



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Odsherred Kommune

Omsorg og Sundhed

Hjemmeplejen Midt: Team Vig

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	10
Tema 1 Funktionsevne	12
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	14
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	17
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	20
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	21
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	22
Om virksomheden og kontaktoplysninger	25

Forord

De uanmeldte tilsyn i Odsherred Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Odsherred Kommune har med sit tilsynskoncept valgt at indarbejde Sundhedsstyrelsens anbefalinger af kvalitetsindikatorer i ældreplejen som en del af de lovpligtige tilsyn efter servicelovens §151c.

Det er hensigten, at rapporten skal kunne bidrage til den faglige og organisatoriske kvalitetsudvikling ved at synliggøre succesfulde resultater såvel som det eventuelle læringspotentiale. Rapporten fokuserer på styrker i plejeenheden som afsæt for anbefalinger for eventuelle forbedringsområder, hvor beboernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandarder m.m.

Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling. Rapporten opfylder webtilgængelighedsloven.

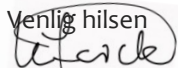
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

Anden del af rapporten indledes med oversigt over målopfyldelsen for de enkelte temaer. Herefter er de konkrete kvalitetsindikatorer medtaget, så læseren kan se, hvad der er grundlaget for vurderingerne. Fund er medtaget i det omfang, det skønnes at være af værdi for den videre kvalitetsudvikling. Farvemarkeringer er anvendt for at fremme et hurtigt overblik over styrker og opmærksomhedspunkter.

Bagest i rapporten findes en kort beskrivelse af tilsynets tilgang, formål og metoder efterfulgt af afsnit om vurderingsprincipper samt afslutningsvist data om tilsynsvirksomheden.

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

Venlig hilsen



Nethe Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Hjemmeplejeleverandør:

Hjemmeplejen Midt, Team Vig
Baeshøjgårdsvej 6, 4560 Vig

Leder:

Distriktsleder Birgitte G. Hjort
Teamleder: Laila Petersen

Tilsynsbesøget fandt sted:

20. februar 2025

Metodik og datagrundlag:

Tilsynet omfatter borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne.

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver i 6 borgerforløb), procedurer, kørelister, borgerinformationer mv.
- Interview: 5 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview samt 2 pårørende. Desuden 7 medarbejdere, heraf 1 teamleder, 1 sygeplejerske, 1 assistent, 3 hjælpere og 1 planlægger.
- Observation: Besøg i borgeres hjem, set arbejdsgange og samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem o.a.

Tilsynet har besøgt 5 borgere og ved borgerbesøgene overværet besøg af 5 medarbejdere.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 5 borgere.

Hjemmeplejen har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Odsherred Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos leverandøren. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn i Odsherred Kommune”.

Fokusområderne er vurderet i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Vurderingen er sket ud fra de temaområder og målepunkter, som er aftalt med kommunen. Vurderingsprincipperne ses af afsnittet bagest i rapporten.

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

Målene er i lav grad opfyldte

Udviklingspunkterne omfatter forhold af betydning for den fornødne kvalitet og patientsikkerheden ved uændrede forhold. Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Ovenstående er uddybet på side 7-10.

Vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

Alle temaer er samlet set vurderet ”Helt opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.

Målene er i høj grad opfyldte

Højest 1 af temaerne er vurderet lavere end ”Helt Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfylde forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Målene er i middel grad opfyldte

Højest 2 af temaerne er vurderet lavere end ”Helt Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved uændrede forhold.

Løbende opfølgning anbefales.

Målene er i lav grad opfyldte

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”I betydelig grad opfyldt”.

Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer.

Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.

Kritisable forhold

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

Nedenfor angives begrundelsen for tilsynsresultatet. For det første beskrives eventuelle generelle forhold og herefter de styrker, som tilsynsførende har vurderet, er til stede på plejeenheden. Efterfølgende beskrives eventuelle forbedringsområder med tilhørende anbefalinger i tilfælde af, at praksis på plejecentret ikke er fundet i overensstemmelse med lovgivningens krav, Odsherred Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Generelt

Siden seneste tilsynsbesøg har hjemmeplejen arbejdet ihærdigt med sikre det daglige fremmøde og samtidig implementere udviklingstiltag for at styrke sammenhængskraften, medarbejdernes kompetencer og den organisatoriske struktur.

Den seneste måned efter tilsynsbesøget i Midt - Team Højby har sygeplejen justeret arbejds gange og opnået forbedringer ved dette. Der ses større kontinuitet. Handlingsanvisninger fremstår i højere grad opdaterede.

Tværgående udviklingspunkt:

Mål for indsatsen: Det er en forudsætning, at mål for indsatsen opfattes ens af terapeuter, sygeplejersker, læge og andre samarbejdspartnere. Hjemmeplejen skal kunne udføre deres opgaver i overensstemmelse med de faglige beslutninger og melde tilbage ved ændringer i borgers tilstand med henblik på justeret indsats. Det kræver en koordineret indsats med klar ansvar- og opgavefordeling.

Aktuelt fremstår mål for indsatsen uklart, særlig for komplekse borgere. Medarbejderne løser de daglige borgeropgaver ud fra de oplysninger og viden, de har.

- Overdragelse af viden sker i høj grad mundtligt. Det opleves nødvendigt, da det skriftlige arbejdsgrundlag, herunder besøgsplaner ikke støtter den fornødne kvalitet. Det betyder, at medarbejdere i bedste mening gør noget andet end tilsigtet
- Hjemmeplejens levering af SUL-ydelser fremstår sårbar. Der er tale om strukturproblem, herunder arbejds gangen for at tjekke, om man har udført alle borgeropgaverne.

Ovenstående misforhold mellem den ønskede og den aktuelle praksis fremstår -udover bemandingsudfordringen - som strukturelle udfordringer med behov for

- styrket arbejds gang for tjek af dagens opgaver inden kvittering
- udvikling fra parallelt arbejdende fagpersoner til tværfaglige teams med inklusion af terapeuter
- koordinerende funktion for borgerforløb, struktureret efter kompleksitet. Klar ansvar og opgavefordeling
- sikker kommunikation ved ændringer i borgers tilstand, mål og plan
- Cura-dokumentation

Dette er pågående.

Forholdene vurderes at indebære risiko for patientsikkerheden ved uændrede forhold.

Styrker

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Borgerne udtrykker, at de oplever imødekommende medarbejdere, hvoraf nogle gør en stor forskel og er meget erfarne og dygtige. Borgerne oplever forskellige, der hjælper dem og fortæller nye medarbejdere, hvad de har brug for af hjælp. Der ses enkelte brugbare besøgsplaner med udfyldte generelle oplysninger, der kan hjælpe en medarbejder til at yde et genkendeligt og trygt borgerbesøg.

Personlig pleje: Tilsynsførende overværer i 3 ud af 6 hjem medarbejdere løse opgaver for/sammen med borgerne. Der er høj grad af imødekommenhed og besøgene lykkes i borgernes tempo med smil og respekt for borger. Der iagttages generelt velegnede arbejdsprocesser.

Nødkald besvares i vid udstrækning hurtigt, fortæller borgerne.

Praktisk hjælp: Hjælp til tøjvask, indkøb og madservice: Borgerne udtrykker tilfredshed med hjælpen.

Sammenhæng og forudsigelighed

Hjemmeplejen arbejder med implementering af triage. Det er tilsynets indtryk, at drøftelserne bidrager til refleksion og kvalificering af det enkelte borgerforløb, såvel til den løbende kompetenceudvikling.

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 1 tema er ”I betydelig grad opfyldt”
- 4 temaer er ”I nogen grad opfyldte”

Hvert tema består af flere målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er ”Helt opfyldt” kan rumme målepunkter med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten.

I det følgende ses udviklingspunkter for de temaer, som ikke er ”Helt opfyldt”. Udviklingspunkterne er beskrevet kort samt tilsynets anbefalinger. De uddybende data fremgår under de enkelte temaer i rapporten.

Tema 1 Leverandørens indsats ift §83a forløb

Formålet med §83a er, at borgerne om muligt ikke får behov for varig hjælp. Ydelse efter §83a er tilbud om et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb. Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov. Der skal foreligge plan lavet i samarbejde med borger. Planen skal beskrive mål, varighed og indhold af indsatsen og der skal være en arbejdsangang for evaluering.

Aktuelt er 1 borger visiteret til §83a forløb (RH-forløb).

Udviklingspunkt: Ved forespørgsel om arbejdsangange ved visiterede RH-forløb, høres ikke en fastlagt struktur for at imødekomme ovenstående lovkrav. Strukturen kan udvikles i tværgående samarbejde med visitation, terapeuter og øvrige hjemmeplejleverandører.

For den visiterede borger ses overordnet mål i Ydelsen/handlingsanvisningen. Dette afspejles ikke i besøgsplanen.

Tilsynet anbefaler at

- fastlægge struktur, der imødekommer systematisk øgning af funktionsevne i samarbejde med samarbejdspartnere. Skrive den ned og undervise medarbejderne
- evaluere med journalaudit i forbindelse med evaluering af forløb.

Tema 1b Funktionsevnetilstande

Fokus: Funktionsevnetilstande er grundlag for den visiterede ydelse, for at vurdere eventuelle ændringer i borgers funktioner, eller som udgangspunkt for mål for en rehabiliterende indsats. Oplysningerne skal være overensstemmende med besøgsplanen. Ved indlæggelse overføres automatisk oplysninger for 7 tilstande.

Udviklingspunkter:

Der ses uoverensstemmelser mellem funktionsevnetilstande, ydelser og besøgsplan.

Tilsynet hører forskellige opfattelser hos disponent, frontmedarbejdere o.a. om, hvilke opgaver medarbejderne har og snitfladen til visitationen.

Tilsynet anbefaler

- at hjemmeplejens ansvar- og opgaver gøres kendt hos involverede medarbejdere
- at implementere arbejdsangangene og følge op ved audit.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed: Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde

Fokus: Det er væsentligt, at medarbejdere kender arbejdsangangene for

- 1) at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner
- 2) at følge op på indgåede aftaler.

Udviklingspunkter:

Tidlig opsporing: Implementering er igangværende for at erstatte mundtlig formidling og observationer med i stedet at oprette tidlig opsporing i Cura. Overgangsfasen ses vanskelig for medarbejderne, idet oplysninger om bekymring ikke sikkert meldes videre som aftalt og derfor ikke følges op. Der er tiltag i gang for forbedringer. Når triageplan afsluttes, skal resume skrives i helbredstilstand og besøgsplanen skal justeres. Der er tiltag i gang for forbedringer.

Sygeplejen har tiltag i gang for SUL-ydelser. Tiltagene fremstår solide.

Tilsynet anbefaler at fortsætte de igangværende tiltag for

- struktur for fælles indsats om fælles borgerforløb fx på basis af arbejdsgangsanalyse fra tidlig opsporing til visitation, disponering, kvittering mm, herunder
- opmærksomhed på om nyudskrevne borgere er triageret røde
- fortsat etablering af kontaktteams med tilhørende sundhedsfaglig opfølgning også fra assistenter, når opgaver er overdraget til hjælpere og ufaglærte
- opfølgning på overdragede sundhedslovsydelser.

Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring

Fokus: Et væsentligt grundlag for, at borger har energi, kan deltage i egen pleje og være fysisk aktiv er, at ernæringstilstanden er så god som mulig.

Ældre småtspisende borgere er ofte sårbare, idet en utilstrækkelig ernæringstilstand blandt andet kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne. Forebyggelse kræver en tidlig opsporing, som sikrer, at borger tilbydes den rette kost.

Ernæringsindsatsen er en kædeproces med opgaver fordelt mellem hjælpere, elever, uuddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl.

Ydelsen vejning sker i samarbejde med sygeplejen, så borgerne er afhængige af, at arbejdsgangene for tidlig opsporing og medarbejdernes fokus/kompetencer, i tilstrækkelig grad støtter faglig refleksion og videreformidling af observationer til sundhedsfaglig stillingtagen.

Udviklingspunkter: Tilsynet besøgte borgere, der fortalte om vægttab eller manglende appetit, hvor det kan skønnes relevant at forebygge, at borger kommer til at gennemleve yderligere tab af funktionsevne.

Der ses udfordring med faglig refleksion og formidling af observationer til assistenter/planlægger/sygeplejersker

- identifikation af borgere med ændringer i fødeindtagelse, uplanlagt vægttab m.m.
- opfølgning hos borgere med identificeret behov for støtte til spisning o.a.

Tilsynet anbefaler at

- fortsætte arbejdet med at sætte struktur på arbejdsgangene ¹
- undervise og få opsporet borgere i risiko for uplanlagt vægttab – fx starte med opmærksomhed på borgere som er visiteret til ydelse omkring mad/måltid/spise/ernæring. Opfølgning på vejninger.
- evaluering af indsatsen ved journalaudit med deltagelse af kontaktteamet.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed: Det skriftlige arbejdsgrundlag

Den faglige dokumentation er et grundlag for medarbejdernes viden og forståelse for borgeren og dermed væsentlig for, at borgeren kan modtage en ensartet og forudsigelig opgaveløsning på et sikkert kvalitetsniveau.

Fyldestgørende, sammenhængende og løbende ajourført dokumentation er et nødvendigt grundlag for, at alle medarbejdere kan levere den rette hjælp, omsorg og pleje til borgere ud fra den faglige beskrivelse af borgerens behov. Hjælpen skal løbende tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5, hvilket nødvendiggør, at der er en tilstrækkelig dokumentationspraksis, som anvendes og følges af alle medarbejdere samt, at aktuelle ændringer løbende dokumenteres.

¹ Underernæring opsporing behandling og opfølgning.pdf (sst.dk) fx s.26

Udviklingspunkter:

For 4 ud af 5 forløb ses uoverensstemmende oplysninger på tværs mellem funktionsevnetilstande, helbredstilstande, ydelser, observationer, generelle oplysninger og handlingsanvisninger.

Besøgsplaner: For 1 ud af 5 borgere ses fyldestgørende og opdaterede oplysninger om personlige pleje for dagvagtten. 1 ud af 5 for aftenvagten.

Generelle oplysninger: Anvendes sparsomt (mestring, ressourcer m.m.).

Helbredstilstande og handlingsanvisninger: Ses overensstemmende for 3 ud af 4 borgere.

Borgeropgaverne ses formidlet til medarbejderne, men disse har ikke en sikker arbejdsgang for at tjekke oversigten for besøgets borgeropgaver, inde de kvitterer. Formidlingen og struktur for tjek af udført arbejde fremstår sårbar og med risiko for patientsikkerheden.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats med

- Cura-undervisning
- styrke tjek af hvilke borgeropgaver, der skal løses. Ikke kvittere uden at tjek af, om alt er løst.
- opfordre medarbejderne til at reagere, når oplysninger i besøgsplan, kørelister, FMK mv ikke svarer til det de oplever ved besøget
- følge op med mini- journalaudit efter eget fastsat interval.

Tema 4: Hygiejne – Forebyggelse af smittespredning

Værnemidler

Temaets fokus: For at undgå smittespredning, anbefales det i NIR², at ved udførelse af personlig hygiejne med risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser, anvendes plastforklæde.

Udviklingspunkt: Ved personlig pleje ses 2 ud af 2 medarbejdere ikke anvende plastforklæde ved personlig pleje, hvor der kan være risiko for stænk af borgers udskillelser.

Ovenstående var også et udviklingspunkt ved de seneste tilsyn.

Tilsynet anbefaler

- at forebygge smittespredning via medarbejdernes tøj
- at anbefalingerne i NIR bliver implementeret og efterlevet.

Tema 5 Kvalitetsarbejdet

Ved tidligere besøg sås forhold, som kunne få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved uændrede forhold. Løbende opfølgning blev anbefalet. Siden seneste tilsyn er igangsat tiltag og fulgt op i samarbejde med kommunens nøglepersoner. Det har medført forøget integrering af sygepleje og hjemmeplejen.

Evalueringen af målopfyldelsen viser, at tiltagene endnu ikke har resulteret i øget målopfyldelse.

Tilsynet anbefaler

- at ledelsen styrker den lokale processtyring
 - prioritering af indsatsområder og fastlægge, hvem der er tovholder
 - følge kvalitetsprocessen (beslutte, sætte tiltag i gang, evaluere, evt. justere tiltag)
- at følge op på handleplanen sammen med de involverede fast månedlig i en periode
- gøre processen synlig ved dokumentation af evalueringer og løbende status. Det kan f.eks. være i form af handleplan eller referater fra personalemøder.

² Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for plejehjem, hjemmepleje, bo- og opholdssteder m.m. 2020 udgave 1

Oversigt over de enkelte temaer

Temaerne vurderes i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Målene er belyst gennem interview, observationer og dokumentation og det er undersøgt, om der sammenhæng mellem de fastsatte standarder, handleplaner, beslutninger, tilbud til den enkelte og den praktiske udførelse.

Af nedenstående oversigt angives den samlede målopfyldelse for hvert tema. Vurderingen er angivet med farver og kategorierne H O (Helt opfyldt er angivet med grønt), B O (I betydelig grad opfyldt er angivet med lysegrøn), N O (I nogen grad opfyldt er angivet med gult), I O (Ikke opfyldt er angivet med rødt).

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	Funktionsevne 1a: Korterevarende rehabiliteringsforløb efter §83a	N O
	Funktionsevne 1b: Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering	N O
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Måltider	B O
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde	N O
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning Instrukser og værnemidler	N O
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Proces for den lokale opfølgning med tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen set i forhold til seneste tilsyn.	N O

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

De enkelte temaer er konkretiseret i målepunkter. Hvert målepunkt udgør en indikator for kvalitet, som kan belyses gennem interview, observationer og dokumentation.

Tilsynsførende vurderer for hvert målepunkt, om dataindsamlingen viser overensstemmelse med målepunktets angivelser. I bemærkningsfeltet udfor hvert målepunkt er beskrevet særlige positive eller negative fund, som kan have værdi i det videre arbejde.

Målepunkter om omsorgsjournalen omfatter de dele af journalen, som er relevant for tilsynets foci.

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering: Korterevarende rehabiliteringsforløb efter §83a

 Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle-punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	Borgere, som er visiteret til et afklarende forløb efter §83a: 1) Det afklarende forløb er dokumenteret: - Der foreligger plan lavet i samarbejde med borger. Planen beskriver mål, varighed og indhold af indsatsen. - Der er fastsat evalueringstidspunkter. - I besøgsplanen/døgnrytmeplanen er medarbejdernes opgaver konkret beskrevet 2) Ved afslutning af rehabiliteringsforløb ses borgers funktionsevne opdateret.		1+2: Struktur for opfyldelse af lovkrav ses ikke etableret. Strukturen skal støtte medarbejderne i en målrettet indsats, der kan medvirke til, at borgerne ikke får behov for varig hjælp. For en borger visiteret til RH-Bad ses mål i handlingsanvisning. Der er ikke delmål. Besøgsplan beskriver ikke en fremadrettet ydelse.
1.2	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen? 2) Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til at du bliver så selvhjulpne som muligt i forhold til praktiske gøremål/personlig pleje. 3) Hvordan har din evne til at klare dig selv i de daglige gøremål udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælpen? (Grad af selvhjulpnehed). 4) Hvordan vurderer du betydningen af den hjælp, du får?		Borgerne fortæller, at alle medarbejdere er imødekommende, men der har været mange nye ansigter at forholde sig til. Borgerne fortæller, at de må fortælle medarbejderne hvad opgaverne er. Det er særlig vanskeligt i week-ends.
1.3	1) Beskrivelsen af borgers funktionsevne er fremstillet genkendeligt 2) De visiterede ydelser foreligger opdateret i forhold til seneste oplysninger om borgers tilstand 3) Der ses overensstemmelse mellem de visiterede ydelser og de disponerede ydelser 4) Medarbejderne leverer de aftalte ydelser. Hvis ydelsen ikke kan leveres – hvis borger f.eks. takker nej – gives skriftlig besked til rette funktion.		1) For 4 ud af 4 borgere ikke svarende til borgers aktuelle tilstande. 2) For 3 ud af 5 borgere ses ændringer i borgers tilstande, som ikke er meldt videre til visitator.

			2 borgere har ikke brug for "mobilitet", 1 ikke for kompressionsstrømpe, 3) SUL-ydelser ses kvitteret, men ikke leveret, muligvis fordi medarbejder ikke får tjekket hele kørelisten for opgaver. Der er aktuelt eksempler for: "Iltbehandling", "Respirationsbehandling (rengøring af spacer)", "Kompressionsstrømper", "Vægtkontrol" Ydelse, som længe ikke er udført er "Mobilitet (træning)".
1.4	Medarbejdere kender arbejdsgangene for at melde videre, hvis borgers begrænsning af funktionsevnen ændrer sig.		

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuel uddybende be- skrivelse
2.1	(Personlig pleje) Interviewede borgere (eller pårørende) svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? 2) Synes du at personalet udviser respekt for dig? 3) Hvor tilfreds er du med medarbejderens imødekommende over for dine ønsker til hjælpen? 4) Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? 5) Er du tryk ved den måde hjælpen tilbydes på? 6) Oplever du dig soigneret/veltilpas efter morgenplejen 7) Er du samlet set tilfreds med hjælpen. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg)?		Tilsynet hører gennemgående, at borgerne fortæller om mange forskellige ansigter, som i vid udstrækning er imødekommende. Ønske om mere kontinuitet og at medarbejderne kender til opgaverne.
2.2	Fremtræder borger velplejet i forhold til borgers behov og ønske?		
2.3	(Praktisk hjælp). Interviewede borgerne svarer generelt positivt på følgende: 1) Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? 2) Har den hjælp, du har modtaget betydet, at du i højere grad kan klare dig selv i de daglige gøremål. 3) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres? 4) Er du samlet set tilfreds med den hjælp, du får til rengøring, til tøjvask og til indkøb? 5) Vil du anbefale den hjælp, du modtager til andre med samme behov?		Jf. 2.1

2.4	Observation i hjemmet: Er hjemmet ryddeligt og rent i det omfang, borgeren har behov for og ønsker hjælpen? Er hjemmet rengjort svarende til tidspunktet for seneste rengøringsydelse? Fremstår personlige hjælpemidler rene? (Rollatorer, kørestole mv.		Rollatorer. Rengøring af disse fremgår ikke af handlingsanvisning/besøgsplan.
2.5	Hvis tilsynsførende overværer medarbejders besøg: Der ses velegnede arbejdsgange og udførelse af opgaverne på en måde, der støtter en fornøden kvalitet.		
2.6	Medarbejderne kender mål for indsatsen og kan redegøre for den faglige indsats. Medarbejder giver eksempler på, at indsatsen sker i samarbejde med borgeren og sikrer hensyn til den enkelte borgers personlighed, ønsker og vaner.		Mål for indsatsen fremstår uklart ved 3 ud af 6 borgere – har de potentiale for øgning af funktionsevne/vedligehold eller? Der er i høj grad fundet kontaktpersoner fra involverede fagpersoner. Der ses ikke tegn på forløbsansvarlig for komplekse borgere. FX: En borger har som mål at blive mobiliseret ved rollator. Fys har anbefalet at træne med rollatoren, når medarbejdere er i huset, hvilket sker 2 ud af 5 gange dagligt. Oplysning fremgår ikke ved de 3 af besøgene. Borger synes ikke, hun kan spørge om det. En borger kan gå/stå, men kommer ikke i bad grundet APV. Skal derfor tilbydes sengebade/hårvask ved vask, hvilket ikke fremgår af besøgsplan eller ydelse.

			En borger med mål om at bibe- holde funktionsevne, har ydelse for mobilitet til hjælp til træ- ning. Der er ikke handlingsanvis- ning for ydelsen. Besøgsplan af- spejler ikke opgaven og målet. SUL-forbedring: Der ses seneste måned forbedringer af hand- lingsanvisninger og struktur for opfølgning.
2.7	Interviewede borgere og medarbejdere svarer generelt positivt på spørgsmål om: 1) Kender du til muligheden for at kunne ”bytte ydelser”, fleksibel hjemmehjælp? 2) Medarbejderne bærer legitimationskort.		1 borger visiteret til praktisk hjælp kender ikke til at kunne bytte ydelser. Medarbejdere har forskellig op- fattelse.
2.8	Interviewede borgere, der modtager hjælp til mad og måltider, er overvejende tilfredse med 1) Madens kvalitet, herunder smag, udseende og duft 2) Mulighed for variation og indflydelse på maden 3) Støtte til at få maden serveret og hjælp til at spise.		
2.9	Medarbejderne kender borgers ønsker og behov til ernæringen, herunder 1) Madens indhold og sammensætning. Evt. allergier og foretrukne fødevarer. Diæter o.a. 2) Madens smag, duft og udseende 3) Måltidsafholdelsen, herunder hvad borger har brug for hjælp til.		Arbejdsgange for tidlig opspo- ring af borgere i ernæringsmæs- sig risiko ses ikke implemente- ret.
2.10	Observationer og dokumentation i hjemmet, hvor borgeren viser færdiglavet mad i køleskabet, f.eks. smurt frokost eller klargjort aftensmad. Hvis tilsynsbesøget sker ved måltidet, oplever tilsynet madens duft og udseende.		

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle-punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Kommer medarbejderne generelt på de aftalte tidspunkter? 2) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig/Kender du de medarbejdere, der kommer? 3) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der kommer i dit hjem? 4) Oplever du, at hjælpen kommer til den aftalte tid +/- 1 time. 5) Oplever du at dit besøg er blevet aflyst? Har du i så fald fået erstatningsbesøg?		Indikatorerne i 3.1 er opfyldt svarende til "i nogen grad opfyldt". Se i øvrigt 1.2, 2.1.
3.2	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Oplever du sammenhæng mellem den hjælp, du har brug for og den hjælp, du modtager? 2) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 3) Oplever du, at besøgsplanen er meningsfuld og dækkende? 4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 5) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? (også ift. nødkald)		Jf. 1.2, 2.1.
3.3	Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde 1) Medarbejdere kender arbejdsgangene for at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner. Der kan ses eksempler på rettidig reaktion som viser en systematisk arbejdsproces. 2) Arbejdsgangene belyses gennem kædeprocessen for tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, herunder involvering af læge, tandlæge, ergoterapeut o.a. a. Vejehyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval b. Der ses reaktion på uplanlagt vægttab c. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.		Ad 1) Triageændring under implementering. Opsporing: "Tidlig opsporing" er under implementering. Afslutning: Når triageplan afsluttes, skal resume skrives i helbredstilstand og besøgsplanen skal justeres. Dette er ved at blive implementeret.

		Andre afvigelser ved snitfladen mellem sygeplejen og hjemmeplejen ses fx ved SUL-opgaver. De ses disponeret på oversigten over besøgenes borgeropgaver. På et besøg kan være fx 9 visiterede ydelser, som medarbejderen kvitterer for ved afslutning af besøget. Men det ses, at nogle af opgaverne ikke er udført, måske fordi medarbejderen ikke får tjekket alle borgeropgaverne (se også 1.3). Ad 2 Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring: Der høres ikke om borgere, som er tidligt opsporet/følges med vejning. Det svarer ikke til hjemmeplejens størrelse. På dagen ses 2 borgere med ydelse for ernæring/madservice, hvor der er problemer med ernæring. Den ene har dårlig almen tilstand, den anden har aktuelt træningsbehov og oplyser om vægttab. Arbejdsgange for vægtkontrol: En borger med ødem skulle vejes x 2 ugentligt. Vejningerne blev udført hver 10 dag. Aktuelt triageret gul grundet 2 kg vægtøgning, skal vejes dagligt, hvilket ikke er sket seneste 2 dage.
3.4	<u>Samarbejde med terapeuter om fælles borgerforløb</u> Hvis borger modtager/har modtaget terapeutindsats (§86/GOP/vederlagsfri), svarer de overvejende positivt om nedenstående spørgsmål og udsagn: 1) Borgerne oplever, at træningsudbyttet er muligt at fastholde i hverdagen og at hjemmeplejens indsats er i overensstemmelse med træningsmål og fokus. 2) Borger oplever at hjemmeplejen ved behov husker borger på at lave aftalte øvelser, huske rigtig teknik ved forflytning, gå x gange, mens medarbejder er i hjemmet m.m.	4 ud af 6 borgere har/har haft træningsforløb, heraf 1 vederlagsfri terapeut. Notaterne fra kommunal træning er lettilgængelige. Der er ingen lettilgængelige oplysninger i Cura om vederlagsfri fys/kontaktoplysninger til denne.

			Fx: For 1 borger er aftalt daglig vedligeholdende træning i hjemmet med rollator- hvilket ikke afspejles i besøgsplan. For en anden borger er visiteret træningsaktivitet, som ikke udføres. For en tredje borger ses ikke tegn på fælles tværfaglig indsats. Besøgsplan afspejler ikke oplysning om, at borgerne kan genvinde funktionsevne, og at der er et daglig træningsbehov.
3.5	<u>Det skriftlige arbejdsgrundlag:</u> a) Den social- og plejefaglige dokumentation er overensstemmende med opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande. Der ses rød tråd mellem funktionsevnetilstande, ydelser, observationer, generelle oplysninger og handlingsanvisninger. b) Oplysninger på tavler, i papirkalendere, i print og andre supplerende informationer er i overensstemmelse med omsorgsjournalens oplysninger og borgers aktuelle tilstand c) Der ses lettilgængelige, opdaterede og handleanvisende oplysninger om borgers ressourcer og behov, herunder hvorledes støtten ydes individuelt ud fra borgers livsstil og ønsker. For borgere ramt af demens indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleanvisende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt. d) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender. Oplysninger fra f.eks. terapeuter er lettilgængelige. Målepunktet omfatter de dele af omsorgsjournalen, som er relevant for kvalitetsbesøgets foci. Andre krav om journalføring for sundhedslovsydelser er som udgangspunkt ikke omfattet, medmindre der under besøget skulle blive identificeret forhold, der kan indebære en risiko for borgeren.		Ad a) For 4 ud af 5 forløb ses uoverensstemmende oplysninger på tværs. Ad c) Besøgsplaner: For 1 ud af 5 borgere ses fyldestgørende og opdaterede oplysninger om personlig pleje for dagvagten. 1 ud af 5 for aftenvagten. Oplysninger som fx mangler ses af øvrige målepunkter. Generelle oplysninger anvendes sparsomt (mestring, ressourcer m.m). Ad d) SUL: Helbredstilstande og handlingsanvisninger for ydelser ses for 3 ud af 4 borgere overensstemmende med borgers aktuelle tilstande. Det er en klar forbedring efter sygeplejen har justeret strukturer seneste måned.

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle-punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere i hjemmeplejen, herunder arbejdsdragt og værnemidler. Der forefindes værnemidler.		2 ud af 2 medarbejdere, der ses udføre personlig pleje, anvender ikke plastfor-klæde.
4.2	Relevante medarbejdere kan fremsøge gældende arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud. Ved et aktuelt smitteudbrud: Medarbejderne anvender gældende instrukser og arbejdsgange.		

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Det kan f.eks. være et personalemødereferat. Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.		Der foreligger kommunal handleplan fra tilsynet 2024 med tiltag.
5.2	Effekten af tiltagene er evalueret. I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført.		Evaluering ved tilsyn: Målopfyldelse ikke øget.
5.3	Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn. Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.		Målopfyldelsen fremstår uændret fra seneste tilsyn. Der er tiltag i gang – særligt har sygeplejen justeret arbejdsgange og opnået forbedringer ved dette. Risikoområde er arbejdsgangene for medarbejdernes levering af SUL-ydelser. Dette vurderes at indebære risiko for patientsikkerheden ved uændrede forhold.



Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

Tilgang og formål

Tilsynets kerneydelse er på en anerkendende måde at belyse, om gældende lovgivning og politisk fastsatte retningslinjer og politikker overholdes og efterleves, så borgerne får den hjælp, de er berettiget til, og at hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig forsvarlig måde. Tilsynet skal belyse, hvorvidt:

- Borgerne får hjælp i henhold til kommunens kvalitetsstandarder
- Hjælpen er i henhold til loven og i henhold til afgørelsen om hjælp
- Hjælpen er i overensstemmelse med borgerens aktuelle behov for hjælp
- Forebygge, at eventuelle mindre problemer udvikler sig til store problemer.

Tilsynet har under tilsynene fokus på, at besøgene er afviklet med en anerkendende tilgang med fokus på dialog. Det er intentionen, at tilsynsbesøget kan medvirke til at fremme den videre udvikling af praksis på den enkelte plejeenhed.

Under besøget fokuserer tilsynsførende på plejeeenhedens styrker og det, der virker. Det afspejles om muligt i spørgsmålene og dialogen, som kan grundlag for den videre refleksion og analyse af praksis.

Tilsynsførende søger at opnå den fornødne indsigt som grundlag for dialog om eventuelle forbedrings-områder, hvor borgernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandarder m.m.

Samlet set stiller tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

- Viden om, hvorvidt borgerne får den hjælp, de er berettiget til, og om hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig forsvarlig måde på den enkelte plejeenhed
- Støtte til kvalitetsudviklingen gennem konstruktiv dialog og brugbare kvalitetsdata
- En samlet viden på tværs af plejeehederne om fælles styrker og udfordringer.

Tilsynsbesøget er gennemført uanmeldt og er et udtryk for det øjebliksbillede, som er tilgængeligt på tidspunktet for tilsynets gennemførelse. Tilsyn udføres 12 måneder efter seneste tilsyn +/- 4 måneder, medmindre andet er aftalt med kommunen.

Indhold og metode

Tilsynet indsamler data på baggrund af hovedpunkter udvalgt af Odsherred Kommune. Tilsynet udføres efter manual, som er tilpasset behovene og prioriteringerne i kommunen. Manualen indeholder beskrivelse af, hvilke opgaver der ligger før – under og efter besøget, herunder på hvilken måde tilsynet afvikles.

Metoderne bygger på nyeste viden fra akkreditering/tilsyn/audit. De gennemgående metoder er:

- Interview af ledere, medarbejdere, borgere samt eventuelle pårørende
- Dokumentation: Gennemgang af skriftlige vejledninger til medarbejdere, den faglige dokumentation, handleplaner, informationer til borgere m.m.
- Observation af medarbejderes praksis, borgers fremtræden og bolig, arbejdsgange, fællesarealer afholdelse af måltider m.m.

Samlet set sikrer den metodiske tilgang en grundig dataindsamling som underlag for analyse og vurdering. Den metodiske tilgang giver belæg for at vurdere kvaliteten af de ydelser, borgeren modtager.

I tilfælde af, at tilsynsførende under tilsynet bliver opmærksom på sundhedsfaglige forhold af betydning for borgernes sikkerhed, skal tilsynsførende afdække disse forhold og medtage dette i rapporteringen.



Vurderingsprincipper

Tilsynsbesøget bidrager til at afdække om den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag lever op til lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurdering sker på 4 niveauer:

- Den enkelte stikprøve
- Det enkelte målepunkt
- Det enkelte tema
- Det samlede tilsynsresultat

Vurderingsprincipperne sikrer systematisk analyse og vurdering fra den enkelte stikprøve udføres til det samlede tilsynsresultat. Vurderingsprincipperne er skitseret nedenfor.

Vurdering af den enkelte stikprøve

Dataindsamlingen sker ved stikprøver og ved anvendelse af interview, observation og dokumentation. Den indsamlede viden vurderes løbende ift. overensstemmelse med temaerne og målepunkterne.

Vurdering af de enkelte målepunkter

Hvert af de overordnede temaer belyses af underliggende målepunkter. Tilsynsførende vurderer målopfyldelsen af målepunktet på baggrund af dataindsamlingen. Der kan i nogle tilfælde være enkeltstående fund, som medfører, at målepunktet ikke er opfyldt. Det vil typisk være fund af betydning for borgerens sikkerhed. Vurderingen sker ud fra 4 kategorier, som farvemærkes af læsevenlige årsager:

Vurderingskategorier	Vurderingsforkortelse og farve
Helt opfyldt	H O
I betydelig grad opfyldt	B O
I nogen grad opfyldt	N O
Ikke opfyldt	I O

Vurdering af det enkelte tema

På baggrund af de samlede resultater fra målepunkterne vurderes den samlede opfyldelse af det enkelte tema. Et tema kan vurderes som "Helt opfyldt", selvom der er et enkelt fokus med "I betydelig grad opfyldt". Når et af målepunkterne er vurderet "I nogen grad opfyldt" kan den samlede målopfyldelse for temaet højst blive "I betydelig grad opfyldt". Vurderingen sker ud fra samme kategorier og farveskala, som beskrevet ovenfor.

Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

Alle temaer er samlet set vurderet "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.

Målene er i høj grad opfyldte

Højst 1 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden. Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Målene er i middel grad opfyldte

Højst 2 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget. Opfølgning efter kortere tid anbefales.



Målene er i lav grad opfyldte

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4).

Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.

Kritisable forhold

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.



Om virksomheden og kontaktoplysninger

Den Mobile Kvalitetsafdeling, *akkrediteringsraadgiverne.dk*
Egebjergvej 232 A
4500 Nykøbing Sjælland

Nethe Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef
Mobil: +45 2869 8898
Mail: nethe@jorck.net

akkrediteringsraadgiverne.dk er en privat leverandør af rådgivning og tilsyn til de danske kommuner og sygehuse, herunder tilsyn og kvalitetsbesøg inden for serviceloven og sundhedsloven.

Konsulentfirmaet består af virksomhedsleder, som sammen med udvalgte samarbejdspartnere varetager alsidige opgaver, eksempelvis:

- Tilsyn med plejeboliger på ældreområdet
- Tilsyn med fritvalgsområdet
- Andre kvalitetsbesøg/tilsyn i hjemmesygeplejen, akutfunktioner, plejecentre og hjemmeplejen efter serviceloven og sundhedsloven
- Kvalitetsbesøg/temperaturmålinger ift. ældretilsynets målepunkter
- Kvalitetsbesøg/temperaturmåling ift. risikobaseret tilsyn med STPS's målepunkter
- Second opinion kombineret med kvalitetsbesøg/tilsyn ved eksempelvis klagesager
- Tværsektorielle borgerforløb. Ressource- og opgavefordeling
- Brugerundersøgelser, herunder borgertilfredshedsundersøgelser

Ovenstående liste er ikke udtømmende. Sundhedslovs- og servicelovsområdet giver stadig mere komplekse udfordringer i hverdagen, hvor vi kan byde ind med et samarbejde med fokus på en bestemt borgersituation, vinkel eller en særlig dagsorden.

Om virksomhedsleder og tilsynschef

Nethe Jorck har sundhedsfaglig uddannelse (sygeplejerske) suppleret med MPP (Master of Public Policy) tillige med kompetencegivende uddannelser indenfor ledelse, kvalitet og patientsikkerhed, herunder uddannelse til auditor for Dansk Standard og akkrediteringssurveyor for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) samt forandringsagentuddannelsen fra Dansk Selskab for patientsikkerhed.

Nethe Jorck har en årrække beskæftiget sig med sociallovs- og sundhedslovsydelser, kvalitetssikring og patientsikkerhed i kommuner og regioner gennem funktioner som oversygeplejerske, kvalitetschef, tilsynschef, akkrediteringskoordinator m.m.

Særlig relevante erfaringer:

- akkrediteringssurveyor fra 2010 til 2022 for IKAS. Har udført omkring 170 surveydage på sygehuse, i kommuner, præhospital, privathospitaler og speciallægepraksis
- har udført over 500 uanmeldte kommunale tilsyn
- forandrings- og forbedringsarbejde med projekter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Ovenstående har medført lang erfaring og indgående viden og indsigt i spændingsfeltet mellem det, der besluttet (lovgivning, retningslinjer, kvalitetsstandarder m.m.) og det, der sker i praksis tættest på borgerne.

