



akkrediteringsraadgiverne.dk

**TILSYNSRAPPORT**

**Odsherred Kommune**

**Omsorg og Sundhed**

**Solvognen Plejecenter**

Uanmeldt kommunalt tilsyn

Februar 2023

## Indholdsfortegnelse

<b>Forord .....</b>	<b>4</b>
<b>Fakta om tilsynet .....</b>	<b>5</b>
<b>Samlet tilsynsresultat.....</b>	<b>6</b>
<b>Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer.....</b>	<b>7</b>
<b>Oversigt over de enkelte temaer.....</b>	<b>10</b>
Tema 1 Funktionsevne .....	11
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen .....	13
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed .....	15
Tema 4 Magtanvendelse sker i overensstemmelse med lovgivning og lokale beslutninger .....	20
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn.....	21
<b>Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper .....</b>	<b>22</b>
<b>Om virksomheden og kontaktoplysninger.....</b>	<b>25</b>

## Forord

De uanmeldte tilsyn i Odsherred Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Odsherred 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.

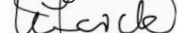
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

Anden del af rapporten indledes med oversigt over målopfyldelsen for de enkelte temaer. Herefter er de konkrete kvalitetsindikatorer medtaget, således at 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:**

Solvognen Plejecenter, Højbygårdsvej 10, 4573 Højby

**Leder:**

Centerleder Lene Lysén

**Antal beboere:**

48 borgere

**Tilsynsbesøget fandt sted:**

21. februar 2023

**Tilsynsbesøgets dataindsamling og datakilder:**

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 9 borgerjournaler), instrukser, borgerinformationer, aktivitetsoversigt, menuplaner, borgeravis, ernæringsskemaer m.v.

Interview: 5 borgere, som kan medvirke til interview. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet.

Desuden har tilsynet interviewet 1 centerleder, 1 sygeplejerske, 3 assistenter, 3 hjælpere, 1 assistentelev, 1 rengøringsmedarbejder samt 1 køkkenleder.

Observation: 5 borgers bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer, triage og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig pleje til 3 borgere og hjælp til spisning hos 2 borgere.

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

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

**Tilsynsførende:**

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

## Samlet tilsynsresultat

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

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

Den sammenfattende vurdering giver anledning til følgende resultat:

### Målene er i høj grad opfyldte

#### Vurderingsskala:

##### Målene er i meget høj grad opfyldte

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

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

##### Målene er i høj grad opfyldte

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

##### Målene er i middel grad opfyldte

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

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

Løbende opfølgning anbefales.

##### Målene er i lav grad opfyldte

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

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

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

Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.

##### Kritisable forhold

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

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

## Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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, Odsherred Kommune Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

### Styrker

Solvognen Plejecenter fremstår som et plejecenter som fortsætter den positive udvikling. Implementeringen sker i samarbejde mellem leder og medarbejdere. Det er tilsynets indtryk, at nyere ansatte medarbejdere sammen med de erfarne medarbejdere yderligere vil medvirke til denne udvikling. De interne strukturer fremstår forbedret, hvilket blandt andet er sket via styrkelse af samarbejdet på tværs gennem fælles daglige triagedrøftelser.

Leder har tillige fået ledelsen af Sejrbo og det er tilsynets indtryk at denne samlede ledelse allerede giver forbedrede borgerforløb ved indflytninger.

Den ihærdige indsats har medført forbedringer og det er tilsynets indtryk, at de opnåede resultater kan fastholdes og yderligere målopfyldelse opnås indenfor kortere tid: Målene er i høj grad opfyldte.

#### Funktionsevne:

Medarbejderne kender generelt til borgernes behov for at fastholde og om muligt øge funktionsevnen. Borgerne fortæller om et velfungerende samarbejde i hverdagen med medarbejderne. Det er ved at blive styrket allerede fra indflytningen

Borgerne fortæller om varierede aktivitetstilbud, som giver mening for dem. Der lyttes til borgernes ønsker, talenter og behov og indsatsen er med til at styrke funktionsevnen.

#### Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen:

De interviewede borgere udtrykker, at de er glade for at bo på plejecentret og at de kun møder imødekommende, venlige og omsorgsfulde medarbejdere, de kan snakke godt med. Flere borgere synes det er noget vanskeligt med flere af de nyere medarbejdere, som vanskeligt kan forstå og udtrykke sig på dansk. (Der er tale om SSA-elever).

*Personlig pleje og praktisk hjælp:* Tilsynsførende overværer dele af personlig pleje til 3 borgere. Der ses velegnede arbejdsprocesser og hjælpen tilrettelægges i vid udstrækning efter borgernes vaner, ønsker og behov med hensyntagen til borgers aktuelle tilstand. Borgerne fremtræder velplejede og velsoignerede efter ønske. Fællesarealer, boliger og køkkener fremtræder velfungerende, ryddelige og rengjorte. Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere.

*Måltider:* Tilsynet hører kun godt om madens smag. Køkkenmedarbejderne er synlige på skift i husene og det er tilsynets opfattelse at det skaber glæde at have duften af mad og bagværk i huset. I flere afsnit ses hyggelig stemning dagen igennem, hvor medarbejdere medvirker med nærvær og småsnakken. Borgere med behov for hjælp til spisning, hjælpes på en omsorgsfuld måde.

#### Sammenhæng og forudsigelighed:

Tidlig opsporing af ændringer hos borgerne støttes af daglige fælles triagemøder. Triagen fremstår velstruktureret og fungerer dels til den faglige drøftelse af aktuelle forhold og dels som en del af den løbende kompetenceudvikling.

*Siden seneste tilsyn* er det lykkedes at fastholde de opnåede forbedringer og yderligere skabe grundlag for kommende forbedringer. Tilsynet hører om forventede tiltag som kan forventes at skabe yderligere forbedringer internt i det social- og plejefaglige såvel som i samarbejdsfladerne til køkkenet og til det terapeutfaglige område.

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

## Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 1 temaområde er ”Helt opfyldt”
- 4 temaområder er ”I betydelig grad opfyldt”

Temaområderne består af underliggende målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er ”Helt opfyldt” kan rumme enkelte målepunkter med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af sidste del af rapporten.

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

### **Tema 1 Funktionsevne**

Temaets fokus: Allerede fra indflytning er kendskab til borgers ønske og potentiale for funktionsevne et vigtigt grundlag for at tilrettelægge plejen, så indsatsen støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder. Status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering skal være let tilgængelig for medarbejderne. Borgerne skal tilbydes en rehabiliterende indsats.

Tilsynet hører, at medarbejderne italesætter borgernes behov for at fastholde og om muligt øge funktionsevnen. Udviklingspotentialet er, at arbejdsprocesserne ikke støtter en bevidst indsats. Tilsynet hører om overvejelser om øget sammenhæng mellem Sejrso og Solvognen.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats for at

- fastlægge arbejdsprocesser, der fra indflytning medtager borgers mål og potentiale for funktionsevne
- opdatere funktionsevnetilstande ved årgennemgange samt ved ændringer i borgers tilstand.

### **Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed**

Målepunkt 3.2 c) *Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.*

Der ses uoverensstemmende dokumentation for 4 ud af 4 undersøgte borgerforløb. Der ses kostoplysninger i Cura og i ernæringskemaer i kostmappe. Ernæringskemaerne er både køkkenets og plejeenhedens arbejdsredskaber. Der ses uoverensstemmende oplysninger og for enkelte borgere ses uklarhed om hvilken kostform, der er den rette. Arbejdsproces for opdatering af borgernes ernæringskemaer fremstår uklar. Uddybende oplysninger ses under målepunktet.

Tilsynet anbefaler at

- tjekke begrundelse for alle borgere med anden kostform end normal kost
- kontakte ergoterapeut ved mistanke om dysfagi, tandlæge ved tandproblemer m.m.
- fastlægge arbejdsproces for at sundhedsfaglige beslutninger konsekvensrettes i Cura og i ernæringskemaet til køkkenet- hvem gør hvad?
- overveje en jævnlig gennemgang af ernæringsmapperne af ernæringsansvarlige og køkkenmedarbejdere
- ved indflytning af borgere med oplysning om behov for særlig kost at tjekke begrundelsen for dette.

Indikator 3.4 og 3.5: *Dokumentation i omsorgsjournalen*

Den faglige dokumentation er et grundlag for medarbejdernes viden og forståelse for borgeren og dermed væsentlig for, at borgeren kan modtage en ensartet og forudsigelig opgaveløsning på et sikkert kvalitetsniveau.

Arbejdsgangene er fastlagte. Siden seneste tilsyn er gjort en ihærdig indsats gennem oplæring og løbende kompetenceudvikling. Der ses forbedringer og øget overensstemmelse mellem helbredstilstande, handlingsanvisninger, observationer, målinger, m.m.

Udviklingspunktet er i særlig grad plejeplaner for personlig pleje, som ikke afspejler en rehabiliterende tilgang. For 6 ud af 6 forløb ses, hvad borger skal hjælpes med. Det er vigtig viden, men det er uklart hvad borger selv kan mestre og med en rehabiliterende tilgang selv kan fortsætte med eller genvinde evne til at kunne selv.

For 3 borgere som vanskeligt kan udtrykke egen behov ses ikke oplysninger om, hvad der kan gøre plejen rar for borger og kan hjælpe borger med at have en god oplevelse. F.eks. aftentimerne. Her er oplysninger om aftenrytme, sengetider, sengevaner, musik, fjernsyn, bamser/demensdukke væsentligt for en god nattesøvn.

Det er tilsynets indtryk, at medarbejdere, der kender borger godt, har disse oplysninger, men får ikke formidlet ”den tavse viden” om mennesket videre til kollegaerne skriftligt.

Det er væsentligt, at nye medarbejdere og elever oplever en stærk rehabiliterende tilgang og dette kan blandt andet støttes via den daglige læsning og vedligeholdelse af personcentrerede plejeplaner.

#### *Tilsynet anbefaler*

- at styrke den rehabiliterende tilgang med borger i centrum
- at styrke samarbejdet med demensvejleder, herunder undervisning ud fra blomsten
- at plejeplanerne afspejler den personcentrerede tilgang
- at fortsætte de planlagte tiltag og videre kompetenceudvikling.

#### *Målepunkt 3.3 Den vedligeholdende indsats, som udføres i samarbejde med terapeuter*

De kommunale tilbud efter §83 og §86 samt genoptræningsplaner (SUL) indgår 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 samtidig med den personlige pleje, huske at gå ture med rollatoren, forflytte sig korrekt, rejse/siddeøvelser eller at medarbejder bare er i nærheden imens, fordi det er mere trygt eller at borger har brug for at blive husket på øvelserne.

Forbedringspunktet var i 2022, at snitfladerne til de kommunale og de private terapeuter fremstod uklar for medarbejderne, hvilket havde betydning for de oplysninger, der indgår i besøgsplanerne o.a.

Det er tilsynets indtryk at medarbejderne har øget fokus på samarbejdet med de kommunale terapeuter og der ses et eksempel på anvisninger i en plejeplan for personlig pleje. Samarbejdet med de private terapeuter fremstår vanskeligt at forbedre.

#### *Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder*

- at kontaktpersonerne fortsat styrker deres viden om, hvorvidt borgerne har et træningsforløb og følger op på eventuelle terapeutanbefalinger, der skal afspejle sig i besøgsplanerne
- at etablere arbejds gange for samarbejdet med terapeuter – også de private.

#### **Tema 4 Magtanvendelse sker i overensstemmelse med lovgivning og lokale beslutninger**

Der høres forskellige opfattelser af, hvornår og hvordan magtanvendelse skal indberettes. For en konkret borger høres om eksempler på behov for øget indberetning.

#### *Tilsynet anbefaler at fortsætte opmærksomheden og implementere tiltag for*

- at indberetninger sker i overensstemmelse med det vedtagne.



## 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).

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

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	<b>Funktionsevne</b>  Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering Borgers oplevede kvalitet af indsatsen	
Tema 2	<b>Livskvalitet og tilfredshed</b>  Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Måltider	
Tema 3	<b>Sammenhæng og forudsigelighed</b>  Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde	
Tema 4	<b>Magtanvendelse sker i overensstemmelse med beslutninger</b>  Medarbejderne kender og anvender instruks Magtanvendelse indberettes svarende til instruks Magtanvendelse indgår i introduktion	
Tema 5	<b>Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn</b>  Proces for den lokale opfølgning med tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.	

### Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

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

## Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt? 2) Hjælper den hjælp du får dig til at vedligeholde dine færdigheder? 3) Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til, at bliver inddraget i at klare flest mulige dagligdags aktiviteter selv (fx personlig pleje, vande blomster, lægge tøj sammen, støve af m.m) 4) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for?		
1.2	1) Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson jf. kommunens beslutning 2) Relevante borgere er tilbudt en rehabiliterende indsats og der er fulgt op på indsatsen. 3) Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder.		<i>Ved forespørgsel blandt erfarne medarbejder høres uklare arbejdsprocesser for kontakt til terapeuter ift. vurdering af funktionsevne/visitation til §86 forløb.</i>
1.3	1) Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan beskrive, hvorledes mål fastsættes i samarbejde med borger med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer. 2) Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp. 3) Aktivitetstilbud: Borgers individuelle træningsbehov er kendt af relevante medarbejdere og er om muligt indarbejdet i tilbuddene.		Ad 1 <i>Opmærksomhedspunkt er at fastsætte mål sammen med borger.</i>  <i>Dette kan med fordel gøres fra indflytning og opdateres løbende ved ændringer i borgers tilstand.</i>
1.4	Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering.  Relevante og opdaterede oplysninger fremgår af 1) Borgernes funktionsevnetilstande		<i>For 2 ud af 3 borgere, som har boet længere tid på plejecentret ses oplysninger ikke svarende til borgers aktuelle funktionsevne.</i>

			<p>For 1 borger indflyttet indenfor seneste 2 mdr. ses funktionsevnetilstandene opdateret efter indflytning, men oplysningerne er ikke svarede til at borger anvender kørestol.</p>
--	--	--	---

## 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"> <li>1) Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?:</li> <li>2) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? Oplever du en positiv stemning i hverdagen på plejecentret?</li> <li>3) Hvor tilfreds er du samlet set med at bo her?</li> </ol>		
2.2	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg.</li> <li>2) Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt?</li> <li>3) Vil du anbefale plejecentret til andre med samme behov?</li> <li>4) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på?</li> </ol>		
2.3	<p><i>Personlig pleje</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hvis tilsynsførende overværer plejen konstateres, at plejen gives omsorgsfuldt og i samarbejde med borger. Borger støttes i at udføre så meget som muligt selv.</li> <li>2) Borgerne fremtræder velplejet.</li> </ol>		
2.4	<p><i>Praktisk hjælp</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen.</li> <li>2) Rengøringsydelsen er planlagt svarende til kommunens kvalitetsstandard.</li> <li>3) Personlige hjælpemidler fremtræder rene.</li> </ol>		

	<p>Hverdagen og aktiviteter</p> <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er der mulighed for at lave ting, du har interesse i, du synes er spændende?</li> <li>2) Får du dækket dit behov for at være sammen med andre?</li> <li>3) Er der gode oplevelser hver dag? Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes?</li> </ol>		
2.5	<p>Hverdagen og aktiviteter</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Der er en <u>aktivitetsplan</u>, som er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere</li> <li>2) 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.</li> </ol>		
2.6	<p>Måltider</p> <p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad?</li> <li>2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp?</li> <li>3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.?</li> <li>4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen?</li> </ol>		
2.7	<p>Måltider</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at der er klart værtskab og at medarbejderne sørger for gode rammer til en uforstyrret spisning og hyggelig stemning.</li> <li>2) Arbejdsgange fremmer muligheden for, at borgerne kan opnå en positiv oplevelse ved måltiderne.</li> </ol>		
2.8	<p>Måltider</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Der foreligger <u>menuplan</u>, som er tilgængelig for borgere og pårørende.</li> <li>2) Medarbejdere kan redegøre for hvorledes borgerne bedst muligt involveres i at menuplanen fast-lægges og hvordan borgerens evaluering af maden videregives til køkkenmedarbejdere.</li> </ol>		
2.9	<p>Måltider</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær.</li> <li>2) Medarbejdere er til stede ved måltidet og støtter en positiv oplevelse for borgerne.</li> </ol>		Der ses forskellig praksis i husene, hvilket delvist synes begrundet i borgeres mentale følsomhed overfor grin, småsnakken m.m.

## Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig?</li> <li>2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?</li> <li>3) Bliver du hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres?</li> <li>4) Kender du besøgsplanen/døgnrytmeplanen og oplever du, at beskrivelsen er meningsfuld og dækkende?</li> <li>5) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov?</li> <li>6) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald.</li> </ol>		
3.2	<p><i>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 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. Der kan ses eksempler på rettidig reaktion som viser en systematisk arbejdsproces.</li> <li>2) Arbejdsgangene belyses gennem kædeprocessen for tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, herunder involvering af læge, tandlæge, ergoterapeut o.a.             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Vejhyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval</li> <li>b. Der ses reaktion på uplanlagt væggtab</li> <li>c. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.</li> </ol> </li> </ol>		<p>Ad 1 <i>Fælles triage afholdes hver dag om formiddagen. Der er desuden fokusuger, som bidrager til drøftelser, opdateringer og relevant kontakt til samarbejdspartnere.</i></p> <p><i>Medarbejderne fortæller om forbedringer via den fælles triage. Tilsynet hører dels om de gode drøftelser og dels at man bliver bedre klædt på til at hjælpe i de andre huse.</i></p> <p><i>Tilsynet overværer dagens triage, som fremstår med engageret faglig dialog og samtidig som kompetenceudvikling.</i></p>

		<p>Ad 2</p> <p>a) <b>Vejehyppighed:</b> Vejehyppighed er fastlagt. Borgere tilbydes vægtkontrol hver måned og ved vægttab ændres til hver uge.</p> <p>Stikprøve i 4 borgerforløb viser helt overvejende overensstemmelse mellem den besluttede og den udførte vejehyppighed.</p> <p>b) <b>Uplanlagt vægttab</b> Der ses erkendelse af vægttab og sundhedsfaglig reaktion.</p> <p>c) <b>Kostoplysninger ses af</b></p> <p><u>Cura bl.a. i:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ "ernæring" (ydelse/handlingsanvisning)</li><li>○ Helbredstilstande</li></ul> <p><u>Papirbårne oplysninger:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ afsnittenes ernæringskemaer i kostmappe</li></ul> <p>Oplysningerne ses uoverensstemmende for 4 ud af 4 undersøgte borgerforløb. Dette betyder f.eks. i konkrete borgerforløb, at</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• "Proteintilskud x3 samt beriget is" er angivet i Cura, men ikke i "ernæringskemaet".</li></ul>
--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Glutenfri/laktosefri er angivet i Cura og på ernæringskema. I Cura er beskrevet en diagnostisk glutenprovokation anbefalet af hospital, men der ses ikke opdaterede oplysninger om status. På ernæringskema samt køkkenets viden i øvrigt fremgår ikke oplysning om provokationen</i></li> <li>• <i>For en borger med dysfagi, skal væsker fortykkes med attylet i følge Cura men den oplysning ses ikke på ernæringskema.</i></li> <li>• <i>Der findes ikke Attylet, men Nesles's Thicken-up, som har andet indholdsstof.</i></li> </ul> <p><i>Der høres ikke om en sikker løbende arbejdsproces for opdatering af borgernes ernæringskemaer samtidig med opdatering af Cura.</i></p>
<p>3.3</p>	<p><i>Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb</i>  <i>Medarbejderne kan redegøre for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere i forhold til:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mål</li> <li>2) Inddragelse af træningselementer og -aktiviteter i daglig hjælp, pleje og omsorg</li> <li>3) Vurdering af funktionsevne.....</li> <li>4) Råd til rigtig forflytning.....</li> <li>5) Personlig pleje: Balance- stå- eller gåmuligheder samt evt. øvelser o.a., som borger kan huskes på.</li> </ol> <p><i>Såfremt plejecentret ikke har/nyligt har haft borgere visiteret til ovenstående markeres indikatoren som "ikke relevant for dataindsamling" = grå farve.</i></p>		<p><i>I forbindelse med træningsforløb kan der ofte være behov for, at borger fortsætter med en rehabiliterende indsats i hverdagen.</i>  <i>Det kan være balanceøvelser samtidig med den personlige pleje, huske at gå ture med rollatoren, forflytte sig korrekt, rejse/siddeøvelser eller at medarbejder bare er i nærheden imens, fordi det er mere trygt eller at borger har brug for at blive husket på øvelserne.</i></p>



		<p>Tilsynet konstaterer, at flere borgere har lægeordineret vederlagsfri træning leveret af private terapeuter.</p> <p>En borger fortæller at terapeuten har anbefalet at hun hver dag styrker armen ved øvelse, som hun ikke får gjort, fraset sammen med en bestemt medarbejder. Denne oplysning ses ikke i Cura.</p> <p>For andre borgere ses oplysninger under vedligeholdende træning. Disse oplysninger ses i 1 ud af 3 tilfælde opdaterede.</p>
3.4	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> Der er fokus på systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand med udgangspunkt i ex uplanlagt vægttab, dysfagi, tryksår og fald.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Den social- og plejefaglige dokumentation er overensstemmende med opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande (ex helhedsvurdering, handlingsanvisninger, faglige notater, observationer, døgnrytmeplaner/besøgsplaner og eventuelle supplerende papirbaserede notater)</li> <li>2) Der er udført årsgennemgang svarende til borgers fødselsmåned</li> <li>3) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion (eksempelvis som observation med opgave)</li> <li>4) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender.</li> </ol>	<p>Siden seneste tilsyn ses øget overensstemmelse i Cura. De konstaterede uoverensstemmelser i Cura og de papirbårne dokumenter kan overvejende henføres til manglende konsekvensrettelse efter ændringer i borgers tilstande.</p> <p>Dette ses f.eks. ved terapeutnotater eller ændringer i borgers kost.</p> <p>Ad 2 Årsgennemgang: For 3 ud af 4 forløb ses helbredstilstande opdateret og for 2 ud af 4 borgere ses funktionsevnetilstande opdateret.</p> <p>Ad 4: Kostoplysninger Der ses uoverensstemmende dokumentation for 4 ud af 4 undersøgte borgerforløb jf. 3.2.</p>

3.5	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag Besøgsplaner/plejeplaner og generelle oplysninger</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Besøgsplaner/plejeplaner/døgnrytmeplaner fremtræder handleanvisende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger og borgers vaner og ønsker</li> <li>2) For borgere ramt af demens indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleanvisende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt</li> <li>3) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren.</li> </ol>		<p>Generelle oplysninger anvendes forskelligt og for en del borgere ses ingen oplysninger.</p> <p>Plejeplaner for personlig pleje: For 6 ud af 6 forløb ses, hvad borger skal hjælpes med. Det er vigtig viden, men det er uklart hvad borger selv kan mestre og med en rehabiliterende tilgang selv kan fortsætte med eller genvinde evne til at kunne selv.</p> <p>For 3 borgere som vanskeligt kan udtrykke egen behov ses ikke oplysninger om, hvad der kan gøre plejen rar for borgere og kan hjælpe borger med at have en god oplevelse (f.eks musik under den personlige pleje).</p> <p>For aften timerne er oplysninger om aftenrytme, sengetider, sengevaner musik, fjernsyn, bamser/demensdukke væsentligt for en god nattesøvn.</p> <p>Det er tilsynets indtryk, at medarbejder, der kender borger godt, har disse oplysninger, men får ikke formidlet "den tavse viden" om mennesket videre til kollegaerne skriftligt.</p>
-----	---	--	---

## Tema 4 Magtanvendelse sker i overensstemmelse med lovgivning og lokale beslutninger

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	Medarbejderne kan fremfinde instruks, der beskriver magtanvendelse i Odsherred Kommune. Dokumentet er lettilgængeligt for medarbejdere.		
4.2	Magtanvendelse indgår i introduktion til nye medarbejdere		
4.3	Medarbejderne kan redegøre for, hvornår pleje bliver til magtanvendelse. Medarbejderne kender til forebyggelse af magtanvendelse og fortæller om den socialpædagogiske indsats. Medarbejderne kan give eksempler på faglige drøftelse i aktuelle borgersituationer.		Der foreligger handleplaner for flere borgere.  Der høres forskellige opfattelser af hvornår pleje bliver til magtanvendelse.
4.4	Medarbejderne indberetter magtanvendelse i tråd med instruks.		Der høres forskellige opfattelser af, hvornår og hvordan magtanvendelse skal indberettes.  For en konkret borger høres om eksempler på behov for øget indberetning.

## 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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen.</li> <li>2) Der er prioriteret og igangsat tiltag.</li> <li>3) Der ses dato for evaluering.</li> </ol>		<p>Der høres om handleplan fra seneste tilsyn og igangsatte tiltag</p>
5.2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Effekten af tiltagene er evalueret</li> <li>2) I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført.</li> </ol>		<p>Det er tilsynets indtryk, at effekten af tiltagene evalueres undervejs og tiltag justeres. Der ses ikke en løbende kvalitetsstyring, eventuelt dokumenteret i referater fra personalemøder.</p>
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>		<p>En ihærdig indsats har medført, at Solvognen fortsætter den positive udvikling.</p> <p>Der ses målepunkter hvor tiltag er igangsat, men hvor målopfyldelsen ikke ses forbedret endnu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ plejeplaner for personlig pleje</li> <li>○ at borger får den rette kost.</li> </ul>



# 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 forbedringsområder, 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.

## Indhold og metode

Tilsynet indsamler data på baggrund af hovedpunkter udvalgt af Odsherred Kommune. Tilsynet udføres efter manual, som er tilpasset behovene og prioriteringerne i Odsherred Kommune. 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 eventuelle 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.



## 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 farvemarkeres 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:

#### *Målene er i meget høj grad opfyldte*

Alle temaer er samlet set vurderet "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.

#### *Målene er i høj grad opfyldte*

Højst 1 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden. Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.



*Målene er i middel grad opfyldte*

Højst 2 af temaerne er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-4).

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

Opfølgning efter kortere tid anbefales.

*Målene er i lav grad opfyldte*

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-4).

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

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

*Kritisable forhold*

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

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



## Om virksomheden og kontaktoplysninger

Nethe Britt Jorck  
Virksomhedsleder og tilsynschef

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

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

Konsulentfirmaet består af virksomhedsleder, som sammen med udvalgte teamkolleger 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 sundhedslovsydelser, kvalitetssikring og patientsikkerhed i kommuner og regioner gennem funktioner som oversygeplejerske, kvalitetschef, tilsynschef, akkrediteringskoordinator m.m.

Hun har været surveyor med ledende funktioner 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.

