



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Greve Kommune

Center for Sundhed og Pleje

Hjemmeplejen Stranden

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	11
Tema 1 Funktionsevne	12
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	14
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	17
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	21
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	22
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	23
Om virksomheden og kontaktoplysninger	26

Forord

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

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.

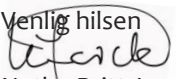
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling. Rapporten opfylder webtilgængelighedsloven.

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


Nette Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef



Fakta om tilsynet

Hjemmeplejeleverandør:

Hjemmeplejen Stranden
Karlsunde Parkvej 27
4690 Karlsunde

Områdeledere:

Rikke Sørensen
Jeanne Pedersen

Tilsynsbesøget fandt sted:

12. oktober 2023

Metodik og datagrundlag:

Tilsynet omfatter borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne.

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal for 8 borgerforløb, procedurer, kørelister mv.
- Interview: 6 borgere, som kan medvirke til interview.
Desuden er talt med 1 områdeleder, 1 souschef, 2 planlæggere, 3 assistenter, heraf 1 RH-koordinator og 2 hjælpere.
- Observation: Besøg i borgeres hjem, set arbejdsgange og samvær mellem medarbejder og borger o.a.

Tilsynet har besøgt 6 borgere og overværet hjælp til personlig pleje o.a. hos 3 af disse borgere.

Forskellige borgerforløb: Stikprøvestørrelsen dækker arbejdsgange for de hyppigst forekommende borgerforløb efter §83 samt 83a forløb.

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 Greve Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos leverandøren. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn i Greve 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 høj grad opfyldte

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.

Målopfyldelse 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

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

Generelt

Hjemmeplejen Syd fremstår som en grundlæggende velorganiseret plejeenhed med styrket ledelsesstruktur og forbedrede lokaleforhold på basen. Der er omkring 600 borgere tilknyttet hjemmeplejen. For at styrke muligheden for, at borgerne oftest besøges af samme medarbejdere, varetager 2 planlæggere kørelister for henholdsvis Karlslunde og Greveområdet.

Siden seneste tilsyn har hjemmeplejen arbejdet videre med udvalgte emner, herunder det skriftlige arbejdsgrundlag. Forandringsarbejdet har medført forbedringer af målopfyldelsen. I det samlede tilsynsresultat vurderes målene i høj grad opfyldte, da målopfyldelse for interne processer forventes at blive opnået indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Styrker

Funktionsevne

Der ses generelt overensstemmelse mellem visiteret ydelse efter serviceloven, disponeret hjælp og ydet hjælp. Hjælpen ses i overensstemmelse med borgernes aktuelle tilstande. For RH-forløbene er faste forløbskoordinatorer, som medvirker til at skabe struktur for de enkelte forløb.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Borgerne udtrykker meget høj tilfredshed med hjemmeplejens indsats. De udtrykker tryghed og omtaler et godt samarbejde med medarbejderne. Borgerne giver udtryk for, at den leverede hjælp i hverdagene svarer til deres behov, og at der ikke forekommer udeblivelser eller aflysninger.

Tilsynsførende overværer personlig pleje hos 3 borgere. Hjælpen ydes i borgers tempo og med småsnakken, humor og guidning tilpasset den enkelte borgers situation og dagsform. Der ses og høres bevågenhed for rehabilitering. Der iagttages velegnede arbejdsprocesser og udførelse af opgaverne på en måde, der sikrer den nødvendige kvalitet.

Borgernes boliger fremtræder generelt rene svarende til, hvornår borger sidst har haft rengøringsydelsen.

Sammenhæng og forudsigelighed

Tilsynet overværer morgenmødet. Her drøftes de borgere, som er triageret gule, så medarbejderne er forberedt inden borgerbesøgene. Denne proces bidrager dels til medarbejdernes kendskab til disse borgernes tilstande og dels til den løbende kompetenceudvikling.

De ovenfor nævnte styrker og erfaringer med kvalitetsforbedringer er et godt afsæt til at fastholde kvaliteten og yderligere forbedre praksis.

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 1 tema er "Helt opfyldt"
- 3 temaer er "I betydelig grad opfyldt"
- 1 tema er "I nogen grad opfyldt".

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 Funktionsevne

Målepunkt 1.1 RH-forløb

Målepunktets fokus: 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 fastlægges individuelle mål i samarbejde med borger. De fastsatte mål og tidsrammen skal indgå i en samlet beskrivelse af forløbet. Er der behov for at ændre i målene, skal dette ske i samarbejde med modtageren.

Der er på tilsynstidspunktet 17 RH-borgere. RH-forløbene fremstår velorganiseret med fast koordinerende nøgleperson og samarbejde med ergoterapeut. Der ses tavle med datoer for opstart, og slutdato. RH-forløbet journaliseres ved observationer samt i døgnrytmeplanen.

Udviklingspunkt: Der ses ventetid på opstart af terapeut, hvilket betyder, at medarbejderne skal påbegynde indsatsen og definere mål og delmål. Dette ses i praksis gjort fyldestgørende for en besøgt borger med fast erfaren kontaktperson uden støttende oplysninger i døgnrytmeplan eller RH-observationer.

For 4 ud af 4 undersøgte RH-forløb indeholder døgnrytmeplaner og RH-observation få hjælpende oplysninger til medarbejderne om, hvad de aktuelle delmål er. Dette har sammenhæng til, at hjemmeplejen ikke kender til, hvor ergoterapeut indskriver plan, træningsmål og delmål, og anvender de mundtlige oplysninger som bedst muligt indskrives.

For at sikre en fremadrettet indsats er der i højere grad brug for skriftlige, handleanvisende oplysninger med konkrete delmål, som afspejler en målrettet tidsafgrænset indsats.

Tilsynet anbefaler at

- hjemmeplejen fastlægger arbejdsgange og struktur i samarbejde med terapeuterne, herunder
- at mål og delmål omsættes til handleanvisende oplysninger til frontmedarbejderne
- medtage §83a forløbene i journalaudit ift. udvalgte indikatorer – f.eks. om der er delmål og sammenhæng til døgnrytmeplan/RH-observation.

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Fokus: At hjemmeplejen udfører, i samarbejde med borgeren, opgaverne inden for ydelsens ramme, grundydelse og fleksibel ydelse. Hvis en borger vedvarende fravælger en tildelt indsats til fordel for en anden, vurderer kommunen, om afgørelsen skal ændres.

Udviklingspunkter

Den praktiske hjælp

For 3 ud af 4 borgerforløb indgår ikke oplysning til frontmedarbejderne om, hvad rengøringsopgaven omfatter. Hjemmeplejen har vedtaget, at oplysningen skal fremgå af døgnrytmeplanen.

Hjælpe midler:

Stor rengøring: I 3 hjem ses rollatorer, som er snavsede - for 1 borger uhygiejnisk. 1 ud af 2 adspurgte medarbejdere kender ikke til at det hører med i rengøringsopgaven (stor rengøring). Der ses ikke oplysning om opgaven i døgnrytmeplanerne.

Individuel praktisk hjælp

For en borger med bevilget rengøring x 1 ugentligt, ses gulve generelt rene. Men hjemmet trænger til rengøring på alle flader m.m. Der er tillige bevilget oprydning. Der ses ikke taget stilling til, hvorledes denne borger bedst samlet set kan tilbydes den praktiske hjælp, så timerne udnyttes optimalt varende til kvalitetstandarden.

Tilsynet anbefaler

- aktivt at tage stilling til individuel praktisk hjælp med opmærksomhed på borgere med særlige behov
- at medarbejderne har let adgang til oplysninger om hvad den praktiske hjælp hos borger omfatter
- at medarbejderne siger til, når oplysninger ikke fremgår af døgnrytmeplanen, eller når de bliver i tvivl
- at praktisk hjælp indgår i journalaudit, indtil målopfyldelse er opnået.

Fleksibel hjemmehjælp

3 ud af 4 borgere kender ikke til at kunne bytte ydelser. 1 ud af 3 medarbejdere kender til ordningen.

Tilsynet anbefaler at

- informere om muligheden, så medarbejderne kender ordningen herunder at journalisere afvigelser fra det visiterede
- at hjemmeplejen informerer visitation, hvis en borger vedvarende fravælger en indsats fremfor en anden.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Målepunkt 3.3 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 ernærings-tilstand blandt andet kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne. Forebyggelse kræver en tidlig opsporing.¹

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

Udviklingspunkt: For 1 borger høres positivt, at medarbejder havde reageret på borgers melding om at have tabt sig, hvilket blev bekræftet af vægtmåling. Efterfølgende kontakt til sygeplejerske blev korrekt foretaget. Ydelsen vejning sker i samarbejde med sygeplejen/lægen, men borgerne er afhængig af, at arbejdsgangene, herunder medarbejdernes fokus/kompetencer, i tilstrækkelig grad støtter den tidlige opsporing. Småtspisende/undervægtige borgere, som er startet træningsforløb kan være i risiko for ikke at få det fulde udbytte af rehabiliteringen. Der ses for 3 ud af 4 undersøgte forløb, hvor medarbejderne har opgave i forbindelse med måltidet, ikke oplysninger/observationer om borgers fødeindtag, lyst til mad o.lign.

Tilsynet anbefaler at

- undervise i ernæringens betydning for selvhjulpethed
- øge opmærksomhed på tidlig opsporing, ikke mindst ved borgere som har et træningsforløb.

Målepunkt 3.4 Samarbejde med terapeutfunktion ved fælles borgerforløb

Fokus: De kommunale tilbud efter §83 og §86 samt genoptræningsplaner indgår i en samlet indsats for at bringe borger tilbage til eller så tæt som muligt til borgers potentiale for funktionsevne.

Ved afslutning af træningsforløb fastlægger træningsterapeuten videre plan sammen med borgeren.

Den videre plan kan omfatte træning under den personlige pleje eller den praktiske hjælp. Det kan være balanceøvelser samtidig med den personlige pleje, huske at gå ture med rollatoren, forflytte sig korrekt, huske rejse/siddeøvelser eller at hjælpen bare er i nærheden imens, fordi det er mere trygt. Disse oplysninger kan efterspørges i samarbejde med terapeuter.

Udviklingspunktet er, at medarbejderne/kontaktpersonerne på tilsynstidspunktet ikke har lettilgængelige oplysninger om, hvorvidt en borger har therapydelse.

Medarbejdere kender delvist til, om borgere har therapydelse og delvist til, hvilke ydelser der leveres af de kommunale terapeuter og hvilke ydelser, der leveres vederlagsfrit af borgers private terapeut.

Ovenstående forhold vanskeliggør, at borgeren på en enkel måde tilbydes en samlet og forsat ydelse. Det kan indebære en risiko for, at borger mister det opnåede funktionsniveau.

Tilsynet anbefaler

- at kontaktpersoner styrker deres viden om, hvorvidt borgerne har/har haft et træningsforløb og sikrer en evt. justering af døgnrytmeplanerne, herunder
- at efterspørge oplysninger og etablere et øget samarbejde.

¹ <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/Aeldre-og-demens--2015/national-handlingsplan-for-maltider-og-ernaering-til-aeldre-i-hjemmeplejen-og-plejeboligen/>

¹ <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2017/Tidlig-opsporing-af-forringet-helbredstilstand-og-nedsat-funktionsevne-hos-aeldre-mennesker>

Målepunkt 3.5 og 3.6 Det skriftlige arbejdsgrundlag

Fokus: Den faglige dokumentation er et grundlag for medarbejdernes viden og forståelse for borgeren og dermed væsentlig for, at borgeren tilbydes en ensartet og forudsigelig opgaveløsning på et sikkert kvalitetsniveau. Det er afgørende for at sikre den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje af borgerne, at alle medarbejdere har den nødvendige viden om borgerne.

Hertil er fyldestgørende og løbende ajourført dokumentation det nødvendige grundlag for, at alle medarbejdere kan varetage den rette hjælp, omsorg og pleje af 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.

Siden sidst er det skriftlige arbejdsgrundlag på tværs af Nexus forbedret med øget ”rød tråd” gennem systematiseret undervisning.

Udviklingspunktet er primært døgnrytmeplanerne: Der ses i høj grad overensstemmelse mellem borgers tilstand og døgnrytmeplanerne, men oplysningerne er meget få. I 5 ud af 7 tilfælde kan en medarbejder, der ikke kender borger så godt, ikke levere en genkendelig, individuel pleje.

Borgerne oplever, at afløsere ofte ikke har læst om opgaverne og adgangsforhold m.m. inden borgerbesøget.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- udvikle døgnrytmeplanernes kvalitet med brug af rehabiliterende tilgang og indskrivning af ”tavs viden”
- øge opmærksomheden hos medarbejderne på forberedelse inden borgerbesøg.

Tema 4 Hygiejne

Værnemidler

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

Udviklingspunkt: I 1 ud af 3 sete borgerbesøg ses nedre personlig pleje uden anvendelse af plastforklæder.

Tilsynet anbefaler

- at fortsætte implementering af anbefalingerne i NIR².

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 Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering Korterevarende rehabiliteringsforløb efter §83a	
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Måltider	
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde	
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning Instrukser, værnemidler og rengøring	
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.	

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:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<p>Borgere, som er visiteret til et afklarende forløb efter §83a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Det afklarende forløb er dokumenteret: <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. 		<p>Der er på tilsynstidspunktet 17 RH-borgere.</p> <p><i>Udviklingspunkt: Der ses ventetid på opstart af terapeut, hvilket betyder, at medarbejderne skal påbegynde indsatsen og definere mål og delmål. Dette ses i praksis gjort fyldestgørende for en besøgt borger med fast erfaren kontaktperson uden støttende oplysninger i døgnrytmeplan eller RH-observationer.</i></p> <p><i>Efter opstartsmøde med ergoterapeut: For 4 ud af 4 undersøgte RH-forløb indeholder døgnrytmeplaner og RH-observation få hjælpende oplysninger til medarbejderne om de aktuelle delmål.</i></p> <p><i>Dette har sammenhæng til, at hjemmeplejen ikke kender til, hvor ergoterapeut indskriver plan, træningsmål og delmål. De anvender de mundtlige oplysninger, som bedst muligt indskrives.</i></p>

<p>1.2</p>	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 selvhjulpne). 4) Hvordan vurderer du betydningen af den hjælp du får? 		<p>6 ud af 6 borgere er tilfredse med hjælpen, når det er de faste medarbejdere, der kommer på besøg. Når de faste medarbejdere ikke har besøget, sker det ofte, at afløseren ikke kender opgaverne så godt. Udsagn: "så må jeg fortælle det hele" - "jeg kan jo godt tale, men sådan er det ikke for alle, tror jeg" - "Hvorfor læser de dog ikke, hvad der står".</p>
<p>1.3</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. 		<p>Der ses i 4 ud af 5 tilfælde anvendt observationer samt besøgsnotater ift ændringer i borgers tilstand, når det har betydning for tildeling af visiteret ydelse. Planlægger retter derefter henvendelse til visitator, som opdaterer funktionsevnetilstanden samtidig.</p> <p>I et tilfælde ses observation om, at borger ikke længere behøver 2 til forflytning. Dette ses ikke sagsbehandlet færdig efterfølgende. Det fremstår som enkeltstående eksempel.</p> <p>Samlet set vurderes målepunktet helt opfyldt.</p>
<p>1.4</p>	<p>Medarbejdere kender arbejdsgangene for at melde videre, hvis borgers begrænsning af funktionsevnen ændrer sig.</p>		<p>Jf. ovenfor.</p>

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle-punkt	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<p>(Personlig pleje)</p> <p>Interviewede borgere (eller pårørende) svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? 2) Synes du at personalet udviser respekt for dig? 3) Hvor tilfreds er du med medarbejderens imødekommenhed 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)? 		Jf. 1.2
2.2	Fremtræder borger velplejet i forhold til borgers behov og ønske?		
2.3	<p>(Praktisk hjælp). Interviewede borgerne svarer generelt positivt på følgende:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 1.2
2.4	<p>Observation i hjemmet:</p> <p>Er hjemmet ryddeligt og rent i det omfang, borgeren har behov for og ønsker hjælpen?</p> <p>Er hjemmet rengjort svarende til tidspunktet for seneste rengøringsydelse?</p> <p>Fremstår personlige hjælpemidler rengjorte (kørestole, rollatorer, Sara Steady mv)?</p>		Hjemmene fremtræder generelt rene svarende til seneste rengørings-tidspunkt.

			<p>For en borger med bevilget rengøring x 1 ugentligt samt oprydning, ses gulve generelt rene svarende til dette. Men hjemmet trænger til rengøring på alle flader m.m.</p> <p>Der ses ikke taget stilling til, hvorledes borger bedst kan tilbydes den praktiske hjælp, så timerne samlet set udnyttes optimalt.</p> <p>For 3 ud af 4 borgerforløb indgår ikke oplysning om, hvad rengøringsopgaven omfatter i frontmedarbejdernes oplysninger (døgnrytmeplanerne).</p> <p>Hjælpe midler: I 3 hjem ses rollatorer, som er snavsede - for 1 borger uhygiejnisk. 1 ud af 2 adspurgte medarbejdere kender ikke til, at det hører med i rengøringsopgaven. Der ses ikke oplysning til medarbejderne om, hvad opgaven "Stor rengøring" opfatter.</p>
2.5	Hvis tilsynsførende overværer medarbejders besøg: Der ses velegnede arbejdsgange og udførelse af opgaverne på en måde, der sikrer den fornødne 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.		
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.		3 ud af 4 borgere kender ikke til at kunne bytte ydelser. 1 ud af 3 medarbejdere kender til ordningen.
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.		
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	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		Jf. 1.2
3.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
3.3	<p><i>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <ol style="list-style-type: none"> a. Vejhyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval b. Der ses reaktion på uplanlagt vægttab c. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere. 		<p>Tidlig opsporing af ernæringstruede borgere og reaktion på vægttab:</p> <p>For 1 borger høres positivt, at medarbejder havde reageret på borgers melding om at have tabt sig, hvilket blev bekræftet af vægtmåling. Efterfølgende kontakt til sygeplejerske blev korrekt foretaget.</p> <p>Ydelsen vejning sker i samarbejde med sygeplejen/lægen, men borgerne er</p>

		<p>afhængig af, at arbejdsgangene, herunder medarbejdernes fokus/kompetencer i tilstrækkelig grad støtter den tidlige opsporing af småtspisende/undervægtige ældre.</p> <p>Småtspisende/undervægtige borgere, som er startet rehabiliteringsforløb, kan være i risiko for ikke at få det fulde udbytte af rehabiliteringen. Der ses for 3 ud af 4 undersøgte forløb, hvor medarbejderne har opgave i forbindelse med måltidet ikke oplysninger/observationer om borgers fødeindtag, lyst til mad o. lign.</p>
<p>3.4</p>	<p><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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Det er positivt, at træning nævnes i flere døgnrytmeplaner. Der høres af medarbejdere eksempler på rehabiliterende indsats, som har medført øget funktionsevne.</p> <p>RH-forløb (83a): Jf. 1.1. ses, at terapeuternes arbejdsgang for opstart, evaluering og slutnotat er implementeret. Jf. 1.1. er et udviklingspunkt at opbryde langsigtede mål i delmål, så medarbejderne ved, hvad det aktuelle mål er, og hvilke konkrete handlinger, de skal varetage i samarbejde med borger (og evt. hvordan) for at borger bedst muligt kan øge funktionsniveauet.</p> <p>Udviklingspunkt: At medarbejderne kender til hvor Træningsenhedens noter er placeret i Nexus. Dette gælder naturligvis også ved</p>

			<p>Genoptræning og ved §86.</p> <p>Der høres ikke om et samarbejde med terapeuter om fælles borgerforløb med genoptræningsplan eller §86 eller med private terapeuter om vederlagsfri fysioterapi.</p>
3.5	<p><u>Det skriftlige arbejdsgrundlag:</u></p> <p>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.</p> <p>b) Oplysninger på tavler, i papirkalendere, i print og andre supplerende informationer er i overensstemmelse med omsorgsjournalens oplysninger og borgers aktuelle tilstand</p> <p>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.</p>		<p>Fraset RH-forløb ses generel overensstemmelse i 5 ud af 5 borgerforløb mellem borgers aktuelle tilstande og journaliseringen i Nexus, herunder observationer, funktionsevne- og helbredstilstande, målinger, døgnrytmeplaner og andre handleanvisninger.</p>
3.6	<p><u>Det skriftlige arbejdsgrundlag: Døgnrytmeplaner og generelle oplysninger</u></p> <p>a) 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.</p> <p>b) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender. Oplysninger fra f.eks. terapeuter er lettilgængelige.</p> <p>Forflytningsvejledninger støtter en tryk oplevelse for borgerne.</p>		<p>Der ses i høj grad overensstemmelse mellem borgers tilstand og døgnrytmeplanerne, men oplysningerne er få. Ud fra 5 ud af 7 dagvagtbeskrivelser kan en medarbejder, der ikke kender borger så godt, ikke levere en genkendelig, individuel pleje. Dette gælder til lige alle sete aftenbeskrivelser.</p> <p>Borgerne oplever, at afløsere ofte ikke har læst om opgaverne og adgangsforhold m.m. inden borgerbesøget.</p> <p>For 2 borgere ses for dagvagten handleanvisende, opdaterede dagbeskrivelser som også indeholder tavs viden om, hvordan plejen bedst lykkes.</p>

			<p><i>RH-forløb: For 2 ud af 2 rehabiliteringsforløb ses døgnrytmeplanen ikke at indeholde handleanvisende oplysninger om delmål for indsatsen.</i></p>
--	--	--	---

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.		<i>Personlig pleje: For 1 ud af 3 sete situationer, ses opgaven udført uden brug af plastforklæde.</i>
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	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Det kan f.eks. være et personalemødereferat.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</p>		
5.2	<p>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.</p>		
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>		<p><i>Siden seneste tilsyn har hjemmeplejen gjort en ihærdig forbedringsindsats ift. - den skriftlige dokumentation</i></p> <p><i>Tiltagene har medført forbedret målopfyldelse.</i></p>



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, således at 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 plejeenhedens 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 plejeenhederne 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 Greve 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

Nethe Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef

DMK-tilsynsafdeling, akkrediteringsraadgiverne.dk
Egebjergvej 232 a
4500 Nykøbing Sjælland
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) til lige med kompetencegivende uddannelser indenfor ledelse, kvalitet og 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.

Hun har været surveyor med ledende funktioner gennem 13 år for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) indtil akkrediteringens ophør i 2021.

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. Hertil kommer indgående erfaring med forandrings- og forbedringsarbejde med basis i uddannelse og projektarbejde med projekter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

