



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Silkeborg Kommune

Sundhed og Omsorg

Sandgårdsparken Plejecenter

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 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	13
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	17
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	19
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	20
BILAG 1 Pårørendeinterview	21
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	21
Om virksomheden og kontaktoplysninger	25

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.

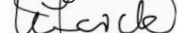
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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



Nette Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejecenter:

Sandgårdsparken Plejecenter, Sandgårdsparken 1, 8620 Kjellerup

Plejecenterleder:

Rikke Gryholt

Antal beboere:

40 borgere

Tilsynsbesøget fandt sted:

24. oktober 2022

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 9 borgerjournaler), arbejdsoversigter, menu-planer, aktivitetsplan, borgerinformationer m.v.

Interview: 3 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview samt 5 pårørende (pårørende er interviewet via telefon). De er informeret om formål og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Resultaterne af pårørendeinterview ses i bilag 1.

Desuden har tilsynet interviewet: 1 plejecenterleder, 5 sosu-assistent, 1 sosu-assistentelev, 1 sosu-hjælper, 1 afløser, 1 ernæringsassistent og 1 rengøringsassistent.

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

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 7 borgere.

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Anne Mette Villadsen, sygeplejerske, konsulent.

Samlet tilsynsresultat

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

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

Godkendt med bemærkninger

Vurderingsskala:

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

Godkendt

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfylde forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Godkendt med mangler

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

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 ”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

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

Generelle forhold

Sandgårdsparken Plejecenter har 40 boliger og består af to særskilte afdelinger. Der er produktionskøkkener og tilhørende velindrettede fællesarealer begge steder. Her produceres mad til alle døgnets måltider. Sandgårdsparken har det sidste års tid været ramt af flere personaleudfordringer på såvel leder- som på medarbejdersiden. Ny leder er tiltrådt for en måned siden.

Styrker

Funktionsevne:

Borgernes funktionsevne støttes via samarbejde med kommunens terapeuter. Et samarbejde der fremmer kvaliteten af forflytninger, korrekt anvendelse af hjælpemidler og faglig sparring til medarbejdere omkring øvelser, der kan styrke borgerens funktionsevne. Der ses relevante hjælpemidler hos besøgte borgere.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen: Tilsynet iagttager hverdagslivet. De interviewede borgere giver udtryk for, at medarbejdere er venlige og omsorgsfulde, uanset hvilket tidspunkt på døgnet det er. Hjælpen kommer hurtigt når der bliver spurgt om hjælp og borgerne giver udtryk for, de får en god pleje. Alle giver udtryk for, at de er meget trygge ved den hjælp de får. Tre ud af tre borgere giver udtryk for, at de er meget glade for at bo her, og bestemt vil anbefale stedet til andre der har behov for at bo på et plejecenter.

Praktisk hjælp: Tilsynet vurderer, at hjælpen tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes forskellige behov. Tilsynet oplever, at medarbejderne samarbejder på en værdig måde med borgerne og varetager de opgaver, som borgeren ikke længere selv kan varetage. Borgernes boliger og personlige hjælpemidler fremtræder rengjorte.

Personlig pleje: Tilsynet overværer personlig pleje hos borgere og finder, at her er velstrukturerede, og velegnede arbejdsprocesser der understøtter borgeren i at bevare sine færdigheder bedst muligt. Plejesituationen foregår i god tone og med respekt for borgerens aktuelle tilstand, ønsker og livssituation. Der høres om en arbejdsproces for at sikre, at borgerne tilbydes bad hver uge. Borgerne fremtræder velsoignerede efter borgers ønsker.

Mad og måltider: Tilsynet hører, at borgerne er med til at planlægge menuplanen, og at man på fødselsdage selv kan bestemme menuen. Borgerne roser maden. Medarbejdere medvirker under måltiderne og bidrager til, at måltidet bliver en god oplevelse. Borgere med behov for hjælp til spisning, hjælpes på en omsorgsfuld måde i borgers tempo. Tilsynet oplever måltidssituation, hvor medarbejderne medvirker til, at der hyggesnakkes ved bordene, og de der har hjælp behov bliver hjulpet.

Hverdagen og aktiviteter på plejecentret: De interviewede borger fortæller om en hverdag med aktiviteter af forskellig art. Specielt fremhæves de frivilliges indsats for at skabe aktiviteter på stedet.

Sammenhæng og forudsigelighed: Ved interview med borgerne hører tilsynet, at her har været perioder med flere nye ansigter og nye ledere. På trods heraf udtrykkes tilfredshed med samarbejdet med såvel medarbejdere og leder. En borger udtrykker: "Det er ikke alle der altid lige ved, hvordan jeg skal hjælpes, men så kan jeg jo heldigvis selv fortælle dem, hvordan det plejer at være, så det er ingen problem, jeg får en rigtig god hjælp her".

Medarbejderne arbejder fortrinsvist i de samme afsnit, så der kan opleves størst mulig kontinuitet i plejen. Der arbejdes fortsat på at samkøre de to afsnit så medarbejdere, når de går på tværs af afdelingerne, oplever samme arbejdsmetoder i hele huset.

Daglige tavlemøder medvirker til tidlig opsporing af borgere i risiko. Samtidig medvirker dette til, at her sker en løbende kompetenceudvikling. Tilsynet overværer et tavlemøde hvor relevante faglige problemstillinger drøftes.

Siden seneste tilsyn: Ny leder er lige tiltrådt, her har været en periode med flere lederskift og uden fast ledelse. Samtidig har her været en del udskiftning på personalesiden. Nuværende oplyses tilsynet om, at her er ansat en sygeplejerske mere der tiltræder om en måned.

Der har grundet ovennævnte været holdt fokus på at borgerne skulle have en god pleje og det har været nødvendigt, at nedprioriterer udviklingstiltag.

De ovenfor nævnte tiltag, styrker og erfaringer vurderes at være et godt afsæt til at arbejde med de udfordringer som tilsynet har påpeget.

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 1 tema er ”Helt opfyldt”
- 3 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 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 2 Livskvalitet og tilfredshed

Indikator 2.12: Borger tilbydes kost svarende til sin ernæringstilstand

Et væsentligt grundlag for, at borgeren har energi og kan deltage i egen pleje og være fysisk aktiv er, at ernæringstilstanden er så god som mulig. Ældre småtspisende borgere er ofte sårbare, og 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 hjælpere, elever, uddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl. De tværgående arbejds-gange er derfor afgørende for kvaliteten i opgaveløsningen.

Reaktion når en borger har takket nej til vejning og ernæringsvurdering.

Når en borger har takket nej til vejning og ernæringsvurdering, er det besluttet, at her skal ske en sundhedsfaglig vurdering heraf og at denne dokumenteres i Nexus. I tre ud af seks gennemgåede borgerforløb hvor en borger har takket nej til vejning, ses ikke i Nexus at der er sket en sundhedsfaglig vurdering.

Vejhyppighed.

I seks ud af otte gennemgåede borgerjournaler er den aftalte vejhyppighed ikke udført.

Reaktion på utilsigtet væggtab.

I fire ud af otte gennemgåede borgerjournaler kan der ikke ses tegn på, at vægttabet er meldt videre til sundhedsfaglig vurdering mundtligt eller skriftligt f.eks. som observation lagt som opgave.

Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere

I en plastbøtte der angiveligt indeholder Adosan står hverken navn eller dosis angivet på bøtten, hvilket udgør en risiko for fejlanvendelse/fejldosering af indholdet.

Tilsynet anbefaler,

- at der etableres en sikker arbejdsgang, så der sker en sundhedsfaglig vurdering når en borger har takket nej til vejning og ernæringsvurdering
- at planlagte vejninger udføres og at medarbejderne kender til at flytte en vægt eller sende en observation, når vejningen ikke kan gennemføres på den aftalte dag
- at sætte fokus på, hvorledes formidlingen af væggtab til sundhedsfaglig bedst kan tilrettelægges, f.eks. som observation lagt som opgave
- at overveje at gennemføre en minijournalaudit på ovenstående med jævne intervaller
- at der angives navn og dosis på produkter, der anvendes til fortykning af drikkevarer.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Målepunkt 3.1

Ikke alle borgere er i stand til selv at kunne forklare, hvilken hjælp de har brug for. Derfor er det vigtigt, for at sikre at borgeren får den hjælp de har behov for, at de der skal udføre hjælpen er orienteret om borgers vaner, ønsker og behov forud for en opgave skal udføres.

Når der er afløsere på arbejde, oplever en ud af tre borgere, at vedkommende selv skal fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres.

Tilsynet anbefaler

- at stramme op på proceduren, så vikarer introduceres til de borgere de skal ind til samt, at de orienterer sig i Nexus omkring borgers døgnrytmeplan, så de er orienteret om, hvilke opgaver der skal udføres og hvordan opgaverne skal udføres.

Målepunkt 3.3

Når en borger anvender et hjælpemiddel i forbindelse med forflytning, er det vigtigt for at opnå en korrekt anvendelse af hjælpemidlet, at der foreligger en instruks i korrekt anvendelse af det konkrete hjælpemiddel.

Hos en borger der forflyttes ved hjælp af Sara Steady ses ingen vejledning i brugen af denne, hverken i borgers journal eller i borgers lejlighed.

Tilsynet anbefaler

- at der udarbejdes forflytningsvejledninger til de steder hvor et givent hjælpemiddel til forflytning anvendes, så alle medarbejdere har mulighed for at anvende hjælpemidlet korrekt.

Målepunkt 3.6

Det er vigtigt for borgerens velbefindende og trivsel, at såvel vaner som ønsker til hverdagslivet kendes og så vidt muligt bliver efterlevet i hverdagen. Ikke alle borgere er i stand til selv at kunne forklare, hvilken hjælp de har brug for. Det er derfor af stor betydning, at viden er dokumenteret, så både faste medarbejdere som afløsere har mulighed for at tilgå den ellers tavse viden.

I fem ud af otte sete døgnrytmeplaner findes ikke oplysninger om borgers vaner og ønsker i relevant omfang for aften og nat.

Hos en dement borger der er storryger, kan det ikke ses i Nexus, hvilke forholdsregler der er taget i forbindelse med at forebygge ulykker i forbindelse med rygning.

Tilsynet anbefaler

- at medtage den tavse viden om de forhold, der skaber glæde for borgeren, så også medarbejdere, der ikke kender borgeren så godt, kan fremme gode oplevelser i hverdagen og så vidt muligt efterkomme borgers ønsker og vaner
- at foretage en risikovurdering i forbindelse med en dement borger er ryger. Få evt. inspiration i pjeccen: At arbejde i borgers hjem, udgivet af BFA (branche, fællesskab, arbejdsmiljø).

Tema 4 Hygiejne

Målepunkt 4.3 vask af borgers tøj i fælles vaskemaskine

Temaets fokus: Ved vask af borgernes tøj i fælles vaskemaskine, skal plejecentret sikre, at arbejdsprocesserne er overensstemmelse med de nationale retningslinjer (NIR). Dette indebærer rengøring af vaskemaskinerne i form af, at der køres en ugentlig kogevaske på tom maskine, samt aftørring af gummimembraner og låge mm.

På plejecentret varetages tøjvasken i fælles vaskemaskiner. Tilsynet erfarer, at der ikke udføres en ugentlig kogevaske på tom maskine med aftørring af gummimembraner. Der ses ikke et egenkontrolskema, så alle der udfører vask kan kende rutinerne.

Tilsynet anbefaler

- at justere arbejdsgangen for vask af borgerne tøj i fælles vaskemaskiner, så praksis bliver i overensstemmelse med den nationale infektionshygiejniske retningslinje (NIR)
- at der evt. udarbejdes et egenkontrolskema for kørt kogevaske på tom maskine med aftørring af gummemembraner, der er synligt i vaskeriet.

Tema 5 Opfølgning fra sidste tilsyn

I 2021 sås forbedringsbehov på flere områder, og disse forhold ses uændrede.

Tilsynet anbefaler, at

- styrke processtyringen med operationel oversigt: Hvem gør hvad, hvornår samt hvordan og hvornår igangsatte tiltag evalueres.
Det kan være i form af Silkeborg Kommunes handleplansskabelon eller ved udarbejdelse af en lokal proceshandleplan.

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).

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering	HO
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter 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	BO
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning Instrukser, værnemidler og rengøring Tøjvask	BO
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Lokal proces med prioritering, tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen sammenlignet med seneste tilsyn	NO

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

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

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

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering: 

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: -Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt? -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) -Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for?</p> <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af Bilag1.</p>	HO	
1.2	<p>Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson jf. kommunens beslutning. Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder. Relevante borgere er tilbudt en rehabiliterende indsats og der er fulgt op på indsatsen.</p>	HO	
1.3	<p>Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan beskrive, hvorledes mål fastsættes i samarbejde med borger med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer. Medarbejderne kan give eksempler på borgere, som støttes i ADL. Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.</p>	HO	
1.4	<p>Det fremgår af omsorgsjournalen, at borgers psykiske og fysiske ressourcer inddrages i planlægningen og udførelsen. Hjælpen beskrives med en rehabiliterende tilgang.</p>	HO	
1.5	<p>Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering. Medarbejderne kender eget ansvar og opgaver.</p>	HO	

Tema 2 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) Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? 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 Bilag1.</p>	BO	En åndsfrisk borger giver udtryk for, at vedkommende gerne vil have lidt mere fysisk træning for at kunne opretholde eller gerne forbedre nuværende funktionsniveau.
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) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov? 3) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på? <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af Bilag1.</p>	HO	
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 3) Fællesarealer fremtræder rengjorte. 	HO	<p>Ad 1.</p> <p>Der gøres rent sv. til kvalitetsstandarden hver tredje uge.</p> <p>Adspurgt kan der ikke fremvises en liste over, hvornår der gøres rent i hvilke lejligheder og på hvilke fællesarealer.</p> <p>Dette er sårbart, så snart den faste medarbejder er fraværende og en anden skal udføre arbejdet.</p>

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>	HO	
2.5	<ol style="list-style-type: none"> 1) Medarbejdere og ledere beskriver arbejdsgange, som understøtter, at den enkelte borgers potenti-ale og ønsker er kendt af medarbejdere og at borger støttes i at deltage i relevante aktiviteter og samvær. 2) Der høres om en velfungerende struktur internt og i samarbejdet med frivillige og andre. 3) Der foreligger aktivitetsplan, som er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere. 	HO	
2.6	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Er der mulighed for at lave de ting, der betyder noget? -Får du dækket dit behov for at være sammen med andre? -Hvad synes du – er der gode oplevelser hver dag? Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes? <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af Bilag1.</p>	HO	

Måltider og mad, der svarer til borgers behov

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.7	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <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	
2.8	<p>Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at der er klart værtsskab og at medarbejderne sørger for gode rammer til en uforstyrret spisning og hyggelig stemning.</p> <p>Arbejdsgangene fremmer, at borgerne får den støtte til spisning, de har brug for.</p> <p>Arbejdsgangene fremmer, at den enkelte borger opnår en positiv oplevelse af måltidet.</p>	HO	

2.9	Der foreligger menuplan, som er udarbejdet med involvering af borgere og tilgængelig for borgere og pårørende.	HO	
2.10	Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. Måltidsværter støtter en positiv oplevelse for borgerne.	HO	
2.11	Medarbejdernes beskrivelse af arbejdsgangene viser, at der tages hensyn til den enkelte borgers behov. Hvis borger har fødemiddelallergi eller intolerance fremgår dette tydeligt for medarbejdere der tilbereder eller serverer maden.	HO	
2.12	<i>Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring</i> Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab. 1) I omsorgsjournalen er ernæringsindsatsen beskrevet handleanvisende. Hos relevante borgere foreligger mål og plan for indsatsen, kosttype, og evaluering af indsatsen. 2) Aftalt vejhyppighed ses udført 3) Der kan fremfindes reaktion på utilsigtet vægttab. 4) Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere – dels i døgnrytmeplaner og dels i eventuelle kostsedler.	NO	<p>Når en borger har takket nej til vejning og ernæringsvurdering, er det besluttet, at her skal foretages en sundhedsfaglig vurdering heraf, samt at dette dokumenteres i Nexus.</p> <p>Hos tre ud af seks gennemgåede borgerjournaler ses ikke i Nexus, at det er dokumenteret, at her er foretaget en sundhedsfaglig vurdering.</p> <p>Ad 2. I seks ud af otte gennemgåede borgerjournaler er den aftalte vejhyppighed ikke udført og der er ikke reageret herpå.</p> <p>Ad 3. I fire ud af otte gennemgåede borgerjournaler kan der ikke ses en reaktion på et utilsigtet vægttab.</p> <p>Ad 4. I en ud af otte gennemgåede borgerjournaler fremgår det af aftendøgnrytmeplanen, at borger skal have sine tabletter med Protino. Der ses ingen steder i Nexus, at borger er vurderet til at skulle have kosttilskud i form af Protino.</p>

			<p>I køkkenet i Solsikken ses en plastbøtte hvor indholdet angiveligt er Adosan. Tilsynet oplyses om, at dette er Adosan. Her er ikke skrevet på bøtten, hverken navn på indhold eller angivelse af dosis.</p>
--	--	--	--

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald. <p>Data fra pårørendeinterview fremgår af Bilag1.</p>	BO	<p>To borgere giver udtryk for at her kommer mange forskellige hjælpere.</p> <p>En borger giver udtryk for, at hun selv af og til skal fortælle en afløser, hvordan en opgave bedst udføres.</p>
3.2	<p><i>Arbejdsprocesser ved ændring i borgers tilstand – tidlig opsporing</i></p> <p>Medarbejdere kender arbejdsgangene for at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner.</p>	NO	<p>Se punkt 2.12 omkring videreformidling ved ændring af borgers tilstand og behov for sundhedsfaglig vurdering.</p>
3.3	<p><i>Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb</i></p> <p>Medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.</p> <p>Det kan eksempelvis være ved behov for vurdering af borgers potentiale for funktionsevne, ved afslutning af §86 eller ved genoptræningsplan efter §140.</p> <p>Borgers behov for eksempelvis personlig pleje er kombineret med balance- stå- eller gåmuligheder samt evt. øvelser, som borger kan huskes på. Borger kan have behov for at blive husket på rigtig forflytning eller bedst brug af rollator eller andet.</p>	BO	<p>En borger forflyttes ved hjælp af Sara Steady. Her ses ingen forflytningsvejledning hertil i Nexus eller i borgers lejlighed.</p>

3.4	<p>1) Medarbejderne oplever de konkrete døgnrytmeplaner anvendelige og brugbare i forhold til opgaveløsningen hos borgerne.</p> <p>2) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren.</p>	HO	
3.5	<p>Generelt: Dokumentationen i omsorgsjournalen fremstår med overensstemmende og opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande.</p>	BO	<p>Hos en ud af otte gennemgåede borgerjournaler er det noteret i aften-døgnrytmeplanen, at der føres væskeskema hos borgeren. Dette er ikke opdateret, idet der ikke længere føres væskeskema.</p>
3.6	<p>Omsorgsjournalen viser overensstemmelse mellem formålet med hjælpen og tilbuddet af hjælp. Døgnrytmeplaner fremtræder handleanvisende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger samt borgers vaner og ønsker i relevant omfang.</p>	BO	<p>Hos fem ud af otte gennemgåede døgnrytmeplaner ses ingen beskrivelse af, borgers vaner og ønsker for aften og nat.</p> <p>En dement borger er storryger, og ryger i egen lejlighed. Her står intet i døgnrytmeplanen om, hvilke forholdsregler der er taget i forbindelse med at forebygge ulykker i forbindelse med rygning, og ingen informationer kan ses i Nexus om familien er inddraget i problemstillingen omkring risiko ved en dement borger ryger i egen lejlighed eller hvilke forholdsregler der for ar arbejde i et hjem hvor der ryges. Adspurgt oplyses tilsynet om, at det ikke har været drøftet, hvordan man forholder sig til problematikken.</p>
3.7	<p>Omsorgsjournalen afspejler et bevidst samarbejde monofagligt og flerfagligt. For de undersøgte borgerforløb kan der være tale om samarbejde med diætister, demenskonsulent, læge, terapeuter o.a.</p>	HO	

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	1) Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejecentre, herunder arbejdsdragt og værnemidler. 2) Der forefindes værnemidler.	HO	
4.2	Leder og relevante medarbejdere kender til at fremsøge og anvende gældende instrukser og arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud.	HO	
4.3	Hvis plejecentret varetager tøjvask uden for borgers bolig: Instruks for tøjvask er lettilgængelig for medarbejderne og følger anbefalingerne i NIR. Tøjvasken sker i overensstemmelse hermed.	NO	<i>Tilsynet erfarer, at der ikke udføres en ugentlig kogevaske på tom maskine med aftørring af gummimembraner. Der ses ikke et egenkontrolskema, så alle der udfører vask kan kende rutinerne.</i>

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.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</p>	NO	Der kan på tilsynsdagen ikke fremvises en handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn.
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>	NO	
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>	NO	Tilsynet ser mange af de samme forbedringsbehov som ved sidste års tilsyn.



BILAG 1 Pårørendeinterview

Pårørendeinterview

Antal interview under besøg:

Antal telefoninterview: 5

Resultat

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller utilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ikke aktuelt	Øvrige kommentarer
Forventningssamtale	x	x x		x	x		Blev ikke afholdt og har savnet og savner fortsat denne. Bliver ikke informeret ved forandringer trods ønske herom. Bliver kontaktet ved behov.
Maden	x x	x x	x				Ikke helt tilfreds med den bløde kost
Pleje og vedligehold af færdigheder	x x		x x	x			Ligger længe inden vedkommende kommer op. Tøjet nusset, får ikke hjælp til selvhjælp, for få medarbejdere der er faste. Kommer ikke ud og de sociale færdigheder bliver overhovedet ikke vedligeholdt.
Aktiviteter	x	x		x	x	x	Savner information om, hvad der sker hvornår. Får kun de aktiviteter pårørende tager borgeren med til.
Rengøring og tøjvask	x x	x	x	x			Rengøring i orden, men tøjet vaskes ikke korrekt og forsvinder. Rengøring i orden, men tøjet forsvinder og vaskes forkert. Tøjvask er helt i orden.
Kommunikation med plejecentret	x x	x	x	x			Omgangstonen handler om hvilket personale der er på arbejde. Ingen reaktion på ønsker til forbedringer. Besværligt at få fat i kontaktpersonen, tager ikke tlf. Forbedringsforslag bliver ikke hørt.
Vil du anbefale plejecentret til andre	JA: x x NEJ: x x VED IKKE/BÅDE OG:						Gode hjemlige rammer, og et personale der er imødekommende. Kræver ressourcestærke pårørende at være beboer her. Synes stedet fungerer godt, borgeren glad for at bo her. Ikke et specielt godt sted til demente. Et godt familiært sted, hvor meget kan lade sig gøre. Kan ikke svare på om man vil anbefale stedet kommer an på vedkommende der skal bo her hvordan vedkommende er.

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 stiller 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, fællesarealer afholdelse af måltider m.m.

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

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



Vurderingsprincipper

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

Vurdering sker på 4 niveauer:

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

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





Niveauer	Det samlede tilsynsresultat											
Temaer												
Målepunkter												
De enkelte stikprøver												

Vurdering af den enkelte stikprøve

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

Vurdering af de enkelte målepunkter

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

	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 "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 målområder.

Højest 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.

Godkendt med mangler

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

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

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

Delvist Godkendt

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

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

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

Ikke godkendt/Kritisable forhold

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

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

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

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. ædretilsynets målepunkter
- Kvalitetsbesøg/temperaturmåling ift. risikobaseret tilsyn med STPS's målepunkter
- Second opinion kombineret med kvalitetsbesøg/tilsyn ved eksempelvis klagesager
- Tværsektorielle borgerforløb. Ressource- og opgavefordeling
- Brugerundersøgelser, herunder borgertilfredshedsundersøgelser

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

Om virksomhedsleder og tilsynschef

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

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

Hun er aktiv surveyor med ledende funktioner gennem 13 år for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet).

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.

