



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

# Odsherred Kommune

## Omsorg og Sundhed

### Bakkegården 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>
Tema 1 Funktionsevne.....	12
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen .....	13
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed .....	15
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning .....	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.

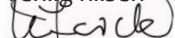
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

Bakkegården Plejecenter, Bakkegården 1, 4534 Hørve

**Leder:**

Centerleder Rita Kuik Nielsen

**Antal beboere:**

55 borgere

**Tilsynsbesøget fandt sted:**

27. februar 2024

**Metodik og datagrundlag:**

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 9 borgerjournaler), instrukser, handplaner, borgerinformationer, menuplaner, aktivitetsoversigt, køkkenmapper, triagetavle m.v.
- Interview: 6 borgere, som helt eller delvis kan medvirke til interview. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Desuden har tilsynet interviewet 1 plejecenterleder, 3 sygeplejersker, 3 assistenter, 3 ssh'er, 1 pædagogisk aktivitetsmedarbejder, 1 rengøringsmedarbejder.
- Observation: 5 borgers bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer 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: 8 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

Tema 3: Der ses mangler, som også omfatter sundhedslovsydelser og indebærer større risiko for patientsikkerheden ved uændrede forhold. Dette er uddybet på side 7-10 og side 17-19. 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

Højest 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

Højest 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

Bakkegården fremstår grundlæggende som et plejecenter med medarbejdere, der fremstår meget motiverede for at skabe et godt sted at bo. Arbejdsgangene har været diskuteret og der har det seneste halvår pågået en større udviklingsproces. Tiltag er igangsat 1½ uge før tilsynet. Organisationstilpasningerne medfører, at medarbejderne arbejder tværgående på centret samtidig med at kontaktpersontilknytningen i nogen grad søges fastholdt. Tiltagene vil blive evalueret i juni.

Der ses 3 aktuelle udfordringer:

- **Bemandingen:** Består aktuelt primært af hjælpere og elever. Der er 2-3 assistenter i dagvagt for tiden. Der har været 7 ledige stillinger, men fra 1. april forventes bemandingen at være fuldtallig. Langtidssygemeldinger har medvirket til pres på kvaliteten. 2 ud af 3 sygeplejerskestillinger har en længerevarende periode ikke været dækket. Der ses brud med velimplementerede struktur for forebyggelse, indflytningsstart, dokumentation og opfølgning.
- **Borgertilfredsheden:** Siden seneste tilsyn er borgertilfredsheden uændret høj, men borgerne fortæller, at der er mange nye ansigter, og at de savner, at nogen er særlig knyttet til deres forløb.
- **Cura om SEL-ydelser:** Her ses ikke klar information om, hvad borgerne har brug for at hjælp til personlig pleje m.m. Den social- og plejefaglige dokumentation i handlingsanvisninger ses ikke tilstrækkelig til at sikre den fornødne kvalitet. Tiltag er i gang fra indflytning, hvilket ses af nyere indflyttet borgers dokumentation.

Ovenstående medfører en risiko for, at der arbejdes ud fra ikke-tidstro data, hvilket vurderes at 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.

Kvaliteten fremstår presset, hvilket afspejler sig i målopfyldelsen. De planlagte tiltag fremstår solide og må forventes at genskabe det tidligere kvalitetsniveau.

### Styrker

#### Funktionsevne:

Årsgennemgang med faglige fokustemaer ses besluttet, herunder løbende opdatering af funktionsevnetilstandene. Det har tidligere været velimplementeret, men grundet fravær af nøglepersoner i en periode ses opdateringen sparsomt foretaget. Der ses igangværende tiltag, som forventes at genskabe strukturerne.

#### Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

De interviewede borgere udtrykker, at de er glade for at bo på plejecentret og at de kun møder imødekomende, venlige og omsorgsfulde medarbejdere, de kan snakke godt med. En borger udtrykker: "De passer godt på mig". *Den personlige pleje:* Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer dele af personlig pleje til tre 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.

*Praktisk hjælp:* Fællesarealer og boliger fremtræder rengjorte svarende til rengøringsstandarder. Rengøringsmedarbejder anvender et afkrydsningsskema for opgaven, så også afløsere kender opgaven. 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.

*Aktiviteter og hverdagen:* Den pædagogiske aktivitetsmedarbejder støtter sammen med 11 frivillige at hverdage giver mulighed for samvær, der giver mening. Der ses stor, lettilgængelig oversigt om de samlede invitationer til stoleyogymnastik, musik, gåtur i omegnen, hygge med oplæsning og andet, der kan skabe socialt samvær og glæde. På tilsynsdagen er der tirsdagscafe for de mentalt friskere borgere, som holder af en snak med andre.

I Bakkely er bemandingen styrket med pædagog. Tilsynet hører om 1:1 kontakt og nærvær som giver ro og afslapethed. Pædagogen varetager daglige gåture i fællesarealer for en borger med særligt behov for træning.

I fællesrummene ses hele tiden borgere, som dels sidder alene eller sammen, men ofte sidder også medarbejdere – nogle gange med arbejdsopgaver. Det gøres på en måde som skaber et rart og imødekommende rum at være i. Borgerne udtaler sig positivt om dette.

*Mad og måltider:* Tilsynet er rundt ved frokosten og hører kun godt om madens smag. Der er kage- og fristelsesplan, som lokker en ekstra bid ned. I enhederne ses særligt i eet køkken, at medarbejderne medvirker til en hyggelig stemning med nærvær og småsnakken. Borgere med behov for hjælp til spisning, hjælpes på en omsorgsfuld måde og i borgers tempo.

### Sammenhæng og forudsigelighed

Triage støtter sundhedsfaglige og social- og plejefaglige forhold og er samtidig er en del af den løbende kompetenceudvikling.

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”
- 2 temaområder er ”I betydelig grad opfyldt”
- 2 temaområder 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 forbedringspotentialer, 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.

### **Generelt**

Kontinuitet i borgerforløbene: Borgerne oplever, at alle medarbejdere er imødekommende og kan hjælpe dem. De oplever ikke, at der er en fast medarbejder tilknyttet deres forløb, som de kan tale med om forhold, der ikke blot vedrører dagens opgaver.

Indflytningssamtaler har tidligere været velimplementeret, men har en længere periode ikke været gennemført. Ved indflytningssamtalerne har borger mødt deres kommende kontaktperson, sygeplejerske og leder.

Borgerudsagn: ”Her er utrolig mange mennesker, men hvem skal man tale med om problemer? ”Jeg siger det til så mange, og alle er søde, men der sker ikke noget”.

Også den øvrige dataindsamling viser behov for at skærpe opmærksomheden på kontinuitet i det enkelte borgerforløb.

*Tilsynet anbefaler at fortsætte indsatsen for at genoptage*

- at tilknytte kontaktperson(er) til det enkelte borgerforløb
- at genoptage indflytningssamtalerne.

### **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.

Tilsynet hører, at medarbejderne italesætter borgernes behov for at fastholde og om muligt øge funktionsevnen.

#### Udviklingspotentiale:

Funktionsevnetilstandene ses for 4 ud af 5 borgere ikke opdateret svarende til ændringer i borgers funktionsevnetilstande. Dette har tidligere været velimplementeret, men grundet fravær af nøglepersoner i en periode ses opdateringen sparsomt foretaget.

Tilsynet hører om igangværende tiltag, som forventes at genskabe strukturerne, herunder

- genoptage arbejdsprocessen for årshjulet

### **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. Det ses positivt at alle borgere har en handlingsanvisning for "Vedligeholdende træning"

Interviewede medarbejdere udviser engagement for, at borgerne bedst muligt bevarer funktionsevnen allerede fra indflytning. Samlet ses konstateres tegn på en forbedret struktur for fælles fagligt samarbejde.

Udviklingspunkt: Ved afslutning af borgerforløb har terapeut indskrevet handlingsanvisning i "Vedligeholdende træning" om daglige øvelser, som borger skal huskes på/hjælpes med. Disse ses vinget af på dagen, selvom borger ikke har udført disse. Medarbejder vidste ikke, at borger havde disse øvelser i handlingsanvisningen, da hun ikke havde "klikket" på opgaven. Handlingsanvisning for personlig pleje var ikke tilrettet borgers aktuelle hjælpemidler/forflytning. Denne var ligeledes vinget af som udført.

Forflytningsvejledninger: Der ses for 2 ud af 3 borgere uoverensstemmelser mellem forflytningsplan og den tekst, der er indsat i handlingsanvisning for personlig pleje.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- at arbejdsgangen for at kvittere for udført "Vedligeholdelsestræning", tydeliggøres.
- at alle opgaver læses inden udførelse
- at evaluere arbejdsgangen i i en periode
- fortsat at styrke arbejdsgange om fælles borgerforløb med terapeuter – også de private.

#### Det skriftlige arbejdsgrundlag målepunkt 3.4

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.

#### *Udviklingspunkt*

Siden seneste tilsyn: Systematiserede fokusområder og årshjul har tidligere været velimplementeret, men grundet fravær af 2 ud af 3 nøglepersoner i en længere periode ses opdateringen sparsomt foretaget.

For 5 ud af 6 forløb ses uoverensstemmende oplysninger på tværs af Cura. Handlingsanvisninger for personlig pleje og praktisk hjælp ses for 4 ud af 6 borger ikke svarende til borgers aktuelle behov.

Uoverensstemmende og ikke tidstro oplysninger kan medføre, at medarbejdere i bedste mening gør noget andet end borgers behov, hvilket 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.



Manglerne har også konsekvens for sundhedslovsydelser og indebærer større risiko for patientsikkerheden. Der ses supplerende oplysninger under målepunktet samt under målepunkt 3.2.

Tilsynet hører om igangværende tiltag, som forventes at genskabe strukturerne, herunder

- at medarbejderne læser borgeropgaver inden besøg og reagerer, hvis oplysningerne ikke er tidstro
- genoptage arbejdsprocessen for årshjulet
- at fastlægge hvilken funktion, der skal sikre rød tråd i Cura – det kan være kontaktperson(er)
- at beslutte struktur for konsekvensrettelser efter beslutningstagen eksempelvis ved triage
- udfase unødigt dobbeltdokumentation i form af ikke-opdaterede kostmapper i køkkenerne
- følge op med stikprøver (minijournalaudit) med deltagelse af assistenter hver uge i en periode.

#### **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 vaskemaskinen. Dette skal støttes af egenkontrolskemaer. Ved lave temperaturer skal anvendes særligt vaskemiddel.

Plejecentret varetager vask af glidelagner o.lign.

Udviklingspunkt:

Der ses ikke egenkontrolskemaer for kogevaske på tom maske og aftørring af vaskemaskiners gummilister. Det set vaskemiddel til brug for vask ved lave temperaturer giver tvivl om egnetheden.

Tilsynet anbefaler,

- at beslutte tiltag for brud af smitteveje ved vask af borgernes tøj, glidelagner o.a.
- at justere arbejdsgangene for tøjvask i fælles vaskemaskiner, så praksis bliver i overensstemmelse med nationale infektionshygiejniske retningslinje (NIR)<sup>1</sup>.

---

<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 grøn), 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 udfor hvert målepunkt er beskrevet særlige positive eller negative fund, som kan have værdi i det videre arbejde.

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

## Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

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 daglige 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>		<p>Ad 1</p> <p>Opmærksomhedspunkt er at fastsætte mål for funktionsevnetilstandene sammen med borger og indskrive det i Cura med handleanvisende oplysninger.</p>
1.5	<p>Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering.</p>		<p>For 4 ud af 5 undersøgte borgerforløb ses ikke-opdaterede funktionsevnetilstande.</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>		<p><i>Opmærksomhedspunkt:</i> Der ses enkelte rollatorer, som ikke fremstår nyligt rengjorte.</p>

2.5	<p><i>Hverdagen og aktiviteter</i>          Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:          1) Er der mulighed for at lave ting, du har interesse i, du synes er spændende?          2) Får du dækket dit behov for at være sammen med andre?          3) Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes?</p>		
2.6	<p><i>Hverdagen og aktiviteter</i>          1) Der er en aktivitetsplan, som er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere          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.</p>		
2.7	<p><i>Måltider</i>          Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:          1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad?          2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp?          3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.?          4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen?</p>		
2.8	<p><i>Måltider</i>          Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at          1) Der er klart værtskab og at medarbejderne sørger for gode rammer til en uforstyrret spisning og hyggelig stemning          2) Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær.</p>		<p><i>Der ses forskellig praksis for måltid i de forskellige spiserum.          Særligt et sted er der en hyggelig stemning skabt af medarbejdernærvær og småsnakken mellem borgere.</i></p>
2.9	<p><i>Måltider</i>          1) Der foreligger <u>menuplan</u>, som er tilgængelig for borgere og pårørende.          2) Medarbejdere kan redegøre for hvorledes borgerens evaluering af maden videregives til køkkenmedarbejdere.</p>		

## 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>Borgerne oplever, at alle medarbejdere er imødekommende og kan hjælpe dem. 4 ud af 5 oplever ikke, at der en fast medarbejder tilknyttet deres forløb, som de kan tale med om forhold, der ikke blot vedrører dagens opgaver. Borgerudsagn: "Her er utrolig mange mennesker, men hvem skal man tale med om problemer?" Jeg siger det til så mange, og alle er søde, men der sker ikke noget".</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 vægttab</li> <li>c. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.</li> </ol>		<p>Formidling af viden ved ændringer: Triagedrøftelser medvirker til refleksion med løbende indskrivning af journalnotater.</p> <p>Udskillelser: Arbejdsgang for løbende registrering af føces ses velfungerende.</p> <p>Tidlig opsporing af borgere med ændringer af ernæringstilstand:</p> <p>a) Vejehyppighed: Vejehyppighed er fastlagt. Borgere tilbydes som udgangspunkt vægtkontrol hver måned. Opgaven er kalendersat.</p>

Stikprøve i 2 ud af 3 borgerforløb viser helt overvejende overensstemmelse mellem den besluttede og den udførte vejhyppighed. Det gælder bl.a. for en sondeernæret borger.

For 2 ud af 4 borgere ses overspring i vejninger. For en af disse ses af tavle at borger er vejjet, hvilket er en forket oplysning.

b) Uplanlagt vægttab

For 2 ud af 2 undersøgte vægttab ses disse formidlet sikkert videre med henblik på sundhedsfaglig stillingtagen.

c) Får borger med behov for særlig kost, den rette kost?

Vanskeligt at vide, da oplysningerne til frontmedarbejderne er indbyrdes uoverensstemmende.

Cura er suppleret med:

- Køkkenotater/mappe i skab/skuffe
- Diætskemaer (ernæringsnøglerpersoner og produktionskøkkenets (Bakkegårdens) arbejdsredskab). Disse ses opdateret.

En borger er registreret med dysfagi/gratinkost på ovenstående køkkenotater. Af Cura ses at borger ikke længere har dysfagi og kan få alm. Kost.

Ovenstående problem med opdatering/udfasning af a5-køkkenmapperne sås også i 2023.

<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 tildele §§ 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>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>En borger har gennem de sidste måneder øget sin funktionsevne fra lift med 2 personer til nu at kunne gå hver dag på stuen med rollator, samt i fællesrum med støtte af medarbejder, som går bagved med kørestol. De oplysninger ses hverken i handlingsanvisning for personlig pleje, handlingsanvisning for "Vedligeholdende træning", eller funktionsevnetilstanden. Af handlingsanvisning for personlige pleje ses stadig info om lift både for DV og AV.</p> <p>En anden borger har haft træning. Ved afslutning har terapeut indskrevet handlingsanvisning i "Vedligeholdende træning" om daglige øvelser. Disse ses vinket af på dagen, selvom medarbejder ikke vidste, at borger havde disse øvelser i handlingsanvisningen, da hun ikke havde "klikket" på opgaven. Handlingsanvisning for personlig pleje var ikke tilrettet borgers aktuelle hjælpemidler/forflytning. Denne var ligeledes vinket af som udført.</p> <p>Medarbejderne havde ikke oplevet behov for at læse opgaverne, og fandt derfor ikke ud af, at oplysningerne var forkerte.</p> <p>Forflytningsvejledninger: Der ses for 2 ud af 3 borgere uoverensstemmelser mellem forflytningsplan og den tekst, der er indsat i handlingsanvisning for personlig pleje.</p>
------------	---	--



<p>3.4</p>	<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, /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>5 ud af 6 forløb ses ikke konsekvensrettet på tværs af Cura, hvilket medfører uoverensstemmende og ikke-tidstro oplysninger til frontmedarbejderne.</p> <p>Det drejer sig f.eks. -funktionsevnetilstande jf. 1.5 -om borgere med behov for daglig træning (se 3.3) -kostoplysninger jf 3.2 - forflytningsvejledninger jf. 3.3 Årsgennemgange: Ses ikke gennemført gennem længere tid. Oplysningerne er uoverensstemmende i helbredstilstande og funktionsevnetilstande, handlingsanvisninger mv.</p> <p>De generelle oplysninger: Mestring, resourcer, motivation, vaner: Det er besluttet at udfylde disse. Det ses for 2 ud af 5 borgere. For 3 andre ses oplysningerne ikke medtaget. 2 af disse har særlige udfordringer. Oplysningen ses heller ikke af besøgsplan.</p>
<p>3.5</p>	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> Besøgsplaner/handlingsanvisninger/døgnrytmeplaner og Generelle oplysninger</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Besøgsplaner 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>Handlingsanvisninger for personlig pleje ses for 2 ud af 6 borgere svarende til borgers aktuelle behov.</p> <p>De manglende/misvisende oplysninger giver behov for at en medarbejder, der ikke kender borger så godt, må høre kolleger eller borger om opgaverne.</p>

		<p>Det kan have som konsekvens, at en medarbejder i bedste mening udfører opgaverne på en måde, som ikke svarer til borgers vaner, motivation, mestring og ressourcer.</p> <p>Det er tilsynets indtryk, at medarbejdere, der kender borger godt, kender disse oplysninger, men får ikke formidlet "den tavse viden" videre til kollegerne skriftligt.</p> <p>Også den pædagogiske aktivitetsmedarbejder har en indgående viden, som også kan være værdifuld at indskrive i højere grad.</p> <p>Opmærksomhedspunkt: Der ses i 2 af borgerne lettilgængelige besøgsplaner fra hjemmeplejen. Disse indeholder oplysninger som ikke svarer til borgers aktuelle behov og derved er misvisende.</p>
--	--	--

## Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle-punkt	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.		<i>Der ses personlig pleje udført uden anvendelse af plastforklæde.</i>
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.		<i>Borgernes tøjvask varetages primært af ekstern leverandør.            Plejecentret varetager glidelagner o.lign.</i>  <i>Der ses ikke egenkontrol for kogevaske på tom maskine x 1 ugentligt og rengøring af membraner.</i>  <i>Vaskemidlet: Det fremgår ikke om dette opfylder krav til brud af smitteveje ved vask ved lave temperaturer.</i>

## 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>Siden seneste tilsyn er målopfyldelsen faldet betydeligt.</p> <p>Der anvendes ikke systematisk kvalitetsstyring til at identificere og handle på kvalitetsbrist.</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>Evaluering er sket ved tilsynet.</p>
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</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. 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, 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 sundhedslovsydelse, 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 beslutes (lovgivning, retningslinjer, kvalitetsstandarder m.m.) og det, der sker i praksis tættest på borgerne.

