Greve Kommune

Bilag 2

Kvalitet

Drift af Langagergård Plejecenter

2022

Indholdsfortegnelse

2.0 KVALITET 3

2.1 Politik og effektmål 4

2.2 Leverandørens kvalitetssikring og kvalitetsudvikling 4

2.3 Kvalitetsråd 5

2.4 Risikostyring 6

2.5 Generelle kvalitetskrav 6

2.5.1 Kvalitetsstandard 6

2.5.2 Procedurer (arbejdsgange) 7

2.5.3 I sikre hænder (ISH) 8

2.5.4 Utilsigtede hændelser (UTH) 9

2.5.5 Magtanvendelse 9

2.6 Kvalitetsovervågning 10

2.6.1 Uanmeldte tilsyn 10

2.6.2 Undersøgelse af borgernes tilfredshed 11

2.6.3 Anden form for opfølgning 12

2.7 Dokumentation 13

2.7.1 Omsorgssystemet 13

2.7.2 Dialoghæfte 14

2.7.3 Samtykke 15

2.7.4 Aktindsigt 15

2.8 Opfølgningsmøder 15

2.9 Mødeoversigt 18

2.0 Kvalitet

I en offentlig kontekst forstås kvalitet ofte som det at skabe størst mulig værdi for institutionens interessenter inden for de givne politiske, økonomiske og lovgivningsmæssige forudsætninger. Interessenter kan f.eks. være borgere, politiske beslutningstagere, forskellige myndigheder og faglige organisationer.

Kvalitet forstås typisk ud fra følgende tre dimensioner:

1. *Faglig kvalitet*, hvor fokus er rettet mod den ydelse, en offentlig institution tilbyder borgerne, vurderet ud fra faglige kriterier samt lovgivningsmæssige standarder og krav til ydelsen.
2. *Brugeroplevet kvalitet*, hvor der er fokus på brugernes oplevelser af en bestemt offentlig service, f.eks. målt via brugertilfredshedsundersøgelser.
3. *Organisatorisk kvalitet*, der vedrører de rammer, der lægger til grund for skabelsen af faglig og brugeroplevet kvalitet. Den organisatoriske kvalitet kan eksempelvis omfatte kvalitet i lederskab, effektive arbejdsprocesser, medarbejder- og kompetenceudvikling, strategisk planlægning, organisationsformer og ressourcestyring.

Kvalitet i Greve Kommune handler bl.a. om efterlevelse af politisk besluttet kvalitetsstandarder og serviceniveau, om efterlevelse af specifikke procedurer samt om systematisk vidensdeling. Kvalitet omhandler også tilgangen til borgeren - ”personcentreret omsorg med udgangspunkt i borgerens livshistorier ” - med fokus på, hvad er det, der giver effekt for borgeren ud fra de rammer, procedurer og standarder, der er gældende.

Det handler om:

- levering af visiterede indsatser på det fastsatte faglige niveau,
- en oplevet efterlevelse af serviceniveau,
- at have fokus på og forebygge fejl via registrering og aktivt arbejde med utilsigtede hændelser,
- at forebygge indlæggelser ved tidlig opsporing af begyndende sygdom,
- løbende og korrekt dokumentation af de indsatser, der leveres til borgerne,

- tværgående samarbejde med ”borgeren i centrum”, så borgeren så vidt muligt fastholder og/eller udvikler sine fysiske, mentale/kognitive og sociale funktionsevner.

2.1 Politik og effektmål

Som nævnt i bilag 1 afsnit 3.3 ”Lovgivning, politikker, serviceniveau og kvalitetsstandarder” arbejder Center for Sundhed og Pleje bl.a. med afsæt i den besluttede Værdig- og Ældrelivspolitik. Der knytter sig en række effektmål til politikken, som det daglige arbejde i fagcentret skal understøtte indfrielsen af. Effektmålene fremgår nedenfor.

66. Flere ældre i Greve Kommune med diabetes, KOL og hjertekarsygdomme skal kunne håndtere egen sygdom
67. Færre ældre i Greve Kommune skal opleve ensomhed
68. Måltidet skal understøtte størst mulig trivsel hos den enkelte ældre
69. Greve Kommune skal videreudvikle sig som en demensvenlig kommune
71. Ældres nærmeste skal have den nødvendige støtte og mulighed for aflastning, så de får de bedst mulige betingelser for at supplere og samarbejde med vores medarbejdere om støtte, hjælp og omsorg
72. Ældre i komplekse sygdomsforløb oplever sammenhængende forløb og færre genindlæggelser
74. Flere ældre har et godt mentalt helbred og er fysisk aktive uden rygning og problematisk alkoholadfærd. Flere ældre er selvhjulpne længst muligt i eget hjem.
75. Flere ældre med kræft skal kunne håndtere egen sygdom

Leverandøren er forpligtiget til at understøtte indfrielse af effektmålene i det omfang, det giver mening i forhold til de opgaver, som leverandøren varetager på kommunens vegne.

2.2 Leverandørens kvalitetssikring og kvalitetsudvikling

Leverandøren skal have et kvalitetssikringssystem, der som minimum:

1. Kan sikre, understøtte og følge op på, at gældende lovkrav samt krav i Greve Kommunes kvalitetsstandarder, serviceniveau samt specifikke procedurer bliver efterlevet.
2. Kan sikre, understøtte og følge op på kommunens kvalitetskrav i forhold til såvel administrative snitflader og samarbejde, som borgerrelaterede funktioner.
3. Er tilgængeligt og gennemskueligt, så det kan efterprøves ved f.eks. de kommunale uanmeldte tilsyn, Embedslægens tilsyn, tilsyn fra Arbejdstilsynet samt interne og eksterne survey.

Leverandøren skal på det årlige styregruppemøde (jf. afsnit 2.8) redegøre for leverandørens egenkontrol og derudover fremlægge denne efter anmodning fra Greve Kommune.

Leverandøren forpligtiger sig til at arbejde aktivt med kvalitetsudvikling gennem opfølgning på opnåede resultater samt på effekten af den leverede indsats.

I de tilfælde, hvor forventede resultater/effekt ikke er opnået, skal leverandøren iværksætte handlinger, der understøtter opnåelse af resultater/effekt.

Leverandøren er forpligtiget til løbende at arbejde på at forbedre kvaliteten til gavn for kommunens borgere. Ved anmodning fra Greve Kommune skal leverandøren fremvise oversigt over igangværende aktiviteter, der understøtter kvalitetsudvikling.

2.3 Kvalitetsråd

Der er i Center for Sundhed & Pleje etableret et Kvalitetsråd som en del af den samlede kvalitetsorganisation.

Rådets opgave er at sikre en god kvalitet i opgaver varetaget af driftsområdet således, at der opnås et ensartet niveau i opgaveudførelsen på tværs af organisationen.

Deltagerne i Kvalitetsrådet er;

- Centerchef
- Chef for ”Det Nære Sundhedsvæsen”
- Leder af Myndighed
- Leder af Sundhed & Stab
- Ledere fra den kommunale hjemmepleje, plejecentre (kommunale og private), rehabiliteringscentret, sygeplejen samt træningsenheden.
- Kvalitetskonsulent fra Center for Sundhed & Pleje

Kvalitetsrådets opgaver omfatter bl.a. at;

- fastsætte driftsområdets indsatsområder samt udarbejde en plan for kvalitetsovervågning af den borgerrettede, sundhedsfaglige og organisatoriske kvalitet,
- skabe overblik over og vurdere kvaliteten i driftsområdets opgaver,
- understøtte driftsområdets behov for uddannelse vedrørende kvalitetsudvikling,
- træffe beslutninger ud fra indstillinger fra kvalitetsudvalgene og/ eller kvalitetsnøglepersonerne,
- udarbejde procedurer,
- godkende nye procedurer samt ændringer af procedurer.

Der planlægges minimum seks årlige møder i Kvalitetsrådet. Ved behov udvides mødefrekvensen. Møderne har typisk en varighed på 2 timer.

Kvalitetskonsulenten i Center for Sundhed & Pleje er ansvarlig for at udarbejde og udsende dagsorden samt for at skrive referat.

Det er et krav, at leverandøren indgår med ledelsesrepræsentant i Kvalitetsrådet og deltager i de planlagte møder.

2.4 Risikostyring

Center for Sundhed & Pleje arbejder systematisk med risikostyring som del af kvalitetsarbejdet. Formålet med risikostyring er at identificere, vurdere, begrænse og forebygge skade og risiko for borgere, medarbejdere og organisationen. Det kan f.eks. være at forebygge overgreb, ulykker og utilsigtede hændelser samt klager og magtanvendelse.

Kvalitetsrådet prioriterer og beslutter årligt i januar måned omfanget af årets risikostyring. Der udarbejdes en samlet plan for årets kvalitetsarbejde, herunder monitorering og forbedringsarbejde.

Leverandøren skal til enhver tid efterlever Greve Kommunes procedure for risikostyring.

2.5 Generelle kvalitetskrav

2.5.1 Kvalitetsstandard

Ifølge lov om social service er Greve Kommune forpligtiget til at beskrive serviceniveau for sundheds- og ældreområdet med tilhørende kvalitetsstandarder.

Følgende kvalitetsstandarder vil være godkendt af Byrådet og gælde for leverandører af pleje til borgere i plejebolig:

- Kvalitetsstandard For Plejebolig 2022.
- Kvalitetsstandard For Rehabilitering Og Hjemmepleje 2022 (*afsnit om Plejebolig og De fire særlige pladser på Langagergård*).
- Kvalitetsstandard For Palliativ Og Terminal Indsats 2022.

Kvalitetsstandarder er tilgængelige på kommunens hjemmeside: www.greve.dk – Voksne og ældre > Kvalitetsstandarder, tilsyn og klageregler > Kvalitetsstandarder i Greve Kommune.

Kvalitetsstandarder bliver revurderet og politisk godkendt min. én gang årligt.

Det er et krav, at leverandøren holder sig løbende orienteret om evt. ændringer og til enhver tid efterlever de(n) af Byrådet godkendte kvalitetsstandard(er) vedrørende borgere i plejebolig.

2.5.2 Procedurer (arbejdsgange)

Sygepleje

Greve Kommune har tidligere været akkrediteret til standardpakken for sygepleje på plejecentre og i hjemmeplejen under Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM.

Der arbejdes fortsat efter de procedurer, som blev implementeret i forbindelse med akkrediteringen. Procedurerne bliver løbende opdateret ud fra læring i organisationen.

Det er et krav, at leverandøren efterlever de til enhver tid gældende procedure for sygepleje.

Procedurer kan tilgås på Greve Kommunes intranet Vores Greve.

VAR portalen

Greve Kommune har tilkøbt adgang til VAR portalen, hvor leverandøren kan tilgå evidensbaserede procedurer indenfor sundhedsområdet.

Der er ligeledes integration mellem VAR portalen og kommunens omsorgssystem.

Leverandøren kan tilgå VAR procedurerne under Greve Kommunes licens.

Dokumentation og samarbejde

Greve Kommune arbejder efter dokumentationsmetoden Fælles Sprog 3 (FS3). Der er udarbejdet en række procedurer, der beskriver, hvordan der skal dokumenteres i Greve Kommunes omsorgssystem med henblik på at dokumentere ensartet samt efterleve FS3.

Hertil kommer procedurer om rolle- og ansvarsfordeling, kommunikationsveje og håndtering af konkrete opgaver.

Leverandører skal til enhver tid efterleve alle gældende procedurer. Procedurer kan tilgås på Greve Kommunes intranet Vores Greve.

Greve Kommune kan til enhver tid stille krav om, at leverandøren skal efterleve nye procedurer, hvis procedurerne vurderes at have afgørende betydning for efterlevelse af lovkrav, opgaveløsningen, kvalitet eller samarbejdsrelationen. Eller hvis procedurerne udspringer af væsentlige ændringer i opsætning eller brug af omsorgssystemet.

Leverandøren vil blive inddraget i det udviklingssamarbejde, der pågår med løbende opdatering af procedurer. Arbejdet foregår dels i Kvalitetsrådet dels i superbrugergruppen tilknyttet kommunens omsorgssystem. Leverandøren er forpligtiget til at indgå konstruktivt og med de nødvendige ressourcer i udviklingssamarbejdet.

2.5.3 I sikre hænder (ISH)

Greve Kommune arbejder med forbedringsprogrammet ”I sikre hænder” (ISH).

Leverandøren skal etablere et forbedringsteam, som består af leder/stedfortræder samt 3-5 medarbejdere. Forbedringsteamet holder møde en gang ugentligt i 30 min. med deltagelse af central forbedringsagent fra Greve Kommune. Der kan være små opgaver mellem hvert møde svarende til i gennemsnit 1 time pr. uge (i alt for alle deltagere).

Der indsamles løbende data, som månedligt indtastes i ark, der tilgås på Greve Kommunes intranet.

Cirka hver 2. måned afholdes der netværksmøde for alle forbedringsteams. Det forventes, at alle medarbejdere, der indgår i forbedringsteams, deltager. Møderne har en typisk varighed på 2,5 time.

Leverandøren er forpligtiget til at efterleve Greve Kommunes gældende procedure og koncept for ISH.

Greve Kommune vil i kontraktperioden udvide ISH og leverandøren er forpligtiget til at implementere udvidelserne. Udvidelser skal håndteres under den gældende kontrakt og til de tilbudte timepriser.

2.5.4 Utilsigtede hændelser (UTH)

Leverandøren skal efterleve de lovkrav (lov om udvidet patientsikkerhedsordning), der er gældende i forhold til utilsigtede hændelser. Ifølge sundhedsloven kapitel 61 Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 1 af 03/01/2011 har autoriserede sundhedspersoner, der udfører sundhedsfaglige opgaver, pligt til at rapportere utilsigtede hændelser i den nationale database ”Dansk Patient Sikkerheds Database” (DPSD).

De utilsigtede hændelser skal indberettes senest 7 dage efter opdagelse og færdigbehandles og lukkes i DPSD inden 90 dage.

Det er et krav, at leverandøren til enhver tid efterlever Greve Kommunes gældende procedure for utilsigtede hændelser (UTH).

Leverandøren har pligt til at samarbejde med Greve Kommune om utilsigtede hændelser bl.a. ved at gennemføre analyser af alvorlige og/eller dødelige hændelser sammen med den kommunale kvalitetskonsulent.

Leverandøren skal sikre, der udarbejdes handleplaner på baggrund af analyserne samt, at hændelserne bidrager til læring og vidensdeling. Målet med handlingsplanerne er forebyggelse af lignende hændelser.

Leverandøren skal ligeledes sikre, at der udarbejdes kvalitetssikringstiltag og at disse implementeres hos medarbejderne.

Greve Kommunes Social-, Sundheds- og Psykiatriudvalg forelægges én gang årligt sag om utilsigtede hændelser.

2.5.5 Magtanvendelse

Det er centralt hele tiden at tænke i forebyggelse af magtanvendelse. Der må som udgangspunkt ikke anvendes magt i forbindelse med udøvelse af plejen. Magtanvendelse skal altid være undtagelsen og må aldrig erstatte støtte, pleje og socialpædagogisk bistand.

Magtanvendelse må kun ske for at sikre borgerens omsorg, værdighed og tryghed eller af hensyn til andre. Modsætter borgeren sig den nødvendige hjælp, skal der først prøves med socialpædagogiske tiltag, inden der undtagelsesvis anvendes magt efter reglerne herom.

Anvendelse af magt må alene foretages, såfremt der forinden er benyttet og dokumenteret relevante socialpædagogiske tiltag, som ikke har haft den ønskede eller tilstrækkelige effekt.

Hvor borgeren modsætter sig personlig pleje i en sådan grad, at den manglende gennemførelse af plejen kan betyde omsorgssvigt, skal leverandøren handle efter kommunens gældende retningslinjer for området samt gældende lovgivning.

Det er et krav, at leverandøren til enhver tid efterlever Greve Kommunes gældende procedurer for magtanvendelse samt den gældende lovgivning for området.

Leverandøren forpligter sig til at følge op på de enkelte sager. Såfremt, der stilles krav fra demenskoordinatorerne, skal leverandøren udarbejde handleplan i forhold til sagen.

Det er et krav, at leverandøren sikre, at medarbejderne til enhver tid er opdateret om de gældende procedurer, regler og lovgivning på området.

Greve Kommunes Social-, Sundheds- og Psykiatriudvalg forelægges én gang årligt sag om magtanvendelse. Enkeltsager relateret til magtanvendelse over for en borger kan ligeledes forelægges udvalget.

2.6 Kvalitetsovervågning

Greve Kommune har stort fokus på, at borgerne får den støtte og pleje, de har behov for inden for de politisk vedtagende rammer. Greve Kommune vil derfor løbende overvåge kvaliteten af de leverede indsatser for at sikre sig, at opgavevaretagelsen efterlever kravene i kvalitetsstandarden, serviceniveau samt krav angivet i udbudsmaterialet.

Kvalitetsovervågning bliver foretaget ved brug af uanmeldte tilsyn, undersøgelser af borgernes tilfredshed, klagesager og anden form for opfølgning.

2.6.1 Uanmeldte tilsyn

Jævnfør lov om social service § 151 skal Greve Kommune hvert år foretage mindst ét uanmeldt tilsynsbesøg på plejecentret. De overordnede formål og en beskrivelse af, hvordan de uanmeldte tilsyn gennemføres, er beskrevet i Greve Kommunes procedure for tilsyn på plejeområdet, som er godkendt af Byrådet.

De uanmeldte tilsyn skal sikre, at borgerne får den støtte og pleje, de er berettiget til efter lov om social service §§ 83 og 86 samt efter de beslutninger, som Byrådet har truffet.

Tilsynet skal ligeledes sikre, at støtte og pleje er tilrettelagt og bliver udført på en faglig forsvarlig måde.

Tilsynet vil gennem dialog med ledere, medarbejdere, borgere og evt. pårørende samt gennem stikprøver af f.eks. handleplaner vurdere, om leverandøren efterlever gældende lovgivning, de vedtagne kvalitetsstandarder samt besluttet dokumentationspraksis.

Det uanmeldte tilsyn skal ligeledes bidrage til at skabe læring og fremadrettet udvikling.

Det er et krav, at leverandøren deltager aktivt i forhold til gennemførelse af uanmeldte tilsyn. Endvidere er det et krav, at leverandøren udarbejder en handleplan, hvoraf det fremgår, hvordan leverandøren vil følge op på de fejl og mangler, der evt. påpeges ved tilsynet. Handleplanen udarbejdes i tæt samarbejde med Greve Kommunes Myndighedsfunktion.

Tilsynsrapporter samt handleplaner fra de enkelte enheder forelægges Social-, Sundheds- og Psykiatriudvalget én gang årligt.

2.6.2 Undersøgelse af borgernes tilfredshed

Greve Kommune ønsker, at borgerne udtrykker høj tilfredshed med de indsatser, som borgerne modtager fra kommunen eller kommunens private leverandører på sundheds- og ældreområdet.

For at undersøge borgernes tilfredshed kan Greve Kommune vælge at få gennemført en tilfredshedsanalyse via et eksternt analysebureau som f.eks. Opinion.

Hvis der i kontraktperioden iværksættes analyse af borgernes tilfredshed, skal leverandøren være behjælpelig med at udpege borgere, der kan deltage i undersøgelsen. Leverandøren skal ligeledes bistå borgerne med at få besvaret eventuelt undersøgelsen.

Leverandøren forpligtiger sig til at arbejde med resultaterne af undersøgelsen, herunder at iværksætte aktiviteter til at rette op på ikke tilfredsstillende resultater samt formidle resultater og eventuelt iværksatte aktiviteter til borgerne og deres pårørende.

Det er et krav, at leverandøren arbejder målrettet for at øge tilfredsheden (høj tilfredshed skal fastholdes), som borgerne og deres pårørende giver udtryk for.

2.6.3 Anden form for opfølgning

Journal audit

Leverandøren skal hver måned gennemføre journal audit på mindst én borgerjournal pr. gruppeleder.

Af læringsmæssige grunde kan det være hensigtsmæssigt, at der sammen med lederen deltager en til to medarbejdere ved journal audit. Der må højst anvendes ½ time per journal.

Resultaterne samles i et regneark, der benyttes af både kommunale og private leverandører. Resultaterne følges af Kvalitetsrådet, der beslutter evt. indsatser, som det lokale kvalitetsteam skal følge op på.

Leverandøren skal til enhver tid efterleve gældende procedure for Kvalitetsarbejde, hvor gennemførsel af bl.a. journal audit er beskrevet.

Intern survey

Èn gang årligt gennemføres der intern survey, hvor hvert plejecenter og hjemmeplejegruppe bliver auditeret i ca. 3 timer. Fokus er på, om personalet kender og anvender procedurerne. I forbindelse med intern survey holdes et fælles lederinterview på én time.

Leverandøren skal stille ressourcer til rådighed til deltagelse i intern survey.

Leverandøren skal til enhver tid efterleve gældende procedure for Kvalitetsarbejde, hvor gennemførsel af bl.a. intern survey er beskrevet.

Stikprøver

Greve Kommune benytter bl.a. stikprøvekontrol ved opfølgning på leverandørkrav oplistet i udbudsmaterialet. Greve Kommune forbeholder sig ret til at foretage såvel anmeldte som uanmeldte stikprøvekontroller. Kommunen kan vælge at benytte eksterne konsulenter til at foretage kontrollerne.

Leverandøren forventes at indgå konstruktivt og med relevante ressourcer ved stikprøvekontroller uanset form og indhold.

Interview og observationer

Som led i kvalitetsovervågningen kan Greve Kommune vælge at benytte interviews eller observationer. Leverandøren er forpligtiget til at indgå konstruktivt og med relevante ressourcer i forbindelse med interviews og/eller observationer uanset form og indhold.

Håndtering af klager

Klager håndteres med afsæt i sundhedsloven eller i serviceloven. Klager over en konkret sundhedsperson eller en konkret sundhedsfaglig indsats behandles af Patientombuddet, mens klager over kvalitet af maden, serviceniveau m.m. håndteres i regi af kommunen.

Greve Kommune opsamler alle former for modtagne klager for fælles overblik over omfanget af klager, type af klager samt iværksatte handlinger.

Leverandøren er forpligtiget til at dokumentere alle klager, uanset hvad de handler om og hvordan de modtages. Klager skal videresendes til kommunen, der er ansvarlig for behandling og besvarelse af klagen, evt. i samarbejde med leverandøren.

Greve Kommune stiller krav om, at leverandøren til enhver tid efterlever kommunens procedure for håndtering af klager.

2.7 Dokumentation

2.7.1 Omsorgssystemet

I Greve Kommune foretages alt dokumentation i relation til borgerne i omsorgssystemet, som pt. er KMD Nexus. Tilsvarende foregår al kommunikation med Myndighedsfunktionen samt med øvrige kommunale samarbejdspartner i omsorgssystemet.

Det er et krav, at leverandøren benytter det til enhver tid besluttede omsorgssystem, og at dokumentation i systemet foretages efter gældende procedurer jf. afsnit 2.5.2.

Navigationssedler

Der er udarbejdet navigationssedler, som beskriver den tekniske brug af omsorgssystemet (step-by-step vejledning). Navigationssedler er tilgængelige på Greve Kommunes intranet Vores Greve og/eller via Microsoft Teams.

Leverandøren forpligtiger sig til at benytte de gældende navigationssedler. Leverandøren forpligtiger sig ligeledes til at sikre løbende brush up af medarbejdernes viden om og brug af navigationssedler.

Greve Kommune har en forventning om, at medarbejderne i vides mulige omfang er selvhjulpne i brugen af omsorgssystemet. Det forudsætter vedvarende fokus på, at medarbejderne rent faktisk benytter navigationssedlerne. Dette er særligt vigtigt, når der kommer nye medarbejdere til.

2.7.2 Dialoghæfte

Greve Kommune har besluttet, at der på plejecentrene, hos borgere med særlige behov, skal forefindes et dialoghæfte, som pårørende kan anvende til at holde sig orienteret om borgerens dagligdag og selv kan skrive i ved behov.

Årsagen er, at nogle borgere, særligt demensramte, ikke er i stand til at fortælle f.eks. ”i dag har jeg været ude at gå en tur” eller ”min gamle nabo kom på besøg” mm. Informationer som pårørende, der næsten dagligt er på besøg, gerne vil kunne følge med i.

Dialoghæftet kan også benyttes som et ”huske-hæfte” mellem pårørende og medarbejderne i forhold til borgeren f.eks. ”husk at der er fælles påskemiddag på mandag og pårørende er inviteret”.

Dialoghæftet må ikke indeholde plejefaglige oplysninger eller tilsvarende data. Disse skal til enhver tid dokumenteres i omsorgssystemet.

2.7.3 Samtykke

I det daglige arbejde med borgeren skal leverandøren dokumentere borgerens informerede samtykke i forhold til, om borgeren ønsker at modtage hjælp i konkrete situationer i henhold til gældende lovgivning jf. såvel retssikkerhedsloven som sundhedsloven. Dokumentation foretages i omsorgssystemet.

Der er udarbejdet procedure for samtykke, hvor leverandøren kan hente yderligere information.

2.7.4 Aktindsigt

Borgeren skal have mulighed for at få indsigt i alle oplysninger, der er registreret (på papir eller elektronisk) vedrørende borgeren selv. Der henvises til retssikkerhedslovens § 43, der omtaler opgaver, som offentlige myndigheder overlader til private samt til offentlighedsloven.

Tilsvarende regler om ret til indsigt i registrerede personoplysninger gælder efter persondataloven.

Det er et krav, at leverandøren ved anmodning om aktindsigt fra borgere eller andre aktører, f.eks. journalister, bistår Greve Kommune i besvarelsen af aktindsigten. Det kan f.eks., men ikke begrænset til, være at udlevere efterspurgte oplysninger, som ikke fremgår af dokumentation på borgeren i omsorgssystemet eller oplysninger om leverandørens virksomhed.

2.8 Opfølgningsmøder

Som ordregiver er Greve Kommune forpligtet til at sikre, at de indsatser, borgerne bliver bevilget, leveres i det omfang og på den måde, det er bestemt gennem kvalitetsstandarder og lovgivning – og som angivet i kontraktens vilkår.

Der følges op på den indgåede kontrakt og samarbejdet generelt på 4 årlige møder á 2 timers varighed. Møderne vil være med deltagelse af:

- 2 møder med centerchefen (driftsmøde).
- 1 møde med centerchefen og leder for Myndighed (myndighedsmøde).
- 1 møde med centerchefen, chefen for ”Det Nære Sundhedsvæsen”, og direktøren for ældreområdet (styregruppemøde).

Leverandøren er forpligtiget til på møderne at stille med repræsentanter, som matcher deltagerkredsen fra kommunen.

Greve Kommune er ansvarlig for afholdelse af opfølgningsmøderne, herunder:

- at indkalde til møderne,
- at udsende dagsorden til møderne,
- at skrive og udsende referat af møderne.

1) Driftsmøde – status på daglig drift

Formål:

Formålet med mødet er at sikre den løbende faglige dialog om den pleje, som leverandøren leverer til borgerne. Mødet skal sikre, at borgerne modtager den støtte og pleje, som de er visiteret til og har behov for.

Greve Kommune er ansvarlig for dagsorden i samarbejde med leverandøren.

Greve Kommune udarbejder beslutningsreferat fra mødet, der godkendes af leverandøren. Referatet kan indgå som en del af materialet til de to øvrige mødefora.

Indhold:

- Status på drift og samarbejde, herunder evt. organisatoriske og/eller ledelsesmæssige ændringer hos leverandøren eller kommunen.
- Opfølgning på evt. gennemførte tilsyn og udarbejdede handleplaner.
- Redegørelse for konkrete borgersager, herunder dialog om borgerens behov og udvikling i forhold til opstillede mål, formål og handlingsanvisninger.
- Faglig refleksion.
- Gensidig orientering og videndeling om nye tiltag, der er relevant for samarbejdet.
- Behandling af evt. klagesager og UTH.

2) Myndighedsmøde – status på samarbejde og drift

Formål:

Formålet med myndighedsmødet er at give en fælles status på samarbejdet, herunder evt. problemstillinger, samt sikre en kontinuerlig opfølgning på igangsatte tiltag. Mødet skal samtidig sikre, at potentielle udfordringer ikke eskalerer.

Greve Kommune er ansvarlig for dagsorden i samarbejde med leverandøren.

Greve Kommune udarbejder beslutningsreferat fra mødet, der godkendes af leverandøren. Referatet kan indgå som en del af materialet til styregruppemødet.

Indhold:

- Status på data i Greve Kommunes rapporteringssystem.
- Opfølgning på evt. gennemførte tilsyn.
- Status på samarbejde og drift, herunder evt. organisatoriske og/eller ledelsesmæssige ændringer hos leverandøren eller kommunen.
- Status på implementering af igangsatte tiltag.
- Nye/ændrede opgaver af midlertidig og/eller fast karakter.
- Behandling og opfølgning på evt. klager og UTH.
- Forberede input til styregruppen.

3) Styregruppemøde – status på opfyldelse af kontrakten

Formål:

Formålet med styregruppemødet er at sikre et godt samarbejde og en god dialog på det højeste ledelsesniveau. Styregruppen har det overordnede ansvar for samarbejdets gennemførelse med henblik på opfyldelse af kontrakten.

Greve Kommune er ansvarlig for at udsende dagsorden med input fra leverandøren minimum 8 arbejdsdage før afholdelse af mødet.

Greve Kommune skriver beslutningsreferat fra mødet og fremsender det senest 8 arbejdsdage efter afholdelse til godkendelse hos leverandøren.

Indhold:

- Afklaring af kontraktmæssige spørgsmål – herunder løsning af uoverensstemmelser, der ikke kan løses på lavere organisatorisk niveau.
- Opfølgning på krav i den indgåede kontrakt med udgangspunkt i relevante data fra Greve Kommunes rapporteringssystem.
- Leverandørens redegørelse for, hvordan krav til personalemæssige forhold efterleves, jf. bilag 4 Personale, afsnit 4.1.
- Afklaring af relevante opmærksomhedspunkter fra møderne på de øvrige samarbejdsniveauer.
- Orientering om organisatoriske og/eller ledelsesmæssige ændringer hos leverandøren eller kommunen.
- Gensidig orientering og vidensdeling om tiltag med særlig relevans for samarbejdet.
- Evaluering af iværksatte projekter.

Center for Sundhed & Pleje vil årligt orientere det politiske niveau om status på opgaveudførelsen samt på kontraktmæssige forhold. Materialet til politikerne vil blive tilsendt leverandøren til orientering.

2.9 Mødeoversigt

I skema nedenfor er mødefora samlet i oversigtsform.

Opfølgningsmøder vil blive gennemført med den angivne frekvens (et møde pr. kvartal), men ikke nødvendigvis i de angivne måneder.

Mødetype	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Opfølgningsmøder (Jf. afsnit 2.8)												
Driftsmøde		X						X				
Myndighedsmøde					X							
Styregruppemøde											X	
Kvalitetsrådsmøder (Jf. afsnit 2.3)												
Kvalitetsrådsmøder		X		X		X		X		X		X