



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Furesø Kommune

Center for Sundhed og Seniorliv

Plejhjemmet Solbjerghaven

Indholdsfortegnelse

Forord.....	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	9
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	18
Tema 3b Sammenhæng og forudsigelighed	20
Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn	22
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper.....	23
Om virksomheden og kontaktoplysninger.....	26

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 systematisere temaerne efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger af kvalitetsindikatorer i ældreplejen.

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.

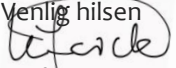
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling.

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


Nethé Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejehjem:

Plejehjemmet Solbjergghaven, Solbjergghaven 6, 3500 Værløse

Leder:

Stine Kornum

Antal beboere:

20 beboere

Tilsynsbesøget fandt sted:

3. oktober 2024

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 6 borgerjournaler), instrukser, borgerinformationer, beboermapper, ophæng på tavler m.v.
- Interview: 1 pårørende kan medvirke til interview. Han er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Desuden har tilsynet interviewet 1 centerleder, 1 assistenter, 3 hjælpere, 1 ufaglært.
- Observation: 3 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 høj grad opfyldte

Ledelsen har arbejdet sammen med medarbejderne for at skabe forbedringer gennem udvikling af nye arbejdsgange på basis af øget faglighed. Indsatsen har resulteret i forbedret målopfyldelse jf. i rapporten. Der ses resterende udviklingspunkter.

I vurderingen tages som en forudsætning, at målopfyldelse kan opnås gennem forbedringsindsats svarende til den igangværende plan.

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

Højst 1 af temaerne er vurderet lavere end ”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 ”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

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

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

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

Solbjerghaven har seneste år arbejdet med at forbedre den sundhedsfaglige kvalitet gennem tilknytning af sygeplejersker blandt andet fra hjemmeplejen. Den forbedrede struktur og systematik har tillige medvirket til forbedringer på den social- og plejefaglige indsats.

Der har været lederskift for ½ år siden. Det er tilsynets indtryk, at leder går foran for at styrke blandt andet:

1: At Solbjerghaven skal være et godt sted at bo for mennesker ramt af demens:

- Hjemlige, rolige rammer: Fællesrummet (det tidligere dagcenter) fremstår hjemligt indrettet og inviterer til puslespil, en kop kaffe, yatzy, musik, fjernesyn. Her er også mulighed for 1:1 kontakt
Der arbejdes på mere ro i køkkenspiserummene under måltiderne
- En varieret hverdag med meningsfuld variation: Der er besøgsven og hund, oplæsning, musik, gåtur med personalet. Der er overvejelser og igangsatte tiltag for at skabe flere muligheder tilpasset behovet
- Medarbejderne kompetencer: Personcentreret omsorg vil blive indarbejdet som del af den faglige udvikling ift. målgruppens behov og muligheder
- Et styrket pårørendesamarbejde: Tavle er anskaffet, så pårørende fremover let kan orientere sig om aktuelle forhold såsom menuplan, aktiviteter og lignende hverdagsbegivenheder. Der er andre tiltag på vej fx tilstedeværelse i det store fællesrum jævnligt. Fast tidspunkt, hvor pårørende kan møde leder, andre pårørende som en del af hverdagen på hjemmet.

2: At arbejds gange støtter medarbejder i at kende sine opgaver og udføre dem efter borgers ønsker og behov

- Døgnrytmeplanernes kvalitet er forbedret. Der ses individuelle oplysninger om borgers ønsker og behov for dag, aften og nat. Oplysningerne afspejler borgernes aktuelle funktionsevnetilstande.
Der ses ikke socialpædagogiske handleplaner. For borgere med særlige udfordringer ses oplysninger i nogen grad medtaget i døgnrytmeplanerne
- Der er gennemgående sammenhæng på tværs af Nexus, dog med udviklingspunkter ift. samarbejdspartnere
- Triage anvendes og fremstår som et vigtigt redskab dels i opsporing af borgere med begyndende helbredsproblemer og dels som del af den løbende kompetenceudvikling.

Der ses resterende udviklingspunkter. I vurderingen tages som en forudsætning, at målopfyldelse forventes at kunne opnås gennem den fortsatte forbedringsindsats.

Styrker

Funktionsevne:

Borgernes funktionsevnetilstande ses i vid udstrækning svarende til borgers aktuelle tilstande. Dette er også væsentligt for sammenhæng ved indlæggelse, idet informationerne overdrages automatisk.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen:

Ingen borgere kan medvirke til interview. En pårørende udtrykker: ”De er indstillet på, at man skal have det godt her”. ”Jeg er tryk, når jeg går herfra”. For aftenvagten beskrives eksempler på at gribe de muligheder der viser sig, for at skabe samvær på borgernes præmisser.

Personlig pleje og praktisk hjælp: Borgerne fremtræder velplejede og velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer dele af den personlige pleje hos 2 borgere. Medarbejderne udviser fokus på at give nærvær til individuel guidning ved den personlige pleje m.m. Hos borger med behov for fuld hjælp ses omsorgsfuld pleje.

Tilsynet bemærker, at borgerne mødes omsorgsfuldt og nærværende. Der høres en venlig og imødekommende stemning og dialog tilpasset borgerens situation. Muligheder gribes for at skabe gode oplevelser i nuet.

Medarbejdere kan redegøre for, hvorledes borgernes grundlæggende behov i videst mulige omfang tilgodeses. Boliger og køkkener fremtræder velfungerende og rengjorte. Der forefindes relevante hjælpemidler hos borgerne.

Mad og måltider: Maden leveres fra Ryetbo produktionskøkken. Maden serveres i de to køkkenenheder. Medarbejderne medvirker til en rolig stemning og erfarne medarbejdere støtter borgere, der har behov for særlig opmærksomhed. Borgere med behov for hjælp til spisning, hjælpes på en omsorgsfuld måde i borgers tempo. Tilsynet oplever spisesituationer, hvor der hygges og småsnakkes ved bordene. I den ene gruppe høres opmærksomhed på ikke at skabe støj under spisningen.

Sammenhæng og forudsigelighed:

Triage anvendes dagligt. 2 dage om ugen er fælles triage for de to grupper og her deltager leder både dag og aften den ene dag. 1 dag deltager sygeplejerske. Diætisten kommer hver 14. dag og drøfter tiltag for relevante borgere. Der er ligeledes fast tilknyttet ergoterapeut.

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"
- 2 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 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 ansvar- 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 besluttet m.m.

Dysfagi: Der ses uoverensstemmende oplysninger om dosering af fortykningsmiddel jf. målepunkt 2.11.

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.

Fortykningsmiddel

I døgnrytmeplaner ses anført Atylet. I daglig tale anvender flere benævnelsen "atylet" om fortykning. I praksis ses anvendt TUC (Nestles Thicken Up). Både handelsnavne og indholdsstoffer er forskellige.

Fortykningsmidler doseres og administreres af alle faggrupper, ufaglærte som faglærte. I andre henseender, også med håndkøbsmedicin, trænes medarbejdere til at der skal være overensstemmelse mellem det der er besluttet (ordineret) og det der gives (handelsnavn).

Tilsynet anbefaler at

- øge opmærksomheden og følge op ved journalaudit.

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. Der har været tilknyttet sygeplejersker i en periode. Det har medvirket til at øge den sundhedsfaglige kvalitet, triagen og systematik i dokumentationen. Assistenten varetager den fortsatte opdatering af helbredstilstande og støtter i nogen grad hjælperne i, at oplysningerne i døgnrytmeplanerne er opdaterede.

Udviklingspunkter:

Døgnrytmeplanerne fremstår i vid udstrækning individuelle og opdaterede. Der ses for nogle borgere mange oplysninger, som kan "gemme" sig ved gennemlæsning.

Uoverensstemmende oplysninger: I samarbejdet med samarbejdspartnere (diætist, terapeut, sygeplejerske) ses tab af væsentlig information jf. målepunkterne 2.11, 2.12, 3.2, 3.3, 3.4.

Det kan medføre, at medarbejdere i bedste mening gør noget andet end det besluttede.

Tilsynet anbefaler at fortsætte de igangsatte tiltag, herunder

- at anvende skabelon til døgnrytmeplaner evt. efter videndeling med andre plejehjem i kommune som har indført denne
- at drøfte journalisering med samarbejdspartnere og styrke arbejdsprocessen
- at fortsætte oplæring af medarbejdere i ensartet journalisering
- evaluere løbende 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.

Triage anvendes dagligt. 2 dage om ugen er fælles triage for de to grupper, heraf deltager leder en af dagene både i dag og aftentriage. 1 dag deltager sygeplejerske.

Der høres om vedtagne beslutninger for journalisering af faglige notater for den periode, hvor notater sker i triagemodulet og det ses i praksis i Nexus.

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 skal medføre gul/rød score fx vægttab, fald?

Tilsynet anbefaler, at

- ensarte brugen af triage for alment forekommende behov jf. ovenstående eksempler
- fastlægge rammen for triagemøde (fx om alle borgere skal gennemgås)
- nedskrive beslutningerne.

Opmærksomhedspunkt

Værnemidler

Fokus: For at undgå smittespredning, anbefales det i NIR¹, at ved udførelse af personlig hygiejne med risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser, anvendes plastforklæde.

¹ Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for plejehjem, hjemmepleje, bo- og opholdssteder m.m. 2020 udgave 1

Udviklingspunkt: 2 ud af 2 sete medarbejdere anvender ikke plastforklæde ved personlig pleje, hvor der kan være risiko for stænk af borgers udskillelser.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats med henblik på

- at anbefalingerne i NIR bliver implementeret og efterlevet.

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	H 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	H 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.

Måle-punkt	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? 		<i>Målepunkterne er vurderet efter tilsynets samlede skøn og indtryk af borgernes oplevelse, da borgerne på plejehjemmet er kognitivt udfordret på grund af demens.</i>
1.3	<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. 		
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.		<p><i>I den ene gruppe ses funktionsevnetilstande med beskrivelser svarende til borgers aktuelle tilstande samt de tilhørende scoringer.</i></p> <p><i>I den anden gruppe ses i 3 ud af 5 tilfælde, at oplysninger ikke er opdaterede for enkelte tilstande eller at scoringerne ikke svarer til beskrivelsen.</i></p>

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? 		<i>Målepunkterne er vurderet efter tilsynets samlede skøn og indtryk af borgernes oplevelse, da borgerne på plejehjemmet er kognitivt udfordret på grund af demens.</i>
2.2	<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? 		<i>Målepunkterne er vurderet efter tilsynets samlede skøn og indtryk af borgernes oplevelse, da borgerne på plejehjemmet er kognitivt udfordret på grund af demens.</i>
2.3	<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 borgeres behov for toiletbesøg og evt. bleskift imødekommes.</p>		

2.5	<p><i>Aktiviteter – borgernes hverdag</i></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. 		<p><i>Der ses ikke formidling af aktiviteter. Der er anskaffet tavle til oversigt o.a.</i></p> <p><i>Der er løbende mulighed for besøgsven og hund, oplæsning, musik, gåtur.</i></p>
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>Målepunkterne er vurderet efter tilsynets samlede skøn og indtryk af borgernes oplevelse, da borgerne på plejehjemmet er kognitivt udfordret på grund af demens.</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	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad? 2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp? 3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.? 4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen? 		Målepunkterne er vurderet efter tilsynets samlede skøn og indtryk af borgernes oplevelse, da borgerne på plejehjemmet er kognitivt udfordret på grund af demens.
2.8	<p>Medarbejdere kan fortælle om velfungerende arbejdsgangene, der sikrer</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende. Der høres om involvering af borgere i det omfang det er muligt.</p>		Der er tiltag i gang for at også borgere og pårørende får information om menuplan.
2.10	<p>Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.</p>		Medarbejderne deltager ved måltidet. Køkken og spisestue er i samme rum. Medarbejderne varetager arbejdsopgaver ved opvaskemaskine, vask, køleskab etc. under måltidet.
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) Dysphagi 2) Beriget kost 3) Fødemiddelallergi 		Borgere med dysfagi: For 2 ud af 3 borgere ses uoverensstemmelse mellem ergoterapeuts vurdering af måleskeer pr. x ml og det der er angivet i døgnrytmeplan. Fx en borger hvor 3,5

	<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>måleskeer pr. 200 ml er angivet i DV, 1,5 i AV. Af HT ses 3,5.</p> <p>I døgnrytmeplaner ses anført Atylet. I daglig tale anvender flere benævnelsen "atylet" om fortykning.</p> <p>I praksis ses anvendt TUC (Nestles Thicken Up).</p> <p>Både handelsnavne og indholdsstoffer er forskellige.</p> <p>Fortykningsmidler doseres og administreres af alle faggrupper, ufaglærte som faglærte.</p> <p>I andre henseender også med håndkøbsmedicin, trænes medarbejdere til at der skal være overensstemmelse mellem det der er besluttet (ordineret) og det der gives (handelsnavn).</p> <p>Ingen borgere har fødemiddelallergi. Arbejds gange kan ikke afdækkes.</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 arbejds gange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab. 2. Aftalt vejehyppighed ses udført 3. 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)</p> <p>Arbejdsprocessen ses personafhængig, idet ansvar- og opgavefordelingen er centreret i diætassistentfunktionen, som identificerer vægttab og sikrer drøftelse på faste møder.</p> <p>Der er ikke fastlagt arbejds gang ved dennes fravær.</p> <p>Journalisering af beslutninger ses ikke systematisk.</p>



		<p>Ad 2) Borgerne tilbydes som udgangspunkt vejning x 1 måned. Vejehyppigheden ses generelt overholdt med enkelte overspring. 2 borgere vejes ikke længere. Dette ses journaliseret.</p> <p>Ad 3) 1 borger har tabt sig 2 kg. Skal vejes ugentlig. Opgaven styres i papirkalender. Her skrives borgernavn og vejning. Opgaven skal krydses af som udført. Dette ses ikke gjort, men borger ses ikke vejret efterfølgende dag. Af Helbredstilstand ses plan for beriget kost morgen, middag, aften. Denne ses ikke overført til døgnrytmeplan.</p> <p>Nexuskalender vil blive indført om kortere tid.</p> <p>Ad 4) 1 borgers kost er til frokost ændret fra gratin til suppe. Kostbestilling er ændret. Døgnrytmeplan er ikke.</p> <p>Se desuden 2.11.</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. 		<p>Målepunkterne er vurderet efter tilsynets samlede skøn og indtryk af borgernes oplevelse, da borgerne på plejehjemmet er kognitivt udfordret på grund af demens</p>
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"> 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>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.</p> <p>Fælles triagemøder afholdes 2x ugentligt. Ved det ene triagemøde deltager leder både i DV og AV. Tirsdag deltager sygeplejerske. Øvrige dage anvendes triage lokalt i grupperne.</p> <p>Journalisering: Løbende konsekvensretelse af triagebeslutninger ses udført for 3 ud af 4 forløb.</p>

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 rele-vante 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, her- under hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.</p>	<p><i>De faste terapeuter yder terapeutisk ydelse blandt andet i form af ugentlig hold-træning.</i></p> <p><i>Ved afslutning af træningsforløb kan oplysninger gå tabt, idet helbredstil-standen skal afsluttes. Ergoterapeut skal give mundtlig besked til plejemed-arbejderne og herefter skal plejemedar-bejderne skrive resume i Mobilitet, i døgnrytmeplan o.a., hvilket ikke sker sy-stematisk.</i></p> <p><i>Imidlertid ses også for 1 borgerforløb af-vigelse ved, at ergoterapeuts notat om dysfagi ikke er konsekvensrettet i døgn-rytmeplan og i Helbredstilstande.</i></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><i>Funktionsevnetilstande: Forbedret men med resterende udfordringer jf. målepunkt 1.5.</i></p> <p><i>Døgnrytmeplaner og Helbredstilstande: Et fællestræk er, at oplysninger i helbredstilstande ikke systematisk medfører opdatering af døgnrytmeplaner o.a., hvilket medfører misvisende/forkerte oplysninger.</i> <i>Der høres ikke om arbejdsproces, der kan sikre, at medarbejderne kender til nye notater fra samarbejdspartnere.</i> <i>Det omhandler notater i Helbredstilstande, som både opdateres af sygeplejersker og assistenter jf. eksempler i 2.12.</i> <i>Anvisninger i træningsnotat (lilla tilstande) jf. 3.3.</i> <i>Diætistaftaler: Journalisering.</i></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</p>		<p><i>Døgnrytmeplaner: Disse ses individuelle, handleanvisende og i vid udstrækning opdaterede.</i></p>

ressourcer og behov, herunder hvorledes støtten ydes individuelt ud fra borgers livsstil og ønsker.

Det sætter en medarbejder, der ikke kender borger så godt i stand til at udføre et genkendeligt, trygt borgerbesøg.

Nogle døgnrytmeplaner fremstår med mange væsentlige oplysninger, som dog nemt kan forputte sig for en travl medarbejder.

Opdateringsudfordring ses, hvilket primært skyldes den manglende konsekvensrettelse jf. 3.4.

Der ses ikke socialpædagogiske handleplaner for borgere med særlige udfordringer. Nogle oplysninger ses af døgnrytmeplaner.

Beboermapper: Der ses fortsat print af døgnrytmeplaner for en mindre del af borgere. I den ene gruppe ses i 3 borgermapper print fra august 2023. I den anden gruppe ses enkelte ældre print, hvor døgnrytmeplanen siden er opdateret. Øvrige print er fra august 2024.

Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	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.</p> <p>Der er prioriteret og igangsat tiltag.</p> <p>Der ses dato for evaluering.</p>		<p>Der ses fra kommunens side igangsat systematiske fælles tiltag ift. det skriftlige arbejdsgrundlag.</p> <p>Ny leder er startet 1. 3.2024. Sammen med medarbejderne er der arbejdet ihærdigt for implementering og opnået yderligere kvalitetsforbedringer.</p>
4.2	<p>Effekten af tiltagene er evalueret.</p> <p>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>Kvaliteten er forbedret ift.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Det skriftlige arbejdsgrundlag ○ Triage <p>Her ses resterende udviklingspunkter ift. blandt andet</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Journalopdatering ifm. inddragelse af samarbejdspartnere ○ Brug af forklæde ved personlig pleje.

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 beslutes (lovgivning, retningslinjer, kvalitetsstandarder m.m.) og det, der sker i praksis tættest på borgerne.

