



akkrediteringsraadgiverne.dk

## TILSYNSRAPPORT

# Odsherred Kommune

## Omsorg og Sundhed

### Bobjergcentret

Uanmeldt kommunalt tilsyn

April 2022

## Indholdsfortegnelse

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

## Forord

De uanmeldte tilsyn i Odsherred Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Odsherred Kommune har med sit tilsynskoncept valgt at indarbejde Sundhedsstyrelsens anbefalinger af kvalitetsindikatorer i ældreplejen som en del af de lovpligtige tilsyn efter servicelovens §151.

Det er hensigten, at rapporten skal kunne bidrage til den faglige og organisatoriske kvalitetsudvikling ved at synliggøre succesfulde resultater såvel som det eventuelle læringspotentiale. Rapporten fokuserer på styrker i plejeenheden som afsæt for anbefalinger for eventuelle forbedringsområder, hvor beboernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandarder m.m.

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

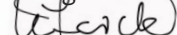
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

Anden del af rapporten indledes med oversigt over målopfyldelsen for de enkelte temaer. Herefter er de konkrete kvalitetsindikatorer medtaget, således at læseren kan se, hvad der er grundlaget for vurderingerne. Fund er medtaget i det omfang, det skønnes at være af værdi for den videre kvalitetsudvikling. Farvemarkeringer er anvendt for at fremme et hurtigt overblik over styrker og opmærksomhedspunkter.

Bagest i rapporten findes en kort beskrivelse af tilsynets tilgang, formål og metoder efterfulgt af afsnit om vurderingsprincipper samt afslutningsvist data om tilsynsvirksomheden.

Tilsyn er altid udtryk for et øjebliksbillede og skal derfor vurderes ud fra dette.

Venlig hilsen



Nethé Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

## Fakta om tilsynet

### Plejecenter:

Bobjergcentret, Stadionvej 3, 4550 Asnæs

### Leder:

Centerleder Anette Sørensen

### Antal beboere:

48 boliger

### Tilsynsbesøget fandt sted:

28. april 2022

### Tilsynsbesøgets dataindsamling og datakilder:

Data er indsamlet via

Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 13 borgerjournaler), instrukser, handplaner, borgerinformationer, aktivitetsplan, menuplan m.v.

Interview: 3 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 centerleder, 2 sygeplejersker, 1 assistent, 3 hjælpere, 1 aktivitetsmedarbejder, 1 kostmedarbejder og 1 rengøringsmedarbejder.

Observation: 4 borgers bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

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

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

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

### Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

## Samlet tilsynsresultat

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

	<p><b>Målene er i meget høj grad opfyldte</b> Alle temaer er samlet set vurderet "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4).</p> <p>Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.</p>
	<p><b>Målene er i høj grad opfyldte</b> Højst 1 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.</p> <p>Målopfylde forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.</p>
X	<p><b>Målene er i middel grad opfyldte</b> Højst 2 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). Der ses forhold af betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.</p> <p>Opfølgning efter kortere tid anbefales.</p>
	<p><b>Målene er i lav grad opfyldte</b> Mere end 2 temaer er vurderet lavere end "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4). Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.</p> <p>Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.</p>
	<p><b>Kritisable forhold</b> 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.</p> <p>Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.</p>

## Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

### Styrker

Bobjergcentret fremstår med fokus på kerneydelsen. Arbejdsprocesserne fremstår grundlæggende velstrukturerede og sygeplejerskebemandingen er stabil. Det er væsentligt, idet plejecentret gennem et stykke tid har haft ledige assistentstillinger.

#### Funktionsevne:

Borgerne fortæller om et velfungerende samarbejde i hverdagen med alle medarbejdere. Borgerne støttes i at udføre de funktioner, de er i stand til for at opretholde så stor grad af selvstændighed og egenomsorg som muligt.

#### Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen:

De interviewede borgere udtrykker, at de er glade for at bo på plejecentret og at de kun møder imødekommende, venlige og omsorgsfulde medarbejdere, de kan snakke godt med. En borger udtrykker: ”Jeg er rigtig godt tilfreds, det er nogle søde mennesker, der arbejder her og de er gode til at hjælpe mig”.

*Personlig pleje og praktisk hjælp:* Tilsynsførende overværer dele af personlig pleje til 2 borgere. Der ses velegnede og gode arbejdsprocesser og hjælpen tilrettelægges efter borgernes vaner, ønsker og behov med hensyntagen til borgers aktuelle tilstand. Borgerne fremtræder velplejede og velsoignerede efter ønske. Fællesarealer, boliger, køkkener og hjælpemidler fremtræder velfungerende, ryddelige og rengjorte. Der forefindes relevante hjælpemidler hos besøgte borgere.

*Hverdagen og aktiviteter på plejecentret:* Hverdagen fremstår afvekslende. Der er et højt aktivitetsniveau som støttes af en aktivitetsmedarbejder og der er mange frivillige tilknyttet. Indsatsen fremstår velstruktureret. Borgerne modtager løbende en nyhedsavis om menuplaner, fotos og kommende aktiviteter. Heri indgår aktiviteter, der kan skabe socialt samvær og glæde. En borger udtrykker: ”Her er rart at være og der sker ofte noget jeg gerne vil være med til”.

*Måltider:* Tilsynet hører kun godt om madens smag. Medarbejdere medvirker til en hyggelig stemning med nærvær og småsnakken. Kostmedarbejdere sørger for frisklavet og veltillavet mad og bidrager med praktisk indsats og sparring til, at borgerne kan få den rette kost. Borgere med behov for hjælp til spisning, hjælpes på en omsorgsfuld måde.

#### Sammenhæng og forudsigelighed:

Tidlig opsporing af ændringer hos borgerne støttes af triagedrøftelser 2 gange ugentligt. Triagen fremstår velstruktureret og fungerer dels til den faglige drøftelse af aktuelle forhold og dels som en del af den løbende kompetenceudvikling.

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

### Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 1 temaområde er ”Helt opfyldt”
- 3 temaområde er ”I betydelig grad opfyldt”
- 1 temaområde er ”I nogen grad opfyldt”.

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

Bemandingssituationen har gennem et stykke tid været præget af ledige assistentstillinger, hvilket har sat arbejdsrutinerne under pres. En gennemgående udfordring er anvendelsen af cura og dermed kvaliteten af det skriftlige arbejdsgrundlag både ift serviceloven og sundhedsloven. Der ses forhold af betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.

### **Tema 1 Funktionsevne**

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

Tilsynet hører at medarbejderne italesætter borgernes behov for at fastholde og om muligt øge funktionsevnen. Udviklingspotentialet er at arbejdsprocesserne ikke støtter en bevidst indsats. Under målepunkterne er dette uddybet.

Tilsynet anbefaler at

- fastlægge arbejdsprocesser, der fra indflytning medtager borgers mål og potentiale for funktionsevne
- drøfte snitflader med terapeuterne og tilpasse arbejdsprocesserne til borgers behov og muligheder
- journalisere oplysningerne i cura.

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

#### Målepunkt 3.2 Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde

##### *Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring*

Ernæringstilstanden har betydning for borgernes selvhjulpethed. Ernæringsindsatsen rummer opgaver, som er fordelt mellem hjælpere, elever, vikarer, assistenter, sygeplejersker og ernæringsassistenter samt ved behov tandlæge og ergoterapeut m.fl. De tværgående arbejds gange er derfor afgørende for kvaliteten i opgaveløsningen. Forebyggelse kræver en tidlig opsporing af ernæringstruede borgere og fokus på, at borger får tilbudt den rette kost.

Vejehyppighed: Siden seneste tilsyn er indført fast vejehyppighed på 1 måned suppleret med hver uge ved vægttab. Fornylig er arbejdsprocesserne justeret, således at de mindre grupper vejer samme dag. Vægtkontrol fremgår med dato på tavlen. Den besluttede vejehyppighed fremgår i nogen grad af handlingsanvisningerne.

Uplanlagt vægttab: For 2 vægttab over 1 kg ses ikke tegn på at vægttabet er meldt videre fra hhv elevfunktion og fast hjælper. Dokumentationen i cura gør det vanskeligt for den, der har vejet at finde den tidligere vægt og derved identificere et vægttab.

Kost: Medarbejderne efterlyser information om kosttyper og muligheder for sparring. Der høres et ønske om et tættere samarbejde med køkkenfunktionen. Der har været skift af ernæringsnøglepersoner.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- at medarbejderne kender til journaliseringspraksis og anvender viden ensartet
- at medarbejderne kender til at flytte en vægt eller sende en observation, når vejningen ikke kan gennemføres på den aftalte dag.
- sætte fokus på, hvorledes formidlingen af vægttab til sundhedsfaglig bedst kan tilrettelægges.
- at styrke en fælles faglig ernæringsindsats med involvering af sygeplejersker, ernæringsnøglepersoner samt samarbejde til køkkenet.

#### Målepunkt 3.6 og 3.7 Det skriftlige arbejdsgrundlag

Fokus: 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.

Der ses generel udfordring med anvendelse af cura. Det medfører at medarbejderne indskrives oplysninger forskellige steder i journalen, hvilket gør det vanskeligt for kollegerne at finde oplysningerne. Udfordringerne omhandler dels at anvende den nødvendige tid til opgaven, men også at anvende cura efter de besluttede arbejds-gange. Desuden høres forskellig opfattelse af, hvilken funktion sygeplejerske, assistenter, hjælpere), der har opgaven med opdatering de forskellige områder i cura.

Sammen med dels sygeplejersker og dels andre medarbejdere ser tilsynet ved stikprøver i ca 18 journaler, at oplysninger ved funktionsevnetilstande er uoverensstemmende i forhold til handlingsanvisninger, observationer, besøgsplaner mv. For delegerede ydelser af forbeholdt karakter ses uoverensstemmende oplysning i helbredstilstande, ydelser, handlingsanvisninger, observationer mv.

Det kan være hindrende for at frontmedarbejderne kender til seneste faglige beslutninger og eksempelvis har sikker viden om næste kateterskift, sondeskift o.a.

*Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder*

- inden sommerferien at sikre det fornødne arbejdsgrundlag på prioriterede områder
- at anvendelsen af cura styrkes, herunder fastlægge undervisning og følge op på kvaliteten
- at opdatering af besøgsplaner fastlægges- hvem gør hvad
  - opfordre medarbejderne til at hjælpe hinanden ved at sige til – eksempelvis når besøgsplaner ikke er i overensstemmelse med borgers behov eller når der ikke er en forflytningsplan
- at delegerede ydelser af forbeholdt karakter skal følges op (tilsynspligt fastlægges)
- at konsekvensrette efter beslutningstagen eksempelvis ved triage
- at udføre mini-journalaudit inden sommerferien mhp om de mest kritiske oplysninger er lettilgængelige for medarbejderne.

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

Tilsynet hører at plejecentret vil arbejde med at styrke arbejds-gange for magtanvendelse.

*Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats med*

- at opnå fælles forståelse for, hvornår pleje bliver til magtanvendelse
- at indberetninger sker i overensstemmelse med det vedtagne
- at magtanvendelse indgår systematisk i introduktionen.

#### **Opmærksomhedspunkt**

#### **Tema 5 Kvalitetsarbejdet: Opfølgning fra seneste tilsyn**

Ved seneste tilsyn sås enkelte udviklingspunkter. Centret har arbejdet videre med disse. Der høres om engagement og opfølgning efterfølgende. Processen anbefales styrket med kvalitetsovervågning af processerne.

*Tilsynet anbefaler*

- at styrke processtyringen:
  - hvornår og hvordan igangsatte tiltag evalueres
  - hvilke tiltag der er sat i gang, hvis resultater af overvågningen ikke var tilfredsstillende
- at følge op på handleplanen sammen med de involverede tovholdere fast månedlig i en periode.



## Oversigt over de enkelte temaer

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

Af nedenstående oversigt angives den samlede målopfyldelse for hvert tema. Vurderingen er angivet med farver og kategorierne HO (Helt opfyldt), BO (I betydelig grad opfyldt), NO (I nogen grad opfyldt), IO (Ikke opfyldt).

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

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

### Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

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

## Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt? 2) Hjælper den hjælp du får dig til at vedligeholde dine færdigheder? 3) Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til, at bliver inddraget i at klare flest mulige daglige aktiviteter selv (fx personlig pleje, vande blomster, lægge tøj sammen, støve af m.m) 4) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for?		
1.2	1) Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson jf. kommunens beslutning 2) Relevante borgere er tilbudt en rehabiliterende indsats og der er fulgt op på indsatsen. 3) Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder.		Ad 1 Ved indflytning varetager hjælpere og assistenter afdækning af borgers potentiale for funktionsevne. Medarbejderne oplyser, at man kan inddrage forflytningsvejleder og hjælpemiddeltherapeut. Der høres ikke om en arbejdsgang, der støtter en evt. visitation til §86 forløb ved terapeuter. Dette kunne evt. ske via sygeplejerske.  Ad 2 Der er ikke en arbejdsproces for identifikation af relevante borgere. På tilsynstidspunktet kender medarbejdere ikke eksempler på borgere, hvor der er rettet henvendelse mhp visitation.

1.3	<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> <li>3) Aktivitetstilbud: Borgers individuelle træningsbehov er kendt af relevante medarbejdere og er om muligt indarbejdet i tilbuddene.</li> </ol>		<p>Ad 1 Opmærksomhedspunkt er at fastsætte mål sammen med borger.</p>
1.4	<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>Relevante og opdaterede oplysninger fremgår af</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Borgernes funktionsevnetilstande</li> <li>2) Handlingsanvisninger/Besøgsplan/døgnrytmeplan</li> </ol>		<p>Ad 1 For 1 ud af 4 undersøgte borgerforløb ses funktionsevnetilstandene opdateret. For en borger ses en del af tilstandene opdateret. For 2 borgere ses ikke opdatering de seneste år.</p> <p>Ad 2 For 1 ud af 6 sete besøgsplaner er disse ikke opdateret med relevante oplysninger ift dagens opgaver.</p> <p>Forflytningsvejledninger, herunder oplysninger om, hvordan borger bedst kan medvirke, kan ikke findes for 3 ud af 4 borgere med komplekse forflytningsbehov.</p> <p>For 2 borgere ses uoverensstemmende oplysninger i besøgsplanerne for aften og dagvagt om anvendelse af sara steady.</p>

## Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering: 

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

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

## Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig?</li> <li>2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?</li> <li>3) Bliver du hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres?</li> <li>4) Kender du besøgsplanen/døgnrytmeplanen og oplever du, at beskrivelsen er meningsfuld og dækkende?</li> <li>5) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov?</li> <li>6) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald.</li> </ol>		<p>Borgerne svarer overvejende positivt, men oplever, at de må fortælle medarbejderne om, hvad opgaverne er hos dem og hvordan de bedst kan hjælpes.</p> <p>Flere sårbare borgere giver udtryk for at der er een bestemt, som er gennemgående og har et særligt ansvar for deres forløb.</p>
3.2	<p><i>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Medarbejdere kender arbejdsgangene for at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner. Der kan ses eksempler på rettidig reaktion som viser en systematisk arbejdsproces.</li> <li>2) Arbejdsgangene belyses gennem kædeprocessen for tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, herunder involvering af læge, tandlæge, ergoterapeut o.a.             <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> </li> </ol>		<p>Ad 1 Triage er indført 2 gange om ugen. Ændringer i borgers tilstande skal meldes ind her. "Observation med opgave" anvendes af nogle af medarbejderne for at støtte den mundtlige formidling.</p> <p>Ad 2 a) Vejehyppighed: Vejehyppighed er besluttet for alle borgere. Dato for næste vejning fremgår af tavlen. Borgere tilbydes væggtab kontrol hver måned og ved væggtab ændres til hver uge.</p>

		<p>Stikprøve i 5 borgerforløb viser helt overvejende overensstemmelse mellem det besluttede og den udførte vejhyppighed. (Vægtene indskrives imidlertid forskellige steder og under forskellige overskrifter og er vanskelige at finde for medarbejderne).</p> <p>b) Uplanlagt vægttab For 2 vægttab over 1 kg ses ikke tegn på at vægttabet er meldt videre fra hhv elevfunktion og fast hjælper.</p> <p>Den eventuelle mundtlige formidling af vægttab støttes ikke af eksempelvis observation med opgave.</p> <p>Opmærksomhedspunkt: Samarbejdsfladen mellem ernæringsansvarlige og sygeplejersker fremstår delvist uklar.</p>
3.5	<p><i>Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb</i> Medarbejderne kan redegøre for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere i forhold til:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mål</li> <li>2) Inddragelse af træningselementer og -aktiviteter i daglig hjælp, pleje og omsorg</li> <li>3) Vurdering af funktionsevne.....</li> <li>4) Råd til rigtig forflytning.....</li> <li>5) Personlig pleje: Balance- stå- eller gåmuligheder samt evt. øvelser o.a., som borger kan huskes på.</li> </ol> <p>Såfremt plejecentret ikke har/nyligt har haft borgere visiteret til ovenstående markeres indikatoren som ”ikke relevant for dataindsamling” = grå farve.</p>	<p>Ved stikprøve i 3 ud af 3 borgerforløb med aktivt eller afsluttet træningsforløb kan sundhedsfaglige medarbejdere vanskeligt finde terapeuternes notater/ terapeutvurdering og få oplysninger om, hvad målet er og om der er oplysninger, der skal indskrives i besøgsplanerne.</p> <p>Ved 3 borgere findes oplysninger af betydning for borgeropgaver. For én borger uden sprog har medarbejder indgående kendskab til borgers behov og indarbejder det i den daglige kontakt.</p>

			<p>For de 2 øvrige ses ikke kendskab til terapeuternes plan i borgeropgaver. For den ene borger er anført at medarbejderne skal styrke aktivering af borgers venstre side. For en anden borger oplysning af betydning for forflytning, som ikke er indskrevet under den personlige pleje eller indskrevet i en forflytningsplan.</p>
3.6	<p><i>Det skriftlige arbejdsgrundlag</i> Der er fokus på systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand med udgangspunkt i ex uplanlagt vægttab, dysfagi, tryksår og fald.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Den social- og plejefaglige dokumentation er overensstemmende med opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande (ex helhedsvurdering, handlingsanvisninger, faglige notater, observationer, døgnrytmeplaner/besøgsplaner og eventuelle supplerende papirbaserede notater)</li> <li>2) 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.</li> </ol>		<p>Ad 1 Der ses generel udfordring med anvendelse af cura. Det medfører at medarbejderne indskrives oplysninger forskellige steder i journalen, hvilket gør det vanskeligt for kollegerne at finde oplysningerne.</p> <p>Eksempelvis indskrives vægt enten i handlingsanvisning eller i observation. Som observation bruges 2 forskellige overskrifter.</p> <p>Ovenstående udfordringer medfører generelt uoverensstemmende oplysninger i funktionsevne tilstande, helbredstilstande, handlingsanvisninger, observationer, besøgsplaner mv.</p> <p>Manglende handlingsanvisninger er en generel udfordring i borgerforløbene.</p> <p>Ad 2 Ikke systematisk. Brugen af observationer kan med fordel udvides til videreformidling af eksempelvis uplanlagt vægttab.</p>



			<p>Ad 3</p> <p>For en borger med PEG-sonde er en vejledning med forældede oplysninger tilgængelig i forbindelse med sondeernæring.</p> <p>Kvittering for sondegivning fremstår sårbar idet der ikke foreligger en endelig beslutning om, hvor der skal kvitteres.</p> <p>Dokumentation for seneste sondeskift findes, men er indskrevet et sted, hvor det ikke umiddelbart kan findes.</p>
3.6	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag</p> <p>Besøgsplaner/plejeplaner og generelle oplysninger</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Besøgsplaner/plejeplaner/døgnrytmeplaner fremtræder handleanvisende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger og borgers vaner og ønsker</li> <li>2) For borgere ramt af demens indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleanvisende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt</li> <li>3) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren.</li> </ol>		<p>Handlingsanvisninger for personlige pleje: Når handlingsanvisninger foreligger, ses for 3 ud af 6 tilfælde opdaterede og konkrete oplysninger.</p> <p>For 3 borgere som har boet længere tid på plejecentret, er handlingsanvisning for personlig pleje ikke udfyldt.</p> <p>For udadreagerende borgere ses for 3 ud af 3 borgere oplysning om dette og for 1 ud af de 3 borgere ses anvisning på forebyggelse af vreden.</p> <p>Aftenvagten: For 3 ud af 3 sete handlingsanvisninger for borgere ramt af demens ses oplysning om sengevaner.</p> <p>Der ses ikke oplysninger om hvad der skaber glæde for borgere og/eller kan hjælpe borger med at have en god oplevelse.</p> <p>Dette har særlig betydning for borgere, der ikke kan svare for sig.</p>

			<p>Det er tilsynets indtryk, at medarbejder, der kender borger godt, kender til disse oplysninger, men får ikke formidlet "den tavse viden" videre til kollegaerne skriftligt.</p>
--	--	--	--

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

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	Medarbejderne kan fremfinde instruks, der beskriver magtanvendelse i Odsherred Kommune. Dokumentet er lettilgængeligt for medarbejdere.		
4.2	Magtanvendelse indgår i introduktion til nye medarbejdere		
4.3	Medarbejderne kan redegøre for, hvornår pleje bliver til magtanvendelse.  Medarbejderne kender til forebyggelse af magtanvendelse og fortæller om den socialpædagogiske indsats.  Medarbejderne kan give eksempler på faglige drøftelse i aktuelle borgersituationer.		Der høres forskellige opfattelser af hvornår pleje bliver til magtanvendelse.  Tilsynet erfarer positivt at forskellige medarbejdere fortæller om en kultur, hvor aktuelle borgerforløb drøftes og hvor medarbejderne indbyrdes drøfter og sikrer en fælles forståelse også sammen med nyere ansatte.
4.4	Medarbejderne indberetter magtanvendelse i tråd med instruks.		Der høres forskellige opfattelser af, hvornår og hvordan magtanvendelse skal indberettes.  Der er ikke fastlagt konkrete tiltag for medarbejdergruppen om magtanvendelse, herunder forebyggelse og indberetning.

## Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen.</li> <li>2) Der er prioriteret og igangsat tiltag.</li> <li>3) Der ses dato for evaluering.</li> </ol>		<p>Ved seneste tilsyn var få målepunkter, som ikke var "Helt opfyldt".</p>
5.2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Effekten af tiltagene er evalueret</li> <li>2) I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført.</li> </ol>		
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, således at borgerne får den hjælp, de er berettiget til, og at hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig forsvarlig måde. Tilsynet skal belyse, hvorvidt:

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

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

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

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

Samlet set stiller tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

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

Tilsynsbesøget er gennemført uanmeldt og er et udtryk for det øjebliksbillede, som er tilgængeligt på tidspunktet for tilsynets gennemførelse.

## Indhold og metode

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

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

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

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



## Vurderingsprincipper

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

Vurdering sker på 4 niveauer:

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

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

Niveauer	Det samlede tilsynsresultat															
Temaer																
Målepunkter																
De enkelte stikprøver																

### Vurdering af den enkelte stikprøve

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

### Vurdering af de enkelte målepunkter

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

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

### Vurdering af det enkelte tema

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

### Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

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

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

#### *Målene er i høj grad opfyldte*

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



*Målene er i middel grad opfyldte*

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

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

Opfølgning efter kortere tid anbefales.

*Målene er i lav grad opfyldte*

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

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

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

*Kritisable forhold*

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

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



## Om virksomheden og kontaktoplysninger

Nethe Britt Jorck  
Virksomhedsleder og tilsynschef

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

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

Konsulentfirmaet består af virksomhedsleder, som sammen med udvalgte teamkolleger varetager alsidige opgaver, eksempelvis:

- Tilsyn med plejeboliger på ældreområdet
- Tilsyn med fritvalgsområdet
- Andre kvalitetsbesøg/tilsyn i hjemmesygeplejen, akutfunktioner, plejecentre og hjemmeplejen efter serviceloven og sundhedsloven
- Kvalitetsbesøg/temperaturmålinger ift. ældretilsynets målepunkter
- Kvalitetsbesøg/temperaturmåling ift. risikobaseret tilsyn med STPS's målepunkter
- Second opinion kombineret med kvalitetsbesøg/tilsyn ved eksempelvis klagesager
- Tværsektorielle borgerforløb. Ressource- og opgavefordeling
- Brugerundersøgelser, herunder borgertilfredshedsundersøgelser

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

Om virksomhedsleder og tilsynschef

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

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

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

Ovenstående har medført lang erfaring og indgående viden og indsigt i spændingsfeltet mellem det, der besluttet (lovgivning, retningslinjer, kvalitetsstandarder m.m.) og det, der sker i praksis tættest på borgerne. Hertil kommer indgående erfaring med forandrings- og forbedringsarbejde med basis i uddannelse og projektarbejde med projekter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

