



akkrediteringsraadgiverne.dk

# TILSYNSRAPPORT

## Allerød Kommune

### Ældre og Sundhed

### Plejecenter Engholm

## Indholdsfortegnelse

|   |    |
|---|----|
| Forord .....  | 4  |
| Fakta om tilsynet .....   | 5  |
| Samlet tilsynsresultat .....                                    | 6  |
| Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer .....          | 7  |
| Oversigt over de enkelte temaer .....                           | 10 |
| Resultater og vurdering af de enkelte temaer .....              | 10 |
| Tema 1 Funktionsevne .....                                      | 11 |
| Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen .....            | 13 |
| 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 Allerød Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Allerød 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 borgernes 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.

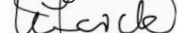
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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:**

Plejecenter Engholm, Rådhusparken 58, 3450 Allerød

**Leder:**

Jannie Lykke Jensen

**Antal borgere:**

45 borgere

**Tilsynsbesøget fandt sted:**

4. maj 2023

**Metodik og datagrundlag:**

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 14 borgerjournaler), borgerinformationer, menuplaner, nyhedsbrev m.v.

Interview: 7 borgere, som kan medvirke til interview samt 2 pårørende. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet.

Desuden har tilsynet interviewet 1 centerleder, 1 centerterapeut, 1 sygeplejerske, 2 assistenter, 3 afløsere, 2 hjælpere, 2 køkkenassistenter og en rengøringsmedarbejder.

Observation: 7 borgeres bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

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

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 9 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 Allerød Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn på plejecentret. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter "Koncept og manual for tilsyn på plejecentre i Allerød Kommune". Fokusområderne er vurderet i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

### Godkendt med mangler

Vurderingsskala:

- Godkendt, Godkendt med bemærkninger, Godkendt med mangler
- Delvist godkendt
- Ikke godkendt/Kritisable forhold

---

#### Godkendt

Alle temaer er samlet set vurderet "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".

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

#### Godkendt med bemærkninger

Højest 1 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfølgelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

#### Godkendt med mangler

Højest 2 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Opfølgning efter kortere tid anbefales.

---

#### Delvist godkendt

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "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 ses forhold af betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales.

---

#### Ikke godkendt/Kritisable forhold

Den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Der er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet og patientsikkerheden.

Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling. Myndighedsafdelingen er kontaktet.

## 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, Allerød Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

### Generelt

Engholm fremstår som en veldrevet og imødekommende organisation for borgerne og deres pårørende. Siden seneste tilsyn er borgertilfredsheden med medarbejdernes adfærd uændret meget høj, men det er uændret, at borgerne fortæller, at der er mange nye ansigter hele tiden, og at de ofte må guide medarbejderne gennem opgaverne.

Ved gennemgang af det skriftlige arbejdsgrundlag ses at der generelt er uoverensstemmende oplysninger på tværs af Cura, hvilket også omfatter dele af det sundhedsfaglige område. Der suppleres med mundtlig information i det omfang det er muligt. Der er tiltag i gang med opdatering af alle borgerjournaler.

Ovenstående medfører en større risiko for, at der arbejdes ud fra ikke-tidstro data, hvilket vurderes at indebære en risiko for, at borgerne ikke får personlig og praktisk hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, jf. service-lovens §§ 83-87 og § 150, stk. 2.

Bemandingen har været ramt af ledige assistentstillinger og sygeplejerskestilling samt sygefravær. Bemandingen er nu tæt på at være fuldtallig og suppleres i nødvendigt omfang af afløsere indtil disse tiltræder.

Den samlede vurdering: Godkendt med mangler.

### Styrker

#### Funktionsevne:

Ved indflytning samarbejder medarbejderne med borger og pårørende om at afdække borgers mulighed for selvhjulpethed og funktionsevne. Det fastlægges, hvorledes funktionsevnen bedst kan bibeholdes/øges. Centerterapeuten indgår som tæt samarbejdspartner. Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere.

#### Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen:

Borgerne udtrykker, at medarbejderne alle er lige imødekommende.

Fællesrummene fremtræder hyggelige og tiltrækker borgerne til en sludder og afveksling. Medarbejderne anvender også fællesrummene til at være sammen med borgerne og også at udføre arbejdsopgaver samtidig.

Borgere fortæller om muligheder for en afvekslende hverdag med aktiviteter, der giver mening. Pårørende og borgere sætter pris på at det er blevet nemmere at finde rundt efter skiltningen er forbedret.

*Personlig pleje:* Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer personlig pleje til 3 borgere. Der ses velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær i form af småsludren undervejs og guidning tilpasset borgers tempo og stemning.

*Praktisk hjælp:* Tilsynsførende vurderer, at hjælpen tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes vaner, ønsker og behov. Boliger og hjælpemidler fremtræder rengjorte svarende til rengøringsstandarden.

*Mad og måltider:* Måltiderne er det sociale samlingstidspunkt. Tilsynet er rundt ved frokosten i de tre enheder. I de to af enhederne sidder en medarbejder med ved bordet og bidrager til hyggen. Borgere med behov for hjælp til spisning får hjælpen på en omsorgsfuld og nærværende måde.

Sammenhæng og forudsigelighed: Triage medvirker til tidlig opsporing af borgere med risiko for sundhedsproblemer og dermed til forebyggelse af unødige indlæggelser. Triage er midlertidig erstattet af sygeplejerskerunde blandt de 3 afsnit, indtil sygeplejerskebemandingen styrkes i kommende måned.

Hygiejne: Medarbejderne kender og anvender gældende anvisninger. Der forefindes værnemidler og tilsynet ser, at de anvendes som tilsigtet.

De ovenfor nævnte styrker er et godt afsæt til at fastholde den opnåede kvalitet og yderligere forbedre praksis.

## Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

Vurdering af målopfyldelse:

- 2 temaer er ”Helt opfyldt”
- 2 tema er ”I betydelig grad opfyldt”
- 1 tema ”I nogen grad opfyldt”.

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

Temaer, der ikke er vurderet ”Helt opfyldt” beskrives kort i det følgende efterfulgt af tilsynets anbefalinger. Uddybende oplysninger kan ses under temaets målepunkter.

### Målepunkt 2.12: Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring

**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 borgersikkerheden. 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 \(sst.dk\)](https://sst.dk/2015-AEL-dre_vaegttab_anbefalinger.ashx))

Der er fastlagte arbejdsgange for den tidlige opsporing. Borgerne skal tilbydes vejning 1 gang om måneden. Vejningerne skal skrives ind i Cura – en tidligere papirbaseret dobbeltdokumentation er ved at blive udfaset. Ved vægttab skal observationen lægges som opgave, så sundhedsfaglig medarbejder kan vurdere vægttabet.

Nøglepersonerne har fokus på opgaven og følger op ved kvalitetsbrist.

Udviklingspunkter:

For 4 ud af 5 borgerforløb ses vægt ca. hver 2. - 3. måned og ikke hver måned.

For 4 vægttab kan ikke findes tegn på at disse er meldt videre til sundhedsfaglig vurdering, idet der ikke ses tegn på stillingtagen til ændret vejehyppighed, kost eller andet. Der ses ikke information om tærskelværdi for videreformidling til sundhedsfaglig medarbejder. For 2 af disse borgere ses ikke mål for ernæringsindsatsen. For en borger der ernæres via sonde, er vægtudsving en vigtig parameter for beregning af korrekt energimængde, men der ses ikke opdateret sundhedsfaglig vurdering.

*Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder*

- nedskrive den lokale arbejdsgang og formidle beslutningerne f.eks. i flowchart
- ved hver enkelt borger at indskrive ved ydelsen/helbredstilstanden
  - skrive hvad målet er, f.eks. at fastholde vægten på x kg.
  - tærskelværdi for, hvornår og hvordan den der vejer, skal melde videre til assistent/sygeplejerske, f.eks. vægttab over 1 kg sv.t. sundhedsstyrelsens anbefaling
- at følge op på om arbejdsgangene virker i hverdagen, f.eks. ved
  - at assistent spørger til dagens vægtkontroller fra afløserne, elever o.a. og følger op på vægttab, behov for flyt af vægt o.a.
  - at sygeplejersker i en periode spørger ind til, hvordan det går med processen og giver sparring på de faglige vurderinger, journalisering i Cura, o.a.
- at evaluere indsatsen i juni måned gennem mini-journalaudit. Er vejehyppigheden svarende til handleanvisning? Ved uplanlagt vægttab: Er vægttabet meldt sikkert videre og er der handlet på det?

## Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

*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.

Den igangværende undervisning i Cura vil give mulighed for at inddrage assistentgruppen i Cura-arbejdet og vil herefter forventes at kunne varetage dokumentation for eget ansvarsområde.

#### Udviklingspunkt:

Ved gennemgang af det skriftlige arbejdsgrundlag ses at der generelt er uoverensstemmende oplysninger på tværs af Cura, hvilket også omfatter dele af det sundhedsfaglige område. Der ses supplerende oplysninger under målepunktet. Helbredstilstande ses i vid udstrækning ikke opdateret svarende til borgers aktuelle tilstande. Besøgsplanerne fremstår i vid udstrækning ikke handleansvise og opdaterede og udgør ikke et tilstrækkeligt arbejdsgrundlag for frontmedarbejderne. Der suppleres med mundtlig information i det omfang det er muligt. Der er tiltag i gang med opdatering af alle borgerjournaler.

Der er startet gennemgang af alle borgerforløb i Cura grundet kvaliteten ikke fandtes tilfredsstillende. Opgaven med opdatering varetages primært af Cura-nøgleperson (centerterapeut), som bl.a. skal sikre, at alle besøgsplaner foreligger klar inden sommerferiens start. Der er tillige fokus på sygeplejefaglige opdateringer af helbredstilstande og den tværgående overensstemmelse. Nyere indflyttede borgere er prioriteret. Af disse ses fuld overensstemmelse for 3 ud af 3 undersøgte borgerforløb.

For de øvrige borgere ses for 5 ud af 6 journaler uoverensstemmende oplysninger mellem helbredstilstande, funktionsevnetilstande, besøgsplaner og observationer. Helbredstilstande ses for de 5 borgere ikke opdateret for de aktuelle problemområder. Herudover ses for 5 andre borgere, at besøgsplaner ikke indeholder væsentlige oplysninger eller er i uoverensstemmelse med borgers aktuelle tilstande og behov.

#### Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- prioritere opdatering af borgerforløb efter risikovurdering
- oplære assistenter til at kunne varetage dokumentation for eget ansvarsområde samt medvirke til den løbende kompetenceudvikling blandt kolleger
- medinddrage assistenter i løbende journalaudit af få journaler hver måned eller efter behov.

#### Tema 5 Kvalitetsarbejdet: Opfølgning fra seneste tilsyn

Plejecenter Engholm har ledelsesmæssigt fokus på at have en høj kvalitet og følge op på identificerede kvalitetsbrist.

#### Tilsynet anbefaler

- at styrke processtyringen:
  - prioritere indsatsområder og fastsætte mål for indsatsen
  - finde tovholder(e) og instruere i brug af f.eks. handleplan og evaluering
- at følge op på indsatsområderne sammen med de involverede fast månedlig i en periode  
Referater fra dette og/eller personalemøder kan have værdi med oplysninger om tiltag, effektvurdering samt evt. justerede tiltag.



## 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 H O (Helt opfyldt), B O (I betydelig grad opfyldt), N O (I nogen grad opfyldt), I O (Ikke opfyldt).

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

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

### Resultater og vurdering af de enkelte temaer

De enkelte temaer er konkretiseret i kvalitetsindikatorer, som kan belyses gennem interview, observationer og dokumentation.

Tilsynsførende vurderer for hver indikator, om dataindsamlingen viser overensstemmelse med indikatorens angivelser. I bemærkningsfeltet udfør hver indikator 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:<br>-Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt?<br>-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)<br>-Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for? |   | Borgerne er glade for hjælpen og medarbejderes indsats og adfærd. 5 ud af 7 borgere fortæller om mange nye ansigter hele tiden og at de må fortælle medarbejderne hvad de har brug for af hjælp og hvordan det plejer at blive gjort.<br><br>To pårørende efterlyser, at der godt kunne være skrevet noget ned, medarbejderne kunne læse om opgaver. |
| 1.2 | Måltrettet tilbud om vedligehold af borgers funktionsevne svarende til kvalitetsstandard<br>1) Ved indflytning vurderer kontaktperson borgers færdigheder. Herefter udføres plejen målrettet med henblik på at borger kan bevare sine færdigheder.<br>2) Ved træningsforløb får borger en kontaktperson blandt terapeuterne  | Data indgår til lige i tilsynsrapport for Genoptræningen. |  |
| 1.3 | Medarbejderne kan redegøre for målene for forløbene ved genoptræning og vedligeholdelse hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.   |   | Medarbejderne arbejder efter besøgsplaner som indeholder ingen eller ikke tilstrækkelig oplysninger.   |
| 1.4 | Hvis borger modtager/har modtaget terapeutindsats af Genoptræningen:<br>Hvordan har din evne til at klare dig selv udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælp?  | Data indgår til lige i tilsynsrapport for Genoptræningen. |  |

|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
| 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. Medarbejderne kender eget ansvar og opgaver. |  | Ses for 4 ud af 6 borgerjournaler opdaterede i forhold til den løbende evaluering. |
|-----|--|--|--|

## Tema 2 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:<br>1) Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig?<br>2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?:<br>3) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret?<br>4) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her? |           | Jf. 1.1                        |
| 2.2 | Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:<br>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?<br>2) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på?<br>3) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov?   |           | Jf. 1.1                        |
| 2.3 | <b>Praktisk hjælp</b><br>1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen.<br>2) Personlige hjælpemidler fremtræder rene.   |           |                                |
| 2.4 | <b>Personlig pleje</b><br>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.  |           |                                |
| 2.5 | <b>Aktiviteter og hverdagsoplevelser</b><br>1) Medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter.   |           |                                |

|     |   |  |  |
|-----|---|--|--|
|     | <p>2) Medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter.</p> <p>3) Der foreligger information til borgerne om tilbud. Aktivitetsplanen er lettilgængelig for borgere og pårørende. Aktivitetsplanen giver mulighed for valg og fravalg.</p>  |  |  |
| 2.6 | <p><u>Kommunalt fokusområde 2023</u>: Demens: Værdighed, personcentreret omsorg, beboerkonference<br/>Leder/medarbejdere kan ud fra en konkret borger redegøre for hvordan de arbejder med at skabe en meningsfuld kommunikation/relation.<br/>På demensplejecentrene kan medarbejderne redegøre for ”Kend blomsten” og anvende den til at forstå borgers psykologiske behov. F.eks. hvordan der skabes velbefindende hos en borger, hvad karakteriserer det gode velbefindende og hvad karakteriserer det dårlige velbefindende.</p> |  | Der er opmærksomhed om blomsten og den personcentrerede omsorg. Implementeringen er i sin opstart. |

### Måltider og mad, der svarer til borgers behov

| Nr.  | Kvalitetsindikatorer   | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse |
|------|--|-----------|--------------------------------|
| 2.7  | <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <p>1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad?</p> <p>2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp?</p> <p>3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.?</p> <p>4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen?</p> |           |                                |
| 2.8  | <p>Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at der er klart værtskab og at medarbejderne sørger for gode rammer til en uforstyrret spisning og hyggelig stemning.<br/>Arbejdsgangene fremmer, at borgerne får den støtte til spisning, de har brug for.<br/>Arbejdsgangene fremmer, at den enkelte borger opnår en positiv oplevelse af måltidet.</p>   |           |                                |
| 2.9  | <p>Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende.<br/>Der er arbejdsproces for inddragelse af borgersynspunkter.</p>  |           |                                |
| 2.10 | <p>Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær.<br/>Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.</p>   |           |                                |

|      |  |  |  |
|------|--|--|--|
| 2.11 | Medarbejdernes beskrivelse af arbejdsgangene viser, at der tages hensyn til den enkelte borgers behov.<br>Hvis borger har fødemiddelallergi eller intolerance fremgår dette tydeligt for medarbejdere der tilbereder eller serverer maden.   |  |  |
| 2.12 | <p><i>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</i></p> <p>Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleanvisende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen.</li> <li>2) Borgerne er tilbudt vejning svarende til det besluttede</li> <li>3) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.</li> </ol> |  | <p>Der er fastlagt arbejdsgange. Nøgleperson udsender remindere om arbejdsgangen, når der findes afvigelser.</p> <p>Borgerne skal tilbydes vejning 1 gang om måneden. Der er fast dag i hvert afsnit, hvilket hjælper til at huske opgaven.</p> <p>Vejningerne skal skrives ind i Cura – en papirbåren dobbeltdokumentation er ved at blive udfaset.</p> <p>For 4 ud af 5 borgerforløb ses vægt indskrevet i Cura for ca. hver 2. - 3. måned.</p> <p>Der ses større udsving (5-10 kg) hos flere borgere, hvilket er blevet vurderet som fejlvejninger.</p> <p>For 4 "reelle" vægttab kan ikke findes tegn på at disse er meldt videre til sundhedsfaglig vurdering. Af helbredstilstand ses ikke stillingtagen til ændret vejehyppighed, kost eller andet. Det ses ikke at observationen er lagt som opgave.</p> <p>Der ses ikke information om tærskelværdi for videreformidling til sundhedsfaglig medarbejder (f.eks. vægttab over 1 kg).</p> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>For 2 ud af 4 borgere ses ikke mål for ernæringsindsatsen.<br/>                 For en borger der ernæres via sonde, er vægtudsving en vigtig parameter for beregning af korrekt energimængde, men der ses ikke opdateret sundhedsfaglig vurdering/kontakt til ekstern samarbejdspartner seneste ½ år.</p> <p>Hvornår skal vægttab meldes videre?<br/>                 Adspurgte medarbejdere har meget forskellig opfattelse. En fortæller at de skal skrive vægten ind i Cura samt på papiroversigt og derefter vurderer sygeplejersken det. To andre mener vægttab på over 3-5 kg skal meldes videre.<br/>                 1 mener, at vægttab over 1 kg skal meldes videre via observation.</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:<br>1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig?<br>2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?!<br>3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres?<br>4) Kender du besøgsplanen og oplever du, at beskrivelsen er meningsfuld og dækkende?<br>5) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov?<br>6) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald. |           | Jf. 1.1   |
| 3.2 | <i>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing</i><br>Medarbejdere kender arbejdsgangene for<br>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<br>2. følge op på de aftalte tiltag   |           | Tilsynet ser flere eksempler på, at medarbejderne følger arbejdsgangen med at skrive observationer ved ændringer i borgers tilstande.<br>I 4 ud af 5 undersøgte borgerforløb ses at helbredstilstande ikke er opdateret svarende til ændringer i borgers tilstande.<br><br>Triage-møder er erstattet af sygeplejerskerunder i de 3 afsnit indtil videre. Her sker faglig dialog og stillingtagen til opståede sundhedsproblemer og risikofaktorer. Dette støtter den tidlige opsporing. |
| 3.3 | Generelt: Dokumentationen i omsorgsjournalen fremstår med overensstemmende og opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande.   |           | Nyindflyttede borgere sikres rød tråd fra start i Cura. Stikprøver på 3 ud af 3 ses med fuld overensstemmelse på tværs.   |





|     |   |  |  |
|-----|---|--|--|
|     |   |  | <p>I stikprøve på 5 ud af 6 øvrige borgerforløb ses uoverensstemmende eller manglende oplysninger mellem funktionsevne- og helbredstilstande, besøgsplaner, målinger og observationer.</p> <p>For 2 borgere ses ikke udfyldt borgeropgaver/besøgsplan fraset for den ene, at der er oplysning om morgenmad. I 1 borgerforløb ses henvisning til helbredstilstand, som ikke er opdateret og er misvisende. For en anden ses oplysning i besøgsplan om tryksår, hvilket er helet op, men helbredstilstanden ses ikke opdateret. For en borger med sonde ses helbredstilstand ikke opdateret seneste halve år og der ses uoverensstemmende oplysninger af betydning for vurdering og opdatering af sondeernæringen.</p> |
| 3.4 | <p>Besøgsplaner:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Medarbejderne oplever de konkrete besøgsplaner anvendelige og brugbare i forhold til opgaveløsningen hos borgerne.</li> <li>2) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren.</li> </ol> |  | <p>Besøgsplaner:</p> <p>Nyere indflyttede: 3 ud af 3 opdaterede og fyldestgørende.</p> <p>Øvrige:</p> <p>5 ud af 6 jf. ovenfor.</p> <p>Herudover er set 5 besøgsplaner, hvoraf 4 ikke svarer til borgers aktuelle tilstand.</p>  |
| 3.5 | Omsorgsjournalen afspejler et bevidst samarbejde monofagligt og flerfagligt.  | Data indgår tillige i tilsynsrapport for Genoptræningen. | <p>Det ses positivt, at ergoterapeuters notater ift. dysfagi fremgår de aftalte steder i journalen.</p> <p>Jf. 3.4 ses besøgsplaner ikke opdateret efter borgers aktuelle tilstand.</p>  |

|     |  |  |   |
|-----|--|--|---|
|     |  |  | <p>Svarende til dette ses ikke konkrete oplysninger i besøgsplanerne som kan støtte, at borger får den fornødne hjælp til at genvinde og vedligeholde funktionsevne.</p> <p>For 2 borgere, som gennem længere tid har haft vederlagsfri fysioterapi, har medarbejderne ikke viden fra terapeuten om borgers eventuelle gavn af træning/øvelser indarbejdet i den daglige pleje. Der høres ikke om en indarbejdet proces for videndeling med de private terapeuter f.eks. fra indflytningen.</p> |
| 3.8 | <p><i>Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb</i></p> <p>Medarbejderne 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. Det kan eksempelvis være ved behov for vurdering af borgers potentiale for funktionsevne, ved afslutning af §86 eller ved genoptræningsplan efter §140.</p> <p>Målene er indarbejdet eksempelvis ved at personlig pleje er kombineret med balance- stå- eller gåmuligheder samt evt. øvelser, som borger kan huskes på. Borger kan have behov for at blive husket på rigtig forflytning eller bedst brug af rollator eller andet.</p> | Data indgår tillige i tilsynsrapport for Genoptræningen. | Jf. ovenfor.  |

## 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.<br><br>2) Der forefindes værnemidler. |   |                                |
| 4.2 | Leder og relevante medarbejdere kender til at fremsøge og anvende gældende instrukser og arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud.   |  |                                |

## 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. Handleplanen kan f.eks. have form af referat fra personalemøde.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen.<br/>Der er prioriteret og igangsat tiltag.<br/>Der ses dato for evaluering.</p> |           |  |
| 5.2 | <p>Effekten af tiltagene er evalueret.<br/>I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført</p>   |           | <p>Medarbejdere har evalueret kvaliteten af journalerne og fundet forbedringsbehov.</p> <p>Der er plan for at centerterapeut opdaterer alle besøgsplaner mm inden sommerferien. Sygeplejerske er involveret i sygeplejefaglige forhold. Efter 1 juni tiltræder en sygeplejerske mere.</p> <p>Tiltag er således sat i gang.</p> |
| 5.3 | <p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>  |           | <p>Tiltagene har endnu ikke medført forbedret målopfyldelse for</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Borgertilfredshed (mange nye ansigter/selv må fortælle om opgaver)</li> <li>- Ernæringsindsatsen</li> <li>- Det skriftlige arbejdsgrundlag.</li> </ul>  |



# 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 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 Allerød 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 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.

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:

|     |                          |
|-----|--------------------------|
| 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:

#### Godkendt

Dette betyder, at målene i meget høj grad er opfyldte.

Den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er samlet set vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Alle temaer er samlet set vurderet "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".

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



#### *Godkendt med bemærkninger*

Dette betyder, at målene i høj grad er opfyldte i forhold til den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerheden, men der vil være behov for justeringer for at sikre opfyldelse af alle måleområder.

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfylde forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

#### *Godkendt med mangler*

Højst 2 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Der ses forhold, som kan få 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 og opfølgning efter kortere tid anbefales.

#### *Delvist Godkendt*

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "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.

#### *Ikke godkendt/Kritisable forhold*

Den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Der er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet og patientsikkerheden.

Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling. Myndighedsafdelingen er kontaktet.



## 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](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 teamkolleger varetager alsidige opgaver, eksempelvis:

- Tilsyn med plejeboliger på ældreområdet
- Tilsyn med fritvalgsområdet
- Andre kvalitetsbesøg/tilsyn i hjemmesygeplejen, akutfunktioner, plejecentre og hjemmeplejen efter serviceloven og sundhedsloven
- Kvalitetsbesøg/temperaturmålinger ift. ædretilsynets målepunkter
- Kvalitetsbesøg/temperaturmåling ift. risikobaseret tilsyn med STPS's målepunkter
- Second opinion kombineret med kvalitetsbesøg/tilsyn ved eksempelvis klagesager
- Tværsektorielle borgerforløb. Ressource- og opgavefordeling
- Brugerundersøgelser, herunder borgertilfredshedsundersøgelser

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

Om virksomhedsleder og tilsynschef

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

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

Hun har været 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.

