

Tilsynsrapport

Altiden

**Center for Sundhed &
Pleje
2021**

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

Leverandørens navn og adresse

Altiden Hjemmepleje Greve
Frydens høj Allé 100
2670 Greve

Leder

Lene Nielsen

Dato og tidspunkt for tilsynet

26. maj 2021

Tilsynstype

Uanmeldt ordinært tilsyn

Datagrundlagt og metodik

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov,

Data er indsamlet via:

- Dokumentation via omsorgssystemet Nexus, procedurer, arbejdsgange, handleplaner for kvalitetsforbedringer samt kompetenceskemaer samt eventuelle handleplaner. Der er foretaget journalaudit på 55 journaler. Disse er gennemgået i forhold til FS3 –metoden samt procedure og arbejdsgange i Greve kommune
- Interview: 2 borgere, som har givet tilsagn om at blive interviewet samt 2 medarbejdere (erhvervsassistent og SSA) samt daglig leder, 3 planlæggere og én udviklingspsygeplejerske.
- Observation: Hjemmeplejens kontorfaciliteter, morgenmøde i hjemmeplejen og interaktion mellem medarbejdere samt borger og medarbejder, borgers hjem, borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem og arbejdsgange i hjemmet.

På tilsynsdagen er 551 borgere tilknyttet Altiden hjemmepleje Greve.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag.

Tilsynspersoner

Janne, Troels og Miriam

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Altiden Hjemmepleje Greve:

Godkendt med mangler

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 hos Altiden 2021 bærer tydeligt præg af, at der siden sidste tilsyn er arbejdet målrettet på at levere hjemmepleje af høj kvalitet i 2021.

Resultatet er ligesom i 2020 Godkendt med mangler.

Det er nødvendigt at dykke ned i de enkelte tilsynstemaer, for at se den positive udvikling, der er foregået.

Ved tilsyn 2021 bliver der observeret en positiv og rolig atmosfære hos Altiden. Der er rent og ordentligt, når man træder ind i kontorfaciliteterne.

Medarbejderne virker glade, der er god stemning. Medarbejderne argumenterer og reflekterer med stor faglighed på triage-mødet for forhold hos borgerne, hvor der brug for tiltag for, at plejen og de overdragede sundhedslovs-indsatser skal lykkes på en god måde.

Borgerne er tilfredse med Altidens medarbejdere, tilrettelæggelsen af hjælpen og inddragelsen.

Tilsynspersonerne observerer, at medarbejdere er reflekterende i deres tilgang til borgerne, som de besøger. Medarbejderne tilrettelægger dagens pleje ud fra situationen hos borgeren, så der bliver taget højde for borgerens særlige behov samt den situation borgerens befinder sig i på tidspunktet for levering af hjælpen.

Medarbejderne giver udtryk for stor tilfredshed ved at arbejde hos Altiden og oplever, at de bliver tilpas udfordret i deres daglige arbejde.

Ledelsen har siden sidste tilsyn i 2020 haft tæt kontakt med ledelsen i Center for Sundhed og Pleje i forhold til drøftelse af handleplaner med målsætning om mærkbar kvalitetsforbedring. Det er tydeligt, at der hos Altiden er blevet og fortsat bliver arbejdet indgående med handleplanerne. Ved det netop gennemførte tilsyn vidner resultatet om, at de målrettede og strukturerede tiltag har båret frugt, idet der er sket et væsentlig kvalitetsløft på alle stort set alle områder.

Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger

Herunder er anfører tilsynsførende deres anbefalinger til områder, der den kommende tid kan blive iværksat eller blive sat yderligere fokus på.

Det blev observeret at ikke alle medarbejdere kunne svare klart på hvem de er kontaktperson hos eller hvilket ansvar og dermed hvilke opgaver, der præcis lå i at være kontaktperson. Det anbefales at det bliver tydeligt for alle borgere og medarbejdere hvem der er kontaktperson hos borgeren samt at alle medarbejdere er klar over, hvilket ansvar en kontaktperson har hos borgeren og i forhold til dokumentationen.

Der bliver observeret, at en borger normalt får hjælp til en opgave både hun og medarbejderen er klar over, at borgeren selv kan. Det anbefales, at der fortsat er fokus på, at indsætterne hos borgeren svarer til den funktionsnedsættelse som borgeren har, dvs. at hjælpen svarer til det borgeren ikke selv kan.

Det bliver fra en medarbejder italesat, at en borger igen kan klare sig selv, men i stedet for at informerer myndighed om at indsætterne skal lukkes beslutter medarbejderen sammen med borgeren, at bruge indsætterne til noget andet. Det anbefales at medarbejderen har kendskab til BUM-modellen samt det tillidsforhold der er mellem kommune og leverandør i forhold til tilbagemelding og agere samvittighedsfulde i forhold til de aftaler, der ligger heri.

Det observeres både ved interview og ved journalgennemgange, at der mangler kendskab til arbejdsgangen "Dokumentation i driften". Dokumentation i driften skal være kendt af alle medarbejdere. I samarbejdet med andre parter er det vigtigt, at vi kan finde relevant dokumentation. Der ses for mange områder, hvor arbejdsgangene for dokumentation ikke er kendt og ikke bliver udført.

Såfremt der er arbejdsgange i dokumentation i driften, som ønskes anderledes, er det superbrugers ansvar, at meddele det til systemadministratorerne, så det kan blive drøftet på et superbrugermøde.

I det sidste halvandet år har borgernes liv båret præg af at vi har været igennem en pandemi. Aktiviteter og nærmiljøet har i vid udstrækning været lukket ned. Aktiviteter og nærmiljø er ved at åbne op igen. Det anbefales at der den kommende tid, bliver sat fokus på, at afklare borgerens ønsker og behov og dernæst hjælpe borgerne i gang igen; med deltagelse i det sociale liv, deltagelse i aktiviteter i nærområdet osv. Det kan være svært for borgergruppen selv at tage initiativ og finde motivationen frem igen efter så lang en nedlukning.

I tilsynets temaer bliver der lagt vægt på, at enheden arbejder systematisk med relevante målgrupper dvs. den type målgrupper som man udfører pleje hos i enheden. I flere tilfælde virker det som om, der mangler struktur på tilgangen til borgeren. Det efterlader et indtryk af, at det i en for stor grad bliver den enkelte medarbejders personlige og faglige kompetencer, som bliver afgørende for hvilke tiltag der bliver foretaget omkring borgeren. Det vil sige, at der er borgere, som ikke modtager samme tilbud/tilgang til hjælpen som andre.

Der er generelt godt styr på en struktureret tilgang til de fleste borgere, hvor der sker ændringer i helbredet. Der er diverse faglige metoder, der bliver sat relevant i spil.

Hos en rehab-borger mangler der relevante tiltag på flere parametre i processen; dokumentation, levering af relevante indsætter, plan for socialt liv og deltagelse i nærmiljøet.

Hos nogle borgere med demens mangler der en klar struktur for, hvad der bør beskrives i dokumentationen, hvordan borgeren skal inddrages i dagligdagen, hvilke tiltag, der kan være relevante at gennemgå hos og med borgeren for at opnå så trygt et miljø for borgeren som muligt.

Dette mangler ligeledes for nogle borgere i risiko for undervægt (f.eks. hvor ofte skal borgeren vejes), borgere med tryksår (f.eks. hvor ofte og hvornår foretages Braden-score), borger der falder (hvilke tiltag skal der foretages for den enkelte borger, hvis borgeren falder og hvilke forebyggende tiltag er der reflekteret over og afprøvet). Hvis der ikke dokumenteres en plan og tiltag samt opfølgning, fremstår det som om, der mangler en rød tråd og det kan virke som om nogle dele bliver overset eller at det er op til den enkelte medarbejder i alle tilfælde at beslutte tiltag, uden at have en rette snor for den enkelte borger.

Det fremgår på tilsynsdagen at både medarbejdere og ledelse mangler kendskab til vedligeholdende træning. Det anbefales, at der iværksættes tiltag, så der opnås kendskab til serviceniveauet for indsatser under vedligeholdende træning. Det handler både om medarbejderne og ledelsens kendskab til indsatserne, udførsel hos borgerne samt dokumentation på indsatserne. Derudover handler det også om samarbejdet med andre aktører (træningsenheden og myndighed) i kommunen omkring indsatsen hos borgerne.

Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

Tabellen herunder viser en oversigt over opfyldelsen af de enkelte området i tilsynet

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

Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsynstemaer:

Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Borgerne udtrykker tilfredshed og glæde med den hjælp de får.

Borgerne oplever, at der hovedsageligt er de samme medarbejdere, der kommer hos dem. Der er god kontakt til medarbejderen og medarbejderen kender dem. Borgeren oplever god mulighed for selvbestemmelse i det daglige samarbejde med medarbejderne.

Der har gennem det sidste år været fokus på organisering og dokumentation hos Altiden for at sikre, at borgerne oplever, at det er de samme medarbejdere der kommer og at medarbejderne gennem dokumentationen kan opnå kendskab til borgeren og opgaven hos borgeren.

Hos Altiden er der god forståelse for at tilrettelægge hjælpen ud fra borgerens ønsker og behov.

Der har været fokus på UTH og læring ud fra disse samt forbedring af den daglige organisering og tilrettelæggelse af hjælpen hos borgerne.

Pleje af borgere ved livets afslutning

Borgerne er trygge ved de medarbejdere, der kommer hos dem og har tillid til at tale med dem om ønsker til livets afslutning.

Både hos medarbejdere og ledelse er der lidt uklarhed om, hvor borgernes ønsker til livets afslutning skal dokumenteres. Det anbefales at dette undersøges nærmere i arbejdsgangen "dokumentation i driften", da det er beskrevet under afsnittet Generelle oplysninger.

For at sikre de rette kompetencer hos borgere i den sidste tid, tilknytter Altiden altid en SSA til forløbet. SSA deltager også i de daglige opgaver. Der er altid tæt kontakt til hjemmesygeplejerskerne i sådan en situation. Det vurderes, at der er godt samarbejde mellem Altiden og hjemmesygeplejen.

Trivsel og relationer

Borgerne oplever, at relationen til Altiden er tilfredsstillende.

Borgerne oplyser, at det er nemt at komme i kontakt med Altiden telefonisk og der er tilfredshed med inddragelse af pårørende i samarbejdet. Det observeres, at det for nogen borgere kan være svært at komme i gang igen efter nedlukningen af aktiviteter og nærmiljø efter pandemien i 2020 og dele af 2021.

Medarbejderne oplever stor tilfredshed med at have faste borgere/være kontaktperson, idet kendskabet til den enkelte borger styrker den nære relation, samarbejdet med borgeren og muligheden for at reagere, når borgerens helbred ændrer sig.

Det er lidt svingende og medarbejder-bestemt, hvilken indsats der bliver lagt i at få borgeren i gang med aktiviteter i nærområdet eller i gang igen efter nedlukningen af aktiviteter og nærmiljø i forbindelse med pandemien i 2020 og dele af 2021.

Der bliver hos medarbejdere og ledelse efterspurgt en oversigt/et katalog over aktiviteter i nærområdet. Der drøftes muligheder for at opnå viden om aktiviteter i nær-området.

Dokumentation: der er behov for at der bliver kigget på brug af samtykkeerklæringer, aftaleskema samt skemaet borgers retstilling. Der henvises til arbejdsgangen "Dokumentation i driften".

Målgrupper og metoder

Borgerne oplever, at medarbejderne tilrettelægger hjælpen, så den passer til borgerens særlige behov og tager højde for den livssituation, borgeren befinder sig i.

Altiden planlægger hjælpen, så de medarbejdere, som har kompetencer og interesse i at arbejde med særlige målgrupper, udfører hjælpen hos den målgruppe.

Altiden har fokus på at nogle målgrupper i høj grad har særlige behov og dette bliver der også taget højde for i tilgangen til borgeren. Altiden arbejder bl.a. ud fra metoden ABC-demens.

Det anbefales, at der fortsat bliver arbejdet målrettet på, at medarbejderne opnår kendskab til den strukturerede tilgang til forskellige målgrupper f.eks. gennem ABC-demens, brug af diverse planer/handlingsanvisninger og relevante skemaer og efterfølgende tiltag.

I dokumentationen arbejder Altiden med, at den særlige tilgang, der er brug for på gode og dårlige dage bliver tydelig, således at medarbejderne som kommer i borgerens hjem er trygge ved tilgangen til borgeren, så plejen i høj grad lykkes på den bedst mulige måde.

Det anbefales, at der fortsat arbejdes med hvornår og hvordan afvigelser hos borgeren dokumenteres og ikke blot italesættes, samt at der arbejdes på at dokumentere tiltag og opfølgning på afvigelser.

Der ses eksempler på dokumentation, hvor der ikke i dokumentationen er fulgt op på

dokumenterede problematikker, der i særlig grad vedrører borgeren med kognitive problemer og misbrug.

Forebyggelse af magtanvendelse

Det fremgår af gennemgang af borgerjournalerne, samt interview med borgerne, medarbejderne samt ledelse, at det er yderst sjældent, at der er behov for at benytte magt overfor borgerne.

Medarbejderne oplyser, hvilke tiltag de vil iværksætte og hvilken tilgang de vil forsøge, hvis en borger har svært ved at modtage den nødvendige hjælp. Der er stort fokus på tilgangen til borgeren samt både faglige og menneskelige kompetencer hos medarbejderne.

Medarbejderne oplyser, at de altid vil foretage sparring med kollegaer, planlægger og andre relevante samarbejdspartnere i situationer, de oplever som svære.

Ledelsen har udarbejdet undervisningsmateriale til medarbejderne, så de er klædt godt på til at håndtere situationer, hvor borgerne har svært ved at modtage hjælp. Pga. pandemien i 2020 og 2021 har der været udfordringer med at holde den fastlagte plan for undervisningen.

Ledelsen oplyser, at der er gjort og bliver gjort brug af VISO-forløb i relevante borgerforløb, hvor der også kan være udfordringer med plejen. Udfordringerne gør, at der kan opstå situationer, hvor der kan blive tale om magtanvendelse. VISO-forløb benyttes bl.a. som forebyggelse af situationer, hvor magtanvendelse ellers ville kunne komme på tale.

Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand

Borgerne oplever, at medarbejderne har fokus på ændringer i deres tilstand. Borgerne føler sig ligeledes trygge ved at oplyse medarbejderne om, at de har det dårligt eller lignende.

I Altiden arbejder de med Triage-møder, TOBS og tidlig opsporing. Altiden inddrager hjemmesygeplejen og akutteam ved behov.

Ledelsen peger også på, at de arbejder med ændringsskemaet og ernæringscreening. Det fremkommer dog på tilsynet, at ikke alle medarbejdere kender til disse skemaer. Der arbejdes med Braden-scoring, men heller ikke alle relevante medarbejdere kender til dette.

I det daglige arbejde bliver det gjort brug af HUSK, men metoden-tilgangen giver ikke rigtig mening hos Altiden. Dette vil Altiden vil drøfte med nøglemedarbejder i kommunalt regi.

I dokumentationen er det gennemgående, at observationer dokumenteres ved ændringer hos borgeren, men det er meget svingende om tiltag/opfølgninger på ændringen er dokumenteret.

Det kan f.eks. være ved dokumenterede faldregistreringer, der mangler dokumentation af hvilke tiltag, der er gjort for et forebygge fald. Det bliver f.eks. dokumenteret, at en borger er trist, men der er ingen yderligere dokumentation af tiltag eller opfølgning. I en

borgerjournal er det dokumenteret, at borgeren har faldende fysisk funktionsevne, men der er ikke dokumenteret refleksioner eller tiltag i retning af genoptræning eller rehabilitering. I en anden journal er det dokumenteret at en borger har ytret ønske om at søge en anden type bolig. Her er der ikke dokumenteret, at han er henvist til myndighed for videre tiltag.

Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Borgerne oplever, at medarbejderne har fokus på at forebygge funktionsevnetab og forringet helbred hos dem. Hos en borger oplyses det dog, at hun ikke tidligere er blevet bedt om at smøre sin egen mad, selvom hun godt kan og også oplever, at hun får hjælp til sin morgenmad for sent.

Medarbejderne der kommer fast hos borgerne/er kontaktperson oplever det som tilfredsstillende, da de får kontinuitet i deres arbejde og mulighed for at følge borgeren og kunne reagere tidligt, hvis funktionsniveauet ændrer sig.

I dokumentationen fremgår det delvis, at der er fokus på forebyggelse på borgernes forringelse af helbredet. Der er i højere grad end nu brug for, at den røde tråd i borgerens dokumentation sikres, så det er tydeligt, hvad problematikken er, hvad der er gjort af tiltag og i hvilken grad der ses resultater af tiltagene.

Tilsynsførende anbefaler, at der er fokus på hvilke målinger, der er relevante at foretage hos borgerne, hvor ofte samt at få visiteret relevante indsatser til dette. Her tænkes bl.a. på vejning af borgere i risiko for undervægt.

Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold

Altiden tilstræber at arbejde med helhedspleje.

Altiden har ansat flere SSA'er, som deltager i de mere komplekse forløb. Lederen af Altiden er løbende opmærksom på, at opgaver og kompetencer følges ad. Lederen har et tæt samarbejde med planlæggere og tjekker antal medarbejdere og tyngde af kørelister ugentlig. Der månedlig kontrol af om der er balance i opgaver og antal medarbejdere.

Når der starter nye medarbejdere er der fast intro-program med mentor, som dog kan variere i forhold til hvor lang og intensiv oplæring den enkelte har behov for. Der benyttes sidemandsoplæring for at optimere lærings-niveauet.

Tilsynsførende oplever, at der kan være huller i oplæringen af nye medarbejdere, da der hos rehab-borger hverken var relevant opdatering af indsatsmål eller døgnrytmeplan. Døgnrytmeplanen var ikke opdateret siden borgeren kom fra Hedebo over en måned tidligere.

Tilsynsførende fik ikke indtryk af et introprogram, som blev tæt fulgt af en mentor bl.a. omkring dokumentationen var planen for dette uklart.

Generelt er det åbenlyst at der er stor tillid blandt medarbejdere til at sige til og fra i forhold til opgaver. Der er stor åbenhed i forhold til at oplære hinanden bedside.

Medarbejderne føler sig som en del af et team, hvor de hjælper hinanden. Denne tillid og åbenhed omfatter også kontakten til og inddragelse af ledelsen.

Procedurer og dokumentation

Altiden har gennem det sidste år arbejdet indgående med dokumentationen i EOJ. Altiden udfører ugentlige audits på dokumentationen.

Tilsynsførende anbefaler, at arbejdsgangen "Dokumentation i Driften" bliver gennemgået og at audits bliver udført i relation til den.

Det fremgår ved interview, at aftaler fra superbrugermøderne samt det månedlige nyhedsbrev/referat fra møderne ikke bliver udbredt og implementeret i tilstrækkelig grad.

Ved journalaudits observeres det, at der kun i meget få journaler er dokumenteret relevante oplysninger i skemaet generelle oplysninger. Der observeres ligeledes i forbindelse med tilsynet, at der ikke føres en rød tråd fra myndighedens dokumentation over til Altidens dokumentation f.eks. benyttes det retningsgivende formål og mål med de visiterede indsatser ikke til at dokumentere indsatsmål/delmål for indsatserne hos borgerne. Medarbejderne kender ikke til myndighedens dokumentation og vidste ikke hvor de kunne tilgå disse oplysninger.

Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering

Altiden har fokus på hverdagsrehabilitering ved, at medarbejderne arbejder med en rehabiliterende tilgang til borgerne og den hjælp der bliver leveret. Derudover indgår borgere i rehab-forløb i den strukturerede rehab-proces, som foregår tværfagligt.

Der er en rehab-koordinator, som har ansvar for samtlige rehab-forløb hos Altiden. Altiden deltager i tværfaglige rehab-møder hver 14. dag, hvor Altidens rehab-borgere gennemgås. Tilrettelæggelse af rehab-hjælpen/døgnrytmeplanerne bliver dokumenteret i samråd med borgeren, for at opnå størst mulig selvbestemmelse og medinddragelse. Det vurderes dog af tilsynsførende, at der ikke er en struktureret tilgang til dette, da borgerne kan lande mellem to stole, så opdaterede handlingsanvisninger/døgnrytmeplaner ikke foreligger.

Tilsynsførende observerer, at der kan være en mere struktureret tilgang til afprøvning af hjælpemidler, herunder småhjælpemidler, som i højere grad kan gøre borgeren selvhjulpnen. Der efterspørges en inspirationsliste med hvilke hjælpemidler, der kan afprøves. Dette tages til efterretning i kommunalt regi.

Det fremgår ved tilsynet, at de nye retningslinjer for at oprette og arbejde med indsatsmål ikke er udbredt eller under implementering. I gennemgangen af dokumentationen er det tydeligt, at der ikke bliver arbejdet med at sætte tid på indsatsmål i forhold til at nå de retningsgivende mål for rehab-forløbet, der oftest er berammet til max 12. uger.

Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Det fremgår af interview med både medarbejdere og ledelse, at der er behov en struktureret tilgang til borgere, der er visiteret til vedligeholdende træning. Der er i øjeblikket ikke tilstrækkelig kendskab til indsatsen.

Det fremgik af tilsynet, at der hos en borger, som ikke længere havde brug for hjælp, blev aftalt med borgeren, at tiden i stedet blev brugt til vedligeholdende træning, udmyndet som en gåtur. Det var borgeren glad for, men afgørelsen blev truffet uden om myndighed og borgerens indsatser var dermed ikke opdateret. Der blev ikke arbejdet struktureret med indsatsen og kvalitetstandarden blev ikke fulgt.

Tilsynsførende anbefaler, at kvalitetsstandarden for vedligeholdende træning gennemgås, samt at leveringen af indsatsen bliver mere målrettet. Indsatsen er som udgangspunkt berammet til en begrænset tidsperiode, og derfor vil det være hensigtsmæssigt at der bliver arbejdet med indsatsmål, som er SMARTER.

Overdraget sygepleje

Der ses generelt god systematik omkring de overdragede sundhedslovsindsatser.

Tilsynsførende anbefaler, at der fortsat bliver arbejdet med, at der er kendskab til, hvad der er sundhedslovsindsatser, som skal visiteres og dokumenteres efter arbejdsgangene. F.eks. ses det at vejning i nogle tilfælde foregår uden visitering og dokumentation på tiltag og opfølgning.

Det ses også, at der ikke altid tages kontakt til samarbejdspartner, som beskrevet i handlingsanvisningen, hvis handlingsanvisningen ikke kan følges.

Overdragelse af sundhedslovsindsatser beror i høj grad på kompetenceskemaer. Altiden oplyser, at de ikke er kommet i mål med udfyldelse af kompetenceskemaer på medarbejderne.

Tilsynsførende anbefaler, at dette område prioriteres højt for at sikre oversigt over hvilke kompetencer den enkelte medarbejder har erhvervet sig samt at overdragede indsatser løses med høj faglig kvalitet, hvor oplæring til opgaven har fundet sted.

Tilsynsførende anbefaler ligeledes, at procedurer for, hvad der skal dokumenteres i handlingsanvisningen ved overdragelse, gennemlæses, så der ikke er tvivl om, hvad den skal indeholde før man opstarter en overdraget indsats. Her henvises til proceduren, 1.4.2

Overdragelse af sygeplejeopgaver.

I journalgennemgangen er der handlingsanvisninger, som er uaktuelle for borgerens nuværende situation, men ikke lukkede. Derudover ses der i nogle få tilfælde, at der ligger flere handlingsanvisninger på samme indsats.

Vurderingsprincipper

De 6 overordnede måleområder 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.

Kommentarer fra tilsynsstedet

Kommentarer fra tilsynsstedet efter høring.