



TILSYNSRAPPORT

Holbæk Kommune

Aktiv Hele Livet

Hjemmeplejen Stenhusvej Distrikt 2

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Samlet tilsynsresultat	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	7
Oversigt over de enkelte temaer	11
Resultater og vurdering af de enkelte temaer	12
Tema 1 Pleje, omsorg og praktisk støtte	13
Tema 2 Selvbestemmelse og indflydelse	15
Tema 3 Hverdagsliv – aktiviteter, mad og måltider	17
Tema 4 Kompetencer og udvikling. Sammenhæng og kontinuitet	18
Tema 5 Utilsigtede hændelser (UTH)	21
Tema 6 Magtanvendelse	22
Tema 7 Dokumentation	23
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	25
Om virksomheden og kontaktoplysninger	28

Forord

De kommunale tilsyn hos fritvalgsleverandørerne er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder, kvalitetspolitikken 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 lovgivning, kvalitetsstandarder m.m.

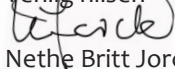
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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

Hjemmeplejeleverandør:

Hjemmeplejen Stenhusvej Distrikt 2, Stenhusvej 21 kld, , 4300 Holbæk

Leder:

Distriktsleder Sune Rønnov Lindrup

Tilsynsbesøget fandt sted:

29. april 2025

Metodik og datagrundlag:

Tilsynet omfatter borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne.

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver i 8 borgerforløb), procedurer, kørelister, borgerinformationer, samlerapporteringer mv.
- Interview: 5 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview samt 2 pårørende. Desuden 9 medarbejdere, heraf 1 distriktsleder, 1 sygeplejerske, 2 assistenter, 2 planlæggere samt 3 hjælpere.
- Observation: Besøg i 5 borgeres hjem, set arbejdsgange, samarbejde og samvær mellem medarbejder og borger o.a.

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

Hjemmeplejen 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 middel grad opfyldte

Bemærkning

Der ses udviklingspunkter, som også omfatter sundhedslovsydelser og indebærer større risiko for patientsikkerheden ved uændrede forhold. Det drejer sig primært om

- overdragede ydelser (Tema 4) samt
- dokumentation (Tema 7).

Det anbefales at støtte opfølgning af handleplan indenfor kortere tid.

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

Højest 1 af temaerne er vurderet lavere end ”Helt 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

Højest 2 af temaerne er vurderet lavere end ”Helt Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

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

Målene er i lav grad opfyldte

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”I betydelig grad opfyldt”.

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

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

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

Kritisable forhold

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

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

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

Styrker

Hjemmeplejegruppen fremstår som en grundlæggende velorganiseret enhed med erfarne og engagerede medarbejdere. Afløseropgaven løses internt. Hjemmeplejegruppen er organiseret i 2 mindre teams til hhv borgere i By og Bakken (ældreboliger).

Pleje, omsorg og selvbestemmelse

De interviewede borgere udtrykker stor tilfredshed med den hjælp, de modtager. De fortæller, at det alt-overvejende er faste medarbejdere, der kommer hos dem, hvilket de sætter stor pris på. En borger fortæller: ”Jeg har været så heldig at få alletiders hjemmehjælp, så det skal nok gå”. Borgerne fortæller, at medarbejderne alle er imødekommende og respektfulde.

Tilsynsførende besøger 5 borgere, der får støtte til personlig pleje. Under besøgene observeres, at medarbejderne anvender hverdagsrehabiliterende tilgang og at træning er indtænkt som del af morgenplejen hos flere borgere. Der ses i vid udstrækning velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær. Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske. Tilsynsførende vurderer, at hjælpen tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes vaner, ønsker og behov. Samlet set medvirker ovenstående til, at borgerne kan være så selvhjulpne som muligt samtidig med, at borgernes livskvalitet og mulighed for selvbestemmelse understøttes.

Hjælp til mad og praktisk støtte

De borgere, der er visiteret til at få den varme mad, synes at den er veltillavet og smager godt. Borgerne udtrykker tilfredshed med hjælp til indkøb og tøjvask. Boligerne og hjælpemidler fremtræder generelt rengjorte svarende til rengøringstandarden.

Sammenhæng og snitflader

Der arbejdes ihærdigt med udvikling af faste selvstyrende teams med integreret sygeplejegruppe. Tilsynsførende hører om daglig triagering. Det er tilsynets indtryk, at triagen bidrager til den tidlige opsporing af ændringer i borgers tilstande samt til den daglige kompetenceudvikling. Visitator og Rehab-terapeut fra myndighed deltager i ugentligt dialogmøde som blandt andet giver mulighed for og støtte til, at borgernes visiterede ydelser er i overensstemmelse med borgers aktuelle behov og døgnrytmeplanen. Nogleperson varetager Nexusudvikling/implementering, herunder sidemandsoplæring.

UTH-indsatsen fremstår velstruktureret. Der arbejdes med samlerapporteringer og resultaterne anvendes systematisk til læring. TRIO-gruppe (ledere, AMR, tillidsmand, sagsbehandler) fremstår velfungerende.

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

Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 4 temaer er ”Helt opfyldt”
- 1 tema 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 Pleje, omsorg og praktisk støtte

Værnemidler ved personlig pleje

Temaets fokus: For at undgå smittespredning, anbefales det i NIR¹, at ved udførelse af opgaver med risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser, anvendes plastforklæde.

Udviklingspunkt: Ved personlig pleje anvendes ikke rutinemæssigt plastforklæde. Der er tiltag i gang.

Tilsynet anbefaler at fortsætte indsatsen med henblik på

- at anbefalingerne i NIR bliver implementeret og efterlevet.

Leverandørens indsats ift. korterevarende, målrettede rehabiliteringsforløb (§83a forløb)

Fokus: Formålet med §83a er, at borgerne om muligt ikke får behov for varig hjælp. Ydelsen omfatter korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb. Der skal foreligge plan lavet i samarbejde med borger. Planen skal beskrive mål, varighed og indhold af indsatsen og der skal være en arbejdsangang for evaluering.

Der er jævnligt møde med REHAB-terapeut med mulighed for sparring og støtte til at arbejde med delmål og konkrete opgaver.

Udviklingspunkt:

3 borgerforløb har aktuelt visiterede RH-ydelser. Der ses eksempel på REHAB-plan. Der ses ikke defineret delmål og døgnrytmeplanen afspejler ikke en fremadrettet målrettet indsats. Der ses uklar samarbejdsflade mellem terapeut og hjemmeplejen, hvilket bl.a. har betydning for ansvar for aktuelle delmål, løbende journalisering m.m. Observationer er sparsomme og giver ikke i sig selv grundlag for evaluering. Arbejdsangangene for Stenhusvej Hjemmepleje 1+2 er ensartede.

Tilsynet anbefaler at

- styrke strukturen mellem terapeut og hjemmeplejen
- opdatere døgnrytmeplanerne svarende til borgers aktuelle potentiale og delmål fx i forbindelse med dialogmøder
- medarbejderne skriver løbende observationer som grundlag for evalueringer.

Tema 4 Kompetencer og udvikling. Sammenhæng og kontinuitet

Samarbejdsflade til terapeuter ved fælles borgerforløb

Fokus: De kommunale tilbud efter §§83, 83a og 86 samt genoptræningsplaner (SUL) skal indgå i en samlet indsats for at bringe borger tilbage til eller så tæt som muligt til borgers potentiale for funktionsevne.

Ved afslutning af træningsforløb kan borger have behov for at fortsætte med aktiviteter indbygget i hverdagen. Det kan være balanceøvelser indbygget i den personlige pleje, forflytte sig korrekt, rejse/siddeøvelser eller at medarbejder bare husker borger på øvelser eller opfordrer til at gå rigtigt med rollatoren. Ovenstående er også aktuelt for borgere med vederlagsfri fysioterapi o.a.

Udviklingspunkt: Indsatsmål og handlingsanvisning for terapeutydelse ses for 1 ud af 4 forløb (et RH).

Ved de øvrige kan erfaren medarbejder ikke fremfinde oplysninger om aktuelle eller afsluttede træningsforløb, hvorfra viden kan indarbejdes i døgnrytmeplaner. Faggrupperne fremstår parallelt arbejdende.

Tilsynet anbefaler at styrke de interne arbejdsprocesser, herunder

- at hjemmeplejen anvender viden fx fra døgnrapporterne eller fra borgerne om, hvorvidt borgerne har et træningsforløb, hvad målet er mv.
- at terapeutnotater lægges som opgave
- at faglig viden til brug for borgerbesøgene sættes ind i døgnrytmeplanen o.a.

¹ Nationale Infektionshygieniske Retningslinjer for plejehjem, hjemmepleje, bo- og opholdssteder m.m. 2020 udgave 1

Tidlig opsporing af borgere med ændringer af ernæringstilstand

Fokus: Et væsentligt grundlag for, at borger har energi og kan deltage i egen pleje og være fysisk aktiv er, at ernæringstilstanden er så god som mulig. Ældre og småspisende borgere er ofte sårbare, idet en utilstrækkelig ernæringstilstand kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens.

Forebyggelse kræver en tidlig opsporing².

Småtspisende/undervægtige borgere, som er startet træningsforløb kan være i risiko for ikke at få det fulde udbytte af rehabiliteringen.

Ydelsen vejning sker i samarbejde med sygeplejen, men borgerne er afhængig af, at arbejdsgangene for tidlig opsporing og medarbejdernes fokus/kompetencer, i tilstrækkelig grad støtter faglig refleksion og videreformidling af observationer til sundhedsfaglig stillingtagen.

Udviklingspunkt

Tilsynet besøgte borgere, hvor det skønnes relevant at forebygge, at borger kommer til at gennemleve tab af funktionsevne. Der besøges 4 borgere i aktuelt/afsluttet træningsforløb. 2 borgere fremstår lavvægtede og den ene fortæller om vægttab ifm. indlæggelse. Der ses ikke sundhedsfaglig stillingtagen, herunder tilbud om vejning og kost.

Tilsynet anbefaler

- støtte faglig refleksion/undervise i ernæringens betydning for selvhjulpenhed, faldtendens såvel som udbytte af træningsforløb.
- styrke arbejdsprocesserne for opsporing og videreformidling til sundhedsfaglig vurdering
- evaluere som del af kvalitetsopfølgning.

Kompetenceforhold: Rette kompetencer ved overdragede ydelser

Fokus: Autoriseredes overdragelse af sundhedsfaglige opgaver til en anden fagperson eller faggruppe. Det kan være konkret delegation eller rammedelegation. Der skal være arbejdsgang for opfølgning.

Der foreligger kommunal vejledning om ansvars- og kompetenceforhold m.v.

Udviklingspunkt:

Der er ikke struktur for dokumentation af kompetencer. Der er ikke sikring af, at borgers tildelte medarbejdere har de rette kompetencer, herunder at planlæggerfunktion har let adgang til at kende til borgere, hvor kun oplærte medarbejdere må varetage besøget. Eksempler ses under målepunktet.

Forholdene kan indebære en risiko for patientsikkerheden ved uændrede arbejdsgange.

Tilsynet anbefaler

- at ophøre med overdragelse af sundhedslovsydelser af forbeholdt virksomhed indtil der er arbejdsgang for opfølgning af overdragelsen
- at udføre løbende egenkontrol på overdragede opgaver prioriteret efter risiko.

Tema 7 Dokumentation

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 borgers behov. Hjælpen skal løbende tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5. Det forudsætter dokumentationspraksis, som anvendes og følges af alle medarbejdere og at ændringer indskrives.

Udviklingspunkter: Medarbejderne er afhængige af mundtlig formidling.

Døgnrytmeplaner: Døgnrytmeplaner for dag og aften dækker delvist informations-behovet for at yde et forudsigeligt og trygt besøg hos borger og afspejler delvist mål for indsatsen. For en kompleks borger er der ikke AV-oplysninger.

² 2022: *Underernæring opsporing behandling og opfølgning.pdf (sst.dk)* fx s.26

Se endvidere målepunkterne 1.1, 2.6, 4.1, 4.3.

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

Hjemmeplejen Stenhusvej har for begge distrikter defineret dokumentation som kvalitetsudviklingsområde, og har sat tiltag i gang. Fælles nøgleperson har fokus på dokumentation, der overholder vedtagne normer for god praksis. Løbende sidemandsoplæring forventes at medvirke til kompetenceudviklingen.

Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder

- at fortsætte indsatsen for at styrke assistenters arbejdsgange for løbende opdateringer på tværs af Nexus, herunder efter dialogmøder og triagebeslutninger
- at terapeutnotater lægges som opgave
- opdatere døgnrytmeplanerne, så alle kan hjælpe borger til en genkendelig og sikker pleje
- jævnligt kvalitetstjek: Indmelding fra medarbejderne om, hvorvidt det, de oplever ved besøg, stemmer overens med døgnrytmeplanen og handlingsanvisninger mv. samt evt. overdragede opgaver
- fortsat følge op med mini-journalaudit efter eget fastsat interval.

Oversigt over de enkelte temaer

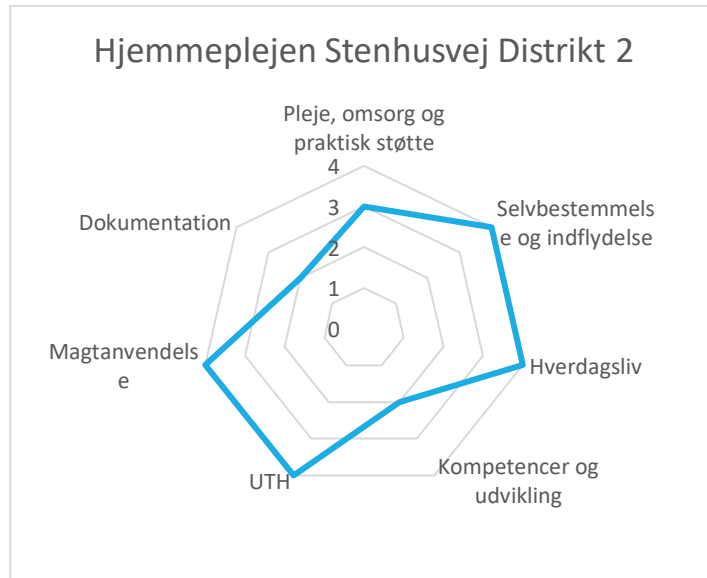
Temaerne vurderes i forhold til om kvaliteten er tilfredsstillende ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Målene er belyst gennem interview, observationer og dokumentation og det er undersøgt, om der sammenhæng mellem de fastsatte 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 angivet med grønt), B O (I betydelig grad opfyldt angivet med lysegrøn), N O (I nogen grad opfyldt angivet med gult), I O (Ikke opfyldt angivet med rødt).

Tema	
Pleje, omsorg og praktisk støtte (Tema 1)	B O
Selvbestemmelse og indflydelse (Tema 2)	H 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)	H O
Dokumentation – Det skriftlige arbejdsgrundlag (Tema 7)	N O

Resultater og vurdering af de enkelte temaer

For at støtte mulighed for at sammenligne med tidligere års resultater ses ovenstående afbildet i edderkoppediagrammet 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 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.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	1) De visiterede ydelser foreligger opdateret i forhold til seneste oplysninger om borgers tilstand 2) Der ses overensstemmelse mellem de visiterede ydelser og de disponerede ydelser 3) Medarbejderne leverer de aftalte ydelser. Hvis ydelsen ikke kan leveres – hvis borger f.eks. takker nej – gives skriftlig besked til rette funktion 4) Medarbejdere kender arbejdsgangene for at melde videre, hvis borgers begrænsning af funktions- evnen ændrer sig.		For 2 ud af 5 borgere ses eksempler på visiterede ydelser, som aktuelt ikke disponeres eller udføres, idet borger ikke længere har behov for hjælpen. Der ses ikke skrevet observationer eller givet info til visitorator. For 2 andre borgere ses ydelsen disponeret, men ikke leveret: Der ses for den ene, at AV-opgaven ikke er "klikket af", men der ses ikke observation om begrundelse. For den anden høres fra pårørende om jævnlig overspring i formid-dags-week-end-besøg, men dette ses ikke dokumenteret.
1.2	Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 2) Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til at du bliver så selvhjulpnen som muligt i forhold til praktiske gøremål/personlig pleje. 3) Hvordan vurderer du betydningen af den hjælp du får?		
1.3	Interviewede borgere (eller pårørende) svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er du tryk ved den måde hjælpen tilbydes på? 2) Oplever du dig soigneret/veltilpas efter morgenplejen 3) Er du samlet set tilfreds med hjælpen. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg)?		

1.4	Observation i hjemmet: Er hjemmet ryddeligt og rent i det omfang, borgeren har behov for og ønsker hjælpen? Er hjemmet rengjort svarende til tidspunktet for seneste rengøringsydelse? Fremstår personlige hjælpemidler (rollatorer, kørestole m.m.) rengjorte?		
1.5	<i>Personlig pleje</i> 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.		
1.6	Borgere, som er visiteret til et afklarende forløb efter §83a: 1) Det afklarende forløb er dokumenteret: ○ Der foreligger plan lavet i samarbejde med borger. Planen beskriver mål, varighed og indhold af indsatsen. ○ Der er fastsat evalueringstidspunkter. ○ I besøgsplanen/døgnrytmeplanen er medarbejdernes opgaver konkret beskrevet 2) Ved afslutning af rehabiliteringsforløb ses borgers funktionsevne opdateret.		<i>Strukturen skal støtte medarbejderne i en målrettet indsats, der kan medvirke til, at borgerne ikke får behov for varig hjælp.</i> <i>Rehab-terapeut er fast tilknyttet fra opstart og deltager ved ugentligt dialogmøde. Der ses evaluering.</i> <i>Der ses uklar samarbejdsflade til hjemmeplejen. Delmål ses ikke defineret i journal. Døgnrytmeplanerne ses ikke fremadrettede efter definerede delmål. Observationer ses sparsomt og ikke systematisk formidlet. Evaluering høres afhængig af mundtlig formidling.</i>

Tema 2 Selvbestemmelse og indflydelse

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
2.1	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Oplever du sammenhæng mellem den hjælp, du har brug for og den hjælp, du modtager? 2) Oplever du, at medarbejdernes oplysninger om dig (døgnrytmeplan) er meningsfuld og dækkende? 3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? (også ift nødkald)		
2.3	Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Kommer medarbejderne generelt på de aftalte tidspunkter? 2) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig/Kender du de medarbejdere, der kommer? 3) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der kommer i dit hjem? 4) Oplever du, at hjælpen kommer til den aftalte tid +/- 1 time. 5) Oplever du at dit besøg er blevet aflyst? Har du i så fald fået erstatningsbesøg?		
2.4	Frontmedarbejderne kender til borgernes ønsker og valg fx til en varieret hverdag/træning, maden og måltiderne. Der er en arbejdsproces for at medtænke inddragelse af borgerne ved udarbejdelse af handlingsanvisninger og døgnrytmeplaner.		Mål for indsatsen afspejles ikke af døgnrytmeplanerne.
2.5	(Praktisk hjælp). Interviewede borgerne svarer generelt positivt på følgende: 1) Har den hjælp, du har modtaget betydet, at du i højere grad kan klare dig selv i de daglige gøremål. 2) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres? 3) Er du samlet set tilfreds med den hjælp, du får til rengøring, til tøjvask og til indkøb? 4) Vil du anbefale den hjælp, du modtager til andre med samme behov?		

2.6	Medarbejderne kender mål for indsatsen og kan redegøre for den faglige indsats. Medarbejder giver eksempler på, at indsatsen sker i samarbejde med borgeren og sikrer hensyn til den enkelte borgers personlighed, ønsker og vaner.		<i>Faste medarbejdere kender oftest mål for indsatsen. Afspejles ikke systematisk af døgnrytmeplanerne, jf. Tema 7.</i>
2.7	Interviewede borgere og medarbejdere svarer generelt positivt på spørgsmål om: 1) Kender du til muligheden for at kunne ”bytte ydelser”, fleksibel hjemmehjælp?		2 ud af 3 borgere kender ikke til ordningen. 1 ud af 3 medarbejdere kender ikke til ordningen. Det ligger i ordningen, at byt skal journaliseres mhp., om borger bytter samme ydelse til andet, idet visitationen i så fald skal tages op.

Tema 3 Hverdagsliv - aktiviteter, mad og måltider

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	Interviewede borgere og medarbejdere svarer generelt positivt på spørgsmål om: 1) Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? 2) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen?		
3.2	Mad og måltider Observationer og dokumentation i hjemmet, hvor borgeren viser færdiglavet mad i køleskabet, f.eks. smurt frokost eller klargjort aftensmad. Hvis tilsynsbesøget sker ved måltidet, oplever tilsynet madens duft og udseende.		
3.3	Medarbejderne kender borgers ønsker og behov til ernæringen, herunder 1) Madens indhold og sammensætning. Evt. allergier og foretrukne fødevarer. Diæter o.a. 2) Madens smag, duft og udseende 3) Måltidsafholdelsen, herunder hvad borger har brug for hjælp til.		○

Tema 4 Kompetencer og udvikling. Sammenhæng og kontinuitet

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	<i>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</i> 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. Arbejdsgangene belyses fx gennem kædeprocessen for A: Tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring B: Fald Ad A: 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 væggtab. - Vejhyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval - Der ses reaktion på uplanlagt væggtab - Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere. Ad B: - Der ses handlet på fald sv.t. instruks. - Fald er rapporteret som UTH og medtaget i samlerapportering.		<i>Der høres om velfungerende triage. Der ses ikke anvendt struktur for journalisering efterfølgende.</i> <i>Der besøges 4 borgere i aktuelt/afsluttet træningsforløb. 2 borgere fremstår lavvægtede og den ene fortæller om væggtab ifm. indlæggelse. Der ses ikke sundhedsfaglig stillingtagen, herunder tilbud om vejning og kost.</i> <i>Få borgere ift. hjemmeplejens størrelse tilbydes vejning som del af tidlig opsporing.</i>
4.2	<i>Overdragede opgaver / delegering:</i> Planlægger har let adgang til kompetenskemaer Stikprøver viser, at kompetenskemaer er opdaterede svarende til konkrete borgers behov Medarbejderne kender og anvender handlingsanvisninger for helbredstilstande.		<i>Overdragede opgaver: Der ses ikke system for dokumentation af opnåede kompetencer.</i> <i>Der er ikke en fastlagt arbejdsgang som sikrer, at Planlægger har let adgang til at kende til borgere, hvor kun oplærte medarbejdere må varetage en opgave.</i>

			Fx SUL-ydelse (øjendryp glaukom) ses overdraget til "personalet". 2 hjælpere har kvitteret i FMK seneste uge. Ikke viden om, hvorvidt de er oplært og om det er besluttet, om ydelsen fordrer generel eller konkret overdragelse. Kateter: Ikke sat tid for skift/fjernelse. Øjendråber: Hos 2 borgere ses anbrudsdato på æske, men ikke på beholder. Hudproblemer: Borger fortæller om 2 hudproblemer (nates/scrotum), som varetages af plejen, primært forebyggende samt brug af plaster. Ikke journaliseret.
4.2	Hygiejne ved personlig pleje: Værnemidler anvendes til brud af smitteveje		Retningslinje vurderes i nogen grad implementeret.
4.3	Træningsindsats: Hvis borger modtager/har modtaget terapeutindsats (§86/GOP/vederlagsfri), svarer de overvejende positivt om nedenstående spørgsmål og udsagn: 1) Borgerne oplever, at træningsudbyttet er muligt at fastholde i hverdagen og at hjemmeplejens indsats er i overensstemmelse med træningsmål og fokus. 2) Borger oplever at hjemmeplejen ved behov husker borger på at lave aftalte øvelser, huske rigtig teknik ved forflytning, gå x gange, mens medarbejder er i hjemmet m.m.		Fysioterapi: For 1 borger ses indsatsmål og handlingsanvisning (RH). Flere borgere har træningsydelse. For 2 ses oprettet Lilla tilstand. Fagligt notat ses udfyldt for 1 ud af 3 borgerforløb. Der ses ikke handlingsanvisninger. Af døgnrapport ses træningsnotat med værdifulde oplysninger for frontmedarbejderne, men Observationen er ikke sendt som opgave til hjemmeplejen og afspejles ikke af døgnrytmeplan/fagligt notat, handlingsanvisning eller andet.

		2 borgere fortæller, at den faste medarbejder træner under plejen. Afløsere gør det ikke alle. Øvelser står ikke i døgnrytmeplanerne. Hos 1 borger ses fast medarbejder rutinemæssigt udføre et atypisk benstræk. Det er del af træning, hører tilsynet. Dette ses ikke beskrevet i døgnrytmeplan. En borger med potentiale for at forbedre funktionsevne træner ihærdigt op til x4 dagligt, når faste medarbejdere er på arbejde. På afløserdage takkes nej. Af døgnrytmeplan fremgår mål, risiko og plan for indsatsen ikke. Risiko for funktionstab. Det er gennemgående, at træningsnotater ikke kan fremfindes af erfaren medarbejder. Er der adgang? Den faglige indsats fra medarbejdere og terapeuter fremstår parallelt om fælles borgerforløb.
--	--	--

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

Samlet vurdering



De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	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.		
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.		
6.4	Medarbejderne indberetter magtanvendelse i tråd med instruksen.		

Tema 7 Dokumentation

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
7.1	1) Den social- og plejefaglige dokumentation fremstår overensstemmende. 2) Oplysninger er opdaterede svarende til borgers tilstande inkl. eventuelle supplerende papirbase-rede notater, tavler o.a.) 3) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion 4) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender. (Omfatter primært journalisering ift. målepunkterne) 5) Oplysninger fra f.eks. terapeuter er lettilgængelige.		Mål for indsatsen skal være konkret og handleanvisende og afspejles i døgnrytmeplanen. Dette ses ikke for 4 ud af 6 borgerforløb. Formidling ved ændringer: Der ses/høres struktur for at observationer (døgn-rapporten læses dagligt, men opfølg-ningsansvaret fremstår uklart for med-arbejdere. Nogle opgaver ses ikke lagt som opgave fx terapeutnotater. Se desuden punkterne 1.1, 2.6, 4.1, 4.3.
7.2	Døgnrytmeplaner og generelle oplysninger 1) Oplysninger ses opdateret, handleanvisende og med individuelle oplysninger om, hvordan plejen bedst lykkes for borger, herunder borgers vaner og ønsker 2) For borgere, der ikke selv kan svare for sig, indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handle-anvisende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt		Døgnrytmeplaner for dag og aften dæk-ker delvist informations-behovet for at yde et forudsigeligt og trygt besøg hos borger. For en kompleks borger er der ikke AV-oplysninger. Der ses fx behov for journalisering af - konkrete individuelle borgerforhold, herunder hvordan personlig pleje bedst udføres, så borger ikke selv behøver at fortælle - afspejling af borgers behov og ønsker, mål for indsatsen - klarhed om borger har stå/gå-funktion

			-aftenvaner/sengevaner for borgere, der ikke selv kan svare for sig -smøre ben efter aftagning af kompressionsstrømper pga. meget tør hud (AV) -hverdagsaktivitet ses ikke i DRP
7.3	Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering.		Arbejdsgangen mellem visitation og hjemmepleje fremstår tydelig med ugentligt møde. Der ses udviklingspunkter: For 3 ud af 6 borgere ses funktionsevnetilstande, som afviger markant fra borgers aktuelle tilstande. For disse ses ikke skrevet observationer eller andet om borgers ændrede tilstand.



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 forbedringsområder, 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":

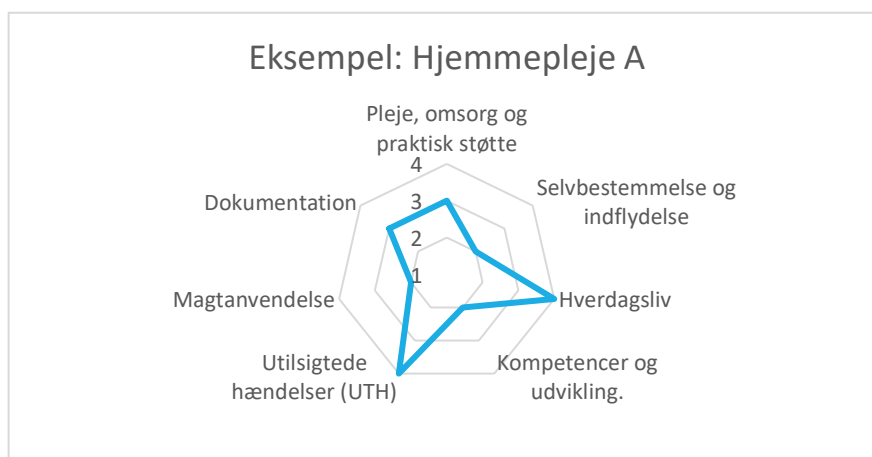
Vurderingen sker ud fra 4 kategorier, som farvemarkeres af læsevenlige årsager:

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 ”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 kvalitetsstandards, 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) tillige 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 beslutes (lovgivning, retningslinjer, kvalitetsstandarder m.m.) og det, der sker i praksis tættest på borgerne.

