



Anmeldt tilsynsrapport
Hjemmeplejen
område nord - "for-glem-mig-ej"
november 2011



Indholdsfortegnelse

1.0 Tilsynets omfang og gennemførelse.....	3
1.1 Interview, dokumentation og observationer.....	3
1.2 Rapport	3
2.0 Konklusion og anbefalinger.....	4
2.1 Begrundelse	4
2.2 Anmærkninger og udviklingspunkter.....	5
3.0 Uddybning af konklusion og anbefalinger.....	6
3.2 Trivsel, personlig og praktisk hjælp samt træning jf. §§ 83 og 86	7
3.3 Demens.....	8
3.4 Kompetenceudvikling/efteruddannelse	9
3.5 Dokumentation	10
4.0 Konklusion	11
5.0 Hørings- opfølgings- og formidlings proces.....	12

1.0 Tilsynets omfang og gennemførelse

Tilsynskonsulenterne Charlotte Enig Sørensen og Gunvor Bank fra Ledelses- og Sundhedssekretariatet i Sundhed & Omsorgsforvaltningen i Aabenraa Kommune, gennemførte anmeldt tilsyn i hjemmeplejen Nord, hjemmehjælpsgruppe; "for-glemmigej" den 17. november 2011 kl. 10.00 - 13.00. Herudover har tilsynet besøgt i alt fem tilfældigt udvalgte borgere i eget hjem.

1.1 Interview, dokumentation og observationer

Tilsynet indledtes med en kort præsentation af tilsynets dagsprogram med efterfølgende gruppeinterview af områdeleder, driftsleder samt demenskoordinator. Herefter gruppeinterview med udvalgte medarbejdere.

Medarbejdergruppen repræsenterede både social- og sundhedshjælpere (SSH), én social- og sundhedsassistent (SSA) samt én sygehjælper.

Vurderingerne i rapporten vurderes udover dialog med ledelsen, gruppeinterview med medarbejderne og dokumentgennemgang, også af samtaler og observationer foretaget på tilsynene ved borgerne. Den elektroniske dokumentation har tilsynet efterfølgende gennemgået.

Tilsynet er tilrettelagt og gennemført med baggrund i Lov om Social Service § 151, Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område § 16 samt de rammer for tilsynet, der er beskrevet i tilsynsmanualen; Tilsyn med hjemmeplejen i Sundhed og Omsorgs forvaltningen Aabenraa kommune 2011. Tilsynet omfatter forholdene for borgere, medarbejdere samt ledelsen.

Formålet med tilsynet er at sikre, at den leverede hjælp lever op til kommunens kvalitetskrav og standarder for pleje-, trænings- og omsorgsindsatsen, og at indholdet og den måde hjælpen løses og udføres på tilgodeser borgernes behov. Der er i forbindelse med tilsynet fokus på kontrol, læring og udvikling. Resultaterne af tilsynet forventes fulgt op og indgå som en del af hjemmepleje område Nords systematiske kvalitetsudviklingsarbejde.

Opmærksomheden skal henledes på, at tilsynet udgør et øjebliksbillede, og derfor ikke er et udtryk for det samlede billede af alt, der foregår.

1.2 Rapport

Rapporten beskriver forhold og faktuelle oplysninger på baggrund af de indsamlede data fra interview og dialog med ledelsen, medarbejdere og borgere, dokumentationen og de tilsynsførendes observationer fra tilsynsbesøget.

Følgende kvalitetsmål jf. udsendt manual, har tilsynet taget udgangspunkt i:

- Trivsel, personlig og praktisk hjælp samt træning jf. §§ 83 og 86
- Demens
- Kompetenceudvikling/efteruddannelse
- Dokumentation

2.0 Konklusion og anbefalinger

Tilsynsførendes vurdering af det uanmeldte tilsyn:

Godkendt

2.1 Begrundelse

"For-glem-mig-øj" er en hjemmehjælpsgruppe, etableret for ca. to år siden med 9 ruter (snart 10) og 13 medarbejdere. Gruppen kører ud i dagtimerne (6.30 – 15.00) til svært demente borger i Aabenraa midtby. Medarbejderne i gruppen har alle stillingsbetegnelsen som demensressourceperson. Betegnelsen kræver både personlige og faglige kompetencer indenfor området for optimalt at yde denne gruppe borgere den socialpædagogiske omsorg og støtte de har behov for.

Borgerne og disses pårørende/ægtefæller udtrykker stor glæde og meget tilfredshed med den hjælp de modtager. De oplever at få den hjælp, pleje og omsorg de har behov for samt har mulighed for i samråd med hjælperne og/eller ledelsen samt Visitationscentret, så vidt det er muligt, at tilpasse ydelserne i forhold til det aktuelle behov.

Der indarbejdes så vidt det kan lade sig gøre; træning/aktiverende pleje ("hjælp til selvhjælp") i de daglige gøremål, og borgerne/ægtefællerne oplyser i den forbindelse, hvordan de opfordres til at deltage aktivt i f.eks. rengøring, morgenpleje, tøjvask m.m.

Både medarbejdere og ledelse refererer til en meget stabil medarbejdergruppe, hvor der siden opstarten for to år siden ikke har været udskiftning i gruppen. Sygefraværsprocenten ligger for de sidste 10 mdr. på 2,9 %.

Medarbejderne oplever for tiden at have travlt. Ledelsen er bevidst omkring det, og arbejder bl.a. på at oprettet en rute mere i gruppen. Derudover udfordres gruppen af kommunens visiterings- og ydelsesrammer som til tider kolliderer med de svært dementes behov for en individuel specifik socialpædagogisk pleje og omsorg. Gruppen refererer derfor til kreative løsninger for at få dagen/planen til at hænge sammen for herigennem at sikre borgerne den hjælp de har behov for.

Demensomsorgen er hovedkompetencen i gruppen, og jævnfør kompetenceoversigten for "for-glem-mig-øj" planlægges det, at samtlige medarbejdere tilbydes kurserne; Demens 1, 2, 3 og 4, samt at gruppen som helhed tilbydes kurser indenfor socialpsykiatri, alkohol og misbrug samt KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom).

Der inddrages eksterne samarbejdspartnere i det omfang der opleves at være behov (gerontopsykiatrien, VISO).¹ Der foretages for tiden ingen magtanvendelser, og medarbejderne er bl.a., i forbindelse med kursus i "selvledelse", under-

¹ VISO: Den Nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation

vist i konflikthåndtering, og forsøger at matche borgerne og medarbejdere så konflikter minimeres. Herudover bliver samtlige medarbejdere undervist i magt-anvendelses reglerne.

Der gives udtryk for, at der er gode muligheder for faglig udvikling i form af kurser, temadage, kurser i kvali-care samt evt. efteruddannelse.² Kompetence-udvikling og muligheder drøftes ved den årlige MUS- samtale.

Samtlige medarbejdere anvender dagligt den elektroniske omsorgsjournal; Care. Medarbejderne orienterer sig samt dokumenterer både i journal-modulet samt i indsatsplan-modulet, og er på den måde bekendt med og har fokus på borgernes indsatsområder.

2.2 Anmærkninger og udviklingspunkter

Aabenraa Kommune lægger vægt på, at der arbejdes systematisk med kvalitets-udvikling.

På baggrund af tilsynet er der ikke fundet anledning til at give anmærkninger.

² Kurser i kvali-care; kurser der er baseret på e-learning, hvor samtlige medarbejdere løbende gennemgår relevante emner bl.a. vedrørende sår og diabetes.

3.0 Uddybning af konklusion og anbefalinger

Aabenraa Kommune lægger vægt på, at udviklingen af den faglige kvalitet tager udgangspunkt i, at ydelser og service er leveret og dokumenteret i henhold til godkendte faglige standarder og bedste praksis. Der vurderes op imod følgende kvalitetsmål:

- 3.2 Trivsel, personlige og praktiske hjælp samt træning jf. §§ 83 og 86
- 3.3 Demens
- 3.4 Kompetenceudvikling/efteruddannelse
- 3.5 Dokumentation

3.2 Trivsel, personlig og praktisk hjælp samt træning jf. §§ 83 og 86

Kvalitetsmål:

Den helhedsorienteret pleje- omsorgs- og træningsindsats, opleves som værdig, nærværende og meningsfuld samt er med til at vedligeholde/genoprette af borgernes trivsel, funktions- og færdighedsniveau.

Indsatsen tager afsæt i begrebet "hjælp til selvhjælp", hvor der er fokus på den aktive-pleje- og omsorgsindsats og understøtter borgernes kognitive, emotionelle og sociale færdigheder og behov.

Konklusion: Kvalitetsmålet er godkendt

Borgerne og disses pårørende/ægtefæller udtrykker glæde og tilfredshed med den hjælp de modtager. De oplever at få den hjælp, pleje og omsorg de har behov for samt har mulighed for, og i samråd med hjælperne og/eller ledelsen samt Visitationscentret at tilpasse ydelserne i forhold til det aktuelle behov.

Medarbejderne oplever for tiden at have travlt. Ledelsen er bevidst omkring det, og der arbejdes bl.a. på at oprette en rute mere i gruppen.

Derudover udfordres gruppen af kommunens visiterings- og ydelsesrammer som til tider kolliderer med de svært dementes behov for en individuel specifik socialpædagogisk pleje og omsorg. Gruppen refererer derfor til kreative løsninger for at få dagen/planen til at hænge sammen, og for herigennem at sikre, at borgerne får den hjælp de har behov for. Bl.a. bliver tilsynet oplyst om problematikkerne omkring at få lov til at hjælpe borgerne med at købe ind/modtage mad fra fælleskøkkenet. Borgerne ønsker ofte ikke at modtage de varer/maden der er bestilt, da de ikke mener at have brug for dem, eller at have bestilt dem. Dette kræver at medarbejderne må tænke i meget kreative løsninger og også ofte tilbyde løsninger, som der ikke kan visiteres tid til via ydelseskataloget.

I mange tilfælde kræver flere af delopgaverne hos de svært demente borgere oftest megen ro, tålmodighed og tid for at kunne yde den specifikke socialpædagogiske indsats de svært demente borgere har behov for.

Der indarbejdes så vidt det er muligt, træning/aktiverende pleje ("hjælp til selvhjælp") i de daglige gøremål, og borgerne/ægtefællerne oplyser i den forbindelse, hvordan de opfordres til at deltage aktivt i hjælpens udførelse. I nogle tilfælde kan de selv overtage opgaverne, og hjælpen derfor nedtrappes.

Der trænes i hjemmet med borgere efter instruks/vejledning fra Træning & Forebyggelse.

Både medarbejdere samt ledelse refererer til en meget stabil medarbejdergruppe på 13 medarbejdere, hvor der siden opstart ikke har været udskiftning i gruppen. Sygefraværsprocenten ligger for de sidste 10 mdr. på 2,9 %.

3.3 Demens

Kvalitetsmål:

Med afsæt i sundhedsfremmende tiltag har alle borgere, trods særlige kognitive og/eller psykiske behov, muligheden for, at vokse og gro og føle sig værdsat. Personalets kompetencer, matcher borgernes individuelle behov for hjælp. Hjælpen ydes med udgangspunkt i borgernes egne ressourcer og med mindst muligt indgriben i de personlige rettigheder.

Konklusion: Kvalitetsmålet er godkendt.

Borgere samt pårørende oplever en meget kompetent medarbejdergruppe, som yder en ihærdig og kreativ indsats for at levere de ydelser, som den enkelte demente borger er bevilget.

Pårørende inddrages i tilrettelæggelse af hjælpen i det omfang de ønsker og har mulighed for. Bl.a. inddrages de pårørende så vidt det er muligt også i udarbejdelse af hjælperrapporten/handleplanen (ark, hvor borgernes behov for daglig hjælp dokumenteres).

Tilsynet oplever, hvordan de demente borgere inddrages i det daglige og sociale liv, i det omfang de magter og ønsker.

Aktuelle problemstillinger drøftes kort om morgenen, og på de ugentlige supervisionsmøder, med demenskoordinatoren samt efter behov.

"For-glem-mig-ej" fungerer i dagvagten (6.30-15.00) som en selvstændig gruppe og modtager borgere fra hele Aabenraa midtby, hvor der kræves en ekstra/spiciel indsats i forhold til demensomsorgen. På nuværende tidspunkt, er hjemmeplejen i område nord i færd med at kigge på strukturen om aftenen, og ønsker også at nedsætte demensruter i aftenvagten. Der inddrages og samarbejdes med eksterne samarbejdspartnere (gerontopsykiatrien, VISO) i det omfang, der er behov.

Medarbejderne er meget opmærksomme på borgernes selvbestemmelsesret, hvor hjælpen tilrettelægges ud fra borgernes individuelle ønsker og behov. Der foretages for tiden ingen magtanvendelser og medarbejderne oplyser, at de bl.a. er undervist i konflikthåndtering og forsøger at matche borgere og medarbejdere, så konflikter minimeres. Herudover er samtlige medarbejdere undervist i magtanvendelsesreglerne.

Magtanvendelsesproblematikkerne drøftes i forbindelse med tilrettelæggelsen af hjælpen og flere borgere ønsker ikke hjælp til bl.a. personlig hygiejne. Dette resulterer i at medarbejderne får henvendelser eller kommentarer fra både pårørende samt samarbejdspartnere i kommunen om, at borgerne fremtræder usørgt.

Borgerne tildeles hver to kontaktpersoner som både borgerne og evt. pårørende kan kontakte ved behov.

På kontoret forefindes bl.a. en procedurer for "savnet bruger", der foreligger en signalementbeskrivelse (hårfarve, højde, øjenfarve m.m.) af samtlige borgere tilknyttet "for-glem-mig-ej" samt et billede af borgeren. Dette er med til at lette eftersøgningen af en evt. savnet dement borger.

3.4 Kompetenceudvikling/efteruddannelse

Kvalitetsmål:

Den løbende vedligeholdelse og udvikling af den enkelte medarbejders kompetencer, fører til et indholdsrigt og udviklende arbejde, så aktuelle og fremtidige opgaver kan løses bedst muligt. Den enkelte medarbejder har mulighed for, at drøfte individuelle ønsker om udvikling, ved den årlige MUS-samtale. Enhedens samlede ressourcer matcher borgernes behov.

Konklusion: Kvalitetsmålet er godkendt.

Der er fokus på kompetenceudvikling, og MUS-samtaler er planlagt og afvikles endeligt i uge 51. Der køres løbende kurser i kvali-care, hvor samtlige medarbejdere løbende gennemgår relevante kurser i f.eks. sår og diabetes.

Der arbejdes endvidere på at samtlige medarbejdere i "for-glem-mig-ej" modtager kurserne i Demens 1,2,3 og evt. 4. Dette kan dog strække sig over længere tid, da Sosu-skolen ikke udbyder alle kurserne og derfor må de finde andre muligheder for at få medarbejderne på kursus. Bl.a. samarbejdes der med de omkringliggende kommuner. Herudover tilbydes gruppen som helhed kurser indenfor, socialpsykiatri, alkohol og misbrug samt KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom).

Der er udarbejdet kompetence oversigt som giver lederen mulighed for at danne sig et overblik over gruppens samlede ressourcer og behov for eventuelt udvikling.

Der gives udtryk for, at der er god mulighed for faglig udvikling i form af kurser, temadage samt evt. efteruddannelse.

Tilsynet møder en meget kompetent, engageret medarbejdergruppe som brænder for deres arbejde.

Tilsynet oplever også en lidt presset gruppe, der oplever at have meget travlt. Medarbejderne oplever at den ugentlige supervision ved demenskoordinator i øjeblikket pga. travlheden, anvendes til en mere praktisk orientering end egentlig supervision. Tilsynet oplyses i den forbindelse om, at ledelsen er ved at etablere en rute mere i gruppen, hvorefter arbejdsomængden på de nuværende ruter kan blive normaliseret.

3.5 Dokumentation

Kvalitetsmål:

Dokumentationen af den helhedsorienterede pleje-, trænings- og omsorgsindsats er opdateret og tilgængelig, og føres elektronisk efter gældende standarder og procedurer. Den opdaterede dokumentation af borgernes daglige behov for hjælp giver et klart og tydeligt billede af borgerens aktuelle og reelle behov for hjælp samt indsatsområder.

Konklusion: Kvalitetsmålet er godkendt.

Der udarbejdes hjælperrapporter (beskrivelse af borgernes behov for daglig hjælp) på samtlige borger, som printes ud fra Care og ilægges borgerbøgerne i hjemmene. Herudover afprøves en ny skabelon; "handleplan", som mere detaljeret beskriver, hvilke opgaver der varetages af hjælperne, og hvilke opgaver borgerne selv kan. Pårørende inddrages i udfyldelsen af denne i det omfang de ønsker.

Tilsynet blev forevist introduktionsmateriale, funktionsbeskrivelser og diverse faglige instrukser og procedurer

Medarbejderne dokumenterer "de gode fortællinger" i en lille logbog. Heri forefindes mange gode og positive beskrivelser om "for-glem-mig-ej's" til tider kreative og omfattende indsats hos de svært demente borgere.

Samtlige medarbejdere orienterer sig samt dokumenterer i den elektroniske omsorgsjournal Care, både i journalmodulet og indsatsplan-modulet og er på den måde bekendt med og har fokus på borgernes indsatsområder.

Medarbejderne finder dokumentationen i indsatsplanerne nødvendigt i deres daglige arbejde for at kunne yde en helhedsorienteret omsorgs-, pleje- og træningsindsats.

Samtlige borgere/pårørende/ægtefæller som Tilsynsenheden har besøgt, var fuldt ud orienteret om hvilken hjælp de var bevilget, eller oplysningerne kunne findes i borgerbøgerne. Der var på samtlige borgere en udførlig udfyldt hjælperapport samt i ét tilfælde en udfyldt "handleplan".


4.0 Konklusion

Tilsynet er gennemført jf. godkendt manual for tilsynet i Aabenraa Kommune.

Afgørelse:

Tilsynet vurderes: **Godkendt**

Aabenraa Kommune d. 5. december 2011


Charlotte Eng Sørensen
Tilsynskonsulent
Sundheds- og ledelsessekretariat


Gunvor Bank
Tilsynskonsulent
Sundheds- & Ledelsessekretariatet

5.0 Hørings- opfølgings- og formidlings proces

Høringsproces	
	Beskrivelse
1	Tilsynet udfærdiger rapporten inden for 20 hverdage
2	Tilsynet sender rapporten til lederen til kommentering af faktuelle fejl. Lederen sendere rapporten retur til tilsynsenheden indenfor 10 hverdage.
3	Tilsynet sender tilsynsrapporten til høring i Seniorrådet.

Opfølgning og formidling	
	Beskrivelse
1	Lederen sikrer, at den endelige rapport er tilgængelig for borgere, familie og medarbejdere.
2	Lederen sikrer, at rapporten samt opfølgningen af evt. anmærkninger drøftes i enhedens kvalitetsforum.
3	Tilsynsenheden sender rapporten til fremlæggelse i Socialudvalget
4	Tilsynsenheden sørger for at tilsynsrapporten og evt. høringssvar offentliggøres på Kommunen hjemmeside