

**2016**

Frederiksberg Kommune

Sundheds – og  
Omsorgsafdelingen

**ANMELDT KOMMUNALT TILSYN  
DIAKONISSESTIFTELSENS HJEMMEPLEJE  
PETER BANGS VEJ 1  
2000 FREDERIKSBERG**

Tilsynet er udført i perioden d. 9. maj - d. 9. juni og d. 19.-21. juli 2016 af tilsynsassistent Kirsten Bech, Sundheds – og Omsorgsafdelingen.

# Anmeldt kommunalt tilsyn 2016, Diakonissestiftelsens Hjemmepleje

## 1. Formål

Frederiksberg Kommune er jf. Serviceloven § 151 og "Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område" §15 og §16 forpligtiget til at føre tilsyn med hjemmehjælpsområdet.

Formålet med tilsynet er i henhold til loven:

1. at sikre, at borgerne får den hjælp, som de har ret til efter loven og i henhold til de afgørelser om hjælp, der er truffet
2. at sikre, at borgerne får hjælp i henhold til kommunens kvalitetsstandarder
3. at sikre, at hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og økonomisk forsvarlig måde
4. at forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynet følger også op på, om leverandøren lever op til sin "Tilbagemeldingspligt" til at indberette ændringer i borgerens behov for hjælp, til Frederiksberg Kommunes Visitationsenhed.

## 2. Præsentation af leverandøren

Leverandøren er Diakonissestiftelsens Hjemmepleje, Peter Bangs Vej 1, 2000 Frederiksberg.

Diakonissestiftelsens Hjemmepleje (DST) vandt i 2015 udbuddet som hjemmehjælpsleverandør i Frederiksberg Kommune og modtog pr. 1. november 2015 ca. 472 borgere fra andre leverandører, udover de borgere, der allerede havde valgt dem som leverandør.

DST varetager pr. 1.12.2015 personlig og praktisk støtte og hjælp til ca. 840 af Frederiksberg Kommunes i alt ca. 3800 hjemmehjælpsmodtagere.

*Diakonissestiftelsens Hjemmepleje egen præsentation:*

Diakonissestiftelsen Hjemmepleje arbejder ud fra stærke værdier som medmenneskelighed og ordentlighed. Det udmønter sig i praksis i den pleje, vi giver borgerne. Vi ser det enkelte individ og udviser respekt og ligeværdighed og arbejder ud fra værdierne i hverdagen i faglighed, nytænkning og synergi.

Vi arbejder endvidere kontinuerligt med kvalitetsudvikling og kvalitetssikring, således at borgerne kan føle sig trygge ved de ydelser, vi leverer. Vi har fokus på, at nye borgere i Diakonissestiftelsens Hjemmepleje og borgere med særlige behov besøges af en teamleder for gensidig kendskab og forventningsafstemning. Vi arbejder med egenkontrol i hjemmene, at borgerne ser færrest muligt medarbejdere i hjemmet, samt hverdagsrehabilitering. Ved faglig sparring og brug af blandt andet Quali-care får vores medarbejdere et kompetenceløft, hvilket er i tråd med, at vi har et skærpet fokus på forebyggelige indlæggelser og utilsigtede hændelser, samt sikring og optimering af dokumentationspraksis.

## 3. Tilsynsresultat 2016

Med en pointscore på 5-0, hvor 5 er bedst, har leverandøren opnået nedenstående score indenfor 11 fokusområder.

Pointscoren er beregnet ud fra den procent, som leverandøren har opnået ved opfyldelsen af de opstillede mål, hvor 100-96% giver 5 point, 95-91% giver 4 point, 90-81% giver 3 point, 80-51% giver 2 point, 50-21% giver 1 point, 20-0 % giver 0 point.

Beregningen er foretaget på baggrund af besøg hos 17 af 18 borgere. For yderligere information, se under vurdering af udviklingspotentialer nedenfor.

# Anmeldt kommunalt tilsyn 2016, Diakonissestiftelsens Hjemmepleje

## Fokusområder

Tilsynet har fokus på 11 områder, der overordnet set afdækkes i interview med borgere og medarbejdere, tilsynets observationer, dialog med ledelsen samt dokumentation.

	2016 Point
1. Borgeroplevelsen: Den generelle tilfredshed	4
2. Pleje og omsorg: Kvaliteten, Støtte og omsorg, Flexibilitet i levering af hjælpen.	5
3. Kommunikation: Tone og tilgang, etik, kontaktoplysninger.	5
4. "Få og kendte medarbejdere (Krav. §6)."	4
5. Overholdelse af aftaler i forhold til det aftalte tidspunkt for levering af hjælpen.	4
6. Tilbagemeldingspligten:	4
7. Aktiviteter/Rehab., Kv.standard	4
8. Rengøring / Praktisk hjælp. Jf. Kvalitetsstandarden	5
9. Medinddragelse og rehabilitering:	4
10. Rehabilitering - 3 borgeres tilfredshed.	4
11. Dokumentation	3
12. Medarbejderoplevelsen/kompetencer: Tilfredshed med den støtte og hjælp, der visiteres og leveres, kompetencer – og udvikling samt viden mv.	5
<b>Samlet gennemsnit</b>	<b>4,3</b>

## 4. Vurdering af udviklingspotentiale i 2016-2018

Tilsynets overordnede konklusioner og udviklingspotentialer:

- De fleste borgere er tilfredse med Diakonissestiftelsens Hjemmepleje som leverandør af personlig pleje og praktisk hjælp og støtte. 4 borgere tilkendegiver som primær årsag hertil, at de ikke er eller ikke har været tilfredse med antallet af forskellige hjælpere i hjemmet samt overholdelse af aftaler om tidspunkter for levering af hjælp.
- Borgerne oplever, at medarbejderne er høflige og at der er en god tone.
- En borger og dennes pårørende er generelt ikke tilfredse med Diakonissestiftelsen som leverandør, og den pårørende tager tilbagevendende kontakt til DST om problemstillinger i hjemmet. Sundheds- og Omsorgsafdelingen er bekendt med disse forhold, og tilsynet giver ikke anledning til kritik af antal af hjælpere og overholdelse af aftaler eller etik. Det er tilsynets vurdering, at DST lever op til Frederiksberg Kommunes Kvalitetsstandarder hos denne borger.

## Anmeldt kommunalt tilsyn 2016, Diakonissestiftelsens Hjemmepleje

Stikprøven indgår ikke i den samlede vurdering. Sundheds – og Omsorgsafdelingen vurderer, at der er tale om en enkeltstående sag.

- Hos 7 borgere er der forhold omkring visiterede ydelser, som ikke er tilgængeligt til Visitationsenheden. Tilsynet vurderer, at særligt hos tre borgere er der et misforhold. Borgerne har fået den hjælp, de har behov for.
- 3 borgere, der har modtaget særlig rehabiliterende indsats har været tilfredse med hjælpen. En borger er meget hukommelsessvækket og oplever derfor ikke at modtage træning. En borger er visiteret til og skulle have modtaget rehabiliterende indsats i form af gåture på gade, men modtog først hjælpen ca. 5 måneder efter, at den var visiteret og er utilfreds hermed. DST oplyser ikke at have modtaget advis herom. Disse to borgere er ikke medregnet i vurderingen.

- Dokumentation

Tilsynet vurderer, at scoren "3" på dokumentation afspejler de forhold, som tilsynet har afdækket.

Tilsynet bemærker, at tidligere leverandører og Visitation ikke rutinemæssigt og systematisk har dokumenteret i omsorgssystemet Care. Dette gælder også Diakonissestiftelsens Hjemmepleje. Disse forhold afspejles i scoren.

Overordnet vurderer tilsynet, at hos såvel de 7 borgere, som var tilknyttet DST før udbuddet d. 1.11.2015 som hos de 11 borgere, der er tilknyttet efter d. 1.11.2015, lever dokumentationen ikke op til de aftaler, der er beskrevet i kravspecifikationen til kontrakten med Frederiksberg Kommune. Tilsynet har givet anledning til forskellige "Bemærkninger" og "Fejl og mangler" i alle stikprøver.

Der er indgået aftale mellem DST og Frederiksberg Kommune om oprettelse af ruter og ikke medarbejdere ved brugen af "Indberetning af afvigelser". Der er derfor ikke gennemskuelighed i forhold til visiterede ydelser og tid, og de faktisk leverede ydelser og tider, antallet af hjælpere mv. Tilsynet har på anmodning modtaget oplysninger herom på anden vis fra Diakonissestiftelsen Hjemmepleje.

Diakonissestiftelsens Hjemmepleje fik senest kommunalt anmeldt tilsyn fra Frederiksberg Kommune i 2013.

### 5. Aftaler på baggrund af det aktuelle tilsyn

Efter dialog mellem leverandøren og tilsynet er der, som opfølgning på tilsynsbesøget, aftalt følgende handlinger og aktiviteter:

- Ledelsen i Diakonissestiftelsens Hjemmepleje tilstræber, at antallet af forskellige medarbejdere, der leverer hjælp i hjemmet, bliver færre og kendte medarbejdere hos den enkelte borger.
- At ledelsen i Diakonissestiftelsens Hjemmepleje sikrer, at aftalerne for tidspunkt for levering af hjælp overholdes.
- At ledelsen i Diakonissestiftelsens Hjemmepleje sikrer tilbagemelding om borgeres ændrede behov for hjælp til Visitationsenheden og at den iværksatte egenkontrol i hjemmet inkluderer dette.
- At ledelsen i Diakonissestiftelsens Hjemmepleje ved egenkontrol sikrer arbejdet med optimering af dokumentationspraksis. Dette så dokumentationen bliver ajourført og der opnås systematik og overskuelighed og at den lever op til gældende krav jf. Kravspecifikationen til Kontrakten med Frederiksberg Kommune.

### 6. Metode ved det aktuelle tilsyn

Der henvises til "Koncept for anmeldte tilsyn på leverandørområdet" 2016 i Frederiksberg Kommune for uddybende metodebeskrivelse.

Logistikken for tilsynets gennemførelse er aftalt med leverandøren forud for tilsynet, som en anmeldt del af tilsynet, mens de konkrete borgertilsyn er uanmeldte for leverandøren.

- 13 borgere har modtaget tilsynsbesøg med interview i deres hjem.
- 5 af ovenstående 13 borgere er visiteret til rehabiliterende støtte og hjælp.
- Forhold i hjemmet er observeret.
- 5 borgere har modtaget telefoninterview.
- 12 borgere modtager støtte til personlig pleje tillige med praktisk støtte og hjælp.
- Der er foretaget stikprøve på dokumentation.
- Tilsynet har efter hvert tilsynsbesøg fremsendt en tilbagemelding til leverandøren, som leverandøren har tilbagemeldt på og handlet på, hvis dette har været aktuelt.
- Der er lavet fokusgruppeinterview med 5 medarbejdere om kvalitetsstandarder, tilbagemeldingspligt, dokumentation, kompetencer, rehabilitering mm. Medarbejderne har forskellig anciennitet. De er alle uddannede social – og sundhedsassistenter, og én af dem repræsenterer aftenvagterne. Ingen af de 5 medarbejdere har ledelsesbeføjelser.
- Der er foretaget leverandørmøde med opfølgning på tilsynet.
- Der er ikke foretaget afrapportering af medicin håndteringen, da der ved udvælgelsen kun er to borgere, der modtager med hjælp til medicingivning. Ledelsen er orienteret om fund i forbindelse hermed.

Ved udmålingen af point er der taget højde for, at nogle borgere ikke har modtaget tilsyn i hjemmet og at nogle fx ikke modtager personlig pleje. Vedrørende de 5 borgere, der har modtaget rehabiliterende indsatser, så er deres tilkendegivelser om dette vurderet særskilt, mens dokumentationen, herunder evalueringer ved leveringen, er medtaget i den samlede vurdering af dokumentationen.

#### *Hvad er undersøgt?*

Borgerinterview og samtaler læner sig op ad Kvalitetsstandarderne og Ældrepolitikken og afspejler, om borgerne får den hjælp, de har behov for og tilfredsheden hermed. Der er 11 målepunkter.

Observationer i hjemmet skal belyse, om borgerne modtager pleje, omsorg og støtte jf. Kvalitetsstandarderne mm. samt om den generelle standard lever op til hertil. Der er 3 målepunkter.

#### Dokumentation

Der tages stikprøver af dokumentationen.

Der er 13 sygeplejefaglige problemområder, som sammen med øvrige målepunkter af dokumentation fordelt på i alt 19 områder, udgør i alt 71 målepunkter.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal jf. Styrelsen for Patientsikkerheds "Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser" som minimum indeholde en beskrivelse af, hvorvidt borgeren har aktuelle eller potentielle problemer inden for følgende problemområder som fx:

#### 1. Aktivitet (ADL)

## Anmeldt kommunalt tilsyn 2016, Diakonissestiftelsens Hjemmepleje

2. Ernæring, inklusiv vægt og vurdering af ernæringsbehov
3. Hud og slimhinder, herunder vurdering af risiko for udvikling af tryksår
4. Kommunikation, inkl. hukommelse og sprogfunktion og vurdering af træningsbehov
5. Smerter

Andre målepunkter vedrørende dokumentation er fx:

- MedCom
- Samtykke til kontakt til egen læge og hospital mv.
- Tilbagemeldingspligt
- Få og kendte hjælpere

De sygeplejefaglige problemområder skal være dokumenterede, hvis borgeren modtager sygeplejefaglige ydelser af sundhedspersoner, der udfører sygeplejefaglige opgaver. Jf. aftaler i Frederiksberg Kommune om dokumentation i Care, så skal alle borgere som udgangspunkt have en "Funktionsvurdering".

I "Faglig vejledning til fælles journal, august 2014" punkt 3.3 beskrives at "alle faggrupper har ansvaret for at oprette en funktionsvurdering. Den fagperson, som først møder/er i kontakt med borgeren, har ansvaret for at starte oprettelsen af funktionsvurderingen. Hvis dette ikke sker, har man pligt til at tage kontakt til den/de faggruppe(R), som borgeren er tilknyttet."

Dvs. at punkterne kan og bør udfyldes af alle medarbejdere, når der er oplysninger af relevans for hjælpen i hjemmet.

"Journalen" eller "Handleplanen" skal fx bruges til henvendelse til Visitationsenheden ved anmodning om ændring af ydelse og med udgangspunkt i borgerens funktionstab eller fremskridt.

Dette gælder også "Indberetning af afvigelser", så det kan ses, hvilken medarbejder, der er planlagt til at levere og har leveret den visiterede hjælp, samt på hvilket tidspunkt, hos den enkelte borger.

Medarbejderinterview er medarbejderens oplevelse af, om borgerne får den pleje, støtte og hjælp, de har behov for, og om medarbejderen har kompetencerne til at give den, samt den generelle tilfredshed med leverandørens indsats overfor borgere og medarbejdere.

## 7. Den endelige tilsynsrapport

Det samlede materiale danner baggrund for tilsynsrapporten.

Sundheds – og Omsorgsafdelingen fremsender en foreløbig tilsynsrapport til leverandørledelsen til kommentering. Rapporten vil indeholde en beskrivelse af de forhold, som tilsynet har konstateret, så ledelsen får bedst mulig overblik over potentielle indsatsområder. Tilsynet kommer i rapporten med anbefalinger til ledelsen til udviklingstiltag, hvor dette måtte være relevant.

Leverandørledelsen skal i en 14 dages kommenteringsfase komme med forslag til udviklingstiltag, så ledelse og tilsyn i dialog skal opstille handlinger for udvikling og aktiviteter i de kommende år. Disse forslag og aftaler dokumenteres i den endelige tilsynsrapport.

Leverandørledelsen kan komme med bemærkninger til forståelse eller fejl i rapporten, som tilsynet efterfølgende ændrer. Forhold konstateret under tilsynet ændres ikke, men kan drøftes.

### 8. Opfølgning

Den endelige rapport sendes til chefen for Sundheds – og Omsorgsafdelingen, den lokale ledelse samt den chefen for tilsyn.

Chefen for Sundheds – og Omsorgsafdelingen følger op på de anbefalinger og de områder, som tilsynsrapporten i øvrigt giver anledning til drøftelse af.

Tilsynsrapporten forelægges Sundheds – og Omsorgsudvalget og sendes i høring hos Ældreråd og Handicapråd.