



akkrediteringsraadgiverne.dk

Stevns Kommune

Sundhed og Omsorg

TILSYNSRAPPORT

Hårlev Hjemmepleje

Indholdsfortegnelse

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| Forord | 4 |
| Fakta om tilsynet | 5 |
| Samlet tilsynsresultat | 6 |
| Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer | 7 |
| | |
| Oversigt over de enkelte temaer | 10 |
| Tema 1 Funktionsevne | 11 |
| Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen | 14 |
| Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed | 16 |
| Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn | 20 |
| | |
| Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper | 21 |
| | |
| Om virksomheden og kontaktoplysninger | 24 |

Forord

De uanmeldte tilsyn i Stevns Kommune er udført i overensstemmelse med gældende lovgivning, kommunens kvalitetsstandarder og almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Stevns 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.

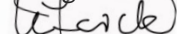
Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger det samlede tilsynsresultat og begrundelse for tilsynsresultatet med vægt både på styrker og opmærksomhedspunkter.

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



Nette Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Hjemmeplejeleverandør:

Hårlev Hjemmepleje, Hovedgaden 46, 4652 Hårlev

Leder:

Hjemmeplejeleder Sia Meisner

Tilsynsbesøget fandt sted:

2. juni 2022

Metodik og datagrundlag:

Tilsynet omfatter borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne.

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver i 15 borgerforløb), procedurer, kørelister, borgerinformationer, menu tilbud fra leverandør mv.
- Interview: 6 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview samt 2 pårørende. Desuden 8 medarbejdere, heraf 1 leder, 1 planlægger, 1 sygeplejerske, 2 assistenter, 1 REHAB-kordinator og 2 hjælpere.
- Observation: Besøg i borgeres hjem, set arbejdsgange og samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem o.a.

Tilsynet har besøgt 6 borgere og overværet hjælp til personlig pleje o.a. hos 2 af disse borgere.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 6 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 Stevns Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos leverandøren. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn i Stevns 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

Vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

Alle temaer er samlet set vurderet ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-3). Der kan være få afvigelser eller mindre mangler, som vurderes at være under forbedring.

Målene er i høj grad opfyldte

Højst 1 af temaerne er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-3). De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden. Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Målene er i middel grad opfyldte

Højst 2 af temaerne er vurderet lavere end ”Opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-3). Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved uændrede forhold. Løbende opfølgning anbefales.

Målene er i lav grad opfyldte

Mere end 2 temaer er vurderet lavere end ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-3). Der ses forhold, som kan have større betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget. Der kræves en bevidst og målrettet forbedringsindsats for at opnå forbedringer. Handleplan med opfølgning efter kortere tid anbefales eventuelt som fokuseret genbesøg.

Kritisable forhold

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

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

Styrker

Hårlev Hjemmepleje fremstår som en grundlæggende velorganiseret plejeenhed. I Hårlev har kommunens sygeplejegruppe samt ernæringssteamet arbejdsplads på samme gang, hvilket giver gode muligheder for tværfagligt samarbejde på denne matrikel.

Der afholdes tavlemøder 3 gange om ugen, hvor tidlig opsporing, demensindsatsen såvel som andre forebyggende og sundhedsfremmende emner bliver drøftet. Ernæringsindsatsen er ligeledes et fast dialogpunkt. Disse møder fremstår som centrale for den faglige kompetenceudvikling i hverdagen. Medarbejderne omtaler drøftelserne positivt. Medarbejdernes kompetencer fremstår meget forskellige, og tilsynet møder fremragende rollemødder, som også sikrer en forbilledlig dokumentation, som kan anvendes til læring af de øvrige medarbejdere.

Borgernes tilfredshed med de faste medarbejdere er generelt høj. Tilsynet hører kun godt om samarbejdet. Borgerne udtrykker tryk ved indsatsen. Ved nødkald kommer medarbejderne hurtigt nok, fortæller borgerne. Borgerne giver udtryk for, at den leverede hjælp svarer til deres behov, og at der ikke forekommer udeblivelser. Ved aflysninger gives altid et erstatningsbesøg.

Den personlige pleje: Borgernes beskrivelse af medarbejdernes måde at udføre opgaverne på afspejler, at medarbejderne generelt anerkender borgernes behov og ønsker. De yder hjælpen, så borgerne anvender egne ressourcer bedst muligt. Der forefindes relevante hjælpemidler hos de besøgte borgere.

Tilsynsførende overværer morgenplejen hos flere borgere. Hjælpen ydes i borgers tempo og med småsnakken, humor og guidning tilpasset den enkelte borger. Kontakten til pårørende fremstår velfungerende. Der iagttages velegnede arbejds gange og udførelse af opgaverne på en måde, der sikrer den fornødne kvalitet.

Ernæringsindsatsen er styrket gennem en fælles ernæringsindsats i kommunen. Medarbejderne udviser engagement i, at borgere i risiko for at blive underernærede kommer i tidlig kontakt med ernæringssteamet.

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

- 1 tema er "Helt opfyldt"
- 2 temaer er "I betydelig grad opfyldt"
- 1 tema er "I nogen grad opfyldt"

Temaområderne består af underliggende målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er "Helt opfyldt" kan rumme enkelte målepunkter med forbedringspotentialer, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten. Temaer, der ikke er "Helt opfyldt" beskrives nedenfor med tilsynets anbefalinger. Der ses uddybende beskrivelser fra tilsynsbesøgene under det enkelte tema.

Tema 1 Funktionsevne

Målepunkt 1.4 Levering af bevilligede ydelser

De bevilligede ydelser (SEL og SUL) fremgår af medarbejdernes besøgslisten. Det sker i en sikker arbejdsproces, som varetages af planlæggeren.

Når ydelser er leveret, skal medarbejderen swipeche opgaven som udført.

Vægtkontrol er valgt som stikprøve på leveret ydelse, idet emnet er væsentlig for selvhjulpethed. Efter udførelse skal vægten registreres efterfølgende i en observation. Manglen er, at der ses uoverensstemmelser mellem disponeret opgave og leveret opgave jf 1.4. Opgaverne har over en længere periode været på en del medarbejders besøgslister og opgaverne er swipet og står som "Gennemført".

Tilsynet anbefaler at

- indskærpe medarbejderne, at alle visiterede ydelser skal leveres, og at manglende udførelse af opgaven skal registreres skriftligt. Det kan eksempelvis være, at borger har takket nej
- undervise medarbejderne i, hvornår man må swipe en opgave og vinge den af
- undervise i at sende "observation" m.m.
- undersøge om andre opgaver ligeledes overses af medarbejdere
- overveje om vægtkontrol og lignende opgaver kan placeres mere tydelig på opgaveoversigten
- i en periode at følge op via egenkontrol indtil arbejdsgangene er blevet rutine.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Målepunkt 3.3 Tidlig opsporing af ernæringstruede borgere

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 småtspisende borgere er ofte sårbare, idet en utilstrækkelig ernæringstilstand kan medføre træthed, svimmelhed og faldtendens. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne. Forebyggelse kræver en tidlig opsporing af ernæringstruede borgere.

Ernæringsindsatsen er en kædeproces med opgaver fordelt mellem hjælpere, elever, uuddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl.

Forbedringsområdet er uændret fra 2020/21. De sårbare arbejdsgange har betydning for målopfyldelsen for, hvorvidt:

- medarbejderne tilbyder borger at blive vejlet
- registrerer vægten det rette sted
- at væggtab erkendes og meldes videre til sundhedsfaglig medarbejder

Tilsynet anbefaler at

- skabe struktur og dermed arbejdsgange for kædeprocessen fra vejning til reaktion på væggtab
- gennemgå arbejdsprocesserne med sygeplejen mht. forbedring af snitfladen
- indføre jævnlig egenkontrol sammen med sygeplejen i form af minijournalaudit på borgere, som har ydelsen vejning.

Målepunkt 3.4 og 3.5 Samarbejde med terapeutfunktion ved fælles borgerforløb

Fokus: De kommunale tilbud efter §83 og §86 indgår i en samlet indsats for at bringe borger tilbage til eller så tæt som muligt til borgers potentiale for funktionsevne.

Ved afslutning af træningsforløb (incl genoptræningsforløb) fastlægger træningsterapeuten videre plan sammen med borgeren. Den videre plan kan omfatte træning under den personlige pleje eller den praktiske hjælp. Det kan være balanceøvelser samtidig med den personlige pleje, huske at gå ture med rollatoren, forflytte sig korrekt, huske rejse/siddeøvelser eller at hjælpen bare er i nærheden imens, fordi det er mere trygt.

Udviklingspunktet er, at enhederne fremstår parallelt arbejdende om de fælles forløb.

Det vanskeliggør, at borgeren på en enkel måde tilbydes en samlet og forsat ydelse. Det kan indebære en risiko for, at borger mister det opnåede funktionstab.

Tilsynet anbefaler at fortsætte indsatsen for koordinerede forløb

- at overveje fælles løsninger for en sikker koordinering i snitfladerne mellem enhederne.
- på kortere sigt at
 - fokusere på hvorvidt en borger har terapeut tilknyttet og finde muligheder for gensidig viddeling – eksempelvis RH-forløb eller borgere med genoptræningsforløb
 - eventuelt etablere fælles overdragelsesmøde hos relevante borgere
 - sikre de fornødne oplysninger om træningsaktiviteter til frontmedarbejderne i Cura.

Målepunkt 3.6 og 3.7 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Fokus: Den faglige dokumentation er et grundlag for medarbejdernes viden og forståelse for borgeren og dermed A væsentlig for, at borgeren kan modtage en ensartet og forudsigelig opgaveløsning på et sikkert kvalitetsniveau. Udviklingspotentialet vedrører primært kvaliteten af handlingsanvisninger for besøgene/besøgsplanen. Der ses brugbare beskrivelser, men også beskrivelser som ikke hjælper en medarbejder til at udføre en genkendelige ydelse for en borger, som ikke selv kan fortælle om sine behov og ønsker.

Tilsynet anbefaler

- at fortsætte med undervisning og fælles forståelse for anvendelsen af Cura
- forbedre handlingsanvisningerne til brug for borgerbesøgene
- anvende generelle oplysninger
- foretage egenkontrol i form af enkel journalaudit af få, kritiske punkter med fastlagte intervaller.

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.

| | |
|--|--------------------------|
| | Helt opfyldt |
| | I betydelig grad opfyldt |
| | I nogen grad opfyldt |
| | Ikke opfyldt |

| Tema | Emne | Vurdering |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Tema 1 | Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering Korterevarende rehabiliteringsforløb efter §83a | |
| Tema 2 | Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Måltider og maden | |
| Tema 3 | Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde | |
| Tema 4 | Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Proces for den lokale opfølgning med tiltag, evaluering m.m. Målopfølgelsen set i forhold til 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.

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

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering:

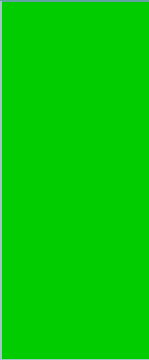



| Nr. | Kvalitetsindikatorer | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------|
| 1.1 | Borgere, som er visiteret til et afklarende forløb efter §83a: <ol style="list-style-type: none"> 1) Det afklarende forløb er dokumenteret: <ul style="list-style-type: none"> ○ Der foreligger plan lavet i samarbejde med borger. Planen beskriver mål, varighed og indhold af indsatsen. ○ Der er fastsat evalueringstidspunkter. ○ I cura er medarbejdernes opgaver konkret beskrevet 2) Ved afslutning af rehabiliteringsforløb er borgers funktionsevne opdateret. | | |
| 1.2 | Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål: <ol style="list-style-type: none"> 1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen? 2) Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til at du bliver så selvhjulpen som muligt i forhold til praktiske gøremål/personlig pleje. 3) Hvordan har din evne til at klare dig selv i de daglige gøremål udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælpen? (Grad af selvhjulpenhed). 4) Er din evne til at løse hverdagsopgaver (ADL) blev forbedret eller er forblevet uændret, mens du har haft hjælp fra hjemmeplejen? 5) Hvordan vurderer du betydningen af den hjælp du får? | | |
| 1.3 | Der er overensstemmelse mellem den visiterede ydelse, den disponerede hjælp og borgernes aktuelle tilstand. | | |

| | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.4 | Medarbejderne leverer de aftalte ydelser. Såfremt ydelsen ikke kan leveres – hvis borger eksempelvis takker nej – gives skriftlig besked til rette funktion. | <p>Levering af visiteret ydelse: Eksempel: Vægtkontrol Stikprøve 6 borgerforløb.</p> <p>4 borgere er visiteret til ydelsen 1 gang om måneden. 2 borgere er visiteret til ydelsen hver 2. uge.</p> <p>Der er ikke registreret vægte svarende til det aftalte interval de seneste 6 mdr. Der ses ikke tegn på, at 2 af borgerne er vejet. For de 4 øvrige ses enkelte vægte.</p> <p>Opgaverne har været over længere periode og derfor været tildelt en del medarbejders kørelister. Der ses ikke "observation" eller anden skriftlig formidling af, at opgaven ikke er udført. Det kan f.eks. være, at borger har takket nej.</p> <p>Ved stikprøveopslag i kalenderen for 7 manglende vægtmålinger ses, at 4 faste medarbejdere og 3 vikarer har swipet opgaven og den står som Gennemført</p> <p>Der ses ikke tegn på, at vægtmålingerne har været savnet af sundhedsfaglige medarbejdere, herunder sygeplejegruppen, som har visiteret borger til ydelsen.</p> |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|
| 1.5 | 1) Beskrivelsen af borgers funktionsevne er fremstillet genkendeligt 2) De indsatser, borger modtager, er afstemt borgers aktuelle funktionsevne 3) De visiterede ydelser foreligger opdateret i forhold til seneste oplysninger om borgers tilstand. | | Alle borgerforløb er nyligt gennemgået af visitorator ifm. revalidation. |
| 1.6 | Medarbejdere kender arbejdsgangene for at melde videre, hvis borgers begrænsning af funktionsevnen ændrer sig. | | |

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering: 

| Nr. | Fokuspunkter | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.1 | <p>(Personlig pleje)</p> <p>Interviewede borgere (eller pårørende) svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde? 2) Synes du at personalet udviser respekt for dig? 3) Hvor tilfreds er du med medarbejderens imødekommenhed over for dine ønsker til hjælpen? 4) Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig? 5) Er du tryk ved den måde hjælpen tilbydes på? 6) Oplever du dig soigneret/veltilpas efter morgenplejen 7) Er du samlet set tilfreds med hjælpen. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg)? |  | |
| 2.2 | Fremtræder borger velplejet i forhold til borgers behov og ønske? |  | |
| 2.3 | <p>(Praktisk hjælp). Interviewede borgerne svarer generelt positivt på følgende:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig? 2) Har den hjælp, du har modtaget betydet, at du i højere grad kan klare dig selv i de daglige gøremål. 3) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres? 4) Er du samlet set tilfreds med den hjælp, du får til rengøring, til tøjvask og til indkøb? 5) Vil du anbefale den hjælp, du modtager til andre med samme behov? |  | 4 borgere som har rengøringsydelse interviewes. De er samlet set "I betydelig grad" tilfredse. |
| 2.4 | <p>Observation i hjemmet:</p> <p>Er hjemmet ryddeligt og rent i det omfang, borgeren har behov for og ønsker hjælpen?</p> <p>Er hjemmet rengjort svarende til tidspunktet for seneste rengøringsydelse?</p> |  | 3 borgere har haft rengøring dagen inden tilsynet. I de 3 hjem ses runde hjørner og et hjem fremstår sparsomt rengjort. |

| | | | |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|
| 2.5 | Hvis tilsynsførende overværer medarbejders besøg: Der ses velegnede arbejdsgange og udførelse af opgaverne på en måde, der sikrer den fornødne kvalitet. | | |
| 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. | | |
| 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) Medarbejderne bærer legitimationskort. | | 1 ud af 3 borgere kender ikke til at kunne "bytte ydelser". |
| 2.8 | Interviewede borgere, der modtager hjælp til mad og måltider, er overvejende tilfredse med 1) Madens kvalitet, herunder smag, udseende og duft 2) Mulighed for variation og indflydelse på maden 3) Støtte til at få maden serveret og hjælp til at spise. | | |
| 2.9 | Medarbejderne kender borgers ønsker og behov til ernæringen *Aftenvagterne har kendskab til de instrukser, der er for at håndtere maden før måltidet: Har de kendskab til hvordan maden varmes op og tilberedes korrekt, så maden smager bedst muligt. | | Aftensmadens kvalitet ift. tilberedning har ikke kunnet afdækkes. |
| 2.10 | Observationer og dokumentation i hjemmet, hvor borgeren viser færdiglavet mad i køleskabet, eksempelvis smurt frokost eller klargjort aftensmad. Hvis tilsynsbesøget sker ved måltidet, oplever tilsynet madens duft og udseende. | | |

*Fokusområde 2022

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

| Nr. | Kvalitetsindikatorer | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.1 | 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? | | <i>Borgerne er glade for samarbejdet med de faste medarbejdere. De fortæller at der har været en del nye ansigter og at borgerne må fortælle hvad opgaverne er.</i> |
| 3.2 | 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 du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 3) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 4) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? (også ift nødkald) | | |
| 3.3 | <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. 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. a. Vejehyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval b. Der ses reaktion på uplanlagt vægttab c. Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere. | | <i>Ad 1 Ved ændringer af borgers tilstand, ses det velimplementeret, at medarbejderne videregiver information ved triage eller mundtligt på anden vis. Medarbejderne følger endnu ikke den skriftlige arbejdsgang via "observationer" - evt. lagt som opgave. Der ses eksempel på at der er skrevet "observation" om tryk på hæl, men observationen er lagt som opgave til planlægger og ikke til sygeplejen.</i> |

| | |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Dette fremstår som en sårbar arbejds-gang.</p> <p>Ad 2 Jf. 1.4 Levering af opgaver Vægtkontrol: Stikprøve 6 borgerforløb med visiteret SUL-ydelse.</p> <p>4 borgere er visiteret til ydelsen 1 gang om måneden. 2 borger er visiteret til ydelsen hver 2. uge.</p> <p>Der ses ikke tegn på, at 2 af borgerne er vejet. For de 4 øvrige ses enkelte vægte.</p> <p>Der ses ikke tegn på, at vægtmålingerne har været savnet af sundhedsfaglige medarbejdere, herunder sygeplejegruppen, som har visiteret borger til ydelsen.</p> <p>Handlingsanvisningerne indeholder ikke oplysninger til medarbejderne om hvad medarbejderne skal reagere på (eksempelvis at sende en observation lagt som opgave til sygeplejen ved vægttab over 1 kg). Desuden ses at ydelsen i flere tilfælde ikke er evalueret som planlagt.</p> <p>De manglende vægtkontroller giver ikke mulighed for identifikation af uplanlagt vægttab og efterfølgende tilpasning af borgers kost ved behov.</p> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.4 | <p>Hvis borger modtager/har modtaget terapeutindsats efter §86, svarer de overvejende positivt om nedenstående spørgsmål og udsagn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hvordan har din evne til at klare dig selv udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælp? 2) Borgerne oplever, at træningsudbyttet er muligt at fastholde i hverdagen. 3) Borger oplever at hjemmeplejen ved behov husker borger på at lave aftalte øvelser, husker borger på rigtig teknik ved forflytning, gå x gange, mens medarbejder er i hjemmet m.m. | | |
| 3.5 | <p>Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere i forhold til:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mål 2) Inddragelse af træningselementer og -aktiviteter i daglig hjælp, pleje og omsorg 3) Vurdering af funktionsevne..... 4) Råd til rigtig forflytning..... 5) Personlig pleje: Balance- stå- eller gåmuligheder samt evt. øvelser o.a., som borger kan huskes på. | | <p>Borgerforløb som involverer terapeutydelse samt hjemmeplejeydelse: Der ses 3 aktuelle borgerforløb.</p> <p>Enhederne fremstår parallelt arbejdende om de fælles forløb. Medarbejdere kender delvist til, om borgere har terapeutydelse.</p> <p>En medarbejder kender til en borger, hvor en terapeut mundtligt har orienteret medarbejderne om at huske på rejse/sidde øvelser.</p> <p>Denne vigtige viden ses ikke journaliseret og medarbejderne har ikke formidlet viden i handlingsanvisningen for besøget.</p> <p>Tilsynet hører positivt om en borger som hver aften træner hænder med bolde. Disse skal lægges indenfor rækkevidde. Denne viden er videregivet i handlingsbeskrivelse for besøget.</p> |
| 3.6 | <p>Det skriftlige arbejdsgrundlag</p> <p>Der er fokus på systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes tilstande med udgangspunkt i ex uplanlagt væggtab, dysfagi, tryksår og fald.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Den social- og plejefaglige dokumentation er overensstemmende med opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande. Der ses rød tråd mellem funktionsevnetilstande, ydelser og besøgsplan. | | <p>Samlet set ses overensstemmelse for 2 ud af 6 undersøgte borgerforløb mellem funktionstilstande, ydelser, handlingsanvisninger og observationer. For helbredstilstande ses overensstemmelse for 1 ud af 6 borgere.</p> |

| | | | |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ol style="list-style-type: none"> 2) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion (eksempelvis som observation lagt som opgave) 3) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender. | | <p>Medarbejderne fortæller forskelligt om arbejdsprocessen, der skal sikre formidling til sygeplejen, når de oplever uoverensstemmelse i de visiterede ydelser. Ikke alle opfattelser virker velfungerende.</p> |
| 3.7 | <p>Det skriftlige arbejdsgrundlag: Handlingsanvisninger for besøg/plejeplaner og generelle oplysninger</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Oplysningerne fremtræder handleanvisende og opdaterede i forhold til borgers aktuelle behov. Der ses individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger og borgers vaner og ønsker. 2) For borgere ramt af demens indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleanvisende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt 3) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren 4) Forflytningsvejledninger støtter en tryk oplevelse for borgerne. | | <p>Handlingsanvisninger for besøg fremstår af meget forskellig kvalitet.</p> <p>4 ud af 8 beskrivelser for personlig pleje fremstår handleanvisende og opdaterede og med oplysninger om borgers behov, som medvirker til at plejen lykkes for borger.</p> <p>De øvrige 4 besøgsbeskrivelser er ikke opdaterede og anvendelige til at en medarbejder, som ikke kender borger i forvejen, kan yde den fornødne hjælp.</p> |

Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

| Nr. | Målepunkter | Vurdering | Eventuel uddybende beskrivelse |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.1 | <p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen. Der er prioriteret og igangsat tiltag. Der ses dato for evaluering.</p> | | <p>Tilsynet hører om struktureret kvalitetsforbedringsarbejde.</p> <p>Der foreligger ikke oplysninger om at handleplan er anvendt. Denne kan evt. fremsendes i høringsfasen.</p> |
| 4.2 | <p>Effekten af tiltagene er evalueret. I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført.</p> | | |
| 4.3 | <p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p> | | <p>Forandringsarbejdet er igangværende og må forventes at medføre de planlagte forbedringer.</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. 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 Stevns 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 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.

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 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

Højst 2 af temaerne er vurderet lavere end "Helt opfyldt" (Tema 1-3).

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.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.



Målene er i middel grad opfyldte

Højst 1 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, hvis forbedringstiltag ikke igangsættes kortere tid efter tilsynsbesøget.

Opfølgning efter kortere tid anbefales.

Målene er i lav grad opfyldte

2 eller flere af temaerne er vurderet lavere end ”I betydelig grad opfyldt” (Tema 1-3).

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

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

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 sundhedslovsydelser, 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.

