



akkrediteringsraadgiverne.dk

# TILSYNSRAPPORT

## Silkeborg Kommune

### Sundhed og Omsorg

#### Voel Friplejehjem

## 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>Resultater og vurdering af de enkelte temaer .....</b>	<b>10</b>
Tema 1 Funktionsevne .....	11
Tema 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen.....	12
Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen - Måltider og mad.....	14
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed .....	16
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning.....	18
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn .....	19
<b>Bilag 1: Pårørendeinterview .....</b>	<b>21</b>
<b>Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper .....</b>	<b>24</b>
<b>Om virksomheden og kontaktoplysninger .....</b>	<b>27</b>

## Forord

De uanmeldte tilsyn i Silkeborg Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Silkeborg Kommune har med sit tilsynskoncept valgt at indarbejde Sundhedsstyrelsens anbefalinger af kvalitetsindikatorer i ældreplejen som en del af de lovpligtige tilsyn efter servicelovens §151.

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

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

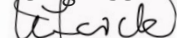
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

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

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

Venlig hilsen



Nethé Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

## Fakta om tilsynet

### **Plejecenter:**

Voel Fripleshjem, Thorupgårdsvej 22E, 8600 Silkeborg

### **Leder:**

Lone Lei

### **Antal beboere:**

25

### **Tilsynsbesøget fandt sted:**

11. januar 2023

### **Metodik og datagrundlag:**

Data er indsamlet via

- **Dokumentation:** Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 6 borgerjournaler), instrukser, handplaner, borgerinformationer, menuplaner m.v.
- **Interview:** 3 borgere, som helt eller delvis kan medvirke til interview. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Telefoninterview med pårørende gennemføres i høringsfasen. Desuden har tilsynet interviewet 1 leder, 1 sygeplejerske, 2 assistenter, 2 hjælpere, 1 aktivitetsmedarbejder og 1 ernæringsassistent.
- **Observation:** 4 borgeres bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd 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: 7 borgere.

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

### **Tilsynsførende:**

Anne Ahrensbach, sygeplejerske, konsulent

## Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Silkeborg Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn på plejecentret. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter "Koncept og manual for tilsyn på plejecentre i Silkeborg 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 bemærkninger

Vurderingsskala:

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

---

#### Godkendt

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.

#### Godkendt med bemærkninger

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.

#### Godkendt med mangler

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

Der ses forhold af betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget. Opfølgning efter kortere tid anbefales.

---

#### Delvist godkendt

Mere end 2 temaer fra 1-4 er vurderet lavere end "Helt 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.

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

### Generelt

Tilsynet iagttager et stort engagement og en høj faglighed blandt medarbejderne. Såvel leder som medarbejdere udviser en stor opmærksomhed på borgernes trivsel.

I forhold til målepunkterne, som vedrører den social- og plejefaglige kvalitet ses enkelte udviklingspunkter, hvor øget målopfyldelse må forventes at kunne opnås indenfor kortere tid.

### Styrker

#### Funktionsevne

Medarbejdere støtter borgerne i at kunne varetage egne ADL-opgaver så længe som muligt. Det gøres på en måde, der fremmer borgerens evne til at tage vare på sig selv.

Medarbejderne er opmærksomme på relevansen af at inddrage fysio- og ergoterapeuter, hvilket bidrager til at borger kan bevare eller forbedre funktionsevnen.

#### Livskvalitet og tilfredshed

Borgerne udtrykker, at de er glade for medarbejderne, og glade for den hjælp og støtte medarbejderne giver. Borgerne giver udtryk for, at medarbejderne er imødekommende og venlige. Aktivitetsmedarbejder og frivillige bidrager til, at borgerne har mulighed for en aktiv og varieret hverdag.

Plejen udføres i samarbejde med borger og i borgers tempo. Der opleves en hyggelig småsnakken med borgeren i forbindelse med den udførte pleje. I de overværede plejesituationer ses, at hjælpen ydes med en rehabiliterende tilgang, hvor borger bruger egne ressourcer så godt som muligt. Tilsynet observerer, at borgerne, som ikke længere kan svare for sig og/eller med ringe eller ingen funktionsevne modtager en omhyggelig, værdig og omsorgsfuld pleje. Borgerne fremtræder velplejede og velsoignerede svarende til eget ønske og mulighed.

#### Sammenhæng og forudsigelighed

Det er tilsynets vurdering, at der arbejdes ihærdigt med at udvikle en fælles systematik i relation til anvendelse af det skriftlige arbejdsgrundlag.

#### Siden seneste tilsyn

Tilsynet konstaterer, at der er iværksat relevante indsatser, som der fortsat arbejdes med.

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

- 3 temaer er "Helt opfyldt"
- 3 temaer er "I betydelig grad opfyldt"

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

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

**Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen - Mad og måltider**Indikator 2.13 + 2.14: Tidlig opsporing og pleje 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.

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 arbejdsgange er derfor afgørende for kvaliteten i opgaveløsningen.

Det er tilsynets vurdering, at der er opmærksomhed på at identificere borgere med risiko for underernæring. Der er ligeledes en generel opmærksomhed på at følge op på vægten hos de borgere, hvor der er identificeret en risiko for underernæring.

Borgere med stabil vægt tilbydes vejning ca. hvert halve år, eller ved erkendte ændringer i borgers almen tilstand. Dette er ikke helt i overensstemmelse med de kommunale beslutninger for tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring.

Udviklingspunkt: For 1 borger i stikprøven kan ikke findes reaktion på vægttab. For andre borgere ses, at der er reageret ved vægttab og at borger skal tilbydes særlig kost. Oplysninger om kosten er ikke lettilgængelig for medarbejderne idet der ses uoverensstemmende oplysninger mellem faglige notater, observationer, døgnrytmeplaner og triagetavle for 3 ud af 3 borgerforløb. Uddybende oplysninger ses under målepunkterne.

*Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder*

- revurdere retningslinjer for tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring
- styrke strukturen og dermed arbejdsgange for kædeprocessen fra vejning til reaktion på vægttab
- evaluere ved hjælp af mini-audits om der er overensstemmende oplysninger på tværs af Nexus og triagetavlen.

Indikator 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 nødvendige kvalitet i hjælp, omsorg og pleje af borgerne, at alle medarbejdere har den nødvendige viden om borgerne.

Fyldestgørende, sammenhængende og løbende ajourført dokumentation er et nødvendigt grundlag for, at alle medarbejdere kan varetage den rette hjælp, omsorg og pleje af borgere ud fra den faglige beskrivelse af borgers 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 vurdering, at der arbejdes ihærdigt med at udvikle en fælles systematik i relation til det skriftlige arbejdsgrundlag. Medarbejderne kan orientere sig i borgerjournalernes indhold svarende til deres funktion, og medarbejderne kan ligeledes beskrive, hvorledes der skal dokumenteres i forbindelse med at en borgers tilstand ændres.

Udviklingspunkter: Ved journalgennemgang af ernæringsindsatsen ses uoverensstemmende oplysninger på tværs af Nexus jf. ovenfor om 2.13 og 2.14.

*Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder*

- at faglige beslutninger taget eksempelvis ved triage medfører konsekvensrettelser i Nexus såvel om på triagetavlen
- gennemføre jævnlige mini-journalaudit blandt andet med fokus på sammenhæng mellem døgnrytmeplaner, faglige notater og handlingsanvisninger, der indeholder observationer.

#### **Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning**

##### Indikator 4.1.1: Medarbejdere kender og anvender gældende retningslinjer

Temaets fokus: For at undgå smittespredning, anbefales det i NIR<sup>1</sup>, at der benyttes plastforklæde ved udførelse af personlig hygiejne hvor der er risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser. Anbefalingen er indarbejdet i Silkeborg Kommunes retningslinje.

Udviklingspunkt: 2 ud af 2 sete medarbejdere benytter ikke plastikforklæder i forbindelse med at de hjælper en borger med den personlige hygiejne.

##### *Tilsynet anbefaler*

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

---

Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for Plejehjem, hjemmepleje, bo- og opholdssteder m.m. 2020 – Udgave 1 - Statens Serum Institut – side 20 m.fl.



## 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).

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

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	<b>Funktionsevne</b> Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering	HO
Tema 2a	<b>Livskvalitet og tilfredshed</b> Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Den sidste tid Indflytning	HO
Tema 2b	<b>Livskvalitet og tilfredshed</b> Måltider og mad, der passer til borgers behov	BO
Tema 3	<b>Sammenhæng og forudsigelighed</b> Det skriftlige arbejdsgrundlag Koordinering ved ændring i borgers tilstand Flerfagligt samarbejde	BO
Tema 4	<b>Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning</b> Værnemidler ved personlig pleje	BO
Tema 5	<b>Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn</b> Lokal proces med prioritering, tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen sammenlignet med seneste tilsyn	HO

### 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 udfør for 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	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt?</li> <li>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.)</li> <li>3) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for?</li> </ol> <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	HO	
1.2	<p>Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan give eksempel på, hvordan målene revideres i takt med at borgers ressourcer ændrer sig.</p> <p>Medarbejderne kan give eksempler på borgere, som støttes i ADL.</p> <p>Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.</p>	HO	
1.3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Det fremgår af omsorgsjournalen, at borgers psykiske og fysiske ressourcer inddrages i planlægningen og udførelsen.</li> <li>2) Borgers funktionsevnetilstande er opdateret ved indflytning og der er tydeligt mål for indsatsen.</li> </ol>	HO	
1.4	<p>Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden.</p> <p>Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering.</p>	HO	

## 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> <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	HO	
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> <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	HO	
2.3	<p><i>Kommunens fokus 2023: Implementering af "Drejebog for den gode indflytning"</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Plejecentret har en systematik for udlevering af relevant materiale</li> <li>2) Hjemmebesøg er søgt afholdt samt indflytningssamtale og opfølgningssamtale</li> <li>3) Der gives eksempler på borger hvor der aktivt er arbejdet med borgernes livshistorie</li> <li>4) Der gives eksempler på borgere, hvor der er givet plads til at tale om den sidste tid</li> <li>5) Der ses eksempler på dokumentation i journalen på de aftalte steder.</li> </ol>	Ikke aktuelt for friplejehjem	

2.4	<p><i>Kommunens fokusområde 2023: Den sidste tid</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Medarbejderne kan redegøre for pleje og omsorg ved livets afslutning.</li> <li>2) Medarbejderne kan redegøre for, hvor de finder borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation.</li> </ol>	Ikke aktuelt for friplejehjem	
2.5	<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>	HO	
2.6	<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>	HO	
2.7	<p><i>Aktiviteter – borgernes hverdag</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Borgerne er 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>	HO	
2.8	<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>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	HO	

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

Samlet vurdering

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.9	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?  Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag1.	HO	
2.10	Medarbejdere kan fortælle om velfungerende arbejdsgangene, der sikrer 1) Den enkelte borgers ønsker og aftaler om mad imødekommes 2) Klar opgavefordeling ved måltiderne 3) At borddækning sker som aftalt på centret.	HO	
2.11	Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende. Der høres om involvering af borgere i det omfang det er muligt.	HO	
2.12	Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.	HO	

2.13	<p>Arbejdsgangene støtter at borgere med særligt kostbehov tilbydes den rette kost, eksempelvis for borgere med</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dysfagi</li> <li>2) Beriget kost</li> <li>3) Fødemiddelallergi</li> </ol> <p>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.</p>	NO	<p>Der høres høj bevågenhed for at borger får den rette kost.</p> <p>Udfordringer: For 3 ud af 3 borgere ses ikke overensstemmelse mellem døgnrytmeplanen og den indsats, der fremgår af triage-tavle. F.eks. ses af triage-tavle, at én borger skal have laktosefri kost. Dette ses ikke af døgnrytmeplan. I praksis tilbydes borger laktosefri morgenmad. Øvrige måltider kan indeholde laktose.</p> <p>Hos 1 ud af 3 er der ikke overensstemmelse mellem fagligt notat og døgnrytmeplanen i relation til særlige kostbehov. Hos 1 borger ses af observationsnotat beslutning om proteindrikke, samt tilsætning af proteinpulver til morgenmadsprodukter. Ses ikke af døgnrytmeplanen. Fødemiddelallergi eller andet: Laktose: For en borger ses ikke oplysning om hvorvidt der er tale om allergi, intolerant eller andet.</p>
2.14	<p>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</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) Der ses eksempler på observationer om borgers indtag af mad (når der er afvigelser)</li> <li>3) Aftalt vejehyppighed ses udført</li> <li>4) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab.</li> </ol>	NO	<p>Ad 1: Se ovenfor</p> <p>Ad 3: Borgere med stabil vægt tilbydes vejning ca. hvert halve år, eller når borgers almene tilstand ændres. Borgere i risiko for underernæring tilbydes vejning én gang ugentlig. Ovenstående praksis adskiller sig i nogen grad fra kommunens beslutninger.</p> <p>Ad 4: Reaktion på vægttab: Der ses ved flere borgere igangsat kostændringer. Hos 1 borger kan ikke fremfindes sundhedsfaglig vurdering af et vægttab på 2 kilo i forhold vejehyppighed og kost o.a.</p>

## Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <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> <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	HO	
3.2	<p>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing samt opfølgning</p> <p>Medarbejdere kender arbejdsgangene for</p> <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>	HO	
3.3	<p>Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter</p> <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> <p>Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, herunder hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.</p>	HO	
3.4	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag - Generelt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Medarbejderne kender og anvender omsorgsjournalen ensartet.</li> </ol>	NO	Ad a) 4 ud af 4 medarbejderne kan orientere sig i borgerjournalen svarende til deres funktion.

	<p>b) Der ses overensstemmende oplysninger om borgerens tilstande mellem tilstande, handlingsanvisninger, observationer, faglige notater, døgnrytmeplaner mv.</p> <p>c) Oplysninger på eventuelle tavler, i papirkalendere, i print og andre supplerende informationer til borgere og medarbejdere er i overensstemmelse med omsorgsjournalens oplysninger og borgers aktuelle tilstand.</p> <p>d) Oplysninger fra f.eks. terapeuter er lettilgængelige for assistenter og hjælpere.</p> <p>e) Kædeprocessen <i>måling, reaktion, sundhedsfaglig vurdering, konsekvensrettelse</i> er undersøgt og fundet veldokumenteret.</p> <p>f) Arbejdsgangen for konsekvensrettelse ved ændringer i borgers tilstand beskrives ensartet af medarbejdere der har opgaver i forbindelse med dette.</p> <p>Målepunktet omfatter de dele af omsorgsjournalen, som er relevant for tilsynets foci. Andre krav om journalføring for sundhedslovsydelse er som udgangspunkt ikke omfattet, medmindre der under tilsynsbesøget skulle blive identificeret forhold, der kan indebære en risiko for borgeren.</p>		<p>Ad b) Jf. noter under pkt. 2.13 og 2.14 er dette ikke tilfældet i alle borgerjournaler</p> <p>Ad c) Jf. noter under pkt. 2.13 og 2.14 er dette ikke tilfældet i alle borgerjournaler</p> <p>Ad d) 1 2 ud af 2 eksempler er dette helt opfyldt</p> <p>Ad e) Jf. noter under pkt. 2.13 og 2.14 er dette ikke tilfældet i alle borgerjournaler</p> <p>Ad f) 3 ud af 3 medarbejdere beskriver dette tilfredsstillende.</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>	BO	<p>Døgnrytmeplanerne er overvejende tilstrækkeligt handlingsanvisende i forhold til at sikre, at medarbejderne kan levere den støtte og hjælp borgerne har behov for.</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.	NO	Ad 1) 2 ud af 2 medarbejdere benytter ikke plastikforklæder i forbindelse med at de hjælper en borger med den personlige hygiejne – jf. retningslinjer fra NIR.

## 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. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</p>	HO	<p>Der er iværksat tiltag. Tiltag er drøftet på personalemøder.</p> <p>Evalueringstidspunkter. Leder oplyser, at der er en løbende dialog mellem leder, stedets sygeplejersker og øvrige medarbejdere - med henblik på prioritering af og opfølgning på igangsatte udviklingstiltag. Leder oplyser, at temaet er sat på dagsordenen til et snarligt personalemøde.</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>	HO	<p>Leder følger løbende op på iværksatte initiativer. Leder giver eksempler på hvordan hun - sammen med medarbejderne træffer beslutning om evt. justeringer af iværksatte tiltag.</p>
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>	BO	<p>Siden seneste tilsyn er der igangsat tiltag. Tiltagene har medført forbedringer i relation til: <u>Ernæringsindsatsen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medarbejderne er generelt opmærksomme på borgernes risiko for underernæring.</li> <li>- Tilbud om vejning fremstår systematiseret.</li> </ul>

			<p><u>Døgnrhythmeplaner:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Samtlige borgere har døgnrhythmeplaner, der i nogen grad er handlingsanvisende.</li></ul> <p>Der er fortsat forbedringstiltag i relation til disse.</p>
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## Bilag 1: Pårørendeinterview

### Sammenfatning af pårørendeinterview for Friplejehjem Voel

Antal interview under besøg:

Antal telefoninterview: 2

Interview i alt: 2

Tilsynet har talt med to pårørende, der begge har en mor på plejehjemmet. Den ene datter kommer på plejehjemmet en gang om ugen, og den anden flere gange om måneden. En beboer har boet på plejehjemmet mindre end 1 år, og den anden beboer har boet der under to år.

Målopfyldelse Tema	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant	Øvrige kommentarer
<b>Indflytningen på plejecentret</b> Samlet set: - Processen/information - Indflytningssamtale - Opfølgning	XX						En datter mangler den lovede opfølgende samtale efter indflytningen. Der står på den første regning, at den kan tilmeldes PBS, hvorefter den bliver betalt. Dette er en forkert oplysning, da den første regning skal betales inden den kan tilmeldes PBS. Det vil være en god ide at rette denne fejl. En datter ønsker, at der bliver ophængt et lille billede af, hvordan man tilslutter sit TV. Det skal hænge i det skab, hvor TV-et skal tilsluttes. Dette vil gøre, at de pårørende selv kan tilslutte TV-et.
<b>Maden og måltidet</b> Samlet set: Din nærtståendes tilfredshed med - den mad, der serveres til måltiderne? - det sociale samvær	X		X				En datter oplyser, at hendes mor giver udtryk for, at maden er blevet forringet siden indflytningen. En anden datter oplyser, at hendes mor er meget tilfreds med maden, der er hjemmelavet og varieret. Der er både gammeldags mad og mere moderne mad. Forskelligt tilbehør hver dag.



Målopfyldeelse	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ikke relevant	Øvrige kommentarer
Tema							
							Begge beboere er glade for at spise sammen med de andre beboere.
<b>Pleje og vedligeholdelse af færdigheder</b> Samlet set: Din tilfredshed med <ul style="list-style-type: none"> <li>- den pleje, din nærtstående modtager</li> <li>- støtten til at vedligeholde sine færdigheder</li> </ul>	XX						Begge døtre har god kontakt med personalet, der gør arbejdet til UG. Personalet giver tryk- hed og omsorg, og de kan både se og mærke, at de giver sig god tid. Der er ingen stress og jæg. Personalet har de rigtige kompetencer. Der bliver fulgt op på tingene. En beboer klarer det meste selv, hvilket hun gerne vil.
<b>Aktiviteter</b> Hvordan er du tilfreds med de tilbud, din nærtstående får til at deltage i forskellige aktiviteter?	XX						Begge døtre er glade for de mange aktiviteter fra mandag til fredag. En beboer har fået en GPS og går selv ture. Personalet er anerkende, når det går bedre – får udvidet GPS-ringen. En datter ønsker, at alle plejecentre har en frivillig forening.
<b>Rengøring</b> Hvordan er du tilfreds med rengørings-standarden i din nærtståendes lejlighed?	XX						En datter oplever, det er meget effektivt, at der er ansat en person til kun at gøre rent. Der bliver gjort rent med det samme ved behov. En beboer tørrer selv støv af.
<b>Tøjvask</b> Hvordan er du tilfreds med håndteringen af din nærtståendes vasketøj?	XX						En beboer hænger selv tøjet op.



Målopfyldelse Tema	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant	Øvrige kommentarer
<b>Kommunikation med plejecentret</b> Samlet set om: - Imødekommenhed - Samarbejde med medarbejderne - Tilfredshed med den måde, som plejecentrets leder og medarbejdere håndterer ros, kritik eller forslag til forbedringer, der kommer fra pårørende?	XX						Begge døtre oplever, at der er en rigtig god kommunikation med personalet. Det kan være via mails eller telefonen. Personalet er meget venlige imødekomende. Der bliver handlet med det samme på de pårørendes henvendelser.
<b>Vil du anbefale plejecentret til andre?</b>	XX						En datter har allerede gjort det.

Tabel 1



# 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 Silkeborg 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, 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:

#### 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 "Helt 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. 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.

#### *Godkendt med mangler*

Højest 2 af temaerne er vurderet lavere end ”Helt 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 ”Helt 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.

#### **Høring og rapportering**

Tilsynsbesøgene afsluttes med dialog og tilbagemelding til den lokale leder. Efter tilsynsbesøget modtager lederen rapportudkastet til høring for faktuelle fejl = oplysninger om antal borgere, funktionsbenævnelser og lignende i lighed med praksis hos Styrelsen for Patientsikkerhed. Fristen for tilbagemelding er 3 uger, hvorefter leder og tilsynsførendes kontaktpersoner i kommunen modtager den endelige rapport.



## 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 samarbejdspartnere varetager alsidige opgaver, eksempelvis:

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

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

Om virksomhedsleder og tilsynschef

Nethe Jorck har sundhedsfaglig uddannelse (sygeplejerske) suppleret med MPP (Master of Public Policy) 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 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.

