



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Furesø Kommune

Center for Sundhed og Seniorliv

Plejehjem Lillevang: Magnoliehaven

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| Forord..... | 4 |
| Fakta om tilsynet | 5 |
| Samlet tilsynsresultat | 6 |
| Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer | 7 |
| Oversigt over de enkelte temaer | 11 |
| Resultater og vurdering af de enkelte temaer..... | 11 |
| Tema 1 Funktionsevne | 12 |
| Tema 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen..... | 13 |
| Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen | 15 |
| Tema 3a Sammenhæng og forudsigelighed | 17 |
| Tema 3b Sammenhæng og forudsigelighed | 19 |
| Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn | 21 |
| Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper..... | 22 |
| Om virksomheden og kontaktoplysninger..... | 25 |

Forord

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

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

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

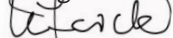
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

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

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

Venlig hilsen



Nette Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejehjem:

Plejehjem Lillevang: Magnoliehaven, Lillevænget 1, 3520 Farum

Leder:

Hanni B. Linder

Antal beboere:

32 beboere

Tilsynsbesøget fandt sted:

26. september 2024

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 4 borgerjournaler), instrukser, borgerinformationer, menuplaner, køkkensedler i afdelingskøkkener, borgermapper, ophæng på tavler, Lillevangsavis m.v.
- Interview: 3 borgere, som helt/delvist kan medvirke til interview. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Desuden har tilsynet interviewet 1 leder, 1 sygeplejerske, 3 assistenter, 3 hjælpere, 1 lokal ernæringsassistent. Ergoterapeut og demensvejleder er interviewet i tilsynsugen.
- Observation: 4 borgers bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig morgen- eller middagspleje til 2 borgere og hjælp til spisning hos 2 borgere.

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

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP.

Samlet tilsynsresultat

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

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

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

Målene er i middel grad opfyldte

Jf. nedenfor betyder vurderingen, at der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved uændrede forhold.

Det drejer sig primært om

- Uoverensstemmende oplysninger mellem døgnrytmeplaner, funktionsevne- og helbredstilstande, generelle oplysninger samt observationer
- Mangelfuld registrering af fødemiddelallergi på køkkenoversigt.

Vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

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.

Målene er i høj grad opfyldte

Højest 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.

Målene er i middel grad opfyldte

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

Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved uændrede forhold.

Løbende opfølgning anbefales.

Målene er i lav grad opfyldte

2 eller flere 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 eventuelt som fokuseret genbesøg.

Kritisable forhold

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

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

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

Generelt

Siden sidste tilsyn har Magnoliahaven haft en periode uden egen leder. Der har været delt ledelse med Blommehaven, som i en periode medvirker aktivt i introduktionen.

I perioden har der været større organisatoriske udfordringer med ombygning af fællesarealer og køkken samt udvidelse. I forbindelse med ibrugtagning af de nye rammer har arbejdsgange, indretning og logistik været nødvendige opgaver for ledelse og faglige nøglepersoner.

Magnoliahaven har haft glæde af de kommunale tiltag for journaliseringen samt triage.

Afdelingen har arbejdet ihærdigt og opnået forbedringer ift

- Det skriftlige arbejdsgrundlag fremstår med forbedret struktur.
- Der ses resterende udfordringer med den løbende opdatering.

Efter en periode med mange nye borgere og nye medarbejdere er det tilsynets indtryk, at afdelingen er på vej i en positiv udvikling.

Styrker

Funktionsevne

Borgerens mulighed for at bevare deres funktionsevne understøttes i den daglige pleje og i samarbejdet mellem borger og terapeuter. Hold-træning med terapeut er fast ugentlig aktivitet. Der forefindes relevante hjælpemidler hos de besøgte borgere.

Livskvalitet og tilfredshed

Den gode hverdag: Borgerne udviser i vid udstrækning tryghed og tilfredshed med livet i bo-miljøerne. De fortæller om et velfungerende samarbejde i hverdagen med de medarbejdere, der kender dem godt.

Personlig pleje: Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer personlig pleje til flere borgere og iagttager velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser, som også sikrer borgers blufærdighed. Der opleves nærvær i form af småsludren undervejs, snak om tøjvalg samt guidning tilpasset borgers tempo og stemning. Medarbejdere kan redegøre for, hvorledes borgernes grundlæggende behov i videst mulige omfang tilgodeses.

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

Mad og måltider: Maden leveres fra Lillevang produktionskøkken. Måltiderne er det sociale samlingspunkt. Tilsynet overværer morgenmåltid og frokosten. Der ses nærværende medarbejdere, der medvirker til hjemlige forhold.

Sammenhæng og forudsigelighed

Det flerfaglige samarbejde fremstår velfungerende. En demensvejleder arbejder på tværs af de 4 afdelinger på Lillevang. Det medvirker til fokus på personcentreret omsorg i samværet med borgere og ved sparring med medarbejderne og medvirker til den løbende kompetenceudvikling. Der er fast tilknyttede ergoterapeuter på faste ugedage. De bidrager med en bred vifte af therapeutydelse, herunder dysfagi-screeninger og §86 ydelse i form af ugentlig hold-træning.

Der høres om arbejdsprocesser som daglige morgenmøder og læsning af observationer. Triage anvendes ugentligt oftest med deltagelse af sundhedsfaglige. Terapeut og demensvejleder har nedsat mulighed for at deltage.

Tværgående i kommunen arbejdes med triage for alle vagter. Tilsynsførende overværer triagemøde på en ½ time med sygeplejerske som mødeleder. Triagen fremstår systematisk og med stikprøver i journalerne undervejs (aff, medicingivning, journalnotater) kombineret med kompetenceudvikling ift. hudpleje, støttestrømper o.a.

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

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

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

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

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

Tema 1 Funktionsevne

Funktionsevnetilstande

Fokus: Fra indflytning skal ske en systematisk vurdering af borgernes potentiale for funktionsevne. Mål for indsatsen og løbende evaluering af hjælpen skal beskrives jf. §83 stk. 5. Det forudsætter en klar ansvars- og opgavefordeling. Ved indlæggelse bliver funktionsevnetilstande overført automatisk.

Udviklingspunkter

Stikprøver viser generelt ikke-opdaterede oplysninger ift. borgernes aktuelle tilstande. Der ses scoringer, som ikke svarer til beskrivelserne og den aktuelle viden om borgers potentiale og mål for indsatsen.

Dette medfører

- uoverensstemmelse mellem funktionsevnetilstand og døgnrytmeplan m.m.
- forkerte oplysninger ved hospitalsindlæggelse, når nogle funktionsevnetilstande automatisk overføres.

Tilsynet anbefaler, at

- undervise og yde sparring ved scoring af funktionsevnetilstandene
- beslutte fast interval for opdatering - udover ved ændringer i borgers tilstande
- evaluere ved journalaudit med jævne mellemrum.

Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Målepunkt 2.11: Får borger tilbudt den rette kost

Fokus: Et væsentligt grundlag for, at borger har energi og kan deltage i egen pleje og være fysisk aktiv er, at ernæringstilstanden er så god som mulig. 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.

Der er en fælles diætist for plejecentrene. Arbejdsprocessen ses personafhængig, idet ansvars- og opgavefordelingen er centreret i diætassistentfunktionen, som identificerer vægttab og sikrer drøftelse på faste møder.

Udviklingspunkt:

Ovenstående arbejdsgang fremstår velfungerende, men er personafhængig af diætisten, hvilket gør ordningen sårbar ved dennes fravær.

Der ses ikke systematisk journalisering af de indsatser, der besluttes m.m.

Tilsynet anbefaler at

- sikre holdbare arbejdsgange for ernæringsindsatsen, herunder beslutte arbejdsgange for
 - at medarbejdere, der vejer, også tjekker tidligere vægte
 - at erkendt vægttab (fx +/- 1 kg på 1 måned) meldes videre til rette vedkommende (fx observation lagt til sygeplejerske og diætist)
- systematisere journaliseringen.

Tema 3b Sammenhæng og forudsigelighed: Det skriftlige arbejdsgrundlag

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

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

Siden seneste tilsyn ses forbedret struktur for journaliseringen blandt andet støttet af fælles kommunale tiltag via udviklingssygeplejerske.

Udviklingspunkter:

1. Opdatering af døgnrytmeplaner, funktionsevnetilstande og helbredstilstande

Funktionsevnetilstande: Funktionsevnetilstande ses aktive og udfyldt, men for 4 ud af 4 borgerforløb ses funktionsevnetilstande ikke opdaterede svarende til borgers aktuelle tilstande.

Helbredstilstande: Ses for mobilitet samt for fødeindtag/undervægt/o.a. oprettet med faglige notater og i nogen grad indsatser og handleanvisninger.

Døgnrytmeplanerne ses af forskellig kvalitet og med forskellig struktur. Flere af beskrivelserne fremstår opdaterede og gør en ikke-kendt medarbejder i stand til at udføre et genkendeligt borgerbesøg for både dagvagt og aftenvagt. Andre beskrivelser ses ikke opdateret, herunder for en svært handicappet borger for dagvagten.

Ovenstående medfører for 3 ud af 3 undersøgte borgerforløb uoverensstemmende oplysninger mellem døgnrytmeplaner, funktionsevnetilstande og helbredstilstande samt observationer.

Manglende konsekvensrettelser ved ændringer i borgerstilstand medvirker til uoverensstemmende oplysninger. Det medfører, at der handles på ikke-tidstro data, hvilket vurderes at kunne indebære en risiko for, at borgerne ikke får personlig og praktisk hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87 og § 150, stk. 2.

Tilsynet anbefaler at fortsætte de igangsatte tiltag, herunder

- konsekvensrette i Nexus ved ændringer i borgernes tilstande
- sikre journalisering af i forbindelse med triage, med særlig opmærksomhed på at opdatere helbredstilstande og døgnrytmeplaner o.a. ved afslutning af problem
- sikre journalisering af beslutninger taget ved diætistmøder
- evaluere ved mini-audit.

Triage

Fokus: Tværgående i kommunen arbejdes med triage for alle vagter med læringsforløb via Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Det er for at styrke anvendelse af triage, som har været anvendt siden 2022 til tidlig opsporing af borgere, hvis tilstand har ændret sig, og hvor der er brug for en særlig indsats.

Triagemøder afholdes ugentligt med sygeplejerske eller som det har været muligt med assistent som mødeleder samt terapeut og demensvejleder i det omfang det er muligt.

Tilsynsførende overværer triagemøde som fremstår velstruktureret med sygeplejerske som mødeleder.

Udviklingspunkt: Tilsynet hører i løbet af dagen forskellige opfattelser af fx

- må hjælpere i aftenvagt ændre score på en borger hvis tilstand ændrer sig
- er der ændringer i borgers tilstande, som automatisk medfører gul score fx vægttab, fald?
- hvordan sikres journalisering af faglige notater for den periode, hvor notater sker i triagemodulet?
- fx løbende opdatering i helbredstilstande, resumé eller?, når problemet afsluttes.

Tilsynet anbefaler, at

- ensarte brugen af triage for alment forekommende behov jf. ovenstående eksempler
- nedskrive beslutningerne.

Opmærksomhedspunkt

Madens kvalitet

Tilsynet hører forskelligt om madens kvalitet. Det er gennemgående at borgerne generelt er tilfredse, men at der er variation og at det primært handler om sejt/tørt kød.

Efterfølgende høres, at arbejdsgangen i hverdagene sikrer, at det er erfarne medarbejdere, der tager sig af maden. I weekenderne, hvor der ofte skal tilberedes større stykker kød, er det oftere ikke-kyndige, der står for tilberedningen.

Tilsynet anbefaler

- at drøfte problemstillingen, herunder menuplanen med produktionskøkkenet og finde mulighed for forbedringer
- igangsætte tiltag og følge op.

Registrering af fødemiddelallergi på køkkensedler

En borger har fødemiddelallergi, som kan give straksreaktion. I køkkenet ses noteret ./ fødemidlet, på samme måde som ved de øvrige borgere, som ikke kan lide et fødemiddel.

Dette indebærer en risiko.

Det er tilsynets indtryk, at der øjeblikkeligt handles på dette ift den enkelte borger og dels efterfølgende med produktionskøkkenets kostoversigter, idet disse ikke indeholder en kolonne for allergi.

Lillevangs øvrige enheder: Aktuelt hørte tilsynet ikke om borgere med fødemiddelallergi på de andre enheder på Lillevang. Men arbejdsgangene fremstår i høj grad ensartede.

Nedenstående anbefales derfor delt på tværs af afdelingerne.

Tilsynet anbefaler

- at køkkenoversigterne tydeligt viser, om der er tale om allergi eller at borger ikke synes om et fødemiddel
- at medarbejderne øger opmærksomheden ved registrering på papirdokumenter og ved information til køkkenmedarbejdere
- løbende opfølgning.

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 er angivet med grønt), B O (I betydelig grad opfyldt er angivet med lysegrøn), N O (I nogen grad opfyldt er angivet med gult), I O (Ikke opfyldt er angivet med rødt).

| Tema | Emne | Vurdering |
|---------|--|-----------|
| Tema 1 | Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering | B O |
| Tema 2a | Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter | H O |
| Tema 2b | Livskvalitet og tilfredshed Måltider og mad, der passer til borgers behov | B O |
| Tema 3a | Sammenhæng og forudsigelighed Koordinering ved ændring i borgers tilstand Flerfagligt samarbejde | B O |
| Tema 3b | Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag | N O |
| Tema 4 | Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Lokal proces med prioritering, tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen sammenlignet med seneste tilsyn | B O |

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

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

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

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

| Målepunkt | 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"> 1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt? 2) Hjælper den hjælp du får dig til at vedligeholde dine færdigheder? 3) Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til, at bliver inddraget i at klare flest mulige dagligdags aktiviteter selv (fx personlig pleje, vande blomster, lægge tøj sammen, støve af m.m.) 4) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for? | | |
| 1.3 | <ol style="list-style-type: none"> 1) Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson jf. kommunens beslutning 2) Relevante borgere er tilbudt en rehabiliterende indsats og der er fulgt op på indsatsen. 3) Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder. | | <i>De individuelle mål for hjælpen ses i nogen grad afspejlet i døgnrytmeplanerne.</i> |
| 1.4 | <ol style="list-style-type: none"> 1) Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan beskrive, hvorledes mål fastsættes i samarbejde med borger med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer. 2) Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp. | | |
| 1.5 | Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering. | | <i>Beskrivelserne ses ikke opdaterede. Scoringerne ses ikke anvendt korrekt.</i> |

Tema 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

| Målepunkt | Kvalitetsindikatorer | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse |
|-----------|--|-----------|--------------------------------|
| 2.1 | <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Får du støtte, så du kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? 2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?: 3) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret? 4) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her? | | |
| 2.2 | <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg). Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt? 2) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på? 3) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov? | | |
| 2.3 | <p><i>Praktisk hjælp, herunder rengøring</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen. 2) Personlige hjælpemidler fremtræder rene | | |
| 2.4 | <p><i>Personlig pleje</i></p> <p>Borgerne fremtræder velplejet. Hvis tilsynsførende overværer plejen konstateres, at plejen gives omsorgsfuldt og i samarbejde med borger. Borger støttes i at udføre så meget som muligt selv og støttes i at udføre eventuelle ønskede vedligeholdelsesaktiviteter under plejen.</p> <p>Medarbejderne beskriver arbejdsgange, der støtter at inkontinente borgers behov for toiletbesøg og evt. bleskift imødekommes.</p> | | |



| | | | |
|-----|--|--|---|
| 2.5 | <p>Aktiviteter – borgernes hverdag</p> <ol style="list-style-type: none">1) Borgerne er om muligt inddraget i tilbud om aktiviteter.2) Borgerne støttes i deltagelse gennem en velfungerende struktur internt og i samarbejdet med frivillige og andre.3) Information om aktiviteter er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere. | | |
| 2.6 | <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Er der mulighed for at lave de ting, der betyder noget?2) Får du dækket dit behov for at være sammen med andre?3) Hvad synes du – er der gode oplevelser i hverdagen? Er du interesseret i de aktiviteter, der tilbydes? | | <p><i>3 ud af 3 borgere fortæller, at Magnoliehaven er et godt sted at bo. De udtrykker ønske om lettilgængelig viden om de aktiviteter, der tilbydes herunder træning, musik o.a. Lillevang-avisen indeholder både informationer om aktivitetscentret og om plejecentret, men der ”står ikke om det, vi så hører fra andre”.</i></p> |

Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen - Måltider og mad, der svarer til borgers behov

Samlet vurdering

| Nr. | Kvalitetsindikatorer | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse |
|------|---|-----------|---|
| 2.7 | Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad? 2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp? 3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.? 4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen? | | <i>Tilsynet hører forskelligt om madens kvalitet. Det er gennemgående at der er variation og at det handler om sejt/tørt kød. Efterfølgende høres at arbejdsgangen i hverdagene sikrer at det er erfarne medarbejdere, der tager sig af maden. I weekenderne, hvor der ofte skal tilberedes større stykker kød, er det oftere ikke-kyndige, der står for tilbederingen.</i> |
| 2.8 | Medarbejdere kan fortælle om velfungerende arbejdsgangene, der sikrer 1) Den enkelte borgers ønsker og aftaler om mad imødekommes 2) Klar opgavefordeling ved måltiderne 3) At borddækning sker som aftalt på centret. | | |
| 2.9 | Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende. Der høres om involvering af borgere i det omfang det er muligt. | | |
| 2.10 | Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne. | | <i>Fællesarealerne er ændret ved ombygningen af køkkenet og fremstår med kantinepræg. Der er overvejelser i gang om at skabe mindre spisestuer ved skillevæg eller lignende i de store rum.</i> |



| | | | |
|------|--|--|---|
| 2.11 | <p>Arbejdsgangene støtter at borgere med særligt kostbehov tilbydes den rette kost, eksempelvis for borgere med</p> <ol style="list-style-type: none">1) Dysphagi2) Beriget kost3) Fødemiddelallergi <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> | | <p>3: Fødemiddelallergi En borger lider af fødemiddelallergi, som kan give straksreaktion. I køkkenet ses denne information ikke. Der er noteret ./ fødemidlet, på samme måde som ved de øvrige borgere som ikke kan lide et fødemiddel. Dette indebærer en risiko. Det er tilsynets indtryk, at der øjeblikkeligt handles på dette ift den enkelte borger og dels efterfølgende med produktionskøkkenets kost oversigter, idet disse ikke indeholder en kolonne for allergi.</p> |
| 2.12 | <p><i>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab.2. Aftalt vejehyppighed ses udført3. Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab.4. I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleanvisende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen. | | <p>Ad 1) Arbejdsprocessen ses personafhængig, idet ansvar- og opgavefordelingen er centreret i diætassistentfunktionen, som identificerer vægttab og sikrer drøftelse på faste møder. Der er ikke fastlagt arbejdsgang ved dennes fravær. Journalisering af beslutninger ses ikke systematisk.</p> |

Tema 3a Sammenhæng og forudsigelighed: Flerfagligt samarbejde

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"> 1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? 2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?! 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 5) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald. | | |
| 3.2 | <p><i>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing samt opfølgning</i></p> <p>Medarbejdere kender arbejdsgangene for</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) At formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner 2) At følge op på indgåede aftaler. | | <p><i>Tværgående i kommunen arbejdes med triage for alle vagter med læringsforløb via Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Det er for at styrke anvendelse af triage, som har været anvendt siden 2022 til tidlig opsporing af borgere, hvis tilstand har ændret sig, og hvor der er brug for en særlig indsats.</i></p> <p><i>Triagemøder afholdes ugentligt oftest med deltagelse af sundhedsfaglige. Terapeut og demensvejleder har nedsat mulighed for at deltage.</i></p> <p><i>Tilsynsførende overværer triagemøde med sygeplejerske som mødeleder. Den systematiske gennemgang sker med tilhørende kompetenceudvikling i forhold til emner som basal hudpleje, støttestrømper, obstipationsbehandling m.m.</i></p> |

| | | |
|-----|--|---|
| | | <p>I løbet af dagen høres forskellige opfattelser af fx</p> <ul style="list-style-type: none"> - må hjælpere i aftenvagt ændre score på en borger hvis tilstand ændrer sig - er der ændringer i borgers tilstande, som automatisk medfører gul score fx vægttab, fald? - hvordan sikres journalisering af faglige notater for den periode, hvor notater sker i triagemodulet? |
| 3.3 | <p><u>Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne med til-delt §§ 83 og 86, opfølgning på GOP samt vederlagsfri fysioterapi. 2) Medarbejdere kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere og hvordan de – hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg. <p>Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, herunder hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.</p> | <p>De faste terapeuter yder terapeutisk ydelse blandt andet i form af ugentlig hold-træning.</p> <p>Ved afslutning af træningsforløb kan oplysninger gå tabt, idet helbredstilstanden skal afsluttes. Ergoterapeut giver mundtlig plejemedarbejderne besked og herefter skal plejemedarbejderne skrive resume i Mobilitet, i døgnrytmeplan o.a., hvilket ikke sker systematisk.</p> <p>Imidlertid ses også for 2 ud af 3 borgerforløb afvigelser ved, at helbredstilstanden ikke er afsluttet og ikke er formuleret som slutnotat. Oplysningerne bliver gradvist forældede herefter.</p> <p>Samarbejdet afspejler sig ikke i døgnrytmeplanerne i forhold til inddragelse af individuelle tilpasninger/træningsaktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.</p> |

Tema 3b Sammenhæng og forudsigelighed - Det skriftlige arbejdsgrundlag

Samlet vurdering:

| Nr. | Kvalitetsindikatorer | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse |
|-----|---|-----------|--|
| 3.4 | <p>Det skriftlige arbejdsgrundlag - Generelt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medarbejderne kender og anvender omsorgsjournalen ensartet. 2. Der ses overensstemmende oplysninger om borgerens tilstande mellem tilstande, handlingsanvisninger, observationer, faglige notater, døgnrytmeplaner mv. 3. Oplysninger på eventuelle tavler, i papirkalendere, i print og andre supplerende informationer til borgere og medarbejdere er i overensstemmelse med omsorgsjournalens oplysninger og borgers aktuelle tilstand. 4. Kædeprocessen <i>måling, reaktion, sundhedsfaglig vurdering, konsekvensrettelse</i> er undersøgt og fundet veldokumenteret. 5. Oplysninger fra f.eks. terapeuter og demensvejleder er lettilgængelige for assistenter og hjælpere. 6. Arbejdsgangen for konsekvensrettelse ved ændringer i borgers tilstand beskrives ensartet af medarbejdere der har opgaver i forbindelse med dette. <p>Målepunktet omfatter de dele af omsorgsjournalen, som er relevant for tilsynets foci. Andre krav om journalføring for sundhedslovsydelser er som udgangspunkt ikke omfattet, medmindre der under tilsynsbesøget skulle blive identificeret forhold, der kan indebære en risiko for borgeren.</p> | | <p><i>Opdatering af døgnrytmeplaner, funktionsevnetilstande og helbredstilstande</i> Der ses forbedringer fra seneste tilsyn i januar 2023.</p> <p>Funktionsevnetilstande: Funktionsevnetilstande ses aktive og udfyldt, men for 4 borgerforløb ses funktionsevnetilstande ikke opdaterede svarende til borgers aktuelle tilstande. Helbredstilstande: For mobilitet samt for fødeindtag/undervægt/oa oprettet med faglige notater, men ikke systematisk med indsatser og handlingsanvisninger. Faglige notater er opdateret i nyere tid, men ikke har de seneste ændringer med.</p> <p>Samlet set ses for 3 ud af 4 undersøgte borgerforløb uoverensstemmende oplysninger mellem døgnrytmeplaner, funktionsevnetilstande, generelle oplysninger og helbredstilstande samt observationer.</p> <p><i>Printede døgnrytmeplaner</i> forefindes generelt ikke. Tilsynet ser en enkelt – her er DV den senest opdaterede, men aftenvagt er af ældre dato.</p> |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 3.5 | <p>Det skriftlige arbejdsgrundlag for udførelse af de daglige social- og plejefaglige opgaver hos borgerne</p> <p>Døgnrytmeplaner indeholder lettilgængelige, opdaterede og handleanvisende oplysninger om borgers ressourcer og behov, herunder hvorledes støtten ydes individuelt ud fra borgers livsstil og ønsker.</p> | | <p>Døgnrytmeplanerne ses af forskellig kvalitet og med forskellig struktur.</p> <p>Flere af beskrivelserne fremstår opdaterede og gør en ikke-kendt medarbejder i stand til at udføre et genkendeligt borgerbesøg for både dagvagt og aftenvagt.</p> <p>Andre beskrivelser ses ikke opdateret, herunder for en svært handikappet borger for dagvagten.</p> |
|-----|--|--|--|

Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

| Måle- punkt | Kvalitetsindikatorer | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse |
|----------------|--|-----------|---|
| 4.1 | <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> | | <p><i>Der ses fra kommunens side igangsat systematiske fælles tiltag ift. det skriftlige arbejdsgrundlag.</i></p> <p><i>Medarbejderne har lokalt arbejdet ihærdigt for implementeringen og opnået kvalitetsforbedringer.</i></p> |
| 4.2 | <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> | | |
| 4.3 | <p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p> | | <p><i>Kvaliteten er forbedret ift</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>○ Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> <p><i>Her ses resterende udviklingspunkter ift</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>○ den løbende opdatering</i> <i>○ arbejdsgange for opsporing af borgere i risiko for underernæring</i> |

Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

Tilgang og formål

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

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

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

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

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

Samlet set stiler tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

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

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

Indhold og metode

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

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

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

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

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

Vurderingsprincipper

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

Vurdering sker på 4 niveauer:

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

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

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 "Helt opfyldt", "I betydelig grad opfyldt", "I nogen grad opfyldt", "Ikke opfyldt":

Vurderingen sker ud fra 4 kategorier, som farvemærkes af læsevenlige årsager:

| Vurderingskategorier | Vurderingsforkortelse og farve |
|--------------------------|--------------------------------|
| Helt opfyldt | H O |
| I betydelig grad opfyldt | B O |
| I nogen grad opfyldt | N O |
| Ikke opfyldt | I O |

Vurdering af det enkelte tema

På baggrund af de samlede resultater fra målepunkterne vurderes den samlede opfyldelse af det enkelte tema. Et tema kan vurderes som "Helt opfyldt", selvom der er et enkelt fokus med "I betydelig grad opfyldt". Når et af målepunkterne er vurderet "I nogen grad opfyldt" kan den samlede målopfyldelse for temaet højst blive "I betydelig grad opfyldt". Vurderingen sker ud fra samme kategorier og farveskala, som beskrevet ovenfor.

Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

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

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

Målene er i høj grad opfyldte

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Målene er i middel grad opfyldte

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

Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved uændrede forhold. Løbende opfølgning anbefales.

Målene er i lav grad opfyldte

2 eller flere 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 eventuelt som fokuseret genbesøg.

Kritisable forhold

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

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

Om virksomheden og kontaktoplysninger

Den Mobile Kvalitetsafdeling, *akkrediteringsraadgiverne.dk*
Egebjergvej 232 A
4500 Nykøbing Sjælland

Nethe Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef
Mobil: +45 2869 8898
Mail: nethe@jorck.net

akkrediteringsraadgiverne.dk er en privat leverandør af rådgivning og tilsyn til de danske kommuner og sygehuse, herunder tilsyn og kvalitetsbesøg inden for serviceloven og sundhedsloven.

Konsulentfirmaet består af virksomhedsleder, som sammen med udvalgte samarbejdspartnere varetager alsidige opgaver, eksempelvis:

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

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

Om virksomhedsleder og tilsynschef

Nethe Jorck har sundhedsfaglig uddannelse (sygeplejerske) suppleret med MPP (Master of Public Policy) tillige med kompetencegivende uddannelser indenfor ledelse, kvalitet og patientsikkerhed, herunder uddannelse til auditor for Dansk Standard og akkrediteringssurveyor for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) samt forandringsagentuddannelsen fra Dansk Selskab for patientsikkerhed.

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

Særlig relevante erfaringer:

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

Ovenstående har medført lang erfaring og indgående viden og indsigt i spændingsfeltet mellem det, der besluttet (lovgivning, retningslinjer, kvalitetsstandarder m.m.) og det, der sker i praksis tættest på borgerne.

