



Tilsynsrapport Ishøj Kommune

Center for Voksne og Velfærd
Den kommunale hjemmepleje

Uanmeldt tilsyn 2022

Forord

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

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om den konkrete hjemmeplejeenhed.

Anden del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og de individuelle undersøgelser. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk.

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: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig



Margit Kure
Senior Manager
Mobil: 2429 5072
Mail: mku@bdo.dk
Projektansvarlig

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



1. SAMLET TILSYNSRESULTAT

BDO har på vegne af Ishøj Kommune foretaget et uanmeldt tilsyn hos den kommunale leverandør af hjemmepleje. BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem interviews, observationer og skriftligt materiale.

Det er tilsynets overordnede vurdering, at leverandøren er en velfungerende enhed, som har engagerede medarbejdere og ledelse, som medvirker til trivsel for borgerne.

Vurderingen er, at leverandøren overordnet lever op til Ishøj Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau, dog vurderes det, at der er flere mangler i journalføringen.

Pleje, omsorg og praktisk støtte og den sundhedsfremmende og forebyggende indsats leveres generelt med en god faglig kvalitet, men det vurderes i et konkret tilfælde, at hjælpen til personlig pleje ikke leveres, svarende til god faglig praksis. Ligeledes vurderes det, at der mangler opfølgning på flere borgers ernæringsindsats og fald.

Tilsynet vurderer, at medicinbehandlingen i middel grad lever op til gældende instruks på området, og at der er fundet flere mangler vedrørende opbevaring af medicin.

Det er tilsynets vurdering, at der generelt er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at hjælpen ydes fleksibelt og tilrettelægges på borgernes præmisser, og borgerne er generelt tilfredse med hjælpen. Dog er der borgere, som oplever mange forskellige medarbejdere i hjemmet, og en borgers indgåede aftaler overholdes ikke altid, når hjælpen leveres af vikarer.

Medarbejderne kan på relevant vis reflektere over, hvordan de arbejder med kerneopgaven, herunder med sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende indsatser.

Det vurderes, at der i hjemmeplejeenheden er en imødekommende kultur, hvor medarbejderne har en feedback-kultur i forhold til uhensigtsmæssig kommunikation.

Ledelsen redegør for, at der er fulgt op på anbefalinger på sidste års tilsyn, hvilket blandt andet har ændret praksis i forhold til medicinbehandling. Derudover redegør leder for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx læringskultur og faglig refleksion.

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.

1.1 TILSYNETS BEMÆRKNINGER OG ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger i forhold til hjemmeplejens fremadrettede udvikling:

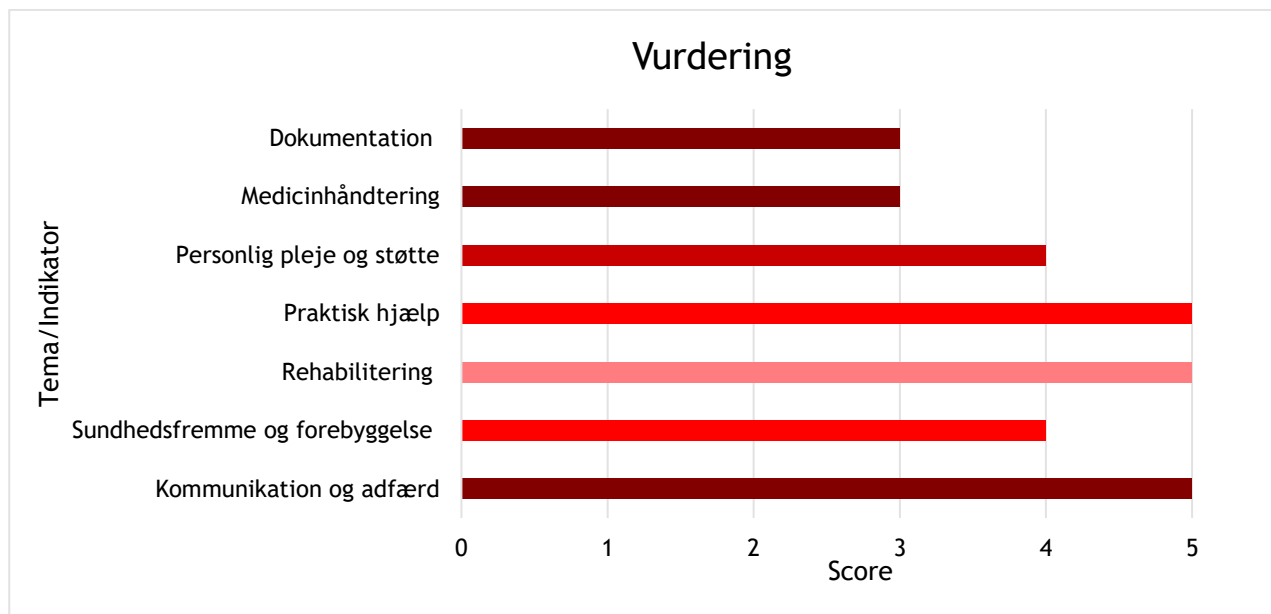
Bemærkninger	Anbefalinger
<p><u>Dokumentation</u></p> <p>Tilsynet bemærker, at der er flere mangler i journalføringen i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At der på to borgere mangler helbredsoplysninger, og at de hos en borger kun er delvist udfyldt. • At de generelle oplysninger på tre borgere kun er delvist udfyldt, og at de mangler helt hos to borgere. • At besøgsplanen i flere tilfælde kun er delvist handlevejledende og opdateret. 	<p>Tilsynet anbefaler, at ledelsens fokus på dokumentationspraksis fastholdes, så den fremstår opdateret og fyldestgørende og med besøgsplaner, som indeholder handlevejledende beskrivelser, samt at indsatsen hos borgere med rehabiliteringsforløb beskrives.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • At der hos de to borgere, der får RH-indsats, mangler beskrivelse af den rehabiliterende indsats. 	
<p><u>Medicinhåndtering</u></p> <p>Tilsynet bemærker, at der er flere mangler i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At der er enkelte dags- og ugedoseringsæsker uden navn og CPR-nummer. • At der hos to borgere mangler anbrudsdato på salver og øjendråber. • At der hos fem borgere ikke er tydelig adskillelse af aktuel medicin, ikke aktuel medicin og pn medicin • At der hos en borger ligger løse blisterpakninger uden navn og CPR-nummer i pn medicinbeholdning. 	<p>Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medarbejderne efterlever gældende instruks for medicinhåndtering.</p> <p>Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer forsvarlig opbevaring af medicin.</p>
<p><u>Personlig pleje og støtte</u></p> <p>Tilsynet bemærker, at der er flere mangler i levering af hjælpen i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At en borger efterspørger levering af hjælpen inden for det aftalte tidspunkt, når det fx er vikarer, der leverer hjælpen. • At der er flere borgere, der italesætter, at nogle vikarer ikke altid kender hjælpen til borgerne. • At hjælpen til personlig pleje til en borger ikke altid leveres, svarende til god faglig praksis. 	<p>Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at aftaler med borgerne overholdes når hjælpen leveres af vikarer, og ligeledes at vikarer introduceres grundigt til borgere og opgaver, og at de orienterer sig i borgernes dokumentation.</p> <p>Tilsynet anbefaler, at ledelsen følger op hos konkret borger og sikrer, at alle medarbejdere i levering af hjælpen efterlever god faglig praksis</p>
<p><u>Sundhedsfremme og forebyggelse</u></p> <p>Tilsynet bemærker, at der er mangler i den sundhedsfremmende og forebyggende indsats i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At der hos to borgere med ernæringsproblematik ikke er dokumentation for vægt eller indsatser. • At der hos en borger med faldtendens ikke er udarbejdet faldudredning. 	<p>Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer opfølgning på borgernes sundhedsmæssige problemstillinger vedrørende ernæring og fald.</p>

1.2 SCORE

For hvert overordnet tema, der undersøges i tilsynet, opnår tilbuddet en score fra 1-5, hvor 5 er den bedste. Således fremgår det af nedenstående figur, i hvor høj grad tilbuddet opfylder indikatorerne for hvert tema. (Temaer, som ikke er relevante for det pågældende tilbud, tæller ikke med i den samlede vurdering).

Figurens størrelse er et udtryk for kvaliteten målt på de valgte temaer og indikatorer. Jo større figur, jo højere kvalitet.



2. OPLYSNINGER

Generelle oplysninger om tilsynet og hjemmeplejen
Navn og Adresse: Hjemmeplejen, Vejlebrovej 47, 2635 Ishøj
Leder: Dina Munk
Antal besøgte borgere: Seks borgere
Målgruppe: Borgere visiteret til hjemmepleje efter SEL og borgere visiteret til sygeplejeydelser efter SUL
Dato for tilsynsbesøg: Den 30. november 2022
Tilsynet er indledt og tilrettelagt sammen med: Afdelingsleder og to teamledere
Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: <ul style="list-style-type: none">• Interview med hjemmeplejens ledelse• Tilsynsbesøg og observation hos seks borgere• Gennemgang af dokumentation for seks borgere• Gennemgang af medicinbeholdning hos seks borgere• Gruppeinterview med fire medarbejdere
Borgerne er udtrukket efter følgende kriterier: <ul style="list-style-type: none">• 2 borgere, der modtager § 83a ydelse• 2 borgere, der modtager kompleks pleje, inkl. medicin• 2 borgere, der modtager let pleje, inkl. medicin
Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen om tilsynsforløbet.
Tilsynsførende: Senior Manager Margit Kure, sygeplejerske, MHM Manager Else Marie Seehusen, sygeplejerske, SD/DSH

3. DATAGRUNDLAG

På de følgende sider præsenteres resultaterne af dataindsamlingen i relation til hvert målepunkt samt generelle bemærkninger til hvert mål.

3.1 OPFØLGNING PÅ FOREGÅENDE TILSYN

Data	<p>Ledelsen redegør for, at der siden sidste tilsyn har været arbejdet målrettet med dokumentationen, og særligt med besøgsplanen. Der anvendes tjekliste, der er gennemgang af besøgsplanen på gruppemøde, og medarbejderne har udført mini audit på hinandens besøgsplaner.</p> <p>Ledelsen er optaget af at udvikle kulturen, som er blevet omdrejningspunkt i alle udviklingstiltag. Der er fokus på gruppens og den enkeltes læringskultur i forhold til at tage ansvar for den rolle og det ansvar, man har.</p> <p>Der er løbende fokus på medicin håndtering i forhold til kultur og læring, og der gennemføres fast audit. Der er løbende drøftelser af arbejdsgange, og der arbejdes med kulturen blandt medarbejderne i forhold til at påtage sig det fælles ansvar for tilbagemeldinger og feedback til gruppen og til sygeplejersker. CURA-gruppen har ligeledes arbejdet med en række opmærksomhedspunkter i dokumentationen, og der er udført egenkontrol i form af miniaudit.</p> <p>Et lokalt kvalitets- og læringsforum arbejder med kvalitets- og forbedringsmodellen, og de har blandt andet fokus på at styrke dataindsamling og indrapportering af UTH, og at gennemføre journalaudit på en mere systematisk og struktureret måde.</p> <p>Den ene teamleder er blevet ansvarlig for § 83a træningsforløb. Forløbene er organiseret omkring nøglemedarbejdere, som har en tæt kontakt til basisgruppen. Nøglepersoner afholder ugentligt møde med forløbskoordinator i Visitationen, hvor de gennemgår og følger op på de borgere, som er i et træningsforløb, og der er som et nyt tiltag ansat en ergoterapeut i gruppen.</p> <p>Gruppen er opdelt i to hjemmeplejegrupper med en teamleder for hver gruppe. Gruppens sammensætning er social- og sundhedshjælpere og faste rengøringsassistenter. Social- og sundhedsassistenter er organisatorisk placeret i hjemmesygeplejen, og gruppen har egen afdelingsleder. Ledelsen fortæller, at der er ansat en socialfaglig sygeplejerske, som kan træde til i særligt udfordrede hjem. Hjemmeplejen har nøglepersoner på demens, og der samarbejdes med kommunens demenskoordinator. Alle medarbejdere deltager i øjeblikket i kompetenceudvikling i demens.</p> <p>Der afholdes daglige triagemøder, og møderne har været i en udviklingsproces med det formål at få hjælperne i spil og på at anvende mødefora som et fagligt refleksivt rum.</p> <p>Der er ledelsesfokus på arbejdet med kompetenceprofiler og kompetencekort.</p> <p>Der er løbende drøftelser om, hvordan det gode tværfaglige samarbejde sikres og på, hvordan man kan udnytte faglige kompetencer på tværs. Et andet tema er kommunikation og adfærd, hvor der løbende er drøftelser om, hvordan medarbejderne agerer i samspil med borgerne og med hinanden.</p> <p>Ledelsen oplyser, at der ikke har været borgerrettede skriftlige klager det seneste år.</p>
Opfølgning	<p>Ledelsen redegør for, at der er fulgt op på anbefalinger på sidste års tilsyn, hvilket blandt andet har ændret praksis i forhold til medicin håndtering. Derudover redegør ledelsen for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx læringskultur og faglig refleksion.</p>

3.2 VURDERING I FORHOLD TIL TEMAER

Tema	Vurdering
<p>Tema 1: Dokumentation SEL</p> <p>Score: 3</p>	<p>Tilsynet vurderer, at hjemmeplejen i middel grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Gennemgang af dokumentation</u></p> <p>Dokumentationen fremstår med en god faglig standard, men med mangler. På alle borgere er der delvist udfyldt generelle oplysninger med ressourcer, mestring og motivation og livshistorie, men de mangler helt hos to borgere. Der er udfyldt helbredsoplysninger på tre borgere, men de mangler helt eller delvist hos tre andre borgere. Der er opdaterede funktionsevnetilstande med beskrivelse af borgernes ønsker og mål og tilknyttede indsatser. Borgernes behov for pleje og omsorg er beskrevet handlevejledende i besøgsplanen, og der tages udgangspunkt i borgernes helhedssituation og ressourcer, dog ses der fire besøgsplaner, som er delvist opdaterede og handlevejledende. Der er lagt vægt på at beskrive borgernes kognitive udfordringer, og hvorledes der støttes op om disse samt særlige opmærksomhedspunkter.</p> <p>To borgere modtager rehabiliteringsforløb, jf. SEL § 83a, hvor der i begge tilfælde mangler beskrivelse af den rehabiliterende indsats i forhold til inddragelse af borgernes ressourcer og behovet for støtte.</p> <p><u>Interview med medarbejderne</u></p> <p>Medarbejderne redegør fagligt for, hvordan de arbejder med dokumentationen, så den understøtter kvaliteten i daglig praksis. Der er en klar opgave- og ansvarsfordeling, og der samarbejdes tværfagligt om udfyldelse og opdatering af dokumentationen. Fx har social- og sundhedshjælperne ansvaret for udfyldelse af funktionsevnetilstande og besøgsplaner. Alle medarbejdere er ansvarlige for den løbende opdatering.</p> <p>Medarbejderne kender og følger GDPR-regler, og de giver konkrete eksempler på, hvordan de overholder reglerne, fx at der ligger løse sedler i borgernes hjem.</p>
<p>Tema 2 Medicinhandling</p> <p>Score: 3</p>	<p>Tilsynet vurderer, at hjemmeplejen i middel grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Dokumentation</u></p> <p>Der ses hos alle borgere overensstemmelse mellem ordineret medicin, ligesom at medicinlisten er opdateret.</p> <p>Hos alle borgere ses der overensstemmelse mellem præparatets handelsnavn og det generiske navn på medicinlisten, fraset i et tilfælde.</p> <p>Der foreligger medicinaftaler på alle borgerne, og medicinlisten tilgås elektronisk.</p> <p>Der er hos alle borgere udarbejdet helbredstilstande, fraset i et tilfælde, og der er på alle borgere udarbejdet relevante handlingsanvisninger på medicindispensering og på medicinadministration.</p> <p>Hos alle borgerne efterlever medicinskemaet Styrelsen for patientsikkerheds retningslinjer i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Præparatnavn. • Styrke. • Dosis og dosisinterval. • Dispenseringsform. • Indikation. • Ordineret af.

- Dato ordination/seponering.
- Administrationsmåde.
- Behandlingsansvarlig læge.
- Pn medicin.
- AK-behandling.

Opbevaring

Medicinen opbevares i en kasse eller i en pose i borgernes hjem. Der ses generelt manglende adskillelse af borgernes medicin. I et tilfælde anvendes der farvede poser til opbevaring.

Der konstateres følgende:

- At medicinen opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.
- At der hos fem borgere ikke er tydelig adskillelse af aktuel medicin, ikke aktuel medicin og pn medicin.
- At der er enkelte dags- og ugedoseringsæsker uden navn og CPR-nummer.
- At der hos en borger ligger løse blisterpakninger uden navn CPR-nummer i pn medicinbeholdning.
- At der i to tilfælde ikke er angivet anbrudsdato på medicinske salver og dråber med begrænset holdbarhed efter åbning.

Risikosituationslægemidler

- Hos alle borgere, som har ordineret risikosituationsmedicin, ses dette tydeligt og systematisk dokumenteret i borgernes journal.

Dispensering af medicin

Der konstateres følgende:

- At medicinen er korrekt dispenseret hos alle borgerne.

Administration af medicin og ikke dispenserbare præparater

Hos alle borgere konstateres der følgende:

- At der er dokumentation for udleveret medicin på tilsynstidspunktet.

Pn medicin

Hos alle borgere konstateres der følgende:

- At der er medicinskema på ordineret pn medicin, hvor det er relevant.
- At pn medicin er mærket med navn og CPR-nummer.
- Hos ingen borgere ses der ophældt pn medicin.

Interview med ledelsen

Ledelsen redegør for, at medarbejderne introduceres til instrukser og vejledninger, herunder medicin håndteringsinstrukser, og at der er fast praksis for opdatering mindst en gang årligt.

Interview med borgerne

Borgerne udtrykker alle, at de er tilfredse og trygge med hjælpen til medicin håndtering. Alle borgerne oplever, at medicinen udleveres til tiden, og en borger fortæller, at borgeren, som aftalt, får sin medicin udleveret af nattevagten.

	<p><u>Interview med medarbejderne</u></p> <p>Medarbejderne redegør for, hvordan de arbejder ud fra gældende retningslinjer for medicinbehandling ved dagligt at tjekke opdateringer fra FMK med den lokale medicinliste. Medarbejderne redegør for praksis ved dispensering og særlige opmærksomhedspunkter, fx vedrørende risikosituationsmedicin og kvittering for udlevering af medicin. Medarbejderne tilgår instrukser og retningslinjer på intranettet, og der linkes til VAR i handlingsanvisninger.</p>
<p>Tema 3: Personlig pleje og støtte</p> <p>Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at hjemmeplejen i høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Interview med borgerne</u></p> <p>Borgerne er meget tilfredse med hjælpen. Alle borgerne modtager relevante pleje- og omsorgsydelser, som svarer til deres behov. Borgerne udtrykker generelt stor tilfredshed med omfanget og kvaliteten af ydelserne, og alle borgerne er trygge ved hjælpen. Hjælpen leveres som udgangspunkt af faste medarbejdere, men to borgere udtrykker, at når den faste medarbejder har fri, kommer der mange forskellige vikarer, som ikke altid kender til opgaven. Borgerne deltager dagligt selv i opgaveløsningen efter formåen og dagsform, og en borger udtrykker, at det hele foregår stille og roligt i borgerens tempo. En anden borger har oplevet en forbedring i sit funktionsniveau fra at være sengeliggende til nu at sidde oppe flere timer om dagen. Borgerne oplever, at medarbejderne generelt kommer som aftalt.</p> <p><u>Observation</u></p> <p>Borgerne er velsoignerede, og deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til borgerens behov. En borger beskriver, hvordan hjælpen til personlig pleje leveres, og det konstateres, at hjælpen til nedre hygiejne ikke altid lever op til god faglig praksis.</p> <p><u>Interview med medarbejderne</u></p> <p>Medarbejderne kan på en refleksiv måde redegøre for pleje og omsorg og praktisk hjælp til borgerne og med et fokus på den rehabiliterende tilgang. Medarbejderne modtager deres køreliste på iPads, og de kører direkte ud til borgerne hjemmefra. Kontinuiteten sikres med faste medarbejdere, og medarbejderne har løbende dialog med planlægger om rækkefølgen af besøg og aftaler med borgerne. Der planlægges ligeledes ud fra kompetencer, fx til komplekse borgere og borgere med særlige behov. Assistenten og sygeplejersken møder ind i gruppen, hvor de gennemgår dokumentationen på borgerne og fordeler SUL-opgaver.</p> <p>I forhold til kognitivt svækkede borgere arbejdes der tværfagligt om løsninger, hvor medarbejderne på møder inddrager demensnøglepersoner og sikrer, at indgåede aftaler og fælles tilgang dokumenteres i besøgsplanerne.</p>
<p>Tema 4</p> <p>Praktisk hjælp</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at hjemmeplejen i meget høj grad lever op til indikatorerne. Alle borgerne modtager hjælp til rengøring og praktiske opgaver.</p> <p><u>Interview med borgerne</u></p> <p>Borgerne er tilfredse med kvaliteten af den praktiske hjælp, og de oplever, at modtage den hjælp, som de har behov for, og en borger udtrykker, at det nok ikke kan blive anderledes. En borger oplever et stigende behov for hjælp til at bære skrald ud, men borgeren vil selv tale med medarbejderne om det. Borgerne har hver især begrænsninger, der gør, at de ikke selv kan deltage i opgaveløsningen. Ingen af borgerne har haft behov for at bytte ydelser, og en borger kender ikke umiddelbart til ordningen med fleksibel hjemmehjælp.</p>

	<p><u>Observation</u></p> <p>Der er en hygiejnemæssig forsvarlig standard i boligerne, og hjælpemidler er rengjorte.</p> <p><u>Interview med medarbejderne</u></p> <p>Medarbejderne redegør reflekteret for den praktiske støtte, herunder at daglig oprydning indgår som en del af den daglige opgaveløsning. Medarbejderne sikrer kontinuitet i den praktiske hjælp, hvor der i gruppen er faste medarbejdere, som udelukkende leverer praktisk støtte til de borgere, der kun er visiterede til dette. Medarbejderne inddrager borgerne i opgaveløsningen ved at samarbejde med borgerne, fx at borgeren støver af, mens medarbejderen vasker gulve.</p>
<p>Tema 5 Rehabilitering Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at hjemmeplejen i meget høj grad lever op til indikatorerne. To borgere er bevilget et træningsforløb efter § 83a.</p> <p><u>Interview med borgerne</u></p> <p>Begge borgere tilkendegiver, at de ønsker at kunne klare så mange ting som muligt selv. Den ene borger er meget tilfreds med sit træningsforløb. Borgeren har selv været med til at definere ønsker og sætte mål for sit forløb, som strækker sig over en tre måneders periode. Borgeren oplever, at forløbet kører fint, og at borgerens funktionsniveau under forløbet er styrket.</p> <p>Den anden borger har vanskeligt ved at redegøre for forløbet og for, hvordan borgerens ressourcer inddrages i hjælpen.</p> <p><u>Interview med medarbejderne</u></p> <p>Mål og træningsplan udarbejdes sammen med de borgere, som er bevilget et § 83a forløb. Medarbejderne orienterer sig i dokumentationen omkring borgernes træningsplan, og de understøtter borgerne i hverdagens opgaver ved at motivere og guide i opgaveløsningen, fx at borgerne deltager i dele af tilberedningen og anretningen af frokosten. Medarbejderne deltager i de tværfaglige møder hver 14. dag med rehabiliteringskonsulenter, hvor borgernes mål drøftes, og hvor der følges op på borgernes træningsforløb.</p>
<p>Tema 6 Sundhedsfremme og forebyggelse Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at hjemmeplejen i høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Dokumentation</u></p> <p>Tilsynet bemærker, at der er mangler i den sundhedsfremmende og forebyggende indsats i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At der hos to borgere med ernæringsproblematik ikke er dokumentation for vægt eller indsatser. • At der hos en borger med faldtendens ikke er udarbejdet faldudredning. <p><u>Interview med borgerne</u></p> <p>Borgerne oplever, at medarbejderne er lydhøre, og at der bliver taget hånd om deres sundhedsmæssige problemstillinger. Borgerne er trygge, og en borger nævner, at nødkaldet giver borgeren tryghed. En anden borger har tidligere været sengeliggende og har haft en række helbredsmæssige problemstillinger, som er blevet afhjulpet, og borgeren kan nu sidde oppe det meste af dagen. En borger nævner, at den faste medarbejder altid er opmærksom på, at borgeren får tilstrækkelig mad og væske under besøget. En anden borger, som selv administrerer sin medicin, fortæller, at medarbejderne altid lige følger op, om borgerne har husket at tage sin medicin.</p>

	<p><u>Interview med medarbejderne</u></p> <p>Medarbejderne kan på en reflektiv måde redegøre for den sundhedsfremmende og forebyggende tilgang samt for de forebyggende indsatser.</p> <p>Medarbejderne fortæller, at de løbende samarbejder, fx i hverdagen, hvor de udveksler erfaringer om borgerne samt på faste møder. Der arbejdes med triagering med fysisk tavle i grupperum. Borgernes tilstandsændringer drøftes på daglige triagemøder med tværfaglig deltagelse, og der er faste aftaler for opfølgning efter borgergennemgang.</p>
<p>Tema 7</p> <p>Kommunikation og adfærd</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at hjemmeplejen i meget høj grad lever op til indikatorerne</p> <p><u>Interview med borgere</u></p> <p>Borgerne er særdeles tilfredse med kommunikationen og kontakten til medarbejderne, og flere borgere fremhæver, at alle medarbejderne er særdeles søde, flinke og lyttende, og flere borgere fremhæver, at medarbejderne udviser respekt for deres privatliv og personlige grænser.</p> <p><u>Interview med medarbejderne</u></p> <p>Medarbejderne kan reflekteret redegøre for, hvad der lægges vægt på i kommunikationen og samarbejdet med borgerne, blandt andet at de udviser respekt for, at de er gæster i borgernes hjem. Medarbejderne vægter ordentlighed og god opførsel, og de engagerer sig i den enkelte borgers situation og følger op på det, borgeren gerne vil. Kendskabet har stor betydning for jargonen i hjemmet, og i den løbende dialog med borgerne skal medarbejderne også være parate til at give lidt af sig selv og samtidig være professionelle.</p> <p>Medarbejderne tilkendegiver, at de har en feedbackkultur, hvor de kan tage uhenigtsmæssig kommunikation og adfærd op med hinanden, ligesom ledelsen tager emnet op på møder ved behov.</p> <p><u>Observation</u></p> <p>Tilsynet observerer, at der under interview med medarbejderne kommunikeres i en respektfuld og anerkendende tone om borgerne.</p>

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

4.1 FORMÅL

Formålet med tilsyn i Ishøj Kommune er at afdække, hvorvidt der er sammenhæng mellem de beskrevne og vedtagne rammer og den praksis, der udføres på stedet samt at bidrage til den løbende udvikling og kvalitetsforbedring af tilbuddets rammer og indhold.

Sammenfattende er formålet med de uanmeldte tilsyn at:

- Kontrollere og belyse, om der i forhold til ældreområdet er sammenhæng mellem den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte borger og de ydelser, der leveres til den enkelte.
- Kontrollere og belyse, om der er sammenhæng mellem de udmeldte rammer og den praksis, der findes på det enkelte tilbud.
- Kontrollere, om der på det enkelte tilbud udføres forsvarligt fagligt arbejde i forhold til borgerne, og at gældende lovregler, kvalitetsstandarder, serviceniveau og administrative retningslinjer efterleves.
- Understøtte en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne gennem en anerkendende og konstruktiv tilgang til medarbejdere og ledelse.
- Skabe grundlag for refleksion over egen praksis hos både medarbejdere og ledelse.
- Afdække styrker og forbedringsmuligheder i tilbuddenes måde at håndtere opgaverne på, og identificere potentielle udviklingsmuligheder.

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 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 og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager.

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.

4.3 VURDERINGSSKALA

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau.:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	<p>Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten
SCORE: 4	<p>Indikatorerne er i høj grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger
SCORE: 3	<p>Indikatorerne er i middel grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne • En del af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger
SCORE: 2	<p>Indikatorerne er i lav grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen, med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne • Få af elementerne i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger <p>Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.</p>
SCORE: 1	<p>Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne • Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger <p>Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.</p>

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 plejecentre, 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 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.