



akkrediteringsraadgiverne.dk

TILSYNSRAPPORT

Kerteminde Kommune

Sundhed, Handicap og Rehabilitering

Birkelund Plejecenter

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Fakta om tilsynet	4
Samlet tilsynsresultat	5
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer	6
Oversigt over de enkelte temaer	10
Tema 1 Funktionsevne	11
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen	12
Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed	14
Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning	17
Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn	18
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	19
Om virksomheden og kontaktoplysninger	22

Forord

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

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

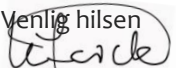
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling. Rapporten opfylder webtilgængelighedsloven.

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

Anden del af rapporten indledes med oversigt over målopfyldelsen for de enkelte temaer. Herefter er de konkrete kvalitetsindikatorer medtaget, 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


Nette Britt Jorck

Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Plejecenter:

Birkelund Plejecenter, Røjrupvej 9, 5500 Langskov

Leder:

Janne Schouboe-Larsen

Antal beboere:

44

Tilsynsbesøget fandt sted:

6. september 2023

Metodik og datagrundlag:

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver fra 10 borgerjournaler), instrukser, handplaner, borgerinformationer, menuplaner m.v.
- Interview: 5 borgere, som helt eller delvis kan medvirke til interview. De er informeret om formålet og indhold af tilsynet og har givet tilsagn om at blive interviewet. Desuden har tilsynet interviewet 1 plejecenterleder, 1 sygeplejerske, 4 social- og sundhedsassistenter, 3 social- og sundhedshjælpere, 1 rengøringsassistent, 1 tilsynsassistent vaskeriet og 1 praktikant.

Observation: 9 borgeres bolig, borgers tilstand, personlige hjælpemidler, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejders adfærd, fællesarealer og måltid.

Tilsynsførende har overværet dele af personlig pleje til 4 borgere og hjælp til spisning hos 1 borger.

Antal forskellige borgerforløb, hvor borger er interviewet eller hvor tilsynsførende har overværet den personlige pleje: 9 borgere.

Plejecentret har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Martha Højgaard, sygeplejerske og Cand.scient.soc.

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Kerteminde Kommune gennemført et uanmeldt tilsyn hos leverandøren. Det uanmeldte tilsyn og afrapporteringen udføres efter ”Koncept og manual for tilsyn i Kerteminde 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 høj 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

Højest 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

Højest 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

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

Styrker

Birkelund Plejecenter fremtræder som et veldrevet plejecenter med 36 2-rumslejligheder og 8 store 1-rumsboliger, Boligerne er opdelt i 4 boenheder; Liljen, Orkideen, Tulipanen og Smil. Smil er forbeholdt borgere med en demenssygdom. Hver boenhed har et fælles spisekøkken/-stue og opholdsstue. Medarbejderne er fortrinsvis tilknyttet en enhed, men går på tværs ved behov. De giver udtryk for at kende alle borgerne, der bor på plejecentret, godt.

Livskvalitet og tilfredshed: Borgerne udtrykker høj grad af tilfredshed med livet på plejecentret og samarbejdet/samværet med medarbejderne. Borgerne oplever stor respekt for dem som personer. En borger fortæller, at fordelen ved at bo på plejecentret er, at der altid nogen omkring én, man kan kontakte. Alle de interviewede vil meget gerne anbefale stedet til andre, der er i en lignende situation som dem, og som har brug for en plejebolig.

Den personlige og praktiske hjælp: Tilsynsførende vurderer, at hjælpen i vid udstrækning tilrettelægges tilfredsstillende efter borgernes vaner, ønsker og behov. De interviewede borgere fortæller, at de som hovedregel bliver hjulpet af den samme person, og samtidig giver de udtryk for at kende de medarbejdere, der hjælper dem i det daglige, godt.

Der ses velegnede og omsorgsfulde arbejdsprocesser med nærvær i form af småsludren undervejs om ting, der vedkommer den pågældende borger, ligesom borgernes selvhjulpethed og selvbestemmelse understøttes. Medarbejderne kender borgernes behov, guider fint undervejs, og tilpasser hjælpen til borgers tempo og stemning. Borgerne fortæller eksempler på, at deres individuelle behov bliver mødt, og at medarbejderne kender til, hvad der er vigtigt for ham eller hende. Tilsynsførende overværer, hvordan borgere bliver inddraget i planlægning af dagen og bliver husket på, hvad der foregår af aktiviteter denne dag.

Selvom der hos nogle borgere er mange og nødvendige hjælpemidler, så er det tilsynsførendes oplevelse, at hjælpemidlerne så vidt muligt integreres i lejlighedens øvrige møblement, så lejlighederne fremstår så hjemlige som muligt.

Boliger og hjælpemidler fremtræder rengjorte svarende til rengøringsstandarden.

Mad og måltider: Den varme mad kommer fra Kerteminde Kommunes Madservice. Borgerne oplever maden som god, og har man lyst, kan man spise sammen med de andre borgere i spisestuen. Der ses en varieret menuplan. Tilsynsførende overværer servering af morgenmad samt middag i boenhederne. Måltidet spises ved veldækkede borde, hvor medarbejdere deltager som værter, og hvor der hygges og snakkes under måltidet. En lille gruppe mænd har valgt at spise sammen i en niche, hvor de hygger sig.

Hverdagen og aktiviteter på plejecentret: Der er tilbud om flere aktiviteter på plejecentret. På elektroniske tavler i hver boenhed fremgår der, hvilke aktiviteter, der er de kommende dage. Bla. samler et bankospil på tilsynsdagen mange borgere til fælles samvær.

Borgerne fortæller, at de gerne deltager i de aktiviteter, der bliver tilbudt, hvis dagsformen tillader det, og hvis det er noget, der interesserer.

Sammenhæng og forudsigelighed

Tilsynsførende oplever et morgenmøde i en af boenhederne, hvor sidste nyt formidles og dagens gøremål planlægges. Medarbejdere kan redegøre for, hvorledes det prioriteres, at borgernes grundlæggende behov i videst mulige omfang bliver tilgodeset, samt hvem de skal kontakte ved afvigelser i borgers tilstand. Der ses rød tråd mellem funktionsevnetilstande og døgnrytmeplan, og plejen støttes generelt af handleanvisende og opdaterede døgnrytmeplaner.

Udviklingsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 2 temaer er ”Helt opfyldt”
- 3 temaer er ”I betydelig grad opfyldt”

Temaområderne består af underliggende målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er ”Helt opfyldt” kan rumme enkelte målepunkter med forbedringspotentiale, 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 temaer.

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Målepunkt 3.2: Forbyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde

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. Det nedsætter aktiviteten og medfører risiko for tab af funktionsevne, og er dermed en risiko for patientsikkerheden. Vejninger af borgere er et af indikatorerne på, om borgerne får den ernæring, de har behov for.

Forebyggelse kræver tidlig opsporing. Ernæringsindsatserne en kædeproces med opgaver fordelt mellem hjælpere, elever, uddannede, assistenter, sygeplejersker samt ved behov diætist, tandlæge, ergoterapeut m.fl.

Udviklingspunkt: Plejecentrets medarbejdere vejer borgerne hver 2. måned eller ved behov. I 2 af 3 stikprøver konstateres, at vejhyppigheden er usystematisk. Det forekommer usikkert, hvordan afvigelser meldes videre til sygeplejersken, ligesom det forekommer usikkert, om frontmedarbejderne ved, hvornår der reageres på afvigelser.

Tilsynet anbefaler

- at gennemgå arbejdsgangene for vejning af borgere.
 - hvem gør hvad, hvornår
 - hvordan og hvornår melder man tilbage til sygeplejersken
- at få etableret en praksis, hvor vigtig viden om vægt og vejninger dokumenteres i borgers journal, så data er ajourførte og indsatser evalueret.

Målepunkt 3.3: Samarbejde med terapeuter ved borgerforløb

Fokus: Fyldestgørende og løbende ajourført dokumentation er det nødvendige grundlag for, at alle medarbejdere kan varetage den rette hjælp, omsorg og pleje af borgere ud fra den faglige beskrivelse af borgerens behov. Hjælpen skal løbende tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5, hvilket nødvendiggør, at der er en tilstrækkelig dokumentationspraksis, som anvendes og følges af alle medarbejdere samt, at aktuelle ændringer løbende dokumenteres.

Udviklingspunkt: Der ses ikke og høres ikke om en systematisk – og ensartet – arbejdsgang for samarbejdet med de privatpraktiserende fysioterapeuter, der yder vederlagsfri fysioterapi til borgerne på plejecentret. Der sker ikke en systematisk tilbagemelding til plejepersonalet om, hvordan træningen kan følges op i den daglige pleje.

Tilsynet anbefaler

- at formalisere samarbejdet med de privatpraktiserende fysioterapeuter så deres viden og anvisninger kan skrives i døgnrytmeplanen og dermed integreres i den daglige pleje og træning.

Målepunkt 3.4 +3.5: Det skriftlige arbejdsgrundlag

Fokus: Fyldestgørende og løbende ajourført dokumentation er det nødvendige grundlag for, at alle medarbejdere kan varetage den rette hjælp, omsorg og pleje af borgere ud fra den faglige beskrivelse af borgerens behov. Hjælpen skal løbende tilpasses borgernes behov, jf. servicelovens § 83, stk. 5, hvilket nødvendiggør, at der er en tilstrækkelig dokumentationspraksis, som anvendes og følges af alle medarbejdere samt, at aktuelle ændringer løbende dokumenteres.

Udviklingspunkt: Det skriftlige arbejdsgrundlag i døgnrytmeplanerne og de generelle oplysninger fremtræder alt-overvejende handlingsanvisende og opdaterede.

Dog mangler konsekvensrettelse på vejehyppighed i 2 af 3 gennemgåede borgerjournaler, hvilket medfører, at oplysningerne ikke er opdaterede, og derfor kan være misvisende.

Et andet udviklingspunkt er at adskille oplysninger på kostsedlen om hvad borger er allergisk overfor (fødemiddel-allergi) fra, hvad borger ikke kan lide eller ikke ønsker at spise for at undgå unødige fødemiddelallergiske reaktioner.

Et tredje udviklingspunkt er aftenvagternes dokumentation. Hos borgere ramt af demens ses sparsomme oplysninger om borgers specifikke aften- og sengevaner, og hvad der kan medvirke til at skabe en tryk og god nattesøvn.

Tilsynet anbefaler

- at opdatere den social- og plejefaglige dokumentation, så den er overensstemmende med opdaterede oplysninger svarende til borgers tilstande.
- at adskille oplysninger på kostsedler om, hvad borger "ikke kan lide/ønsker ikke" adskilles fra "kan ikke tåle/allergi".
- at opdatere døgnrytmeplanerne med borgernes evt. aften- og sengevaner.

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Målepunkt 4.1: Om brugen af værnemidler.

Fokus: For at undgå smittespredning, anbefaler de Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer, NIR ([For plejehjem, hjemmepleje, bo- og opholdssteder m.m., 1. udgave 2020 \(ssi.dk\) s. 18](#)), at ved udførelse af personlig hygiejne med risiko for forurening af arbejdsdragten/beklædningen med menneskelige udskillelser, anvendes plastforklæde.

Udviklingspunkt: I 2 ud af 3 plejeforløb ved personlig pleje/nedre hygiejne hos borger blev der ikke anvendt forklæde.

Tilsynet anbefaler

- at gennemgå arbejdsrutiner, så anbefalingerne i NIR bliver efterlevet.

Målepunkt 4.3 Tøjvask

Fokus: Når borgernes tøj vaskes i fælles vaskemaskiner, skal plejecentret sikre, at arbejdsprocesserne er overensstemmelse med de Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (NIR - [Håndtering af tekstiler til flergangsbrug i sundhedssektoren, 2. udgave 2022 \(ssi.dk\)](#)), herunder rengøring af vaskemaskinerne efter behov og som minimum i form af ugentlig kogevaske på tom maskine, rengøring af gummimembraner o.a.

Udviklingspunkt: På plejecentret varetages borgernes tøjvask i fælles vaskemaskiner. Der ses imidlertid ikke dokumentation for, at den tomme kogevaske og rengøring af vaskemaskinens membraner m.v. er udført med de anbefalede intervaller.

Tilsynet anbefaler

- at udarbejde et egenkontrolskema, så datoer og ugenumre er let aflæselige, og hvor kogevaske, aftørring af membraner mv. noteres som dokumentation for udført arbejde.
- at egenkontrolskemaet er placeret synligt i vaskeriet og gemmes.

Tema 5 Kvalitetsarbejdet: Opfølgning fra seneste tilsyn

I 2022 sås forbedringsbehov på flere områder, og disse forhold ses uændrede ved dette tilsyn - på nær på målepunkterne om vægt og vejehyppighed, hvor der siden seneste tilsyn er opnået forbedringer.

Tilsynet anbefaler:

- at styrke kvalitetsarbejdet gennem processtyring ved
 - at udarbejde en handleplan for de målepunkter, hvor målopfyldesen ikke var ”Helt opfyldt”
 - at beslutte hvornår og hvordan igangsatte tiltag evalueres
 - at beslutte hvilke tiltag der skal sættes i gang, hvis resultater af overvågningen ikke var tilfredsstillende
- at følge op på handleplanen sammen med de involverede tovholdere fast månedlig i en periode.

Forbedringspotentiale

Tema 1 Funktionsevne

Målepunkt 1.4: Beskrivelse af funktionsevne

Fokus: Beskrivelserne af borgernes funktionsevnetilstande er en forudsætning for, at man som frontpersonale kan vurdere eventuelle ændringer i borgerens funktioner, eller som udgangspunkt for mål for en evt. rehabiliterende indsats, der skal skabe forbedringer, eller en vedligeholdende eller lindrende indsats.

Udviklingspunkt: Tilsynet kunne ved gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation konstatere, at der ikke dokumenteres mål for indsatsen og løbende evaluering for indsatsen i hverdagen.

Tilsynet anbefaler at arbejde med

- at få etableret bæredygtige arbejdsprocesser omkring dokumentation af mål for indsats og evaluering af den evt. rehabiliterende eller en vedligeholdende eller lindrende indsats i hverdagen.

Oversigt over de enkelte temaer

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

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

Tema	Emne	Vurdering
Tema 1	Funktionsevne Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering Borgers oplevede kvalitet af indsatsen	H O
Tema 2	Livskvalitet og tilfredshed Praktisk hjælp og personlig pleje Hverdag og aktiviteter Måltider	H O
Tema 3	Sammenhæng og forudsigelighed Det skriftlige arbejdsgrundlag Tidlig opsporing Tværgående samarbejde	B O
Tema 4	Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning Instrukser og værnemidler Tøjvask	B O
Tema 5	Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn Proces for den lokale opfølgning med tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.	B O

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 udfør hvert målepunkt er beskrevet særlige positive eller negative fund, som kan have værdi i det videre arbejde.

Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen bedst muligt? 2) Hjælper den hjælp du får dig til at vedligeholde dine færdigheder? 3) Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til, at bliver inddraget i at klare flest mulige dagligdags aktiviteter selv (fx personlig pleje, vande blomster, lægge tøj sammen, støve af m.m.) 4) Oplever du, at du får den hjælp og støtte, du har brug for? 	H O	
1.2	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ved indflytning tilbydes borger afdækning af potentiale for funktionsevne. Det sker i samarbejde mellem borger og relevant fagperson jf. kommunens beslutning 2) Relevante borgere er tilbudt en rehabiliterende indsats og der er fulgt op på indsatsen. 3) Plejen tilrettelægges, så det støtter borgers mål om vedligehold eller om muligt øgning af færdigheder. 	H O	
1.3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Medarbejdere redegør for den faglige indsats hos borgerne, og kan beskrive, hvorledes mål fastsættes i samarbejde med borger med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer. 2) Medarbejderne kan give eksempler på, hvorledes borgere støttes i at varetage så meget som muligt af egen personlige pleje og praktiske hjælp. 3) Aktivitetstilbud: Borgers individuelle træningsbehov er kendt af relevante medarbejdere og er om muligt indarbejdet i tilbuddene. 	H O	
1.4	<p>Beskrivelsen af borgers funktionsevne er opdateret, genkendelig og i overensstemmelse med borgers fremtræden. Der foreligger status for funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering. Relevante og opdaterede oplysninger fremgår af</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Borgernes funktionsevnetilstande 	B O	Der foreligger status for borgers funktionsevne, hvorimod mål for indsatsen og løbende evaluering ikke forekommer systematisk.

Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

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



2.5	<p><i>Hverdagen og aktiviteter</i> Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Er der mulighed for at lave ting, du har interesse i, du synes er spændende? 2) Får du dækket dit behov for at være sammen med andre? 3) Er der gode oplevelser hver dag? Har du interesse for de aktiviteter, der tilbydes?</p>	HO	
2.6	<p><i>Hverdagen og aktiviteter</i> 1) Der er en <u>aktivitetsplan</u>, som er lettilgængelig for borgere, pårørende og medarbejdere 2) Medarbejdere og ledere beskriver arbejdsgange, som understøtter, at den enkelte borgers potenti-ale og ønsker er kendt af medarbejdere og at borger støttes i at deltage i relevante aktiviteter og samvær.</p>	HO	
2.7	<p><i>Måltider</i> Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål: 1) Hvad synes du om maden her – morgenmad, frokost, aftensmad? 2) Har du brug for hjælp til at spise - får du den ønskede hjælp? 3) Er du tilfreds med stemningen ved måltiderne? Er der mulighed for ro, samtale, hygge mv.? 4) Bliver der lyttet til dine ønsker, når du kommer med din mening om maden eller menuen?</p>	HO	
2.8	<p><i>Måltider</i> 1) Medarbejderes beskrivelse af arbejdsgangene afdækker, at der er klart værtskab og at medarbej-derne sørger for gode rammer til en uforstyrret spisning og hyggelig stemning Det iagttages, at rammerne for måltidet fremmer muligheden for sanseindtryk, medinddragelse og understøttelse af samvær. 2) Medarbejdere er til stede ved måltidet og støtter en positiv oplevelse for borgerne. 3) Arbejdsgange fremmer muligheden for, at borgerne kan opnå en positiv oplevelse ved måltiderne.</p>	HO	
2.9	<p><i>Måltider</i> 1) Der foreligger <u>menuplan</u>, som er tilgængelig for borgere og pårørende. 2) Medarbejdere kan redegøre for hvorledes borgerne bedst muligt involveres i at menuplanen fast-lægges og hvordan borgerens evaluering af maden videregives til køkkenmedarbejdere.</p>	HO	<p>Ad 2.9.2) Er ikke aktuel, da den varme mad kom-mer fra Kerteminde Kommunes Madser-vice.</p>

Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig? 2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig? 3) Bliver du hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres? 4) Kender du plejeplanen og oplever du, at beskrivelsen er meningsfuld og dækkende? 5) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov? 6) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald. 	H O	<p>Ad 3.1.1) 4 ud af 5 interviewede borgere fortæller, at det fortrinsvis er den samme medarbejder, der kommer hos dem. Den 5. borger er fortrolig med de medarbejdere, der hjælper sig.</p>
3.2	<p><i>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <ol style="list-style-type: none"> a. Vejehyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval b. Der ses reaktion på uplanlagt vægttab 	B O	<p>Ad 3.2.2 a) For 3 ud af 3 borgere fremgår det, at borger enten ikke ønsker at blive vejet eller at det i samråd med læge er besluttet ikke at veje borger pga. alvorlig sygdom: Det ses dokumenteret i borgers journal. i 1 af 3 borgerjournaler viser vejehyppighed i overensstemmelse med det besluttede interval. I 2 ud af 3 borgerjournaler forekommer vejehyppigheden usystematisk; 1 forløb, hvor vejehyppigheden er ændret, men ikke beskrevet i handleplanvisningen eller i det faglige notat samt 1 forløb, hvor det er besluttet, at borger skal vejes ugentlig, og hvor der er et spring fra 21/7-23 til 1/9-23.</p>



			<p>Ad 3.2.b) Der ses reaktioner på vægtændringer på 2 ud af 3 borgere, der vejes, i form af kostændringer og nødning med mad og drikke. 1 borger bestemmer selv, hvilken kost vedkommende spiser og ikke altid det, der bliver foreslået.</p>
3.3	<p><u>Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne med til-delt §§ 83 og 86 samt opfølgning på GOP.2. Medarbejdere kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos rele-vante borgere og hvordan de – hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg (punkt 6.2 fra ældretilsynet). <p>Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, her- under hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.</p> <p>Såfremt plejecentret ikke har/nyligt har haft borgere visiteret til ovenstående markeres indikatoren som ”ikke aktuel” for dataindsamling” = grå farve.</p>	B O	<p>3 ud af 3 borgerforløb, hvor borger får vederlagsfri fysioterapi, viser:</p> <ul style="list-style-type: none">• 1 borger får vederlagsfri fysio-te-rapi 2 x ugentlig. Det fremgår af døgnrytmeplanen hvornår.• 2 borgere får vederlagsfri fysio-te-rapi henholdsvis 1 x ugentlig og 2 x ugentlig. Det fremgår ikke af døgnrytmeplanen. <p>Der ses ikke nogen beskrivelse af træ-ningsopfølgning i den daglige pleje i døgnrytmeplanen.</p> <p>Medarbejderne fortæller, at de enten ikke har et samarbejde med den pri-vatpraktiserende fysioterapeut eller at det foregår mundtligt.</p>
3.4	<p><u>Det skriftlige arbejdsgrundlag</u></p> <p>Der er fokus på systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes funktionsevne og hel-bredstilstand med udgangspunkt i ex uplanlagt væggtab, dysfagi, tryksår, fald og fødemiddelallergier.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Den social- og plejefaglige dokumentation er overensstemmende med opdaterede oplysninger sva-rende til borgers tilstande (ex helhedsvurdering, handlingsanvisninger, faglige notater, observatio-ner, plejeplaner og eventuelle supplerende papirbaserede notater)2) Ændringer i borgers tilstande formidles sikkert videre i omsorgssystemet til rette funktion (eksem-pelvis som observation med opgave)3) Sundhedsfaglige beslutninger formidles sikkert videre og fremgår af de arbejdsredskaber, som frontmedarbejderne anvender.	B O	<p>For 4 ud af 6 borgerforløb ses over-ensstemmelse mellem faglige notater, døgnrytmeplaner, observationer.</p> <ul style="list-style-type: none">• I 1 borgerjournal ses vejehyppig-heden ikke konsekvensrettet, idet der ses forskellige vejehyppighe-der/-intervaller i samme borger-journal (handlingsanvisninger og faglige notater). <p>I den anden borgerjournal er vejehyppigheden ikke som besluttet.</p>



			<p>I en af boenhederne ses en kostoversigt for, hvilken kost borgerne får. I en kolonne med "Tåler ikke" er noteret og markeret med rødt, at en borger ikke tåler "Nødder, rosiner, vindruer, alkohol og ingefær". I borgers journal står CAVE for nødder og rosiner. Oplysningen på kostsedlen står sammen med, hvad andre borgere ikke tåler/ikke ønsker, og som nødvendigvis ikke udløser en allergisk reaktion.</p>
3.5	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag Plejeplaner og generelle oplysninger</p> <ol style="list-style-type: none">1) Plejeplaner fremtræder handleanvisende og med individuelle oplysninger om hvordan plejen bedst lykkes for borger og borgers vaner og ønsker2) For borgere ramt af demens indgår oplysninger om borgers vaner og ønsker handleanvisende og støtter til en forudsigelig og tryk hverdag døgnet rundt3) Medarbejderne beskriver og demonstrerer arbejdsgangene for at orientere sig om borgernes aktuelle situation inden de besøger borgeren.	BO	<p>Døgnrytmeplanerne forekommer - med få undtagelser - generelt opdaterede og fyldestgørende.</p> <p>I et borgerforløb har ergoterapeuten beskrevet anbefalinger om kost til en borger, der ikke ses overført til døgnrytmeplanen.</p> <p>I et andet borgerforløb ses en borgers kostvaner ændret over tid, hvor dagvagten har noteret at borger spiser og drikker sparsom. Aftenvagtens beskrivelser ses ikke opdateret tilsvarende.</p> <p>Flere af borgerne har en demenssygdom, og deres aften – og sengevaner ses sparsom beskrevet i døgnrytmeplanerne.</p>

Tema 4 Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle-punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	1) Medarbejderne kender og anvender gældende instrukser og arbejdsgange relevant for medarbejdere på plejecentre med fokus på arbejdsdragt og værnemidler. 2) Der forefindes værnemidler.	N O	<i>I 2 ud af 3 plejeforløb anvendte medarbejderne ikke forklæder ved nedre hygiejne/ personlig pleje.</i>
4.2	Leder og relevante medarbejdere kender til at fremsøge og anvende gældende instrukser og arbejdsgange ved eventuelt smitteudbrud.	H O	
4.3	Hvis plejecentret varetager tøjvask uden for borgers bolig: Instruks for tøjvask er lettilgængelig for medarbejderne og følger anbefalingerne i NIR. Tøjvasken sker i overensstemmelse hermed.	B O	<i>Borgernes tøj vaskes sammen i fælles vaskemaskiner. Der findes en vejledning i, hvordan man rengør og bryder smitteveje, når man bruger fælles vaskemaskiner. Tilsynsassistenten fortæller, at hun har en fast rutine. Der forefindes imidlertid ikke et egenkontrolskema, der dokumenterer, hvornår der efter behov og mindst 1 gang ugentligt er kørt en vask med en tom maskine samt foretaget aftørring af membraner mv. (Jf. anbefalingerne i NIR).</i>

Tema 5 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Målepunkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
5.1	<p>Plejecentret har arbejdet med kvalitetsforbedringer.</p> <p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Handleplanen kan f.eks. have form af referat fra personalemøde.</p> <p>Der er ved behov fundet tovholdere til at drive forbedringsprocessen.</p> <p>Der er prioriteret og igangsat tiltag.</p> <p>Der ses dato for evaluering.</p>	BO	<p>Der har for nylig været lederskifte på plejecentret, og der er ikke arbejdet med handleplan for de målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn.</p>
5.2	<p>Effekten af tiltagene er evalueret.</p> <p>I tilfælde af at leder ikke var tilfreds med resultatet af evalueringen, er nye tiltag igangsat og evaluering planlagt/udført</p>	BO	<p>Se ovenfor.</p>
5.3	<p>Målopfyldelsen er forbedret fra seneste tilsyn.</p> <p>Dette punkt baseres på tilsynsrapporterne: Sammenligning med resultat fra seneste tilsyn.</p>	BO	<p>I 2022 sås forbedringsbehov på flere områder.</p> <p>Der er opnået forbedringer ift:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidlig opsporing af ernæringstruede borgere • Vurdering af funktionsevne ved nyindflyttede borgere <p>På andre områder ses ikke målopfyldelse ikke forbedret. Det drejer sig om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samarbejdet med privatpraktiserende fysioterapeuter • Brug af værnemidler ved personlig pleje.

Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper

Tilgang og formål

Tilsynets kerneydelse er på en anerkendende måde at belyse, om gældende lovgivning og politisk fastsatte retningslinjer og politikker overholdes og efterleves, således at borgerne får den hjælp, de er berettiget til, og at hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig forsvarlig måde. Tilsynet skal belyse, hvorvidt:

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

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

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

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

Samlet set stiller tilsynet mod at indfri kommunens behov for:

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

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

Indhold og metode

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

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

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

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



Vurderingsprincipper

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

Vurdering sker på 4 niveauer:

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

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

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:

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.

Det samlede tilsynsresultat

Vurderingen sammenfattes afslutningsvist. Nedenfor ses den anvendte vurderingsskala:

Målene er i meget høj grad opfyldte

Alle temaer er samlet set vurderet "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" (Tema 1-4).

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

Målene er i høj grad opfyldte

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfyldelse forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

Målene er i middel grad opfyldte

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

Der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed 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 1-4).

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

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

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

Kritisable forhold

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



akkrediteringsraadgiverne.dk

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 samarbejdspartnere varetager alsidige opgaver, f.eks.:

- Tilsyn med plejeboliger på ældreområdet
- Tilsyn med fritvalgsområdet
- Andre kvalitetsbesøg/tilsyn i hjemmesygeplejen, akutfunktioner, plejecentre og hjemmeplejen efter serviceloven og sundhedsloven
- Kvalitetsbesøg/temperaturmålinger ift. 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 har været aktiv surveyor med ledende funktioner gennem 13 år for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) indtil akkrediteringens ophør i 2021.

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.

