



TILSYNSRAPPORT

Holbæk Kommune

Aktiv Hele Livet

Midlertidige Pladser, Stenhusbakken

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	10
Resultater og vurdering af de enkelte temaer	11
Tema 1 Pleje, omsorg og praktisk støtte	12
Tema 2 Selvbestemmelse og indflydelse	14
Tema 3 Hverdagsliv – aktiviteter, mad og måltider	16
Tema 4 Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde	17
Tema 5 Utilsigtede hændelser (UTH)	20
Tema 6 Magtanvendelse sker i overensstemmelse med lovgivning og lokale beslutninger	21
Tema 7 Dokumentation	22
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	25
Om virksomheden og kontaktoplysninger	28

Forord

Det kommunale tilsyn på de midlertidige pladser er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder, kvalitetspolitikken og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Kommunens fokus på UTH og magtanvendelse er medtaget.

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 aktuelle 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.

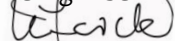
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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



Nethe Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejeenhed:

Midlertidige Pladser, Stenhusbakken, Stenhusvej 21, 4300 Holbæk

Teamleder:

Heidi Nielsen Raunholt

Tilsynsbesøget fandt sted:

30. oktober 2024

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 9 borgerjournaler), instrukser, borgerinformationer, menuplaner 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 teamleder, 1 sygeplejerske, 3 assistenter, heraf en med UTH-funktion, 3 hjælpere, 1 ernæringsteknolog, 1 ergoterapeut, 1 fysioterapeut og 1 rengøringsmedarbejder.
- Observation: 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.

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 Holbæk Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos leverandøren. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn i Holbæk 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 lav grad opfyldte

2 temaer er ”I nogen grad opfyldte”.
I vurderingen er medtaget, at der ses forhold, som kan indebære større risiko for patientsikkerheden ved uændrede forhold.
Dette er uddybet på side 8-9 samt under temaerne.

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

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfølgelse 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”.

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 ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

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

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

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

Kritisable forhold

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

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

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

Generelt

De midlertidige pladser varetager borgere til aflastning, palliativ indsats, Genoptræning, afklaring/bolig o.a. Plejepersonale, sygeplejersker, ergoterapeut og fysioterapeut har fælles ledelse. Terapeuternes samarbejde med den kommunale genoptræningsenhed fremstår velfungerende.

Et indsatsområde har været at skabe en fast struktur og koordinering af borgerforløbene. Der er indført opstartsmøde og løbende tværfaglige dialogmøder med visitator, terapeuter, sygeplejersker og plejemedarbejdere.

Sygeplejersker anvender kontaktpersoner og har forløbsansvar indenfor eget område.

Styrker

Funktionsevne

3 interviewede borgere med genoptræningsforløb giver udtryk for, at opholdet har hjulpet dem til at komme i gang igen. De fortæller, at deres funktionsevne er øget betydeligt. De oplever en velorganiseret træningsindsats og god kontakt og samarbejde med alle medarbejderne. Ergoterapeuten bistår med sparring til forflytninger og hjælpemidler.

Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Borgerne fortæller, at opholdet har givet dem mulighed for at få deres hverdag igen. Flere borgere siger spontant, at medarbejderne er ualmindelig imødekommende og positive at få hjælp af.

Personlig pleje: Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende overværer personlig pleje til 3 borgere. Der ses velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser.

Praktisk hjælp: Tilsynsførende vurderer, at hjælpen tilrettelægges tilfredsstillende. Stuer, fællesarealer og hjælpemidler fremtræder rengjorte svarende til rengøringsstandarden.

Mad og måltider: Medarbejderne støtter borgere med behov for hjælp til spisning. Maden smager godt, fortæller borgerne. Kostindsatsen fremstår grundlæggende velstruktureret. Borgenes ernæringstilstand følges og ved indflytning tilbydes borgerne vejning. Ernæringsteknolog og ergoterapeut følger op på kostindsatsen og sikrer at kostopslag i køkkenerne er overensstemmende med borgers aktuelle tilstande. Borgere ramt af dysfagi kan få serveret indbydende specialkost/gelesmørrebrød.

Sammenhæng og forudsigelighed:

Tilsynsførende hører om daglige triageringsmøder, hvor der er dialog om sundhedsfaglige og social-og plejefaglige forhold. Her vægtes den tidlige opsporing af borgere, hvis tilstand har ændret sig, og hvor der kan være brug for en indsats. 2 gange om ugen holdes tværfaglige dialogmøder, hvor visitator, terapeuter og forløbsansvarlig sygeplejerske o.a. deltager. Her evalueres borgerforløb og mål for indsatsen justeres.

Utsigtede hændelser (UTH)

Arbejdet med UTH fremstår velstruktureret. Der høres om velfungerende læringsteam og eksempler fra medicinhåndtering på, hvorledes UTH anvendes til forbedringer af arbejdsprocesser.

De ovenfor nævnte styrker og erfaringer med kvalitetsarbejde 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

- 2 temaer er "Helt opfyldt"
- 3 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 1+2 Selvbestemmelse og indflydelse

Af kommunens pjece om midlertidigt ophold står: "Under dit ophold tilknyttes du og din familie en kontaktperson. Kontaktpersonen har den primære kontakt til dig og din familie og følger op på aftaler, der er indgået med dig, for at målene med opholdet kan opnås.

Udviklingspunkt:

Kontaktperson: Borgerne oplever, at alle medarbejdere er imødekommende og kan hjælpe dem. På spørgsmålet om der er en person, som er særligt tilknyttet deres forløb/kontaktperson/en man kan tale med om forløbet, svarer borgerne, at det tror de ikke.

Det er tilsynets indtryk, at der er faste terapeuter og at sygeplejen har udpeget faste kontaktpersoner. Plejemedarbejderne arbejder for tiden ikke med kontaktperson som funktion, men tilstræber få kontakter.

Der høres ikke om kontaktperson til borgeren, hvis funktion er at have et samlet overblik over borgers situation og varetage de tilhørende opgaver.

Opstart af forløbet: Borgerne "kunne godt have ønsket sig mere information". Jeg skulle "selv finde ud af det", "mine forventninger var anderledes", "kunne være godt med en lokal informationsseddel/pjece eller andet".

Tilsynet anbefaler

- at tilknytte kontaktperson(er) til det enkelte borgerforløb med klare anvisninger på ansvars- og opgavefordeling tilpasset forløbstype
- at styrke strukturen for samarbejde med borger for opstart og løbende formidling af samlede mål, plan og evalueringsdatoer, evt. på en oversigt til ophæng på borgers stue (i lighed med den eksisterende fys-oversigt).

Tema 4 Kompetencer og udvikling

Triage bidrager til den løbende kompetenceudvikling. Både dagvagt og aftenvagter anvender triage. Det er tilsynets opfattelse, at triage dels bidrager til den tidlige opsporing af borgere med forringet helbredstilstand og dels bidrager til den løbende kompetenceudvikling.

Supplerende anvendes triagemodulet også til skærpet opmærksomhed. Her ses fx fast gul ved risikosituation for for en borger som behandles med kemo med handlingsanvisning for observation for bivirkninger. Mål for forløbet kan ligeledes være formidlet.

Medarbejdernes refleksion og kompetencer ved sundhedslovsydelser

Tilsynet ser eksempler på god pleje udført af kompetent personale. Afdelingen varetager elevuddannelse.

Der ses dog enkeltstående eksempler på pleje, som ikke lever op til den fornødne kvalitet. Selvom det er enkeltpersoner, der primært har løst opgaven på tilsynsdagen, er det tilsynets indtryk, at der ikke af kolleger vises refleksion og korrigerende handlinger, når kolleger har været tæt på borgerne eller borgeropgaven.

Fx

- En borger, der bruger kørestol og har kateterpose. Denne er hængt over blæreniveau på kørestolshåndtag.
- En borger med behov for kontrakturprofylakse af hånd, får ikke denne på.
- En tryksårstruet borger: Vending hver 3. time er besluttet. Det ses ikke dokumenteret, så alle kan se, hvornår det er aktuelt næste gang
- Medicinhåndtering ved sondeernæring
- Anvende mundbind hos udsat borger.

Der kan være sammenhæng til plejemedarbejdernes aktuelle organisering og samarbejdsfladen til sygeplejen og terapeuter. Tilsynet hører, at strukturen med kontaktpersoner hos plejemedarbejdere forventes genindført.

Tilsynet anbefaler

- at der tilknyttes både assistent og hjælper som kontaktperson
- styrke den sundhedsfaglige opmærksomhed og opfølgning ved overdragede sundhedslovsydelser
- at evt. undervisningsbehov om pleje og behandling erkendes og sygeplejerske involveres ved behov.

Tema 6 Magtanvendelse sker i overensstemmelse med lovgivning og lokale beslutninger

Det er tilsynets indtryk, at der arbejdes ihærdigt med implementering af de overordnede beslutninger, herunder om kortvarig fastholdelse, handleplan samt indberetning.

Tilsynet anbefaler at fortsætte opmærksomheden for

- at opnå fælles forståelse for, hvornår pleje bliver til magtanvendelse
- at opdatere døgnrytmeplanerne o.a. evt. med henvisning til relevant notat.
- at indberetninger sker i overensstemmelse med det vedtagne.

Tema 7 Dokumentation

Funktionsevnetilstande

Fokus: Fra indflytning skal ske en systematisk vurdering af borgernes potentiale for funktionsevne. Mål for indsatsen og løbende evaluering af hjælpen skal beskrives jf. §83 stk. 5. Det forudsætter en klar ansvars- og opgavefordeling. Ved sygehusindlæggelse bliver funktionsevnetilstande overført automatisk.

Udviklingspunkter

Stikprøver viser generelt ikke-opdaterede oplysninger ift. borgernes aktuelle tilstande ved opstart og løbende. Der ses scoringer, som ikke svarer til beskrivelserne og/eller den aktuelle viden om borgers potentiale og mål for indsatsen.

Dette medfører

- uoverensstemmelse mellem funktionsevnetilstand og døgnrytmeplan m.m.
- forkerte oplysninger ved hospitalsindlæggelse, når nogle funktionsevnetilstande automatisk overføres.

Tilsynet anbefaler, at

- undervise og yde sparring ved scoring af funktionsevnetilstandene
- beslutte fast interval for opdatering - udover ved ændringer i borgers tilstande
- evaluere ved journalaudit med jævne mellemrum.

Døgnrytmeplaner og sammenhæng til helbredstilstande o.a.

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, 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: Der ses for 1 ud af 6 undersøgte forløb overensstemmelse mellem borgers aktuelle tilstand og oplysninger i døgnrytmeplaner, observationer, generelle oplysninger, helbredstilstande/indsatsmål/handleanvisninger.

Afslutning af triage: Faglige notater ses ikke opdaterede ved afslutning af problemområde for 3 ud af 3 borgerforløb. Konsekvensen er manglende/ikke opdaterede helbredsoplysninger.

Ovenstående medfører en risiko for, at der arbejdes ud fra ikke-tidstro data, 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 i journaliseringen vedrører også sundhedslovsydelser.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- at styrke assistenters løbende opdatering af faglige notater
- når borger igen triageres grøn, at aftale ved triagemødet, hvem der skriver resume i fagligt notat og opdaterer døgnrytmeplan o.a.
- at fortsætte indsatsen for at skrive handleanvisende og individuelle døgnrytmeplaner
- at medarbejderne (incl. afløsere/vikarer) opfordres til løbende større opmærksomhed og reaktion efter besøg, hvis døgnrytmeplaner o.a. ikke afspejler borgers aktuelle behov
- at evaluere ved journalaudit med deltagelse af sygeplejerske, assistent, hjælpere og terapeut ad hoc

Ovenstående kan have betydning for den tidlige opsporing samt opfølgning på igangværende tiltag. Det kan indebære større risiko for patientsikkerheden ved uændrede forhold.

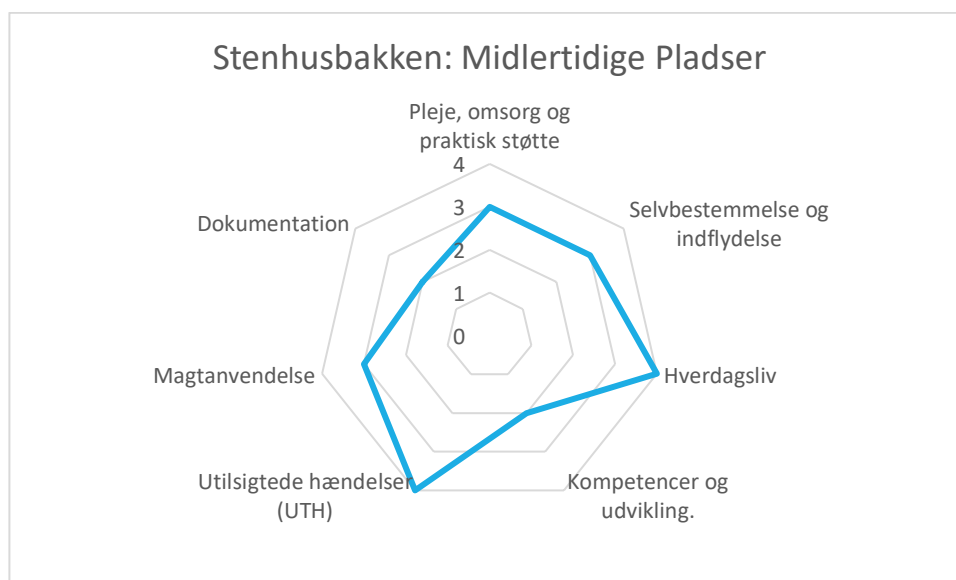
Oversigt over de enkelte temaer

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

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

Tema	
Pleje, omsorg og praktisk støtte (Tema 1)	B O
Selvbestemmelse og indflydelse (Tema 2)	B O
Hverdagsliv (Tema 3)	H O
Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde (Tema 4)	N O
Utilsigtede hændelser (UTH) (Tema 5)	H O
Magtanvendelse (Tema 6)	B O
Dokumentation – Det skriftlige arbejdsgrundlag (Tema 7)	N O

For at støtte mulighed for at sammenligne med tidligere års resultater ses ovenstående afbildet i edderkoppedia-grammet nedenfor med scoring fra 1-4, hvor 4 svarer til "Helt opfyldt".



Resultater og vurdering af de enkelte temaer

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

Herefter er de konkrete kvalitetsindikatorer medtaget, så læseren kan se, hvad der er grundlaget for dataindsam-
lingen. Tilsynsførende vurderer for hvert målepunkt, om dataindsamlingen viser overensstemmelse med måle-
punktets 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.

Målepunkt	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.		Borgerne oplever, at alle medarbejdere er imødekommende og gerne vil hjælpe dem. De oplever ikke, at der en fast medarbejder blandt plejemedarbejderne, som de kan tale med om forhold, der ikke blot vedrører dagens opgaver, men om deres forløb. Note: Medarbejdere støtter sig til døgnrytmeplanerne. Disse fremstår med for sparsomme oplysninger for en medarbejder, der ikke kender borger.
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. 2) Ved risiko for stænk af borgers udskillelser anvendes plastforklæde. Borgerne fremtræder velplejede efter ønske.		En borger efterlyser at komme i bad. Han har haft et knap to-ugers ophold. Der er kvitteret for et bad, som ikke er leveret. Derved har borger ikke fået erstatningsbad. Mave-tarmfunktion: For relevante borgere ses for 2 ud af 3, at Bristol er ført.

1.4	Praktisk hjælp 1) Hjemmet er ryddeligt og rent i det omfang borger har behov for hjælp og ønsker hjælpen. 2) Rengøringsydelsen er planlagt svarende til kommunens kvalitetsstandard. 3) Personlige hjælpemidler fremtræder rene 4) Tøjvask varetages efter gældende hygiejniske retningslinjer (nationale/lokale).		
-----	--	--	--

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?		Borgerne oplever, at alle medarbejdere er imødekommende og kan hjælpe dem. De oplever ikke, at der er en fast medarbejder blandt plejemedarbejderne, som de kan tale med om forhold, der ikke blot vedrører dagens opgaver.
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?		Ved opstart af forløbet kunne borgerne godt have ønsket sig mere information. Jeg skulle "selv finde ud af det", "mine forventninger var anderledes", "godt have brug for mere info", "kunne være godt med en pjece eller andet".
2.2	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 borgernes livshistorie i relevant opfang anerkendes og respekteres af medarbejderne 2) at borger (og pårørende) fra start kender mål for opholdet og planen for, hvornår der undervejs tages beslutninger 3) at borger og pårørende kender relevante kontaktpersoners navne. Vurderingen tilpasses om borgeren har genoptræningssigte, aflastning, palliativ mv		Ad 1 Der er tiltag i gang. Ad 2 Borger efterlyser oplysninger om hvad planen er. Har kendskab til brug af tavle, men har ikke en på sin stue. Syntes, det ville være godt at have. "Det kunne jo hænge her på stuen, så alle kunne se det". Der er hos nogle borgere tavle med "mål", "plan", "evaluering", som alene er til brug for fys-oplysninger.

			Ad 3 Strukturen er - at sygeplejersker har kontaktpersonfunktion - at fys og ergo er kendte (er kun 2) - at plejemedarbejderne ikke har kontaktpersonfunktion. Adspurgte borgere har ikke navn på deres kontaktperson.
--	--	--	---

Tema 3 Hverdagsliv, mad og måltider

Samlet vurdering:



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?		
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.		Nogle borgere fortæller, at de er med i "firkanten", selv har lavet hygge med musik, eller andet som man "nu kan finde på". 1:1 kontakt til sårbare kan vanskeligt praktiseres.
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.?		
3.4	Måltider 1) Der foreligger menuplan, som er tilgængelig for borgere og pårørende 2) Borgere med behov for specialkost, tilbydes denne		

Tema 4 Kompetencer og udvikling. Flerfagligt samarbejde

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter 1. Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne med tildelt §§ 83 og 86 samt opfølgning på GOP. 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). Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, herunder hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.		
4.2	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. <u>Arbejdsgangene belyses fx for</u> A: Triage – opfølgning på sundhedslovsydelser B: Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring C: Fald Ad A: 1) Vejhyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval 2) Der ses reaktion på uplanlagt vægttab 3) Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere. Ad B: 1) Der ses handlet korrekt og patientsikkert på fald sv.t. instruksen		Ad A Triagering fremstår som central proces i DV og anvendes også i AV. Ved ændringer i borgers tilstand oprettes ved behov gul/rød tilstand og herefter journaliseres i triagemodulet. Når borger igen er i grøn, skal skrives resumé i fagligt notat og døgnrytmeplan evt. opdateres. Dette ses ikke udført for 3 ud af 3 borgere. Konsekvensen er manglende/ikke opdaterede oplysninger. Plejeenheden har god erfaring med at anvende triagemodulet til at styrke opmærksomheden på risikofaktorer samt mål for forløbet.

	2) Fald er rapporteret med faldregistrering, som UTH og medtaget i samlerapportering.	Fx med handlingsanvisning for en borger som skal observeres for bivirkninger af kemo. Er fast triageret gul. Sundhedslovsydelser Der ses enkeltstående eksempler på pleje, som ikke lever op til den fornødne kvalitet. Selvom det er enkeltpersoner, der primært har løst opgaverne på tilsynsdagen, er det tilsynets indtryk, at der ikke handles fra kolleger med refleksion og korrigerende handlinger. Fx ○ En borger, der bruger kørestol og har kateterpose, Denne er hængt over blæreniveau på kørestolshåndtag ○ En borger med behov for kontrakturprofylakse af hånd, får ikke denne på ○ En tryksårstruet borger: Vending hver 3. time er besluttet. Der ses ikke dokumenteret, så alle kan se hvornår det er aktuelt næste gang ○ En borger, hvor stue lugter af urin. Ikke nyt problem. Tilsynet hører der er tiltag i gang. Disse tiltag fremgår ikke af Nexus, fx observationer ○ Anvende mundbind hos sårbar borger. Ad B Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring. <u>Vejehyppighed</u> er fastsat til opstart og justeres efter behov.
--	--	--

			Er kalendersat i Nexus. Sygeplejen følger op på vejningerne. Målepunkt samlet set opfyldt. Ad C: Fald: Målepunkt ses opfyldt Ved 3 ud af 3 fald ses involvering af sundhedsfaglig medarbejder. Der ses faldregistrering og målt værdier. For 1 ud af 1 borger ses faldudredning i tråd med kommunen procedure. Fald ses af samlerapportering. Det er tilsynets indtryk, at fald rapporteres som UTH og medtages i samlerapportering. Der høres om en implementeret arbejdsgang for læring.
4.3	Kompetenceskemaer: Stikprøver viser, at kompetenceskemaer er opdaterede.		

Tema 5 Utilsigtede hændelser (UTH)

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	Organisering og arbejdsgange er i overensstemmelse med kommunens vedtagne beslutninger om samlerapportering og tværgående drøftelser fx i UTH-teams.		
5.2	Medarbejdere og/eller ledere kan nævne eksempler på anvendelse af UTH til forbedringer af arbejdsgange og/eller kompetenceudvikling.		
5.3	Medarbejderne kender arbejdsgange ved UTH. Dette demonstreres ved fx fald o.a. , herunder brug af samlerapporter og læringsprocesser.		

Tema 6 Magtanvendelse sker i overensstemmelse med lovgivning og lokale beslutninger

Samlet vurdering



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
6.1	Medarbejderne kan fremfinde intern procedure for magtanvendelse i Holbæk Kommune. Dokumentet er lettilgængeligt for medarbejdere.		
6.2	Magtanvendelse indgår i introduktion til nye medarbejdere og i den løbende kompetenceudvikling.		De overordnede retningslinjer er under implementering i 2024. Der er kommende undervisning om indberetning.
6.3	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 om forebyggelse af magtanvendelse. Medarbejderne udviser forskellig opfattelse af, hvornår pleje bliver til magtanvendelse. Oplysninger om forebyggende tiltag ses ikke i døgnrytmeplaner for 1 ud af 2 aktuelle borgere. Faste medarbejdere kender til forebyggende tiltag, men viden forbliver tavs.
6.4	Medarbejderne indberetter magtanvendelse i tråd med instruksen.		Arbejdsproces ses generelt fulgt. Der høres lidt forskellig opfattelse af i hvilke tilfælde, der skal indberettes.

Tema 7 Dokumentation

Samlet vurdering:



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
7.1	Medarbejderne har kendskab til borgernes funktionsevnetilstande, ressourcer og ønsker Der er arbejdsproces for at erhverve kendskab til borgernes behov inden borgerbesøg.		Oplysningerne skal fremgå af funktionsevnetilstandene og afspejles i døgnrytmeplanerne. Funktionsevnetilstand: Alle har opgaven med opdatering, når der sker ændringer. For 4 ud af 5 borgere ses oplysninger der ikke er i overensstemmelse med borgers aktuelle tilstande. Døgnrytmeplaner: Oplysningerne fremstår generelt ikke opdaterede for aftenvagter. For dagvagter ses handleansende oplysninger ikke svarende til de konkrete aktuelle mål for indsatsen jf 7.2.
7.2	Døgnrytmeplaner og generelle oplysninger 1) Oplysninger ses opdateret, handleansende og med individuelle oplysninger om, hvordan plejen bedst lykkes for borger, herunder borgers vaner og ønsker 2) For borgere ramt af demens indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleansende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt		Døgnrytmeplanerne ses for 2 ud af 6 sete borgerforløb opdaterede, handleansende sv.t. mål for indsatsen og borgers ønsker og vaner. For de 4 øvrige ses ikke individuelle oplysninger om, hvordan plejen bedst lykkes for borger. Mål for indsatsen afspejler sig sparsomt i døgnrytmeplanerne for ca. halvdelen af de undersøgte borgerforløb.

			Der ses manglende oplysninger i døgnrytmeplan (DRP) af betydning for borgerbesøget: Fx ▪ "Bad torsdag". Borger er ikke selvhjulpen. Der ses ikke handleansende oplysninger ▪ For borger med afasi, som forstår sparsomt, er oplysning ikke medtaget i DERP for DV, AV, NV ▪ For 1 ud af 2 udadreagerende borgere, hvor medarbejderne kender til forebyggende tiltag, ses disse ikke i DERP ▪ En borger med konstant behov for hudpleje mellem nates (aktuelt med Inotyol. Hudpleje ikke oplyst i DERP ▪ Borger med særligt behov for mundpleje: Ikke anført AV: Døgnrytmeplanerne ses generelt ikke opdateret og rummer for få oplysninger til at alle kan yde et genkendeligt besøg. At DERP skal opdateres ses oprettet som opgave til AV. Denne støttefunktion har ikke haft den fornødne effekt.
7.1	Den social- og plejefaglige dokumentation fremstår overensstemmende. Social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge uplanlagt vægttab, tryksår, fald o.a . er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation, hvor det er relevant. 1) Oplysninger er opdaterede svarende til borgers tilstande inkl. eventuelle supplerende papirbase-rede notater, tavler o.a.) 2) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion 3) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som		Samlet set ses for 5 ud af 6 borgerforløb uoverensstemmende oplysninger mellem helbredstilstande/fagligt notat, notater fra samarbejdspartnere, døgnrytmeplan, funktionsevnetilstande, observationer og målinger.

	frontmedarbejderne anvender. (Omfatter primært journalisering ift. målepunkterne)	De sete afvigelser fremstår som manglende konsekvensrettelser på tværs af Nexus ved ændringer. Helbredstilstande: En del uoverensstemmelser ses i helbredstilstandene. Helbredstilstande oprettes af sygeplejerskefunktion, Ved delegering kan assistenter opdatere fagligt notat. Sår: Af Nexus ses, at borger har/har haft sår på hæl og os sacrum. Ved audit ledes efter aktuel status. Af døgnrytmeplan ses, at der er sår på hæl. Der er uoverensstemmende oplysninger i Helbredstilstand. Der har tidligere været triageret gult indtil sår var lægt. Formentlig er fagligt notat mm ikke opdateret, da borger igen blev grøn. Opgaven var overdraget til assistenter. Måske er huden aktuelt intakt.
--	---	--

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 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. 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 Holbæk 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":

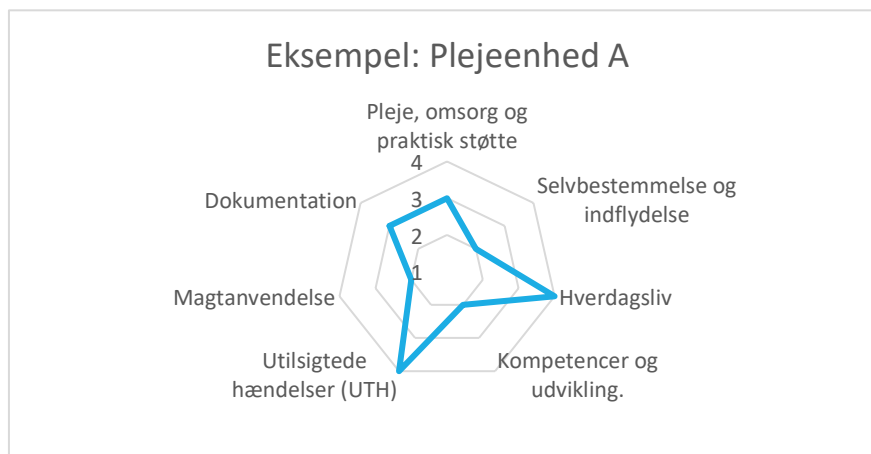
Vurderingen sker ud fra 4 kategorier, som farvemarkeres af læsevenlige årsager:

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.

For at støtte mulighed for at sammenligne med tidligere års resultater ses ovenstående afbildet i edderkoppediagrammet nedenfor med scoring fra 1-4, hvor 4 er "Helt opfyldt". Eksempel ses nedenfor:



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 ” Helt Opfyldt” eller ”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

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 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.

