



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Odsherred Kommune

Omsorg og Sundhed

Hjemmeplejen Midt - Team Vig

Uanmeldt kommunalt tilsyn

Januar 2024

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 | 16 |
| 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.

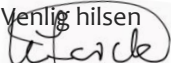
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling. Rapporten opfylder webtilgængelighedsloven.

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


Nette Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef



Fakta om tilsynet

Hjemmeplejeleverandør:

Hjemmeplejen Midt, Team Vig

Baeshøjgårdsvej 6, 4560 Vig

Leder:

Tomas P. Jensen var fraværende. Teamleder for sygeplejen Birgitte Hjorth varetog stedfortræderopgaven.

Tilsynsbesøget fandt sted:

22. januar 2024

Metodik og datagrundlag:

Tilsynet omfatter borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne.

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver i 9 borgerforløb), procedurer, kørelister, borgerinformationer mv.
- Interview: 6 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview samt 1 pårørende. Desuden 8 medarbejdere, heraf 1 teamleder for sygeplejen, 1 sygeplejerske, 2 assistenter, 3 hjælpere, 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. 1 yderligere er blevet telefoninterviewet.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 6 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 middel grad opfyldte

Bemærkning

Der ses forbedringer siden seneste tilsyn.

Der ses mangler, som også omfatter sundhedslovsydelse og indebærer større risiko for patientsikkerheden ved uændrede forhold. Dette er uddybet på side 8-9 og 16-19.

Det anbefales at støtte opfølgning af handleplan indenfor kortere tid.

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, Odsherred Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Styrker

Siden seneste tilsyn har hjemmeplejen arbejdet ihærdigt med udviklingstiltag, som samlet set medvirker til at styrke sammenhængskraften, den tværgående indsats og ikke mindst en faglig bevidstgørelse og kompetenceudvikling blandt medarbejderne. Teamleder for hjemmeplejen arbejder tæt sammen med teamleder for sygeplejen.

Forandringerne har medført forbedring i kvaliteten af de borgerrettede indsatser.

- Større andel af faste medarbejdere.
- Triage implementeret i de daglige arbejdsgange
- Kontaktpersoner: Er besluttet og forventes implementeret indenfor kortere tid.

En pårørende udtrykker: *"Det er blevet mere regelmæssigt og det er de samme, der kommer – både om dagen og om aftenen, så nu tør jeg godt gå"*.

Funktionsevne

Der ses generelt sammenhæng mellem den visiterede ydelse, den disponerede hjælp, den udførte hjælp og borgers aktuelle tilstand. Der forefindes relevante hjælpemidler hos de besøgte borgere. Medarbejderne kan rede-gøre for, hvorledes det prioriteres, at borgernes grundlæggende behov i videst mulige omfang bliver tilgodeset, samt hvem de skal kontakte ved afvigelser i borgers tilstand.

§83a – indsatsen: Der er to borgere visiteret til RH-ydelse: Borgerne fortæller, at indsatsen har støttet deres evne til at klare daglige gøremål.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Borgerne udtrykker tryghed ved indsatsen og omtaler medarbejderne meget positivt. De oplever, at der nu kommer faste medarbejdere, som kender opgaverne hos borger. De udtrykker tryghed og omtaler et godt samarbejde med medarbejderne.

Borgerne giver udtryk for, at den leverede hjælp svarer til deres behov, og at der ikke forekommer udeblivelser eller aflysninger.

Personlig pleje: Tilsynsførende overværer personlig pleje hos enkelte borgere. Hjælpen ydes i borgers tempo og med småsnakken, humor og guidning tilpasset den enkelte borger. Der iagttages velegnede arbejdsprocesser og udførelse af de socialfaglige opgaver på en måde, der sikrer den fornødne kvalitet.

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 rehabilite-ring. Nødkald besvares hurtigt, fortæller borgerne.

Praktisk hjælp: Borgernes boliger fremtræder generelt rene svarende til, hvornår borger sidst har haft rengørings-ydelsen. Der opleves ikke udeblivelser.

Tilsynet besøger flere borgere med nyligt udført rengøring. Boligerne fremtræder rene svarende hertil.

Hjælp til tøjvask og madservice: Borgere med visiteret ydelse udtrykker tilfredshed med hjælpen. De borgere, der får den varme mad bragt af DDM, synes at den er veltillavet og smager godt.

Sammenhæng og forudsigelighed

Inden borgerbesøgene er der fælles samling med deltagelse af sygeplejerske til ad hoc spørgsmål. Borgerne ople-ver, at medarbejderne kender til opgaverne inden de kommer. Handlingsanvisninger ses i vid udstrækning fyldest-gørende og teksten indskrives også i besøgsplaner. Det er dobbeltdokumentation, men det er prioriteret at fort-sætte indtil videre. Der ses eksempler på, at det lykkes at få opdateret begge steder.

Tilsynet overværer triagemøde. Her deltager assistenter, hjælpere og sygeplejersker. Her drøftes de borgere, som er triageret røde/gule, og triageplanerne opdateres. Dialogen er præget af reflekterende drøftelser og medvirker til medarbejdernes kendskab til disse borgeres tilstande og til den løbende kompetenceudvikling. Der er plan om, at demenskoordinator, visitator og terapeuter fremover skal deltage faglige teammøder.

Forebyggelse af smittespredning

Medarbejderne udviser kendskab til forebyggelse af smittespredning og anvender plastforklæde ved bad, nedre hygiejne og ved håndtering af udskillelser.

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

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 3 temaer er "Helt opfyldt"
- 1 tema er "I betydelig grad opfyldt"
- 2 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

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 arbejds-gang for evaluering.

Der er aktuelt 2 RH-forløb. Begge forløb har en tilknyttet terapeut.

Der foreligger ikke mål, delmål og plan for forløbet. Handlingsanvisning og besøgsplan afspejler ikke, at der er tale om et målrettet tidsafgrænset forløb. Der ses ikke observationer, der kan give grundlag for evaluering.

Tilsynet anbefaler at

- tilknytte fast forløbsmedarbejder til RH-forløb (kontaktperson)
- fastlægge struktur, der imødekommer lovkravene i samarbejde med samarbejdspartnere. Skrive den ned og undervise medarbejderne
- tilpasse besøgsplan/handleanvisning løbende, så borgerens aktuelle mål og delmål indgår
- følge implementeringen ved journalaudit. Denne kan udføres ifm. evalueringer af forløbet.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Målepunkt 3.2. Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde

Fokus: Det er væsentligt, at medarbejdere kender arbejdsgangene 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: Læge har på et tidspunkt ordineret 2 glukokortikoider til påsmøring på krop. Disse er nu seponeret. Der er ikke sket konsekvensrettelse i forbindelse med ændringen, herunder fjernelse af cremerne. Påsmøringen kan være fortsat, idet cremerne er lettilgængelige. Cremerne har begrænset holdbarhed efter anbrud, men er uden anbrudsdato.

Ovenstående vedrører sundhedslovsydelse og uændrede arbejdsgange indebærer risiko for patientsikkerheden.

Tilsynet anbefaler, at

- følge op på alle aktuelle overdragede opgaver til hjælpere og assistenter
- vurdere behov for justering af ansvars- og opgavefordeling mellem assistenter og sygeplejersker og den tilhørende ansvars- og opgavefordeling.
- at igangsætte tiltag og evaluere ved fx medicinaudit.

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.

Handlingsanvisninger ses i vid udstrækning fyldestgørende og teksten indskrives også i besøgsplaner. Det er dobbeltdokumentation, men det er prioriteret at fortsætte indtil videre.

Udviklingspunkter vedrørende servicelovsydelse

Ved journalgennemgang ses uoverensstemmende oplysninger på tværs af Cura. For 3 ud af 8 forløb ses ingen oplysninger i handlingsanvisninger for personlig pleje eller andre §83 ydelser. I 5 forløb ses oplysninger ikke opdateret sv.t. borgers aktuelle funktionsevnetilstande.

Manglende konsekvensrettelser ved ændringer i borgerstilstand medvirker til uoverensstemmende oplysninger. Ikke-tidstro data vurderes at kunne indebære en risiko for, at borgerne ikke får personlig og praktisk hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87 og § 150, stk. 2.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- øget brug af Generelle oplysninger
- genoverveje dobbeltdokumentationen opstået ved brug både af handlingsanvisninger og besøgsplaner ved fx personlig pleje
- styrke opdatering af aftenvagternes handlingsanvisninger/besøgsplaner
- følge op med mini- journalaudit efter eget fastsat interval.

Udviklingspunkterne vedrører tillige sundhedslovsydelse

Af stikprøven ses afvigelser i dokumentationen og opfølgning på sundhedslovsydelse, fx

- Vægtkontrol, der er fortsat ugentligt over 2 år. Vægten været stabil. Ydelsen ses ikke evalueret
- Sår, der er delegeret til hjemmeplejen. 1 i handlingsanvisning ses ikke nævnt i helbredstilstand. Ses ikke evalueret. Der er ikke aktuelle oplysninger om sårets aktuelle størrelse og/eller opheling.
- Dokumentation af insulininjektion: Denne ses ikke tidstro. Stikkeskema i journal ikke fuldt implementeret.

Uændrede arbejdsgange indebærer risiko for patientsikkerheden. Der er igangsat tiltag.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- fastsætte frist for opfølgning på sundhedslovsydelse efter risikovurdering af patientsikkerhed
- fastlægge ansvars- og opgavefordeling i samarbejdsfladen mellem assistenter og sygeplejersker
- styrke arbejdsgang når triageplan afsluttes. Opdatere helbredstilstand med resume og opdatere handlingsanvisning.

Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring

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, men borgerne er afhængig af, at arbejdsgangene for tidlig opsporing og medarbejdernes fokus/kompetencer, i tilstrækkelig grad støtter faglig refleksion og videreformidling af observationer til sundhedsfaglig stillingtagen, fx

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

Ingen borgere tilbydes vægtkontrol ift. risiko for ikke at få næring nok. Tilsynet besøgte borger, hvor det skønnes relevant at forebygge, at borger kommer til at gennemleve tab af funktionsevne. Borger er visiteret til ”ernæringsindsats”. I ydelsen er anført, at borger ikke spiser tilstrækkeligt. HT for fødeindtag ses ikke udfyldt. Der ses ikke observationer. Der ses ingen vægt frasat udskrivningsvægt. Der ses nylig info om, at borger ikke mener, hun har brug for hjælpen. Ydelsen ses ikke evalueret.

Ovenstående var også et udviklingspunkt i foregående år.

Tilsynet anbefaler

- støtte faglig refleksion/undervise i ernæringens betydning for selvhjulpenhed, faldtendens såvel som udbytte af træningsforløb
- fortsætte arbejdet med at få opsporet borgere i risiko for uplanlagt vægttab – fx starte med opmærksomhed på borgere som er visiteret til ydelse omkring mad/måltid/spise/ernæring.
- evaluering af indsatsen ved journalaudit med deltagelse af sygeplejen og hjemmeplejen.

Opmærksomhedspunkt

Fleksibel hjemmehjælp

Fokus ved praktisk hjælp: 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.

Der høres forskellig viden hos medarbejdere om borgernes mulighed for at bytte ydelser. 2 ud af 3 borgere kender ikke til muligheden, men fortæller, at medarbejderne er meget fleksible.

Tilsynet anbefaler

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

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 1a | Funktionsevne Korterevarende rehabiliteringsforløb efter §83a | NO |
| Tema 1b | Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering | HO |
| Tema 2 | Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Måltider | HO |
| Tema 3 | Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde | NO |
| Tema 4 | Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning Instrukser, værnemidler og rengøring | HO |
| 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. | BO |



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.


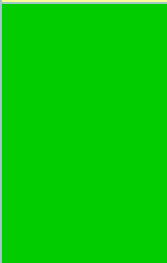
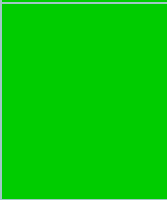
Tilsynsførende vurderer for hvert målepunkt, om dataindsamlingen viser overensstemmelse med målepunktets angivelser. I bemærkningsfeltet udfor hvert målepunkt er beskrevet særlige positive eller negative fund, som kan have værdi i det videre arbejde.

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 | <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>2 borgere er registreret med RH-ydelse. Begge meget tilfredse og fortæller, at de har haft stor nytte af terapeut og hjemmeplejens indsats. For begge borgere ses træningsnotater. Der ses ikke handlingsanvisninger med angivelse af mål og delmål.</p> |
| 1.2 | <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 selvhjulpnehed). 4) Hvordan vurderer du betydningen af den hjælp, du får? |  | |
| 1.3 | <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. |  | |

| | | | |
|------------|--|--|--|
| 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 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)? | | |
| 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? | | |
| 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 rene? (Rollatorer, kørestole mv.)</p> | | Rollatorer. Rengøring af disse fremgår ikke af handlingsanvisning. |

| | | | |
|------|---|--|---|
| 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. | | |
| 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. | | 2 ud af 3 borgere kender ikke til at kunne bytte ydelser. |
| 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? | | |
| 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) | | |
| 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. 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. | | <p>1) <i>Hudproblemer: 1 borger er registreret til i alt 3 sår. 2 sår ses i HT og disse er evalueret. Det tredje sår på hæl ses anført i handlingsanvisning, men ikke i HT. Der ses ikke observationer eller evalueringer. Aktuell status og behandling ses ikke. Måske ophelet.</i></p> <p><i>Insulin: For en borger, som ofte får morgen-insulin mellem 9-11 ses tidspunkt for administration ikke registreret i LMK.</i></p> |

Stikkested registreres sporadisk, seneste registrering er 4 dage før, inden da også overspring.

Anbrud: To cremer ses anbrudt, men uden anbrudsdato.

De er ikke længere i FKM, men forefindes stadig lettilgængeligt. Der er tale om glukokortikoider. 1 af dem har begrænset holdbarhed efter anbrud.

2a)

Vejehyppighed:

Ingen borgere er tilbudt vægtkontrol ifm tidlig opsporing af ernæringstilstand. Borgere med behov for vejning i loftslift, kan ikke tilbydes vejning.

2 borgere skal tilbydes vejning x1 ugt. for væskeophobning.

De 2 borgere vejes som besluttet. Den ene borger er vejet siden 2022 grundet daværende ødemproblem. Vægten har været stabil. Der ses ikke sundhedsfaglig vurdering ift. fortsat vægtkontrol.

Observation: Medarbejderne anvender 2 forskellige steder at indskrive vægt:

- Vægtkontrol
- Planlagt måling af vægt

hvilket hindrer et hurtigt overblik over vægtudvikling.

2b)

Ingen vægttab er identificeret.

En borger er visiteret til "ernæringsindsats". I ydelsen er anført, at borger ikke spiser tilstrækkeligt. HT for fødeindtag

| | | | |
|-----|--|--|---|
| | | | <p>ses ikke udfyldt. Der ses ikke observationer. Der ses ingen vægt fraset udskrivningsvægt.</p> <p>Der ses nylig info om, at borger ikke mener, hun har brug for hjælpen. Ydelsen ses ikke evalueret.</p> <p>Borgers udskillelser: Fæces: For 1 borger ses løbende registrering. For 1 anden borger ses anført i HT, at observationer skal skrives hver dag. Dette ses ikke gjort 1 måned op til tilsynet.</p> |
| 3.4 | <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>Jf. 1.1: Terapeut indgår i §83a. Ansvars- og opgavefordelingen fremstår uklar.</p> |
| 3.5 | <p><u>Det skriftlige arbejdsgrundlag:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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, | | <p>For 8 ud af 8 forløb ses uoverensstemmende oplysninger på tværs.</p> <p>Generelle oplysninger anvendes sparsomt.</p> <p>§83 ydelser: Journaliseres både i handlingsanvisning og i besøgsplan. Det er dobbetdokumentation, men fraset enkeltstående afvigelser ses der overensstemmende oplysninger.</p> <p>For 3 forløb ses ingen oplysninger.</p> |

medmindre der under besøget skulle blive identificeret forhold, der kan indebære en risiko for borgeren.

I 5 forløb ses handlingsanvisninger ikke opdateret sv.t. borgers aktuelle funktionsevnetilstande.

Det omhandler også sundhedslovsydelser ift. sår, andre hudproblemer, problemer med fødeindtag, problemer med udskillelser.

Observationer
Medarbejderne indskriver forskellige steder i Cura. Det medfører tidsspild for kolleger at lede efter oplysningerne.

Jf 3.3 ses vægt indskrevet enten i:

- Vægtkontrol eller
- Planlagt måling af vægt

Observation af afføring ses indskrevet enten i:

- Afføringskema eller
- Udskillelse af affaldsstoffer.

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. | | |
| 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>Forandringerne har medført forbedring af målopfyldelsen for flere forhold gennem</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Større andel af faste medarbejdere.</i> ○ <i>Triage, som er ved at blive implementeret i de daglige arbejds gange</i> ○ <i>Kontaktpersoner: Er besluttet og forventes implementeret indenfor kortere tid.</i> |



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 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 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 sundhedslovsydelse, kvalitetssikring og patientsikkerhed i kommuner og regioner gennem funktioner som oversygeplejerske, kvalitetschef, tilsynschef, akkrediteringskoordinator m.m.

Hun har været akkrediteringssurveyor fra 2010 til 2022 for IKAS og udført over 170 surveydage på sygehuse, i kommuner, præhospital, privathospitaler og speciallægepraksis.

Hertil kommer indgående erfaring med forandrings- og forbedringsarbejde med basis i forandringsagentuddannelse og projektarbejde 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.

