



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

# Odsherred Kommune

## Omsorg og Sundhed

### DSI OK-fonden

### Baeshøjgård Plejecenter

## 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>11</b>
<b>Resultater og vurdering af de enkelte temaer .....</b>	<b>11</b>
<b>Tema 1 Funktionsevne .....</b>	<b>12</b>
<b>Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen .....</b>	<b>13</b>
<b>Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed .....</b>	<b>15</b>
<b>Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning (Eksempel på nyt tema).....</b>	<b>19</b>
<b>Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn .....</b>	<b>20</b>
<b>Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper .....</b>	<b>21</b>
<b>Om virksomheden og kontaktoplysninger .....</b>	<b>24</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.

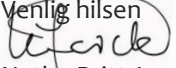
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling. Rapporten opfylder webtilgængelighedsloven.

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, 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:

DSI OK-Fonden, Baeshøjgård, Baeshøjgårdsvej 2-4, 4560 Vig

### Leder:

Plejehjemchef Tine Melgaard Frandsen

### Antal beboere:

48 boliger

### Tilsynsbesøget fandt sted:

16. januar 2024

### Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 6 borgerjournaler), instrukser, handplaner, borgerinformationer, menuplaner, aktivitetsoversigt, køkkenskemaer, triagetavle m.v.
- Interview: 3 borgere, som helt 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 plejehjemchef, 1 sygeplejerske, 2 assistenter, 2 ssh'er, 1 aktivitetsmedarbejder, 1 køkkenleder og 1 køkkenmedarbejder samt 1 rengøringsmedarbejder.
- Observation: 4 borgers bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

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

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 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 middel grad opfyldte

#### Bemærkning

*Det skriftlige arbejdsgrundlag: Der ses forhold, som indebærer risiko for den fornødne kvalitet ved uændrede forhold. Dette er uddybet på side 9 og side 17. Der er tiltag i gang.*

#### Vurderingsskala:

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

Alle temaer er samlet set vurderet ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-3).  
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 1-3).  
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 1-3).  
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” (Tema 1-3).  
Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.  
Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer.  
Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.

##### Kritisable forhold

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.  
Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.

## Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

Af nedenstående 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 Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

### Generelt

Baeshøjgård fremstår som et plejecenter, der har fortsat den faglige udvikling.

- **Kompetenceudvikling:** Marte Meo-forløb. Tilsynet ser eksempel på borgere, hvis trivsel er øget gennem forståelsen for deres reaktionsmønster. Det har blandt andet betydet mere ro for en borger ved aktiviteter og spisning.
- **Pårørendesamarbejde:** Der fortæller om pårørendekurser og fællesmøder. Der ses en imødekommende skrivelse opsat i borgers bolig. Den inviterer til deltagelse i borgers behov for praktisk hjælp, eksempelvis vande blomster, rydde op i skabe m.m.
- **En hjemlig hverdag og en god måltidsoplevelse:** Siden 1. januar har ”spiser” været i gang med oplæring til at dække ind i aftenvagt og medvirke til at skabe en hjemlig stemning blandt andet ved at sørge for at varme de lune retter. De har ABC i demens og har fået oplæring om håndtering af fødevarer
- **Kontaktpersoner:** Indføres om kortere tid.

Dokumentation i Cura: Der har været igangsat tiltag både ift. den eksterne og den interne brug af Cura. De tekniske udfordringer med kommunikation med sygehus og praktiserende læger forventes løst i et samarbejde med kommunen. Der er desuden været vanskeligheder for medarbejderne med at skabe overensstemmelse på tværs af forløbene.

Status: Der ses forhold, som indebærer risiko for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved uændrede forhold. Der er tiltag i gang og løbende opfølgning anbefales.

### Styrker

Der ses en god relation mellem borgere og medarbejdere i de mange hverdagssituationer, der foregår på plejecentret. Borgerne støttes i at have en hverdag i rammer, der er så hjemlige som muligt. De faste medarbejdere udviser fagligt engagement og tager udgangspunkt i den enkelte borgers styrker, hvor også borgernes funktioner og selvbestemmelse så vidt muligt støttes. Medarbejderne opfordrer på en vejledende måde den enkelte borger til at gøre det, han/hun selv kan.

#### Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

*Den personlige pleje:* Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer dele af personlig pleje til to borgere og iagttager en omsorgsfuld og respektfuld pleje. Medarbejderne er opmærksomme på at støtte den enkelte borger til at gøre det, han/hun selv kan.

Borgerens selvhjulpethed støttes. De interviewede borgere udtrykker i vid udstrækning tilfredshed med at bo på plejecentret og for den hjælp, de modtager. Borgere udtrykker: ”Her er rart at været”, ”Man afgiver jo så meget når man ikke kan være hjemme mere, men det er ok her”.

*Praktisk hjælp:* Fællesarealer og boliger fremtræder rengjorte svarende til rengøringsstandard. Hos nogle borgere er der mange og nødvendige hjælpemidler. Det er tilsynsførendes oplevelse, at hjælpemidlerne så vidt muligt integreres i lejlighedens øvrige møblement, så lejlighederne fremstår så hjemlige som muligt. Pårørendesamarbejdet om borgers behov for praktisk hjælp fremstår grundlæggende velorganiseret.

#### *Mad og måltider:*

Medarbejdere er tilstede ved måltidet og medvirker til en hyggelig stemning. Aktivitetsmedarbejder støtter løbende med input (samtalekort, laminerede dækkeservietter med lokale kort o.lign) til at skabe en dialog for medarbejdere, som ikke er trænet med at skabe en hyggelig dialog ved måltidet.

Borgere, der har brug for hjælp til at spise, får hjælpen omsorgsfuldt og i borgers tempo.

#### Aktiviteter:

Borgerne fortæller om busrundture og banko. Der ses oversigt i husavisen. Aktivitetsmedarbejder møder borgerne i indflytningsperioden og lærer deres behov at kende. Hun er på skift i de to huse og samarbejder med medarbejderne, så borgerne kan deltage i de aktiviteter, de kan have behov for og lyst til. Hun anvender også en Kort fortalt-avis med nyheder til borgerne.

De interviewede borgere vil gerne anbefale Baeshøjgård til andre, der har behov for en plejebolig.

#### Sammenhæng og forudsigelighed

Der høres om triagetavlemøder i flere vagtlag. Dialogen støtter sundhedsfaglige og social- og plejefaglige forhold og er samtidig er en del af den løbende kompetenceudvikling. Opmærksomheden på samarbejdsfladen til terapeutindsats er øget og medvirker til at borgere har fået øget deres funktionsevne. Der er ansat forflytningsvejledere, som kan medvirke til at være fagligt bindeled.

#### Forebyggelse af smittespredning

Der er besluttet brug af værnemidler ved personlig pleje. Praksis fremstår velimplementeret.

De ovenfor nævnte styrker og erfaringer med kvalitetsforbedringer 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"
- 3 temaområder er "I betydelig grad opfyldt"
- 1 temaområde er "I nogen 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: Funktionsevnetilstande er en central del af FS III. 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.

Udfordring: Arbejdsgangen er i vid udstrækning, at oplysninger om både funktionsevnetilstande og helbredstilstande samles under helbredstilstande.

#### *Tilsynet anbefaler at*

- undervise medarbejderne i FS III begreberne om funktionsevnetilstande og helbredstilstande.
- Implementere dette i brugen af Cura.

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

##### 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.

Borgere kan ofte have behov for at have 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.

Der høres om et velfungerende samarbejde også med de privatpraktiserende terapeuter, der yder vederlagsfri fysioterapi. Der høres om øget fokus på visitation af borgere til fysioterapi efter §86.

Udviklingspunkt: Stikprøve for borgere med disse behov: For 1 ud af 3 borgere ses et velkoordineret forløb i Cura. Der ses supplerende oplysninger under målepunktet.

Tilsynet anbefaler at

- fortsætte det øgede fokus på borgernes behov for vedligeholdende træning
- styrke det skriftlige arbejdsgrundlag.

#### Målepunkter om det skriftlige arbejdsgrundlag

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. Fyldestgørende, sammenhængende og løbende ajourført dokumentation er et nødvendigt grundlag for, at alle medarbejdere kan levere den rette hjælp, omsorg og pleje til borgere ud fra den faglige beskrivelse af borgerens behov. Hjælpen skal løbende tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5, hvilket nødvendiggør, at der er en tilstrækkelig dokumentationspraksis, som anvendes og følges af alle medarbejdere samt, at aktuelle ændringer løbende dokumenteres.

Siden seneste tilsyn er der arbejdet med forbedring af dokumentationen. Funktionaliteten har vist sig vanskelig og mere kompleks end forudset ved snitfladen til sygehuse og praktiserende læger. Denne udfordring løses i samarbejde med kommunen.

Internt er arbejdet med undervisning i Cura, hvor der i en måned har været pilotprojekt med ny måde at samle handlingsanvisende oplysninger på i kronologisk rækkefølge over dagen. Her ses oplysninger om personlig pleje, mad og måltider, brug af hjælpemidler, m.m.

*Udviklingspunkter:*

Ved stikprøver er set på sammenhængene på tværs af Cura, herunder den skriftlige opdatering af de redskaber, frontmedarbejderne anvender. Der ses for 5 ud af 5 borgerforløb uoverensstemmende oplysninger mellem observationer, handlingsanvisninger, helbredstilstande, forflytningsvejledninger og papirbaserede skemaer. Uddybende oplysninger ses under målepunktet.

Manglende konsekvensrettelser ved ændringer i borgerstilstand medvirker til uoverensstemmende oplysninger. Det kan medføre, at medarbejdere i bedste mening gør noget andet end borgers behov. Det vurderes at kunne indebære en risiko for, at borgerne ikke får personlig og praktisk hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87 og § 150, stk. 2.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats og

- afdække og fastlægge undervisningsbehov i FS III og Cura
- at styrke anvendelsen af Cura, herunder om muligt forenkle samarbejdsfladen mellem assistenter, hjælpere og sygeplejen
- oplære assistenter til at kunne varetage dokumentation for eget ansvarsområde samt medvirke til den løbende kompetenceudvikling blandt kolleger
- at faglige beslutninger fx ved triage medfører konsekvensrettelser i Cura og på papirdokumentation
- evaluere ved løbende journalaudit med involvering af assistenter.

## **Tema 4 Hygiejne**

### Tøjvask

Når borgernes tøj vaskes i fælles vaskemaskine, skal plejecentret sikre, at arbejdsprocesserne er overensstemmelse med de nationale retningslinjer, herunder ugentlig kogevaske på tom maskine og rengøring af vaskemaskinerne. Ved lave temperaturer skal anvendes særligt vaskemiddel. Dette støttes af egenkontrolskemaer.

Baeshøjgård har indført egenkontrolskemaer.



Udviklingspunkt: Der ses overspring i registreringerne på egenkontrolskemaer.

Tilsynet anbefaler,

- at evaluere egenkontrolskemaerne og tage arbejdsprocessen op
- at justere arbejdsgangene for tøjvask i fælles vaskemaskiner, så praksis bliver i overensstemmelse med nationale infektionshygiejniske retningslinje (NIR)<sup>1</sup>.

### **Tema 5 Kvalitetsarbejdet**

Siden seneste tilsyn har plejecentret igangsat tiltag og opnået forbedringer på flere områder. Der ses forskellige resterende indsatsområder. Handleplan er vedtaget som arbejdsredskab til kvalitetsstyring.

Tilsynet anbefaler

- at styrke processtyringen:
  - prioritering af indsatsområder og fastlægge, hvem der er tovholder
  - følge kvalitetsprocessen (beslutte, sætte tiltag i gang, evaluere, evt. justere tiltag)
- at følge op på handleplanen sammen med de involverede fast månedlig i en periode.

---

<sup>1</sup> Håndtering af tekstiler til flergangsbrug i sundhedssektoren, 2. udgave 2022

## Oversigt over de enkelte temaer

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

Af nedenstående oversigt angives den samlede målopfyldelse for hvert tema. Vurderingen er angivet med farver og kategorierne H O (Helt opfyldt er angivet med grønt), B O (I betydelig grad opfyldt er angivet med lysegrøn), N O (I nogen grad opfyldt er angivet med gult), I O (Ikke opfyldt er angivet med rødt).

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	<b>Funktionsevne</b> Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering Borgers oplevede kvalitet af indsatsen	B O
Tema 2	<b>Livskvalitet og tilfredshed</b> Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Måltider	H O
Tema 3	<b>Sammenhæng og forudsigelighed</b> Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde	N O
Tema 4	<b>Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning</b> Instrukser og værnemidler Tøjvask	B O
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.	B O

## Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

Tilsynsførende vurderer for hvert målepunkt, om dataindsamlingen viser overensstemmelse med målepunktets angivelser. I bemærkningsfeltet 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:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt?</li> <li>2) Hjælper den hjælp du får dig til at vedligeholde dine færdigheder?</li> <li>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.)</li> <li>4) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for?</li> </ol>		
1.3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson jf. kommunens beslutning</li> <li>2) Relevante borgere er tilbudt en rehabiliterende indsats og der er fulgt op på indsatsen.</li> <li>3) Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder.</li> </ol>		
1.4	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2) Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp.</li> </ol> <p>Aktivitetstilbud: Borgers individuelle træningsbehov er kendt af relevante medarbejdere og er om muligt indarbejdet i tilbuddene.</p>		Der ses afvigelser. Fx fremgår det ikke for en borger, hvorvidt hun aktuelt har gå/stå funktion eller potentiale for det. Mål for indsats fremgår ikke.
1.5	Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering.		<p>Funktionsevnetilstandene ses i 3 ud af 5 forløb ikke aktive. Oplysninger om borgers tilstande ses samlet under helbredstilstande.</p> <p>I de 2 andre borgerforløb ses flere funktionsevnetilstande aktive, men indeholder ikke de fornødne oplysninger.</p>

## Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <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> </ol> <p>Borgerne fremtræder velplejede.</p>		
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>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fremstår rengjorte sv.t. rengøringsstandard. Der anvendes ikke afkrydsnings-skema for rengøring, som kan medvirke til at sikre, at afløserne ved hvilke boliger, der står for at skulle rengøres.</li> </ol>

2.5	<p><i>Hverdagen og aktiviteter</i>          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) Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes?</li> </ol>		
2.6	<p><i>Hverdagen og aktiviteter</i></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 for at den enkelte borgers potentiale og ønsker er kendt af medarbejdere og at borger støttes i at deltage i relevante aktiviteter og samvær.</li> </ol>		
2.7	<p><i>Måltider</i>          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>		<p><i>Borgerne udtrykker forskellige meninger om maden. Få er tilfredse. Tilsynet hører om nye tiltag, som forventes at forbedre madoplevelsen.</i></p>
2.8	<p><i>Måltider</i>          Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Der er klart værtskab og at medarbejderne sørger for gode rammer til en uforstyrret spisning og hyggelig stemning</li> <li>2) Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær.</li> </ol>		
2.9	<p><i>Måltider</i></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 borgerens evaluering af maden videregives til køkkenmedarbejdere.</li> </ol>		

## Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	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) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres?</li> <li>4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov?</li> <li>5) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald.</li> </ol>		<p>Interviewede borgere oplyser, at de oftest kender de medarbejdere, der hjælper dem. De oplever ikke, at der er nogen, som har et særligt indblik i deres forløb og som kontaktes ved problemer der ligger udover hverdagen.</p> <p>En borger fortæller fx, at hun undrer sig over/er utryg ved, at et bestemt lægemiddel ikke længere gives hver 4. time.</p> <p>Tilsynet hører, at kontaktpersonordning vil blive indført inden for kortere tid.</p>
3.2	<p><i>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</i></p> <p>Medarbejdere kender arbejdsgangene for</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2) at følge op på indgåede aftaler.</li> </ol> <p>Arbejdsgangene belyses gennem kædeprocessen for tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Vejehyppighed 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>		<p>Formidling ved ændringer: Der er triagetavlemøde inden borgerbesøg om morgenen, samt opsamling over middag. Ved vagtskifte til aften høres tillige om tavlemøde.</p> <p>Eksempel på tidlig opsporing:</p> <p>a) Vejehyppighed: Vejehyppighed er fastlagt. Borgere tilbydes som udgangspunkt væggtab kontrol hver måned. .</p> <p>Stikprøve i 3 borgerforløb viser helt overvejende overensstemmelse mellem</p>

			<p>det besluttede og den udførte vejehyp-pighed. Der ses mål og plan for indsatsen. Der ses information til medarbejder om, hvad der skal gøres ved uplanlagt vægttab på (typisk) over 1 kg.  En borger, der skal vejes hver måned og følges opmærksomt, ses ikke vejet i to mdr. inden vægttab på 3 kg.</p> <p>b) Uplanlagt vægttab  For 1 ud af 1 undersøgt vægttab ses hurtig adækvat reaktion med beslutning om beriget kost og mellemmåltider.</p> <p>c) Får borger den rette kost?  Mad og måltider ses velbeskrevet for 3 ud af 5 borgere. For en borger med behov for beriget kost, ses forkerte oplysninger til frontmedarbejder på papirskema i køkken og i handlingsanvisning.</p> <p>En borger med dysfagi: Mellemmåltider er anført de relevante steder.  Fortykningsmiddel er angivet med konsistens: "indtages med ske".</p> <p>Andet  Udskillelser: Arbejdsgang for løbende registrering af fæces ses velfungerende for 2 ud af 2 borgere med fast laksantia.</p>
<p>3.3</p>	<p><u>Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne med tildelt §§ 83 og 86 samt opfølgning på GOP.</li> <li>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 (punkt 6.2 fra ældretilsynet).</li> </ol>		<p>Der høres om øget fokus på visitation af borgere til fysioterapi efter §86.</p> <p>Arbejdsgang ses velfungerende for 1 ud af 3 undersøgte forløb.  En borger har efter fald haft fysioterapi for skadet skulder. Der er anvist træ-</p>

	<p>Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, herunder hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.</p> <p>Såfremt plejecentret ikke har/nyligt har haft borgere visiteret til ovenstående markeres indikatoren som "ikke aktuel" for dataindsamling" = grå farve.</p>		<p>ning, som står lettilgængeligt ifm. personlig pleje.</p> <p>En anden borger har ifølge helbredstilstand (mobilitet) fysioterapeut og et skema for øvelser, som hun skal have hjælp til af medarbejdere.</p> <p>Oplysningen indgår ikke i "personlig pleje, og medarbejdere kender ikke til skemaet. Indsatsen ses ikke evalueret.</p> <p>For en borger er det vanskeligt at finde oplysning om, hvorvidt hun har gå/stå funktion. Potentiale fremgår ikke. Mål for indsats fremgår ikke.</p>
3.4	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i></p> <p>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, /besøgsplaner og eventuelle supplerende papirbaserede notater)</li> <li>2) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion (eksempelvis som observation med opgave)</li> <li>3) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender. (Omfatter primært journalisering ift. målepunkterne)</li> </ol>		<p>For 3 ud af 5 borgere ses at Generelle oplysninger indeholder værdifulde oplysninger af stor værdi til medarbejdere, der ikke kender borger.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Funktionsevnetilstande ses ikke anvendt sv.t. FS III jf. 1.5.</li> </ol> <p>Af 5 borgerjournaler ses uoverensstemmende oplysninger. Væsentlige oplysninger og planer ses i "observationer, som ikke er konsekvensoverført til rette handlingsanvisning. Det giver uoverensstemmende oplysninger til helbredstilstande, generelle oplysninger og papirbaseret kostoversigt i køkken.</p> <p>Dobbeltdokumentation på papir: <u>I køkken</u> ses morgenmadsseddel. Denne ses ikke i overensstemmelse med kostplan i Cura ift. at en borger skal tilbydes beriget kost inkl. proteindrik.</p>



			<p><i>I bolig ses print af forflytningsvejledning fra 2019.</i></p> <p><i>Forflytningsvejledninger ses i 2 tilfælde ikke opdaterede efter anskaffelse af nyt sejl. Der ses uoverensstemmende oplysninger i ”personlig pleje (forkert oplysning), forflytningsvejledning og print af forflytningsvejledning i borgers bolig. For en borger er det vanskeligt at se, hvorvidt hun aktuelt har gå/stå funktion. Mål for indsats fremgår ikke. Handlingsanvisning for personlig pleje er uklar og der ses ikke oplysninger i funktionsevnetilstand, helbredstilstand Mobilitet, eller i helhedsvurdering.</i></p> <p><i>Siden seneste tilsyn har centret arbejdet med forbedringer. I 1½ måned har været et pilotprojekt for ny skabelon for journalisering. Denne skal nu til evalueres.</i></p>
3.5	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i>  <i>Besøgsplaner/handlingsanvisninger/døgnrytmeplaner og Generelle oplysninger</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1) Besøgsplaner fremtræder handleanvisende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger og borgers vaner og ønsker</i></li> <li><i>2) For borgere ramt af demens indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleanvisende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnnet rundt</i></li> <li><i>3) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren.</i></li> </ol>		<p><i>Generelle oplysninger ses velbeskrevet for 3 ud af 5 borgere.</i></p> <p><i>Personlig pleje: 3 ud af 5 handlingsanvisninger ses fyldestgørende og opdaterede for dagvagten. For 2 borgere med særligt behov for forudsigelighed ved nattetid ses velbeskrevne handlingsanvisninger for aftenvagten.</i></p> <p><i>Særlig adfærd: For en urolig og udadreagerende borger ses klar vejledning til medarbejdernes adfærd.</i></p>

## Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	1) Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejecentre med fokus på arbejdsdragt og værnemidler. 2) Der forefindes værnemidler.		
4.2	Leder og relevante medarbejdere kender til at fremsøge og anvende gældende instrukser og arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud.		
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.		<p><i>Borgernes tøj vaskes hver for sig i fælles vaskemaskiner.</i></p> <p><i>Der forefindes relevante afkrydsningskemaer i flere sete vaskerum. De omhandler aftørring af membraner, kogevask på tom maskine og afvask af sæbeskål.</i></p> <p><i>Der ses større overspring i afkrydsning, svarende til at få faste medarbejdere systematisk udfører opgaven i deres vagt.</i></p> <p><i>Vaskemiddel ved lave grader: Leder har undersøgt med indkøbsfunktion. Midlet opfylder krav i NIR.</i></p>

## Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	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>		<p><i>Der har været udarbejdet handleplan efter seneste tilsyn.</i></p> <p><i>Anvendelse af Cura: Der er tiltag i gang.</i></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>		<p><i>Cura: Pilotprojekt står foran evaluering og instruks skrives i kommende tid mhp. spredning.</i></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><i>Effektevaluering ved tilsynet viser fortsat uoverensstemmelse i borgerjournalerne. Målopfyldelsen er uændret.</i></p>

# Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

## Tilgang og formål

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

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

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

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

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

Samlet set stiler tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

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

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

## Indhold og metode

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

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

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

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

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

## Vurderingsprincipper

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

Vurdering sker på 4 niveauer:

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

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

### Vurdering af den enkelte stikprøve

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

### Vurdering af de enkelte målepunkter

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

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

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

### Vurdering af det enkelte tema

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

### Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

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

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

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

#### *Målene er i høj grad opfyldte*

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

#### *Målene er i middel grad opfyldte*

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

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

#### *Målene er i lav grad opfyldte*

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.

## Om virksomheden og kontaktoplysninger

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

Nethe Britt Jorck  
Virksomhedsleder og tilsynschef  
Mobil: +45 2869 8898  
Mail: [nethe@jorck.net](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 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, herunder uddannelse til auditor for Dansk Standard og akkrediteringssurveyor for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) samt forandringsagentuddannelsen fra Dansk Selskab for patientsikkerhed.

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

Hun har været akkrediteringssurveyor fra 2010 til 2022 for IKAS og udført over 170 surveydage på sygehuse, i kommuner, præhospitalet, privathospitaler og speciallægepraksis. Hertil kommer indgående erfaring med forandrings- og forbedringsarbejde med basis i forandringsagentuddannelse og projektarbejde med projekter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

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

