne ressourcer, og borgerne oplever, at de gives tilpas mulighed for at være aktive i hjælpen. Borgerne finder det naturligt at anvende egne ressourcer aktivt i hjælpen.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for, hvorledes rehabilitering indtænkes i den leverede hjælp.

3.2.7 Demens

Data:

OBSERVATION

Tilsynet besøger fem borgere, der har forskellige demensdiagnoser. Alle fem borgere fremstår veltilpasse. Borgerne ses soignerede, og har rent tøj på, som passer til årstiden. Borgerne ses med rene negle og friseret hår. Nødkald bæres om håndeledet eller om halsen. Der er sat væske og mad frem, som borgerne kan forsyne sig fra. Hjemmene ses ryddelige, rene og organiserede, så der ikke fremstår unødigt uro for borgerne. Skraldespande er tømt, og der ses rene køkkener uden gamle madrester.

Tilsynet observerer en medarbejder på et borgerbesøg. Der observeres en rolig tilgang til borgeren, hvor medarbejderen informerer borgeren om en ting ad gangen, og borgeren fremstår tilfreds med denne tilgang. Borgeren giver udtryk for at være glad for medarbejderens hjælp til kompressionsstrømper og medicin. Medarbejderen sætter sig i øjenhøjde, og sikrer, at borgeren er indforstået med hver enkelt handling.

En borger observeres med svær demens, men modtager ikke hjælp til pleje. Det ses, at borgeren fremtræder pæn og ren i tøjet. Hjemmeplejen kommer flere gange dagligt, og giver medicin, og har derved et vågent øje på borgerens hygiejne mv.

Hos en borger observeres det, at medarbejderne hænger små sedler på køleskab og ved hoveddøren, som husker borgeren og medarbejderen på, at døren f.eks. ikke må lukkes på mandage og torsdage, da maden bliver bragt på disse dage.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at tilgangen til borgere med demens, tilpasses individuelt, da borgere med demens kan have meget forskellige behov. Nogle borgere skal guides verbalt, og andre borgere skal have mere fysisk hjælp. Det fremhæves, at borgere med demens skal mødes, der hvor de er og med en rolig tilgang. Det er særligt vigtigt, at døgnrytmeplanen er beskrevet med handlevejledende beskrivelser af hjælpen samt af den særlige pædagogiske tilgang. Dertil er det vigtigt, at borgeren oplever genkendelighed, herunder kendte ansigter samt rutiner i hjælpen.

Det er medarbejdernes oplevelse, at kommunen har et stort fokus på demens, hvor det også er naturligt at kontakte demenskoordinatoren for sparring. Overordnet arbejdes der med en personcentreret omsorg (Tom Kitwood), hvorfor det er vigtigt, at generelle oplysninger er beskrevet, så medarbejderne kan anvende beskrivelser fra livshistorien i relationsarbejdet. Afviser borgeren hjælpen, kan der anvendes metoder, som 'at gå' og 'vende tilbage'.

Tilsynets vurdering -1

Tilsynet vurderer, at der arbejdes med faglige tilgange til demens, så der sikres særdeles tilfredsstillende forhold. Det er tilsynets vurdering, at plejen og hjælpen til borgere med demens leveres med en høj faglig standard, som er tilpasset den enkelte borger, så der sikres særdeles tilfredsstillende forhold. Dertil er det tilsynets vurdering, at medarbejderne på reflekteret vis kan redegøre for relevante faglige overvejelser i arbejdet med borgere med demens.

3.2.8 Mad og måltider

Data:

OBSERVATIONER

På flere borgerbesøg observeres det, at medarbejderne har smurt snitter, som står i køleskabet. Det ses, at maden fremstår indbydende og appetitlig. Maden ses flere steder anrettet i kvarte og pyntet med grønt. Maden er placeret i køleskabet, så den står først for, når køleskabet åbnes. Hos flere borgere bemærkes det, at der er sat mindre mellemmåltider frem med chokolade, frugt eller en ostemad. Hos alle borgerne er der sat væske frem i sommervarmen, og flere borgere besøges, imens de spiser morgenmad, som ses veltillavet efter borgernes ønsker.

BORGERINTERVIEW

Borgerne fortæller, at hjælpen til at få anrettet morgenmad, frokost og aftensmad generelt fungerer godt. Borgerne oplever at blive medinddragede, at medarbejderne f.eks. spørger ind til deres ønsker til pålæg, og at medarbejderne altid er meget omhyggelige med, at maden ser appetitlig ud. Borgerne oplever ligeledes at have indflydelse på, om de vil have varm mad til frokost eller aftensmad. Flere borgere oplever, at dette kan aftales fra dag til dag, hvilket borgerne er glade for. En borger siger f.eks., at det er rart at kunne vælge kold mad til frokost på varme dage. Borgerne oplever generelt at tidspunktet for hjælpen til mad passer til deres dagsrytme.

Enkelte borgere nævner, at der ikke altid er tilstrækkelig med tid mellem de forskellige måltidsbesøg, og en borger fremhæver ikke at finde det appetitligt, at medarbejderne nogle gange anretter maden med lange ærmer og frakke på.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at borgerne inddrages i anretning og tilberedning af måltider. Borgerne spørges om, hvad de har lyst til, mængde, og om borgerne ønsker varm eller kold mad. Det fremhæves, at den varme mad tilberedes i mikroovn, og at maden, ligesom den kolde mad, anrettes og serveres på en tallerken, så den ser appetitlig og indbydende ud. Medarbejderne fortæller, at planlæggerne har fokus på, at hjælpen til måltider leveres med et tilstrækkeligt tidsinterval afstemt borgerne.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at der arbejdes med mad og måltider på et godt og tilfredsstillende niveau og i henhold til Helsingør Kommunes Sundhedspolitik "Lev godt og længe".

Tilsynet vurderer, at hjælpen til mad og måltider tilpasses borgernes behov, og at der er medbestemmelse og inddragelse i forhold til mad og måltider. Det vurderes dog, at enkelte borgere oplever, at kvaliteten af hjælpen indimellem påvirkes af for kort tidsinterval mellem måltiderne.

Medarbejderne kan med stor faglig indsigt redegøre for, hvorledes der arbejdes med mad og måltider.

3.2.9 Medicinhåndtering

Data:

Tilsynet gennemgår medicinhåndteringen hos 17 borgere, der har indsatser til medicindispensering og eller medicinadministration.

OBSERVATION

Tilsynet observerer en sygeplejerske foretage en medicindispensering. Der foretages dispensering på systematisk vis, jf. retningslinjer på området. Der eftertælles efter dispenseringen.

Sygeplejersken oplyser til tilsynet, ikke at kassere de piller, som borgeren ikke har taget fra den tidligere dispensering, da sygeplejersken kender pillerne, og derfor vil bruge dem til den aktuelle dispensering. Tilsynet reflekterer efterfølgende med sygeplejersken om, at denne arbejdsgang ikke efterlever retningslinjerne på området, da de 'genbrugte' piller ikke kan identificeres med batchnummer og holdbarhed.

BORGERINTERVIEW

De 17 borgere giver udtryk for generelt at være tilfredse med og trygge ved medarbejdernes håndtering af deres medicin. Borgerne fortæller, at de oplever, at tingene foregår i et samarbejde, og at sygeplejersken hjælper med at kontakte læge mv. Tre borgere udtaler enkelte bemærkninger, som påvirker den samlede oplevelse af kvaliteten. En borger oplever ikke altid at få sin medicin rettidigt, en anden borger fortæller, at medarbejderne administrerer inhalationsmedicinen forskelligt, og en tredje borgers ægtefælle fortæller, at medarbejderne nogle gange glemmer at fortælle, når medicinsk salve er opbrugt, og at der skal hentes en ny.

DOKUMENTATION

Alle 17 borgeres medicinlister ses opdaterede, jf. FMK, og ordinationer ses med dato for ordination, beskrevet med indikation og dosis. Pn medicin er angivet med antal enheder og max døgndosis. Det er tydeligt angivet, om medicinen er fast eller pn, samt om medicinen er dosisdispenseret. Medicinen er angivet med det korrekte handelsnavn, svarende til medicinen i beholdningen. Dog konstateres der følgende mangler:

- I et tilfælde er der ikke angivet det korrekte antal injektioner, svarende til dosis, jf. ordination. (Det er angivet, at borgeren skal have to injektioner à 15 mikrogram, men borgeren har injektioner i hjemmet à 30 mikrogram, og skal derfor have en injektion).
- Hos en borger er et præparat (inhalation) registreret til, at medarbejderne skal administrere medicinen, hvilket ikke er tilfældet, idet borgeren er selvadministrerende.

OPBEVARING

For alle 17 medicingennemgange ses det, at borgernes medicin, inklusiv ikke-dispensérbar medicin og ugemapper med doseret medicin, opbevares i kommunens medicinkasser i borgernes hjem. Medicin, som skal opbevares på køl, observeres opbevaret i køleskab. Der anvendes generelt farvede poser til adskillelse af aktuel og ikke anbrudt aktuel medicin samt adskillelse af seponeret og pn medicin. Dog observeres der følgende mangel til opbevaring:

- Hos tre borgere mangler der anbrudsdato på henholdsvis øjendråber og inhalation.

RISIKOSITUATIONSMEICIN

Flere borgere er i medicinsk behandling med et eller flere risikosituationslægemidler. I flere helbreds-tilstande ses der faglige beskrivelser af den medicinske behandling, aftaler/planer med behandlingsansvarlige læge, samt hvordan problemet kommer til udtryk. I enkelte døgnrytmeplaner og handlingsanvisninger er der gjort opmærksom på, at borgeren er i behandling med blodfortyndende medicin. Dog konstaterer tilsynet følgende udviklingsområder til håndtering af risikosituationslægemidler:

- Hos seks borgere ses der sparsom eller manglende beskrivelse i helbredstilstanden.
- Hos en borger mangler tærskelværdier til BS-måling.

DISPENSERING

Ved alle medicingennemgange konstateres overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne.

ADMINISTRATION

Der ses ved størstedelen af borgerne kvittering for administration af tabletter og ikke-dispensérbar medicin. Dog fremhæves følgende mangler:

- Hos fire borgere konstateres manglende konsekvent kvittering på administration af tabletter og ikke-dispensérbar medicin med op til otte dages udfald over en 14 dages periode.

MEDARBEJDERINTERVIEW

De interviewede medarbejdere fortæller, at borgernes medicin opbevares i kommunens medicinkasser for at sikre systematik og orden i opbevaringen. Dertil anvendes posesystem til adskillelse af aktuel og ikke aktuel medicin samt pn og seponeret medicin. Ligeledes kontrolleres det, om medicinen f.eks. skal opbevares i køleskab. Alle dispenseringer screenes efter kompleksitet, og de mest komplekse dispenseringer varetages af sygeplejersker. Ved dispensering opdateres FMK, ordinationer tjekkes, udløbsdatoer og handelsnavn tjekkes, og hver eneste æske eftertælles. Der sikres CPR-nummer og navn på æskerne, og ved manglende medicin bestilles denne, samt der skrives en seddel til borgeren om, hvilken medicin der skal hentes på apoteket. I tilfælde af, at der er medicin til overs i doseringsæsker, som borgeren ikke har indtaget, kasseres denne medicin. Der arbejdes ikke med efterdosering, og der doseres kun til de dage, der er medicin til.

Ved administration af medicin tælles tabletter, og hvis medarbejderen observerer uregelmæssigheder i doseringen, kontaktes en kollega med højere kompetenceniveau med det samme. Når medicinen er set indtaget, kvitteres der på Nexus mobil.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at medicinhåndteringen er på et godt og tilfredsstillende niveau og i henhold til Sundhedsloven og retningslinjer på området.

Tilsynet vurderer, at der i Enhed 2 generelt er en struktureret og systematisk praksis for medicinhåndteringen. Borgerne vurderes generelt at være tilfredse med kvaliteten af hjælpen, og medarbejderne kan på faglig og reflekteret vis redegøre for området. Dog er det tilsynets vurdering, at der er enkelte udviklingsområder vedrørende dokumentation, opbevaring, risikosituationslægemidler og administration.

3.2.10 Sygepleje

Data:

OBSERVATION

Flertallet af de besøgte borgere modtager hjælp til sygepleje, herunder sårpleje, kompressionsbehandling, stomi- og kateterpleje. Det observeres, at kompressionsstrømper og kompressionsforbindinger er påsat, og sidder korrekt. Ligeledes observeres det, at sårforbindinger og bandager er intakte og uden gennemsivning. Desuden ses blærekateterposer tomt for urin og diskret placeret under tøjet. Dertil ses det, at der er orden og struktur i sygeplejeartikler, og at alle artikler er inden for holdbarhedsperioden.

BORGERINTERVIEW

Borgerne er generelt tilfredse med den leverede sygepleje, og de oplever generelt, at hjælpen bliver leveret med en tilfredsstillende kvalitet. Borgerne er trygge ved medarbejdernes kompetencer, og de oplever overordnet, at der er et godt samarbejde omkring leveringen af ydelserne. Dog konstaterer tilsynet, at der er enkelte borgere, som er mindre tilfredse med dele af opgaveløsningen;

- En borger oplever, at der kan være modstridende holdninger til, hvorledes sårplejen skal udføres.
- En borger oplever, at det er ca. halvdelen af medarbejderne, der anvender hjælperedskab til at påtage kompressionsstrømper.
- To borgere oplever, at der kommer en del forskellige medarbejdere, hvilket påvirker den oplevede kvalitet. Den ene borger oplever, at der kommer forskellige medarbejdere til hver enkelt opgave på samme dag, herunder til medicindispensering, kateterpleje og sårpleje.

LEDELSESINTERVIEW

Ledelsen oplever med den nye organisering at være kommet tættere på de opgaveoverdragede sygeplejeydelser, samt at der opleves en tættere tværfaglig dialog i de enkelte teams.

Ledelsen fortæller, at der sikres rette kompetencer på opgaven ved at få lavet en god planlægning, så de medarbejdere, der sættes på opgaverne, har de nødvendige kompetencer. Der er arbejdet målrettet med social- og sundhedsassistentgruppen ift. at få flere medarbejdere oplært i specifikke sygeplejeopgaver, så kompetencer styrkes samtidig med, at antallet af medarbejdere minimeres hos borgeren.

Der arbejdes med kompetenceskemaer, som udfyldes af hver enkelt medarbejder. Kompetenceskemaerne anvendes som et ledelses- og planlægningsredskab, idet skemaerne tydeliggør, hvilke delegeringer der kan foretages til specifikke medarbejdere samt danner udgangspunkt for en målrettet undervisning og kompetenceudvikling af den enkelte. Dertil undervises alle sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i praksisnær sygepleje, som f.eks. sårpleje, kompressionsbehandling, medicinbåndtering, intramuskulære injektioner og sonde- og kateterpleje. Meget af undervisningen udbydes på tværs af enhederne i hjemmeplejen eller på tværs af alle enheder i kommunen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at de er gode til at drage nytte af hinandens kompetencer. Medarbejderne oplærer hinanden i forskellige specialiserede sygeplejekompetencer samt anvender kliniske procedurer fra Kilden og VAR portalen for at sikre en ensartet og høj kvalitet i opgaveløsningen. Dertil arbejdes der altid med tydelige og beskrivende handlingsanvisninger på alle sundhedslovsydelser.

Ved morgenmøder og teammøder drøftes kompetencer på sygeplejeopgaver. Det kan være, at nogle opgaver kan overdrages, og oplæring ved sygeplejerske aftales og igangsættes. Oplæring foregår teoretisk og praktisk.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at sygeplejen overordnet leveres på et godt og tilfredsstillende niveau og i henhold til Sundhedsloven og Helsingør Kommunes retningslinjer på området.

Dog er det tilsynets vurdering, at der er fire borgere, der oplever tilfælde af henholdsvis manglende kontinuitet og kvalitet i leveringen.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglige reflekteret vis kan redegøre for oplæring, delegering og levering af sygeplejeydelser.

3.3 Borgeroplevet kvalitet

3.3.1 Borgerrettigheder

Data:

BORGERINTERVIEW

Borgerne oplever at blive inddragede og at have medbestemmelse i forhold til hjælpen. Borgerne oplever, at der er sammenhæng mellem den hjælp, de har behov for, og den hjælp, de modtager. Flere af borgerne fortæller, hvordan tidspunktet for hjælpen kan tilpasses efter behov, så borgerne kan overholde andre aftaler, såsom ambulante kontroller, dagcenter eller træning. Borgerne oplever, at hjælpen leveres i et samarbejde, og at medarbejderne indhenter samtykke, inden der tages kontakt til andre samarbejdspartnere, såsom læge eller hospital. En borger fortæller f.eks., at hjemmesygeplejen ville ændre i kadencen for sårpleje, hvor borgeren bad sygeplejersken om at vende det med den behandlingsansvarlige afdeling, hvilket sygeplejersken var lydhør over for, og der blev i samarbejde med hospitalet lavet en god plan.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at der altid indhentes samtykke, inden en behandling igangsættes, og før der tages kontakt til borgerens læge. Samtykket dokumenteres. Medarbejderne fortæller, at det er vigtigt, at alle indsatser udføres i samarbejde med borgeren, så borgeren hele tiden sikres sin selvbestemmelseret. Medarbejderne er bevidste om, at det altid skal dokumenteres, hvis en borger frasiger sig hjælpen, samt at det kan være en svær balancegang, hvis en borger med kognitive udfordringer siger nej til hjælpen. Her vil medarbejderne ofte søge tværfaglig sparring.

Tilsynets vurdering - 1

Tilsynet vurderer, at borgernes rettigheder overholdes, og at der er selvbestemmelse på et særdeles tilfredsstillende niveau. Det er tilsynets vurdering, at borgerne oplever sig inddragede i hverdagen, samt at medarbejderne er bekendte med reglerne om samtykke, og at de kan redegøre relevant for området.

3.3.2 Hverdag for borgerne

Data:

OBSERVATIONER

Der observeres en venlig, imødekommende, respektfuld og anerkendende kommunikation mellem medarbejdere og borgere i alle hjem, hvor tilsynet har været til stede under levering af indsatser.

BORGERINTERVIEW

Borgerne oplever, at medarbejderne er flinke, og at de kommunikerer på en ordentlig måde. Borgerne beskriver, at medarbejderne udviser en imødekommende adfærd, og at de altid træder ind i boligen på aftalt vis, hilser og fortæller, hvad besøget omhandler. Flere borgere giver udtryk for, at hjælpen er forbedret betydeligt inden for det seneste halve år. Ligeledes fortæller flere borgere, at telefoni-derne til hjemmeplejen er blevet udvidet, og det nu er meget lettere at komme direkte igennem til den enhed, som borgerne tilhører.

To borgere giver udtryk for at opleve situationer i samarbejdet med hjemmeplejen, som påvirker borgernes hverdag. En borger fortæller, at planlægningen kunne forbedres, idet der flere gange er leveret besøg på et tidspunkt, hvor borgeren skal til behandling på hospitalet, og borgeren derfor - til borgere-rens ærgrelse - må afvise hjælpen. Borgeren fortæller at have givet besked til kontoret om tidspunk-terne for hospitalsbesøg ad flere omgange. Tilsynet bemærker, at behandlingstidspunkterne er skrevet ind i journalen flere steder, men at det ikke i alle tilfælde er de korrekte tidspunkter, der er skrevet ind. En anden borger fortæller at savne mere information om planlægning af besøg samt om igang-satte undersøgelser. F.eks. havde sygeplejen iværksat en undersøgelse, hvor en prøve var afleveret hos egen læge, men det var ikke borgerens oplevelse, at der blev givet besked om resultatet af undersø-gelsen. Ligeledes oplever borgeren ikke at vide, hvornår der er besøg til de forskellige indsatser, og borgeren oplever overordnet at mangle information fra hjemmeplejen. Det bemærkes, at borgeren fremstår med nedsat kognitiv funktion.

MEDARBEJDERNEINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at kommunikationen tilrettes individuelt. Nogle borgere foretrækker en hu-moristisk tilgang, hvor der pjattes og jokes undervejs i hjælpen, og andre borgere foretrækker så lidt snak som muligt. Ved kognitivt svækkede borgere lægges der vægt på at vise et åbent og roligt krop-sprog samt tale i korte sætninger. Det fremhæves, at relationen allerede starter ved den måde, med-arbejderen kommer ind ad døren på.

Medarbejderne fortæller, at der tages hensyn til borgerens andre aftaler og planer for dagen, så borge-rens andre hverdagsaktiviteter så vidt muligt kan forløbe efter borgerens ønsker og behov.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at borgerne oplever en respektfuld og anerkendende kommunikation på et godt og tilfredsstillende niveau. Dertil, at medarbejderne generelt udviser respekt for borgernes privatliv, og at medarbejderne er opmærksomme på borgernes individuelle ønsker og behov. Det er dog tilsynets vurdering, at enkelte borgere oplever situationer omkring planlægning og information, som er mindre tilfredsstillende.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på reflektiv vis kan redegøre for, hvorledes de tilpasser kommuni-kationen til den enkelte borger, samt hvorledes der udvises respekt for borgerens privatliv.

3.3.3 Pårørende

Data:

PÅRØRENDEINTERVIEW

Tilsynet har været i dialog med fem pårørende, primært ægtefæller og enkelte døtre. De pårørende beskriver generelt et godt samarbejde med hjemmeplejen i forhold til de faste medarbejdere, der kommer i borgernes hjem. Dertil oplever de pårørende sig relevant inddragede i hjælpen, hvor flere

pårørende oplever at hjælpen tilpasses deres næres behov, og at medarbejderne er meget fleksible og lydhøre. Flere pårørende roser de faste medarbejdere i både dagvagt og aftenvagt, og pårørende fortæller, at medarbejderne gør en stor indsats for hele tiden at styrke samarbejdet.

Dog oplever en pårørende, at samarbejdet varierer. Denne pårørende har flere oplevelser af at have givet besked til kontoret om ændring i besøgstid, herunder aflysning af besøg, hvor beskeden ikke er modtaget af medarbejderne, så medarbejderne alligevel aflægger besøg. Pårørende oplever generelt, at informationer går tabt mellem medarbejderne, og at medarbejderne ikke altid orienterer den pårørende relevant.

LEDELSESINTERVIEW

Ledelsen fortæller, at der er fokus på, at både ledelsen og medarbejderne har et tæt samarbejde med de pårørende. Enhedslederne tager gerne på borgerbesøg, og de holder møde med pårørende efter behov. Det er ledelsens oplevelse, at hjemmeplejen har et godt samarbejde med de pårørende, hvor der er fokus på lydhørhed og dialog. Dertil fortæller ledelsen, at der er inviteret til pårørendemøde i hjemmeplejen i nærmeste fremtid, hvor der vil blive inviteret til dialog, og hvor der kan forventningsafstemmes.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at pårørende inddrages, når det vurderes relevant, og hvis borgeren ønsker det.

Ved borgere med nedsat kognitivt funktionsniveau er der ofte et tættere samarbejde med de pårørende, idet de pårørende har værdifuld viden om den bedste tilgang til borgeren.

Nogle borgere vil gerne have, at medarbejderne giver besked til de pårørende om forskellige tiltag, f.eks. medicin, der skal afhentes, eller andre remedier, der skal indkøbes til hjemmet. Dertil kontaktes pårørende ved forværring i helbredstilstand.

Medarbejderne fortæller, at kommunen har flere forskellige tilbud til pårørende, hvor de kan få råd og vejledning til f.eks. at være pårørende til et menneske med demens.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at pårørendesamarbejdet er på et godt og tilfredsstillende niveau. Tilsynet vurderer, at de pårørende medinddrages aktivt til at afklare et godt samarbejde.

Det er tilsynets vurdering, at de interviewede pårørende generelt oplever, at der er et godt samarbejde med hjemmeplejen, og de oplever at blive relevant inddragede. Dog vurderes det, at en pårørende har oplevelser af manglende koordinering og inddragelse i samarbejdet.

Dertil er det tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig reflekteret vis kan redegøre for, hvorledes pårørende inddrages, afstemt den enkelte borgers og pårørendes behov.

4. Tilsynets formål og metode

4.1 Formål

Overordnet kan formålet med BDO's tilsynskoncepter udtrykkes i følgende punkter. Tilsynet skal have fokus på:

- Om borgerne får den hjælp de har ret til efter loven og de beslutninger, der er truffet af byrådet samt kommunens kvalitetsstandarder og øvrige kommunale beslutninger
- Om hjælpen tilrettelægges og udføres fagligt og økonomisk forsvarligt.
- Om der er en god sammenhæng og kvalitet i indsatserne.
- Om der er en ligeværdig kommunikation og omgangstone mellem borgere og medarbejdere.
- Om indsatserne er forebyggende, så der gribes ind, inden mindre problemer udvikler sig til alvorlige problemer.
- At bidrage til en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne gennem en anerkendende og konstruktiv tilgang til medarbejdere og ledelse.
- At indsamle og dele viden med henblik på løsning af fælles udfordringer på tværs af de kommunale plejecentre, hjemmeplejegrupper og handicap- og psykiatritilbud

Uanset hvilket område der føres tilsyn med, har BDO fokus på den rehabiliterende tankegang, ligesom anbefalinger til fremadrettet udvikling tager sit naturlige udgangspunkt i, at rehabilitering er den overordnede faglige tilgang i Center for Sundhed og Omsorg.

4.2 Metode

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets resurser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes og pårørendes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observation og gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten af de ydelser, som borgerne modtager i hjemmeplejen

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

5. Vurderingsskala

Efter ønske fra Helsingør Kommune arbejder BDO ud fra nedenstående vurderingsskala ved tilsynene:

Samlet vurdering
1 - Særdeles tilfredsstillende Ingen anledning til bemærkninger
2 - Godt og tilfredsstillende Mindre fejl og mangler
3 - Nogenlunde tilfredsstillende Fejl og mangler som har betydning for borgerens helbred og autonomi
4 - Utilfredsstillende Alvorlige fejl og mangler som har betydning for borgerens helbred og autonomi
5 - Meget utilfredsstillende Alvorlige fejl og mangler som har væsentlig betydning for borgerens helbred og autonomi

5.1 Tilsynets tilrettelæggelse

Tilsynsforløbet besluttet og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende, med en sundhedsfaglig baggrund.

Om BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejehjem, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 150 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som f.eks. økonomi, ledelse, evaluering m.m.