



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Odsherred Kommune

Omsorg og Sundhed

Grevinge Plejecenter

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	11
Resultater og vurdering af 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 (Eksempel på nyt tema)	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 som en del af de lovpligtige tilsyn efter servicelovens §151.

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

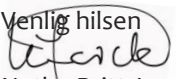
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling. Rapporten opfylder webtilgængelighedsloven.

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

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

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

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

Venlig hilsen


Nethé Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejecenter:

Grevinge Plejecenter, Rolighedsvej 2, 4571 Grevinge

Leder:

Centerleder Lisbet Pedersen

Antal beboere:

23 borgere

Tilsynsbesøget fandt sted:

15. januar 2024

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 9 borgerjournaler), instrukser, handplaner, borgerinformationer, menuplaner, aktivitetsoversigt, køkkenskemaer, triagetavle m.v.
- Interview: 4 borgere, som helt eller delvis kan medvirke til interview. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Desuden har tilsynet interviewet 1 plejecenterleder, 1 sygeplejerske, 2 assistenter, 2 ssh'er, 1 aktivitetsmedarbejder, 1 ernæringsassistent samt 1 rengøringsmedarbejder.
- Observation: 5 borgeres bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig pleje til 3 borgere og hjælp til spisning hos 2 borgere.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 6 borgere.

Plejecentret 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

Tema 3: Der ses mangler, som også omfatter sundhedslovsydelser og indebærer større risiko for patient-sikkerheden ved uændrede forhold. Dette er uddybet på side 8-9 og side 16-20.

Det anbefales at støtte opfølgning af handleplan indenfor kortere tid.

Vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

Alle temaer er samlet set vurderet ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-3).
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 1-3).
De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.
Målopfølgelse 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 1-3).
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” (Tema 1-3).
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 plejecentret. 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

Funktionsevne:

Årsgennemgang samt løbende opdatering af funktionsevnetilstandene også i forbindelse med faglige fokustemaer ses besluttet.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Den personlige pleje: Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer dele af personlig pleje til tre borgere og iagttager en omsorgsfuld og respektfuld pleje. Medarbejderne er opmærksomme på at støtte den enkelte borger til at gøre det, han/hun selv kan.

Borgerens selvhjulpethed støttes. De interviewede borgere udtrykker i vid udstrækning tilfredshed med at bo på plejecentret og for den hjælp, de modtager.

Praktisk hjælp: Fællesarealer og boliger fremtræder rengjorte svarende til rengøringsstandarden. Rengøringsmedarbejder anvender et afkrydsningsskema for opgaven, så også afløserne kender opgaven. Hos nogle borgere er der mange og nødvendige hjælpemidler. Det er tilsynsførendes oplevelse, at hjælpemidlerne så vidt muligt integreres i lejlighedens øvrige møblement, så lejlighederne fremstår så hjemlige som muligt.

Mad og måltider: Tilsynet overværer frokosten i den store spisesal, hvor 15 beboere (incl. de midlertidige pladser) sidder fordelt ved 4 borde efter bordplan. Medarbejderne serverer maden for borgerne og seniorjobber og 1 elev deltager herefter ved et af bordene og er med til at skabe en hyggelig stemning her. Andre borgere med behov for at være sammen med færre - eller alene, sidder i den mindre spisetue i stueetagen. Borgere, der har brug for hjælp til at spise, får hjælpen omsorgsfuldt og i borgers tempo.

Aktiviteter: Aktivitetsmedarbejder koordinerer frivilligindsats og samarbejder med seniorjobber om banko, musik/bevægelser m.m. Borgerne deltager gerne i de aktiviteter, der tilbydes. Særligt banko er et hit for tiden. Elever undervises i aktivitetsbegrebet og tilskyndes til at udføre aktiviteter sammen med borgerne hver tirsdag.

Sammenhæng og forudsigelighed

Triagemodulet har været under implementering de daglige drøftelser støtter sundhedsfaglige og social- og plejefaglige forhold og er samtidig er en del af den løbende kompetenceudvikling.

Forebyggelse af smittespredning

Der er besluttet brug af værnemidler ved personlig pleje. Praksis fremstår velimplementeret.

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

Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 1 temaområde er "Helt opfyldt"
- 2 temaområder er "I betydelig grad opfyldt"
- 2 temaområder er "I nogen grad opfyldt".

Temaområderne består af underliggende målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er "Helt opfyldt" kan rumme enkelte målepunkter med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af sidste 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.

Generelt

Kontinuitet i borgerforløbene: Borgerne oplever, at alle medarbejdere er imødekommende og kan hjælpe dem. De oplever ikke, at der er en fast medarbejder tilknyttet deres forløb, 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 klare anvisninger på ansvars- og opgavefordelingen, herunder borger- og pårørendesamarbejdet.

Tema 1 Funktionsevne

Temaets fokus: Allerede fra indflytning er kendskab til borgers ønske og potentiale for funktionsevne et vigtigt grundlag for at tilrettelægge plejen, så indsatsen støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder. Status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering skal være let tilgængelig for medarbejderne.

Tilsynet hører, at medarbejderne italesætter borgernes behov for at fastholde og om muligt øge funktionsevnen. Funktionsevnetilstandene opdateres løbende og ved årgennemgang. Opgaven varetages af hjælpere med løbende supervision.

Udviklingspotentiale:

Der ses eksempler på nyligt opdaterede vurderinger, som ikke er i overensstemmelse med borgers aktuelle tilstand. Der ses desuden udfordring med scoringer: En borger har dysfagi, kan selv spise. Er scoret til svære begrænsninger.

Det er tilsynets indtryk, at den løbende supervision vil øge kvaliteten.

Tilsynet anbefaler at

- fastlægge hvilken funktion, der har opgaven i det enkelte borgerforløb - det kan være kontaktperson(er)
- fastlægge arbejdsprocesser, der fra indflytning medtager borgers mål og potentiale for funktionsevne i relevant samarbejde med terapeut.

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.

Tilsynet hører, at triagearbejdsgange opleves som forbedringer. Journalnotater indskrives løbende under rette emne af journalnotater. Det ses fx hos borger, der er triageret gul grundet manglende fødeindtagelse.

Udviklingspunkter: Læge har på et tidspunkt ordineret stærkt glukocortikoid til påsmøring på krop. Denne er nu seponeret. Der er ikke sket konsekvensrettelse af praksis i forbindelse med ændringen, herunder fjernelse af cremen. Påsmøringen er fortsat. Cremen har begrænset holdbarhed efter anbrud, men er uden anbrudsdato. Under punkt 3.4 ses 2 andre forløb, hvor ordination ændres i FMK, uden der sker konsekvensrettelser i Cura. I disse tilfælde er risikoen for borgerne mindre, idet medarbejderne primært anvender FMK til administrationen.

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.
- alt efter resultat af ovenstående at vurdere behov for løbende opfølgning.

Målepunkt 3.3 Den vedligeholdende indsats, som udføres i samarbejde med terapeuter

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

Borgere kan ofte have behov for at have aktiviteter indbygget i hverdagen. Det kan være balanceøvelser samtidig med den personlige pleje, huske at gå ture med rollatoren, forflytte sig korrekt, rejse/siddeøvelser eller at medarbejder bare er i nærheden imens, fordi det er mere trygt eller at borger har brug for at blive husket på øvelserne. Det ses positivt at alle borgere har en handlingsanvisning for ”Vedligeholdende træning”

Udviklingspunkt: For en borger, som aktuelt er i gang med at øge sin funktionsevne fra drejetårn til høj rollator, ses handlingsanvisning for mobilitet, hvor daglig træning med høj talerstol med hjælp af 2 personer er anvist. Den oplysning er ikke konsekvensrettet i handlingsanvisning for personlig pleje, handlingsanvisning for ”Vedligeholdende træning”, eller funktionsevnetilstanden. For borger betyder dette, at det er få faste medarbejdere, der kender til behovet. Den høje rollator er primært udført om aftenen ved forflytningen fra badeværelse til seng. En medarbejder har anvist øvelser til borger, som ikke ses af Cura. Terapeuter har ikke været involveret ift. sparring, herunder valg af øvelser.

Interviewede medarbejdere udviser engagement for, at borgerne bedst muligt bevarer funktionsevnen allerede fra indflytning. Arbejdsgangen for at afdække borgerbehov for §86 fremstår imidlertid uklar. Ingen borgere har aktuelle eller nyligt afsluttede forløb.

Ved seneste tilsyn i 2023 sås lignende fund om samarbejdsfladen til terapeuter samt at journaliseringen ikke indeholdt overensstemmende oplysninger.

Tilsynet anbefaler at

- at fastlægge hvilken funktion, der skal sikre rød tråd i Cura – det kan være kontaktperson(er)
- at beslutte struktur for konsekvensrettelser efter beslutningstagen f.eks. ved triage
- følge op med stikprøver i en periode jf anbefaling om det skriftlige arbejdsgrundlag
- at styrke arbejds gange om fælles borgerforløb med terapeuter – også de private.

Det skriftlige arbejdsgrundlag målepunkt 3.4

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.

Siden seneste tilsyn: Der arbejdes med fokusområder, hvor medarbejderne har fokus på opdateringer af journalerne ved årsgennemgangene og løbende ved ændringer. Der udføres journalaudit.

Udviklingspunkt

Der ses for 4 ud af 5 forløb uoverensstemmende oplysninger på tværs af Cura og papirdokumentation, hvilket medfører uoverensstemmende og ikke tidstro oplysninger. Det kan medføre, at medarbejdere i bedste mening gør noget andet end borgers behov, hvilket 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.

Ovenstående var også fund i 2023.

Manglerne har også konsekvens for sundhedslovsydelser og indebærer større risiko for patientsikkerheden. Der ses supplerende oplysninger under målepunktet samt under målepunkt 3.2.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den igangværende indsats, herunder

- at fastlægge hvilken funktion, der skal sikre rød tråd i Cura – det kan være kontaktperson(er)
- at beslutte struktur for konsekvensrettelser efter beslutningstagen eksempelvis ved triage
- følge op med stikprøver (minijournalaudit) med deltagelse af assistenter hver uge i en periode.

Tema 4 Hygiejne

Tøjvask

Når borgernes tøj vaskes i fælles vaskemaskine, skal plejecentret sikre, at arbejdsprocesserne er overensstemmelse med de nationale retningslinjer, herunder ugentlig kogevaske på tom maskine og rengøring af vaskemaskinen. Dette skal støttes af egenkontrolskemaer. Ved lave temperaturer skal anvendes særligt vaskemiddel.

Plejecentret varetager vask af glidelagner o.lign. samt borgertøj fra de midlertidige pladser. Der forefindes NIR i vaskerummet ift. kogevaske på tom maskine x 1 ugentligt og valg af vaskemiddel.

Udviklingspunkt:

Der ses ikke egenkontrolskemaer for kogevaske på tom maske og aftørring af vaskemaskinens gummilister.

Tilsynet anbefaler,

- at beslutte tiltag for brud af smitteveje ved vask af borgernes tøj, glidelagner o.a.
- at justere arbejdsgangene for tøjvask i fælles vaskemaskiner, så praksis bliver i overensstemmelse med nationale infektionshygiejniske retningslinje (NIR)¹.

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 har plejecentret igangsat tiltag og fulgt op i samarbejde med kommunens nøgleperson. Det har medført implementering af fokusområder og journalaudit.

Udfordringerne har vist sig vanskelige at opnå forbedringer på.

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.

¹ Håndtering af tekstiler til flergangsbrug i sundhedssektoren, 2. udgave 2022

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle-punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<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 bedst muligt? 2) Hjælper den hjælp du får dig til at vedligeholde dine færdigheder? 3) Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til, at bliver inddraget i at klare flest mulige dagligdags aktiviteter selv (fx personlig pleje, vande blomster, lægge tøj sammen, støve af m.m.) 4) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for? 		
1.3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson jf. kommunens beslutning 2) Relevante borgere er tilbudt en rehabiliterende indsats og der er fulgt op på indsatsen. 3) Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder. 		
1.4	<ol style="list-style-type: none"> 1) Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan beskrive, hvorledes mål fastsættes i samarbejde med borger med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer. 2) Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp. <p>Aktivitetstilbud: Borgers individuelle træningsbehov er kendt af relevante medarbejdere og er om muligt indarbejdet i tilbuddene.</p>		<p>Ad 1</p> <p>Opmærksomhedspunkt er at fastsætte mål for funktionsevnetilstandene sammen med borger og indskrive det i Cura med handleansende oplysninger.</p>
1.5	<p>Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering.</p>		<p>Opmærksomhedspunkt: Funktionsevnetilstandene opdateres løbende og ved årsgennemgang.</p> <p>Der ses eksempler på nyligt opdaterede vurderinger, som ikke er i overensstemmelse med borgers aktuelle tilstand.</p>



			<p>Eksempler: Sara Steady er anført hos en borger, der hjælpes med loftslift ved forflytninger. Øvrige funktionsevnetilstande er hos denne borger ikke opdaterede.</p> <p>Der ses udfordring med brug af scoringer:</p> <p>Hos borger med dysfagi, som selv kan spise, er borger scoret til svære begrænsninger.</p> <p>Opdatering af funktionsevnetilstande varetages af SSH under løbende supervision. Det er tilsynets indtryk, at den løbende supervision vil øge kvaliteten.</p>
--	--	--	---

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?: 2) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret? 3) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her? 		
2.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg. 2) Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt? 3) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov? 4) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på? 		
2.3	<p><i>Personlig pleje</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hvis tilsynsførende overværer plejen konstateres, at plejen gives omsorgsfuldt og i samarbejde med borger. Borger støttes i at udføre så meget som muligt selv. <p>Borgerne fremtræder velplejede.</p>		
2.4	<p><i>Praktisk hjælp</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen. 2) Rengøringsydelsen er planlagt svarende til kommunens kvalitetsstandard. 3) Personlige hjælpemidler fremtræder rene. 		<p><i>Opmærksomhedspunkt:</i> Der ses enkelte rollatorer, som ikke fremstår nyligt rengjorte. Der er besluttet rengøring relateret til personlige pleje.</p>

2.5	<p><i>Hverdagen og aktiviteter</i> Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er der mulighed for at lave ting, du har interesse i, du synes er spændende? 2) Får du dækket dit behov for at være sammen med andre? 3) Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes? 		
2.6	<p><i>Hverdagen og aktiviteter</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Der er en <u>aktivitetsplan</u>, som er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere 2) Medarbejdere og ledere beskriver arbejdsgange for at den enkelte borgers potentiale og ønsker er kendt af medarbejdere og at borger støttes i at deltage i relevante aktiviteter og samvær. 		
2.7	<p><i>Måltider</i> Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad? 2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp? 3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.? 4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen? 		
2.8	<p><i>Måltider</i> Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Der er klart værtskab og at medarbejderne sørger for gode rammer til en uforstyrret spising og hyggelig stemning 2) Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. 		<p><i>Tilsynets indtryk er, at målepunkterne er opfyldt i betydelig grad. Elever har en væsentlig rolle ved måltidsafholdelsen. Som led i elevintroduktionen kan det indgå, om det er den enkelte medarbejders opgave at deltage som måltidsvært, hjælpe ved spising eller om der aktuelt er borgere, hvor det er væsentligt med spejling (pædagogisk måltid).</i></p>
2.9	<p><i>Måltider</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Der foreligger <u>menuplan</u>, som er tilgængelig for borgere og pårørende. 2) Medarbejdere kan redegøre for hvorledes borgerens evaluering af maden videregives til køkkenmedarbejdere. 		

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	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) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? 2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?! 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 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? Nødkald. 		<p>Borgerne oplever, at alle medarbejdere er imødekommende og kan hjælpe dem. De oplever ikke, at der en fast medarbejder tilknyttet deres forløb, som de kan tale med om forhold, der ikke blot vedrører dagens opgaver.</p>
3.2	<p><i>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</i> Medarbejdere kender arbejdsgangene for</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Arbejdsgangene belyses gennem kædeprocessen for tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Vejehyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval b. Der ses reaktion på uplanlagt væggtab c. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere. 		<p><i>Formidling af viden ved ændringer: Triageplaner fremstår brugbare med løbende indskrivning af journalnotater. Det ses fx hos borger, der er triageret gul grundet manglende fødeindtagelse.</i></p> <p><i>Udskillelser: Arbejdsgang for løbende registrering af fæces ses velfungerende for 1 ud af 2 borgere med fast laksantia. For en borger ses ikke reg. af fæces seneste uge.</i></p> <p><i>Sundhedslovsydelser: 1 borger smøres dagligt på kroppen med cremer, som ligger i aktuel beholdning af hudpleje. Den ene creme (stærkt glukocortikoid) er ikke længere anført i FMK. Der ses creme med begrænset holdbarhed efter anbrud, uden anbrudsdato.</i></p>

Tidlig opsporing af borgere med ændringer af ernæringstilstand:

a) Vejehyppighed:

Vejehyppighed er fastlagt. Borgere tilbydes som udgangspunkt vægtkontrol hver måned. Opgaven er kalendersat.

Stikprøve i 3 borgerforløb viser helt overvejende overensstemmelse mellem den besluttede og den udførte vejehyppighed.

b) Uplanlagt vægttab

For 1 ud af 1 undersøgt vægttab på over 3 kg ses dette ikke formidlet videre med henblik på sundhedsfaglig stillingtagen.

c) Får borger med behov for særlig kost, den rette kost?

Vanskeligt at vide, da oplysningerne til frontmedarbejderne er indbyrdes uoverensstemmende.

Cura er suppleret med:

- Tavleoplysninger om kost
- Køkkenotater i en skuffe (morgenmad)
- Diætskemaer (ernæringsnøglerpersoner og produktionskøkkenets (Bakkegårdens) arbejdsredskab). Disse ses opdateret.

Dysfagi: Ved 2 ud af 2 undersøgte borgerforløb med fortykningsbehov af tynde væsker, ses uoverensstemmelser mellem papirinformation (morgenmadssedler) og Cura.

		<p>Borger a: Dosis forskelligt angivet i handlingsanvisning for fødeindtag, morgenmadsseddel og helbredstilstand. Borger b: Dosis angivet i handlingsanvisning, men ikke på morgenmadsseddel.</p> <p>Proteintilskud: Af handlingsanvisning ses konkret kostplan med berigelse, også for morgenmad. Morgenmadssedlen ses ikke opdateret.</p> <p>Ovenstående problem med opdatering af papirdokumentation sås også i 2023.</p> <p>Fortykningsmiddel: I handlingsanvisninger ses typisk anført Attylet. Medarbejderne anvender betegnelsen "attylet" når de fortæller hvad borgers kost tilsættes. I praksis ses ikke Attylet, men Nestlé's Thicken up.</p> <p>Både handelsnavne og indholdsstoffer er forskellige. Fortykningsmiddel til borgers kost doseres og administreres af alle faggrupper, ufaglærte som faglærte. Der skal være overensstemmelse mellem det, der er besluttet/ordineret og det der gives (handelsnavn). Det gælder også fortykningsmidler og kosttilskud.</p>
3.3	<p><u>Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter</u></p> <p>1. Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne med til-delt §§ 83 og 86 samt opfølgning på GOP.</p>	<p>En borger har gennem den sidste måned øget sin funktionsevne til nu at kunne gå hver dag med høj talerstol med støtte fra 2 personer.</p>

	<p>2. Medarbejdere kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere og hvordan de – hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg (punkt 6.2 fra ældretilsynet).</p> <p>Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, herunder hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.</p> <p>Såfremt plejecentret ikke har/nyligt har haft borgere visiteret til ovenstående markeres indikatoren som "ikke aktuel" for dataindsamling" = grå farve.</p>	<p>Det fremgår af handlingsanvisning for mobilitet.</p> <p>Den oplysning er ikke konsekvensrettet i handlingsanvisning for personlig pleje, handlingsanvisning for "Vedligeholdende træning", eller funktionsevnetilstanden.</p> <p>På spørgsmålet om, hvor ofte træningen sker i praksis oplyses det af medarbejdere og borger, at det sker om aftenen fra badeværelse til seng. Desuden hvis der i dagtiden er to personaler, der kan være på stuen på samme tid. Dette kan lade sig gøre nogle dage.</p> <p>Træningsøvelser: Assistent har lært borger træningsøvelser. Disse øvelser fremgår ikke af journalen.</p> <p>Terapeuter har ikke været involveret ift. sparring, herunder valg af øvelser.</p> <p>Forflytningsvejledninger: Der ses uoverensstemmelser mellem forflytningsplan og den tekst, der er indsat i handlingsanvisning for personlig pleje.</p> <p>Ingen borgere har på tilsynstidspunktet et nyligt afsluttet eller igangværende §86 forløb.</p>
<p>3.4</p>	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i></p> <p>Der er fokus på systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand med udgangspunkt i ex uplanlagt væggtab, dysfagi, tryksår og fald.</p> <p>1) Den social- og plejefaglige dokumentation er overensstemmende med opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande (ex helhedsvurdering, handlingsanvisninger, faglige notater, observationer, /besøgsplaner og eventuelle supplerende papirbaserede notater)</p>	<p>4 ud af 5 forløb ses ikke konsekvensrettet på tværs af Cura, hvilket medfører uoverensstemmende og ikke-tidstro oplysninger til frontmedarbejderne.</p> <p>Det drejer sig f.eks. -funktionsevnetilstande jf. 1.5</p>

- 2) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion (eksempelvis som observation med opgave)
- 3) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender. (Omfatter primært journalisering ift. målepunkterne)

-om borger med behov for daglig træning (se 3.3)
-kostoplysninger jf 3.2
- forflytningsvejledninger jf. 3.3
Årsgennemgange: Oplysningerne ses ikke konsekvensrettet efter borgers aktuelle tilstande. Oplysningerne er uoverensstemmende i helbredstilstande og funktionsevnetilstande, handlingsanvisninger mv.

Benævnelse af fortykningsmiddel: Brug af præparatnavne (Atylet/Thicken-up) i handlingsanvisninger erstattes af "fortykningsmiddel".

Ad 3:

Sundhedslovsydelser:

1 borger med kath har behov for skylning med 2 forskellige væsker. Dette fremgår af FMK, og der ses kvittering for opgaveløsningen. Handlingsanvisning for kateterpleje indeholder ikke-opdaterede/uoverensstemmende oplysninger.

1 borger, der ernæres via sonde, har haft behov for justering ift. supplerende væskeindgift. Denne ses angivet i FMK og her ses kvittering for indgift. Men detaljeoplysninger om antal ml ses ikke opdateret i handlingsanvisninger for fødeindtag, handlingsanvisning for sondeernæring og i triageoplysninger.

3.5	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> Besøgsplaner/handlingsanvisninger/døgnrytmeplaner og Generelle oplysninger</p> <ol style="list-style-type: none">1) Besøgsplaner fremtræder handleanvisende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger og borgers vaner og ønsker2) For borgere ramt af demens indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleanvisende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt3) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren.		<i>Jf. ovenfor</i>
-----	---	--	--------------------

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle-punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	1) Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejecentre med fokus på arbejdsdragt og værnemidler. 2) Der forefindes værnemidler.		
4.2	Leder og relevante medarbejdere kender til at fremsøge og anvende gældende instrukser og arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud.		
4.3	Hvis plejecentret varetager tøjvask uden for borgers bolig: Instruks for tøjvask er lettilgængelig for medarbejderne og følger anbefalingerne i NIR. Tøjvasken sker i overensstemmelse hermed.		<p>Borgernes tøjvask varetages primært af ekstern leverandør.</p> <p>Plejecentret varetager glidelagner o.lign. samt borgertøj fra de midlertidige pladser.</p> <p>Der forefindes print af NIR i vaskerummet ift kogevaske på tom maskine x 1 ugentligt og valg af vaskemiddel.</p> <p>Vaskemidlet opfylder krav til indhold af blegemiddel.</p> <p>Der ses ikke afkrydsningskema.</p> <p>Opgaven forventes løst af nattevagten.</p> <p>Af disses opgaveoversigt ses opgaven ikke.</p>

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Handleplanen kan f.eks. have form af referat fra personalemøde.</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 ses handleplan efter seneste tilsyn. Der er igangsat tiltag med løbende journalaudit og brug af fokusområder i kompetenceudviklingen.</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>De igangsatte tiltag har endnu ikke medført forbedret målopfyldelse.</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 stiler 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 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 "Helt opfyldt", "I betydelig grad opfyldt", "I nogen grad opfyldt", "Ikke opfyldt":

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 "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.

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. ædretilsynets målepunkter
- Kvalitetsbesøg/temperaturmåling ift. risikobaseret tilsyn med STPS's målepunkter
- Second opinion kombineret med kvalitetsbesøg/tilsyn ved eksempelvis klagesager
- Tværsektorielle borgerforløb. Ressource- og opgavefordeling
- Brugerundersøgelser, herunder borgertilfredshedsundersøgelser

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

Om virksomhedsleder og tilsynschef

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

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

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.

