

Tilsynspolitik 2022

Jf. Lov om Social Service § 151 & § 151c og Retssikkerhedslovens § 15 & § 16

- Uanmeldte tilsyn - plejeboliger
- Uanmeldte tilsyn - hjemmeplejen, Frit valgs området

Politisk godkendt d. 29.11.21

Indhold:

Baggrund	4
Om tilsynspolitik for personlig og praktisk hjælp med videre på frit valgs området og plejeboligbebyggelser:	4
2. De lovmæssige tilsynsforpligtelser	5
2.1 Lovgivning omkring tilsyn med de kommunale opgavers udførelse:	5
2.2 Tilsynsforpligtelsen, som følge af § 151 c jf. Lov om Social Service:	5
3. Definitioner/tilsynsmetoder	6
Tilsynsmetode og tilgang	6
Læring og understøttelse	6
Anerkendende metode.....	6
Revisitation	6
Klagesagsbehandling.....	6
Opfølgning	7
4. Formål med tilsyn.....	7
5. Tilsynsmetode i Lolland Kommune.....	7
5.1 Indhold af tilsyn på henholdsvis plejeboligområdet som Fritvalgsområdet:	7
5.2 Tilbage melding, konklusion og vurdering:	7
6.0 Uanmeldt tilsyn på plejeboligområdet:	8
6.1 Administrativt tilsyn i plejebolig en gang årligt om dokumentation - internt:	8
7.0 Uanmeldt tilsyn på Fritvalgsområdet:.....	9
7.1 Administrativt tilsyn i hjemmeplejen en gang årligt dokumentation-internt	9
7.2 Øvrig kontrol hos De private leverandører på Fritvalgsområdet:	10
7.2.1 kontrol af økonomiske forhold	10
7.2.2 Egenkontrol i forhold til sundhedsfaglige opgaver.....	10
8. Politisk orientering:	10
Bilag 1:	11
Lovgrundlag for tilsynspolitikken:	11
Rehabiliteringsforløb:	11

Afgørelser om personlig og praktisk hjælp i hjemmet	11
Modtagerens klagerettigheder ift. afgørelsen om personlig og praktisk hjælp i hjemmet	12
Den kommunale tilsyns- og opfølgingspligt ift. hjælpens indhold og udførelse.....	12
Kommunalbestyrelsen pligt til at etablere frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp i hjemmet	13
Kommunalbestyrelsens kvalitetsstandarder	13
Krav til leverandørerne om hjælpens udførelse, herunder om tilbagemeldingspligt ved ændringer i modtagerens hjælpebehov	13
Bilag 2:	15
Lovgrundlag for tilsyn med og udøvelse af sundhedsfaglig virksomhed	15
Bilag 3	15
Klager vedrørende Private leverandørers udførelse af indsatser jævnfør Sundhedsloven og Lov om Social Service	16
Bilag 4	16
Kvalitetsovervågning- Tilsyn, Survey, Audit. Jævnfør Sundhedsloven og Lov om Social Service	20

Baggrund

Om tilsynspolitik for personlig og praktisk hjælp med videre på frit valgs området og plejeboligbebyggelser:

Gennemførelsen af tilsyn på Fritvalgsområdet samt i plejeboligbebyggelser baserer sig på Servicelovens personlig og praktisk hjælp, madservice, rehabiliteringsforløb samt kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning efter lovens §§ 83a, 83 og 86, Sundhedsloven § 138, Retssikkerhedslovens §§ 15 & 16 og Servicelovens §§ 151 og 151c m.fl.

Lovgrundlaget for tilsynspolitikken er udmøntet i lovens §§ 151 og 151 c, hvori det fremgår, at kommunalbestyrelsen skal udarbejde og offentliggøre en tilsynspolitik for dels plejeboligbebyggelser (§ 151) samt alle sine tilbud efter servicelovens § 83 (§ 151c).

Tilsynspolitikken skal revideres og politisk godkendes én gang årligt – dette typisk i sammenhæng med revidering af kvalitetstandarderne for §§ 83a, 83, og 86.

Lolland Kommune har tidligere, haft ekstern leverandør til at føre tilsynene på såvel Fritvalgsområdet som på plejeboligområdet. Denne praksis er blevet ændret i forbindelse med budgetforhandlingerne og deraf budgettilpasninger i sommeren 2018, således at kontrol og tilsynsopgaven fremover bliver varetaget internt af Visitation- Ældre & Sundhed til et absolut minimum og med fokus særligt på lærings- og understøttelsesperspektivet frem for kontrol alene.

Som en naturlig følge deraf, udmøntes den del af afbureaukratiseringsreformen nu (L177), som harmoniserer tilsynet på plejeboligområdet med tilsynet på det øvrige sociale område. Harmoniseringen medfører, at pligten til at udarbejde tilsynsrapporter efter hvert tilsynsbesøg er ophævet. Konkret foregår tilbagemelding og opfølgning til leverandøren fra såvel plejeboligtilsyn som Fritvalgsområdetilsyn, via et læringsperspektiv, hvor der bruges ensartet metode og der vurderes på ensartede parametre.

Tilsynet må ikke varetages af leverandører eller personer, der er leverandør af opgaver på området.

»**§ 151.** Den stedlige kommune har pligt til at føre tilsyn med, at de kommunale opgaver efter §§ 83, 83a og 86 løses i overensstemmelse med de afgørelser, kommunalbestyrelsen har truffet efter disse bestemmelser og i henhold til kommunalbestyrelsens vedtagne kvalitetsstandarder, jf. § 139.

Stk. 2. Som led i tilsynsforpligtelsen efter stk. 1 skal kommunalbestyrelsen hvert år foretage mindst ét uanmeldt tilsynsbesøg på plejehjem m.v., jf. § 192, i plejeboligbebyggelser, der er omfattet af lov om almene boliger m.v. eller lov om boliger for ældre og personer med handicap, og i andre, tilsvarende boligenheder i kommunen. Tilsynet omfatter indsatsen over for de beboere og lejere, der modtager kommunale serviceydelser. Tilsynet må ikke varetages af leverandører eller personer, der udfører opgaver på området.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsens forpligtelse efter stk. 1 og 2 gælder ikke tilbud, som er omfattet af socialtilsynet, jf. § 4 i lov om socialtilsyn. «

»§ 151 c. Kommunalbestyrelsen skal udarbejde og offentliggøre en tilsynspolitik for tilbud efter § 83, som er omfattet af reglerne om frit valg af leverandør efter § 91.

Stk. 2. Tilsynspolitikken skal indeholde kommunens procedurer for udførelse af tilsyn med disse tilbud og for opfølgning på tilsynet.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen skal i tilslutning til beslutninger om serviceniveauet for tilbud efter § 83 og om udarbejdelse af kvalitetsstandarder efter § 139 mindst én gang årligt følge op på tilsynspolitikken, herunder foretage de nødvendige justeringer.«

2. De lovmæssige tilsynsforpligtelser

2.1 Lovgivning omkring tilsyn med de kommunale opgavers udførelse:

Det fremgår af §§ 15 og 16 i Retssikkerhedsloven, at kommunalbestyrelsen har ansvaret for og beslutter, hvordan kommunen skal planlægge og udføre sin virksomhed på det sociale og sundhedsmæssige område efter den sociale lovgivning.

Kommunalbestyrelsen har ligeledes pligt til, at føre tilsyn med, hvorledes opgaverne løses med den kvalitet - både fagligt og økonomisk – som besluttet i kvalitetsstandarderne og inden for lovgivningens rammer. Tilsynspligten indebærer også pligt til at følge op på tilsynet, uanset om det er en kommunal eller privat leverandør, der konkret udfører en opgave for kommunen.

2.2 Tilsynsforpligtelsen, som følge af § 151 c jf. Lov om Social Service:

Som følge af lovgivning om tilsynsforpligtelse på personlig og praktisk hjælp for borgere i Fritvalgsområdet, skal kommunalbestyrelsen fastlægge og følge op på tilsynspolitikken i tilslutning til beslutninger om serviceniveauet for tilbud efter § 83 og om kvalitetsstandarder efter § 139 for disse tilbud.

Der er ikke lovgivet i forhold til, hvor ofte der skal foretages tilsyn på Fritvalgsområdet, mens der **skal** gennemføres mindst et uanmeldt tilsyn årligt i plejeboliger.

Tilsynspolitikken omfatter klare retningslinjer og procedurer for hvordan der:

- Føres uanmeldt tilsyn med kommunens leverandører og med hjælpens udførelse på såvel Fritvalgsområdet som i plejeboligbebyggelser
- Følges op på tilsynsresultaterne
- Følges op på, at hjælpen svarer til borgerens aktuelle behov
- Løbende sker en tilbagemelding fra leverandørerne

3. Definitioner/tilsynsmetoder

Tilsyn er en samlet betegnelse for flere forskellige kvalitetsvurderinger, der alle har det formål, at vurdere om den leverede hjælp er kvalitetsmæssigt i orden, i overensstemmelse med den visiterede hjælp til borgeren samt inden for lovgivningen og kvalitetsstandardens rammer.

Ved tilsyn er der tale om:

- Kvalitetskontrol
- Kvalitetsopfølgning
- Kvalitetsudvikling
- Kvalitetsoplevelse

Tilsynsmetode og tilgang

De uanmeldte tilsyn skal sikre, at regler og normer overholdes, og at borgerne modtager de indsatser, de har krav på, ud fra de faglige og etiske standarder, der er sat for en indsats. Samtidig er tilsyn medvirkende til at skærpe medarbejdernes fokus på at leve op til centrale krav til arbejdet.

Læring og understøttelse

Læringsaspektet udvikles og indtræder på flere måder. Dette kan dels optræde gennem dialog med medarbejder omkring den enkelte plejesituation, hvor der stilles spørgsmål til den specifikke praksis. Dels gennem den efterfølgende tilsynsrapport hvor der opstilles opmærksomhedspunkter som kan give årsag til refleksion hos både medarbejdere og ledelse, samt give anledning til ændring i praksis eller dokumentationsmæssigt.

Anerkendende metode

Tilsynskonceptet kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Revisitation

Ved revisitation føres der kontrol af, hvorvidt den visiterede hjælp er i overensstemmelse med borgerens aktuelle behov for hjælp og støtte. Revisitation udføres, når borgerens funktionsniveau ikke stemmer overens med den aktuelle visitation. Revisitation forekommer derfor ikke ud fra bestemte tidsintervaller.

Klagesagsbehandling

Modtager Visitation- Ældre & Sundhed klager over en leverandør undersøges sagen altid. Der følges op på sagen og denne vurderes af Visitation- Ældre & Sundhed med henblik på, om der skal rettes henvendelse til leverandøren for redegørelse af klagens indhold og for ændring af leverandørens praksis.

Opfølgning

Opfølgning kan beskrives, som kontrol af, at den visiterede hjælp og støtte stemmer overens med borgerens behov og udvikling, samt at indsatsen er i overensstemmelse med den målsætning der eksempelvis er sat for en midlertidig iværksat hjælp til borgeren (fx en rehabiliterende indsats).

4. Formål med tilsyn

Formålet med at føre tilsyn af leverandørerne af personlig & praktisk hjælp er:

- At sikre at de kommunale indsatser, tildelt efter §§ 83, 83a og 86 løses i overensstemmelse med de afgørelser, kommunalbestyrelsen har truffet efter disse bestemmelser og i henhold til kommunens vedtagne kvalitetsstandarder.
- At sikre borgernes retssikkerhed.
- At belyse borgerens oplevelse af kvaliteten.
- At tilbagemeldingen anvendes i kvalitetssikring af indsatsen, herunder fokus på at skabe mulighed for læring og fremadrettet udvikling.

5. Tilsynsmetode i Lolland Kommune

I Lolland Kommune er tilsynsopgaven forankret i Visitation- Ældre & Sundhed og foregår som omtalt via kombination af flere forskellige tilsynsmetoder.

Den primære del af tilsynsopgaven, varetages af Controller/Tilsynsførende og er uanmeldte tilsyn via stikprøver af borgersager ude hos den enkelte leverandør.

5.1 Indhold af tilsyn på henholdsvis plejeboligområdet som Fritvalgsområdet:

- Der foretages et uanmeldt tilsyn årligt på plejeboligområdet, samt et årligt rent administrativt tilsyn alene gående på dokumentationen.
- Der foretages minimum 4 uanmeldte tilsyn på hjemmeplejeområdet hos såvel den kommunale som de private leverandører (med borgerens accept). Desuden en gang årligt rent administrativt tilsyn alene gående på dokumentationen.

5.2 Tilbagemelding, konklusion og vurdering:

Tilsynene følges løbende af leder for Visitation- Ældre & Sundhed og der aflægges en gang årligt orientering til Ældre- og Sundhedsudvalget.

Til forskel fra tidligere tilsyn er fokus i langt højere grad på læring og understøttelse frem for kontrol alene. Det herskende perspektiv i tilsynet er borgerens perspektiv, hvorfor der udelukkende konkluderes på borgernes *tilfredshed*.

Kontrol delens omdrejningspunkt er fokuseret på, om der dokumenteres jævnfør retningslinjerne i dokumentationsredskabet Fælles sprog III, om borgerne modtager den visiterede hjælp og om der er overensstemmelse mellem visiteret og leveret hjælp. Hvis der findes uoverensstemmelser eller mangler i disse kontrolaspekter,

kan det udmunde i en skriftlig påtale til leverandøren med eventuel sanktion, men fokus er på læringsdelen.

På baggrund af borgernes udsagn på den tilsynsførendes afdækningsområder (se 6.0 og 7.0) samt gennemgang af dokumentation i Nexus, udarbejder den tilsynsførende konklusion og opmærksomhedspunkter/anbefalinger, som Leverandøren kan arbejde videre med i den daglige praksis.

6.0 Uanmeldt tilsyn på plejeboligområdet:

Ifølge Vejledning om hjælp og støtte efter Serviceloven (Vejledning nr. 2 til Serviceloven) skal tilsynet omfatte indsatsen over for de beboere og lejere, der modtager kommunale serviceindsatser. Det er i Lolland Kommunes tilsynspolitik konkretiseret i nedenstående punkter:

- Hjælpen efter §§ 83 og 86
- Kvaliteten i hjælpen.
- Social trivsel
- Medindflydelse
- Forplejning
- Aktiviteter
- Dokumentation

Tilsynets varighed er 4- 6 timer i tidsrummet 8.00 – 15.00 på hverdage. Der foretages interviews med 3 beboere ud fra spørgeskemaer.

Tilsynet omfatter desuden samtale med pårørende, når pårørende opholder sig hos borger ved tilsynet, samt inddragelse af plejepersonale og ledelse, når det skønnes nødvendigt. Ledelsen vil – hvis muligt - lige efter tilsynet få en kort mundtlig tilbagemelding fra tilsynet.

Ledelsen modtager i løbet af max. 14 dage efter tilsynet en skriftlig skematisk tilbagemelding, som der kan gives faktisk høring/ tilbagemelding på.

6.1 Administrativt tilsyn i plejebolig en gang årligt om dokumentation - internt:

I Lolland Kommune er der i 2016/2017 implementeret nyt omsorgssystem: Nexus og dokumentationsværktøj: Fælles Sprog III, som løbende videreudvikles.

Der er behov for en løbende opfølgning på brugen heraf, med henblik på løbende justeringer og udvikling af arbejdsgange og anvendelse. Det administrative tilsyn, som rent går på dokumentationen er således alene til intern læring og udvikling i organisationen.

Metode:

- Der udvælges tilfældigt 10 borgere pr. plejecenter hvor dokumentationen der vedrører servicelovens § 83 og § 86 gennemgås.
- Der gives efterfølgende en skriftlig tilbagemelding til ledelsen for plejecentrene.

7.0 Uanmeldt tilsyn på Fritvalgsområdet:

Tilsynets hensigt er, at belyse hjælpen efter § 83 & §83 a:

- Modtager borgeren den hjælp, der er visiteret.
- Medindflydelse på planlægningen.
- Kvaliteten i hjælpen.
- Sammenhæng mellem de visiterede og leverede indsatser.
- Graden af borgerens deltagelse i opgaverne.
- Dokumentation

Tilsynets varighed er ca. 45 min. i tidsrummet 8.00 – 15.00 på hverdage. Der foretages interviews med 3 borgere, minimum 4 gange årligt, fordelt løbende over året.

7.1 Administrativt tilsyn i hjemmeplejen en gang årligt dokumentation-internt

I Lolland Kommune er der i 2016/2017 implementeret nyt omsorgssystem: Nexus og dokumentationsværktøj: Fælles Sprog III, som løbende videreudvikles.

Der er behov for en løbende opfølgning på brugen heraf, med henblik på løbende justeringer og udvikling af arbejdsgange og anvendelse. Det administrative tilsyn, som rent går på dokumentationen er således alene til intern læring og udvikling i organisationen.

- Der udvælges tilfældigt 10 borgere pr. kommunalt hjemmeplejeteam og de private leverandører af hjemmepleje, hvor dokumentationen der vedrører servicelovens § 83 & §83 a gennemgås.
- Der gives efterfølgende en skriftlig tilbagemelding til ledelsen for hvert kommunalt hjemmeplejeteam, samt private leverandører.

7.2 Øvrig kontrol hos De private leverandører på Fritvalgsområdet:

De Private Leverandører er desuden underlagt kontrol - dels af deres økonomiske forhold og dels af deres udførelse af sundhedsfaglige opgaver jf. sundhedslovens § 138 på vegne af kommunen (se bilag 4 i denne tilsynspolitik: Kvalitetsovervågning-Tilsyn, Survey, Audit jævnfør Sundhedsloven og Lov om Social Service)

7.2.1 kontrol af økonomiske forhold

Den økonomiske kontrol sker blandt andet via indsendelse af månedlige udtog af skattekontoen samt fremsendelse af perioderegnskaber (Se bilag 13, 14 og 15, samt bilag A, "Vilkårs dokumentet "her [Link til Lolland Kommunes hjemmeside hvor du kan finde information vedrørende bilagene til ansøgning som Frit valgs leverandør](#))

7.2.2 Egenkontrol i forhold til sundhedsfaglige opgaver

- De Private Leverandører har udarbejdet retningslinjer for stikprøver og egenkontrol med håndtering af medicinadministration, som udføres på vegne af Lolland Kommune.
- De Private Leverandører har udarbejdet instruks om medicin håndtering, som alle medarbejdere får systematisk oplæring i, ved ny ansættelser.

8. Politisk orientering:

Ældre & Sundhedsudvalget behandler en årlig orienteringssag om resultatet af de udførte uanmeldte tilsyn på henholdsvis plejeboligområdet og Fritvalgsområdet.

Bilag 1:

Lovgrundlag for tilsynspolitikken:

Rehabiliteringsforløb:

§ 83 a. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83, stk. 1. Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov.

Stk. 2. Rehabiliteringsforløbet, jf. stk. 1, skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for rehabiliteringsforløbet i samarbejde med den enkelte modtager af forløbet.

Stk. 3. De fastsatte mål og tidsrammen for rehabiliteringsforløbet skal indgå i en samlet beskrivelse af forløbet. Er der under rehabiliteringsforløbet behov for at ændre i målene, skal dette ske i samarbejde med modtageren.

Stk. 4. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde modtageren af et rehabiliteringsforløb den nødvendige hjælp og støtte under forløbet med henblik på at nå de fastsatte mål, jf. stk. 2. Hjælpen og støtten skal løbende tilpasses udviklingen i modtagerens funktionsevne. Hvis modtageren ikke gennemfører et rehabiliteringsforløb, skal kommunalbestyrelsen vurdere modtagerens behov for hjælp efter § 83, jf. § 83, stk. 6

Beskrivelse af regelgrundlaget, der ligger til grund for kommunernes pligt til tilsyn og opfølgning på personlig og praktisk hjælp jf. Lov om Social Service § 83.

Afgørelser om personlig og praktisk hjælp i hjemmet

I servicelovens § 83 fastslås, at kommunalbestyrelsen har pligt til at tilbyde personlig og praktisk hjælp i hjemmet til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver.

Den kommunale myndighed skal efter servicelovens § 88 træffe sin afgørelse om hjælp efter servicelovens § 83 på baggrund af en konkret og individuel vurdering af ansøgerens behov for denne hjælp og med udgangspunkt i det kommunalt fastsatte serviceniveau, som dette fremgår af kommunens kvalitetsstandard. Ved vurderingen af behovet for hjælp skal kommunalbestyrelsen tage stilling til alle anmodninger om hjælp fra ansøgeren.

Det følger af servicelovens § 88, stk. 2, at tilbuddene om hjælp efter § 83 skal bidrage dels til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder, dels til at afhjælpe væsentlige følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Tilbuddene skal løbende tilpasses modtagerens behov.

Det følger af servicelovens § 90, at hjælp efter § 83 skal leveres i overensstemmelse med den afgørelse, kommunalbestyrelsen har truffet efter §§ 88 og 89. Kommunalbestyrelsen skal sørge for, at den tildelte hjælp efter § 83 leveres inden for en rimelig frist, hvis leverandøren ikke kan overholde de aftaler, der i forbindelse med afgørelsen efter § 88, stk. 1, er indgået om levering af hjælpen.

Modtagerens klagerettigheder ift. afgørelsen om personlig og praktisk hjælp i hjemmet

Kommunalbestyrelsens afgørelser efter serviceloven kan indbringes for Ankestyrelsen efter reglerne i kapitel 10 i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område.

Såfremt borgeren ikke er tilfreds med afgørelsen om hjælp efter servicelovens § 83, kan afgørelsen således efter servicelovens § 166 påklages til Ankestyrelsen.

Ifølge retssikkerhedslovens § 66 skal borgeren sende sin klage til den myndighed, som har truffet afgørelsen, dvs. kommunalbestyrelsen. Kommunalbestyrelsen skal vurdere, om der er grundlag for at give klageren helt eller delvist medhold. Hvis der gives medhold, får borgeren en ny afgørelse. Hvis kommunalbestyrelsen ikke kan give klageren medhold, sendes klagen med begrundelse for afgørelsen og genvurderingen videre til Ankestyrelsen.

Den kommunale tilsyns- og opfølgingspligt ift. hjælpens indhold og udførelse

Det fremgår af §§ 15 og 16 i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, at kommunalbestyrelsen har ansvaret for og beslutter, hvordan kommunen skal planlægge og udføre sin virksomhed på det sociale og sundhedsmæssige område efter den sociale lovgivning.

Kommunalbestyrelsen har pligt til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses. Tilsynet omfatter både indholdet af tilbuddene og den måde, opgaverne udføres på.

Kommunalbestyrelsens pligt til at føre tilsyn med løsningen af de opgaver, som myndigheden har truffet afgørelse om i henhold til servicelovens § 83, er uddybet i lovens § 151. Det fremgår af § 151, stk. 1, at kommunalbestyrelsen har pligt til at føre tilsyn med, at de kommunale opgaver efter § 83 løses i overensstemmelse med de afgørelser, kommunen har truffet efter disse bestemmelser og i henhold til kommunalbestyrelsens vedtagne kvalitetsstandarder.

Kommunalbestyrelsen har ansvaret for, hvorledes opgaven udføres og derfor også pligt til at føre tilsyn hermed og følge op på tilsynet, uanset om det er en kommunal eller privat leverandør, der konkret udfører en opgave for kommunen.

Kommunalbestyrelsens tilsynspligt indebærer, at kommunalbestyrelsen som myndighed har pligt til at føre tilsyn med, at opgaverne løses med den kvalitet - både fagligt og økonomisk - som myndigheden inden for lovgivningens rammer har besluttet, der skal være i kommunen. Kommunalbestyrelsen skal således aktivt, opsøgende og systematisk påse, at alle får den hjælp, som de har krav på, og at hjælpen har den kvalitet, som myndigheden har besluttet, at der skal være.

Kommunalbestyrelsen pligt til at etablere frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp i hjemmet

Kommunalbestyrelsen har efter servicelovens § 91 pligt til at skabe grundlag for, at modtagere af hjælp efter servicelovens § 83 kan vælge mellem forskellige leverandører af hjælpen.

Det følger af § 8 i bekendtgørelse nr. 299 af 25. marts 2010 om kvalitetsstandarder og frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp m.v., at kommunalbestyrelsen efter servicelovens § 91, stk. 1, fastsætter de kvalitetskrav, der stilles til leverandører af personlig og praktisk hjælp efter servicelovens § 83, og at kvalitetskravene skal afspejle den af kommunalbestyrelsen fastsatte kvalitetsstandard for indholdet og leveringen af ydelserne, jf. bekendtgørelsens § 1.

Kommunalbestyrelsens kvalitetsstandarder

Efter servicelovens § 139, udmøntet i § 1 i bekendtgørelse nr. 299 af 25. marts 2010 om kvalitetsstandarder og frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp m.v. skal kommunalbestyrelsen mindst én gang årligt udarbejde en kvalitetsstandard for personlig og praktisk hjælp m.v. efter servicelovens § 83.

Efter bekendtgørelsens § 1, stk. 2, skal kvalitetsstandarden indeholde generel serviceinformation til borgerne om den hjælp, de kan forvente fra kommunen, hvis de får behov for personlig og praktisk hjælp mv.

Efter bekendtgørelsens § 1, stk. 3, skal kvalitetsstandarden indeholde en beskrivelse af det serviceniveau, kommunalbestyrelsen har fastsat for ydelser efter lovens § 83. Beskrivelsen af indholdet, omfanget og udførelsen af hjælpen skal være præcis og skal danne grundlag for, at der sikres sammenhæng mellem serviceniveau, de afsatte ressourcer, afgørelserne samt leveringen af hjælpen. Kvalitetsstandarden skal endvidere indeholde operationelle mål for, hvordan dette sikres, og en beskrivelse af, hvordan der følges op på de fastsatte mål, jf. bekendtgørelsens § 2.

Efter bekendtgørelsens § 1, stk. 4, skal det fremgå af kvalitetsstandarden hvilke kvalitetskrav, kommunalbestyrelsen stiller til leverandører af hjælp efter lovens § 83, herunder krav til personalets kompetencer, arbejdsmiljø m.v.

Det følger af bekendtgørelsens § 2, at kommunalbestyrelsen mindst én gang årligt skal følge op på de fastsatte mål for kvaliteten og styringen af hjælpen efter lovens § 83, samt på de fastlagte kvalitetskrav til leverandører af hjælp efter lovens § 83.

Krav til leverandørerne om hjælpens udførelse, herunder om tilbagemeldingspligt ved ændringer i modtagerens hjælpebehov

Efter § 9 i bekendtgørelse nr. 299 af 25. marts 2010 om kvalitetsstandarder og frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp m.v. skal kommunalbestyrelsen, jf. servicelovens § 91, stk. 1, stille krav om, at leverandøren skal stille et beredskab til rådighed for at sikre leveringen af de ydelser, der er truffet afgørelse om, og for at sikre, at aftalen om levering af ydelser overholdes. Kommunalbestyrelsen skal endvidere stille krav til leverandøren om overholdelse af de generelle retningslinjer, kommunalbestyrelsen har fastsat for erstatningshjælp ved aflysninger m.v., jf. servicelovens § 90.

Efter bekendtgørelsens § 9, stk. 2, træffer kommunalbestyrelsen beslutning om hvilke krav, der skal stilles til leverandøren i forbindelse med ændringer i kredsen af personer, der modtager hjælp efter lovens § 83, ændringer i den enkelte modtagers behov for hjælp eller andre ændringer ved leveringen af ydelser. Kommunalbestyrelsen skal stille krav om, at leverandøren informerer myndigheden om ændringer i modtagerens behov for hjælp, samt om, hvordan denne information fra leverandøren skal formidles.

Bilag 2:

Lovgrundlag for tilsyn med og udøvelse af sundhedsfaglig virksomhed

Lov om Sundhed § 139

Sundheds- og ældreministeren fastsætter nærmere regler om omfanget af og kravene til den kommunale hjemmesygeplejerskeordning.

Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område §§ 15 & 16

§ 15 Kommunalbestyrelsen har ansvaret for og beslutter, hvordan kommunen skal planlægge og udføre sin virksomhed på det sociale og sundhedsmæssige område efter den sociale lovgivning.

§ 16 Kommunalbestyrelsen har pligt til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, jf. § 15. Tilsynet omfatter både indholdet af tilbuddene og den måde, opgaverne udføres på.

Desuden

- Bekendtgørelse (nr. 1219 af 11/12 2009) [Link til Retsinformation-Bekendtgørelse for Sundhedsloven](#)
- Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (Nr. 115 af 11/12 2009) [Link til Retsinformation-vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp](#)
- Vejledning om hjemmesygepleje (Nr. 102 af 11/12 2006) [Link til Retsinformation-Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler](#)
- Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler (Nr. 9079 af 12/02 2015) [Link til Retsinformation - Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler](#)

Bilag 3

Standardbetegnelse: 1.2.4. Klager	Dokumentstyring: SBSYS sagsnr.: 29.00.00-P23-1-19 Delforløb: Kvalitets- og risikostyring	Gyldighedsperiode: November 2021 - November 2024
Anvendelsesområde og målgruppe: Leder og Visitatorer i Visitation- Ældre & Sundhed, Ældre- og Sundhedschefen, Ledelse hos de Private Leverandører af sundhedsfaglige opgaver.	Godkendt af: Team Ledelse. Godkendelsesdato: 09.11.2021	Version: 1.0 – November 2021
	Dokumentrevision: Oktober 2024	Dokumenttype: Administrativ retningslinje

Klage vedrørende Privat leverandørers udførelse af indsatser

jævnfør Sundhedsloven og Lov om Social Service

1. Formål

- At sikre, at de Private Leverandører foretager den nødvendige patientsikkerhedsmæssige opfølgning på klagerne.
- At sikre, at viden om klager omhandlende de Private Leverandørers sundhedsfaglige virksomhed registreres og formidles korrekt til den kommunale tilsynsmyndighed, samt til den kommunalt overordnede ansvarlige for udførelsen af opgaverne.
- At sikre korrekt sagsbehandling og opfølgning på klager over de Private Leverandørers udøvelse af sundhedsindsatser.

2. Definitioner

2.1 Hvad er en klage?

En klage er, så vidt muligt, skriftlig og underskrevet.

Ved mundtlige klagehenvendelser skal borgeren opfordres til, at fremsende denne på skrift, men kan dette ikke lade sig gøre, skal modtageren dokumentere i EOJ, hvor de på vegne af borgeren noterer klagen. I notatet skal oplysninger om klagen fremgå jævnfør nedenstående. Klagen skal oplæses for borgeren inden endelig godkendelse af borgeren.

En klage indeholder f.eks. oplysninger om:

- Hvad der klages over
- Hvem der klages over
- Hvornår evt. specifik hændelse har fundet sted
- Hvem, der klager, navn og adresse

2.2 Hvem kan klage?

I henhold til Retssikkerhedslovens § 60, stk. 2, er det kun den, som afgørelsen omhandler, der har ret til at klage. Såfremt andre klager på borgerens vegne, skal der foreligge en partshavererklæring, hvori klageberettigede borger giver fuldmagt til, at en navngiven person må klage på borgerens vegne.

Anonyme klager behandles ikke.

2.3 Dialog og forventningsafstemning er ikke klager

En del af de borgerhenvendelser, man som leder eller medarbejder vil få vedrørende afklaring af indsatsen i praksis (faktisk forvaltningsvirksomhed), vil ikke være egentlige klager. Det gælder eksempelvis:

- **Opklarende spørgsmål**
- **Dialog**
- **Forventningsafstemning**

I vurderingen af, om der er tale om en egentlig klage, vil der i praksis ofte være tale om et skøn. Det gælder især, når det angår mundtlige og uformelle henvendelser. Her kan man som leder/medarbejder ikke foretage dette skøn alene uden at inddrage borgeren. Hvis borgeren mener, der er tale om en klage, så er det en klage og skal behandles som sådan. Borgeren skal derfor vejledes i klagemuligheder.

3. Modtagelse af klage

3.2 Modtagelse og registrering af klagesag i Visitation- Ældre & Sundhed

- Klager modtages via mail, brev, visitationsbesøg eller via telefonisk henvendelse.
- Visitor opretter forløb Sag > klage.
- Visitor dokumenterer i EOJ (notatpligt), i skemaet Registrering af klagesag vedr. udførelse som gemmes under Sag > Klage.
- Visitor dokumenterer og gemmer alt vedrørende klagen under sagsforløbet, heri også handling aftaler med mere.
- Når den aktuelle klage er færdigbehandlet lukkes sagsforløbet af visitor.

3.3 Modtagelse af klage hos den valgte private leverandør

- Leverandørerne forpligtes via kontrakten til at orientere Visitationen i Visitation- Ældre & Sundhed, Lolland Kommune om klagen hurtigst muligt, dog senest først kommende hverdag.
- Leverandørerne opretter forløb Sag > Klage.
- Leverandørerne dokumenterer klagen i EOJ i skemaet Registrering af klagesag vedr. udførelse som gemmes under Sag > Klage.
- Leverandørerne dokumenterer ligeledes handlinger i forhold til klagen i skemaet under sagsforløbet.
- Når den aktuelle klage er færdigbehandlet lukkes sagsforløbet af visitor.

De Private Leverandører har i særkilt procedure/retningslinje, dokumenteret hvorledes Leverandøren via månedlige afrapporteringer til Lolland Kommune vil sikre:

- At Lolland Kommune straks orienteres rettidigt om de indkomne klager.
- Håndtering af klagen.
- Hvordan Leverandøren sikrer systematisk registrering og undersøgelse af klagen samt opfølgning.
- At der sker læring i leverandør virksomheden med henblik på, at lignende klager ikke gentager sig.

4. Generelt ved vurdering af klagesager

Klager over de Private Leverandørers udøvede sundhedsfaglige virksomhed registreres og behandles efter ensartede retningslinjer og i henhold til borgernes retssikkerhed og retskrav, Visitors sagsbehandling, den faglige opfølgning samt ledelsens mulighed for at følge og udvikle kvaliteten i sagsbehandlingen.

4.1 Klager vurderes fagligt, sagligt og objektivt ud fra det helhedsorienterede perspektiv:

Klagesagsbehandlingen munder ud i en helhedsvurdering af den pågældende Private Leverandørs indsats, som enten vil være mindre tilfredsstillende eller ikke tilfredsstillende.

Som udgangspunkt vil resultater efter klagesagsbehandlingen, som vurderes "ikke tilfredsstillende" afstedkomme, at den pågældende Private Leverandør modtager en skriftlig påtale herpå.

Eventuelle sanktioner eller overvejelser i forhold til om kontrakten er misligholdt i en sådan grad, at det afstedkommer opsigelse af kontrakten, vil fremgå af kontrakten/allonge hertil.

4.1.1 Mindre tilfredsstillende:

Samlet vurdering: Mindre tilfredsstillende.

Der er forhold, som på mere end to områder kan karakteriseres som utilstrækkelige, og hvor der er konstateret nogle og/eller væsentlige mangler, som vil kræve en bevidst og målrettet indsats for at kunne afhjælpes.

Typisk for klager der omhandler forventninger til servicen samt forsinkelser, der ikke bliver meddelt borgeren rettidigt (jævnfør kvalitetsmålene).

4.1.2 Ikke tilfredsstillende

Samlet vurdering: Ikke tilfredsstillende.

Forholdene kan generelt karakteriseres som utilstrækkelige og uacceptable, og hvor der er konstateret flere og/eller alvorlige mangler, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes.

Typisk for klager der omhandler udeblivelser eller store forsinkelser i forhold til:

- Servicelovsindsatser, som leveres med henblik på at dække sårbare borgers basale behov for mad og drikke, udskillelse, hvile og søvn, samt indsatser af omsorgsmæssig karakter hos borgere med nedsat psykisk funktionsniveau, som er omfattet af kommunens særlige omsorgsforpligtelse jævnfør Lov om Social Service § 82.
- Sundhedsfaglige indsatser, hvor der ud fra en sygeplejevurdering konkluderes, at der er potentiel risiko for helbredsmæssige konsekvenser, som følge af den manglende levering af den sundhedsfaglige indsats. Evt. skal der tages kontakt til borgerens praktiserende læge (hvis den faglige vurdering tilsiger dette).

5. Fremgangsmåde ved klager der vedrører Sundhedsfaglig virksomhed

5.1 Sundhedsfaglig virksomhed og Sundhedsfaglig indsats:

- Relaterer sig i retningslinjen her, alene til indsatser, som leveres efter Sundhedslovens § 138.
- Kan udføres både af sundhedspersoner og efter overdragelse af blandt andre SSH' er og pædagoger.

5.1.1 Særligt vedr. medicinbehandling:

Medicinbehandling varetages som lægens medhjælp, hvor en læge varetager selve ordinationen, medens andet sundhedsfagligt personale varetager den konkrete dosering og administration/udlevering til borgeren.

Der er særligt fokus på, om udeblivelsen af hjælpen kan få/har givet konsekvenser for borgeren. Hvis der i besøget - som borgeren ikke fik - lå sundhedsfaglig virksomhed eller det er en af de 4 "niveau 3 sygeplejeindsatser" (overdragede), skal nedenstående procedure for samme følges.

5.2 Handling

Visitor i Visitation- Ældre & Sundhed bliver bekendt med, at indsats - indeholdende Sundhedsfaglig virksomhed - ikke er blevet leveret af Den Private Leverandør, som borgeren har valgt.

Visitor kontakter med det samme borger (eller pårørende, hvis borger ikke kan svare for sig). (Obs. samtykke) og oplyser, at visitationen er bekendt med, at sygeplejeindsatsen medicinadministration/hjælp til støttestrømper/Stomipleje/urinkateterpleje eller anden sygeplejeindsatsen ikke er blevet leveret af Den Private Leverandør, som borgeren har valgt. Visitor afdækker de nærmere omstændigheder ud fra borgerens perspektiv.

5.2.1 Gældende for Private Leverandører på plejeboligområdet:

- Sygeplejersken ved den pågældende Private Leverandør, som ikke har leveret sygeplejeindsatsen, kontaktes umiddelbart herefter mhp. vurdering af, om der er helbredsmæssige konsekvenser af den manglende levering af den sundhedsfaglige indsats. Sygeplejersken ved den pågældende Private Leverandør skal tage kontakt til den ordinerende læge (typisk borgerens egen læge) med henblik på afklaring af, hvorvidt fejlen eller den manglende udlevering måtte have konsekvenser for borgeren eller den videre medicinering.

5.2.2 Gældende for Private Leverandører på Fritvalgsområdet:

- Hvis der opleves udeblivelser eller store forsinkelser i leveringen af en sundhedsfaglig indsats fra de Private Leverandører på Fritvalgsområdet, kontakter visitor sygeplejerskerne i den decentrale enhed Sygeplejen (jævnfør deres konsulentfunktion). Dette som et led i en sygeplejevurdering af en mulig sundhedsfaglig problemstilling med henblik på vurdering af, om der er helbredsmæssige konsekvenser af den manglende levering af den sundhedsfaglige indsats. Sygeplejen i Lolland Kommune skal sikre, at den ordinerende læge kontaktes, så lægen kan tage

stilling til, hvorvidt fejlen eller den manglende udlevering skal medføre særlige forhold i relation til borgeren.

- Visitator udbeder endvidere den pågældende Private Leverandør om en tilbagemelding inden for samme døgn, om hvad der er årsag til udeblivelsen samt gør opmærksom på, at det er noteret, at der er udeblivelser (afdækning af Leverandør perspektivet).
- Ud fra tilbagemeldingerne og den faglige afdækning konkluderes på udeblivelsen og om det afstedkommer skærpede omstændigheder for den pågældende Private Leverandør i form af tæt kontrol på leveringen i en nærmere defineret periode.
- Såfremt kontakten til den ordinerende læge (eller) vagtlæge afstedkommer nye ordinationer, er det den ansvarshavende sygeplejerskes ansvar at få dette udført og dokumenteret i EOJ.
- Visitator kontakter borgeren to hverdage efter udeblivelsen mhp. opfølgning og orientering om konklusion.
- Visitator dokumenterer forløbet i journalen og noterer konklusionen på udeblivelsen, og hvad dette eventuelt afstedkommer.

5.3 Afrapportering

Ældre- og Sundhedschefen (den kommunalt overordnede ansvarlige for udførelsen af sundhedsfaglig virksomhed) orienteres månedligt - af Visitation- Ældre & Sundhed vedrørende eventuelt indkomne klager.

Af orienteringen skal fremgå, hvad der er status i sagen, hvordan opfølgningen har været og om der er skærpet opfølgning i en given periode.

Den pågældende Private Leverandør, hvor der har været klage over sundhedsfaglig virksomhed, orienteres månedligt, enten skriftligt eller på Strategi- og Styringsmøderne hvert halve år. Oversigten drøftes endvidere på kvartalsmøderne i Ledelsen i Ældre & Sundhed.

6. Ansvar og organisering

- Ældre- & Sundhedschef.
- Visitation- Ældre & Sundhed.
- Ledelsen får de private leverandører på Frivalgs- og plejeboligområde.

5. Kvalitetsovervågning

- Private leverandører og visitatorer kender deres opgaver og ansvar i relation til indkomne klager.
- Private leverandører og visitatorer kan redegøre for, hvordan administrativ retningslinje vedrørende klager anvendes.
- Månedlig orientering om eventuelt indkomne klager og handling på disse til Ældre & Sundhedschefen

6. Referencer

- Styrelsen for Patientsikkerhed: [Styrelsen for Patientsikkerhed, 11.10.2021](#)
- Tilsynspolitik, Lolland Kommune, november 2021.
- Lolland Kommune: [Kvalitetsstandarder - Lov om Social Service, 08.10.2021.](#)
- Lolland Kommune: [Kvalitetsstandard - Sundhedsloven, 08.10.2021.](#)
- Danske lov: [Sundhedsloven](#) , 14.10.2021

Bilag 4

Standardbetegnelse - DDKM: 1.2.1. Kvalitetsarbejdet	Dokumentstyring: SBSYS sagsnr.: 29.00.00-P23-1-19 Delforløb: Kvalitets- og risikostyring	Gyldighedsperiode: November 2021 - November 2023
Anvendelsesområde og målgruppe: Ledere og medarbejdere i Ældre & Sundhed, samt private leverandører på Fritvalgs- og plejeboligområdet.	Godkendt af: Team Ledelse Godkendelsesdato: 02.11.2021	Version: 5.0 – November 2021
Dokumentansvarlig: Kvalitetskonsulent Folkesundhed & Udvikling og Tilsynsførende Visitation- Ældre & Sundhed	Dokumentrevision: Oktober 2023	Dokumenttype: Administrativ retningslinje

Kvalitetsovervågning – Tilsyn, survey, audit

jævnfør Sundhedsloven og Lov om Social Service

1. Formål

- At vurdere patientsikkerheden og at understøtte læring på pleje – og behandlingsenhederne.
- At vurdere om den sundhedsfaglige, social- og plejefaglige hjælp, støtte og pleje der ydes, har den fornødne kvalitet.
- At sikre opfølgning og forbedring på baggrund af fund og anbefalinger fra tilsynet.

2. Definitioner

Risikobaseret tilsyn: Planlagte tilsyn og/eller reaktive tilsyn.

Planlagte tilsyn: Tilsyn, som foretages ud fra en risikovurdering af, hvor der generelt kan være behandlingssteder, behandlinger, procedurer med potentiel fare for patientsikkerheden.

Reaktive tilsyn: Tilsyn, der foretages ud fra et specifikt kendskab til en potentiel fare for patientsikkerheden. Reaktive tilsyn gennemføres på baggrund af en bekymringshenvendelse, en klagesag, en pressesag, en ligsynssag eller lignende. Tilsyn kan være varslet eller uvarslet.

Kommunalt tilsyn: Visitation - Ældre & Sundhed fører tilsyn på plejeboligområdet samt fritvalgsområdet jf. Lov om Social Service. Tilsyn med fokus på om de kommunale opgaver efter lovens §83, §83a og §86 udføres i overensstemmelse med de afgørelser kommunalbestyrelsen har truffet og i henhold til kommunens vedtagne kvalitetsstandarder.

Intern Survey: En metode til overvågning og monitorering af kvaliteten i opgaveløsningen.

Journalaudit: er en metode med en systematisk gennemgang af den sundhedsfaglige samt social- og plejefaglig dokumentation med det formål, at udvikle og forbedre denne. Journalgennemgang foretages med henblik på at vurdere om de nationale og lokale fastsatte krav overholdes.

3. Fremgangsmåde

3.1 Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn

3.1.1 Forberedelse til det risikobaserede tilsyn, varslet tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed sender varslingsbrev til Ældre & Sundhed 6 uger før tilsynet.

Modtager af varslingsbrev, sender orientering til Team Ledelse samt til Kvalitetskonsulent.

Kvalitetskonsulent sender bekræftelse på modtagelse af varslingsbrev til Styrelsen, samt arkiverer varslingsbrevet.

Ældre & Sundhed planlægger tilsynet.

Kvalitetskonsulent er ansvarlig for at invitere til planlægningsmøde med Teamleder.

Ved mødet forberedes tilsynet, herunder hvem der deltager ved tilsynet; Teamleder, udvalgte medarbejdere, repræsentant fra Team Sygepleje, Team Træning og Team Demens efter behov, Kvalitetskonsulent deltager som observatør ved tilsynet.

Deltagere orienterer sig i Styrelsens tema og målepunkter samt i de relevante retningsgivende dokumenter i forhold til udvalgte målepunkter. Målepunkter gennemgås ved forberedelsesmødet.

3.1.2 Tilsynsførende ankommer til teamet

Tilsynet indledes med en samtale mellem Tilsynsførende og Teamleder samt øvrige deltagere, hvor rammen for besøget aftales.

3.1.3 Tilsynsbesøget

Tilsynet føres ud fra Styrelsens målepunkter og årets tema for de enkelte tilsyn.

Tilsynsførende fører tilsynet og der aftales hvem, der deltager ved journalgennemgang.

Forholdene i behandlings/plejeenheden besigtiges.

Interview af medarbejdere, borgere og pårørende.

De sundhedsfaglige forhold, herunder dokumentation og medicin håndtering vurderes hos udvalgte borgere.

De sociale – og plejefaglige forhold, herunder dokumentation, vurderes hos udvalgte borgere.

3.1.4 Ved det reaktive tilsyn, uvarslet tilsyn

Tilsynsførende ankommer til teamet.

Tilsynet indledes med en samtale mellem tilsynsførende og Teamleder.

Hvis teamlederen ikke er til stede, tages kontakt til den stedfortrædende Teamleder. Hvis stedfortrædende Teamleder ikke er til stede kontaktes decentral leder for enten Personlig & Praktisk hjælp, Sygepleje eller Rehabilitering med henblik på deltagelse.

Teamleder fra Team Sygepleje kontaktes, med henblik på deltagelse af en sygeplejerske ved tilsynet.

Hvis det ikke er muligt at en sygeplejerske kan deltage, deltager Teamleder fra Sygepleje.

Teamleder udvælger en eller flere sundhedsmedarbejdere til at deltage ved tilsynet.

Kvalitetskonsulent kontaktes med henblik på deltagelse som observatør.

3.1.5 Efter begge typer af tilsyn

Tilsynsrapport - høringsversion modtages i Lolland Kommunes aktuel officielle mail.

Ældre & Sundhedschef, modtager af officielle mail, fremsender tilsynsrapport- høringsversion til Team Ledelse, aktuel Teamleder samt kvalitetskonsulent.

Decentrale ledere sender tilsynsrapporten til egne teamledere, når det er relevant også til samarbejdspartnere.

Eventuelle bemærkninger til den foreløbige rapport skal sendes til Styrelsen for Patientsikkerhed senest 3 uger efter modtagelse af tilsynsrapport.

Teamleder er ansvarlig for at læse tilsynsrapporten igennem og sende bemærkninger til Kvalitetskonsulent.

Kvalitetskonsulent er ansvarlig for at sende bemærkninger til Styrelsen for Patientsikkerhed inden for tidsfristen.

Ved krav om at fremsende en handleplan, udarbejder Teamleder en handleplan i samarbejde med relevante samarbejdspartnere.

Teamleder sender handleplanen til decentral leder, Team Ledelse samt kvalitetskonsulent.

Kvalitetskonsulent sender handleplanen til Styrelsen for Patientsikkerhed inden for tidsfristen.
Kvalitetskonsulent er ansvarlig for arkivering i dokumenthåndteringssystem.

Konklusion, fund og anbefalinger fra alle tilsynsrapporter viderefremmes til Team Ledelse samt Kvalitetsgruppen i Folkesundhed & Udvikling. Kvalitetskonsulent er ansvarlig for viderefremming og præsentation.

Konklusion, fund og anbefalinger forelægges Ældre – og Sundhedsudvalget samt Ældrerådet af Ældre & Sundhedschef.

Kommunalt tilsyn

Tilsyn jf. lov om social service §151

Tilsynsopgaven er forankret i Visitation- Ældre & Sundhed, jf. Tilsynspolitik, Lolland Kommune.

Tilsynet er uanmeldt og varetages af controller/tilsynsførende fra Visitation- Ældre & Sundhed.

Uanmeldt tilsyn foretages en gang årligt på plejeboligområdet samt en gang årligt foretages rent administrativt tilsyn på dokumentation.

Der foretages løbende uanmeldt tilsyn på Fritvalgsområdet, samt en gang årligt rent administrativt tilsyn på dokumentation.

Tilsynet foretages ud fra punkter/områder jf. Tilsynspolitik.

Efter tilsyn på plejeboligområdet gives en kort mundtlig/skriftlig tilbagemelding til Teamleder/Leder og fremsendes tilsynsrapport til Teamleder, som kan give faktuelle bemærkninger/høring inden for en 14 dages periode.

Efter tilsynet på fritvalgsområdet fremsendes tilsynsrapport til Teamleder/Leder som herefter har mulighed for at give faktuelle bemærkninger på plejeboligområdet.

Den Tilsynsførende udarbejder konklusion og anbefalinger, som Teamleder/Leder kan arbejde videre med i teamet.

Teamleder/Leder udarbejder eventuelt en handleplan ud fra anbefalinger fra tilsynet.

Handleplan fremsendes til Team Ledelse samt til Kvalitetsgruppen i Folkesundhed & Udvikling.

For private leverandører gælder det at handleplanen skal fremsendes til leder af Visitation- Ældre & Sundhed.

Såfremt der i tilsynet findes forhold der er kritisable vil der blive aflagt yderligere skærpet tilsyn efter en nærmere defineret tidshorisont.

Konklusion og anbefalinger forelægges Ældre – og Sundhedsudvalg.

Intern survey

Tilsynsopgaven er forankret i Folkesundhed & Udvikling i Lolland Kommune.

Tilsynet kan være anmeldt eller uanmeldt og varetages af Hygiejnesygeplejerske, Arbejdsmiljøkoordinator og kvalitetskonsulent.

Der foretages løbende survey i Sygeplejen, Rehabiliteringen og på Plejeboligområdet og Fritvalgsområdet.

Tilsynet foretages ud fra punkter/områder jf. gældende retningslinjer for udførsel af sundhedsfaglige indsatser jf. Sundhedsloven.

Efter tilsynet gives en kort mundtlig tilbagemelding til Teamleder/Leder og deltagende medarbejdere.

Der fremsendes efter tilsynet en evalueringsrapport, som der kan gives bemærkninger til af Teamleder/Leder.

Teamleder/Leder udarbejder eventuelt en handleplan ud fra anbefalinger fra survey.

Handleplan fremsendes til Kvalitetskonsulent og for de private leverandører videresendes handleplanen til Visitation- Ældre & Sundhed.

Såfremt der i Survey findes forhold der er kritisable vil der blive aflagt yderligere Survey efter en nærmere defineret tidshorisont.

Kvalitetskonsulent lægger efterfølgende evalueringsrapporten på Intra. Evalueringsrapport fra de private leverandører journaliseres i SBSYS.

Survey fremlægges ved de kvartalsvise Kvalitetsformidlingsmøder.

Survey for de private leverandører formidles videre til visitation- Ældre & Sundhed og medtages ved de 2 årlige strategi og styringsmøder.

Det er leders ansvar at følge op på resultatet af survey.

Journalaudit

Tilsynsopgaven er forankret i Folkesundhed & Udvikling i Lolland Kommune.

Tilsynet foretages af kvalitetskonsulent.

Der foretages journalaudit minimum en gang årligt i Sygeplejen, Rehabiliteringen og på Plejeboligområdet og Fritvalgsområdet.

Tilsynet foretages ud fra punkter/områder jf. gældende retningslinjer for udførsel af sundhedsfaglige indsatser jf. Sundhedsloven.

Data fremlægges ved de kvartalsvise Kvalitetsformidlingsmøder.

Data for de private leverandører formidles videre til visitation- Ældre & Sundhed og medtages ved de 2 årlige strategi og styringsmøder.

Kvalitetskonsulent lægger efterfølgende data i SBSYS.

Det er leders ansvar at følge op på resultatet af journalaudit.

4. Ansvar og organisering

- Ældre- & Sundhedschef
- Decentrale ledere for Personlig & Praktisk hjælp, Sygepleje samt Rehabilitering
- Teamledere i Personlig & Praktisk hjælp, Sygepleje samt Rehabilitering
- Kvalitetskonsulent – Folkesundhed & Udvikling
- Visitation- Ældre & Sundhed.
- Ledelsen får de private leverandører på Fritvalgs- og plejeboligområde.

5. Kvalitetsovervågning

- Teamledere/Ledere, sundhedsmedarbejdere og visitatorer kender deres opgaver og ansvar i relation til deres daglige arbejdsopgaver.
- Teamledere/Ledere, sundhedsmedarbejdere og visitatorer kan redegøre for, hvordan administrativ retningslinje anvendes.
- Metoderne kan være tilsyn, interview, Survey og journalaudit jf. årshjul.

6. Referencer

- Styrelsen for Patientsikkerhed: [Styrelsen for Patientsikkerhed](#), 11.10.2021
- Tilsynspolitik, Lolland Kommune, november 2021.
- Lolland Kommune: [Tilsyn i Ældre & Sundhed](#), 11.10.2021
- Lolland Kommune: [Kvalitetsstandarder - Lov om Social Service](#), 08.10.2021.
- Lolland Kommune: <https://www.lolland.dk/kommunen/kommunens-forvaltning/kvalitetsstandarder/kvalitetsstandarder-sundhedsloven>, 08.10.2021, Kvalitetsstandarder – Sundhedsloven

Lolland Kommune: [Kvalitetsstandarder for det specialiserede område](#), 08.10.2021.