

Tilsynsrapport  
**Næstved Kommune**  
Sundhed og Ældre  
Hjemmeplejen Kommunal  
Distrikt Syd

Uanmeldt tilsyn  
Maj 2019

# INDHOLD

1.0	Formalia	3
2.0	Samlet Tilsynsresultat	4
2.1	Tilsynets anbefalinger	4
3.0	Datagrundlag	5
3.1	Aktuelle vilkår og opfølgning	5
3.2	Dokumentation	5
3.3	Personlig Pleje	6
3.4	Sundhedsfremme og forebyggelse	6
3.5	Praktisk hjælp	7
3.6	Kommunikation og adfærd	7
4.0	Tilsynets formål	8
4.1	Indhold og metode	8
4.2	Vurderingsskala	9
5.0	Præsentation af BDO	10

---

## Forord

Rapporten er bygget således, at læseren på de første sider præsenteres for en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt det samlede tilsynsresultat, begrundelse for tilsynsresultatet, bemærkninger og anbefalinger.

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

Sidste del af rapporten indeholder en kort beskrivelse af formål og metode samt kontaktoplysninger til BDO.



“

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

# FORMALIA

<b>Hjemmeplejedistriktets navn og adresse</b>
Distrikt Syd, Birkebjerg Alle 11 og Lovvej 3, 4700 Næstved
<b>Leder</b>
Anne Engell
<b>Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg</b>
Onsdag den. 15. maj 2019, kl. 8.15
<b>Datagrundlag</b>
<p>Tilsynet blev tilrettelagt sammen med vicedistriktschef og tre teamledere</p> <p>Ved tilsynet er der foretaget gennemgang af faglig dokumentation hos fire borgere samt observationer hos tre borgere.</p> <p>Tilsynet har interviewet tre borgere med deltagelse af pårørende hos to af borgerne. En borger er ikke truffet hjemme.</p> <p>Borgerne har givet tilsagn om deltagelse i tilsynet.</p> <p>Tilsynet har desuden gennemført interview med fem medarbejdere.</p> <p>Ledelsen har afslutningsvis fået en foreløbig tilbagemelding på tilsynet.</p>
<b>Tilsynsførende</b>
Manager Else Marie Seehusen, Sygeplejerske SD/DSH

# SAMLET TILSYNSRESULTAT

BDO har på vegne af Næstved Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn i hjemmeplejen Distrikt Syd. På baggrund af det indsamlede datamateriale og den efterfølgende analyse heraf vurderer BDO, at Distrikt Syd er en leverandør med:

## Meget tilfredsstillende forhold.

Den overordnede vurdering er, at der er arbejdet målrettet med anbefalingerne fra tilsynet i 2018, og at der målrettet pågår en række strategiske udviklingstiltag til fortsat optimering af den samlede kvalitet.

Dokumentationen er meget tilfredsstillende og lever op til kommunens kvalitetsstandarder og lovgivningen på området, og har en faglig og professionel standard med få mangler, som relativt let vil kunne afhjælpes. Dokumentationen fungerer som et aktivt redskab for hverdagens praksis.

Tilsynet vurderer, at borgerne generelt er meget tilfredse med pleje og omsorg og modtager relevant hjælp, svarende til deres behov, og er trygge ved indsatsen, dog er der eksempel på, at borger og pårørende kan opleve stor variation i tidspunkt for levering af hjælpen. Hjælpen leveres efter en meget tilfredsstillende faglig standard og med et rehabiliterende sigte.

Der i høj grad er fokus på sundhedsfremme og forebyggelse, og medarbejderne kan meget tilfredsstillende redegøre for, hvordan de arbejder tværfagligt med indsatsen, herunder praksis for akutte ændringer og brug af akutfunktionen.

Borgerne er meget tilfredse med medarbejderne. Kommunikation og adfærd er meget tilfredsstillende og er kendetegnet ved at være respektfuld og anerkendende.

## 2.1 TILSYNETS ANBEFALINGER

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

### Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at der fortsat er opmærksomhed på dokumentationen, herunder at tilstande er aktuelle og opdaterede, og ligeledes at der fortsat arbejdes på at få udfyldt relevante rubrikker under generelle oplysninger.
2. Tilsynet anbefaler, at der i et konkret hjem sker en forventningsafstemning og tilpasning af tider, så borger og pårørende oplever, at tidspunkter er tilpasset hjemmets rutiner.

# DATAGRUNDLAG

## 3.1 AKTUELLE VILKÅR OG OPFØLGNING

<b>Data</b>	<p>Siden sidste tilsyn har distriktet arbejdet kontinuerligt med kvalitetsudvikling i dokumentationen, og efter at FSIII/Nexus styregruppen har genbesøgt diverse funktioner og arbejdsgange er der nu udarbejdet nye arbejdsgangsbeskrivelser, som i højere grad binder helheden omkring borgerne sammen. Blandt andet er det nyt, at udfører skal beskrive tilstande, og myndighed skal derudfra bevillige indsatser/ydelse. Implementeringen starter i uge 20. MED-udvalget har besluttet, at alle social- og sundhedsmedarbejdere screenes på IT- og læse-/skrivefærdigheder med efterfølgende obligatorisk forløb til de medarbejdere, der har et behov.</p> <p>Distriktet arbejder strategisk med organisering, og fokus er nu ændret til at udvikle den faglige sammenhæng for at sikre et ensartet kvalitetsniveau fagligt og administrativt, hvor tværgående teamleder tidligere har haft ansvar for udvikling af sammenhængskraft i forhold til ressourcer og kompetencer. Der er ligeledes opnormeret med terapeuter, som nu er fast tilknyttet de respektive teams, blandt andet for at fastholde det rehabiliterende fokus, men også for at kunne honorere GOP'er, som omvisiteres fra sundhedscentret. Overordnet er der fokus på rekruttering og særligt på at fastholde nye medarbejdere med nærledelse og grundig introduktion i den første tid efter ansættelse. Aktuelt får distriktet løbende uopfordrede ansøgninger, som der handles på med det samme.</p> <p>Ordringen med blandede vagter er nu velimplementeret, og det er med til at give en større forståelse for borgerne igennem døgnet og har øget fleksibiliteten i medarbejdergruppen, herunder større kendskab til kollegaer.</p> <p>Aktuelt er distriktet ved at afslutte et forløb, som bidrager til en konstruktiv feedbackkultur og gruppedynamik - hvordan alle medarbejdere tør og kan tage ordet og give brugbar tilbagemelding til kollegaer, herunder også, hvordan møder medarbejderne borgerne, som de oplever som udfordrende.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	Tilsynet vurderer, at der er arbejdet målrettet med anbefalingerne fra tilsynet i 2018, og at der pågår en række strategiske udviklingstiltag til fortsat optimering af den samlede kvalitet.

## 3.2 DOKUMENTATION

<b>Data</b>	<p>De generelle oplysninger er udfyldt med helbredsoplysninger. Rubrikker med ressourcer, mestring, motivation osv. er generelt udfyldt, dog er disse i et enkelt tilfælde sparsomt bragt i spil. På alle borgere er der oprettet tilstande med indsatsmål og handleanvisninger, dog ses enkelte handleanvisninger, som ikke er opdaterede/afsluttede. Der er gennemgående arbejdet med at linke tilstande, indsatser og handleanvisninger. TOBS dokumenteres. Borgernes aktuelle triagering ses i journalen og med farvekode på en tavle i grupperummet. Døgnrytmeplaner har sammenhæng med funktionsevnevurderinger, og indsatser er handlevejledende og specifikt beskrevet med borgers indsats og medarbejders indsats, herunder hvilke ressourcer borger bidrager med. Ligeledes er særlige oplysninger udfyldt, herunder også evt. kognitive problemstillinger.</p> <p>Medarbejderne anvender dokumentationen som et aktivt redskab for hverdagens praksis, og den personlige pleje tager afsæt i døgnrytmeplanen og de sundhedsfaglige opgaver i handleanvisninger. De respektive faggrupper har ansvar for den løbende opdatering. Der dokumenteres løbende - på triagemøder og andre tværfaglige møder, hvor blandt andet rehabiliteringsforløb gennemgås og dokumenteres.</p>
-------------	---

	Sygeplejerskerne er ansvarlige for sygeplejefagligudredning/oprettelse af tilstande og handleanvisninger, og de faste social- og sundhedsmedarbejdere er primært ansvarlige for at oprette døgnrytmeplanen. Der dokumenteres mobilt og på stationær PC.
<b>Tilsynets vurdering</b>	Tilsynet vurderer, at dokumentationen meget tilfredsstillende lever op til kommunens kvalitetsstandarder og lovgivningen på området, og har en faglig og professionel standard med få mangler, som relativt let vil kunne afhjælpes. Dokumentationen fungerer som et aktivt redskab for hverdagens praksis.

### 3.3 PERSONLIG PLEJE

<b>Data</b>	<p>Borgerne er generelt meget tilfredse med pleje og omsorg og oplever, at der er sammenhæng mellem den hjælp, de har behov for, og den hjælp, de får tilbudt, og alle er trygge ved den hjælp, de modtager. To af borgerne er særdeles tilfredse med den indsats og træning, de har modtaget efter sygehusindlæggelse, og begge har generhvervet mange af deres tidligere funktioner. Overordnet oplever borgerne, at ydelserne leveres som aftalt, dog tilkendegiver en borger og dennes pårørende, at der kan forekomme stor variation i tidspunkter, og at det i nogen grad begrænser deres muligheder for, at ægtefælle kan tage af sted fra hjemmet.</p> <p>De besøgte borgere fremstår alle soignerede og veltilpasse.</p> <p>Distriktets planlæggere står for den daglige driftsplanlægning, som tilrettes i de respektive teams, hvor medarbejderne oplever, at planlæggerne er hurtige til at tilrette faste ændringer. Teamledere læser fælles borgerjournal og koordinerer eventuelle ændringer til teamet. Hver medarbejder læser op på borgere, de skal besøge, og hjælpen gives med afsæt i døgnrytmeplan og handleanvisninger. Der er en række mødefora, hvor der er mulighed for sparring, blandt andet ved det daglige indmøde, ved de ugentlige triagemøder og ved borgerkonferencer. Medarbejderne redegør for, hvordan de arbejder rehabiliterende i hverdagen med fokus på kerneopgaven og på borgerens ressourcer, og hvordan disse, som en naturlig del, inddrages i hverdagslivet. Til alle rehabiliteringsforløb bliver der udarbejdet handleplan, hvor alle med hver deres tværfaglige tilgang arbejder hen mod de samme mål. Når medarbejderne observerer et træningspotentiale, bringes det op tværfagligt, og hvis det vurderes relevant, bliver der ansøgt om et træningsforløb.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	Tilsynet vurderer, at borgerne generelt er meget tilfredse med pleje og omsorg og modtager relevant hjælp, svarende til deres behov, og er trygge ved indsatsen, dog er der eksempel på, at borger og pårørende kan opleve stor variation i tidspunkt for levering af hjælpen. Hjælpen leveres efter en meget tilfredsstillende faglig standard og med et rehabiliterende sigte.

### 3.4 SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE

<b>Data</b>	<p>Der arbejdes med triagering/TOBS med to ugentlige triagemøder i de respektive teams, hvor sygeplejersken er tovholder. Medarbejderne fortæller, hvordan den sundhedsfremmende og forebyggende indsats er et tværfagligt samarbejde, og der ses konkrete eksempler på dette i dokumentationen, fx vedrørende træning, ernæring, medicin og sårpleje. Distriktets sygeplejersker er ansvarlige for akutfunktionen med afsat ressource. Praksis er, at medarbejderne kontakter sygeplejersken i eget team. Social- og sundhedsmedarbejderne oplever, at ordningen er velfungerende og med til at sikre kontinuitet og opfølgning på ændrede tilstande. Ligeledes opleves hurtig respons på henvendelser, enten med sparring eller besøg til borger.</p> <p>Der taget hånd om observerbare risici hos den enkelte borger.</p>
-------------	--

<b>Tilsynets vurdering</b>	Tilsynet vurderer, at der i høj grad er fokus på sundhedsfremme og forebyggelse, og medarbejderne kan meget tilfredsstillende redegøre for, hvordan de arbejder tværfagligt med indsatsen, herunder praksis for akutte ændringer og brug af akutfunktionen.
----------------------------	---

### 3.5 PRAKTISK HJÆLP

<b>Data</b>	<p>To af borgerne modtager praktisk hjælp. Begge borgere er tilfredse med kvaliteten, den ene borger har modtaget træning, og er igen blevet i stand til at varetage de fleste af opgaverne. Den praktiske bistand udføres med udgangspunkt i borgernes ønsker og vaner. I et af de besøgte hjem er det ægtefælle, som varetager praktiske opgaver.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for særlige indsatser, hygiejnemæssige risici, eksempelvis at iværksætte tiltag med værnemider til borgere med smitterisiko, hvor der visiteres til ekstra indsats til rengøring og til eventuelle plejeopgaver.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	Tilsynet vurderer, at borgerne er meget tilfredse med kvaliteten af den leverede praktiske hjælp, samt at den hygiejniske standard svarer til borgernes habitus og kommunens kvalitetsstandard.

### 3.6 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD

<b>Data</b>	<p>Borgerne er meget tilfredse med medarbejderne og oplever, at de er imødekomende, og en udtrykker, at de er utroligt søde og flinke, og at kommunikation og adfærd er respektfuld. Ligeledes tilkendegiver borgerne, at det overvejende er kendte medarbejdere, som kommer i hjemmet.</p> <p>Medarbejderne italesætter en ny model "Måtteøvelsen", hvor man stopper op og nulstiller, inden man går ind hos en borger, og ligeledes nulstilles, når man er færdig med besøget. I mødet med borgerne er det vigtigt at møde dem ligeværdigt og tage afsæt i deres ønsker og vaner. Det individuelle kendskab prioriteres så vidt, det er muligt, ved planlægning.</p> <p>Under interview med medarbejderne omtales borgerne respektfuldt og anerkendende.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	Tilsynet vurderer, at borgerne er meget tilfredse med medarbejderne. Kommunikation og adfærd meget tilfredsstillende og kendetegnet ved at være respektfuld og anerkendende.



# TILSYNETS FORMÅL

Formålet med tilsynet 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.

## 4.1 INDHOLD OG METODE

BDO's tilsynskoncepter tager udgangspunkt i gældende lovgivning og øvrige bestemmelser, retningslinjer og anbefalinger for tilsyn på områderne. Gennemførelsen af tilsyn i hjemmeplejen baserer sig på Servicelovens §§ 83, § 83a og 86 omhandlende personlig pleje, praktisk hjælp og madservice samt på Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens §§ 148a, 151a og 151b m.fl.

De uanmeldte tilsyn tager udgangspunkt i en helhedsvurdering af leverandøren ved hjælp af fire forskellige datakilder:

- Gennemgang af faglig dokumentation
- Interview med borgere
- Interview med medarbejdere
- Observation

Samlet set giver de fire metodiske tilgange en dybtgående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten af de ydelser, som borgeren modtager.

Tilsyn med fritvalgsområdet foretages metodisk ud fra et koncept, hvor BDO har udviklet målepunkter og indikatorer på følgende områder:

### Målepunkter

- Dokumentation
- Personlig pleje og omsorg
- Sundhedsfremme og forebyggelse
- Praktisk hjælp
- Kommunikation og adfærd

## 4.2 VURDERINGSSKALA

Tilsynet arbejder ud fra følgende vurderingsskala:

Samlet vurdering	Samlet vurdering
Særdeles tilfredsstillende	Bedømmelsen <i>særdeles tilfredsstillende</i> opnås, når forholdene kan karakteriseres som fremragende og eksemplariske, og hvor tilsynet har konstateret ingen, få eller mindre væsentlige mangler, som let vil kunne afhjælpes. Det særdeles tilfredsstillende resultat kan følges op af tilsynets anbefalinger.
Meget tilfredsstillende	Bedømmelsen <i>meget tilfredsstillende</i> opnås, når forholdene kan karakteriseres ved at være gode og tilstrækkelige, og hvor tilsynet har konstateret få mangler, som relativt let vil kunne afhjælpes. Det meget tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger.
Tilfredsstillende	Bedømmelsen <i>tilfredsstillende</i> opnås, når forholdene kan karakteriseres som tilstrækkelige, og hvor der er konstateret flere mangler, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats. Det tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger.
Mindre tilfredsstillende	Bedømmelsen <i>mindre tilfredsstillende</i> opnås, når forholdene på flere områder kan karakteriseres som utilstrækkelige, og hvor der er konstateret en del og/eller væsentlige mangler, som det vil kræve en bevidst og målrettet indsats at afhjælpe. Det mindre tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger, fx anbefaling om udarbejdelse af handleplan.
Ikke tilfredsstillende	Bedømmelsen <i>ikke tilfredsstillende</i> opnås, når forholdene generelt kan karakteriseres som utilstrækkelige og uacceptable, og hvor der er konstateret mange og/eller alvorlige mangler, som det vil kræve en radikal indsats at afhjælpe. Det ikke tilfredsstillende tilsynsresultat følges op af tilsynets anbefalinger om, at problemområderne håndteres i umiddelbar forlængelse af tilsynet samt at der udarbejdes handleplan, eventuelt i samarbejde med forvaltningen. Det ikke tilfredsstillende tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

# PRÆSENTATION AF BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner, herunder tilsyn på ældreområdet og socialområdet.

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

PARTNERANSVARLIG  
BIRGITTE HOBERG SLOTH  
Partner  
m: 2810 5680  
e: [bsq@bdo.dk](mailto:bsq@bdo.dk)

Projektansvarlig  
MARGIT KURE  
Senior Manager  
m: 24295072  
e: [mku@bdo.dk](mailto:mku@bdo.dk)

*BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, danskejet rådgivnings- og revisionsvirksomhed, er medlem af BDO International Limited - et UK-baseret selskab med begrænset hæftelse - og del af det internationale BDO netværk bestående af uafhængige medlemsfirmaer. BDO er varemærke for både BDO netværket og for alle BDO medlemsfirmaerne. BDO i Danmark beskæftiger mere end 1.200 medarbejdere, mens det verdensomspændende BDO netværk har ca. 80.000 medarbejdere i mere end 160 lande.*

*Copyright - BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, cvr.nr. 20 22 26 70.*

[www.bdo.dk](http://www.bdo.dk)