



akkrediteringsraadgiverne.dk

## TILSYNSRAPPORT

# Furesø Kommune

## Center for Sundhed og Seniorliv

### Furesø Kommunale Hjemmepleje

# Indholdsfortegnelse

Forord.....	4
Fakta om tilsynet .....	5
Samlet tilsynsresultat .....	6
Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer .....	7
Oversigt over de enkelte temaer .....	11
Tema 1 Funktionsevne .....	12
Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen.....	14
Tema 3a Sammenhæng og forudsigelighed: Flerfagligt samarbejde.....	17
Tema 3b Sammenhæng og forudsigelighed – Det skriftlige arbejdsgrundlag .....	20
Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn .....	22
Tilsynets formål, indhold, metode og vurderingsprincipper.....	24
Om virksomheden og kontaktoplysninger.....	27

## Forord

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

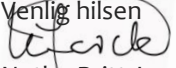
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling. Rapporten opfylder webtilgængelighedsloven.

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

### Hjemmeplejeleverandør:

Furesø Kommunale Hjemmepleje, Hvedemarken 5, 3520 Farum

### Ledere:

By: Birthe Wittendorff

Midt: Charlotte Strågård

Sø: Lene Jørgensen

Skov: Gitte Kristensen

Aften/Nat: Merete Vilhelmsen

### Tilsynsbesøget fandt sted:

24. oktober 2024

### Metodik og datagrundlag:

Tilsynet omfatter borgere med forskellige begrænsninger af funktionsevne.

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver i 11 borgerforløb), procedurer, kørelister, borgerinformationer, menu tilbud fra leverandør mv.
- Interview: Der er besøgt 6 borgere, hvoraf 5 helt eller delvist kan medvirke til interview samt 2 pårørende. Desuden 13 medarbejdere, heraf 3 hjemmeplejeledere, 2 assistenter, heraf en med superbrugerfunktion, 4 hjælpere og 1 rehabiliteringsnøgleperson.
- Observation: Besøg i borgers hjem, hvor arbejdsgange og samvær mellem medarbejder og borger er set, medarbejderadfærd i borgers hjem o.a.

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

### **Vurdering: Målene er i middel grad opfyldte**

Det betyder, at der ses forhold, som kan få betydning for den fornødne kvalitet og/eller patientsikkerhed ved uændrede forhold.

Det fremgår af fundene, at der er behov for styrkelse af sammenhæng og koordinering af borgerforløbene, og at udfordringerne tillige omhandler overdragede/delegerede sundhedslovsydelser. Der ses afvigelser i

- Ansvar- og opgavefordeling mellem frontmedarbejderne i de mindre teams, assistenter og sygeplejen
- Det skriftlige arbejdsgrundlag
- Medicinhåndtering

Tilsynet anbefaler opfølgning indenfor kortere tid, herunder fokus på sundhedslovsydelser, som minimum medicinhåndtering samt journalisering.

Indsatsen anbefales efterfulgt af fokuseret genbesøg indenfor 3 måneder.

### **Vurderingsskala:**

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

Alle temaer er samlet set vurderet ”Helt opfyldt” eller ”I betydelig grad opfyldt”.

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

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

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

De erkendte mangler har mindre betydning for borgersikkerheden.

Målopfylde forventes at kunne opnås indenfor kortere tid gennem forbedringsindsats.

#### **Målene er i middel grad opfyldte**

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

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

Løbende opfølgning anbefales.

#### **Målene er i lav grad opfyldte**

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

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

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

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

#### **Kritisable forhold**

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

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

### Generelt

Hjemmeplejen varetager omkring 800 borgere. Siden seneste tilsyn har været større omorganiseringer og lederskift. Der gøres en ihærdig indsats for at sikre borgerne den fornødne kvalitet. Samlet ses nedsat målopfyldelse fra 2023 svarende til, at målopfyldelsen er ”i middel grad opfyldt”.

### Styrker

Tilsynet iagttager engagement blandt medarbejderne. Medarbejderne udviser en opmærksomhed på borgernes trivsel. Leder og nøglemedarbejdere er opmærksomme på behovet for kontinuerlig kompetenceudvikling.

#### Livskvalitet og tilfredshed

Den oplevede borgerkvalitet er høj hos de 6 besøgte borgere og 2 pårørende. De udtrykker generelt tilfredshed med den hjælp, de får til personlig pleje og praktisk hjælp. De sætter stor pris på, at hjemmeplejen ”gør sig anstrengelser for, at det er de samme der kommer”, selvom de ”hører om mange sygdommeldinger” og ser ”mange ansigter”. Pårørende er trygge ved indsatsen og oplever overvejende imødekommende og venlige medarbejdere, som oftest kender til opgaverne. 1 fortæller om sit eget forløb ”at der er fuldstændig styr på det”.

De fortæller samstemmende, at der er en kreds af medarbejdere, som kender opgaverne og holder sig ajour med borgers behov. Det sker - men ikke ofte - at afløsere skal fortælles, hvad de skal gøre.

Borgerne fremtræder velsoignerede efter ønske.

Tilsynsførende overværer personlig pleje hos 4 borgere og iagttager velegnede, omsorgsfulde og respektfulde arbejdsprocesser med nærvær i form af guidning undervejs. Medarbejdernes praksis fremstår omsorgsfuld. 3 af borgere havde rengøringsydelse. Boligerne fremtræder generelt rengjorte svarende til rengøringstandarden. Borgerne fortæller, at de ikke har oplevet, at rengøringshjælpen har været aflyst uden erstatningsbesøg.

#### Sammenhæng og forudsigelighed

Medarbejderne kan orientere sig om borger inden borgerbesøg primært via telefonen. Det er tilsynets indtryk, at her er væsentlige oplysninger, herunder aktuel score, observationer og døgnrytmeplan. De faste medarbejdere har dialog om borgernes behov og oftest er det de samme, der besøger borgerne.

Der er triage x 2 om ugen for hvert område. Denne proces bidrager dels til medarbejdernes kendskab til borgernes tilstande og dels til den løbende kompetenceudvikling.

### Forbedringsområder, opmærksomhedspunkter og anbefalinger

På baggrund af dataindsamling og analyse vurderer tilsynet, at

- 2 temaer er ”I betydelig grad opfyldt”
- 2 temaer er ”I nogen grad opfyldte”

Hvert tema består af flere målepunkter. Opmærksomheden henledes på, at et tema, som er ”Helt opfyldt” kan rumme målepunkter med forbedringspotentiale, hvilket fremgår af efterfølgende del af rapporten.

I det følgende ses udviklingspunkter for de temaer, som ikke er ”Helt opfyldt”. Udviklingspunkterne er beskrevet kort samt tilsynets anbefalinger. De uddybende data fremgår under de enkelte temaer i rapporten.

#### Tema 1 Funktionsevne

Fokus: Fra opstart skal ske en systematisk vurdering af borgernes potentiale for funktionsevne. Mål for indsatsen og løbende evaluering af hjælpen skal beskrives jf. §83 stk. 5. Det forudsætter en klar arbejdsdeling mellem visitator og hjemmepleje. Funktionsevnetilstande overføres automatisk ved indlæggelse og skal kunne medvirke som vidensgrundlag.

Tilsynet hører, at opdatering af funktionsevnetilstande er delt mellem visitationen og hjemmeplejen.

I hjemmeplejen er opdatering delt mellem hjælperne i de mindre teams og de tilknyttede assistenter, som har adgang til at opdatere i Nexus.

### Udviklingspunkter

Funktionsevnetilstande fremstår delvist opdaterede for ca. halvdelen af de undersøgte tilstande for 4 ud af 5 borgere. En del funktionsevnetilstande er ikke opdaterede seneste år og scoring/beskrivelse ses ikke i overensstemmelse med borgers tilstand og potentiale. Supplerende oplysninger ses under målepunkt 1.5.

Derved forekommer der

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

Tilsynet anbefaler, at

- styrke ansvars- og opgavefordelingen mellem de mindre teams og assistenter
- evaluere overensstemmelsen ved stikprøver med fastsat interval.

## **Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen**

### Målepunkt 2.3 Praktisk hjælp

Fokus: At hjemmeplejen udfører, i samarbejde med borgeren, opgaverne inden for ydelsens ramme, grundydelse og fleksibel ydelse. Hvis en borger vedvarende fravælger en tildelt indsats til fordel for en anden, vurderer kommunen, om afgørelsen skal ændres.

Udviklingspunkter:

#### Den praktiske hjælp

Selvbestemmelse: Det er tilsynets indtryk, at de faste medarbejdere sammen med borger fastlægger ydelsen efter borgers ønsker og vaner. Der ses ikke konkrete oplysninger i døgnrytmeplanen om det aftalte, så alle kan vide, hvad der er aftalt om rengøringen.

Tilsynet anbefaler

- at imødekomme borgerens selvbestemmelse ved at skrive oplysninger i døgnrytmeplanerne.

#### Fleksibel hjemmehjælp

Udviklingspunkt: Flexibel hjemmehjælp – at bytte ydelser

1 ud af 3 borgere kender til muligheden. 1 adspurgt medarbejder kender ikke til ordningen.

Tilsynet anbefaler

- at informere om muligheden, så medarbejderne kender ordningen herunder at journalisere afvigelser fra det visiterede
- at hjemmeplejen informerer visitation, hvis en borger vedvarende fravælger en indsats fremfor en anden.

#### Rengøring af personlige hjælpemidler (rollatorer og kørestole)

Der ses rollatorer og kørestole, som ikke har været rengjort længe.

Der høres uklarhed om opgaven er med i praktisk hjælp, personlig pleje eller skal visiteres som særskilt ydelse.

Tilsynet anbefaler

- at afklare og formidle beslutninger om rengøring af personlige hjælpemidler.

## **Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed**

### Målepunkt 3.3 Tidlig opsporing af borgere med forringet helbredstilstand

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

Opsporing af forringet helbredstilstand ses ved opståede sår, infektioner og andre nyttilkomne forhold.

Der ses udviklingspunkter:

Ved opsporingen: Ansvars- og opgavefordelingen i de mindre teams, når borgers tilstande ændrer sig over tid og drøftelse med assistent kan være relevant. Fx løbende opfølgning ved mave-tarmfunktion, ernæring, mobilitet, hudpleje.

Ved afslutning af triageforløb: Opdatering af fagligt notat og døgnrytmeplan.

*Tilsynet anbefaler, at*

- de mindre teams og tilknyttede assistenter styrker dialog om evaluering af borgerforløb
- når borger igen triageres grøn, at aftale ved triagemødet, hvem der skriver resume i fagligt notat og opdaterer døgnrytmeplan o.a.
- øge opmærksomhed på, om borgers scoring er korrekt, herunder når SHS bidrager i forløbet.

Det skriftlige arbejdsgrundlag

Fokus: Den faglige dokumentation er et grundlag for medarbejdernes viden og forståelse for borgeren og dermed væsentlig for, at borgeren tilbydes en ensartet og forudsigelig opgaveløsning på et sikkert kvalitetsniveau. Det er afgørende for at sikre den fornødne kvalitet i hjælp, omsorg og pleje af borgerne, at alle medarbejdere har den nødvendige viden om borgerne.

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

Udviklingspunkt: Der ses for 1 ud af 8 undersøgte forløb overensstemmelse mellem borgers aktuelle tilstand og oplysninger i funktionsevnetilstande, døgnrytmeplaner, observationer, generelle oplysninger, helbredstilstande/indsatsmål/handleanvisninger.

Se desuden 1.5, 1.6, 2.3, 2.4, 2.6, 3.2, 3.4, 3.5.

Det medfører en risiko for, at der arbejdes ud fra ikke-tidstro data, hvilket vurderes at kunne indebære en risiko for, at borgerne ikke får personlig og praktisk hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet, jf. servicelovens §§ 83-87 og § 150, stk. 2.

Manglerne i journaliseringen vedrører også sundhedslovsydelser.

*Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats, herunder*

- at styrke ansvars- og opgavefordeling for løbende opfølgning og opdatering af journalen
- at fortsætte indsatsen for at skrive handleanvisende og individuelle døgnrytmeplaner
- at afklare arbejdsproces mellem terapeuter/sygeplejen og hjemmeplejen, så de fælles borgerforløb udføres koordineret
- at medarbejderne (incl. afløsere/vikarer) opfordres til løbende større opmærksomhed og reaktion efter besøg, hvis døgnrytmeplaner, handlingsanvisninger, kørelister o.a. ikke afspejler borgers aktuelle behov.

**Opmærksomhedspunkt**

Hygiejne: Forebyggelse af smittespredning

Værnemidler

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

Udviklingspunkt: Tilsynet ser, at der foretages nedre hygiejne i forbindelse med personlig pleje uden anvendelse af plastforklæder.

*Tilsynet anbefaler at fortsætte den ihærdige indsats for*

- at genopfriske de hygiejniske principper omkring forebyggelse af smittespredning, herunder hvorfor det er væsentligt
- at følge op på implementeringen ved egenkontrol i en periode.

**Målepunkt 5 Kvalitetsudvikling**

Samlet set varetager hjemmeplejen omkring 800 borgere. I forhold til målepunkterne i det uanmeldte kommunale tilsyn ses, at det har været vanskeligt at opnå forbedringer siden sidste tilsyn i januar 2023. Det har medført nedsat målopfyldelse.

Det fremgår af fundene, at der er behov for styrkelse af sammenhæng og koordinering af borgerforløbene, og at udfordringerne tillige omhandler overdragede/delegerede sundhedslovsydelser.



Der ses afvigelser i

- Ansvar- og opgavefordeling mellem frontmedarbejderne i de mindre teams, assistenter og sygeplejen
- Det skriftlige arbejdsgrundlag
- Hygiejne
- Medicinhåndtering, herunder anbrudsdatoer, holdbarhed af medicin, kvittering i FMK.

*Tilsynet anbefaler*

- at prioritere indsatsområderne efter risikovurdering indenfor hvert af hjemmeplejens 4 områder
- igangsætte tiltag indenfor kortere tid
- følge op indenfor 3 måneder med internt eller eksternt brug af målepunkter fra Styrelsen for Patientsikkerhed i hvert af områderne, som minimum medicinhåndtering og journalisering.

## 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	<b>Funktionsevne</b> Funktionsevne, mål for indsatsen og løbende evaluering	B O
Tema 2	<b>Livskvalitet og tilfredshed</b> Praktisk hjælp og personlig pleje Mad og måltider	B O
Tema 3	<b>Sammenhæng og forudsigelighed</b>	N O
	<b>3a</b> Koordinering ved ændring i borgers tilstand Flerfagligt samarbejde	N O
	<b>3b</b> Det skriftlige arbejdsgrundlag	N O
Tema 4	<b>Opfølgning på anbefalinger fra seneste tilsyn</b> Lokal proces med prioritering, tiltag, evaluering m.m. Målopfyldelsen sammenlignet med seneste tilsyn	N 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.

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

## Tema 1 Funktionsevne

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
1.1	<p>Borgere, som er visiteret til et afklarende forløb efter §83a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Det afklarende forløb er dokumenteret: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der foreligger plan lavet i samarbejde med borger. Planen beskriver mål, varighed og indhold af indsatsen.</li> <li>○ Der er fastsat evalueringstidspunkter.</li> <li>○ I Nexus er medarbejdernes opgaver konkret beskrevet</li> </ul> </li> <li>2) Ved afslutning af rehabiliteringsforløb er borgers funktionsevne opdateret.</li> </ol>		<p>Udrednings- og rehabiliteringsteam (URT), som er organiseret separat fra hjemmeplejen, varetager §83a forløb.</p> <p>Målepunktet udgår.</p>
1.2	<p>Interviewede borgere svarer overvejende positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Får du den hjælp og støtte, du har brug for, så du kan klare hverdagen?</li> <li>2) Hvor tilfreds eller utilfredshed er du med medarbejdernes støtte til at du bliver så selvhjulpne som muligt i forhold til praktiske gøremål/personlig pleje.</li> <li>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 selvhjulpnehed).</li> <li>4) Er din evne til at løse hverdagsopgaver (ADL) blev forbedret eller er forblevet uændret, mens du har haft hjælp fra hjemmeplejen?</li> <li>5) Hvordan vurderer du betydningen af den hjælp du får?</li> </ol>		
1.3	Der er overensstemmelse mellem den visiterede ydelse, den disponerede hjælp og borgernes aktuelle tilstand.		Der ses enkeltstående fund.
1.4	Medarbejderne leverer de aftalte ydelser. Hvis ydelsen ikke kan leveres – hvis borger f.eks. takker nej – gives skriftlig besked til rette funktion.		Der ses enkeltstående fund

<p><b>1.5</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Beskrivelsen af borgers funktionsevne er fremstillet genkendeligt</li> <li>2) De indsatser, borger modtager, er afstemt borgers aktuelle funktionsevne</li> <li>3) De visiterede ydelser foreligger opdateret i forhold til seneste oplysninger om borgers tilstand.</li> </ol>		<p><i>Visitator opdaterer når oplysninger formidles hjemmeplejen, hvilket oftest sker, når ændringer har betydning for den visiterede ydelse.</i></p> <p><i>Hjemmeplejens assistenter har ansvar for den løbende opdatering.</i></p> <p><i>Frontmedarbejderne kender borgers aktuelle funktionsevne.</i></p> <p><i>Funktionsevnetilstande fremstår delvist opdaterede for ca. halvdelen af de undersøgte tilstande for 4 ud af 5 borgere. En del funktionsevnetilstande er ikke opdaterede seneste år og scoring/beskrivelse ses ikke i overensstemmelse med borgers tilstand og potentiale.</i></p> <p><i>Der er ikke en vedtagen arbejdsgang, der sikrer, at funktionsevnetilstandene svarer til borgers aktuelle tilstand.</i></p>
<p><b>1.6</b></p>	<p>Medarbejdere kender arbejdsgangene for at melde videre, hvis borgers begrænsning af funktionsevnen ændrer sig.</p>		<p><i>Det er tilsynets indtryk, at der sker formidling til visitator, når der er ændringer i borgers tilstande, som har betydning for den visiterede ydelse.</i></p> <p><i>Jf. ovenfor ses ikke intern arbejdsgang for opdatering herudover.</i></p>

## Tema 2 Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Måle- punkt	Fokuspunkter	Vurdering	Eventuel uddybende be- skrivelse
2.1	<p>(Personlig pleje) Interviewede borgere (eller pårørende) svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er personalet generelt venlige og omsorgsfulde?</li> <li>2) Synes du at personalet udviser respekt for dig?</li> <li>3) Hvor tilfreds er du med medarbejderens imødekommenhed over for dine ønsker til hjælpen?</li> <li>4) Bliver hjælpen givet efter dine ønsker og valg? Ved hjælperen hvad der betyder noget for dig?</li> <li>5) Er du tryk ved den måde hjælpen tilbydes på?</li> <li>6) Oplever du dig soigneret/veltilpas efter morgenplejen</li> <li>7) Er du samlet set tilfreds med hjælpen. (Hjælpen til bad, at blive vasket, af- og påklædning, toiletbesøg)?</li> </ol>		
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"> <li>1) Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i hverdagen, som er vigtige for dig?</li> <li>2) Har den hjælp, du har modtaget betydet, at du i højere grad kan klare dig selv i de daglige gøremål.</li> <li>3) Er du med til at planlægge/bestemme, hvordan hjælpen skal udføres?</li> <li>4) Er du samlet set tilfreds med den hjælp, du får til rengøring, til tøjvask og til indkøb?</li> <li>5) Vil du anbefale den hjælp, du modtager til andre med samme behov?</li> </ol>		<p><i>Selvbestemmelse: 3 borgere oplever, at medarbejderne fortolker rengøringsopgaven forskelligt. Der høres ikke om en arbejdsgang, hvor medarbejder sammen med borger fastlægger ydelsen efter borgers ønsker og vaner. Der ses ikke konkrete oplysninger i døgnrytmeplan.</i></p>

2.4	<p>Observation i hjemmet: Er hjemmet ryddeligt og rent i det omfang, borgeren har behov for og ønsker hjælpen? Er hjemmet rengjort svarende til tidspunktet for seneste rengøringsydelse?</p> <p>Fremstår rollatorer og andre personlige hjælpemidler rengjorte?</p>		<p>Rengøring af personlige hjælpemidler (rollatorer og kørestole). Indgår ikke i opgaveoversigt. Der høres uklarhed om opgaven er med i praktisk hjælp, personlig pleje eller skal visiteres som særskilt ydelse.</p>
2.5	<p>Hvis tilsynsførende overværer medarbejders besøg: Der ses velegnede arbejdsgange og udførelse af opgaverne på en måde, der sikrer den fornødne kvalitet.</p>		
2.6	<p>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.</p>		<p>De faste medarbejdere kender mål for indsatsen gennem deres kendskab til borger.</p> <p>Mål for indsatsen afspejler sig sparsomt i døgnrytmeplanerne for ca. halvdelen af de undersøgte borgerforløb.</p>
2.7	<p>Interviewede borgere og medarbejdere svarer generelt positivt på spørgsmål om:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kender du til muligheden for at kunne ”bytte ydelser”, fleksibel hjemmehjælp?</li> <li>2) Medarbejderne bærer legitimationskort.</li> </ol>		<p>1 ud af 3 borgere kender til muligheden. 1 adspurgt medarbejder kender ikke til ordningen.</p>
2.8	<p>Interviewede borgere, der modtager hjælp til mad og måltider, er overvejende tilfredse med</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Madens kvalitet, herunder smag, udseende og duft</li> <li>2) Mulighed for variation og indflydelse på maden</li> <li>3) Støtte til at få maden serveret og hjælp til at spise.</li> </ol>		
2.9	<p>Medarbejderne kender borgers ønsker og behov til ernæringen, herunder</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Madens indhold og sammensætning. Evt. allergier og foretrukne fødevarer. Diæter o.a.</li> <li>2) Madens smag, duft og udseende</li> <li>3) Måltidsafholdelsen, herunder hvad borger har brug for hjælp til.</li> </ol>		

2.10	<p>Observationer og dokumentation i hjemmet, hvor borgeren viser færdiglavet mad i køleskabet, f.eks. smurt frokost eller klagjort aftensmad.</p> <p>Hvis tilsynsbesøget sker ved måltidet, oplever tilsynet madens duft og udseende.</p>		
------	---	--	--

## Tema 3a Sammenhæng og forudsigelighed: Flerfagligt samarbejde

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
3.1	<p>Interviewede borgere svarer generelt positivt på følgende typer af spørgsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er det oftest de samme medarbejdere, der kommer hos dig?</li> <li>2) Er den hjælp du får, lige god, uanset hvilken medarbejder, der hjælper dig?!</li> <li>3) Oplever du, at du bliver hjulpet uden selv at skulle fortælle, hvordan hjælpen bedst kan udføres?</li> <li>4) Passer den hjælp/støtte du får til dine behov?</li> <li>5) Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den? Nødkald.</li> </ol>		
3.2	<p><i>Forebyggelige indlæggelser og tværgående samarbejde</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Medarbejdere kender arbejdsgangene for at formidle viden videre, når borgers tilstand ændrer sig, og der opstår behov for faglig vurdering af assistent/demensvejleder/sygeplejerske/læge eller andre fagpersoner. Der kan ses eksempler på rettidig reaktion som viser en systematisk arbejdsproces.</li> <li>2) Arbejdsgangene belyses gennem kædeprocessen for tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring Medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp til borgere i risiko for uplanlagt vægttab, herunder involvering af læge, tandlæge, ergoterapeut o.a. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Vejehyppighed er udført i overensstemmelse med det besluttede interval</li> <li>b. Der ses reaktion på uplanlagt vægttab</li> </ol> </li> </ol> <p>Oplysninger om kost er lettilgængelig for relevante medarbejdere.</p>		<p>Ad 1 Der høres om triage x 2 om ugen for hvert af de 4 områder med deltagelse af sygeplejersker og samarbejdspartnere.</p> <p>Ved ændringer i borgers tilstand oprettes ved behov gul/rød tilstand og herefter journaliseres i triagemodulet. Når borger igen er i grøn, skal skrives resumé i fagligt notat og døgnrytmeplan evt. opdateres. Dette ses ikke udført for 3 ud af 3 borgere. Konsekvensen er manglende/ikke opdaterede oplysninger i Nexus.</p> <p>Opmærksomhedspunkt SHS har samme dag besøg hos borger grundet ændringer (feber og hoste). Er rekvireret af e.l, som er kontaktet af pårørende aftenen før. Hjemmeplejen informeres af pårørende under morgenbesøg.</p>



		<p>Borgers tilstand ændres ikke fra grøn. Det er tilsynets indtryk, at der er uklarhed om, hvorvidt det er SHS eller hjemmeplejen, der skulle ændre triageringen.</p> <p>Ad 2 Ernæringsindsats: Der foreligger flowchart om tidlig opsporing af borgere i risiko for underernæring. Alle borgere med indsatsen "Anretning og servering" og/eller "Tilstedeværelse ved måltid" skal tilbydes regelmæssig vejning minimum x 1 om måneden. Ved stikprøver ses dette hos 2 ud af 4 borgere. Der ses overspring i målingerne. Der ses ikke tegn på reaktion over de manglende vejninger.</p> <p>Udskillelser For 2 ud af 2 borgere, som får laksantia og ikke selv kan gå på toilet, er Bristol ikke ført seneste 2 uger. Opslag i FMK viser dels generelle overspring i alle kvitteringer og dels at der er indsat bemærkning om at laksantia flere gange ikke er givet, da det menes pauseret. Der ses ikke fulgt op.</p> <p>Samlet set ses svage arbejdsgange for opfølgning på borgerforløb, hvor viden er hos de faste frontmedarbejdere. Det er tilsynets indtryk at viden deles blandt medarbejdere, men at der ikke i fornødent omfang sker medvirken af assistenter i beslutningstagning og journalisering.</p>
--	--	---

			<p><i>Opmærksomhedspunkter: Andre fund ved borgerbesøg og journal-audit Ift. FMK ses for 3 ud af 5 borgerforløb overspring i kvittering for medicinadministration. Ved borgerbesøg ses cremer uden anbrud og medicin i aktuelbeholdning som er udløbet.</i></p>
3.3	<p><u>Sammenhængende indsats for borgere med behov for (trænings)aktiviteter</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Samarbejdsfladen med terapeuter fremstår klar og støtter en samlet ydelse for borgerne med til-delt §§ 83 og 86, opfølgning på GOP samt vederlagsfri fysioterapi.</li> <li>2) Medarbejdere kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere og hvordan de – hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg.</li> </ol> <p>Medarbejdere kender borgeres aktuelle behov for vedligehold af fysiske og psykiske færdigheder, her- under hvilke hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, borger har brug.</p>		

## Tema 3b Sammenhæng og forudsigelighed - Det skriftlige arbejdsgrundlag

Samlet vurdering:

Nr.	Kvalitetsindikatorer	Vurdering
3.4	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag - Generelt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medarbejderne kender og anvender omsorgsjournalen ensartet.</li> <li>2. Der ses overensstemmende oplysninger om borgerens tilstande mellem tilstande, handlingsanvisninger, observationer, faglige notater, døgnrytmeplaner mv.</li> <li>3. Oplysninger på eventuelle tavler, i papirkalendere, i print og andre supplerende informationer til borgere og medarbejdere er i overensstemmelse med omsorgsjournalens oplysninger og borgers aktuelle tilstand.</li> <li>4. Kædeprocessen <i>måling, reaktion, sundhedsfaglig vurdering, konsekvensrettelse</i> er undersøgt og fundet veldokumenteret.</li> <li>5. Oplysninger fra f.eks. terapeuter og demensvejleder er lettilgængelige for assistenter og hjælpere.</li> <li>6. Arbejdsgangen for konsekvensrettelse ved ændringer i borgers tilstand beskrives ensartet af medarbejdere der har opgaver i forbindelse med dette.</li> </ol> <p>Målepunktet omfatter de dele af omsorgsjournalen, som er relevant for tilsynets foci. Andre krav om journalføring for sundhedslovsydelser er som udgangspunkt ikke omfattet, medmindre der under tilsynsbesøget skulle blive identificeret forhold, der kan indebære en risiko for borgeren.</p>	<p>Der ses for 1 ud af 8 undersøgte forløb overensstemmelse mellem borgers aktuelle tilstand og oplysninger i funktionsevnetilstande, døgnrytmeplaner, observationer, generelle oplysninger, helbredstilstande/indsatsmål/handleanvisninger.</p> <p>Se desuden: 1.5, 1.6, 2.3, 2.4, 2.6, 3.2, 3.4, 3.5.</p>
3.5	<p>Det skriftlige arbejdsgrundlag for udførelse af de daglige social- og plejefaglige opgaver hos borgerne</p> <p>Døgnrytmeplaner indeholder lettilgængelige, opdaterede og handleanvisende oplysninger om borgers ressourcer og behov, herunder hvorledes støtten ydes individuelt ud fra borgers livsstil og ønsker.</p>	<p>Døgnrytmeplanerne ses for 3 ud af 6 sete borgerforløb opdaterede, handleanvisende og med beskrivelse af borgers ønsker og vaner.</p> <p>For de 3 øvrige ses ikke individuelle oplysninger om, hvordan plejen bedst lykkes for borger.</p> <p>Mål for indsatsen afspejler sig sparsomt i døgnrytmeplanerne for ca. halvdelen af de undersøgte borgerforløb.</p>

			<p>Overdraget opgave: For 1 borger med tendens til tryk på balle og hæle står sår anført i døgnrytmeplanen. Borgers hud er aktuelt intakt. Har været triageret gul, nu grøn, men døgnrytmeplanen er ikke opdateret.</p> <p>Der ses for 1 aftenbeskrivelse ud af 4 en tydelig formidling af opgaverne. For de øvrige ses ikke de fornødne oplysninger. Fx er borgers venstre arm dysfunktionel og kræver hensyn ved personlig pleje oa. Dette ses af DV, men ikke i AV. En borgers hud på underben er tør og sårbar. Oplysning om hudpleje af ben om aftenen efter aftagning af kompressionsstrømper ses ikke.</p> <p>Journaliseringen sker ikke ensartet for emner.</p> <p>Samme emne journaliseres forskelligt, f.eks forflytningsvejledning (funktionsevnetilstand eller døgnrytmeplan), hvordan bad lykkes (funktionsevnetilstand eller døgnrytmeplan).</p>
--	--	--	--

## Tema 4 Opfølgning fra seneste tilsyn

Samlet vurdering:

De enkelte målepunkter uddybes i tabellen nedenfor.

Nr.	Målepunkter	Vurdering	Eventuel uddybende beskrivelse
4.1	<p>Der forefindes handleplan for målepunkter, hvor målopfyldelsen ikke var "Helt opfyldt" ved seneste tilsyn. Det kan eksempelvis være et personalemødereferat.</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>Samlet set har hjemmeplejen omkring 800 borgere. Der har været større omorganisering og lederskift. I forhold til målepunkterne i det uanmeldte kommunale tilsyn ses, at det har været vanskeligt at opnå forbedringer siden sidste tilsyn i januar 2023. Det har medført nedsat målopfyldelse.</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>Det fremgår af fundene, at der er behov for styrkelse af sammenhæng og koordinering af borgerforløbene, og at udfordringerne tillige omhandler sundhedslovsydelser.</p> <p>Der ses afvigelser ved</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ansvar- og opgavefordeling mellem frontmedarbejderne i de mindre teams, assister samt sygeplejen</li> <li>➤ Det skriftlige arbejdsgrundlag.</li> </ul> <p>Tilsynet har ved borgerbesøg og journalaudit set andre afvigelser.</p>

			<p>Det drejer sig om medicinhandling</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ ift. FMK ses for 3 ud af 5 borgerforløb overspring i kvittering for medicinadministration</li><li>➤ medicin som ikke gives med begrundelse i FMK over flere dage, at medicinen er pauseret. Ikke reaktion ift. kontakt til læge</li><li>➤ ved borgerbesøg ses cremer uden anbrud og medicin i aktuelbeholdning, som er udløbet.</li></ul>
--	--	--	--



# 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 Furesø 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.

### 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".

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 2 af temaerne er vurderet lavere end "Opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt".

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

Opfølgning efter kortere tid anbefales.





*Målene er i lav grad opfyldte*

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

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

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

*Kritisable forhold*

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

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



## Om virksomheden og kontaktoplysninger

Den Mobile Kvalitetsafdeling, *akkrediteringsraadgiverne.dk*  
Egebjergvej 232 A  
4500 Nykøbing Sjælland

Nethe Britt Jorck  
Virksomhedsleder og tilsynschef  
Mobil: +45 2869 8898  
Mail: [nethe@jorck.net](mailto:nethe@jorck.net)

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

Konsulentfirmaet består af virksomhedsleder, som sammen med udvalgte 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. ædretilsynets målepunkter
- Kvalitetsbesøg/temperaturmåling ift. risikobaseret tilsyn med STPS's målepunkter
- Second opinion kombineret med kvalitetsbesøg/tilsyn ved eksempelvis klagesager
- Tværsektorielle borgerforløb. Ressource- og opgavefordeling
- Brugerundersøgelser, herunder borgertilfredshedsundersøgelser

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

Om virksomhedsleder og tilsynschef

Nethe Jorck har sundhedsfaglig uddannelse (sygeplejerske) suppleret med MPP (Master of Public Policy) tillige med kompetencegivende uddannelser indenfor ledelse, kvalitet og patientsikkerhed, herunder uddannelse til auditor for Dansk Standard og akkrediteringssurveyor for IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) samt forandringsagentuddannelsen fra Dansk Selskab for patientsikkerhed.

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

Særlig relevante erfaringer:

- akkrediteringssurveyor fra 2010 til 2022 for IKAS. Har udført omkring 170 surveydage på sygehuse, i kommuner, præhospital, privathospitaler og speciallægepraksis
- har udført over 500 uanmeldte kommunale tilsyn
- forandrings- og forbedringsarbejde med projekter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Ovenstående har medført lang erfaring og indgående viden og indsigt i spændingsfeltet mellem det, der beslutes (lovgivning, retningslinjer, kvalitetsstandarder m.m.) og det, der sker i praksis tættest på borgerne.

