



TILSYNSRAPPORT - Fokuseret genbesøg
(Endelig rapport)

Furesø Kommune
Center for Sundhed og Seniorliv

Furesø Kommunale Hjemmepleje

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Fakta om tilsynet	5
Baggrund for det fokuserede genbesøg.....	6
Sammenfatning	6
Kvalitetsindikatorer med tilhørende fund	8
Det skriftlige arbejdsgrundlag	8
Medicinhåndtering	10
Uanmeldt kommunalt tilsyn: Formål, indhold, metode og vurderingsprincipper	11
Om virksomheden og kontaktoplysninger.....	14

Forord

Det uanmeldte tilsyn samt det fokuserede genbesøg 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 rapporteringen 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 borgernes behov endnu ikke imødekommes på en måde, som lever op til fastsatte beslutninger og krav i lovgivning, kvalitetsstandarder m.m.

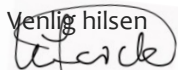
Rapporten er opbygget med sigte på overblik, læring og organisationsudvikling.

Indledningsvist er data om tilsynet, herunder tidspunkt, deltagere og datagrundlaget. Herefter følger baggrund for det fokuserede genbesøg efterfulgt af sammenfatning.

Anden del af rapporten består af de konkrete kvalitetsindikatorer. Fund er medtaget i det omfang, det skønnes at være af værdi for den videre kvalitetsudvikling.

Bagest i rapporten findes en kort beskrivelse af uanmeldt tilsyn, herunder formål og metoder efterfulgt af afsnit om vurderingsprincipper samt afslutningsvist data om tilsynsvirksomheden.

Tilsyn er altid udtryk for et øjebliksbillede og skal derfor vurderes ud fra dette.

Venlig hilsen


Nethe Britt Jorck
Virksomhedsleder og tilsynschef

Fakta om tilsynet

Hjemmeplejeleverandør:

Furesø Kommunale Hjemmepleje, Hvedemarken 5, 3520 Farum

Ledere:

Leder af Furesø Hjemmepleje: Katrine Maymann

Gruppeledere fra de 4 grupper: By, Midt, Sø og Skov

Tilsynsbesøget fandt sted:

16. maj 2025

Metodik og datagrundlag:

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov svarende til fokusområderne.

Data er indsamlet via

- Dokumentation: Borgernes pleje- og omsorgsjournal (stikprøver i 5 borgerforløb), kørelister, borgerinformationer, handleplaner fra tilsyn 2024, herunder nye procedurer mv.
- Interview: Der er besøgt 4 borgere, som helt eller delvist kan medvirke til interview samt 1 pårørende. Desuden 7 medarbejdere, heraf 1 leder af hjemmeplejen, 4 gruppeledere, 2 assistenter, heraf en med superbrugerfunktion, og 1 planlægger.
- Observation: Besøg i borgeres hjem.

Hjemmeplejen har sikret borgernes samtykke til tilsynsbesøgets indhold.

Tilsynsførende:

Nethe Britt Jorck, sygeplejerske, MPP, tilsynschef.

Baggrund for det fokuserede genbesøg

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Furesø Kommune gennemført et opfølgende tilsyn hos leverandøren efter det ordinære kommunale tilsyn 24. oktober 2024. Der henvises til tilsynsrapporten, hvor anbefaling om fokuseret genbesøg ses på side 6.

Citat fra tilsynsrapporten:

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 medicin-håndtering samt journalisering.

Indsatsen anbefales efterfulgt af fokuseret genbesøg indenfor 3 måneder.

Kommunen efterfulgte anbefalingen om fokuseret genbesøg med afvikling i maj 2025.

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsførende fra *akkrediteringsraadgiverne.dk* har på vegne af Furesø Kommune gennemført det fokuserede genbesøg hos leverandøren. 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.

Fokusområdet "Det skriftlige arbejdsgrundlag" er en del af basisindholdet i det uanmeldte kommunale tilsyn (socialfagligt).

Kategorien for målepunkter i uanmeldt kommunalt tilsyn bliver samlet:

Målene er i høj grad opfyldt

Fokusområde "Medicinhåndtering" vedrører sundhedsloven og er vurderet særskilt.

Kategorien for de supplerende målepunkter:

Målene er i middel grad opfyldt

Tilsynets opsummering af styrker og udfordringer

Nedenfor angives begrundelsen for tilsynsresultatet. Det fokuserede genbesøg retter sig mod:

1. Det skriftlige arbejdsgrundlag
2. Medicinhåndtering

Ad 1: Det skriftlige arbejdsgrundlag

En ihærdig indsats med støtte fra kommunale nøglepersoner har medført forbedringer af det skriftlige arbejdsgrundlag. Indsatsen ses ved besøget dokumenteret af handleplan, procedure ved døgnrytmeplaner og triage, auditskema m.m. Dataindsamlingen medtager interviews med nøglemedarbejdere og stikprøver i 5 borgerjournaler. Lokal nøgleperson varetager lokal implementering og sidemandsoplæring i tæt samarbejde med ledere og medarbejdere. Enhedens mødestruktur støtter den tværgående videndeling.

Indsatsen er pågående. Der konstateres fremdrift. Hjemmeplejen er aktuelt startet implementering af faste teams og helhedspleje.

Samlet set må dette forventes at medføre fastholdelse af det opnåede kvalitetsniveau og yderligere forbedringer. Der ses resterende udviklingspunkter, som er beskrevet fra side 8.

Tilsynet anbefaler

- fortsætte de igangsatte tiltag med tilhørende evalueringer ud fra fastsatte kvalitetsmål og tilpasninger.

Ad 2: Medicinhåndtering

Tilsynet hører om igangværende tiltag med involvering af farmakonom, undervisning af medarbejderne og egenkontrol på tværs af team'sne. Tiltagene høres dokumenteret af handleplan.

Der er suppleret med stikprøver i 5 borgerjournaler samt besøg hos 4 borgere.

I 3 ud af 5 borgerforløb sås uoverensstemmelser, som er uddybet på side 10.

Det aktuelle kvalitetsniveau kan ved uændrede forhold medføre risiko for patientsikkerheden.

Ledelsen har imidlertid stor bevågenhed for fremdriften og følger op på de igangsatte tiltag.

Der høres om intern viden og anvendelse af PDSA, herunder fokus på evalueringer og tilpasninger.

Indsatsen må forventes at medføre yderligere forbedringer.

Tilsynet anbefaler

- fortsætte de igangsatte tiltag med tilhørende evalueringer ud fra fastsatte kvalitetsmål og tilpasninger.
- følge op med evaluering af de konkrete fundtyper månedligt i en periode fx ved brug af STPS' målepunkter ved egenkontrol.

Kvalitetsindikatorer med tilhørende fund

1. Det skriftlige arbejdsgrundlag
2. Medicinhåndtering

De to fokusområder er konkretiseret i målepunkter. 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.

1. Det skriftlige arbejdsgrundlag

Kvalitetsindikatorer	Bemærkninger
Det skriftlige arbejdsgrundlag 1. Medarbejderne kender og anvender omsorgsjournalen ensartet. 2. Der ses overensstemmende oplysninger om borgerens tilstande mellem tilstande, handlingsanvisninger, observationer, faglige notater, døgnrytmeplaner mv. 3. Oplysninger fra f.eks. terapeuter og demensvejleder er lettilgængelige for assistenter og hjælpere. 4. Arbejdsgangen for konsekvensrettelse ved ændringer i borgers tilstand beskrives ensartet af medarbejdere der har opgaver i forbindelse med dette. 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.	Ad 1+2+3+4 Der ses forbedringer fra oktober 2024: <u>Funktionsevnetilstandene</u> ses helt overvejende opdaterede ift. borgers aktuelle tilstande. <u>Helbredstilstande</u> ses i vid udstrækning opdaterede ift. borgers aktuelle tilstande. Der ses resterende udviklingspunkter: <u>Døgnrytmeplanerne</u> (DRP) ses med forbedret kvalitet. Uoverensstemmende/manglende oplysninger ses fx ved ○ Mål for indsatsen uklart for 2 ud af 5 borgere. ○ Fagligt notat: "Blød kost under opsyn samt fortykning med TUC 2 mål/150 ml". DRP: "drikkevarer ikke modificeret". ○ Målinger: Vægtmåling ca. hver 14. dag indtil 22/4. DRP: "Vejes hver tirsdag". ○ Ydelse: Basisrengøring+støv+køleskab (for 1 borger). Basisrengøring + støv (for 1 anden borger) DRP: Basisrengøring (for begge borgere).

	Borgeres hjem: Tørres ikke støv af/køleskab ikke rengjort. (Borgers udsagn og iagttagelse). ○ Ydelse bad: Ikke været i bad længe, fortæller mentalt frisk borger. Fødder vaskes ind imellem af fast medarbejder. Ses ikke observationer til planlægger ift. evt. re-vurdering af ydelse eller andet. DRP: Delvist sv.t. til aftale med borger. ○ Notat fra samarbejdspartner: Demenskoordinator skrevet vurdering om hukommelse Helbredstilstand: Opdateret DRP: Minus væsentligste oplysninger. <u>Overdragede opgaver af betydning for besøg:</u> ○ Der er ikke en fastlagt arbejdsgang som sikrer, at planlæggerfunktion har let adgang til viden om borgere, hvor kun oplærte medarbejdere må varetage en opgave. <u>Overdragelse: Sårpleje delegeret til assistenter</u> ○ Opfølgning mangler: Handlingsanvisning senest opdateret for 2 ½ måned siden af sygeplejerske. Seneste observation om sårene 1½ måned siden. Fagligt notat uklart for 1 sår. ○ Borgerbesøg: Ud fra borgers oplysninger er 2 ud af 3 sår nu helet. Plaster på 3. sår. Aktuell status ikke journaliseret. Borger fortæller, der altid smøres med creme (Cortison). Borger har meget tynd hud og let til sår. Sårplejeprodukter i borgers hjem er andre end anført i handlingsanvisning.
--	---

Medicinhåndtering

Ved ordinært tilsyn fandtes fund ved medicinhåndtering. Anbefaling om styrkelse af arbejdsgangene. Der tages stikprøver ift. nedenstående indikatorer.

Kvalitetsindikatorer	Bemærkninger
<i>Medicinopbevaring</i> 1) Medicinen skal opbevares ved den rigtige temperatur 2) Medicinen skal opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende 3) Medicin, som ikke er i brug, skal opbevares adskilt fra medicin, der er i brug	Ad 2+3: ○ <i>al medicin ses for 2 ud af 4 borgere opbevaret lettilgængelig på køkkenbord</i> ○ <i>aktuel medicin ses ikke adskilt fra ikke-aktuel medicin hos 2 ud af 3 borgere.</i> <i>Tilsynet hører om aktuelle tiltag, som må forventes at øge patientsikkerheden.</i>
<i>Medicindispensering</i> 1) Anbrudsdato på salver, dråber og anden medicin, der har begrænset holdbarhed efter åbning 2) Medicinens holdbarhedsdato må ikke være overskredet 3) Stemmer oplysningerne på medicinemballagen overens med ordinationen i FMK.	Ad 1+2: ○ <i>13 ud af 5 tilfælde markering af anbrudsdato.</i> ○ <i>Øjendråber: Travoprost/Timolol har holdbarhed på 4 uger efter anbrud. Overskredet.</i> ○ <i>Sygehusposer hos to borgere: Mærket, men ikke med holdbarhed</i> ○ <i>Løse tabletter i pose uden tekst hos 1 borger.</i> ○ <i>Løse tabletter i kassen hos 1 borger</i> ○ <i>Ikke anbrudsdato på medicinsk creme.</i> Ad 3: <i>Andet handelsnavn: 1 præparat</i> <i>Andet indholdsstof: 1 præparat. (Medicinsk creme)</i> <i>Tilsynet hører om aktuelle tiltag, som må forventes at øge patientsikkerheden.</i>



Uanmeldt kommunalt tilsyn:

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

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. ældretilsynets målepunkter
- Kvalitetsbesøg/temperaturmåling ift. risikobaseret tilsyn med STPS's målepunkter
- Second opinion kombineret med kvalitetsbesøg/tilsyn ved eksempelvis klagesager
- Tværsektorielle borgerforløb. Ressource- og opgavefordeling
- Brugerundersøgelser, herunder borgertilfredshedsundersøgelser

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

Om virksomhedsleder og tilsynschef

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

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

Særlig relevante erfaringer:

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

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

