



TILSYNSRAPPORT

Greve Kommune Sundhed og Pleje

**Kompetencecenter for demens
Nældebjerg 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 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	13
Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	15
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	17
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	20
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	21
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper.....	22
Om virksomheden og kontaktoplysninger	25

Forord

De uanmeldte tilsyn i Greve Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Greve Kommune har med sit tilsynskoncept valgt, at temaerne er systematiseret efter 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.

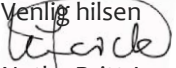
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling.

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

Nethe Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejecenter:

Kompetencecenter for demens, Nældebjerg Plejecenter, Rådhusolmen 8a, 2570 Greve

Enhedsleder:

Marianne Mouritsen Jensen

Antal beboere:

79 beboere

Tilsynsbesøget fandt sted:

9. april 2024. Aftenbesøg

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 8 borgerjournaler), instrukser, handplaner, borgerinformationer, menuplaner, aktivitetstilbud m.v.
- Interview: 5 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview samt 1 pårørende. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Desuden har tilsynet interviewet enhedsleder (pr. tlf.), 5 assistenter, 4 hjælpere, 1 ufaglært.
- Observation: 6 borgers bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig pleje til 4 borgere og hjælp til spisning hos 4 borgere.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 8 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 Greve Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos leverandøren. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn i Greve Kommune”.

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

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

Målene er i høj grad opfyldte

Vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

Alle temaer er samlet set vurderet ”Helt opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.

Målene er i høj grad opfyldte

Højst 1 af temaerne er vurderet lavere end ”Helt Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfylde 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

Nedenfor ses 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, Greve Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Generelt

Tilsynet finder sted i aftenvagten.

Den overvejende del af dataindsamlingen fra journalgennemgang og borgerinterview vedrører hele døgnet, såvel som organisatoriske oplysninger om aktiviteter mv. En del af dataindsamlingen er naturligt relateret til aftentimerne, hvor tilsynet er udført.

Centret er opdelt i 2 huse med hver 3 etager/afdelinger, hvoraf den ene er skærmet enhed.

Ved tilsynet i 2023 sås forskelligheder i de to huse. Borgertilfredsheden fremstod forskellig og arbejdsgangene fremstod ikke alle lige velegnede til at sikre den fornødne kvalitet. Det skriftlige arbejdsgrundlag støttede i nogen grad den fornødne kvalitet.

Siden seneste tilsyn er tiltag sat i gang. Ledelsen har haft fokus på kulturarbejde, fælles værdier og arbejds gange, som kan sikre kontinuitet og kvalitet i borgerforløbene. Sygeplejerskefordelingen har internt på Nældebjerg været fordelt med sigte på dette. Arbejdet er pågående.

Der ses forbedringer af borgertilfredsheden, medarbejderfokus på kerneydelsen og det skriftlige arbejdsgrundlag. Forbedringerne har endnu ikke haft effekt på målopfyldelsen, men tiltagene fremstår robuste. Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem fortsat forbedringsindsats.

Den samlede vurdering er: Målene er i høj grad opfyldte.

Styrker

Funktionsevne

Daghjemmets ergoterapeut kender en del af borgerne og er blevet tilknyttet som ergoterapeut til plejeboligerne. Hun medvirker fra indflytning til at afdække borgers potentiale for funktionsevne sammen med borger og plejemedarbejderne. Medarbejderne har derved let adgang til sparring ved tvivlsspørgsmål om vedligehold eller øgning af funktionsevne herunder spørgsmål om, hvorledes forflytninger bedst muligt kan foretages, så borger anvender egne muligheder bedst muligt.

Livskvalitet og tilfredshed

Leve-bo-miljøerne er indrettet med fælles spisestue samt mindre møbelarrangementer, der indbyder til en stille snak og samvær. I stueetagen fremstår fællesarealerne lyse og rummelige og anvendes blandt andet hver formiddag til aktiviteter, som borgerne omtaler meget positivt. Aktivitetsmedarbejdere koordinerer arbejdet.

Tilsynet bemærker, at borgerne mødes omsorgsfuldt og nærværende. Der er en rolig stemning og dialog tilpasset borgernes situation. Det ses i husene, at medarbejdere hygger med borgerne og griber nuet til fælles hygge. Muligheder gribes for at skabe gode oplevelser i nuet.

Personlig pleje: Tilsynsførende overværer dele af den personlige pleje hos 4 borgere. Medarbejderne udviser fokus på at gøre samarbejdet til en god oplevelse. I et tempo, der er tilpasset borgernes behov, sikrer de, at borgerne får den hjælp, de har brug for. Hjælpen støtter borgerne i at bevare sine færdigheder på bedste vis. Plejesituationen foregår værdigt med respekt for borgernes ønsker og livssituation. Borgere giver udtryk for, at de får den hjælp til personlig pleje og praktisk hjælp, som de har behov for, og når de har behov for den. Medarbejderne virker omsorgsfulde og vægter højt at kunne give en nærværende, individuel og omhyggelig pleje.

Tilsynet ser flere eksempler på døgnrytmeplaner, som indeholder oplysninger om, hvad der skaber trivsel i hverdagen i såvel dag, aften og nattetimer.

Praktisk hjælp: Tilsynet vurderer, at hjælpen tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes vaner, ønsker og behov. Medarbejdere samarbejder med borgerne og varetager de opgaver, som borgeren ikke længere selv kan varetage. Borgernes boliger og personlige hjælpemidler fremtræder rengjorte.

Mad og måltider: Måltiderne indtages for næsten alle borgers vedkommende i fællesrummet ved køkkenet i leve-bo-miljøet. Tilsynet overværer aftensmåltiderne i afsnittede. Bordplanen fremstår generelt velfungerende.

Der ses forskellige måltidsvaner i husene, hvilket kan have sammenhæng til borgernes behov. I flere afsnit sidder medarbejdere ved bordene, og her er småsnakken, hygge og god stemning under måltiderne. Borgere med behov til hjælp og støtte under måltidet, får dette. Maden roses af alle borgere.

Sammenhæng og forudsigelighed: Der høres om jævnlige møder med de faste aftenvagter. Centersygeplejersker/basissygeplejersker sikrer en tværgående faglig indsats, herunder medvirker til det fornødne skriftlige arbejdsgrundlag og implementering af fælles faglige beslutninger.

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

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

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

Hvert tema består af flere målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er "Helt opfyldt" kan rumme målepunkter med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten.

I det følgende ses udviklingspunkter for de temaer, som ikke er "Helt opfyldt". Udviklingspunkterne er beskrevet kort samt tilsynets anbefalinger. De uddybende data fremgår under de enkelte temaer i rapporten.

Tema 1 Funktionsevne

Målepunkt 1.4: Vurdering af funktionsevne

Fokus: Fra indflytning skal ske en systematisk vurdering af borgernes potentiale for funktionsevne. Mål for indsatsen og løbende evaluering af hjælpen skal beskrives jf. §83 stk. 5. 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.

Udviklingspunkter

For 3 ud af 4 borgere ses ikke oplysninger i "funktionsevnetilstande" eller andre steder i Nexus om realistisk mål og delmål fastsat så godt som muligt i dialog med borger/pårørende samt evt. dialog med terapeut ved GOP/§86 eller vederlagsfri fysioterapi. Aktuelt anvendes "funktionsevnetilstande" ikke (efter aftale med visitationen). De faste medarbejdere har indgående kendskab til borgernes potentiale og de realistiske mål for indsatsen. Denne viden forbliver overvejende tavs viden og de individuelle mål for hjælpen ses alene i nogen grad afspejlet i døgnrytmeplanerne.

Tilsynet anbefaler at fortsætte arbejde med

- at formidle de individuelle mål for hjælpen, så de er lettilgængelige for medarbejderne og kan anvendes ved løsning af borgeropgaverne
- opdatere i "funktionsevnetilstande" i takt med at arbejdsgangen besluttet.

Tema 2b At borger tilbydes den rette kost

Fokus: Et væsentligt grundlag for, at borger har energi og kan deltage i egen pleje og være fysisk aktiv er, at ernæringstilstanden er så god som mulig. Ældre og småspisende borgere er ofte sårbare, idet en utilstrækkelig ernæringstilstand kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens.

Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne, og er dermed en risiko for borgerne. Forebyggelse kræver en tidlig opsporing. Ernæringsindsatserne en kædeproces med opgaver fordelt mellem hjælpere, elever, uuddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl.

Vejninger af borgere er et af indikatorerne på, om borgerne får den ernæring, de har behov for. (Se [2015-AEL-dre_vaegttab_anbefalinger.ashx \(sst.dk\)](#))

Siden seneste tilsyn har der været tiltag i gang, hvilket afspejler sig i journaliseringen og arbejdsgangene. For 3 ud af 3 borgere med dysfagi ses overvejende overensstemmende journalisering.

Udviklingspunkter:

Dysfagi: Fortykningsmiddel er

- for 2 ud af 3 borgere er angivet med x antal måleskeer, men ikke blandingsforholdet/konsistens
- benævnt Atylet, men der anvendes i praksis Thicken-up (1 borger). For de 2 andre borgere ses overensstemmelse til handelsnavnet

Proteintilskud: For en borger er besluttet tilsætning af protein. Denne beslutning ses ikke under helbredstilstand.

Utilsigtet vægttab: For en borger ses ikke reaktion på vægttab. Der er udført EVS samme måned, men med Nej i felt for vægttab, og den samlede scoringen bliver forkert.

Fødemiddelallergi: Pårørende kender til, at borger ikke kan tåle skaldyr. Det er registreret på afdelingens papirskema i køkkenet og kendt af medarbejdere. Det ses ikke journaliseret under allergi. (Er efterfølgende journaliseret).

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats for

- at faglige beslutninger udføres og at der sker opfølgning
- at følge op på vejedagen i hver leve-bo-miljø om, hvorvidt vejningerne har afdækket vægttab
- at medtage fokus ved audit på vejehyppighed og reaktion på vægttab.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighedSammenhængende indsats og tidlig opsporing

I hvert af husene er 3 etager/afdelinger. Disse hjælper hinanden også om aftenen. Hvis der er en afdeling uden egen assistent, bistår de 2 andre assistenter med den fornødne hjælp.

På tilsynsaftenen er det ene afsnit svagt bemandedt ift. fast tilknytning/kompetencer. Samtidig er arbejdsgangen for brug af Nexus ikke rutineret ift. at finde/læse døgnrytmeplaner ved vagtstart. Der læses borgeroverblik (observationer fra seneste døgn).

Der høres ikke om en arbejdsgang ved vagtskifte, som kan medvirke til kontinuitet.

Tilsynet anbefaler

- at styrke sammenhængen i vagtskifte evt. med inddragelse af triageviden
- at have særlig opmærksomhed på videndeling til medarbejdere på etager uden egen assistent.

Det skriftlige arbejdsgrundlag

Fokus: Fyldestgørende og løbende ajourført dokumentation er det nødvendige grundlag for, at alle medarbejdere kan varetage den rette hjælp, omsorg og pleje af borgere ud fra den faglige beskrivelse af borgerens behov.

Hjælpen skal løbende tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5, hvilket nødvendiggør, at der er en tilstrækkelig dokumentationspraksis, som anvendes og følges af alle medarbejdere samt, at aktuelle ændringer løbende dokumenteres.

Udviklingspunkt: Der ses for 4 ud af 6 borgerforløb overensstemmende oplysninger mellem fagligt notat, indsatsmål, helbredstilstande, døgnrytmeplan, observationer og målinger samt de papirbårne oversigter i køkkenerne. Døgnrytmeplanerne ses i vid udstrækning handleansende. Det er besluttet, at alle oplysninger af betydning for frontmedarbejderne er indskrevet i døgnrytmeplanen, herunder de handlingsansende oplysninger om ernæring, vedligeholdende træning m.m. Beskrivelserne bliver omfattende og der ses ved nærlæsning uoverensstemmende oplysninger undervejs i læsningen.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- sikre lettilgængelige, letlæselige og opdaterede oplysninger til frontmedarbejderne
- at helbredstilstand fx for ernæringsindsatsen følges op af handleansende oplysninger i handlingsanvisning, så det hjælper frontmedarbejderne til at vide, hvad der sundhedsfagligt er besluttet inden indskrivning/henvisning i døgnrytmeplan
- at medtage døgnrytmeplaner i miniaudit med fokus på overensstemmende oplysninger med involvering af sygeplejerske og assistenter.

Team 4 Hygiejne**Brug af værnemidler**

Temaets fokus: For at undgå smittespredning, anbefales det i NIR¹, at ved udførelse af personlig hygiejne med risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser, anvendes plastforklæde.

Udviklingspunkt: Tilsynet overværer dele af personlig pleje hos borgere med behov for 1-2 medarbejdere. For 7 ud af 9 sete medarbejdere ses plastforklæde ikke anvendt ved personlig pleje, hvor der er risiko for skænk af borgers udskillelser. 2 medarbejdere bærer lange ærmer til håndled.

Tilsynet anbefaler

- at anbefalingerne i NIR bliver implementeret og efterlevet
- medtage emnet i kvalitetsstyringen og evaluere effekten af tiltagene jævnligt i en periode.

Tøjvask

Fokus: Når borgernes tøj vaskes i fælles vaskemaskine, skal plejecentret sikre, at arbejdsprocesserne er overensstemmelse med de nationale retningslinjer, NIR², herunder rengøring af vaskemaskinerne i form af ugentlig kogevaske på tom maskine, rengøring af gummimembraner o.a. Ved vask på lave temperaturer skal vasken foregå med egnet vaskemiddel.

Udviklingspunkt: Der foreligger egenkontrolskema, som ikke indeholder information om opgaven. Fast medarbejder afkrydser, men det er tavs viden, hvad medarbejder gør og hvad en afløser forventes at gøre.

Tilsynet anbefaler

- at egenkontrolskema indeholder konkret oplysning om opgaverne (ugentlig kogevaske, aftørring af membraner mv.)

Tema 5 Kvalitetsarbejdet: Opfølgning fra seneste tilsyn

Handleplan er vedtaget som arbejdsredskab til kvalitetsstyring. Siden seneste tilsyn har plejecentret igangsat tiltag og opnået forbedringer. Der sker løbende effektvurdering via journalaudit. Denne del af kvalitetsopfølgningen fremstår systematisk. For andre emner ses ikke systematik i opfølgning på tiltag fx for brug af værnemidler og tøjvask.

Tilsynet anbefaler

- at styrke processtyringen:
 - hvornår og hvordan igangsatte tiltag evalueres
 - at beslutte, hvordan der skal følges op og hvornår
- at følge op på processen sammen med de involverede.

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

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

Oversigt over de enkelte temaer

Temaerne vurderes i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandards 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 HO (Helt opfyldt), BO (I betydelig grad opfyldt), NO (I nogen grad opfyldt), IO (Ikke opfyldt).

HO	Helt opfyldt
BO	I betydelig grad opfyldt
NO	I nogen grad opfyldt
IO	Ikke opfyldt

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering	BO
Tema 2a	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter	HO
Tema 2b	Livskvalitet og tilfredshed Måltider og mad, der passer til borgers behov	BO
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Koordinering ved ændring i borgers tilstand Flerfagligt samarbejde	BO
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning Værnemidler ved personlig pleje Tøjvask	NO
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Lokal proces med prioritering, tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen sammenlignet med seneste tilsyn	BO

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

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

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

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt? 2) 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.) 3) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for?		
1.2	Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson jf. kommunens beslutning. Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder. Relevante borgere er tilbudt en rehabiliterende indsats og der er fulgt op på indsatsen.		
1.3	Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan give eksempel på, hvordan målene revideres i takt med at borgers ressourcer ændrer sig. Medarbejderne kan give eksempler på borgere, som støttes i ADL. Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.		
1.4	Borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation. Dette gøres typisk under "funktionsevnetilstande". Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering jf. §83 stk. 5. Oplysningerne kan journaliseres andre steder i Nexus, såfremt dette er vedtaget.		Oplysninger omkring borgernes aktuelle ressourcer, udfordringer og mål for indsatsen ses ikke opdaterede og aktuelle under "funktionsevnetilstande" eller andre steder i Nexus. Oplysningerne er kendte af de tilknyttede medarbejdere.

Tema 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering



Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Får du støtte, så du kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? 2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?: 3) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret? 4) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her?		
2.2	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg). Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt? 2) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på? 3) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov?		
2.3	<i>Praktisk hjælp, herunder rengøring</i> 1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen. 2) Personlige hjælpemidler fremtræder rene		
2.4	<i>Personlig pleje</i> Borgerne fremtræder velplejet. Hvis tilsynsførende overværer plejen konstateres, at plejen gives omsorgsfuldt og i samarbejde med borger. Borger støttes i at udføre så meget som muligt selv og støttes i at udføre eventuelle ønskede vedligeholdelsesaktiviteter under plejen. Medarbejderne beskriver arbejdsgange, der støtter at inkontinente borgers behov for toiletbesøg og evt. bleskift imødekommes.		

2.5	<i>Aktiviteter – borgernes hverdag</i> 1) Borgerne er om muligt inddraget i tilbud om aktiviteter. 2) Borgerne støttes i deltagelse gennem en velfungerende struktur internt og i samarbejdet med frivillige og andre. 3) Information om aktiviteter er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere.		
2.6	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er der mulighed for at lave de ting, der betyder noget? 2) Får du dækket dit behov for at være sammen med andre? 3) Hvad synes du – er der gode oplevelser i hverdagen? Er du interesseret i de aktiviteter, der tilbydes?		

Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Måltider og mad, der svarer til borgers behov

Samlet vurdering



Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.7	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 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	Medarbejdere kan fortælle om velfungerende arbejdsgangene, der sikrer 1) Den enkelte borgers ønsker og aftaler om mad imødekommes 2) Klar opgavefordeling ved måltiderne 3) At borddækning sker som aftalt på centret.		
2.9	Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende. Der høres om involvering af borgere i det omfang det er muligt.		
2.10	Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.		
2.11	Arbejdsgangene støtter at borgere med særligt kostbehov tilbydes den rette kost, f.eks. for borgere med 1) Dysphagi 2) Beriget kost 3) Fødemiddelallergi Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere på de steder, hvor plejecentret har en vedtaget arbejdsproces. (Omsorgsjournal, køkkensedler, tavler o.a.)		Ad 1+2 For 3 borgere med dysfagi ses oplysninger om dette under helbredstilstande og døgnrytmeplan. Opmærksomhedspunktet er, at fortykningsmiddel for 2 ud af 3 borgere er angivet med x antal måleskeer men ikke blandingsforholdet/konsistens. I en borgerjournal er anført Atylet, men der anvendes i praksis Thicken-up. For de

			2 andre borgere ses overensstemmelse til handelsnavnet. For en borger er besluttet tilsætning af protein. Denne beslutning ses ikke under helbredstilstand. For en borger med utilsigtet vægttab ses ikke reaktion på vægttabet. Der er udført EVS samme måned, men denne er markeret A for at borger ikke har tabt sig, og scoringen bliver forkert. Ad 3) Pårørende kender til, at borger ikke kan tåle skaldyr. Dette er registreret på afdelingens papirskema i køkkenet og kendt af medarbejdere. Det ses ikke journaliseret under allergi. Samlet set er opnået forbedringer fra seneste tilsyn.
2.12	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. 1) I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleanvisende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen. 2) Der ses eksempler på observationer om borgers indtag af mad (når der er afvigelser) 3) Aftalt vejehyppighed ses udført 4) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab.		Vejehyppighed I 5 ud af 6 borgerforløb ses, at udførte vejninger er i overensstemmelse med det besluttede. Reaktion på utilsigtet vægttab For 1 ud af 3 borgerforløb ved vægttab ses dette ikke sundhedsfagligt vurderet ift. fortsat vejehyppighed og evt. kosttilskud.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 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.		
3.2	Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing samt opfølgning 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.		I hvert af husene er 3 etager/afdelinger. Disse hjælper hinanden. Hvis der er en afdeling uden egen assistent, bistår de 2 andre assistenter med den fornødne hjælp. På tilsynsaftenen er det ene afsnit svagt bemannet ift. fast tilknytning/kompetencer. Samtidig er arbejdsgangen for brug af Nexus ikke rutineret ift. at læse døgnrytmeplaner ved vagtstart. Der læses borgeroverblik (observationer fra seneste døgn). Der høres ikke om en arbejdsgang ved vagtskifte, som kan medvirke til kontinuitet.
3.3	Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter 1) Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne med til-delt §§ 83 og 86, opfølgning på GOP samt vederlagsfri fysioterapi.		

	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. Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, herunder hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.		
3.4	Det skriftlige arbejdsgrundlag - Generelt: a) Medarbejderne kender og anvender omsorgsjournalen ensartet. b) Der ses overensstemmende oplysninger om borgerens tilstande mellem tilstande, handlingsanvisninger, observationer, faglige notater, døgnrytmeplaner mv. c) Oplysninger på eventuelle tavler, i papirkalendere, i print og andre supplerende informationer til borgere og medarbejdere er i overensstemmelse med omsorgsjournalens oplysninger og borgers aktuelle tilstand. d) Oplysninger fra f.eks. terapeuter er lettilgængelige for assistenter og hjælpere. e) Kædeprocessen <i>måling, reaktion, sundhedsfaglig vurdering, konsekvensrettelse</i> er undersøgt og fundet veldokumenteret. f) Arbejdsgangen for konsekvensrettelse ved ændringer i borgers tilstand beskrives ensartet af medarbejdere der har opgaver i forbindelse med dette. Målepunktet omfatter de dele af omsorgsjournalen, som er relevant for tilsynets foci. Andre krav om journalføring for sundhedslovsydelser er som udgangspunkt ikke omfattet, medmindre der under tilsynsbesøget skulle blive identificeret forhold, der kan indebære en risiko for borgeren.		Stikprøver i forhold til ernæringsindsatsen ses af 2.11, funktionsevnetilstande ses af 1.4. Derudover ses for 4 ud af 6 borgerforløb overensstemmende oplysninger mellem fagligt notat, indsatsmål, helbredstilstande, døgnrytmeplan, observationer og målinger samt de papirbårne oversigter i køkkenerne. Samlet set ses forbedringer af det skriftlige arbejdsgrundlag siden seneste tilsyn.
3.5	Det skriftlige arbejdsgrundlag for udførelse af de daglige social- og plejefaglige opgaver hos borgerne Døgnrytmeplaner indeholder lettilgængelige, opdaterede og handleanvisende oplysninger om borgers ressourcer og behov, herunder hvorledes støtten ydes individuelt ud fra borgers livsstil og ønsker.		Døgnrytmeplanerne ses for alle vagtlag i vid udstrækning handleanvisende og opdaterede. De indeholder værdifulde oplysninger af betydning for, hvordan borger bedst mødes. Det er tilstræbt, at alle oplysninger af betydning for frontmedarbejderne er indskrevet i døgnrytmeplanen, herunder ernæringsoplysninger, vedligeholdende træning m.m.

		Overskrifterne medfører i praksis at medarbejderne indskriver samme tekst om borgeropgaverne flere steder, hvilket gør opdateringsopgaven let uoverskueligt/ressourcekrævende. Der ses ved nærlæsning uoverensstemmende oplysninger undervejs i læsningen, fx om kost. Der ses forbedringer siden seneste tilsyn. Opmærksomhedspunkt: Der ses i 2 afsnit ud af 2 undersøgte, at der er mapper med døgnrytmeplaner, heraf 1 med udprint fra 2021. Det er tilsynets indtryk at mapperne formentlig ikke længere anvendes som arbejdsredskaber og kan fjernes.
--	--	--

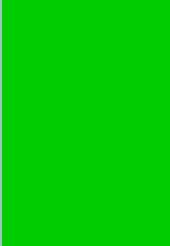
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	1) Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejecentre, herunder arbejdsdragt og værnemidler. 2) Værnemidler er lettilgængelige for medarbejderne.		Tilsynet overværer dele af personlig pleje hos borgere med behov for 1-2 medarbejdere. For 7 ud af 9 sete medarbejdere ses plastforklæde ikke anvendt ved personlig pleje, hvor der er risiko for skænk af borgers udskillelser. 2 medarbejdere bærer lange ærmer til håndled.
4.2	Hvis plejecentret varetager tøjvask uden for borgers bolig: Instruks for tøjvask er lettilgængelig for medarbejderne og følger anbefalingerne i NIR/kommunens retningslinje. Tøjvasken sker i overensstemmelse hermed.		Borgernes tøjvask vaskes hver for sig i samme maskiner. Arbejdsgangene skal leve op til NIR ift. kogevaske på tom maskine, aftørring af membraner m.m. Der ses i flere vaskerum opsat egenkontrolskema. Det er markeret "Skal gøres 1 gang ugt". Det er afkrydset løbende med dato og initialer. Men hvad er det der skal gøres? For andre end den faste medarbejder er det ikke muligt at vide, hvilken opgave, der markeres som udført. Et set vaskemiddel ses ikke aktivt mod bakterier og virus ved lave temperaturer. Leder har efterfølgende fulgt op med leverandør og fået oplysning om, at der allerede nu leveres vaskemiddel, der opfylder kravene i NIR.

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Handleplanen kan f.eks. have form af referat fra personalemøde. Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.		
5.2	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		Der ses løbende effektvurdering via journalaudit. Denne systematiske tilgang kan overvejes anvendt ved andre udfordringer jf. nedenfor om hygiejne.
5.3	Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn. Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.		Ved seneste tilsyn sås udfordring med: 1) Sundhedsfaglig dokumentation 2) Reaktion på væggtab 3) Hygiejne: a. Brug af værnemidler b. Tøjvask Ad 1+2: Her er sat tiltag i gang, og der ses tegn på forbedret praksis. Ad 3a+b: Her ses ikke forbedret målopfyldelse.



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 Greve Kommune. Tilsynet udføres efter manual, som er tilpasset behovene og prioriteringerne i kommunen. Manualen indeholder beskrivelse af, hvilke opgaver der ligger før – under og efter besøget, herunder på hvilken måde tilsynet afvikles.

Metoderne bygger på nyeste viden fra akkreditering/tilsyn/audit. De gennemgående metoder er:

- Interview af ledere, medarbejdere, borgere samt eventuelt 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 og beskrives under figuren.

Niveauer	Det samlede tilsynsresultat																			
Temaer																				
Målepunkter																				
De enkelte stikprøver																				

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 farvemarkeres af læsevenlige årsager:

H O	Helt opfyldt
B O	I betydelig grad opfyldt
N O	I nogen grad opfyldt
I O	Ikke opfyldt

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

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

Om virksomhedsleder og tilsynschef

Nethe Jorck har sundhedsfaglig uddannelse (sygeplejerske) suppleret med MPP (Master of Public Policy) til lige med kompetencegivende uddannelser indenfor ledelse, kvalitet og patientsikkerhed, 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.

Særlig relevante erfaringer:

- akkrediteringssurveyor fra 2010 til 2022 for IKAS. Har udført omkring 170 surveydage på sygehuse, i kommuner, præhospital, privathospitaler og speciallægepraksis
- har udført over 500 uanmeldte kommunale tilsyn
- forandrings- og forbedringsarbejde 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.

