



Anmeldt tilsynsrapport

Hjemmeplejen
område Syd - Felsted
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, personlige og praktiske 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, område Syd - Felsted den 1. november 2011 kl. 10.00 - 13.20. Herudover har tilsynet ført tilsyn hos i alt syv tilfældigt udvalgte borgere i eget hjem.

1.1 Interview, dokumentation og observationer

Tilsynet i indledtes med en kort præsentation af tilsynets dagsprogram samt interview af områdeleder og driftsleder.

Der blev under tilsynet afviklet gruppeinterview af, de ti af driftslederen, udvalgte medarbejdere. Medarbejder gruppen repræsenterede, både Social- og Sundhedshjælper (SSH), Social- og Sundhedsassistenter (SSA) samt elever. Tilsynskonsulenterne blev vist rundt og driftslederen fremviste samt gennemgik relevant dokumentationen samt instrukser og procedurer mv.

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 Syds 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, personlige og praktiske 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

Borgerne og disses pårørende udtrykker stor glæde og meget tilfredshed med den hjælp de modtager fra hjemmeplejen område Syd - Felsted. De oplever at få den hjælp, pleje og omsorg de har behov for samt har mulighed for i samråd med hjælperne og/eller ledelsen at tilpasse ydelserne i forhold til det aktuelle behov.

Der indarbejdes træning/aktiverende pleje – ”hjælp til selvhjælp” - i de daglige gøremål og borgerne oplyser om, hvordan de opfordres til at deltage aktivt i fx rengøringen, morgenplejen m.v.

Tilsynet bliver af én af borgere samt pårørende orienteret om, at de oplever at det er blevet vanskeligere de sidste år, at få bevilget dagcenter aktiviteter,- særligt i forhold til sociale og kognitive aktiviteter.

Både medarbejdere samt ledelsen refererer til en meget stabil medarbejdergruppe, som hjælper hinanden på tværs af teams. Sygefraværsprocenten ligger i indeværende år på 8,1 %. Dette skyldes bl.a. flere langtidssygemeldte, som dog ikke har været arbejdsrelateret.

Der er fokus på demensomsorgen. Aktuelle problemstillinger drøftes på møder og der tilbydes supervision ved både de to interne resourcepersoner samt demenskoordinatoren. Herudover inddrages eksterne samarbejdspartnere i det omfang, der opleves at være behov. Der foretages ingen magtanvendelser og medarbejderne oplyser, at de bl.a. er undervist i konflikthåndtering og så vidt det er muligt forsøger at matche borgerne og medarbejdere.

Der gives udtryk for, at der er god mulighed for faglig udvikling i form af kurser, temadage, Kvali-Care kurser¹ samt evt. efteruddannelse. Kompetenceudvikling drøftes ved den årlige GRUS (Gruppe Udviklings Samtale) eller ved MUS- samtalerne som tilbydes individuelt, til de der måtte ønske dette.

Tilsynet fik gennemgået en del procedurer, introduktionsmateriale, funktionsbeskrivelser, samt ”hjælperrapporter”. Enkelte dele er under revidering centralt for Pleje og Omsorg, andre er udarbejdet og revideres internt i distriktet. Der er meget fokus på orientering, opdatering og inddragelse af medarbejderne, hvor flere af medarbejderne er udpeget til resourcepersoner for forskellige opgaver, bl.a. i forhold til dokumentation i Care, introduktions og oplæring af elever, dialog/kommunikation med Visitationscentret m.v.

¹ Kvali-Care kurser: e-learningkurser, hvor samtlige medarbejdere løbende gennemgår relevante emner; bl.a. vedrørende sår og diabetes.

Samtlige medarbejdere anvender Care, og der dokumenteres dagligt. Indsatsplan-modulet er ikke endelig implementeret i medarbejdernes (SSH og SSA) arbejde, men der er bevidsthed omkring det. Indsatsplan modulet anvendes primært af hjemmesygeplejersken som opretter samt evaluerer og følger disse.

Der er på nuværende tidspunkt ikke en systematiseret arbejdsgang, hvori medarbejderne anvender indsatsplanerne i deres daglige arbejde. Evt. oplysninger bliver beskrevet i "journalmodulet" og/eller videregivet til hjemmesygeplejersken, som herefter kan dokumentere dem i indsatsplan modulet i Care.

Samtlige borgere tilsynet har besøgt, var fuldt ud orienteret om hvilken hjælp de var bevilget og fik leveret, og flere kunne fremvise en udførlig hjælperrapport.

2.2 Anmærkninger og udviklingspunkter

Aabenraa Kommune lægger vægt på, at der arbejdes systematisk med kvalitetsudvikling.

På baggrund af tilsynet er der ikke fundet anledning til at give anmærkninger, men tilsynet ønsker at gøre opmærksom på udviklingsmuligheder, som vil kunne gavne og kvalitetsudvikle den helhedsorienterede omsorgs-, pleje- og træningsindsats i hjemmeplejen:

- At indarbejde en mere systematisk anvendelse af samtlige moduler/muligheder i den elektroniske omsorgsjournal; Care, så alle oplysningerne vedrørende borgernes fokus/problemområder kendes af, dokumenteres og følges op af alle, såvel hjemmesygeplejersker som hjemmehjælpere, der yder borgerne hjælp hjemmet.

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, personlige og praktiske 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-rende pleje- og omsorgsindsats og understøtter borgernes kognitive, emotionelle og sociale færdigheder og behov.

Konklusion: Kvalitetsmålet er godkendt

Borgerne og disses pårørende udtrykker stor glæde og meget tilfredshed med den hjælp de modtager fra hjemmeplejen område Syd - Felsted. De oplever at få den hjælp, pleje og omsorg de har behov for. Der er mulighed for i samråd med hjælperne og/eller ledelsen samt Visitationscentret, at tilpasse ydelserne i forhold til det aktuelle behov. Der tages hensyn i den grad det er muligt til borgernes individuelle ønsker, og i forhold til hvem der kommer i hjemmet, og i hvilket tidsrum hjælpen kan leveres.

Der indarbejdes træning/aktiverende pleje – "hjælp til selvhjælp" - i de daglige gøremål og borgerne oplyser om, hvordan de opfordres til at deltage aktivt samt i nogle tilfælde selv overtager opgaverne, og hjælpen kan derfor nedtrappes. Der trænes i hjemmet med borgere efter instruks/vejledning fra Træning & Forebyggelse.

Tilsynet bliver oplyst om af borgere samt pårørende, at de oplever, at det er blevet vanskeligere de sidste år, at få bevilget dagcenter aktiviteter,- særligt i forhold til sociale og kognitive aktiviteter.

Medarbejderne er opdelt i teams af 2-5 medarbejdere. Der er bl.a. et demens-team bestående af tre personer, som har mange års erfaringer og kompetencer indenfor området. Der er desuden netop blevet oprettet et rehabiliteringsteam som kører ud ved de borgere, der udskrives fra sygehuset med konkrete rehabiliteringsopgaver i hjemmet.

Både medarbejdere samt ledelse, refererer til en meget stabil medarbejdergruppe, som hjælper hinanden på tværs af teams. Sygefraværsprocenten ligger i indeværende år på 8,1 %. Dette skyldes bl.a. flere langtidssygemeldte (operationer og lignede), som ikke er arbejdsrelateret.

Ledelsen samt medarbejderne oplyser at samarbejdet med Visitationscentret er særdeles velfungerende.

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 borgerens egne ressourcer og med mindst muligt indgriben i de personlige rettigheder.

Konklusion: Kvalitetsmålet er godkendt.

Der er fokus på demensomsorgen, og borgerne med demens har trods særlige kognitive og/eller psykiske behov mulighed for at få den særlige hjælp de har behov for og føle sig værdsat.

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

Aktuelle problemstillinger drøftes om morgenen, hvor også driftslederen er tilstede, eller efter behov og der tilbydes supervision ved de to resourcepersoner samt demenskoordinatoren.

Én af de to resourcepersoner indenfor demens området havde netop været med aftenvagterne ude hos en borger, hvor de havde brug for supervision.

Der inddrages eksterne samarbejdspartnere (geronto-psykiatrien) i det omfang, der opleves at være behov.

Demensteamet kører ud til de borgere det har specielle behov indenfor demensområdet. Dette fungerer rigtig godt.

Medarbejderne er meget opmærksomme på borgernes selvbestemmelsesret, hvor hjælpen tilrettelægges ud fra borgernes individuelle ønsker og behov. Der foretages ingen magtanvendelser og medarbejderne oplyser, at de bl.a. er undervist i konflikthåndtering og så vidt det er muligt forsøger at matche borgerne og medarbejdere.

Borgerne tildeles hver to kontaktpersoner, som både borgerne og evt. pårørende kan kontakte ved behov. Alle de adspurgte borgere var bekendt med kontaktpersonordningen, og hvem der var deres kontakt person eller hvor i borgerbogen de kunne finde oplysningerne.

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 GRUS (Gruppe Udviklings Samtale) samt tilbud om MUS-samtaler er planlagt. Forvaltningens vision/mission danner grundlag for disse samtaler.

Der køres løbende Kvali-Care kurser (e-learningkurser), hvor samtlige medarbejdere løbende gennemgår relevante kurser bl.a. vedr. sår og diabetes.

Lederen oplyser, at der er udarbejdet kompetenceoversigter, som giver lederen mulighed for at danne sig et overblik over hele områdetets samlede ressourcer og eventuelle behov for udvikling/opkvalificering.

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 og stabil medarbejdergruppe som brænder for deres arbejde. Tilsynet oplever en meget positiv stemning i gruppen, hvor alle har mulighed for at komme til orde og udtrykke sig.

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.

Tilsynet fik gennemgået en del dokumentation, bl.a. udførlige introduktionsmapper til henholdsvis SSH- og SSA-elever. Procedurer og instruksmapper samt funktionsbeskrivelser mv.

Driftslederen redegjorde for deres kvalitetsarbejde og trivsel undersøgelse, som bl.a. har medført en revidering af "Hjælperrapporterne" (beskrivelse af borgernes behov for daglig hjælp).

Revideringsarbejdet er i fuld gang og tilsynet orienteres om, at ikke alle borgeres "Hjælperrapporter" er endelig revideret. "Hjælperrapporten" er journaliseret i Care og revideres løbende og min. én gang om året.

Samtlige medarbejdere dokumenterer i Care, i journal-modulet, som er det modul hjemmehjælperne primært benytter i det daglige.

Indsatsplan-modulet er ikke endelig implementeret i hjemmehjælpernes arbejde, men der er bevidsthed omkring det.

Medarbejderne var meget interesseret i arbejdet med indsatsplanerne og finder det relevant i deres daglige arbejde.

Der er på nuværende tidspunkt ikke en systematiseret arbejdsgang, hvori hjælpere (SSH og SSA) anvender indsatsplanerne i deres daglige arbejde. Evt. oplysninger bliver beskrevet i journal-modulet og/eller videregivet til hjemmesygeplejersken, som herefter kan dokumenterer dem i indsatsplan modulet i Care.

Samtlige borgere tilsynet har besøgt, var fuldt ud orienteret om hvilken hjælp de var bevilget og fik leveret og flere kunne fremvise en udførlig hjælperrapport.


4.0 Konklusion

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

Afgørelse:

Tilsynet vurderes: **Godkendt**

Aabenraa Kommune d. 23. november 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 |