



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Odsherred Kommune

Omsorg og Sundhed

Hjemmeplejen Nord:

Team Nykøbing-Klint-Odden

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	12
Tema 1 Funktionsevne	13
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	15
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	18
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	22
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	23
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	24
Om virksomheden og kontaktoplysninger	27

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.

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.

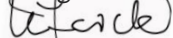
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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



Nethé Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef



Fakta om tilsynet

Hjemmeplejeleverandør:

Hjemmepleje Nord, Team Nykøbing-Klint-Odden
Vangen 1, 4500 Nykøbing Sjælland

Leder:

Teamleder Louise F. Kølle

Tilsynsbesøget fandt sted:

14. februar 2024

Metodik og datagrundlag:

Tilsynet omfatter borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne.

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver i 6 borgerforløb), procedurer, kørelister, borgerinformationer mv.
- Interview: 5 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview samt 2 pårørende. Desuden 8 medarbejdere, heraf 1 sygeplejerske, 2 assistenter, 3 hjælpere, 1 planlægger. Ved tilbagemelding deltog leder for klinisk faglig koordination
- Observation: Besøg i borgeres hjem, set arbejdsgange og samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem o.a.

Tilsynet har besøgt 5 borgere.

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

Hjemmeplejen har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

Samlet tilsynsresultat

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

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

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

Målene er i lav grad opfyldte

Bemærkning

Der ses mangler, som indebærer risiko for den fornødne kvalitet ved uændrede forhold. Det vedrører primært det skriftlige arbejdsgrundlag. Dette er uddybet på side 8-10. Det anbefales at støtte opfølgning af den lokale 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

Højst 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

Højst 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

I det følgende 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.

Generelt

Plejeenheden har fortsat integreringen af sygeplejen og hjemmeplejen. Udviklingen er støttet af triagemodulet og de tilhørende drøftelser ved triagemøder. Det opleves at have givet et større fagligt løft og øget refleksion. Visitationen og hjemmeplejen har dialogmøder hver anden uge. En udvikling som også giver mulighed for anderledes opgavefordeling. Internt støtter et morgenmøde dels at medarbejderne når at forberede sig bedre til borgerbesøg og dels at opgaver kalendersættes ud fra medarbejdernes kendskab til borger.

På tilsynstidspunktet har effekten af de igangsatte tiltag endnu ikke medført forøget målopfyldelse for service-lovsområdet. Sygefravær har medvirket til at lægge pres på kontinuiteten. Overdragelse af viden, fastlæggelse af mål og indsats sker i høj grad mundtligt.

Bemærkning:

Det skriftlige arbejdsgrundlag støtter ikke den fornødne kvalitet. 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. Opfølgning anbefales.

Styrker

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Borgerne udtrykker generelt tilfredshed med hjemmeplejens indsats. De udtrykker tryghed og omtaler et godt samarbejde. 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 2 borgere og iagttager en omsorgsfuld og respektfuld pleje. Medarbejderne opfordrer på en vejledende måde den enkelte borger til at gøre det, han/hun selv kan. Tilsynet oplever en god tone og stemning og småsnakken under plejeforløbene.

Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere, og medarbejdernes praksis fremstår rutineret og omsorgsfuld.

Borgerne udtrykker tryghed ved indsatsen og fortæller, at medarbejderne er rare at få besøg af, og at tonen er god. Nødkald besvares hurtigt, fortæller borgerne. En borger har oplevet problem, og meldt det videre. Det er tilsynets opfattelse, at der bliver fulgt op.

Praktisk hjælp: Borgernes boliger fremtræder generelt rene svarende til, hvornår borger sidst har haft rengøringsydelsen. Hjælp til tøjvask og madservice: Borgere med visiteret ydelse udtrykker tilfredshed med hjælpen.

Sammenhæng og forudsigelighed

Medarbejderne medvirker til, at borgerne i muligt omfang besøges af medarbejdere, som kender borgerne godt. Brug af lommekort støtter opgaveløsningen. Disponent koordinerer og sikrer i høj omfang overensstemmelse mellem den visiterede ydelse og den disponerede hjælp samt følger op på indkomne informationer.

De ovenfor nævnte styrker 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

- 1 tema er "Helt opfyldt"
- 5 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.

Kontaktperson - forløbsansvarlig

Den daglige planlægning sikrer, at borgerne helt overvejende besøges af kendte ansigter. Sygefravær har dog medvirket til at lægge pres på kontinuiteten.

Borgerne oplever, at alle medarbejdere er imødekommende.

Borgerne efterspørger generelt, at der er en af medarbejderne, som de kan tale med om forhold, der ikke blot vedrører dagens opgaver.

Også den øvrige dataindsamling viser behov for at skærpe opmærksomheden på kontinuitet i det enkelte borgerforløb.

Tilsynet anbefaler

- at tilknytte kontaktperson(er) til det enkelte borgerforløb med brug af anvisninger på ansvars- og opgavefordelingen
- anvende en opgaveoversigt for kontaktpersonen om fx
 - borgeropgaver – og pårørendesamarbejdet
 - det skriftlige arbejdsgrundlag: besøgsplaner, funktionsevnetilstande, generelle oplysninger m.v.
 - notere aktuelt navn under "Interne kontaktpersoner"
 - m.v.
- at følge op på implementeringen gennem journalaudit af komplekse plejeforløb.

Tema 1a 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.

Visiterede ydelser efter §83a benævnes RH-ydelser i kommunen.

Udviklingspunkt: Ingen borgere er registreret med RH-ydelse.

Der er ikke besluttet en struktur for borgere visiteret til §83a, som kan sikre, at en kommende visiteret borger får et målrettet tidsafgrænset forløb med løbende evaluering af indsatsen.

Tilsynet anbefaler at

- 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 fremgår
- tilknytte fast forløbsmedarbejder til RH-forløb
- følge implementeringen ved journalaudit. Denne kan udføres ifm. de løbende evalueringer af forløbet.

Tema 1b Funktionsevnetilstande

Fokus: Fra opstart skal ske en systematisk vurdering af borgernes potentiale for funktionsevne som grundlag for den visiterede ydelse. Beskrivelsen er et grundlag for at vurdere eventuelle ændringer i borgerens funktioner, eller som udgangspunkt for mål for en rehabiliterende indsats, der skal skabe vedligehold eller måske øgning af funktionsevnen. Oplysningerne skal være overensstemmende med besøgsplanen.

Udviklingspunkter:

Der ses uoverensstemmelser mellem funktionsevnetilstand, ydelser og besøgsplan.

For 3 ud af 3 borgere ses borgers funktionsevnetilstande ikke opdaterede svarende til aktuelle tilstande. For 1 ud af 5 borgere ses disponerede ydelser, som borgere ikke længere har behov for. For 1 borger er rengøring for 14 dage siden ikke leveret (markeret som aflyst), men årsagen fremgår ikke, og der er ikke givet erstatningsbesøg. Der ses ikke skrevet notater til planlægger.

Opdatering af funktionsevnetilstande: Tilsynet hører forskellige opfattelser af, hvilke opgaver medarbejderne har. Opgavefordeling mellem hjemmepleje og visitator fremstår uklare.

Tilsynet anbefaler

- at de fastlagte arbejdsgange mellem visitationen og hjemmeplejen kommunikeres klarere ud
- at opdatere borgers funktionsevnetilstande svarende til borgers aktuelle tilstande
- undervise i Cura-funktionaliteter ved behov
- at implementere arbejdsgangene.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Det skriftlige arbejdsgrundlag for servicelovsydelser

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.

Praksis: De fleste medarbejdere har faste ruter og et indgående kendskab til borgerne. Overdragelse af viden sker fortrinsvist mundtligt. Det ses nødvendigt, da det skriftlige arbejdsgrundlag ikke støtter den fornødne kvalitet.

Udviklingspunkter:

Besøgsplaner: Ingen ud af 5 sete besøgsplaner for dagvagt og 3 for aftenvagt ses dækkende om borgers ønsker og basale behov. Det kan medføre, at en medarbejder i bedste mening udfører opgaverne på en måde, som ikke svarer til borgers aktuelle tilstande, vaner og mestring.

Generelle oplysninger: Oplysninger om borgers mestring, ressourcer, vaner og motivation ses for 2 ud af 4 borgere. Viden er formentlig kendt af de faste medarbejdere, men forbliver tavs viden, da oplysningerne ikke indgår i generelle oplysninger/besøgsplanen.

Funktionsevnetilstandene ses for 3 ud af 3 borgerforløb ikke opdaterede.

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

- beslutte arbejdsgang for den løbende tidstro opdatering. Hvem gør hvad.
- sikre at viden om helbredstilstande i relevant omfang er medtaget i frontmedarbejdernes redskaber
- følge op med mini- journalaudit efter eget fastsat interval.

Udviklingspunkterne vedrører tillige sundhedslovsydelser

Af stikprøven ses afvigelser i opfølgning for delegerede ydelser og i dokumentationen deraf (helbredstilstande/handlingsanvisninger).

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- bruge individuel frist for opfølgning på delegerede sundhedslovsydelser sv.t risikovurdering af patientsikkerhed.
- fortsat styrke arbejdsgang, når triageplan afsluttes. Opdatere helbredstilstand/handlingsanvisning med resume samt besøgsplan.

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.

Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring er afhængig af hjemmeplejens opmærksomhed på borgerens tilstande. Det er afgørende for, om borger visiteres til de rette ydelser ift. service- og sundhedslov. Vejninger af borgere er en af indikatorerne på, om borgerne får den ernæring, de har behov for.

Udviklingspunkter: Ingen borgere tilbydes vægtkontrol ift. ovenstående. Tilsynet besøgte borgere, hvor det skønnes relevant at forebygge, at borger kommer til at gennemleve tab af funktionsevne. Af stikprøven ses afvigelser i dokumentationen og opfølgning på sundhedslovsydelser. 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
- fastlægge arbejdsgange for opsporing af borgere i risiko for uplanlagt vægttab – fx øge refleksion ved borgere visiteret til ydelse omkring mad/måltid/spise/ernæring
- evaluering af indsatsen ved journalaudit med deltagelse af sygeplejen og hjemmeplejen.

Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Værnemidler

Temaets fokus: At medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejecentre, herunder arbejdsdragt og værnemidler.

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.

Der høres om igangværende implementering.

Udviklingspunkt: Værnemidler (plastforklæde) anvendes ikke systematisk ved personlig pleje og rengøringsopgaver (toilet) med risiko for kontaminering.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats med henblik på

- at anbefalingerne i NIR¹ bliver implementeret og efterlevet.

Tema 5 Kvalitetsarbejdet

I 2023 sås forhold, som kunne få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved uændrede forhold. Løbende opfølgning blev anbefalet. Siden seneste tilsyn er igangsat tiltag og fulgt op i samarbejde med kommunens nøglepersoner. Det har medført forøget integrering af sygepleje og hjemmeplejen.

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

Tilsynet anbefaler

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

Opmærksomhedspunkt

Fleksibel hjemmehjælp

Fokus ved praktisk hjælp: At hjemmeplejen udfører, i samarbejde med borgeren, opgaverne inden for ydelsens ramme, grundydelse og fleksibel ydelse.

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

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 og borgerne om mulighed for at bytte ydelser.
1 ud af 2 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	N O
Tema 1b	Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering	N O
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Måltider	H O
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde	N O
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning Instrukser, værnemidler og rengøring	N O
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Proces for den lokale opfølgning med tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen set i forhold til seneste tilsyn.	N O

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

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

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

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering: Korterevarende rehabiliteringsforløb efter §83a

Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

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>Ingen borgere er registreret med RH-ydelse.</p> <p>Der er ikke besluttet en struktur for borgere visiteret til §83a, som kan sikre at en kommende visiteret borger får et målrettet, tidsafgrænset forløb med løbende evaluering af indsatsen.</p> <p>Dette var også et udviklingspunkt i 2023.</p> <p>Medarbejderne udviser høj opmærksomhed på rehabiliteringsopgaven. Støttes ikke af oplysninger i Cura.</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? 		

<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>For 3 ud af 3 borgere ses borgers funktionsevnetilstande ikke opdaterede, selvom tilstandene har ændret sig. For en borger ses oplysning om, at borger har gå funktion. Aktuelt forflyttes borger med 2 hjælpere. For denne borger er lagt observation og sendt notat om behov for hjælper 2.</p> <p>For en anden borger ses ikke opdatering efter apopleksifølger. Der ses ikke sendt observation med opgave.</p> <p>For 1 ud af 5 borgere ses disponeret ydelse "tilrette/anrette mad", som borger ikke længere har behov for.</p> <p>For en anden borger er rengøring ikke leveret for 14 dage siden (markeret som aflyst), men årsagen fremgår ikke og der er ikke givet erstatningsbesøg.</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> <p>Opdatering af funktionsevnetilstandene: Arbejdsgangen opfattes forskelligt/er uklar for medarbejderne.</p>

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuel uddybende be- skrivelse
2.1	<p>(Personlig pleje) 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)? 		<p>3 ud af 5 borgere er meget tilfredse med de faste medarbejdere. 2 borgere med større plejehov oplever ikke at have fast medarbejder. En af dem siger "bare der kunne komme den samme medarbejder 3 dage i træk".</p> <p>3 ud af 5 borgere oplever, at medarbejderne har læst om opgaverne inden borgerbesøgene, eller har taget tablet med ind og gør det inden start. En af borgerne har afasi. Hun oplever mange afløsere, men de kender til opgaverne.</p> <p>3 borgere oplever, at de ofte skal fortælle alt.</p> <p>3 borgere efterlyser, at der er en fast medarbejder tilknyttet deres forløb, som de kan tale med om forhold, der ikke blot vedrører dagens opgaver.</p>

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: Er hjemmet ryddeligt og rent i det omfang, borgeren har behov for og ønsker hjælpen? Er hjemmet rengjort svarende til tidspunktet for seneste rengøringsydelse? Fremstår personlige hjælpemidler rene? (Rollatorer, kørestole mv.)</p>		<i>Rollatorer: Der ses rollatorer som trænger til rengøring.</i>
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.		<i>Mål for indsatsen fremstår uklart særligt for 2 borgere, som har afsluttet træningsforløb. Af besøgsplanen ses ikke fremadrettede handlinger.</i>
2.7	<p>Interviewede borgere og medarbejdere svarer generelt positivt på spørgsmål om:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kender du til muligheden for at kunne "bytte ydelser", fleksibel hjemmehjælp? 2) Medarbejderne bærer legitimationskort. 		<i>1 ud af 2 borgere kender ikke til at kunne bytte ydelser.</i>

<p>2.8</p>	<p>Interviewede borgere, der modtager hjælp til mad og måltider, er overvejende tilfredse med</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p style="background-color: #00FF00;"></p>	
<p>2.9</p>	<p>Medarbejderne kender borgers ønsker og behov til ernæringen, herunder</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p style="background-color: #90EE90;"></p>	<p style="background-color: #D9EAD3;"></p>
<p>2.10</p>	<p>Observationer og dokumentation i hjemmet, hvor borgeren viser færdiglavet mad i køleskabet, f.eks. smurt frokost eller klargjort aftensmad.</p> <p>Hvis tilsynsbesøget sker ved måltidet, oplever tilsynet madens duft og udseende.</p>	<p style="background-color: #00FF00;"></p>	

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 2.1
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. 2.1
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. 		<ol style="list-style-type: none"> 1) Tilsynet hører om velfungerende triage, der giver videndeling og beslutningstagning mellem assistenter, sygeplejersker og hjælpere. Ved afslutning af triageplan fordeles opgave med at opdatere handlingsanvisningerne. Medarbejderne fortæller om kommende tiltag at fordele opdatering af besøgsplanen.

		<p>2a) Vejehyppighed: Ingen borgere tilbydes aktuelt vægtekontrol ifm. hjemmeplejens tidlige opsporing.</p> <p>2b) Borgere i risiko for underernæring synes vanskelige at identificere. En borger med svigt af funktionsevne har en seneste vægt på 33 kg (oplyst af vir). Besøgsplanen afspejler ikke nuværende behov. Der ses ikke vægt. SUL-handlingsanvisning er oprettet, men ikke opdateret. En borger visiteret til "tilrette/anrette mad" har ingen appetit. Mener hun har tabt sig. HT for fødeindtag ses ikke udfyldt. Der ses ikke observationer. Der ses ingen vægt. Der er borger med behov for vejning i loftslift. Medarbejderne oplyser, at der ikke er loftsvægt tilgængelig.</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) Borgere 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>1 borger i stikprøven har lige haft et terapeutforløb. Der foreligger ikke terapeutfaglige oplysninger om borgers potentiale efter træning. Besøgsplan afspejler ikke muligt rehabiliteringspotentiale, men har fokus på "gøre for" borger.</p> <p>1 borger har igangværende forløb. Her ses plan for gang med rollator i lejligheden.</p>

			<p>Potentialet understøttes ikke af anvisninger til medarbejderne om fx at huske på øvelser eller gå med rollator, mens medarbejder er i hjemmet. Der ses ikke koordinering mellem besøgsplan og terapeuternes vurdering af borgers potentiale.</p>
<p>3.5</p>	<p><u>Det skriftlige arbejdsgrundlag:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Oplysninger på tavler, i papirkalendere, i print og andre supplerende informationer er i overensstemmelse med omsorgsjournalens oplysninger og borgers aktuelle tilstand 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. Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender. Oplysninger fra f.eks. terapeuter er lettilgængelige. Målepunktet omfatter de dele af omsorgsjournalen, som er relevant for kvalitetsbesøgets foci. Andre krav om journalføring for sundhedslovsydelser er som udgangspunkt ikke omfattet, medmindre der under besøget skulle blive identificeret forhold, der kan indebære en risiko for borgeren. 		<p>For 4 ud af 4 forløb ses uoverensstemmende oplysninger på tværs. Der høres om uklar ansvars- og opgavefordeling for opdatering af Cura.</p> <p>Ingen ud af 5 sete besøgsplaner for dagvagt og 3 for aftenvagt ses dækkende om borgers ønsker og basale behov.</p> <p>En borger ramt af funktionsevnesvigt har manglende energi og forblev senge-liggende dagen inden. Der ses ikke observation om det. Hun har haft større vægttab. Har haft knoldet aff for 4 dage siden, ingen noteret siden. Der er terapeutforløb, men plan uklar. Det er vanskeligt at samle trådene for de erfarne medarbejdere ved journalaudit.</p> <p>Der er tilknyttet fast medarbejder (hjælper), som vanskeligt kan forventes at have overblikket. Et gennemgående spørgsmål rejser sig om overblikket over borgers aktuelle tilstande og deraf afledte indsatser?</p> <p>For en anden borger er funktionsevne dalet betydeligt. Det ses ikke af funktionsevnetilstanden eller besøgsplanen.</p>

			<p>Besøgsplan: For 3 borgere ses anført: Bad: Har badedag xdag. For 2 af borgerne vil det være nødvendigt at spørge kollega eller borger om flere oplysninger, da borger har udfordringer af betydning for opgaveløsningen.</p> <p>De generelle oplysninger: Mestring, ressourcer, motivation, vaner: Det er besluttet at udfylde disse. Det ses for 2 ud af 4 borgere. For 2 andre ses oplysningerne ikke medtaget. 1 af disse har afasi. Oplysningen ses heller ikke af besøgsplan.</p> <p>De manglende/misvisende oplysninger giver behov for at en medarbejder, der ikke kender borger så godt, må høre kolleger eller borger om opgaverne. Det kan have som konsekvens, at en medarbejder i bedste mening udfører opgaverne på en måde, som ikke svarer til borgers vaner, motivation, mestring og ressourcer.</p> <p>SUL-ydelse Insulin: Vikar skal give insulin, men kan ikke finde stikkeskema. Det er ikke lettilgængeligt, da vikaren forventer at finde det i Cura.</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.		Værnemidler (<i>plastforklæde</i>) anvendes ikke systematisk ved personlig pleje og rengøringsopgaver (toilet) med risiko for kontaminering.
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>		<p>Der forefindes fælles handleplan for Odsherred Hjemmepleje.</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>		<p>Der ses ikke handleplan/referater, der viser evaluering af de planlagte tiltag. (kan sendes i høringsfasen)</p> <p>Evaluering ved tilsyn: Målopfyldelse ikke øget.</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>Triage har givet fælles fagligt samarbejde om borgerforløbene.</p> <p>Problem: Det skriftlige arbejdsgrundlag støtter ikke, at borgerne tilbydes den fornødne kvalitet jf. Tema 1 og Tema 3.</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, 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, præhospitalet, 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.

