



akkrediteringsraadgiverne.dk

# TILSYNSRAPPORT

## Furesø Kommune

### Center for Sundhed og Seniorliv

### Plejehjemmet Solbjerghaven

## Indholdsfortegnelse

<b>Forord .....</b>	<b>4</b>
<b>Fakta om tilsynet .....</b>	<b>5</b>
<b>Samlet tilsynsresultat .....</b>	<b>6</b>
<b>Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer .....</b>	<b>7</b>
<b>Tema 1 Funktionsevne .....</b>	<b>11</b>
<b>Tema 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen.....</b>	<b>12</b>
<b>Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen - Måltider og mad .....</b>	<b>14</b>
<b>Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed .....</b>	<b>16</b>
<b>Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....</b>	<b>19</b>
<b>Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn .....</b>	<b>20</b>
<b>Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper .....</b>	<b>21</b>
<b>Om virksomheden og kontaktoplysninger .....</b>	<b>24</b>

## Forord

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

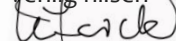
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

**Plejehjem:**

Solbjerghaven, Solbjerghaven 6, 3500 Værløse

**Leder:**

Merete Kreiberg

**Antal beboere:**

20 plejeboliger

**Tilsynsbesøget fandt sted:**

26. januar 2023

**Metodik og datagrundlag:**

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 8 borgerjournaler), borgerinformationer, menuplaner, borgermapper m.v.
- Interview: 2 borgere, som delvist kan medvirke til interview. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Desuden har tilsynet interviewet 1 leder, 1 teamkoordinator med faglige funktioner, 1 assistent, 1 assistent-elev og 2 hjælpere.
- Observation: 4 borgeres bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

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

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 4 borgere.

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

**Tilsynsførende:**

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP.

## Samlet tilsynsresultat

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

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

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

### Målene er i middel grad opfyldte

#### 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

Højest 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

Højest 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

Af nedenstående skema angives begrundelsen for tilsynsresultatet. For det første beskrives de styrker, som tilsynsførende har vurderet, er til stede på plejecentret. For det andet beskrives eventuelle forbedringsområder med tilhørende anbefalinger i tilfælde af, at praksis på plejecentret ikke er fundet i overensstemmelse med lovgivningens krav, Furesø Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

### Styrker

#### Funktionsevne

Borgerens mulighed for at bevare deres funktionsevne understøttes i den daglige pleje. Borgerne udviser tryghed og tilfredshed i samværet med de faste medarbejdere og leder. Der forefindes relevante hjælpemidler hos de besøgte borgere, og de faste medarbejders praksis fremstår omsorgsfuld og professionel. Funktionsevnen styrkes i hverdagen også gennem terapeuternes indsats.

#### Livskvalitet og tilfredshed

*Den gode hverdag:* De faste medarbejdere har indgående kendskab til den enkelte borgers situation. Der er for tiden ikke tilknyttet en demensvejleder til hjemmet, men teamleder er demensuddannet, og støtter kolleger med personcentreret omsorg og anvendelse af "Blomsten". Den ses på forsiden af borgermapper, så alle - også afløserne - har let adgang til at se oplysningerne, som har værdi i borgerindsatsen.

*Personlig pleje:* Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer personlig pleje til flere borgere og iagttager velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær og guidning tilpasset borgers sygdom, tempo og stemning. Medarbejdere kan redegøre for, hvordan det prioriteres, at borgernes grundlæggende behov i videst mulige omfang bliver tilgodeset.

*Praktisk hjælp:* Tilsynsførende vurderer, at hjælpen tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes vaner, ønsker og behov. Det er tilsynsførendes oplevelse, at hjælpemidlerne så vidt muligt integreres i lejlighedens øvrige møblement, så lejlighederne fremstår så hjemlige som muligt. Boliger og hjælpemidler fremtræder rengjorte svarende til rengøringstandarden.

*Mad og måltider:* Måltiderne er det sociale samlingspunkt. Maden leveres fra Ryetbo. Tilsynet overværer dele af frokosten. Der ses nærværende medarbejdere, der sikrer rolige og imødekommende forhold.

#### Sammenhæng og forudsigelighed

Der høres om daglige arbejdsprocesser såsom morgenlæsning af observationer m.m. Triagering er 2 x ugentligt i vagtskiftet mellem dag og aften. Her vægtes den tidlige opsporing af borgere, hvis tilstand har ændret sig, og hvor der er brug for en særlig indsats. PDSA høres anvendt ved forbedringsarbejde.

De ovenfor nævnte styrker og erfaringer med kvalitetsarbejde 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"
- 2 temaer er "I betydelig grad opfyldt"
- 2 temaer er "I nogen grad opfyldte"

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

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

## Tema 1 Funktionsevne

### Målepunkt 1.2 og 1.5: Vurdering af funktionsevne

**Fokus:** Beskrivelserne af borgernes funktionsevnetilstande er et grundlag 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.

**Udfordring:** For 1 ud af 6 borgere ses ikke en systematisk vurdering af borgernes potentiale for funktionsevne, når de flytter ind i en bolig på plejehjemmet, ligesom der ikke dokumenteres mål for indsatsen og løbende evaluering. Ansvar for at opdatere funktionsevnetilstandene er placeret hos kontaktpersonen.

#### Tilsynet anbefaler

- at systematisere vurderingen af funktionsevne hos nyindflyttede borgere
- at få etableret bæredygtige arbejdsprocesser (evt. med deltagelse af terapeuter) mhp. at få vurderet borgerens potentiale for funktionsevne ved indflytning.

## Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen - Mad og måltider

### Målepunkt 2.11 og 2.12: Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring m.v.

**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. En utilstrækkelig ernæringstilstand kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens o.a. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne.

Ernæringsindsatsen er en kædeproces med opgaver fordelt mellem elever, assistenter, sygeplejersker, terapeuter og ernæringsassistent m.fl. De tværgående arbejds gange er derfor afgørende for kvaliteten i opgaveløsningen.

Udviklingspunkterne vedrører kædeprocessen fra beslutning om vejhyppighed, reaktion ved vægttab, formidling til sundhedsfaglig beslutning og herefter at den sundhedsfaglige beslutning om fortsat vejhyppighed, eventuelt kostændring, tandlæge m.m. journaliseres og gøres tilgængelig for relevante medarbejdere.

For ingen ud af 20 borgere ses sundhedsfaglig beslutning om beriget kost, hvilket fremstår atypisk. Ved interview med høres et behov for løft af den faglige viden om ernæringens betydning for mennesker ramt af demens.

#### Tilsynet anbefaler at

- nedskrive de lokale beslutninger om ernæringsindsatsen
- at faglige beslutninger kommunikeres på en måde, der sikrer
  - at den der vejer, kender til hvornår vægttab skal meldes videre
  - at sundhedsfaglig medarbejder vurderer vægttabet og
  - at oplysninger i Nexus konsekvensrettes efter sundhedsfaglig beslutning efter vægttabet
- følge op kort efter vejedagene, som typisk sker over få dage, og identificere borgere med vægttab
- at involvere kommunens diætist ved behov for sparring.

## Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

### Målepunkt 3.4 d: 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.

Tilsynsførende gennemgik omsorgsjournaler med medarbejdere. Journaliseringen afspejler, at medarbejderne gør det så godt de kan, men at der er forskellige opfattelser af hvordan funktionaliteterne skal bruges.

Det skriftlige arbejdsgrundlag består af Nexus samt papirdokumenter. Det drejer sig f.eks. om afføringsskema, batteriskift, print af døgnrytmeplan, Blomsten. Der anvendes et ugeskema i hvert afsnit, som fungerer som tjekliste for bad m.m. Skemaet anvendes forskelligt i afsnittene.

Det medfører uoverensstemmende oplysninger og gør det vanskeligt at finde hinandens oplysninger.

Manglende konsekvensrettelser ved ændringer i borgerstilstand medvirker 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 at fortsætte de igangsatte tiltag, herunder

- undervisning og træning i Nexus
- ensarte anvendelsen af ugeskemaet i de to afsnit
- udfase papirdokumenter i takt med at Nexus implementeres
- udføre jævnlige mini-audits, og f.eks. anvende ernæringsområdet som tema.

#### Målepunkt 3.5 Døgnrytmeplaner

Døgnrytmeplanerne er valgt som det centrale arbejdsredskab, hvor de væsentlige oplysninger skal fremgå. Døgnrytmeplanerne lægges i fysisk borgermappe tillige med afføringsskemaer og andre tjeklister.

Døgnrytmeplanerne ses af varieret kvalitet. Nogle ses generelt svarende til borgers tilstande, individuelle og fyldestgørende. Viden om hvad der skaber en god hverdag for borgeren formidles sparsomt.

Aftenvagte: For 4 ud af 6 forløb ses utilstrækkelige og ikke opdaterede oplysninger. Det har særlig betydning for borgere ramt af demens, at aftenen kan forløbe forudsigeligt, herunder musik, dukke/bamse, sengetider/vaner. For 5 ud af 6 borgere ses beskrivelsen ikke opdateret seneste ½ år. En borger er siden ramt af svagtsynethed, en anden har ikke længere KAD, en tredje er diagnosticeret med dysfagi og skal have tilpasset kost.

Tilsynet anbefaler at

- beslutte hvilke oplysninger der skal fremgå af døgnrytmeplanerne
- fastlægge hvilken funktion der har til opgave at opdatere døgnrytmeplanerne og formidle dette
- at oplysninger i døgnrytmeplanerne konsekvensrettes f.eks. kortere tid efter læsning af observationer, faglige beslutninger ved triage eller andet.

### **Tema 4 Hygiejne**

#### Målepunkt 4.3 Tøjvask

Fokus: Når borgernes tøj vaskes i fælles vaskemaskiner, skal plejecentret sikre, at arbejdsprocesserne er overensstemmelse med de nationale infektionshygiejniske retningslinjer (NIR<sup>1</sup>), herunder rengøring af vaskemaskinerne i form af ugentlig kogevaske på tom maskine, rengøring af gummimembraner o.a.

Udfordring: Tøjvask sker i fælles vaskemaskiner, hvor forskellige borgers tøj vaskes sammen. Arbejdsprocesser der skal sikre brud på smitteveje, ses ikke fuldt implementeret.

Tilsynet anbefaler

- at opdatere hygiejnerutinerne og lave egenkontrolskema, så eventuelle afløsere i vaskeriet kender rutinerne for ugentlig kogevaske, aftørring af membraner mv.

#### Målepunkt 4.1 Brug af værnemidler

Temaets fokus: For at undgå smittespredning, anbefales det i NIR<sup>2</sup>, at ved udførelse af personlig hygiejne med risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser, anvendes plastforklæde.

Udviklingspunkt: Tilsynet erfarer, at der foretages nedre hygiejne i forbindelse med personlig pleje uden anvendelse af plastforklæde. For at undgå smittespredning, anbefales det i NIR, at ved udførelse af personlig hygiejne med risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser, anvendes plastforklæde.

Tilsynet anbefaler

- at der iværksættes tiltag, så anbefalingerne i NIR bliver implementeret og efterlevet.

<sup>1</sup> Håndtering af tekstiler til flergangsbrug i sundhedssektoren, 2. udgave 2022 (ssi.dk)

<sup>2</sup> Nationale infektionshygiejniske Retningslinjer for plejehjem, hjemmepleje, bo- og opholdssteder m.m. 2020 udgave 1



## 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	<b>Funktionsevne</b> Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering	
Tema 2a	<b>Livskvalitet og tilfredshed</b> Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter	
Tema 2b	<b>Livskvalitet og tilfredshed</b> Måltider og mad, der passer til borgers behov	
Tema 3	<b>Sammenhæng og forudsigelighed</b> Det skriftlige arbejdsgrundlag Koordinering ved ændring i borgers tilstand Flerfagligt samarbejde	*
Tema 4	<b>Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning</b> Værnemidler ved personlig pleje Tøjvask	
Tema 5	<b>Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn</b> Lokal proces med prioritering, tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen sammenlignet med seneste tilsyn	Relevant fra 2024

\*Nexus oplæring fremstår ikke som et tiltag, plejehjemmet kan løse alene.

### 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?		<i>Målepunkterne er vurderet efter tilsynets samlede skøn og indtryk af borgernes oplevelse, da borgerne på plejehjemmet er kognitivt udfordret på grund af demens.</i>
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.		
1.4	1) Det fremgår af omsorgsjournalen, at borgers psykiske og fysiske ressourcer inddrages i planlægningen og udførelsen. 2) Borgers funktionsevnetilstande er opdateret ved indflytning og der er tydeligt mål for indsatsen.		<i>Se nedenfor.</i>
1.5	Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering.		<i>Funktionsevnetilstandene ses for 4 ud af 4 borgere ikke opdateret. For 3 af borgerne er beskrivelsen ikke svarende til borgers aktuelle tilstande.</i>

## Tema 2a 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"> <li>1) Får du støtte, så du kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig?</li> <li>2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?:</li> <li>3) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret?</li> <li>4) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her?</li> </ol>		Målepunkterne er vurderet efter tilsynets samlede skøn og indtryk af borgernes oplevelse, da borgerne på plejehjemmet er kognitivt udfordret på grund af demens.
2.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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?</li> <li>2) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på?</li> <li>3) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov?</li> </ol>		Målepunkterne er vurderet efter tilsynets samlede skøn og indtryk af borgernes oplevelse, da borgerne på plejehjemmet er kognitivt udfordret på grund af demens.
2.3	<p><i>Praktisk hjælp, herunder rengøring</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen.</li> <li>2) Personlige hjælpemidler fremtræder rene</li> </ol>		
2.4	<p><i>Personlig pleje</i></p> <p>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.</p> <p>Medarbejderne beskriver arbejdsgange, der støtter at inkontinente borgers behov for toiletbesøg og evt. bleskift imødekommes.</p>		

2.5	<p>Aktiviteter – borgernes hverdag</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Borgerne er om muligt inddraget i tilbud om aktiviteter.</li> <li>2) Borgerne støttes i deltagelse gennem en velfungerende struktur internt og i samarbejdet med frivillige og andre.</li> <li>3) Information om aktiviteter er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere.</li> </ol>		<p>Opmærksomhedspunkt: Borgernes individuelle ønsker og behov kendes indgående af de faste medarbejdere. Det kan være puslespil, gamle film, musik, holde i hånd m.m. I flere tilfælde ses oplysningerne i Blomsten, som opbevares i borgermappen.</p> <p>Viden formidles i høj grad mundtligt, hvilket medvirker til spredning af viden.</p> <p>Der ses sparsom formidling i frontmedarbejdernes redskaber – f.eks. døgnrytmeplanen.</p>
2.6	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er der mulighed for at lave de ting, der betyder noget?</li> <li>2) Får du dækket dit behov for at være sammen med andre?</li> <li>3) Hvad synes du – er der gode oplevelser i hverdagen? Er du interesseret i de aktiviteter, der tilbydes?</li> </ol>		<p>Målepunkterne er vurderet efter tilsynets samlede skøn og indtryk af borgernes oplevelse, da borgerne på plejehjemmet er kognitivt udfordret på grund af demens.</p>

## Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen - Måltider og mad

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?		<i>Målepunkterne er vurderet efter tilsynets samlede skøn og indtryk af borgernes oplevelse, da borgerne på plejehjemmet er kognitivt udfordret på grund af demens.</i>
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.		
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, eksempelvis for borgere med 1) Dysphagi 2) Beriget kost 3) Fødemiddelallergi  Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere i journalen samt – hvis det er praksis - i døgnrytmeplaner, handleanvisninger i eventuelle kostsedler i køkkener o.a.		<i>Ad 1) Kostoplysning om en borger med dysfagi ses lettilgængelig for frontmedarbejderne og er støttet af billede i køkkenet.            Jf. 2.12 ses ikke opdatering i Nexus fraset døgnrytmeplan.             Ad 2) Ingen borgere er vurderet til at have behov for fedt- eller proteinberiget kost.</i>

			<p>Ad 3) Der er aktuelt ingen borgere med fødemiddelallergi. Ved forespørgsel om hvilke arbejdsgange der er besluttet for at sikre at frontpersonalet kender til en ny borgers allergi høres, at dette ikke er fastlagt.</p>
2.12	<p><i>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab.</li> <li>2) Aftalt vejehyppighed ses udført</li> <li>3) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab.</li> <li>4) I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleansende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen.</li> </ol>		<p>Ad 1) Arbejdsprocessen ses ikke nedskrevet.</p> <p>Ad 2) Solbjerghaven har besluttet at tilbyde vejning hver 3. måned alt efter mulighed for at låne en vægt.</p> <p>Ad 3) For 2 ud af 3 borgere med større vægttab ses ikke sundhedsfaglig vurdering af vægttabet. Begge borgere har haft glidende vægttab. Der høres ikke om borgere, hvor der er vurderet behov for beriget kost. En borger er vejnet dagen før tilsynet grundet tøjet blev løsthængende. Vægttabet var 4,8 fra seneste vægt 3 måneder tidligere. Der har d.d. været tilsyn af læge.</p> <p>Ad 4) Helbredstilstande i Nexus ses ikke aktive for borger med dysfagi eller borgere med større vægttab.</p>

## 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: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig?</li> <li>2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?!</li> <li>3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres?</li> <li>4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov?</li> <li>5) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald.</li> </ol>		<i>Målepunkterne er vurderet efter tilsynets samlede skøn og indtryk af borgernes oplevelse, da borgerne på plejehjemmet er kognitivt udfordret på grund af demens.</i>
3.2	<u>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing samt opfølgning</u> Medarbejdere kender arbejdsgangene for <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2) At følge op på indgåede aftaler.</li> </ol>		<i>Ved ændringer i borgers tilstand skrives i nogen grad observationer i Nexus.</i>  <i>Ændringerne formidles primært videre mundtligt.</i>  <i>Opfølgning på indgåede aftaler opleves vanskeligt af medarbejderne idet oplysninger om aftaler vanskeligt kan findes i Nexus, eller ikke er indskrevet.</i>
3.3	<u>Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>		

	Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, herunder hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.		
3.4	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag - Generelt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medarbejderne kender og anvender omsorgsjournalen ensartet.</li> <li>2. Der ses overensstemmende oplysninger om borgerens tilstande mellem tilstande, handlingsanvisninger, observationer, faglige notater, døgnrytmeplaner mv.</li> <li>3. 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.</li> <li>4. Kædeprocessen <i>måling, reaktion, sundhedsfaglig vurdering, konsekvensrettelse</i> er undersøgt og fundet veldokumenteret.</li> <li>5. Oplysninger fra f.eks. terapeuter og demensvejleder er lettilgængelige for assistenter og hjælpere.</li> <li>6. Arbejdsgangen for konsekvensrettelse ved ændringer i borgers tilstand beskrives ensartet af medarbejdere der har opgaver i forbindelse med dette.</li> </ol> <p>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.</p>		<p>Ad 1+2+4+6: Nexus fremstår delvist implementeret. Der afventes fælles beslutninger i kommunen i forhold til uddannelse af de lokale superbrugere.</p> <p>Der ses for 6 ud af 6 forløb uoverensstemmende oplysninger mellem faglige notater/handlingsanvisninger/observationer/døgnrytmeplaner/funktionsevnetilstande.</p> <p>For 4 af borgerne ses at relevante helbredstilstande ikke er aktive. F.eks. for en borger, som er blevet meget svagtseende, en borger med dysfagi, 2 borgere med større væggtab.</p> <p>Ad 3) Der ses dobbeltdokumentation ift. papirbårne redskaber om afføringskemaer, batteriskift, ugentlig bad. Skemaerne ses ikke udfyldt efter hensigten. Ugeskemaer anvendes i begge afsnit, men uensartet.</p>
3.5	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag for udførelse af de daglige social- og plejefaglige opgaver hos borgerne</p> <p>Døgnrytmeplaner indeholder lettilgængelige, opdaterede og handleanvisende oplysninger om borgers ressourcer og behov, herunder hvorledes støtten ydes individuelt ud fra borgers livsstil og ønsker.</p>		<p>Medarbejderne har vanskeligt ved at anvende Nexus.</p> <p>Døgnrytmeplanerne er det centrale arbejdsredskab hvor de væsentlige oplysninger skal fremgå. Døgnrytmeplanerne printes til fysisk borgermappe tillige med afføringskemaer, og andre tjeklister. Skemaerne ses sporadisk udfyldt.</p>



	<p>Døgnrytmeplanerne ses af varieret kvalitet.</p> <p>Dagvagt: For 4 af 6 forløb ses generelt opdaterede, individuelle og fyldestgørende oplysninger svarende til borgers ønsker og behov. Det er muligt at se mennesket i beskrivelsen.</p> <p>Viden om hvad der skaber en god hverdag for borgeren ses dog ikke af døgnrytmeplanen jf. 2.5.</p> <p>For de 2 øvrige er oplysningerne ikke opdateret efter ændringer i borgers tilstande.</p> <p>Opmærksomhedspunkt er at oplysninger om aktuel brug af afføringsskemaer og andet ikke fremgår af døgnrytmeplan men alene af den fysiske borgermappe.</p> <p>Aftenvagt: For 4 ud af 6 forløb ses utilstrækkelige oplysninger om borgers individuelle vaner og ønsker.</p> <p>Dette har særlig betydning for borgere der er ramt af demens at aften timerne kan forløbe forudsigeligt, herunder musik, dukke/bamse, sengetider/vaner m.m.</p> <p>For 5 ud af 6 borgere ses beskrivelsen ikke opdateret seneste ½ år. En borger er siden ramt af svagtsynethed, en anden har ikke længere KAD, en tredje er diagnosticeret med dysfagi og skal have fortykket kost.</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) Værnemidler er lettilgængelige for medarbejderne.		2 ud af 2 sete medarbejdere anvender ikke forklæde under personlig pleje, hvor der er risiko for stænk og sprøjt af menneskelige udskillelser.
4.2	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.		Tøjvask sker i fælles vaskemaskiner, Kogevask på tom maske er besluttet til 1 gang om ugen. Der ses ikke egenkontrolskema. Opgaven skal udføres af nattevagt.  Vask på 40 grader vaskes med vaske-middel som ikke fremstår sikkert virk-somt overfor virus og bakterier. (Plejehjemmet kan undersøge dette nærmere i høringsfasen og melde til-bage).

## Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

Relevant fra 2024

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Handleplanen kan f.eks. have form af referat fra personalemøde.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</p>		
5.2	<p>Effekten af tiltagene er evalueret. I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført</p>		
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>		



# Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

## Tilgang og formål

Tilsynets kerneydelse er på en anerkendende måde at belyse, om gældende lovgivning og politisk fastsatte retningslinjer og politikker overholdes og efterleves, så borgerne får den hjælp, de er berettiget til, og at hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig forsvarlig måde. Tilsynet skal belyse, hvorvidt:

- Borgerne får hjælp i henhold til kommunens kvalitetsstandarder
- Hjælpen er i henhold til loven og i henhold til afgørelsen om hjælp
- Hjælpen er i overensstemmelse med borgerens aktuelle behov for hjælp
- Forebygge, at eventuelle mindre problemer udvikler sig til store problemer.

Tilsynet har under tilsynene fokus på, at besøgene er afviklet med en anerkendende tilgang med fokus på dialog. Det er intentionen, at tilsynsbesøget kan medvirke til at fremme den videre udvikling af praksis på den enkelte plejeenhed.

Under besøget fokuserer tilsynsførende på plejeenhedens styrker og det, der virker. Det afspejles om muligt i spørgsmålene og dialogen, som kan grundlag for den videre refleksion og analyse af praksis.

Tilsynsførende søger at opnå den fornødne indsigt som grundlag for dialog om eventuelle forbedrings-områder, hvor borgernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandarder m.m.

Samlet set stiler tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

- Viden om, hvorvidt borgerne får den hjælp, de er berettiget til, og om hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig forsvarlig måde på den enkelte plejeenhed
- Støtte til kvalitetsudviklingen gennem konstruktiv dialog og brugbare kvalitetsdata
- En samlet viden på tværs af plejeenhederne om fælles styrker og udfordringer.

Tilsynsbesøget er gennemført uanmeldt og er et udtryk for det øjebliksbillede, som er tilgængeligt på tidspunktet for tilsynets gennemførelse. Tilsyn udføres 12 måneder efter seneste tilsyn +/- 4 måneder, medmindre andet er aftalt med kommunen.

## Indhold og metode

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

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

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

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

I tilfælde af, at tilsynsførende under tilsynet bliver opmærksom på sundhedsfaglige forhold af betydning for borgernes sikkerhed, skal tilsynsførende afdække disse forhold og medtage dette i rapporteringen.



## Vurderingsprincipper

Tilsynsbesøget bidrager til at afdække om den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag lever op til lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurdering sker på 4 niveauer:

- Den enkelte stikprøve
- Det enkelte målepunkt
- Det enkelte tema
- Det samlede tilsynsresultat

Vurderingsprincipperne sikrer systematisk analyse og vurdering fra den enkelte stikprøve udføres til det samlede tilsynsresultat. Vurderingsprincipperne er skitseret nedenfor 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 "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

Det 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](http://akkrediteringsraadgiverne.dk)  
Egebjergvej 232 a  
4500 Nykøbing Sjælland  
Mobil: +45 2869 8898  
Mail: [nethe@jorck.net](mailto: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 surveyor med ledende funktioner gennem 13 år for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) indtil 2021.

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.

