



TILSYNSRAPPORT

Odsherred Kommune

Omsorg og Sundhed

Sejrsbo Rehabilitering

Social- og sundhedsfagligt tilsyn

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	6
Oversigt over de enkelte temaer	11
Tema 1 Pleje, omsorg og praktisk støtte	12
Tema 2 Selvbestemmelse og indflydelse	13
Tema 3 Hverdagsliv, mad og måltider	14
Tema 4 Journalføring servicelov/ældrelov	15
Tema 5 Journalføring (SUL)	16
Tema 6 Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde	18
Tema 7 Retsstilling og selvbestemmelse	20
Tema 8: Medicinhåndtering og -opbevaring	22
Tema 9 Hygiejne	25
Tema 10 Opfølgning fra seneste tilsyn	27
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	28
Om virksomheden og kontaktoplysninger	30

Forord

Det kommunale tilsyn i Odsherred Kommune er udført i overensstemmelse med de aftalte kvalitetsmålepunkter indenfor gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

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 lovgivninger, kvalitetsstandarder m.m.

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

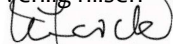
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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



Nethe Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Midlertidige Pladser:

Sejrsbo Rehabilitering, Højbygårdsvej 18, 4573 Højby

Leder af Sundhedsafdelingen

Helle Oldrup Jensen

Leder for Sejrsbo Rehabilitering

Susanne Carlsen

Antal borgere

9 borgere

Tilsynsbesøget fandt sted:

29. september 2025. Tilsynet er udført uanmeldt.

Metodik og datagrundlag:

Datagrundlaget er indsamlet via stikprøver ift. serviceloven, ældreloven og sundhedsloven for at belyse de aftalte kvalitetsmålepunkter.

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 7 borgerjournaler), instrukser, borgerinformationer, menuplaner, tavler og kalender m.v.
- Interview: 4 borgere, som er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Desuden har tilsynet interviewet 1 leder, 1 sygeplejerske, 3 assistenter samt en rengøringsmedarbejder.
- Observation: Borgeres bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, fællesarealer og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig pleje til 3 borgere.

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

Plejeenheden 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 uanmeldt tilsyn hos leverandøren.

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 nedenstående resultat for hhv. service/ældrelovsområdet og sundhedslovsområdet:

Service/ældrelov: Tema 1-4

Målene er i høj grad opfyldte

Sundhedslovsrelateret: Tema 5-9

Målene er i middel grad opfyldte

Vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

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

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

Målene er i høj grad opfyldte

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfylde forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Målene er i middel grad opfyldte

Højest 2 af temaerne er vurderet lavere end "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.

Ved tilsyn 2024 sås forhold, som kunne indebære større risiko for patientsikkerheden ved uændrede forhold. Efterfølgende er igangsat tiltag, som har medført

- strukturændringer, som støtter den tværfaglige indsats.

Særligt ses fokus på patientsikkerheden, herunder kompetenceudvikling og journalisering

- den sundhedsfaglige sygeplejerskebemanding er styrket, også med bemanding i aftenvagte
- den sundhedsfaglige dokumentation fremstår forbedret.

Tiltagene fremstår solide med høj grad af lederbevågenhed.

Der ses resterende udviklingspunkter, der kan indebære risiko for patientsikkerheden. Der ses igangværende tiltag og det er en forudsætning, at enhedens ledelse vil følge op på de fundne udviklingspunkter og anbefalingerne.

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

Nedenfor 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 de aftalte målepunkter indenfor lovgivningens krav, Odsherred Kommunes kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Generelt

Af hjemmesiden fremgår målgruppen for Sejsbo: ”Sejsbo Rehabilitering varetager borgere med akut opstående helbredsproblemer og behov for behandling og observation, for at forhindre indlæggelse på sygehus.

Det kan f.eks. være efter udskrivning fra sygehus med yderligere behov for genoptræning og at borger ikke er i stand til at klare ambulant genoptræning, eller fordi borger endnu ikke kan klare sig i eget hjem. Det kan også være borgere, der har været indlagt, men har brug for intensiv genoptræning for at klare sig i eget hjem”.¹

Siden seneste tilsyn i 2024 har været lederskift. Der ses fremdrift og øget patientsikkerhed.

- Den tværfaglige samarbejdsstruktur fremstår betydelig forbedret med klarere ansvarsområder og mødestruktur
- Styrket sygeplejerskebemanding med dækning også i aftenvagte
- En nyere ansat sygeplejerske varetager den lokale superbrugerfunktion. Der ses forbedringer af journalisering af helbredstilstande
- Styrket fokus på at læse og efterspørge retningslinjer, når arbejdsgange opleves uklare og uens
- Borgercentreret indsats ud fra borgernes mål, ønsker og behov.

Der ses øget målopfyldelse for

- Tema 5: Journalføring (sundhedslov)
- Tema 6: Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde. Tidlig opsporing

Der ses resterende udviklingspunkter, som er uddybet fra side 7.

Styrker

Tværfaglig struktur

Nye borgere og evt. pårørende deltager i målmøde indenfor 1 uge. Herefter evalueres hver 14. dag ved tværfaglig borgerkonference med justering af mål for indsatsen. Der afsluttes med udskrivningsmøde. Borgerne fortæller om et godt samarbejde og en velkoordineret indsats.

Borgerne er tilknyttet kontaktperson fra hver faggruppe. På tavlen i de fleste boliger ses navnene, så det også er tydeligt for borger og pårørende. Tilsynet hører kun godt om samarbejdet.

¹ Sejsbo Rehabilitering - Odsherred Kommunes hjemmeside

Daglig rutine: Inden borgerbesøg samles medarbejderne for at være opdaterede, koordinere og fordele opgaverne ved den store tavle, hvor centrale forløbsdatoer er angivet, såvel som triagestatus. Ved triageringsmøde om formiddagen høres dialog om sundhedsfaglige og social-og plejefaglige forhold. Drøftelserne indgår i den løbende kompetenceudvikling.

3 interviewede borgere med genoptræningsforløb giver udtryk for, at opholdet har været afgørende til at komme i gang igen. De fortæller, at deres funktionsevne er øget betydeligt.

De 3 borgere fortæller, at "det er god træning", "hårdt arbejde", "de kender mine behov", "de kan noget her", og giver eksempler på, hvordan de kan mærke, at de har fået flere muskler og har genvundet funktionsevne.

I boligerne ses tavle med øvelser, og det er tilsynets indtryk, at medarbejderne anvender disse oplysninger som arbejdsgrundlag. Der ses også træning, hvor det er borgeren selv, der har opgaven, fx selv at tage bad.

Pleje, omsorg og praktisk støtte

Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overvåger morgenplejen hos 3 borgere. Der ses velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser, der udføres med aktiverende sigte. En borger hjælpes fx med øvelser i sengen og i Sara Steady og støttes i selv at klare påklædning i eget tempo. Det er tilsynets indtryk, at medarbejderne generelt har godt kendskab til borgernes mål, ønsker og behov.

Der ses vanskeligheder ved at bruge Cura, hvilket dels søges imødekommet i den daglige sparring, og dels må afvente den planlagte undervisning en måned efter tilsynet.

Mad og måltider

Måltidet indgår som en del af den tværfaglige indsats. Medarbejderne og leder spiser sammen med borgerne og kan her opleve borgernes ADL. Medarbejderne støtter borgere med behov for hjælp til spisning.

Maden smager godt, fortæller borgerne. Der høres hyggelig stemning.

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

Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 3 temaer er "Helt opfyldt"
- 5 temaer er "I betydelig grad opfyldt"
- 2 temaer er "I nogen grad opfyldt"

Hvert tema består af flere målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er "Helt opfyldt" kan rumme målepunkter med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten.

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

Tema 4 og 5 Journalføring – det skriftlige arbejdsgrundlag

Fokus: Fyldestgørende og løbende ajourført dokumentation er det nødvendige grundlag for, at alle medarbejdere kan varetage den rette hjælp, omsorg og pleje af borgere ud fra den faglige beskrivelse af borgerens behov.

Hjælpen skal løbende tilpasses borgernes behov, hvilket nødvendiggør, at der er en tilstrækkelig dokumentationspraksis, som anvendes og følges af alle medarbejdere samt, at aktuelle ændringer løbende dokumenteres.

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

Siden seneste tilsyn har været fokus på helbredstilstande, som i vid udstrækning ses svarende til borgers aktuelle tilstand.

Udviklingspunkter:

- 1) Servicelovs/ældrelovsydelser.

Der journaliseres ikke rutinemæssigt i FSIII (i lighed med 2024). Formidling sker primært mundtligt.

Efter risikovurdering er for enkelte borgere oprettet ydelser for fx personlig pleje o.a. med tilhørende handlingsanvisninger. For de øvrige foreligger ikke handlingsanvisninger for borgeropgaverne.

Planen for implementering af FSIII på Sejrsbo:

Implementering af FSIII sker i takt med udrulning af den opdaterede version en måned efter tilsynet.

2) Journalisering om Træning

Terapeutnotater er lettilgængelige for plejemedarbejderne. Referater fra tværfaglige borgerkonferencer journaliseres af plejen, som skal konsekvensrette de fysiske journalnotater på stuetavlerne. Denne dobbeltdokumentation giver udfordringer. Der ses eksempler på uoverensstemmelse mellem journalnotater i Cura og træningsoplysninger på tavlen for 2 ud af 3 borgere.

På stuerne ses tillige 3 forskellige typer øvelsesoversigter, herunder en indrammet planche på stuerne. De ses ikke individuelt vurderet svarende til den aktuelle borgers forløb.

Ovenstående kan medføre en risiko for, at der arbejdes ud fra ikke-tidstro data.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- at systematisere journalisering ved de tværfaglige møder, herunder overveje
 - at terapeuter opdaterer egne journaloplysninger på tavlerne og
 - sikrer at de almene øvelsesoversigter på stuerne er individuel vurderet
- at fortsætte med at skrive handlingsanvisninger for fx personlig pleje ud fra en risikovurdering indtil undervisning i FSIII primo november medfører implementering
- opfølgning og evaluering med fastsatte tidsrum.

Tema 5 Journalføring samt Tema 7 Retsstilling og selvbestemmelse

Målepunkt 7.2: Tydelig information om IGVH er væsentlig for borgerne og central for at medarbejderne handler som tilsigtet.

Udviklingspunkt: Der er foretaget opslag i 4 borgerjournaler. Af 3 ses lægefaglig stillingtagen medtaget på forsiden. Heraf er 2 IGVH, som ikke er aktuelle og derved ikke svarende til kriterierne for IGVH. Dette var også udviklingspunkt i 2024.

Tilsynet anbefaler

- kort efter tilsynet at opdatere alle borgeres journaloplysninger om IGVH
- gennemgå om instruks/tjekliste ift. nye borgere er tilstrækkelig præcis om krav til journaliseringen
- følge tæt op i en periode fx i forbindelse med opstartsmøde.

Det høres af dialogen efter tilsynet, at enheden omgående vil sikre opdateringerne.

Tema 8 Medicinhåndtering og -opbevaring

Fokus: Ansvar, sikkerhed og opgaver skal være beskrevet i kommunens instruks ”Korrekt håndtering af medicin”²

Det er tilsynets indtryk ved interviews og efter stikprøve i 3 borgeres medicinbeholdning, FMK og medicinliste, at kravene i ”Korrekt Medicinhåndtering” i betydelig grad efterleves. Der ses og høres høj bevidsthed.

Opmærksomhedspunkt

1) Medicinlisterne i Cura fremstår med ikke-opdaterede præparatnavne ift. aktuelle effektueringer/aktuel medicin. Dog støtter dispenseringsbilledet, at der dispenseres ud fra det effektuerede.

Det høres, at medarbejderne har efterspurgt afklaring ift. om det er korrekt praksis. Kommunens medicinhåndteringsinstruks medtager ikke emnet/er uklar.

² Korrekt håndtering af medicin: Styrelsen for Patientsikkerhed

2) Der ses fund, som vedrører anbrudsdatoer samt kvittering af administration af ikke-dispenserbar medicin (aftenvagter).

Tilsynet anbefaler at

- tjekke punkt 1) op med rette ansvarlige i organisationen og herefter
- medtage punktet i instruksen
- øge opmærksomhed på implementering af anbrudsdatoer
- øge aftenvagternes opmærksomhed på kvittering af ikke-dispenserbar medicin

Tema 9 Hygiejne

Tøjvask: Brud af smitteveje

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 maskinerne. Dette skal støttes af egenkontrolskemaer. Ved lave temperaturer skal anvendes desinficerende vaskemiddel.

Praksis: Der ses egenkontrolskema for ugentlig kogevaske på tom maskine. Opgaven ses afkrydset af nattevagter.

Udviklingspunkt: Det fremstår ikke om ovenstående afkrydsning også omfatter rengøring af gummilister o.a.

Vaskemidlet: Det anvendte vaskemiddel er (efter tilsynets umiddelbare vurdering) ikke i overensstemmelse med kravene om indhold af desinficerende middel.

Tilsynet anbefaler,

- at justere arbejdsgangene for tøjvask i fælles vaskemaskiner, så praksis bliver i overensstemmelse med nationale infektionshygiejniske retningslinjer (NIR³)
- at kontakte kommunens hygiejnefunktion ved behov.

³ Håndtering af tekstiler til flergangsbrug i sundhedssektoren, 2. udgave 2022. NIR Primaersektoren.pdf, side 27

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).

Servicelov/ældrelov: Tema 1-4

Tema		
Tema 1	Pleje, omsorg og praktisk støtte	H O
Tema 2	Selvbestemmelse og indflydelse	H O
Tema 3	Hverdagsliv	H O
Tema 4	Dokumentation – Det skriftlige arbejdsgrundlag	N O

Sundhedslovsrelateret: Tema 5-9

Tema		
Tema 5	Journalføring -	B O
Tema 6	Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde. Tidlig opsporing	B O
Tema 7	Selvbestemmelse - samtykke Fravalg af livsforlængende behandling	N O
Tema 8	Medicinhåndtering og -opbevaring	B O
Tema 9	Hygiejne	B O
Tema 10	Opfølgning fra seneste tilsyn	B O

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

I følgende del af ses resultater og vurdering af de enkelte temaer. Temaerne indledes med oversigt over målopfyldelsen for det enkelte tema.

Herefter er de konkrete kvalitetsindikatorer medtaget, så læseren kan se, hvad der er grundlaget for dataindsamlingen. Tilsynsførende vurderer for hvert målepunkt, om dataindsamlingen viser overensstemmelse med målepunktets angivelser.

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.

Dataindsamling ift. omsorgsjournalen omfatter de dele af journalen, som er relevant for tilsynets foci.

Tema 1 Pleje, omsorg og praktisk støtte

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? 2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?! 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 5) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald.		
1.2	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er du samlet set tilfreds med hjælpen til den personlige pleje. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg. 2) Oplever du dig soigneret og tilpas med hjælpen til den personlige pleje døgnet rundt? 3) Vil du anbefale plejeenheden til andre med samme behov?		
1.3	Personlig pleje 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. Borgerne fremtræder velplejede efter ønske.		

Tema 2 Selvbestemmelse og indflydelse

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? 2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres? 3) Er du tryk ved den måde, hjælpen tilbydes på? 4) Fik du de oplysninger, du havde brug for ved opstarten? 5) Hvordan bliver du (dine pårørende) inddraget i beslutninger om dit forløb?		
2.2	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Oplever du dig medinddraget fra start (borgere med genoptræningsforløb o.lign) 2) Hvad har du ønske om at få ud af opholdet? Hvad er planen for dit forløb? 3) Er forløbet, som du havde forventet det/ ønsket det/som det har været muligt?		
2.3	Der er en arbejdsproces for at tage hensyn til borgernes individuelle ønsker og behov og sikre at borgerne har de fornødne oplysninger til at have overblik over eget forløb i muligt omfang. Det kan f.eks. ske ved, 1) at borger (og pårørende) fra start kender mål for opholdet og planen for, hvornår der undervejs tages beslutninger 2) at borger og pårørende kender relevante kontaktpersoners navne. Vurderingen tilpasses om borgeren har genoptræningssigte, aflastning, palliativ mv		

Tema 3 Hverdagsliv, mad og måltider

Samlet vurdering: 5

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er personalet overvejende venlige og omsorgsfulde? Oplever du en respektfuld adfærd? 2) Oplever du en positiv stemning i hverdagen? 3) Får du dækket dit behov for at være sammen med andre?	5	
3.2	Hverdagen 1) Medarbejdere og ledere beskriver arbejdsgange, som understøtter, at den enkelte borgers potenti- ale og ønsker er kendt af medarbejdere og at borger støttes i at deltage i de muligheder der er for aktiviteter og samvær.	5	
3.3	Måltider Interviewede borgere svarer overvejende 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.?	5	
3.4	Måltider 1) Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende 2) Borgere med behov for specialkost, tilbydes denne	5	

Tema 4 Journalføring servicelov/ældrelov

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	Journalisering af servicelovsydelser: 1) Funktionsevnetilstande ses opdateret svarende til borgers aktuelle tilstande. 2) Oplysninger ses opdateret, handleansende og med individuelle oplysninger om, hvordan plejen bedst lykkes for borger, herunder borgers vaner og ønsker 3) For borgere som er kognitivt ramt indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleansende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt.		<u>Funktionsevnetilstande</u> Opdateres oftest ved opstart og udskrivelse af visitator. Der ses ikke opdatering under forløbet. Instruks medtager ikke, om dette skal gøres under ophold på Sejrso og i så fald af hvilken funktion, der har opgaven. <u>Servicelovs/ældrelovsydelser.</u> I lighed med 2024 journaliseres ikke systematisk efter FSIII. Det er efter ledelsens smæssige beslutning, idet udviklingen af visitationsforløb efter ældreloven står for implementering inden implementering af FSIII med opdateringer sv.t. ældreloven fra nov. 25. Der ses ikke praksis for handleansende oplysninger om personlig pleje, mad mm. For enkelte borgere er efter risikovurdering oprettet ydelser for fx personlig pleje o.a. med tilhørende handleansende oplysninger. For de øvrige foreligger ikke handleansende oplysninger for borgeropgaverne. Formidlingen sker primært mundtlig.

Tema 5 Journalføring (SUL)

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	Journalen føres systematisk, overskueligt og entydigt. 1) Behandlingsstedet skal sikre at beskrivelsen af patientens aktuelle problemer og risici opdateres ved ændringer i patientens tilstand. 2) Behandlingsstedet skal sikre at patientens aktuelle problemer og risici er journalført i nødvendigt omfang 3) Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger et opdateret og tilstrækkeligt overblik over patientens aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser. 4) Ved journalgennemgang skal der fremgå et opdateret og tilstrækkeligt overblik over patientens aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser. Notaterne er tilgængelige for de sundhedspersoner, der deltager i pleje og behandling af patienterne.		Siden seneste tilsyn ses journaliseringen af Helbredstilstande forbedret. Medarbejdernes journalisering sker med høj grad af sparring fra nøgleperson. Der høres vanskeligheder med brugen af Cura. Der høres øget bevågenhed ift. at efterleve retningslinjer og efterspørge afklaring, hvor der er behov. <u>Træning</u> Dobbeltokumentation: Terapeutnotater er lettilgængelige for plejemedarbejderne. Referater fra tværfaglige borgerkonferencer journaliseres af plejen, som skal konsekvensrette de fysiske journalnotater på stuetavlerne. Denne dobbeltokumentation giver udfordringer. Der ses eksempler på uoverensstemmelse mellem journalnotater i Cura og træningsoplysninger på tavlen for 2 ud af 3 borgere. <u>Andet</u> I boligerne ses ExorLive-print, A5 øvelsesoversigt samt indrammede øvelser på væg. Der høres ikke om aktiv stillingtagen fra

			terapeut om egnethed/overensstemmelse til den individuelle borgers GOP/træningsforløb.
--	--	--	--

Tema 6 Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
6.1	Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter 1. Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne. 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. Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, herunder hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.		Den tværfaglige samarbejdsstruktur ses betydeligt forbedret. Der ses journaliseringsudfordring, som er uddybet under Tema 5.
6.2	Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde Medarbejderne kender og bruger plejeenhedens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for 1) hjælp, omsorg og pleje til borgeren i risiko for uplanlagt vægttab, tryksår og fald 2) at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner 3) at følge op på indgåede aftaler. Arbejdsgangene belyses fx for A: Triage – opfølgning på sundhedsløvsydelse B: Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring 1) Vejehyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval 2) Der ses reaktion på uplanlagt vægttab 3) Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere. C: Fald 1) Der ses handlet korrekt og patientsikkert på fald sv.t. instruksen 2) Fald er rapporteret med faldregistrering, som UTH og medtaget i samlerapportering.		Ad A Ved ændringer i borgers tilstande oprettes ved behov tidlig opsporing/triageplan med efterfølgende observationer. Der høres undervisning og fokus på opdatering ved afslutning af triageplan. Ad B <u>Vejehyppighed</u> er fastsat til indskrivning og månedligt. Der justeres ved behov. Ad C Fald: 1 borger er faldet. Der ses ikke TOBS eller faldregistrering. Det ses anført som aftalt som UTH.

6.3	Personalet for de forskellige faggrupper har de nødvendige kompetencer til at varetage behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver. Dette gælder også for vikarer, uaglærte, elever og studerende. Kompetenceskemaer: Stikprøver viser, at kompetenceskemaer er opdaterede.		Nyt kompetencesystem står for implementering kort efter tilsynsbesøget.
6.4	Sundhedsfaglig vurdering af borger til udskrivning Borgers selvbestemmelse og sundhedsfaglig vurdering af risiko kan være modsatrettet, eksempelvis når en borger med kritisk sygdomsbillede ønsker at udskrives til eget hjem. Der skal være fastlagte arbejds gange/udskrivningskriterier. Disse kan være skriftlige.		Der er netop besluttet udskrivningskriterier som også omfatter Sejrsbo.

Tema 7 Retsstilling og selvbestemmelse

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
7.1	Det sundhedsfaglige personale interviewes og journaler gennemses i forhold til, hvordan de i praksis sikrer, at der forud for udvalgte handlinger informeres og indhentes samtykke og hvordan det dokumenteres. 1) Samtykke kompetence/handleevne: Det skal fremgå, om patienten er vurderet til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå. Hvis patienten ikke har samtykke kompetence, skal det fremgå, hvem der kan give samtykke på patientens vegne (stedfortrædende samtykke). For patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan de nærmeste pårørende, værge eller fremtidsfuldmægtigen samtykke. Ved både værgemål og fremtidsfuldmægtig er det dog kun, når værgemål/fremtidsfuldmagt omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, og ved fremtidsfuld-magt kun i det omfang fuldmagten bemyndiger dertil. 2) Informeret samtykke: Det skal fremgå, at der er indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge. Derudover skal det fremgå, at der er indhentet informeret samtykke til behandling fra patienten eller den stedfortrædende. Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens eller den stedfortrædendes informerede samtykke. Det gælder både for undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Kravet indebærer, at der skal informeres tilstrækkeligt, inden patienten tager stilling til behandlingen. Samtykkekravet understreger patientens selvbestemmelsesret. Informationen skal omfatte patientens helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder risiko for komplikationer og bivirkninger. Kravet til informationen øges, jo mere alvorlig tilstanden er, eller jo større den mulige komplikation er.		

7.2	<u>Fravalg af livsforlængende behandling.</u> Der er klare arbejdsprocesser for: • hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienten med hen- syn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbry- delse af behandling • hvilke procedurer behandlingsstedet har for inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge • hvor den behandlingsansvarlige læges vurdering samt beslutning om fravalg af livsforlæn- gende behandling, journalføres. Personalet har en ensartet opfattelse af de fastlagte procedurer.		Medarbejderne er interviewet om den aktuelle arbejdsdag. Der er foretaget opslag i 4 borgerjournaler. Af 3 ses lægefaglig stillingtagen medta- get på forsiden. Heraf er 2 IGvH, som ikke er aktuelle og derved ikke svarende til kriterierne for IGvH.
-----	---	--	--

Tema 8: Medicinhåndtering og -opbevaring

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
8.1	Behandlingsstedet har fastlagte arbejds gange for: • Medicindispensering og -administration. • At sikre identifikation af patienten og patientens medicin. Krav til medicinhåndtering: 1) personalet har den fornødne kompetence i forhold til medicinhåndtering 2) personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen 3) proceduren følges for dokumentation af medicinordinationer 4) personalet sikrer identifikation af patienten og patientens medicin 5) medicin dispenseres 6) dosisdispenseret medicin håndteres 7) det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres og dokumenteres korrekt 8) personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger, herunder håndtering af håndkøbslægemiddel, kosttilskud, telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse, ophør af medicin og risikosituationslægemidler 9) personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger om den medicinske behandling, herunder opfølgning efter gennemgang og revision af den ordinerede medicin samt aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning		Ad 2) Medicinisterne i Cura fremstår med ikke-opdaterede præparatnavne ift. aktuelle effektueringer/aktuel medicin. Dog støtter dispenseringsbilledet, at der dispenseres ud fra det effektuerede. Det høres, at dette tidligere har været undersøgt af kommunens nøglepersoner og er fundet acceptabelt. Kommunens egen medicinhåndteringsinstruks ses uklar. 7) Øjendråber: Et præparat ikke kvittering for administration af AV for 1 ud af 7 dage. Et andet 6 ud af 14 dage. På medicinliste står ikke anvisning om at der skal være 5 minutter mellem to aktuelt ordinerede præparater for bestemt øjenlidelse.

8.2	Ved gennemgang af medicinisterne skal der fremgå følgende: 1) At medicinisterne føres systematisk og entydigt. 2) At der er overensstemmelse mellem medicinordinationen/Fælles Medicinkort (FMK) og den aktuelle medicinliste. 3) At der er dato for ordinationen (dag, måned, år), ændring i ordinationen og/eller seponering. 4) At der er behandlingsindikation for den medicinske behandling. 5) Hvem der administrerer medicinen, herunder om patienten er selvadministrerende. 6) Præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke. 7) Enkelt dosis og maksimal døgndosis for p.n.-medicin. 8) Ordinerende læges navn og/eller afdeling.	Ad 6) Jf. ovenfor
8.3	Ved gennemgang af medicinbeholdningen hos 3 borgere og relevante journaler vurderes, at medicin- håndtering- og opbevaring opfylder nedenstående krav til medicinbeholdning og -opbevaring: 1) Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning. 2) Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/-poser. 3) Dispenseret p.n.-medicin (Ikke relevant for plejeenheden) 4) Doseringssæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer. 5) Medicinen er opbevaret korrekt, forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende. 6) Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patients mediciner. 7) Aktuell medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin. 8) Holdbarhedsdatoen på patientens medicin og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling er ikke overskredet. 9) Der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning. 10) Der er navn på patientens medicin, herunder medicinske salver, dråber og anden ikke-dispenserbar medicin. 11) Der er adrenalin til rådighed hos patienter, der får injektions- eller infusionsbehandling.	Opmærksomhedspunkter: Ad 9): Det er besluttet lokalt, at alle salver, dråber m.m. markeres med anbrudsdato. Øjendråber: Der ses anbrudsdato for 1 ud af 2 borgere på æske og ikke beholdere. Salver o.lign: For 3 ud af 3 borgere ses ikke anbrudsdato. En mixtur udleveret fra sygehus, har ikke datoangivelse (anbrud og/eller sidste holdbarhedsdato).

8.4	Skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed) foreligger og fremstår implementeret		
-----	--	--	--

Tema 9 Hygiejne

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
9.1	1) Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejecentre med fokus på arbejdsdragt og værnemidler. 2) Der forefindes værnemidler.		
9.2	Leder og relevante medarbejdere kender til at fremsøge og anvende gældende instrukser og arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud.		
9.3	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.		Borgernes tøjvask varetages primært af eksternt leverandør. Der varetages vask under koge punkt. Derudover varetages vask af glidelåger og andre forefaldende vaskeopgaver, herunder vask af rengøringsmedarbejdernes tekstiler. Der ses egenkontrollskema for ugentlig koge vask på tom maskine. Opgaven ses afkrydset af nattevagter. Udviklingspunkt: Det fremstår ikke om ovenstående afkrydsning også omfatter rengøring af gummilister o.a.

			Vaskemidlet: Det er ikke tydeligt om dette opfylder kravene. Det anvendte vaskemiddel er (efter tilsynets umiddelbare vurdering) ikke i overensstemmelse med kravene om indhold af desinficerende middel.
--	--	--	---

Tema 10 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfølgningen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Handleplanen kan f.eks. have form af referat fra personalemøde. Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.		Der er igangsat tiltag.
5.2	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.		Evaluering ved tilsynet viser forbedringer af betydning for patientsikkerheden.
5.3	Målopfølgningen er forbedret fra seneste tilsyn. Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.		Der ses resterende udviklingspunkter.

Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

Tilgang og formål

Tilsynet udføres efter aftale med kommunen som en del af kommunens interne kvalitetsovervågning. 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 stiller tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

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

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 farvemarkeres 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.

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

akkrediteringsraadgiverne.dk er en privat leverandør af rådgivning og tilsyn til de danske kommuner og sygehuse, herunder tilsyn og kvalitetsbesøg inden for serviceloven, ældreloven 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 ældre- samt 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.

Særlig relevante erfaringer:

- akkrediteringssurveyor fra 2010 til 2022 for IKAS. Har udført omkring 170 surveydage på sygehuse, i kommuner, præhospitalet, privathospitaler og speciallægepraksis
- har udført over 500 uanmeldte kommunale tilsyn
- forandrings- og forbedringsarbejde 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.

