



Tilsynsrapport Kolding Kommune

Senior-, Sundheds- og Fritidsforvaltningen
Privat leverandør af hjemmepleje
Svane pleje

Uanmeldt tilsyn hos fritvalgsleverandører
August 2024

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 leverandøren.

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. 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: 28 10 56 80

Mail: bsq@bdo.dk

Partneransvarlig



Dorte Karlskov

Senior Manager

Mobil: 30 63 47 05

Mail: dokar@bdo.dk

Projektansvarlig

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



1. Oplysninger

Tabel med oplysninger om leverandøren og tilsynet

Navn og adresse: Svane Pleje, Centervej 2C, 6000 Kolding

Leder: Ny leder tiltræder 1/9-2024

Tilsynstype og juridisk grundlag: Privat leverandør af hjemmehjælp og sygepleje

Målgruppebeskrivelse: Seks borgere visiteret til hjemmepleje efter SEL, heraf tre borgere visiteret til sygeplejeydelser efter SUL

Dato for tilsynsbesøg: Den 29. august 2024, kl. 08.00- 15.00

Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:

Interview med:

- Planlægger
- Kvalitets- og udviklingschef
- Tre medarbejdere
- Seks borgere
- En pårørende

Tilsynet blev afrundet sammen med planlægger, en teamkoordinator og kvalitets- og udviklingschef, som fik en tilbagemelding om tilsynets forløb og foreløbige vurderinger.

Tilsynsførende:

Senior Manager Dorte Karlskov, sygeplejerske

Manager Line Anker Hansen, sygeplejerske, cand.cur.

1.1 Aktuelle vilkår

Tilsynet indledes og gennemføres med leverandørens kvalitets- og udviklingschef samt planlægger, der oplyser om nylige organisatoriske ændringer, hvor ny driftsansvarlig medarbejder, ny leder samt en sygeplejerske tilknyttedes 1. september, og vises rundt i afdelingen på tilsynsdagen.

Organisationsændringerne er nyligt præsenteret for medarbejderne, der, ifølge planlægger og kvalitets- og udviklingschef, har taget positivt imod nyheden. Organisationsændringerne fremhæves som en både ledelsesmæssig og faglig opkvalificering, hvilket bl.a. tilskrives den stigende kompleksitet i borgernes forløb, hvortil sygeplejersken fremadrettet skal samarbejde med planlægger om koordinering af leverandørens sundhedsfaglige indsatser og derudover fungere som kvalitetsnøgleperson. Leverandøren betjener 17 dagruter, 13 weekendruter, seks aftenruter og en natrute, som planlægges og koordineres af planlægger i samarbejde med to teamkoordinatorer.

Foråret har, ifølge planlægger og kvalitets- og udviklingschef, været præget af et stort udviklings- og forbedringsarbejde, som blev iværksat på baggrund af et kritisk tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed sidste år, hvorved leverandøren fik påbud, som nu er ophævet. Den ledelsesmæssige bevågenhed har derfor været rettet mod ajourføring af dokumentationen, udarbejdelse af journalauditskema samt opkvalificering af medarbejdernes kompetencer på området, hvor dokumentationstid og sidemandsoplæring har været prioriteret i samarbejde med planlægger og teamkoordinatorer. Den borgeroplevede kontinuitet har ligeledes haft stort fokus, og leverandøren har igennem de sidste seks måneder arbejdet med implementering af

teams og kontaktpersonsfunktion, hvilket planlægger og kvalitets- og udviklingschef oplever positive tilbagemeldinger på fra borgere såvel som medarbejdere. Derudover fremhæves et målrettet arbejde med at sikre rette kompetencer til opgaverne og den faglige kvalitet i kerneydelsen, bl.a. gennem et øget fokus på anvendelsen af VAR-portalen og etablering af ugentlige teamsmøder, hvortil medarbejderne har mulighed for tværfaglig sparring og undervisning. Kvalitets- og udviklingschef samt planlægger fremhæver en mærkbar positiv udvikling ift. de etablerede systematikker, kontinuitet og medarbejdernes trivsel samt arbejdsmiljø, hvortil de tilkendegiver, at de aktuelle organisatoriske ændringer bidrager til lidt uro blandt medarbejderne.

Medarbejdersituationen beskrives fortsat som præget af udfordringer med at rekruttere faglærte medarbejdere, hvorfor en høj andel ufaglærte er tilknyttet. Ifølge kvalitets- og udviklingschef indgår flere ufaglærte i et 17-ugers uddannelsesforløb til social- og sundhedshjælper, hvorefter leverandøren har haft stor succes med at fastansætte medarbejderne efterfølgende. Sygefraværet er ifølge planlægger lavt, og der er ingen langtidssygemeldte medarbejdere.

1.2 Opfølgning

Det er tilsynets vurdering, at leverandøren har arbejdet målrettet med anbefalingerne fra sidste tilsyn, bl.a. vedrørende kontinuitet i kerneydelsen samt det sundhedsfremmende og forebyggende perspektiv, hvortil anbefalingerne ikke længere gør sig gældende. Derudover bemærker tilsynet en stor nedgang i anbefalinger ift. dokumentationen, hvor kun enkelte fortsat gør sig gældende, fx ift. fyldestgørende handleanvisninger. Sidste tilsyns anbefalinger vedrørende rekruttering af faglærte medarbejdere samt en professionel kommunikation i samspillet med borgerne gør sig fortsat gældende.

2. Tilsyn hjemmehjælp

2.1 Overordnet vurdering

BDO har på vegne af Kolding Kommune foretaget et uanmeldt tilsyn hos privat leverandør af hjemmehjælp (SEL-ydelser) Svane Pleje. BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det data-materiale, som er indsamlet gennem interviews, observationer og skriftligt materiale.

Det er tilsynets overordnede vurdering, at leverandøren befinder sig i en meget positiv udvikling trods aktuelle organisationsændringer, hvilket tilskrives et stort udviklings- og forbedringsarbejde med både faglig og borgeroplevet kvalitet for øje. Nye strukturer med udgangspunkt i kontaktpersonsfunktion og opdeling i teams er implementeret, hvilket borgere såvel som medarbejdere oplever bidrager til kontinuitet i kerneydelsen, og derudover er faste teamsmøder med fokus på faglig udvikling etableret.

Det er tilsynets vurdering, at der er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at ydelser tilrettelægges på borgernes præmisser og med opmærksomhed på mest mulige kontinuitet i kerneydelsen. Tilsynet vurderer, at leverandøren generelt lever op til Kolding Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau på området. Kerneydelsen leveres med en god borgeroplevet kvalitet, og medarbejderne kan på relevant vis redegøre for det rehabiliterende, sundhedsfremmende og forebyggende aspekt, der er integreret som en naturlig del af kerneydelsen, og som understøttes af et velfungerende samarbejde med hjemmesygeplejen samt terapeuter.

Tilsynet har identificeret enkelte mangler, relateret til dokumentation, personlig pleje og levering af praktisk hjælp, herunder efterlevelse af hygiejniske principper, som udgør udviklingsområder, og som nemt vil kunne udbedres gennem en mindre ledelsesmæssig indsats. Tilsynet har ligeledes fundet mangler vedrørende kommunikation og adfærd, herunder to borgerudsagn ang. uhensigtsmæssig kommunikation eller adfærd, og herudover har tilsynet i dokumentationen fundet eksempler på en uprofessionel tone samt brud på tavshedspligten, som tilsynet vurderer vil kræve en målrettet ledelsesmæssig indsats at udbedre i samarbejde med medarbejderne. Derudover er det tilsynets vurdering, at rekruttering af faglærte medarbejdere, udvikling af medarbejdernes faglige reflektionsniveau samt implementering af borgerrettede teammøder udgør udviklingsområder.

Leverandøren arbejder systematisk med afholdelse af TOBS, som planlægger og kvalitets- og udviklingschef samt medarbejdere oplever som velfungerende, og som bidrager til et øget overblik over borgernes helhedssituation.

Det socialfaglige tilsyn har givet anledning til i alt ni anbefalinger, relaterede til samtlige temaer.

2.2 Vurdering i forhold til temaer

2.2.1 Dokumentation

Score: 4

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at leverandøren i høj grad lever op til indikatorerne.

Dokumentationen er for seks borgere gennemgået sammen med leverandørens to teamkoordinatorer, der oplyser om et målrettet arbejde med dokumentationen, som løbende ajourføres i tæt samarbejde mellem planlægger, teamkoordinatorer og medarbejderne, bl.a. ved observerede ændringer i borgernes helhedssituation eller tildelte ydelser. Ved tilknytning af nye borgere opdateres journalen af rådgiver i Visitationen, ligesom en ajourført helhedsvurdering og sundhedsfaglig dokumentation sikres i samarbejde med hjemmesygeplejen. Medarbejderne oplever, at dokumentationen understøtter kvaliteten i daglig praksis, fx gennem døgnrytmeplaner eller handleanvisninger, der svarer til borgernes plejebehov.

Dokumentationen fremstår overvejende opdateret og fyldestgørende udfyldt.

Helhedsvurderinger er udfyldte, og fremstår med relevante beskrivelser af borgernes mestringsevne, motivation og ressourcer. Borgernes behov for pleje, omsorg og praktisk støtte er overvejende beskrevet handlingsvejledende i døgnrytmeplaner eller handleanvisninger med udgangspunkt i borgernes helhedssituation og ressourcer. I to tilfælde bemærkes der dog manglende beskrivelser af særlige opmærksomheder i relation til hhv. kommunikation og iltbehandling. I et tilfælde mangler døgnrytmeplanen opdatering ift. medarbejdernes aktuelle indsats vedrørende udskillelse.

Funktionsevnetilstande er opdaterede, svarende til borgernes funktionsniveau. Tilsynet bemærker dog, at der hos en borger i SDH-forløb mangler oprettelse af tilstand, som synliggør indsatsen, ligesom tilsynet ikke tydeligt kan se, hvorvidt borgeren fortsat indgår i SDH forløb ud fra beskrivelser i dokumentationen. Leverandøren oplyser, at borgeren er tilknyttet SDH-forløb, men at indsatsen mangler evaluering mhp. afslutning af ydelsen.

I et tilfælde, hvor leverandøren i samarbejde med hjemmesygeplejen skiftevis foretager ugentlig vægtmåling, savnes opfølgning på den målte vægt udført af Svane Pleje, hvoraf det fremgår, at borger har tabt sig 3,4 kg. Dette er drøftet med teamkoordinator, der tilkendegiver manglende handleanvisende beskrivelser af, hvordan medarbejderne skal forholde sig til vægttab hos den konkrete borger.

Dokumentationen er overordnet set beskrevet i et fagligt og anerkendende sprog, og der er sammenhæng mellem visiterede og leverede ydelser. I et tilfælde finder tilsynet dog brud på tavshedspligten, hvilket er videreformidlet til planlægger og kvalitets- og udviklingschef, som vil følge op herpå.

2.2.2 Personlig pleje

Score: 4

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at leverandøren i høj grad lever op til indikatorerne.

Borgerne oplever en høj grad af kontinuitet i den hjælp, de modtager, og de udtrykker overordnet set tilfredshed med de visiterede ydelser, som leveres af medarbejdere med et indgående kendskab til opgaverne og borgernes vaner og rytme. En pårørende udtrykker tilfredshed med måden, hvorpå medarbejderne hjælper dennes familiemedlem, hvortil den pårørende oplyser, at tilgangen er præget af omsorg og en professionel tilgang. En borger oplyser dog, at en specifik aftenvagt ikke altid leverer de planlagte besøg, hvilket er videreformidlet til planlægger og kvalitets- og udviklingschef, der vil følge op.

Leverandøren arbejder med faglige tilgange og metoder, der sikrer, at borgerne får den nødvendige pleje og omsorg, herunder kontaktpersonsfunktion, organisering i teams og fælles indmøde, hvor triagerede borgere og særlige opmærksomheder drøftes. Medarbejderne oplever, at den implementerede organisering bidrager til høj kontinuitet i leveringen af ydelserne, og de anerkender planlægger og teamkoordinatorers blik for at koordinere medarbejdernes ruter, så rette kompetencer til opgaverne sikres. Medarbejderne orienterer sig i døgnrytmeplaner, handleanvisninger og relevante tilstande forud for besøg hos borgerne, hvilket ligeledes bidrager til kontinuitet og genkendelighed for borgerne samtidig med, at medarbejderne opnår relevant viden om borgernes vaner og ønsker, hvilket medtænkes i den daglige planlægning.

Pleje og omsorg leveres efter en høj borgeroplevet kvalitet, og medarbejderne kan på kompetent vis redegøre for det rehabiliterende sigte, der indgår i det daglige samarbejde med borgerne, hvor borgernes ressourcer inddrages i leveringen af ydelserne. Medarbejderne tilrettelægger daglige opgaver med blik for, at borgerne udfører mest muligt selv, fx børster tænder eller smører mad. Ved borgere med behov for vedlige-

holdende træning kan rehabiliterende ydelse tildeles, og leverandøren har en medarbejder tilknyttet, der er nøgleperson ift. SDH-forløb, og som deltager i SDH-konference hver 14. dag sammen med rådgiver, terapeut og hjemmesygepleje.

Sundhedsfremmende og forebyggende initiativer, fx ernæringsindsatser, væskeregistrering og daglige observationer ift. hud og tryk, indgår, ifølge medarbejderne, som en integreret del af kerneydelsen, og en ufaglært medarbejder fremhæver dertil et stort fokus på altid at sikre, at borgerne har væske inden for rækkevidde, inden medarbejderen kører videre. Medarbejderne oplever desuden et indgående borgerkendskab, grundet deres teamtilknytning og faste ruter, som medvirker til, at de hurtigt kan reagere på ændringer i borgernes habituelle adfærd. I de to teams afholdes et ugentligt "TOBS-tavlekig" af teamkoordinator og hjemmesygeplejen, som medarbejderne oplever, bidrager til evaluering og iværksættelse af relevante faglige indsatser. Medarbejderne fremhæver et velfungerende samarbejde med hjemmesygeplejen, som er tilgængelig for faglig sparring og vurdering ad hoc.

Tilsynet observerer borgere, der er velsoignerede, svarende til egne ønsker og livsstil, og der er en hygiejnemæssig tilfredsstillende standard i borgernes hjem, herunder vedrørende borgernes hjælpemidler. Til grund for vurderingen tillægges den manglende opfølgning på en borgers større vægttab desuden betydning.

2.2.3 Praktisk hjælp

Score: 4

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at leverandøren i høj grad lever op til indikatorerne.

Borgerne er meget tilfredse med rengøringen og den øvrige praktiske støtte, og de oplever, at der tages hensyn til deres individuelle ønsker og vaner i leveringen af den praktiske hjælp.

Medarbejderne kan med eksempler redegøre for, hvordan der i videst mulige omfang tages hensyn til borgernes ønsker, samt at der anvendes en rehabiliterende tilgang i leveringen af de praktiske ydelser, hvor de borgere, der kan, deltager i opgaverne, og bl.a. tørrer støv af eller flytter genstande, så medarbejderne kan komme til med støvsugeren. Medarbejderne oplever, at den inkluderende tilgang bidrager til livskvalitet hos borgerne, og medarbejderne er opmærksomme på den til tider svingende dagsform, hvilket der tages højde for i samarbejdet.

Medarbejderne kan med eksempler redegøre for hygiejniske indsatser og principper i udførelsen af den praktiske hjælp, men de tilkendegiver samtidigt, at plastforklæde anvendes i varierende omfang i situationer med risiko for stænk, fx vask af toilet, hvilket er videreformidlet til planlægger og kvalitets- og udviklingschef.

Tilsynet observerer en hygiejnemæssig tilfredsstillende standard, svarende til borgernes livsstil og ønsker, og der er sammenhæng mellem de leverede og visiterede ydelser beskrevet i dokumentationen. Tilsynet bemærker i forbindelse med dokumentationsgennemgang fyldestgørende handleanvisninger ift. levering af praktiske ydelser.

2.2.4 Medarbejderkompetencer

Score: 3

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at leverandøren i middel grad lever op til indikatorerne.

Planlægger og kvalitets- og udviklingschef oplever, at leverandøren har rette medarbejderkompetencer ift. de planlagte ydelser hos borgerne. Medarbejdergruppen består af otte social- og sundhedsassistenter, 16 social- og sundhedshjælpere samt 38 ufaglærte medarbejdere, hvortil planlægger og kvalitets- og udviklingschef tilkendegiver et

løbende ønske og fokus på rekruttering af faglærte medarbejdere, da dette fortsat udgør en udfordring. Af kompetencegivende indsatser fremhæves implementering af ugentlige teammøder med fokus på undervisning, jf. årshjul, hvor bl.a. tilstande og medicin håndtering er gennemgået. Dertil fremhæves medarbejdernes anvendelse af VAR-portalen i den daglige kvalitetssikring som et stort fokusområde, hvilket planlægger og kvalitets- og udviklingschef oplever har bidraget til et generelt kompetenceløft. Fravalg af livsforlængende behandling har også været et fokusområde for leverandøren, hvor medarbejderne er undervist ud fra videomateriale af kvalitets- og udviklingschefen. Kommunens læringspartner indgår i følgevagter med medarbejderne mhp. faglig sparring, og derudover fremhæves et velfungerende samarbejde med hjemmesygeplejen, som kontinuerligt indgår i den faglige sparring på ”TOBS-tavlekigmøder” og tværfaglige borgerkonferencer. Nye medarbejdere introduceres gennem fast introduktionsprogram med følgeskab og fokus på borgerspecifik introduktion samt undervisning i hygiejne og dokumentation. Følgedage med kommunens læringspartner planlægges derudover ad hoc, og alle nyansatte medarbejdere gennemfører e-learning ift. medicin håndtering inden selvstændigt arbejde.

Medarbejderne er spændte på de nye omstruktureringer, hvor ny leder snart tiltræder, og de ser frem til fast tilknytning af en sygeplejerske, som de håber kommer til at understøtte det faglige udviklingsarbejde, som allerede er iværksat. Medarbejderne føler sig godt klædt på til opgaverne, og de fremhæver et stærkt team, som løbende søger sparring og trækker på hinandens kompetencer ifm. tvivlsspørgsmål. Dertil opleves et velfungerende samarbejde med hjemmesygeplejen, som anerkendes for deres tilgængelighed og interesse i at indgå i den faglige sparring. Medarbejderne er bevidste om eget kompetenceområde, hvor kommunens delegeringsramme efterleves, og uddelegering af sundhedslovsydelser understøttes af hjemmesygeplejen gennem sidemandsoplæring. VAR-portalen anvendes som opslagsværk i kvalitetssikringen af det daglige arbejde, og medarbejderne kan beskrive et nyligt opslag vedrørende kompressionsbehandling og instruks for, når en borger ikke er hjemme ved besøg.

Medarbejderne oplever gode muligheder for kompetenceudvikling, og de har modtaget undervisning ift. Nexus og relevante teorier, bl.a. Tom Kitwoods ”blomst” samt ”isbjerg”. Dertil fremhæves følgedage med kommunens læringspartner som praksisnær kompetenceudvikling, og medarbejderne anerkender læringspartners konstruktive feedback og faglige blik. Medarbejderne tilkendegiver et generelt løft ift. refleksionsniveauet, hvilket de tilskriver afholdelse af teammøder, målrettet undervisning og faglige vidensdeling samt gode muligheder for tværfaglig sparring på personale- og ”TOBS-tavlekigmøder”. Medarbejderne efterspørger dog teammøder målrettet borgerrelaterede drøftelser, grundet den høje kompleksitet, som ofte kalder på en ensrettet tilgang og anvendelse af teorier og metoder, som kan bidrage til nye perspektiver og et helhedsorienteret blik. Dette er drøftet med planlægger og kvalitets- og udviklingschef, der er bekendte med medarbejdernes efterspørgsel.

Medarbejderne har ikke været til MUS-samtale, men de forventer at blive indkaldt, når ny leder er tiltrådt.

I den samlede vurdering af temaet vægtes et fortsat kompetencetab, grundet rekrutteringsudfordringer og høj andel ufaglærte medarbejdere. Hertil vægtes manglende faglig refleksion og handlen på en borgers dokumenterede vægttab på 3,4 kg.

2.2.5 Kommunikation og adfærd

Score: 3

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at leverandøren i middel grad lever op til indikatorerne. Fire borgere fremhæver en fin og respektfuld omgangstone fra medarbejderne, som anvender kærligt drilleri og humor i samspillet, hvilket opleves betydningsfuldt for borgerne. En pårørende tilkendegiver ligeledes en god dialog med medarbejderne, hvor

informationsniveauet er tilpasset borgerens og pårørendes ønske. En borger oplyser om en generel fin, men meget varieret omgangstone, hvortil borgeren beskriver besøg fra en medarbejder, der for borger har været uforskammet og ”fræk” i kommunikationen, og hvor borgeren oplever, at kommunikationen er så hurtig, at borgeren ikke kan følge med. En anden borger fremhæver en god tone fra de faste medarbejdere, men oplever, at medarbejdere, der ikke i lige så høj grad er vant til at komme i borgerens hjem, ofte er meget fokuserede på mobilen og det givne antal minutter til opgaven frem for den direkte dialog med borgeren. Borgerudsagn er videreformidlet til planlægger og kvalitets- og udviklingschef.

Medarbejderne beskriver en professionel og respektfuld tilgang til borgerne og dét at indtræde borgernes hjem, hvor de vægter at banke på og præsentere sig samt at anvende en individuel tilpasset tilgang ift. jargon og brug af humor ud fra den enkelte borgers livsstil, ønsker og dagsform. Medarbejderne fremhæver, at nye medarbejdere introduceres til den ønskede kultur, og de tilkendegiver at have tillid til at italesætte, hvis en uhensigtsmæssig kommunikation eller adfærd opleves.

Medarbejderne arbejder opmærksomt med at forebygge omsorgstræthed og deraf forårsaget gennem omrokeringer i planlægningen samt høj psykologisk tryghed, hvor medarbejderne kan sige til og fra over for en opgave, såfremt overskuddet ikke er der på dagen. Medarbejderne tilkendegiver en god trivsel, hvilket bl.a. tilskrives en kultur, hvor medarbejderne er opmærksomme på at koordinere opgaver i løbet af dagen igennem leverandørens krypterede kommunikationssystem, hvortil medarbejderne ”tjekker ind” og hører, om nogle har behov for hjælp, inden de mødes til fælles pause.

Til grund for temaets vurdering tillægges det betydning, at tilsynet i forbindelse med journalgennemgang i én borgerjournal bemærker et kontant og uprofessionelt sprogbrug vedrørende en borgers problemstilling, ligesom tilsynet finder brud på tavshedspligten i et tilfælde.

2.2.6 Årets tema: TOBS

Score:

Ingen score

Prosatekst.

Borgerne oplever opmærksomme medarbejdere, der i relevante tilfælde følger op på ændringer i deres tilstand, og som også involverer hjemmesygeplejen, hvis nødvendigt. Medarbejderne kan redegøre for TOBS og metodens anvendelse i praksis, hvortil de fremhæver, at implementeringen af TOBS har bidraget til et øget overblik over borgernes helbreds-mæssige tilstand, samt at der hurtigere reageres på selv små ændringer i borgernes habituelle adfærd. Medarbejderne oplever, at TOBS indgår som en del af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, grundet hurtig iværksættelse af faglige initiativer, fx væskeregistrering og urinstiks og systematisk opfølgning herpå. Ved nye borgers tilknytning dokumenteres borgernes habituelle adfærd i et TOBS-skema, som medarbejderne orienterer sig i - og som de oplever understøtter det faglige blik ved borgere, som de ikke er vant til at komme hos.

Planlægger og kvalitets- og udviklingschef fremhæver en vellykket implementering af TOBS, hvor medarbejderne arbejder ihærdigt med metoden, og understøttes af et vel-fungerende samarbejde med hjemmesygeplejen. ”TOBS-tavlekigmøder” foretages af leverandørens to teamkoordinatorer to gange ugentligt, hvortil hjemmesygeplejen deltager over Skype, mens triagerede borgere gennemgås dagligt i forbindelse med medarbejdernes fælles indmøde.

2.3 Tilsynets bemærkninger og anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende bemærkninger og anbefalinger i forhold til leverandørens fremadrettede udvikling:

2.3.1 Bemærkninger

Tilsynet har ingen bemærkninger.

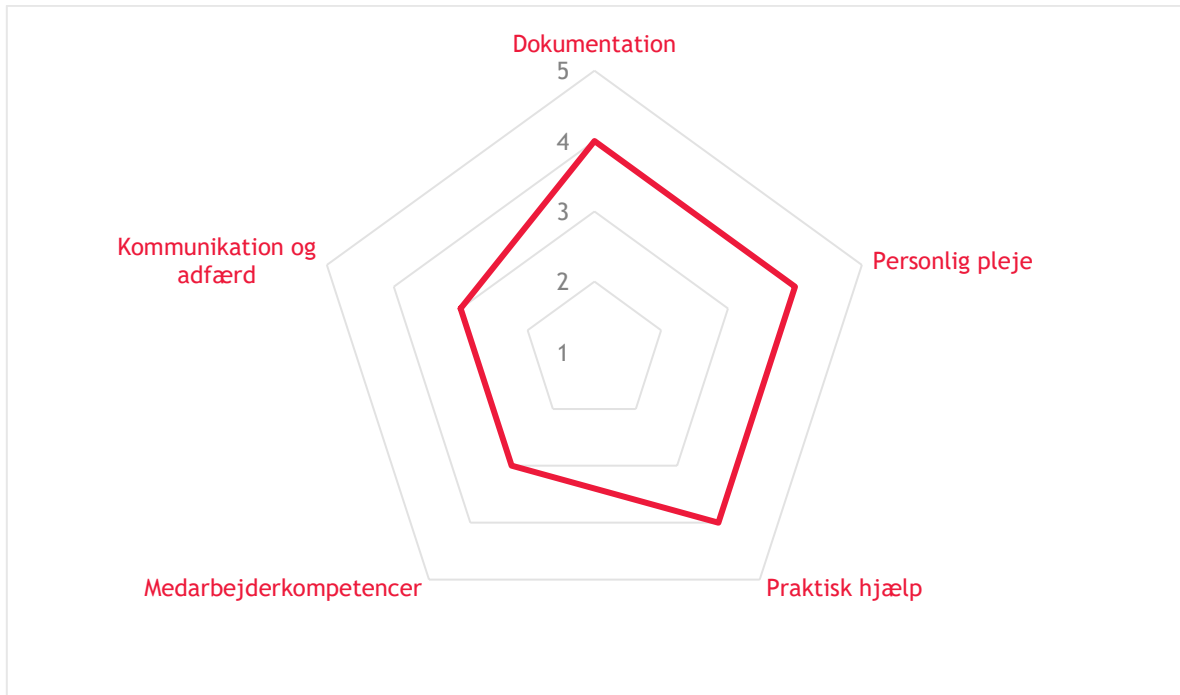
2.3.2 Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler medarbejderne at opdatere døgnrytmeplaner med fyldestgørende beskrivelser af borgernes konkrete behov for hjælp, fx ifm. udskillelse. Dertil anbefales det at beskrive særlige opmærksomheder eller hensyn af relevans for samarbejdet med borgerne, bl.a. vedrørende kommunikative tilgange eller iltbehandling.
2. Tilsynet anbefaler medarbejdere og planlægger at følge op på en konkret borgerjournal ift. at sikre opfølgning på borgerens aktuelle SDH-forløb med henblik på afslutning.
3. Tilsynet anbefaler teamkoordinator at følge op på en konkret borgers væggtab samt sikre at fyldestgørende og handleanvisende beskrivelser af indsatsen i samarbejde med hjemmesygeplejen.
4. Tilsynet anbefaler planlægger og teamkoordinator at følge op på et konkret borgerudsagn vedrørende manglende levering af ydelser om aftenen.
5. Tilsynet anbefaler leder, planlægger og medarbejdere en øget opmærksomhed på, at hygiejniske principper efterleves i praksis.
6. Tilsynet anbefaler leder, planlægger og kvalitets- og udviklingschef at etablere borgerrelaterede teammøder med mulighed for dybdegående drøftelser af borgernes problemstillinger.
7. Tilsynet anbefaler leder og planlægger en fortsat opmærksomhed på at sikre rette kompetencer til opgaverne, herunder rekruttering af faglærte medarbejdere.
8. Tilsynet anbefaler leder og planlægger at følge op på konkrete borgerudsagn vedrørende kommunikationen.
9. Tilsynet anbefaler leder en øget opmærksomhed på, at medarbejderne anvender et professionelt og anerkendende sprogbrug i både den direkte og indirekte omtale af borgerne. Herunder anbefales skærpet fokus på, at tavshedspligten overholdes.

2.4 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.



3. Sundhedsfagligt tilsyn

3.1 Overordnet vurdering

BDO har på vegne af Kolding Kommune foretaget et sundhedsfagligt tilsyn hos tre borgere, der modtager delegerede sygeplejeydelser (SUL-ydelser) fra den private leverandør. BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem interviews, observationer og skriftligt materiale.

Tilsynet vurderer, at leverandøren arbejder systematisk og målrettet på at sikre kvalitet og kontinuitet i den sundhedsfaglige indsats, som borgerne i varierende omfang har behov for. Leverandøren leverer afgrænsede sundhedsfaglige ydelser hos stabile borgere efter forudgående delegering fra kommunens to hjemmesygeplejegrupper, som tilsynet vurderer efterlever kommunens retningslinjer.

Tilsynet har afdækket enkelte udviklingsområder i relation til den sundhedsfaglige dokumentation samt retningslinjer og instrukser, som tilsynet vurderer vil kunne imødekommes igennem en mindre ledelsesmæssig indsats. Derudover har tilsynet afdækket mangler inden for medicin håndtering vedrørende håndtering af smerteplaster, anbrudsdato på medicinske præparater med begrænset holdbarhed samt kvittering og dokumentation ifm. administration af borgernes medicin. Dertil vurderer tilsynet, at UTH-området sammen med medicin håndtering vil kræve en mere målrettet ledelsesmæssig indsats at følge op på.

Samlet har det sundhedsfaglige tilsyn givet anledning til seks anbefalinger.

3.2 Aktuelle vilkår

Planlægger og Svane Plejes kvalitets- og udviklingschef redegør for en målrettet udviklingsindsats, som blev igangsat ifm. et kritisk tilsyn, gennemført af Styrelsen for Patientsikkerhed sidste år. Påbud er ophævet, hvortil planlægger og kvalitets- og udviklingschef oplyser, at processen positivt har bidraget til øget udvikling af medarbejdernes kompetenceniveau, mere systematik i måden, hvorpå sundhedsfaglige ydelser leveres, ligesom samarbejdet med de to tilknyttede hjemmesygeplejegrupper er væsentlig forbedret. Tværfaglige møder afholdes efter en fast kadence, hvortil delegerede sundhedslovsydelser i tæt samarbejde med hjemmesygeplejens ledelse systematisk følges op.

Grundet aktuel udskiftning i ledelsen tilkendegiver planlægger, der igennem en periode har haft det overordnede ansvar for flere sundhedsfaglige områder, blandt andet opfølgning på UTH, kompetenceafklaring og oplæring af nye medarbejdere, at se frem til mere organisatorisk ro, så leverandøren igen kan genoptage det ønskede og igangsatte udviklingsarbejde, som er beskrevet i handleplaner og fagligt årshjul.

3.3 Opfølgning

Tilsynet vurderer, at der har været arbejdet meget målrettet på at sikre kvalitet i de delegerede sundhedsfaglige indsatser igennem opkvalificering og løbende kompetenceudvikling af medarbejderne, hvortil tilsynet vurderer øget kvalitet i indsatserne.

Tilsynet vurderer samtidigt, med baggrund i de observerede fejl og mangler, at medicin håndtering og UTH fortsat udgør udviklingsområder.

3.4 Vurdering i forhold til temaer

3.4.1 Sundhedsfaglig dokumentation

Score: 4

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at tilbuddet i høj grad lever op til indikatorerne.

Den sygeplejefaglige dokumentation fremstår generelt opdateret og fyldestgørende udfyldt.

Leverandøren arbejder målrettet med ajourføring af de sundhedsfaglige indsatser i tæt samarbejde med tilknyttede hjemmesygeplejersker og i relation til TOBS, hvortil et tæt tværfagligt samarbejde er etableret. Planlægger samt kvalitets- og udviklingschef oplyser om løbende tværfaglige møder med de to hjemmesygeplejegrupper, hvortil ansvars- og rollefordelingen vedrørende levering af sundhedsfaglige indsatser samt dokumentationen heraf drøftes. Dertil oplyses tilsynet om, at samarbejdet er et løbende opmærksomhedspunkt, da den helhedsorienterede indsats nemt kan påvirkes af, at hjemmesygeplejen og leverandøren ikke har fælles fysisk indmøde, og ofte arbejder parallelt omkring leveringen af ydelser, hvilket forsøges imødekommet igennem tæt kontakt og sparring med hjemmesygeplejen ved tvivl og igennem opgavefunktionen i Nexus.

Delegering af sundhedsfaglige ydelser sker ved henvendelse fra hjemmesygeplejen, som kun delegerer ydelser ved stabile borgere, og ydelser, som ligger inden for leverandørens ansvarsområde, fx varetager leverandøren ikke dispensering af borgernes medicin, ligesom personlig delegering kun sker meget sjældent. Inden overtagelse af en ydelse sikrer planlægger, at den sundhedsfaglige dokumentation, herunder fyldestgørende handleanvisninger, foreligger fra hjemmesygeplejen, hvorefter ydelsen planlægges på kørelister med dertil knyttede medarbejdere med rette kompetencer. Som et nyt tiltag er fysiske delegeringsskemaer udfaset, og er i stedet erstattet af dokumentation i Nexus, som planlægger udfylder.

Medarbejderne kan redegøre for borgerens sygeplejemæssige problemstillinger, herunder behandling og handlinger i forbindelse med ændringer i borgernes tilstand. Tilsynet bemærker, at både planlægger og medarbejdere har et godt borgerkendskab, hvortil de kan oplyse om igangsatte tiltag i relation til borgernes helbredssituation. Medarbejderne fremhæver et væsentlig forbedret samarbejde med kommunens hjemmesygeplejersker, som de tilkendegiver er meget imødekommende og hjælpsomme, når medarbejderne har behov for sparring eller står i akutte situationer ved borgerne, hvilket medarbejderne sætter stor pris på.

Medarbejderne kan redegøre for kommunens retningslinjer for delegering, og oplyser, at de ved behov orienterer sig i kommunens skema ved tvivl om kompetence- og ansvarsområde. Medarbejderne tilkendegiver et større overblik og forståelse for eget kompetenceområde efter introduktion til skemaet, hvortil de oplyser ikke længere at opleve, at ufaglærte kolleger leverer ydelser, som de ikke er oplærte til.

Dokumentationen for tre borgeres sundhedsfaglige indsatser, som omhandler medicinadministration, herunder ernæringsdrikke, cremer/salver og inhalationsmedicin samt stomipleje og af- og påtagning af kompressionsstrømer, er gennemgået med leverandørens to teamkoordinatorer. Den sundhedsfaglige dokumentation fremstår overvejende opdateret med sammenhæng mellem helbredsoplysninger, helbredstilstande og handleanvisninger i relation til delegerede sundhedsfaglige indsatser. Faglige indsatser er systematisk beskrevet, og overvejende fulgt relevant op i observationsnotater, som dog langt overvejende ikke er tilknyttede tilstande.

Til grund for vurderingen lægges det betydning, at tilsynet observerer, at en ufaglært medarbejder har oprettet en helbredstilstand vedrørende en borgers medicinering ifm. epilepsi, og at der mangler opdatering vedrørende en anden borgers sårbehandling, som

varetages i tæt samarbejde med hjemmesygeplejen. Tilsynets observationer er videregivet til planlægger samt kvalitets- og udviklingschef, der vil følge op. Derudover tillægges det betydning, at observationsnotater ikke er relaterede til relevante tilstande, hvilket vanskeliggør systematisk overblik over borgerrettede indsatser.

3.4.2 Medicinhåndtering

Score: 3

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at tilbuddet i middel grad lever op til indikatorerne.

Borgerne er trygge ved medarbejdernes medicinhåndtering, og de beskriver, at den udleverede medicin svarer til den ordinerede medicin. Dertil oplyser en pårørende om stor tryghed i måden, hvorpå medarbejderne håndterer borgerens medicin, som er låst forsvareligt ned i medicinbeholder.

Planlægger samt kvalitets- og udviklingschef tilkendegiver et fokuseret arbejde på at sikre, at medarbejderne har rette kompetencer til medicinhåndtering, hvortil alle medarbejdere har gennemført e-learning i medicinhåndtering. Nye medarbejdere gennemfører ligeledes kurset som led i deres oplæring, og planlægger følger løbende op med medarbejderne ifm. indberetning af UTH eller ved observerede fejl, hvilket ligeledes sker under tilsynet på en anerkendende måde som led i den systematiske og løbende kvalitetssikring og opkvalificering af medarbejderne.

Medarbejderne kender til gældende retningslinjer for medicinhåndtering, men de oplyser samtidigt, at de indimellem observerer fejl ved borgerne, primært omhandlende manglende udleveret medicin. En medarbejder har desuden for nyligt oplevet fejl ifm. administration af en borgers smerteplaster, hvilket blev fulgt op igennem drøftelser med planlægger og indberetning af UTH.

Ved medicingennemgang identificeres det, at borgernes medicinlister er opdaterede, og at borgernes medicin er dispenseret korrekt i enten medicinæsker eller dosisdispenserede poser, hvorpå borgers navn og CPR-nummer fremgår. I alle tre tilfælde opbevares medicinen forsvareligt i borgernes boliger. Hos en borger identificeres to medicinske salver, som ikke har påført anbrudsdato, ligesom der ved en anden borger observeres fire ikke udleverede medicinposer, hvortil der i to tilfælde er kvitteret for udlevering. For de to andre doseringsposer har medarbejderne ikke kvitteret for udlevering, og der er oprettet observationsnotater med beskrivelse af årsagen til den manglende udlevering. Derudover bemærker tilsynet, at der ikke konsekvent er kvitteret for udleveret medicin ved de tre borgere, hvilket indgår i vurderingen af temaet.

3.4.3 Instrukser og retningslinjer

Score: 4

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at tilbuddet i høj grad lever op til indikatorerne.

Medarbejderne har kendskab til gældende instrukser og retningslinjer, fx delegering og medicinhåndtering, ligesom de kan oplyse, at øvrige retningslinjer findes på VAR-portalen, som medarbejderne er introducerede til. Medarbejderne anvender VAR-portalen ved behov for viden om, hvordan en ydelse leveres, hvortil medarbejderne kan redegøre for konkrete opslag i relation til visiterede ydelser. Kommunens skema over delegering anvendes systematisk, og medarbejderne tilkendegiver et langt større overblik over eget kompetenceområde end tidligere.

Til grund for vurderingen tillægges det betydning, at retningslinjer vedrørende medicinhåndtering ikke konsekvent efterleves i praksis.

3.4.4 Indberetning og opfølgning på UTH

Score: 3

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at tilbuddet i middel grad lever op til indikatorerne.

Planlægger samt kvalitets- og udviklingschef redegør for praksis vedrørende UTH-området omhandlende systematisk arbejdsgang for handlingsanalyse, som sker i samarbejde med Kolding kommunes kvalitetskonsulent - Risikomanager og svaneplejes UTH sagsbehandler med henblik på læring af indrapporterede UTH, som ligeledes følges op med relevante medarbejdere, og indimellem drøftes på teammøder. Dog er dette ikke et fast punkt på dagsordenen, hvortil planlægger, som aktuelt er tovholder på UTH-arbejdet, oplyser om intensjonen om mere systematisk opfølgning, når ny leder og sygeplejerske tiltræder, ligesom leverandøren ligeledes har ønske om implementering af samlerapportering.

Ifølge planlægger indberettes der aktuelt cirka seks UTH om måneden, primært omhandlende glemt medicin.

Medarbejderne oplyser om, hvornår UTH indrapporteres, og hvordan der arbejdes med at sikre læring af hændelserne igennem kollegial dialog og opsamling med planlægger. Medarbejderne kan dog ikke redegøre for, at indberettede UTH, ud over en enkel gang, drøftes på team- eller personalemøder. Medarbejderne tilkendegiver, at de indrapporterede hændelser primært omhandler glemt medicingivning og fald.

Tilsynet oplyses om, at glemt medicin hos en borger ikke er indberettet, hvilket overrasker planlægger, der vil følge op med de involverede medarbejdere.

3.5 Tilsynets bemærkninger og anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende bemærkninger og anbefalinger i forhold til leverandørens fremadrettede udvikling:

3.5.1 Bemærkninger

Tilsynet har ingen bemærkninger.

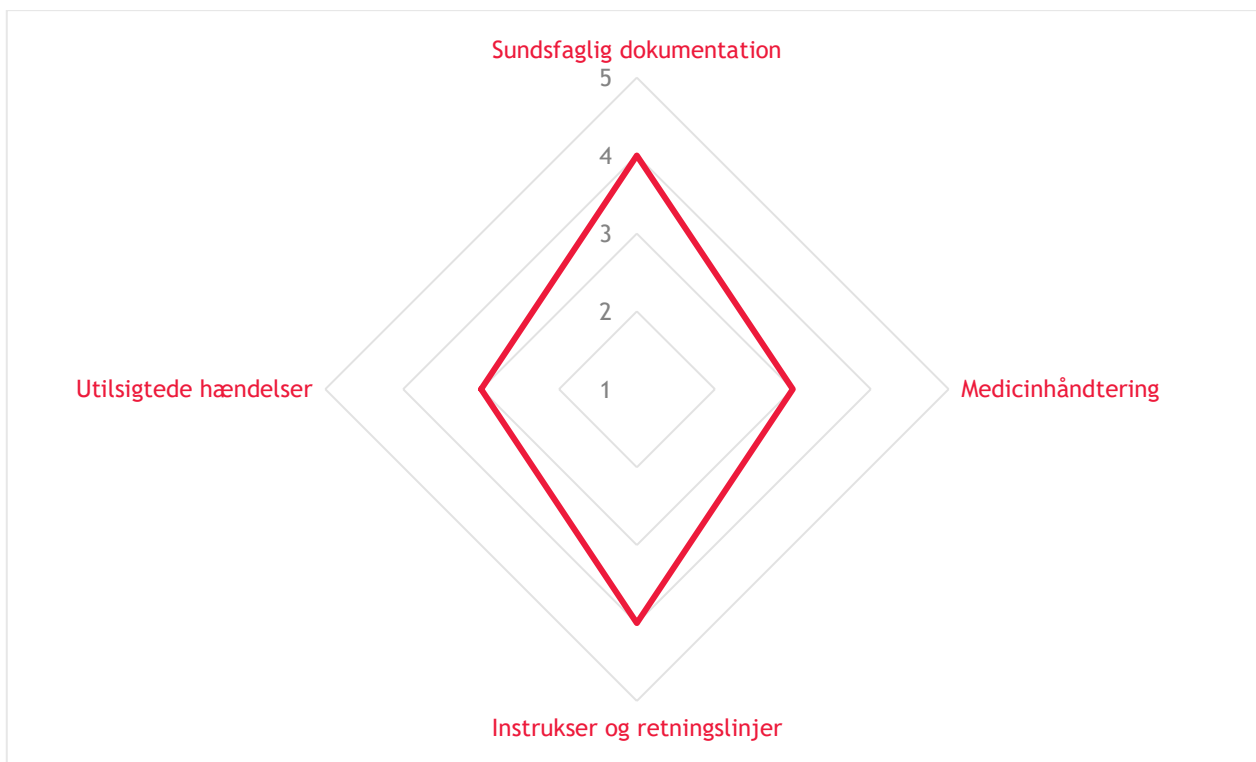
3.5.2 Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler ledelsen at sikre, at det kun er medarbejdere med sundhedsfaglig baggrund, som opdaterer borgernes sundhedsfaglige dokumentation, og at afdække, hvem der er ansvarlig for evaluering af en konkret borgers sårbehandling.
2. Tilsynet anbefaler et øget fokus på, at medarbejderne relaterer observationsnotater til relevante tilstande med henblik på systematisk journalføring.
3. Tilsynet anbefaler ledelsen at følge op på, om samtlige medarbejdere har den nødvendige viden om medicinhåndtering, herunder administration af smertepaster og kvittering for udleveret medicin.
4. Tilsynet anbefaler, at medicinske præparater med begrænset holdbarhed konsekvent markeres med anbrudsdato.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen følger op og sikrer, at medarbejderne konsekvent kvitterer rettidigt i Nexus for udlevering af medicin, samt i observationsnotater dokumenterer årsagen til eventuel manglende udlevering.
6. Tilsynet anbefaler ledelsen at etablere en fast struktur for opfølgning og læring af utilsigtede hændelser samt implementerer samlerapportering.

3.6 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.



4. Vurderings-skema

I tilsynene i Kolding Kommune 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 elementer 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 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	<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 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 fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.