



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Køge Kommune

Velfærdsforvaltningen
Ældre- og Sundhedsafdelingen

Sandmarksbo Plejecenter

Unmeldt kommunalt tilsyn

Oktober 2022

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet.....	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	6
Oversigt over de enkelte temaer	11
Tema 1 Funktionsevne	12
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	14
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	16
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	20
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	21
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	23
Om virksomheden og kontaktoplysninger	26

Forord

De uanmeldte tilsyn i Køge Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Køge 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.

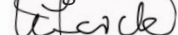
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

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

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

Venlig hilsen



Nette Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejecenter:

Sandmarksbo, Sandmarksbo 3, 4600 Køge

Leder:

Jeanett Dember Povlsen

Antal beboere:

30 beboere

Tilsynsbesøget fandt sted:

25. oktober 2022

Tilsynsbesøgets dataindsamling og datakilder:

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 10 borgerjournaler), instrukser, handplaner, borgerinformationer, aktivitetsoversigt, menuplaner m.v.

Interview: 4 borgere, som 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 1 teamleder, 3 social- og sundhedsassistenter, 1 social- og sundhedshjælper, 1 sygeplejerske, 1 køkkenmedarbejder, 1 økonom, 1 serviceassistent.

Observation: 4 borgers bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer, triage og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig pleje til 2 borgere og hjælp til spisning hos 1 borger.

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

Martha Højgaard, sygeplejerske, Cand.scient.soc.

Samlet tilsynsresultat

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

	<p>Målene er i meget høj grad opfyldte Alle temaer er samlet set vurderet ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-4).</p> <p>Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.</p>
	<p>Målene er i høj grad opfyldte Højst 1 af temaerne er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-4). De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.</p> <p>Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.</p>
X	<p>Målene er i middel grad opfyldte Højst 2 af temaerne er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-4). Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved uændrede forhold.</p> <p>Løbende opfølgning anbefales.</p>
	<p>Målene er i lav grad opfyldte Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-4). Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.</p> <p>Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.</p>
	<p>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.</p>

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

I 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, Køge Kommune Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Generelle oplysninger

Sandmarksbo rummer 2 afsnit med hver 15 borgere. Her er faste medarbejdere tilknyttet hver afdeling, og ved behov for at dække medarbejderfravær på de respektive afsnit, roterer medarbejderne på tværs. Der er dog det opmærksomhedspunkt, at arbejdsprocesserne fremstår forskellige i de to afsnit. Leder oplyser, at der de seneste år er arbejdet med at få skabt en fælles kultur på de to afsnit, som bidrager til, at afsnittene har øget videndelingen også med hensyn til nogle af arbejdsprocesserne.

Aktuelt er en ud af to sygeplejersker indtil videre udlånt til et andet plejecenter.

Styrker

Sandmarksbo fremstår som et veldrevet plejecenter. Tilsynet har iagttaget en omsorgsfuld og respektfuld pleje, og en god relation mellem borgere og medarbejdere i de mange hverdagssituationer, der foregår på plejecentret. Borgerne støttes i at have en tryk og forudsigelig hverdag i rammer, der er så hjemlige som muligt. Medarbejderne udviser et stort fagligt engagement og tager udgangspunkt i den enkelte borgers styrker, hvor også borgernes funktioner og selvbestemmelse understøttes. Hver borger har en kontaktperson.

De interviewede borgere udtrykker stor tilfredshed med at bo på plejecentret - både hvad angår maden, plejen, kontakten og dialogen med medarbejderne samt de aktiviteter, der foregår på plejecentret. Medarbejderne opfordrer på en god måde den enkelte til at gøre det, han/hun selv kan. Der er en god tone og stemning, ligesom der er plads til humor. De interviewede borgere vil gerne anbefale Sandmarksbo til andre, der har behov for en plejebolig. Det samme vil den interviewede pårørende, som også kun kender godt til samarbejdet og plejen. Hun vil uden betænkning tale med lederen, hvis hun fik bekymringer.

Personlig pleje:

Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer personlig morgenpleje til enkelte borgere. Der ses velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær i form af nænsom vækning, småsludren undervejs. Medarbejderne kender borgernes behov, guider fint undervejs og tilpasser hjælpen til borgers tempo og stemning, hvor borgerens selvhjulpethed understøttes. Medarbejderne opfordrer på en god måde den enkelte til at gøre det, han/hun selv kan, og den rehabiliterende tænkning udmøntes som en naturlig del i arbejdet.

Praktisk hjælp:

Tilsynsførende vurderer, at hjælpen tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes vaner, ønsker og behov. Fællesarealer, boliger og hjælpemidler fremtræder rengjorte svarende til rengøringsstandarden.

Mad og måltider:

Maden laves af et produktionskøkken på Sandmarksbo, der også leverer mad til at andre plejecentre. Køkkenet får tilbagemelding fra Sandmarksbo på maden via en stor kalender, der ligger i et rum umiddelbart i tilknytning til spise-stuen, hvor borgerne i stueetagen spiser deres mad (ros/ris).

Den varme mad serveres til middag, og er fælles for dem, der ønsker at spise sammen. Tilsynet observerer en god stemning ved bordene, og der er medarbejdere til stede under måltidet, som søger for værtskabet. En køkkenmedarbejder fortæller, at hun hele tiden er opmærksom på, hvad borgerne ønsker at spise til morgen og aften og sørger for at bestille det hjem.

Aktiviteter:

Sandmarksbo har en aktivitetsmedarbejder ansat, som også har opgaver omkring klippekortsordningen. Denne ordning forventes at blive besparet til stor ærgrelse for de borgere, der i dag får hjælp til at komme ud og handle, til frisør. Borgerne giver udtryk for, at der tilbydes gode aktiviteter, som de meget gerne vil deltage i.

Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

Tilsynet vurderer, at

- 3 temaområder er "Helt 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 efterfølgende del af rapporten. Uddybende beskrivelser fra tilsynsbesøget er ligeledes indsat under det enkelte tema.

Temaer, der ikke er vurderet "Helt opfyldt" beskrives nedenfor sammen med tilsynets anbefalinger.

Generelt

Tilsynsførende har undersøgt sammenhænge – og dermed forudsigeligheden – mellem de sundhedsfaglige og plejefaglige vurderinger og beslutninger og videreformidlingen af information til frontmedarbejderne samt den skriftlige opdatering af de redskaber, frontmedarbejderne anvender.

Der ses gennemgående uoverensstemmelser ift. at vurderinger og beslutninger ikke når ud til frontmedarbejderne, som skal udmønte indsatserne i hverdagen.

Det medfører en risiko for, at der arbejdes ud fra ikke-tidstro data, 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.

Tilsynet iagttager, at de uensartede arbejdsgange fremstår medvirkende til dette.

Disse forhold gør, at den samlede vurdering er: Målene er i middel grad opfyldt.

Tema 1 Funktionsevne

Målepunkt 1.2: Tilbud om vurdering af funktionsevne

Fokus: Beskrivelserne af borgernes funktionsevnetilstande er en forudsætning for, at man som frontpersonale kan vurdere eventuelle ændringer i borgerens funktioner, eller som udgangspunkt for mål for en rehabiliterende indsats, der skal skabe forbedringer.

Der foreligger en overordnet plan for vurdering af borgers funktionsevne ved indflytning på plejecenteret. Tilsynet kunne ved gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation konstatere, at vurderingen af funktionsevnen ikke sker systematisk, når borgere flytter ind i en bolig på plejecentret.

Tilsynet anbefaler at arbejde videre med

- at få etableret bæredygtige arbejdsprocesser mellem terapeut og social- og plejefaglige medarbejdere, som det er beskrevet i punkt 7 i "Handleplan ift. kommunalt tilsyn 2021. Fælles / på tværs af plejeboliger" vers. 3 fra 29/4-2022.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Målepunkt 3.2: Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde

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 småtspisende borgere er ofte sårbare, idet en utilstrækkelig ernæringstilstand kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne. Forebyggelse kræver en tidlig opsporing. Ernæringsindsatserne en kædeproces med opgaver fordelt mellem social- og sundhedshjælpere, elever, uuddannede, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl.

Udviklingspunkt:

Vejninger af borgere er en af indikatorerne på, om borgerne får den ernæring, de har behov for.

Tilsynet fandt, at vægten og vejhyppigheden for 2 ud af 6 undersøgte forløb for borgere med ernæringsudfordringer er stabil og systematisk. Ved 2 ud af de 6 undersøgte borgerforløb ses uoverensstemmelse mellem dokumenterede helbredstilstande, faglige notater, plejeplaner og besluttet og udført vejeinterval. I andre 2 ud af 6 undersøgte forløb er der taget en sygeplejefaglig beslutning om at ophøre med vejningen, hvor den faglige begrundelse er sparsom.

Tilsynet anbefaler at fortsætte indsatsen for

- at implementere de nyudgivne instrukser ”Screening for ernæringsmæssig risiko og underernæring” samt ved brug af ”Vejledning til korrekt vejning”, som det er beskrevet i punkt 1 i ”Handleplan ift. kommunalt tilsyn 2021. Fælles / på tværs af plejeboliger” vers. 3 fra 29/4-2022
- at udarbejde et lokalt Action Card, så alle er klar over, hvem der gør hvad, hvornår – herunder overveje hvilken funktion, der skal tage stilling til vejehyppighed, kost og mål for indsatsen, eks. antal kg. borger gerne vil veje
- at gennemgå arbejdsgangene for vejning af borgere.
- at den, der vejer borgeren, kender til hvornår og hvordan væggtab skal meldes videre og til hvem.
- at skærpe den sygeplejefaglige begrundelse for at afslutte en vejning af borger. Begrundelsen kan med fordel indeholde, hvilke indsatser, der har været afprøvet over en periode, inden man beslutter at afslutte vejningen.

Dysphagi:

Tilsynet observerede uoverensstemmende kostoplysninger vedr. borgere med dysphagi. Det fremgår af flere plejeplaner og kostsedler/køkkensedler, at borgerne skal have blød kost. Det er imidlertid svært at gennemskue for medarbejderen, hvorvidt kosten gives pga. synkebesvær, tyggevanskeligheder eller det er for at nøde borgeren til at spise mere. 2 borgere med dysphagi skal have fortykningsmiddel i sine drikkevarer, men dosis fremgår ikke af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender. Sammenhæng mellem de sundhedsfaglige oplysninger, plejeplaner, kostsedler/køkkensedler skal hindre, at der opstår tvivl blandt de frontmedarbejdere, der varetager plejen.

Allergi og intolerance:

Tilsynet identificerede 2 borgerforløb, hvor der var tale om allergi overfor konkrete fødevarer, og hvor dokumentationen og informationerne til frontmedarbejderne og køkkenpersonalet ikke var fyldestgørende. Information til medarbejdere, der tilbereder og serverer maden, sker via Vitae, tavlen og borgeroversigter i køkkenet. Borgeroversigterne viser, ./. fisk, .7. nødder o.a., men er ikke tilpasset en tydelig information om, hvorvidt der er tale om allergi eller om borger ikke bryder sig om madvaren.

Tilsynet anbefaler

- at opdatere og konsekvensrette de sundhedsfaglige notater, plejeplaner og køkkensedler, så frontmedarbejderne har de rette informationer om kosten.
- at styrke arbejdsgangene, så alle medarbejdere med ansvar for tilberedning og servering af mad har let tilgængelig og skriftlig information om borgeres allergier og intolerance.
- at borgeroversigterne i køkkenet opdeles i ”kan ikke lide” og ”allergi/kan ikke tåle”

Målepunkt 3.4 og 3.5: Det skriftlige arbejdsgrundlag

Fokus: Den faglige dokumentation er et grundlag for medarbejdernes viden og forståelse for borgeren og dermed væsentlig for, at borgeren tilbydes en ensartet og forudsigelig opgaveløsning på et sikkert kvalitetsniveau. Det er afgørende for at sikre den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje af borgerne, at alle medarbejdere har den nødvendige viden om borgerne. Hertil er fyldestgørende og løbende ajourført dokumentation 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.

Det er tilsynets indtryk, at en nuværende stabil og faglig kvalificeret medarbejdergruppe i langt de fleste tilfælde får sammenhæng og forudsigelighed i arbejdsgangene til lykkes i plejen og omsorgen til borgerne, fordi de kender borgerne godt. Risikoen er imidlertid, at arbejdsgangene er afhængige af den nuværende stabile og erfarne medarbejdergruppe, hvilke informationer, de får videreformidlet, og hvad de selv opfanger. Arbejdsgangene bliver derfor afhængige af personer og er ikke forankret i organisationen.

Udfordringen er generelt, at medarbejderne har vanskeligt ved at anvende Vitae. Manglende konsekvensrettelser ved ændringer i borgerstilstand medvirker tillige til uoverensstemmende oplysninger. Det medfører, at der handles på ikke-tidstro data, 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.

Tilsynet anbefaler generelt at fortsætte den ihærdige indsats med

- at opdatere borgerjournal og plejeplaner evt. i forbindelse med de to ugentlige borgergennemgange – evt. udarbejde en tjekliste for, hvad og hvilke beslutninger, der skal konsekvensrettes efter borgergennemgangene.
- at gøre plejeplanerne mere informative og tydelige omkring borgeres vaner, ønsker og glæder.

Kommunen har valgt at etablere sig med nyt omsorgssystem (Nexus). Implementeringen er planlagt til udrulning ultimo 2022. Indsatsen forventes at skabe større sammenhæng og forudsigelighed.

I forhold til implementering af Nexus anbefaler tilsynet

- at udforske arbejdsgange og arbejdsredskaber for at vurdere og beslutte, hvad Nexus kan erstatte af de nuværende print og arbejdssedler samt få de overflødige sedler fjernet i takt med implementeringen af Nexus
- at implementere instruks for ”Opgaveoverdragelse og kompetenceprofiler”, der trådte i kraft pr. 1/7-2022, herunder at drøfte det kliniske lederskab i forbindelse med overdragelse af opgaver fra sygeplejerske til social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælper og ufaglærte og så fremdeles, så det bliver tydeligt, hvem der er ansvarlig for hvad og på hvilke præmisser en opgave er overdraget.

Oversigt over de enkelte temaer

Temaerne vurderes i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Målene er belyst gennem interview, observationer og dokumentation og det er undersøgt, om der sammenhæng mellem de fastsatte standarder, handleplaner, beslutninger, tilbud til den enkelte og den praktiske udførelse.

Af nedenstående oversigt angives den samlede målopfyldelse for hvert tema. Vurderingen er angivet med farver og kategorierne HO (Helt opfyldt), BO (I betydelig grad opfyldt), NO (I nogen grad opfyldt), IO (Ikke opfyldt).

	Helt opfyldt
	I betydelig grad opfyldt
	I nogen grad opfyldt
	Ikke opfyldt

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering Borgers oplevede kvalitet af indsatsen	HO
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Måltider	HO
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde	NO
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning Instrukser og værnemidler Tøjvask	HO
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Proces for den lokale opfølgning med tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.	NO

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.

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) 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?	HO	
1.2	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.	BO	<i>Der er en overordnet plan for vurderingen af en borgers funktionsevne i forbindelse med indflytning i plejeboligen. Ved gennemgang af borgerjournaler forekommer det usikkert, om der er en systematisk arbejdsgang for vurderingen af funktionsevnen og de deraf afledte handlinger.</i> <i>De adspurgte borgere og medarbejdere giver udtryk for, at rehabilitering tænkes ind i hverdagens færdigheder, men den rehabiliterende tænkning er ikke gennemgående i beskrivelserne i plejeplanerne.</i>
1.3	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.	HO	

	3) Aktivitetstilbud: Borgers individuelle træningsbehov er kendt af relevante medarbejdere og er om muligt indarbejdet i tilbuddene.		
1.4	Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering. Relevante og opdaterede oplysninger fremgår af 1) Borgernes funktionsevnetilstande	HO	

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering:

Nr.	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? 	HO	
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? 	HO	
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. 2) Borgerne fremtræder velplejet 3) Borgerne tilbydes bad svarende til kvalitetsstandard. 	HO	
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. 	HO	

	<p>Hverdagen og aktiviteter</p> <p>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) Er der gode oplevelser hver dag? Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes? 	HO	
2.5	<p>Hverdagen og aktiviteter</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, som understøtter, at den enkelte borgers potenti-ale og ønsker er kendt af medarbejdere og at borger støttes i at deltage i relevante aktiviteter og samvær. 	HO	
2.6	<p>Måltider</p> <p>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? 	HO	
2.7	<p>Måltider</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at der er klart værtskab og at medarbejderne sørger for gode rammer til en uforstyrret spisning og hyggelig stemning Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. 2) Medarbejdere er til stede ved måltidet og støtter en positiv oplevelse for borgerne. 3) Arbejdsgange fremmer muligheden for, at borgerne kan opnå en positiv oplevelse ved måltiderne. 	HO	
2.8	<p>Måltider</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 borgerne bedst muligt involveres i at menuplanen fastlægges og hvordan borgerens evaluering af maden videregives til køkkenmedarbejdere. 		

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) Bliver du hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Kender du plejeplanen og oplever du, at beskrivelsen er meningsfuld og dækkende? 5) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 6) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald.	HO	
3.2	<i>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</i> 1) Medarbejdere kender arbejdsgangene for at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner. Der kan ses eksempler på rettidig reaktion som viser en systematisk arbejdsproces. 2) Arbejdsgangene belyses gennem kædeprocessen for tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, herunder involvering af læge, tandlæge, ergoterapeut o.a. a. Vejehyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval b. Der ses reaktion på uplanlagt vægttab c. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.	NO	Kost: Af plejeplanerne og køkkensedlerne fremgår det, at flere småtspisende borgere skal "blød kost". Det er imidlertid uklart, om ændringen af kostformen skyldes dårlig tyggefunktion, synkebesvær (dysphagi) eller det har til formål at nøde borgeren til at spise lidt mere. Hvad angår det sidste, er der ikke lavet opfølgning på, om det får borgerne til at spise mere. Hos flere af disse borgere står der, at der skal "lidt fortykkelse" i drikkevarerne, men der står ikke hvor meget Thicken Up, der skal tilsættes. For 1 borger fremgår det på et ergoterapeutskema, som er ophængt i boligen. Det er svært for medarbejderne at

		<p>finde ernæringsvurderingen og de faglige mål for handlingerne i borgerjournalerne.</p> <p>Dysphagi: Hos 2 borgere (af to) er der ikke overensstemmelse mellem de sundhedsfaglige oplysninger og plejeplanerne vedr. dysphagi.</p> <p>Allergi: Ved gennemgang af 1 borgerjournal fremgik det under CAVE, at en borger fik kløe i munden af nødder. Det fremgik ikke af de sundhedsfaglige notater, ikke af plejeplanen og er ikke videregivet til køkkenet. For en anden borger fremgår det af køkkenets oversigt, at borgeren ikke ønsker nødder og jordbær. Oplysningerne fremgår ikke af de sundhedsfaglige notater eller plejeplanen og heller ikke, om det handler om allergi eller det er fordi vedkommende ikke bryder sig om nødder og jordbær. Borger kunne selv oplyse, at det handler om allergi.</p> <p>Vægt og vejhyppighed: Tilsynet har gennemgået 6 borgerjournaler med henblik på vægt og vejhyppighed. Hos to borgere ligger vægten stabil og vejhyppigheden er samstemmende med det besluttede.</p>
--	--	---

			<p>Hos to borgere er vejehyppigheden ikke systematisk og det er usikkert, om der er reageret og handlet på væggtab.</p> <p>Hos to borgere er der en sygeplejefaglig beslutning om at ophøre med at veje. Hos den ene borger er begrundelsen "... x taber sig, men det er ikke muligt at få hende til at spise mere". Hos den anden ses en sundhedsfaglig begrundelse.</p>
3.3	<p><i>Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb</i> Medarbejderne kan redegøre for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere i forhold til:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mål 2) Inddragelse af træningselementer og -aktiviteter i daglig hjælp, pleje og omsorg 3) Vurdering af funktionsevne..... 4) Anbefaling til forflytning..... 5) Anbefaling til plejepersonalet: Balance- stå- eller gåmuligheder samt evt. øvelser o.a., som borger kan huskes på. <p>Såfremt plejecentret ikke har/nyligt har haft borgere visiteret til ovenstående markeres indikatoren som "ikke aktuel" for dataindsamling" = grå farve.</p>	BO	<p>Se pkt. 1.2 vedrørende systematiske arbejdsgange for vurdering af funktionsevne.</p> <p>Det fremstår også som en udfordring, at terapeuter og plejepersonale skriver forskellige steder i Vitae.</p>
3.4	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> Der er fokus på systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand med udgangspunkt i ex uplanlagt væggtab, dysfagi, tryksår, fald og fødemiddelallergier.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Den social- og plejefaglige dokumentation er overensstemmende med opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande (ex helhedsvurdering, handlingsanvisninger, faglige notater, observationer, plejeplaner og eventuelle supplerende papirbaserede notater) 2) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion (eksempelvis som observation med opgave) 	NO	<p>Hver af de to afsnit har borgergennemgang 2 x ugentlig, hvor det drøftes, hvad der er sket af ændringer i forhold til borgerne. Ændringer og beslutninger fra borgergennemgangen dokumenteres ikke systematisk i Vitae.</p>

	<p>3) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender.</p>		<p>I stedet sker overleveringer til kolleger og sygeplejerskerne om ændringer i borgernes tilstande i stor udstrækning mundtligt.</p> <p>Det medfører, at der ikke er en sikker skriftlig formidling af ændringer i borgernes tilstande, og de sundhedsfaglige beslutninger fremgår ikke altid af de arbejdsredskaber, frontmedarbejderne er afhængige af.</p>
3.5	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> Plejeplaner og generelle oplysninger</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Plejeplaner fremtræder handleansende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger og borgers vaner og ønsker 2) For borgere ramt af demens indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleansende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt 3) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren. 	BO	<p>Plejeplanerne er i det store og hele handlingsansende for, hvordan borgerne hjælpes med og understøttes i at udføre den personlig pleje, ønsker til morgenvækning, hvornår man ønsker at komme i seng, hvad man ønsker til morgenmad og andre praktiske/konkrete ting. Der er imidlertid få beskrivelser af den enkelte borgers vaner, hvad han/hun kan lide af musik, hvad han/hun slapper af med, hvad der skaber glæde, hvordan man som medarbejder håndterer uro-vredegråd hos en borger med demens osv.</p> <p>Nogle borgermapperne fremstår med ikke aktuelt materiale og med uddatede plejeplaner.</p>

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) Der forefindes værnemidler.	HO	
4.2	Leder og relevante medarbejdere kender til at fremsøge og anvende gældende instrukser og arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud.	HO	
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.	HO	

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. 2) Der er prioriteret og igangsat tiltag. 3) Der ses dato for evaluering. 	HO	<p>Der er udarbejdet en fælles handleplan for plejeboligerne med indsatsområder i forhold til målepunkterne fra tilsynet i 2021, der ikke var "helt opfyldt". Ifølge handleplanen er der både beskrevet indsatser og fundet tovholdere.</p>
5.2	<ol style="list-style-type: none"> 1) Effekten af tiltagene er evalueret 2) I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført. 	NO	<p>Der har været besluttet tiltag på tværs af plejeboligerne. En udfordring har været at følge op på tiltagene og evaluere effekten.</p>
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>	NO	<p>Følgende forbedringspunkter har vist sig vanskelige at opnå forbedringer på:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementering af systematiske arbejdsgange vedrørende forebyggelse af uplanlagt væggtab. Som det fremgår af fundene i pkt.3.2 og 3.4, er der stadig udfordringer i forhold til målepunkterne på ernæringsområdet, både hvad angår kost og vægt.

			<ul style="list-style-type: none">• Patientsikker information om borgeres allergier fra sundhedsfaglige medarbejdere til frontmedarbejdere og køkkenpersonale• Det skriftlige arbejdsgrundlag, dvs. en sammenhængende og forudsigelig dokumentation, der sikrer en ensartet pleje og behandling. Der ses uoverensstemmelse mellem den sundhedsfaglige vurdering og beslutning i Vitae, formidlingen til frontmedarbejderne, arbejdsgangene/-processerne samt de arbejdsredskaber frontmedarbejderne støtter sig til i det daglige arbejde.
--	--	--	---



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, således at 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.

Indhold og metode

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

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

- Interview af ledere, medarbejdere, borgere samt eventuelle pårørende
- Dokumentation: Gennemgang af skriftlige vejledninger til medarbejdere, den faglige dokumentation, handleplaner, informationer til borgere m.m.
- Observation af medarbejderes praksis, borgers fremtræden og bolig, arbejdsgange, fællesarealer afholdelse af måltider m.m.

Samlet set sikrer den metodiske tilgang en grundig dataindsamling som underlag for analyse og vurdering. Den metodiske tilgang giver belæg for at vurdere kvaliteten af de ydelser, borgeren modtager.



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 farvemærkes af læsevenlige årsager:

	Helt opfyldt
	I betydelig grad opfyldt
	I nogen grad opfyldt
	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 "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4).

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

Målene er i høj grad opfyldte

Højst 1 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4).

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.



Målene er i middel grad opfyldte

Højst 2 af temaerne er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-4).

Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed 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 1-4).

Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer.

Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.

Kritisable forhold

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, 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

Nethe Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef

DMK-tilsynsafdeling, akkrediteringsraadgiverne.dk
Egebjergvej 232 a
4500 Nykøbing Sjælland
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.

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

Hun har været aktiv surveyor med ledende funktioner gennem 13 år for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet).

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. Hertil kommer indgående erfaring med forandrings- og forbedringsarbejde med basis i uddannelse og projektarbejde med projekter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

