

Tilsynsrapport Næstved Kommune

Kommunal hjemmepleje
Distrikt Syd

Anmeldt tilsyn
2022

Forord

Dette er afrapporteringen af et anmeldt 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 tilbuddet.

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 den indsamlede data og øvrige indtryk. Vurderingsskala findes sidst i rapporten.

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

På bagsiden findes information om 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. OPLYSNINGER

| Generelle oplysninger om tilsynet og hjemmeplejen |
|--|
| Navn og Adresse: Distrikt Syd, Birkebjerg Alle 11 og Lovvej 3, 4700 Næstved |
| Leder: Anne Engel |
| Antal besøgte borgere: Fem borgere, med deltagelse af en pårørende |
| Målgruppe: Tilsynet vedrører indsatser efter Serviceloven (SEL) |
| Dato for tilsynsbesøg: Den 28.marts 2023. Tilsynet vedrører 2022 |
| Tilsynet er anmeldt en dag forinden. Tilsynet er indledt og tilrettelagt sammen med: Distriktschef, vicedistriktschef, tre teamledere, en kvalitetskoordinator. Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: <ul style="list-style-type: none">• Interview med hjemmeplejens ledelse• Tilsynsbesøg hos fem borgere, med deltagelse af en pårørende• Gruppeinterview med seks medarbejdere• Gennemgang af dokumentation for fem borgere Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen om tilsynsforløbet. |
| Tilsynsførende: Manager Else Marie Seehusen, sygeplejerske, SD/DSH |

2. ANMELDT TILSYN HJEMMEPLEJE

2.1 OVERORDNET VURDERING

BDO har på vegne af Næstved Kommune foretaget et anmeldt tilsyn hos kommunal leverandør af hjemmepleje, Distrikt syd. 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 meget velfungerende enhed, som har engagerede medarbejdere og ledelse, som medvirker til trivsel for borgerne.

Vurderingen er, at leverandøren overordnet set lever op til Næstved Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau. Dog vurderes det, at der er enkelte mangler i journalføringen.

Pleje, omsorg og praktisk hjælp leveres med en god kvalitet. Borgerne er meget tilfredse med kvaliteten, og de oplever, at de får hjælp til det, de har behov for.

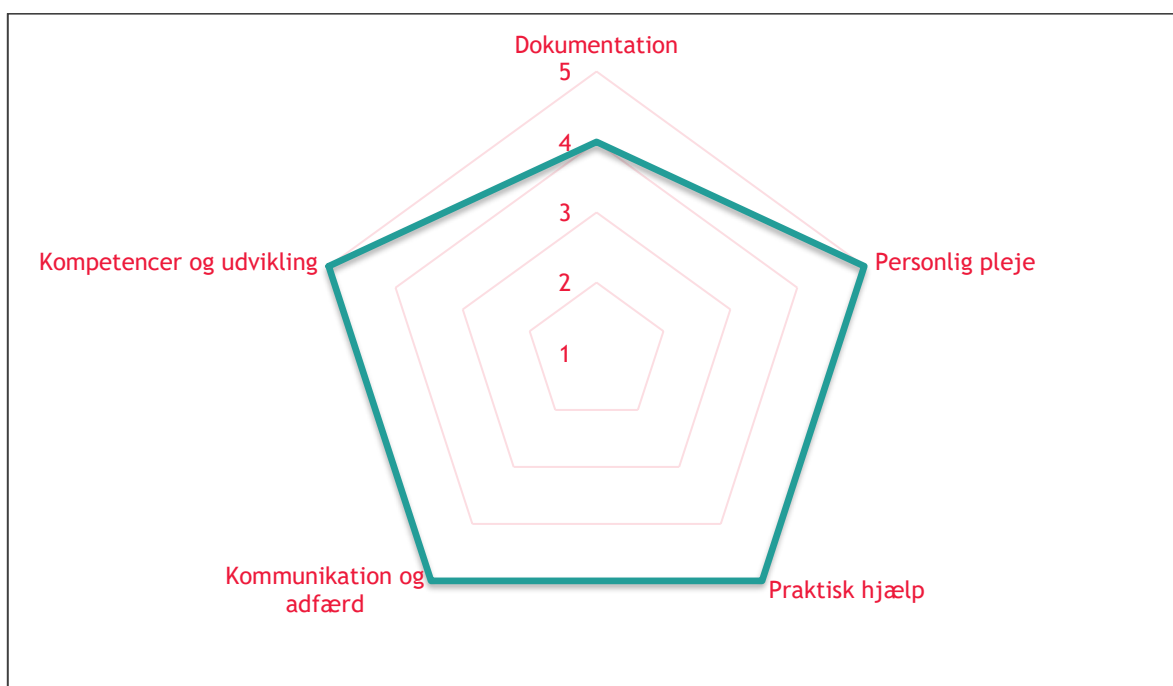
Tilsynets vurdering er, at der er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at hjælpen ydes fleksibelt og tilrettelægges på borgernes præmisser. Medarbejderne redegør reflekteret for en sundhedsfremmende og forebyggende tilgang, hvor der er tværfagligt fokus på kerneopgaven og metodisk og systematisk tilgang til rehabilitering.

Ledelsen redegør for, at der er fulgt op på anbefalinger på sidste års tilsyn, samt at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx er der i distriktet ansat en kvalitetskoordinator med ansvar for en koordineret tværgående kvalitetsudvikling i de tre teams.

2.2 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.



2.3 TILSYNETS BEMÆRKNINGER OG ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger i forhold til den fremadrettede udvikling hos leverandøren:

| Bemærkninger | Anbefalinger |
|---|---|
| <p><u>Dokumentation SEL</u></p> <p>Tilsynet bemærker, at der er flere mangler i dokumentationen i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At der i tre journaler mangler enkelte opdateringer af helbredsoplysninger. • At der i en journal mangler enkelte opdateringer af funktionstilstande. • At der i en journal mangler døgnrytmeplan for praktisk hjælp. • At der i funktionstilstande generelt mangler borgers forventninger og mål for indsatsen. • At der ikke konsekvent er relateret mellem journalens delelementer. | <p>Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at det aktuelle fokus på dokumentationspraksis fortsættes, så så alle journaler fremstår fyldestgørende og opdaterede.</p> |

2.4 AKTUELLE VILKÅR

| Aktuelle vilkår |
|--|
| <p>Ledelsen redegør for, at der siden sidste tilsyn er ansat en sygeplejerske som kvalitetskoordinator, som afdækker udviklingsområder og implementerer tværgående initiativer til udvikling af den sundhedsfaglige kvalitet, herunder udvikling af dokumentationspraksis, udvikling af distriktets sygeplejeklinikker og introduktionsprogrammer til nye medarbejdere.</p> <p>Distriktet har fokus på implementering af skærmbesøg, hvor der i hvert team er udpeget tre ambassadører, der har til opgave at udbrede metoden. Derudover er der i samarbejde med læger og apoteker igangsat implementering af pillerobotter, hvor de fx kan kombineres med skærmbesøg, og der er fortsat massivt fokus på at få borgerne på dosisdispenseret medicin..</p> <p>I forhold til dokumentationspraksis er der arbejdet målrettet med helhedsbeskrivelse af borgeren og med den sygeplejefaglige udredning, og ligeledes arbejdes der med journalaudit, hvor der udtages elementer til tværgående udvikling.</p> <p>I forhold til dokumentationspraksis er der arbejdet målrettet med helhedsbeskrivelse af borgeren og med den sygeplejefaglige udredning, og ligeledes arbejdes der med journalaudit, hvor der udtages elementer til tværgående udvikling.</p> <p>Leder oplyser, at der har været en enkelt skriftlig klage fra en borger over en sundhedsfaglig behandling. Klagen er behandlet i Styrelsen for Patientsikkerhed, hvor der ikke er rejst kritik af den sundhedsfaglige behandling, som kommunen har ydet.</p> |

2.5 VURDERING I FORHOLD TIL TEMAER

| Tema | Vurdering |
|--|--|
| <p>Tema 1: Dokumentation</p> <p>Score: 4</p> | <p>Tilsynet vurderer, at leverandøren i høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Dokumentation SEL</u></p> <p>Dokumentationen fremstår med en god professionel og faglig standard, dog ses der enkelte mangler. Dokumentationen fremstår overordnet opdateret og fyldestgørende.</p> <p>På alle borgere er der generelle oplysninger med helbredsoplysninger, ressourcer, mestring og motivation og livshistorie, dog mangler der i tre journaler enkelte opdateringer af helbredsoplysninger. Der er i alle journaler funktionstilstande, hvor der i en journal mangler enkelte opdateringer, og i alle journaler mangler der generelt beskrivelse af borgernes forventninger og mål. Borgernes behov for pleje og omsorg er beskrevet handlevejledende i døgnrytmeplanen, men i en journal mangler der døgnrytmeplan for praktisk hjælp. Beskrivelsen tager udgangspunkt i borgerens helhedssituation og ressourcer, og den er opbygget med borgers og medarbejders indsats eller efter de konkrete indsatser. Der er lagt vægt på at beskrive borgernes kognitive udfordringer, og hvorledes der støttes op om disse samt særlige opmærksomhedspunkter. Der ses vægt på alle borgere, borgerne er triagerede, og der er dokumentation for borgernes evt. stillingtagen til HLR.</p> <p><u>Interview med medarbejdere:</u></p> <p>Medarbejderne redegør fagligt reflekteret for dokumentationspraksis, blandt andet at det er sygeplejersken/teamleder, der har ansvaret for at anmode om ændringer i visitationen på baggrund af social- og sundhedsmedarbejdernes opdateringer i funktionstilstande/faglige notater. Ligeledes redegør medarbejderne for, at der er tværfagligt samarbejde om dokumentationen, men også at hver enkelt har ansvar for, at journalen altid er opdateret.</p> <p>Medarbejderne kender og følger GDPR-regler, og de giver konkrete eksempler på, hvordan de overholder reglerne og ligeledes, at der en gang årligt er obligatorisk opdatering.</p> |
| <p>Tema 2: Personlig pleje</p> <p>Score: 5</p> | <p>Tilsynet vurderer, at leverandøren i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Interview med borgere</u></p> <p>Borgerne er meget tilfredse med kvaliteten i hjælpen, og de oplever, at de får hjælp til det, de har behov for. Alle borgerne tilkendegiver, at deres ønsker og vaner i forhold til plejen imødekommes, herunder at de får hjælpen som aftalt og til tiden, blandt andet siger en borger, at borgeren kan stille uret efter den faste medarbejder. Borgerne er alle trygge ved hjælpen, blandt andet fremhæver en borger, at medarbejderne kommer med faste intervaller flere gange i døgnnet, hvilket gør borgeren tryk i selv at færdes i boligen, og hvis uheldet skulle være ude, fx at borger falder, så ved borgeren, at der kommer nogen inden for kort tid. En anden borger nævner, at medarbejderne har fokus på borgerens ernæringstilstand, hvilket har betydet, at borgeren har opnået en tilstræbt vægtøgning. En borger fremhæver den faste hjælper, som er borgeren behjælpelig med forskellige mindre praktiske opgaver, fx har medarbejderen sørget for forårsblomster på borgerens terrasse.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>En af borgerne kan, grundet fysiske og kognitive begrænsninger, ikke deltage aktivt i de daglige opgaver, og her hjælper pårørende til. De øvrige borgere er på hver deres måde aktive i de daglige opgaver, og en borger fortæller, at boligen er blevet indrettet, så borgeren kan færdes i kørestol. En anden borger klarer selv den daglige personlige pleje, men borgeren får støtte til badet, og en borger klarer selv alt, undtagen daglig hjælp til støttestrømper.</p> <p>Tilsynet bemærker, at en borgers pårørende tilkendegiver, at borgeren, grundet kognitive begrænsninger, er afhængig af, at medarbejderne taler forståeligt dansk, og pårørende nævner, at der har været en konkret situation, hvor sprogvanskeligheder førte til en misforståelse.</p> <p>Ovenstående er efterfølgende drøftet med ledelsen, som redegør for, at der er tale om et enkeltstående tilfælde for mere end et år siden, hvor en ekstern vikar ikke kunne gøre sig forståeligt på dansk. Det er efterfølgende aftalt med vikarbureauet, at denne medarbejder ikke længere kommer i distriktet.</p> <p><u>Observation</u></p> <p>Borgerne er velsoignerede, og deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til deres behov.</p> <p><u>Interview med medarbejder</u></p> <p>Medarbejderne redegør fagligt reflekteret for en sundhedsfremmende og forebyggende tilgang, hvor der er tværfagligt fokus på kerneopgaven og på rehabilitering. Det er distriktets driftsplanlægger, der udarbejder de daglige køreplaner, hvor der tages afsæt i borgernes bevilling. Der arbejdes systematisk med borgerbesøg inden opstart af hjælp hos nye borgere, hvor der tales med borger/pårørende, og der sikres forventningsafstemning. Desuden udleveres en pjece om distriktet, og der udarbejdes APV. Borgerne ligger på faste ruter. Opdelingen i tre teams sikrer medarbejdernes kendskab til og kontinuitet til borgerne. I alle tre teams arbejdes der med triagering, hvor medarbejderne redegør for tilgangen i de enkelte teams, som ikke er ens. Men fælles er, at der er klar arbejdsgang for ansvaret for evt. indsatser og fordeling af opgaver. Rehabilitering er en tværfaglig indsats, som fx aftales på borgerkonferencer. Den rehabiliterende indsats integreres i de daglige opgaver, hvor det fx er ergo- og fysioterapeuter, der udarbejder vurderinger, og som har vedligeholdende træning til borgerne, fx i forbindelse med de daglige opgaver. Medarbejdernes fokus er at fremme eller vedligeholde borgernes evne til klare sig selv, hvor de støtter, motiverer og guider borgerne til at klare så meget som muligt selv. Det kan også være at henvise borgerne til distriktets aktivitetskonsulent.</p> <p>Tilsynet er efterfølgende oplyst, at der i de tre teams er igangværende prøvehandlinger for at afdække en fælles metode for triagering.</p> |
| <p>Tema 3 Praktisk hjælp</p> <p>Score: 5</p> | <p>Tilsynet vurderer, at leverandøren i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Interview med borgere</u></p> <p>Borgerne er generelt tilfredse med den praktiske hjælp. Dog er der en pårørende, der ikke er tilfreds med kvaliteten af den måde, gulvet bliver ordnet på, og pårørende fortæller, at medarbejderen vasker gulvet, uden at der bliver støvsuget. Borgerne er selv aktive i forhold til den praktiske hjælp, fx tørrer flere af borgerne selv støv af.</p> <p>Tilsynet er efterfølgende oplyst, at det kommunale serviceniveau for rengøring er, at der anvendes fibersystem, hvorfor der ikke indgår støvsugning som en del af rengøringen.</p> |

| | |
|---|--|
| | <p><u>Observation</u> Der er en hygiejnemæssig forsvarlig standard i boliger, og hjælpemidler er rengjorte.</p> <p><u>Interview med medarbejdere</u> Medarbejderne redegør for, at det er et fast servicekorps, der generelt har den praktiske hjælp i hjemmet. Servicekorpsets medarbejdere indgår i det tværfaglige samarbejde, og de deltager i borgerkonferencer, hvor de bidrager med deres observationer fra hjemmet. Alle medarbejderne løser opgaven hos samme borgere for at sikre helhedspleje. Rengøring af hjælpemidler ligger sammen med rengøring i boligen. Den daglige oprydning i boligen ligger i tilknytning til de daglige opgaver.</p> |
| <p>Tema 4: Kommunikation og adfærd</p> <p>Score: 5</p> | <p>Tilsynet vurderer, at leverandøren i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Interview med borgere</u> Borgerne er meget tilfredse med medarbejderne, og de tilkendegiver alle, at de oplever omgangstone og adfærd som anerkendende og respektfuld. Flere af borgerne nævner, at omgangsformen er hyggelig, og at der er plads til humor. Medarbejderne udviser respekt for borgernes privatliv og for borgernes personlige grænser.</p> <p><u>Interview med medarbejdere</u> Medarbejderne redegør reflekteret for, at de i kommunikationen med borgerne vægter det individuelle kendskab til borgeren. Medarbejderne vægter ligeledes at være nærværende i mødet, og selv om hverdagen kan være presset, skal der altid være tid til en snak. Derudover har medarbejderne fokus på at matche borgeren og medarbejderen, fx i forhold til kemi, men også i forhold til sprog, hvis der er et særligt behov. Ligeledes er der fokus på at have en fælles tilgang hos borgere, hvor der er kognitive udfordringer, ved blandt andet at få det italesat på borgerkonferencer og få tilgangen dokumenteret. Medarbejderne tilkendegiver, at de ved behov kollegialt kan tale om anerkendende og professionel kommunikation.</p> <p><u>Observation</u> Under interview med medarbejderne observeres der en respektfuld adfærd og kommunikation.</p> |
| <p>Tema 5: Kompetencer og udvikling</p> <p>Score: 5</p> | <p>Tilsynet vurderer, at leverandøren i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Interview med ledelsen</u> Ledelsen redegør for, at det er både ledelse og medarbejdere, som er tværprofessionelt sammensat i distriktet. Ledelsens vurdering er, at den tværfaglige medarbejdergruppe med sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere og faste timelønnede afløsere har relevante sundhedsfaglige kompetencer og erfaring med den målgruppe, der får hjælp i distriktet. Timelønnede afløsere oplæres i grundlæggende opgaver, og de introduceres til de konkrete borgere. Der bliver udarbejdet kompetenceskema på hver medarbejder i forhold til de opgaver, de er oplært i.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Ligeledes bliver servicekorpsets medarbejdere, ud over oplæring i praktiske opgaver, også oplært i grundlæggende observationer i hjemmet, som kan have betydning i forhold til en sundhedsfaglig tilgang.</p> <p>Der bliver systematisk arbejdet med kompetenceprofil og kompetenceskema på alle medarbejdere. Der er obligatorisk kursus i medicinadministration til terapeuter og pædagoger. Ud over tværfaglige mødefora afholdes der faste monofaglige møder.</p> <p><i>Interview med medarbejdere</i></p> <p>Medarbejderne redegør for gode muligheder for faglig sparring både i daglig borgernær praksis og i tværfaglige mødefora. Medarbejderne oplyser, at teamlederne er meget åbne for kompetenceudvikling, samt at der er gode muligheder for løbende kompetenceudvikling i form af forskellige undervisningstilbud, fx har der været kursus i sårpleje. Medarbejderne har adgang til VAR, som de anvender, hvis de kommer i tvivl om en retningslinje. Medarbejderne tilkendegiver, at de får udfyldt kompetenceskema, når de er oplært i delegerede opgaver.</p> |
|--|--|

2.6 VURDERINGSSKEMA

I tilsynene anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

| 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 elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger |

| | |
|-----------------|--|
| SCORE: 2 | Indikatorerne er i lav grad opfyldt <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 elementer i indikatorerne er opfyldt• Tilsynet har en eller flere anbefalinger <p>Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.</p> |
| SCORE: 1 | Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt <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.