



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Silkeborg Kommune

Sundhed og Omsorg

Remstruplund Plejecenter

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Resultater og vurdering af de enkelte temaer	10
Tema 1 Funktionsevne.....	11
Tema 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen.....	12
Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen - Måltider og mad	14
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	16
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	18
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn.....	19
Bilag 1: Pårørendeinterview	20
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	23
Om virksomheden og kontaktoplysninger	26

Forord

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

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

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

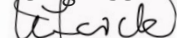
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

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

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

Venlig hilsen



Nethé Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejecenter:

Remstruplund Plejecenter, Gudenåvej 1A, 8600 Silkeborg

Leder:

Helle Sindal Andersen

Antal beboere:

27 fordelt på 26 boliger

Tilsynsbesøget fandt sted:

10. januar 2023

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- **Dokumentation:** Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 9 borgerjournaler), instrukser, hand-leplaner, borgerinformationer, menuplaner m.v.
- **Interview:** 3 borgere, som helt eller delvis kan medvirke til interview. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Telefoninterview med pårørende gennem-føres i høringsfasen¹.
Desuden har tilsynet interviewet 1 plejecenterleder, 2 social- og sundhedsassistenter, 1 social- og sund-hedshjælper, 2 social- og sundhedsassistentelever, 1 køkkenassistent, 1 husassistent og 1 sygehjælper.
- **Observation:** 4 borgeres bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd og måltid.

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

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 5 borgere.

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Anne Ahrensbach, sygeplejerske, konsulent

¹ Se bilag 1: Pårørendeinterview

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Silkeborg Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn på plejecentret. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn på plejecentre i Silkeborg Kommune”. Fokusområderne er vurderet i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

Godkendt

Vurderingsskala:

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

Godkendt

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

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

Godkendt med bemærkninger

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Godkendt med mangler

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

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

Delvist godkendt

Mere end 2 temaer fra 1-4 er vurderet lavere end ”Helt opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.

Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer.

Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales.

Ikke godkendt/Kritisable forhold

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

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

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

Generelt

Plejeenheden fremstår grundlæggende velstruktureret og med højt fagligt engagement og opmærksomhed på borgernes trivsel.

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

Styrker

Funktionsevne

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

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

Livskvalitet og tilfredshed

Tilsynet konstaterer, at Remstruplund prioriterer, at borgernes indflytning støttes af hjemmebesøg, og at indflytningssamtaler afholdes svarende til det besluttede.

Tilsynet konstaterer desuden, at der arbejdes struktureret med implementering af retningslinjerne for ”den sidste tid”.

Borgerne udtrykker, at de er glade for medarbejderne, og glade for den hjælp og støtte medarbejderne giver. Borgerne giver udtryk for, at medarbejderne er imødekommende og venlige.

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

Sammenhæng og forudsigelighed

Det er tilsynets vurdering, at der arbejdes ihærdigt med at udvikle en fælles systematik i relation til anvendelse af det skriftlige arbejdsgrundlag. Aktuelt er der iværksat en struktureret kvalitetssikring af borgerjournalernes indhold, hvilket bidrager til at sikre, at borgerne oplever kontinuitet i de indsatser de modtager.

Forebyggelse af smittespredning

Tilsynet observerer stor opmærksomhed på korrekt brug af værnemidler. Medarbejderne kender og anvender gældende retningslinjer for forebyggelse af smittespredning.

Siden seneste tilsyn

Tilsynet konstaterer, at der er iværksat relevante og strukturerede indsatser. Både medarbejdere og leder har været og er fortsat involveret i processerne, som der løbende er fulgt op på.

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

- 5 temaer er ”Helt opfyldt”
- 1 temaer er ”I betydelig grad opfyldt”

Hvert tema består af flere målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er ”Helt opfyldt” kan rumme målepunkter med forbedringspotentialer, 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 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Indikator 2.5.1: Rengøring

I 2 ud af 4 boliger ses der en del fnuller og visne blade på gulve i sove og opholdsrum. 1 af disse 2 havde desuden indtørrede pletter af noget der var spildt.

Tilsynet anbefaler, at

- Medarbejderne er opmærksomme på at hjælpe borgerne med at fjerne spild fra gulvene, og hjælpe borgerne med at fjerne skidt fra gulvene, når dette hober sig op.

Tema 2b Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Indikator 2.10.1: Borgerindflydelse på maden

Remstruplund har ikke eget produktionskøkken. De får maden leveret fra det nærvæd beliggende produktionskøkken på Marienlund Plejecenter. Der ses opmærksomhed på at imødekomme særlige borgerønsker, ex. har 1 borger fået tilgodeset ønske om sprødkogte grøntsager.

1 ud af 3 borgere, kunne godt tænke sig noget ”rigtig mad” – ex. Pastaretter, fremfor næsten altid at få noget med sovs og kartofler.

Tilsynet anbefaler, at

- Det undersøges, hvilke muligheder borgerne har for at få indflydelse på menuplanen.

Indikator 2.12: Måltidet

Under middagsmåltidet observerer tilsynet manglende klarhed for, hvilke rammer der tilstræbes i forhold til afviklingen af måltidet. Tilsynet hører uoverensstemmende beskrivelse af hvad ”det gode måltid er”.

Der benyttes ikke måltidsværter ifm. den varme mad til middag.

Tilsynet observerer flere medarbejdere i de 3 køkkenerne, der er placeret i åben tilknytning til den fælles spise-stue.

De tre spisestuer fremstår rene og ryddelige. Der er ingen stemningsskabende møbler eller vægdekorationer. Lederen oplyser, at der er bestilt nye møbler – og at der i den forbindelse vil blive skabt nogle rum med mere atmosfære/hjemlig stemning. Dette gælder i spisestuerne, på alle 3 etager.

Tilsynet anbefaler, at

- Der iværksættes tiltag, der understøtter, at alle relevante medarbejdere får en fælles forståelse af hvad der kendetegner ”det gode måltid”.

Indikator 2.13: Understøttende arbejdsgange i relation til borgere med særlige kostbehov

Tilsynet konstaterer, at alle medarbejdere er opmærksomme på at understøtte, at borgerne får en hensigtsmæssig ernæring, der tager højde for eventuelle særlige behov.

Ved observationer, medarbejderinterview og journalgennemgang, har tilsynet fundet eksempler på forskellige systematikker til understøttelse af disse – f.eks. en ”spiseseddel” i køkkenet (se fund ud for indikator 2.13) og borgernes døgnrytmeplaner. For alle arbejdsgange gælder, at de ikke anvendes ensartet i medarbejdergruppen, og der er behov for en opmærksomhed på de specielle ernæringsindsatser hen over hele døgnnet.

Tilsynet anbefaler, at

- Iværksætte en proces, hvor målgrupperne for de almindeligste "særlige kostbehov" beskrives sammen med de "særlige kostindsatser".
- Understøtte udarbejdelsen og implementering af en vejledning i hvordan og hvor der bør dokumenteres i den forbindelse.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Indikator 3.3: Sammenhængende indsats

Fokus: De kommunale tilbud efter §§83, 83a og 86 samt genoptræningsplaner (SUL) skal indgå i en samlet indsats for at bringe borger tilbage til eller så tæt som muligt til borgers potentiale for funktionsevne.

Ved afslutning af træningsforløb kan borger have behov for at fortsætte med aktiviteter indbygget i hverdagen. Det kan være balanceøvelser indbygget i den personlige pleje, forflytte sig korrekt, rejse/siddeøvelser eller at medarbejder bare husker borger på øvelser eller opfordrer til at gå rigtigt med rollatoren.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne generelt er opmærksomme på at inddrage terapeuter, når borgernes funktionsniveau er truet.

Udviklingspunkt: I 1 ud af 3 borgerjournaler, ses der ikke opfølgning på, at det ikke er muligt at fremfinde dokumentation for fysioterapeuts faglige vurdering af borgers funktionsniveau. Der er derfor endnu ikke fulgt op på om borgeren har potentiale for rehabiliterende træningsindsats.

Tilsynet anbefaler, at

- Indføre arbejds gange, der sikrer opfølgning på henvendelser til de kommunale terapeuter.

Indikator 3.4: Det skriftlige arbejdsgrundlag

Tilsynet vurderer, at der aktuelt er iværksat en systematisk kvalitetssikring af borgerjournalernes indhold. Der er et tydeligt fokus på at sikre, at dokumentationens kvalitet er i overensstemmelse med de kommunale retningslinjer for området.

Medarbejderne kan orientere sig i borgerjournalernes indhold svarende til deres funktion, og medarbejderne kan ligeledes beskrive, hvorledes der skal dokumenteres i forbindelse med at en borgers tilstand ændres.

Udviklingspunkt: Hos 2 ud af 3 borgere er der ikke overensstemmelse mellem kostoplysninger på "spiseseddel" og i borgerjournal.

Tilsynet anbefaler, at

- At forsætte den ihærdige indsats, der er iværksat for at sikre kvaliteten af dokumentationen i borgerjournalen.
- Gennemføre mini-audits med fokus på at sikre overensstemmelse mellem oplysninger i borgerjournalens elementer og øvrige skriftlige støtteværktøjer, der benyttes i den daglige borgerrettede opgaveløsning.

Tema 5 Opfølgning på seneste tilsyn

Indikator 5.1: Handleplaner

Siden seneste tilsyn er der igangsat tiltag.

Der er udarbejdet handleplaner for de fleste af de opmærksomhedsområder, der var angivet i rapporten. Handleplanerne indeholder tydelig procesbeskrivelse og plan for opfølgning.

Udviklingspunkt: Der er ikke udarbejdet handleplan for sikring af borgeroplevet kontinuitet via klart handleanvisende døgnrytmeplaner. Der er ikke på anden vis fulgt op på dette specifikke indsatsområde. Som nævnt i tilknytning til indikator 3.4, arbejdes der generelt med forbedring af dokumentationen.

Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter den strukturerede indsats med

- Udarbejdelse af handleplaner for relevante indsatsområder.

Oversigt over de enkelte temaer

Temaerne vurderes i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Målene er belyst gennem interview, observationer og dokumentation og det er undersøgt, om der sammenhæng mellem de fastsatte standarder, handleplaner, beslutninger, tilbud til den enkelte og den praktiske udførelse.

Af nedenstående oversigt angives den samlede målopfyldelse for hvert tema. Vurderingen er angivet med farver og kategorierne HO (Helt opfyldt), BO (I betydelig grad opfyldt), NO (I nogen grad opfyldt), IO (Ikke opfyldt).

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

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

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

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

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

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt? 2) Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til, at bliver inddraget i at klare flest mulige dagligdags aktiviteter selv (fx personlig pleje, vande blomster, lægge tøj sammen, støve af m.m.) 3) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for? <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	HO	
1.2	<p>Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan give eksempel på, hvordan målene revideres i takt med at borgers ressourcer ændrer sig.</p> <p>Medarbejderne kan give eksempler på borgere, som støttes i ADL.</p> <p>Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.</p>	HO	
1.3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Det fremgår af omsorgsjournalen, at borgers psykiske og fysiske ressourcer inddrages i planlægningen og udførelsen. 2) Borgers funktionsevnetilstande er opdateret ved indflytning og der er tydeligt mål for indsatsen. 	HO	
1.4	<p>Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden.</p> <p>Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering.</p>	HO	

Tema 2a Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering



Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	HO	
2.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	HO	
2.3	<p><i>Kommunens fokus 2023: Implementering af "Drejebog for den gode indflytning"</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Plejecentret har en systematik for udlevering af relevant materiale 2) Hjemmebesøg er søgt afholdt samt indflytningssamtale og opfølgningssamtale 3) Der gives eksempler på borger hvor der aktivt er arbejdet med borgernes livshistorie 4) Der gives eksempler på borgere, hvor der er givet plads til at tale om den sidste tid 5) Der ses eksempler på dokumentation i journalen på de aftalte steder. 	HO	Efter forberedende indflytningssamtale og efterfølgende indflytnings- og opfølgningssamtaler ses strukturerede og dækkende referater. Disse er lette at genfinde pga. systematik i navngivning af disse notater.

			<u>Opmærksomhedspunkt:</u> Aftaler med borger og pårørende – ex. lft. kostønsker, er ikke indført i relevante fagligt notat/handlingsanvisning/døgnrytmeplan.
2.4	<i>Kommunens fokusområde 2023: Den sidste tid</i> 1) Medarbejderne kan redegøre for pleje og omsorg ved livets afslutning. 2) Medarbejderne kan redegøre for, hvor de finder borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation.	HO	Der høres om en systematisk proces.
2.5	<i>Praktisk hjælp, herunder rengøring</i> 1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen. 2) Personlige hjælpemidler fremtræder rene	BO	I 2 ud af 4 boliger ses en del fnuller og visne blade på gulve i sove- og opholdsrum. 1 af disse 2 havde desuden indtørrede pletter af noget der var spildt.
2.6	<i>Personlig pleje</i> 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. Medarbejderne beskriver arbejdsgange, der støtter at inkontinente borgers behov for toiletbesøg og evt. bleskift imødekommes.	HO	
2.7	<i>Aktiviteter – borgernes hverdag</i> 1) Borgerne er 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.	HO	
2.8	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 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? Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.	HO	

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

Samlet vurdering



Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.9	<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? <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af Bilag1.</p>	HO	
2.10	<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. 	BO	<p>1 borger har fået tilgodeset ønske om sprødkogte grøntsager. 1 ud af 3 borgere, kunne godt tænke sig noget "rigtig mad" – ex. Pastaretter.</p> <p>Remstruplund har ikke eget produktionskøkken. De får maden leveret fra det nærvæd beliggende produktionskøkken på Marienlund Plejecenter.</p>
2.11	<p>Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende. Der høres om involvering af borgere i det omfang det er muligt.</p>	HO	
2.12	<p>Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.</p>	BO	<p>De tre spisestuer fremstår rene og ryddelige.</p> <p>Opmærksomhedspunkt: Der er ingen stemningsskabende møbler eller vægdekorationer.</p>

			<p>Leder oplyser, at der er bestilt nye møbler – og at der i den forbindelse vil blive skabt nogle rum med mere atmosfære/hjemlig stemning. Dette gælder i spisestuerne, på alle 3 etager.</p> <p>Der benyttes ikke måltidsværter ifm. den varme mad til middag.</p> <p>Tilsynet hører uoverensstemmende beskrivelse af hvad "det gode måltid" er.</p>
2.13	<p>Arbejdsgangene støtter at borgere med særligt kostbehov tilbydes den rette kost, eksempelvis for borgere med</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dysfagi 2) Beriget kost 3) 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>	NO	<p>Der ses uoverensstemmelse mellem "Spiseseddel" – døgnrytmeplan – faglige notater – og mundtlige overleveringer fra medarbejderne.</p> <p>Særlige kosttilskud, er ikke anført systematisk på "spiseseddel" og/eller i journal.</p> <p><u>Opmærksomhedsområde:</u> "Spisesedlen" bruges forskelligt på de tre etager.</p>
2.14	<p>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</p> <p>Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleanvisende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen. 2) Der ses eksempler på observationer om borgers indtag af mad (når der er afvigelser) 3) Aftalt vejehyppighed ses udført 4) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. 	HO	


Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>Data fra pårørendeinterview fremgår af bilag 1.</p>	HO	
3.2	<p>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing samt opfølgning</p> <p>Medarbejdere kender arbejdsgangene for</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	HO	
3.3	<p>Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter</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>	BO	<p>Gennemgående er medarbejdere tydeligt opmærksomhed på at understøtte borgernes potentiale for rehabilitering, herunder opmærksomhed på inddragelse af relevante terapeutgrupper.</p> <p><u>Opmærksomhedsområde:</u> I 1 ud af 3 borgerjournaler, ses der ikke opfølgning på, at det ikke er muligt at fremfinde dokumentation for fysioterapeuts faglige vurdering af borgers funktionsniveau. Der er derfor endnu ikke fulgt op på om borgeren har potentiale for rehabiliterende træningsindsats.</p>

3.4	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag - Generelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Medarbejderne kender og anvender omsorgsjournalen ensartet. b) Der ses overensstemmende oplysninger om borgerens tilstande mellem tilstande, handlingsanvisninger, observationer, faglige notater, døgnrytmeplaner mv. c) Oplysninger på eventuelle tavler, i papirkalendere, i print og andre supplerende informationer til borgere og medarbejdere er i overensstemmelse med omsorgsjournalens oplysninger og borgers aktuelle tilstand. d) Oplysninger fra f.eks. terapeuter er lettilgængelige for assistenter og hjælpere. e) Kædeprocessen <i>måling, reaktion, sundhedsfaglig vurdering, konsekvensrettelse</i> er undersøgt og fundet veldokumenteret. f) 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>	BO	<p>Aktuelt er der iværksat en systematisk kvalitetssikring af borgerjournalernes indhold med henblik på at sikre overensstemmelse med de kommunale retningslinjer for dokumentation.</p> <p><u>Opmærksomhedsområde:</u> Ad c) Hos 2 ud af 3 borgere er der ikke overensstemmelse mellem kostoplysninger på "spiseseddel" og i borgerjournal.</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>	HO	

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	<ol style="list-style-type: none">1) Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejecentre, herunder arbejdsdragt og værnemidler.2) Værnemidler er lettilgængelige for medarbejderne.	HO	

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Handleplanen kan f.eks. have form af referat fra personalemøde.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</p>	BO	<p>Siden seneste tilsyn er der igangsat tiltag.</p> <p>Der er udarbejdet handleplaner for de fleste opmærksomhedsområder, der var angivet i rapporten. Handleplanerne indeholder tydelig procesbeskrivelse og plan for opfølgning.</p> <p><u>Opmærksomhedsområde:</u> Der er ikke udarbejdet handleplan for sikring af borgeroplevet kontinuitet via klart handleanvisende døgnrytmeplaner. Der er ikke på anden vis fulgt specifikt op på dette indsatsområde.</p>
5.2	<p>Effekten af tiltagene er evalueret. I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført</p>	HO	
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>	HO	<p>Der er igangsat målrettet kvalitetssikring af dokumentationen i borgerjournalen, hvilket har ført til forbedringer.</p>



Bilag 1 Pårørendeinterview

Sammenfatning af pårørendeinterview for Remstruplund Plejecenter

Antal interview under besøg:

Antal telefoninterview: 2

Interview i alt:

Tilsynet har talt med to pårørende, der er henholdsvis barn eller ægtefælle til beboerne. En pårørende kommer flere gange om ugen og en pårørende kommer en gang om ugen på plejecentret. Begge har været involveret i indflytningen på plejecentret. En beboer er flyttet ind på plejecentret indenfor de sidste 6 måneder, og en beboer er flyttet ind for over 2 år siden.

Målopfyldelse Tema	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant	Øvrige kommentarer
Indflytningen på plejecentret Samlet set: - Processen/information - Indflytningssamtale - Opfølgning	XX						To pårørende følte sig godt informeret og taget godt imod. En pårørende oplever god dialog og stor fleksibilitet, idet de fik tilbudt en anden lejlighed, som personalet mente passede bedre til deres behov.
Maden og måltidet Samlet set: Din nærtståendes tilfredshed med - den mad, der serveres til måltiderne? - det sociale samvær	X		X				Maden er tilrettet den ældre generation, og den mad er de glade for. En beboer mente, der var for lidt grøntsager. Der tages ekstra hensyn, og beboer får nu flere grøntsager. En beboer ønsker at spise i sin lejlighed – ofte sammen med hustru. To beboere er glade for at spise sammen med de andre beboere.



Målopfyldelse Tema	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ ikke relevant	Øvrige kommentarer
Pleje og vedligeholdelse af færdigheder Samlet set: Din tilfredshed med <ul style="list-style-type: none"> - den pleje, din nærtstående modtager - støtten til at vedligeholde sine færdigheder 	X	X					En pårørende er meget tilfreds med den pleje og hjælp, der bliver givet – ægtefælle bliver passet godt. En pårørende oplever, at beboeren får den pleje, der er behov for. Beboerne får lov til at gøre de ting, de selv kan og får den hjælp, de har behov for.
Aktiviteter Hvordan er du tilfreds med de tilbud, din nærtstående får til at deltage i forskellige aktiviteter?	X					X	En beboer ønsker ikke at deltage i aktiviteter. En beboer er meget glade for at deltage i diverse aktiviteter.
Rengøring Hvordan er du tilfreds med rengørings-standarden i din nærtståendes lejlighed?				XX			To pårørende oplever, at standarden er for lav. Der burde gøres rent oftere end hver tredje uge – især toiletterne. Der ligger nullermænd i lejlighederne og en pårørende oplever, at der kan lugte af urin i lejligheden.
Tøjvask Hvordan er du tilfreds med håndteringen af din nærtståendes vasketøj?			X	X			En pårørende oplever, at indgået aftale ikke overholdes. Der mangler dialog personalet imellem, da det ikke er alle, der kender til aftalen. En pårørende oplever, at det hvide tøj ikke forbliver ikke hvidt. En pårørende tager bluser og trøjer med hjem – ellers krymper det.



Målopfyldelse	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ikke relevant	Øvrige kommentarer
Tema							
Kommunikation med plejecentret Samlet set om: <ul style="list-style-type: none"> - Imødekommenhed - Samarbejde med medarbejderne - Tilfredshed med den måde, som plejecentrets leder og medarbejdere håndterer ros, kritik eller forslag til forbedringer, der kommer fra pårørende? 	XX						En pårørende har en lille bog, hvor der skrives diverse informationer. To pårørende oplever, at personalet altid er søde og meget imødekommende. De har altid tid til at snakke. De bliver informeret, når der er ændringer. To pårørende oplever, at personalet gør hvad de kan indenfor de givne rammer.
Vil du anbefale plejecentret til andre?	XX						De pårørende vil begge anbefale plejecentret til andre. De værdsætter plejecentrets værdier. To pårørende oplever, at personalet gør hvad de kan indenfor de givne rammer.

Tabel 1



Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

Tilgang og formål

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

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

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

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

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

Samlet set stiler tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

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

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

Indhold og metode

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

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

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

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

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



Vurderingsprincipper

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

Vurdering sker på 4 niveauer:

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

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

Niveauer	Det samlede tilsynsresultat											
Temaer												
Målepunkter												
De enkelte stikprøver												

Vurdering af den enkelte stikprøve

Dataindsamlingen sker ved stikprøver og ved anvendelse af interview, observation og dokumentation. Den indsamlede viden vurderes løbende ift. overensstemmelse med temaerne og målepunkterne.

Vurdering af de enkelte målepunkter

Hvert af de overordnede temaer belyses af underliggende målepunkter. Tilsynsførende vurderer målopfyldelsen af målepunktet på baggrund af dataindsamlingen. Der kan i nogle tilfælde være enkeltstående fund, som medfører, at målepunktet ikke er opfyldt. Det vil typisk være fund af betydning for borgerens sikkerhed. Vurderingen sker ud fra 4 kategorier, som farvemærkes af læsevenlige årsager:

	Helt opfyldt
	I betydelig grad opfyldt
	I nogen grad opfyldt
	Ikke opfyldt

Vurdering af det enkelte tema

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

Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

Godkendt

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

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

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

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



Godkendt med bemærkninger

Dette betyder, at målene i høj grad er opfyldte i forhold til den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerheden, men der vil være behov for justeringer for at sikre opfyldelse af alle måleområder. Højest 1 af temaerne er vurderet lavere end "Helt opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt". De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden. Målopfylde forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Godkendt med mangler

Højest 2 af temaerne er vurderet lavere end "Helt opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt". De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden. Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget. Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan og opfølgning efter kortere tid anbefales.

Delvist Godkendt

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end "Helt opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt". Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget. Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales.

Ikke godkendt/Kritisable forhold

Den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Der er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet og patientsikkerheden. Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling. Myndighedsafdelingen er kontaktet.

Høring og rapportering

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



Om virksomheden og kontaktoplysninger

Nethe Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef

DMK-tilsynsafdeling, akkrediteringsraadgiverne.dk
Egebjergvej 232 a
4500 Nykøbing Sjælland
Mobil: +45 2869 8898
Mail: nethe@jorck.net

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

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

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

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

Om virksomhedsleder og tilsynschef

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

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

Hun har været surveyor gennem 13 år for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) indtil 2021.

Ovenstående har medført lang erfaring og indgående viden og indsigt i spændingsfeltet mellem det, der besluttet (lovgivning, retningslinjer, kvalitetsstandarder m.m.) og det, der sker i praksis tættest på borgerne. Hertil kommer indgående erfaring med forandrings- og forbedringsarbejde med basis i uddannelse og projektarbejde med projekter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

