

Hjemmehjælp  
og hjemme-  
sygepleje.  
Glesborg  
Kommunalt  
tilsyn

15. oktober  
2021

## Indhold

Målepunkter i det kommunale tilsyn .....	3
Datagrundlaget for det kommunale tilsyn .....	3
Rapportens opbygning .....	4
Enhedens præsentation .....	5
Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set.....	8
Sammenfatning .....	9
Patientsikkerhed .....	12
Oversigt over tilsynets vurdering .....	12
Den sundhedsfaglige dokumentation .....	13
Medicinkontrol .....	15
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) .....	17
Magtanvendelser.....	19
Hygiejne .....	19
Brugertilfredshed.....	21
Oversigt over tilsynets vurdering .....	21
Brugertilfredshed.....	21
Omgangsform og rengøring .....	23
Faglighed.....	24
Oversigt over tilsynets vurdering .....	24
Delegation og kompetencer .....	24
Kendskab til instrukser og retningslinjer .....	26
Rehabilitering .....	27
E-læring.....	29
Organisation.....	30
Oversigt over tilsynets vurdering .....	30
APV .....	30
Samarbejde.....	31
Sygefravær.....	31
Budgetoverholdelse.....	32
Opsamling på andre/tidligere tilsyn .....	32
Bilag 1: Oversigt: Journalaudit .....	33
Bilag 2: Oversigt over enhedens handleplan.....	34
Bilag 3: Kommentarer ift. den praktiske hjælp.....	39

## Indledning

Det kommunale tilsyn i Sundhed og Omsorg udføres jf. Norddjurs Kommunes tilsynspolitik for sundhed og omsorg 2020 (<https://www.norddjurs.dk/norddjurs/politikker-og-planer/sundhed-og-omsorg-politikker>).

Tilsynet leveres af Sundheds og Omsorgs myndighedsafdeling og varetages af konsulenter ansat i afdelingens kvalitetsteam. Konsulenterne har som udgangspunkt en sundhedsfaglig baggrund.

Der vurderes på de enkelte underområder i hvert af de fire måleområder og drages konklusion ud fra de opstillede kvalitetsmål.

Tilsynet er udført ved både et anmeldt og et uanmeldt besøg

Det uanmeldte besøg omfatter både dataindsamling på et ikke kendt tidspunkt for aftaleenheden og et anmeldt fysisk besøg, hvor ledelsen er blevet interviewet

## Målepunkter i det kommunale tilsyn

Det kommunale tilsyn vurderer kvaliteten på enheden i forhold til følgende områder:

- Patientsikkerhed
  - Herunder: Den sundhedsfaglige dokumentation, arbejdet med utilsigtede hændelser, medicinhåndtering, hygiejne og forebyggelse af magt
- Brugertilfredshed
  - Herunder: Brugertilfredshed hos borgerne og omgangsform og rengøring
- Faglighed
  - Herunder: Arbejdet med delegation og kompetencer, medarbejdernes kendskab til relevante instrukser, procedurer og retningslinjer, arbejdet med rehabilitering og medarbejdernes løbende vedligeholdelse af kompetencer (e-læring)
- Organisatoriske forhold
  - Herunder: Arbejdsmiljø, samarbejde, sygefravær og budgetoverholdelse og øvrige tilsyn

## Datagrundlaget for det kommunale tilsyn

I forbindelse med det kommunale tilsyn på enheden, har tilsynsenheden indsamlet, analyseret og vurderet følgende data:

Oversigt over datagrundlag i det kommunale tilsyn 2021 på enheden

- Journalaudit på otte journaler
- Enheden har udført en lokal journalaudit på 12 journaler
- Interview med ledelsen om det lokale arbejde med sikring og udvikling af henholdsvis patientsikkerhed, brugertilfredshed, faglighed og organisatorisk bæredygtighed
- Telefoninterview med 58 borgere vedrørende deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede service.
- Spørgeskemaundersøgelse hos alle relevante medarbejdere ansat i enheden vedrørende de faglige rammer for deres arbejde. Spørgeskemaet er sendt ud til 85 medarbejdere, hvoraf 35 medarbejdere har udfyldt skemaet og to medarbejdere har delvist udfyldt skemaet. 46 medarbejdere har hverken udfyldt eller delvist udfyldt skemaet. De 37 medarbejdere er hhv.

hjælpere, assistenter og sygeplejersker. Dette giver en svarprocent på ca. 44%, hvilket er betænkelig lavt og betyder, at svarene skal tolkes med forsigtighed.

- Stikprøvekontrol af en dispensering og seks borgers medicinbeholdning
- Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er omfattende de tre hovedområder – medicinfejl, fald, infektioner
- Udtræk fra medarbejder-app'en MyMedCards af hvor mange medarbejdere, der har set/læst hvilke instrukser og retningslinjer
- Oversigt over sygefraværsprocenten pr 1. september 2021

## Rapportens opbygning

I afsnittet **Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set** er en grafisk oversigt over og et resume af tilsynets samlede vurdering af kvaliteten i enhedens arbejde med patientsikkerhed, brugertilfredshed, faglighed og organisatorisk bæredygtighed.

I afsnittet **Enhedens arbejde fremadrettet** er en grafisk oversigt over og et resume af tilsynets samlede vurdering af enhedens handleplaner for de områder, hvor tilsynet har henstillet til, at der udarbejdes en handleplan samt enhedens kommentarer til tilsynets konklusioner.

**Den øvrige tilsynsrapport** er delt op i fire hovedafsnit, der belyser hvert af de fire hovedområder: *Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisation*.

Inden for hvert målepunkt angives **Tilsynets vurdering** og derudover kan der være en eller flere af nedenstående anvisninger.

**Tilsynet udfører gentilsyn** angiver, at der iværksættes et gentilsyn i forhold til et eller flere patientkritiske fund. Hvis denne vurdering gives, foretages der et gentilsyn inden for en afgrænset tidsramme.

**Tilsynet henstiller til** angiver, at der er krav om, at enheden i løbet af høringsperioden udarbejder en handleplan for et eller flere forhold, som tilsynet har fundet handlingskrævende. **Enhedens tiltag**: beskriver de tiltag enheden har sat i værk på baggrund af tilsynets henstilling og **Tilsynets samlede vurdering**: beskriver tilsynets vurdering af enhedens tiltag. Tilsynsenheden følger op på resultatet af enhedens tiltag inden for en periode på seks måneder

**Tilsynet anbefaler** angiver, at enheden med fordel kan arbejde med et eller flere forhold, som tilsynet har fundet opmærksomhedskrævende. Ved næste tilsyn, vil der blive spurgt særskilt ind til enhedens arbejde med disse forhold.

**Tilsynet fremhæver** betyder, at tilsynet har gjort et særligt positivt fund, som enheden anbefales at videreformidle til andre enheder.

## Enhedens præsentation<sup>1</sup>

Total antal medarbejdere: 218 (inklusive timelønnede, elever, §94)

Hjemmehjælp og hjemmesygeplejen Glesborg og sygeplejeklinikken i Glesborg er en kommunal plejeenhed, med (pr 14/10/21) 210 borgere tilknyttet hjemmehjælpen, 176 borgere tilknyttet hjemmesygeplejen (sygeplejersker og SOSU assistenter), 46 borgere tilknyttet sygeplejeklinikken Glesborg. Borgere fra Glesborgs optage-område er tilknyttet klinik i Allingåbro for måltagning til kompressionsbehandling. 34 borgere er tilknyttet det fælles udekørende nat-team – disse borgere er typisk også modtagere af hjemmehjælp og/eller sygepleje.

Borgere<sup>2</sup> tilknyttet Sygeplejeklinikken Allingåbro (klinik for kompressionsbehandling) registreres og afsluttes på behandlingsdagen.

Ledelse: 1 aftaleholder, 3 afdelingsledere, heraf er 1 afdelingsleder en opnormering på grund af stort ledelsesspænd (start 1/6/21)

### **Allingåbro Hjemmeplejen:**

Afdelingsleder LML direkte personaleledelse = 94 medarbejdere primært SOSU medarbejdere

### **Glesborg Hjemmeplejen:**

Afdelingsleder MD direkte personaleledelse = 64 medarbejdere, primært SOSU medarbejdere

### **Allingåbro og Glesborg Sygeplejen:**

Afdelingsleder MBS direkte personaleledelse i Glesborg:

- 10-sygeplejersker
- 6-SOSU assistenter
- 14-nat (sygeplejersker, SOSU assistenter og SOSU hjælpere)

Afdelingsleder MBS direkte personaleledelse i Allingåbro:

- 14 Sygeplejersker
- 7 SOSU assistenter

### **Allingåbro og Glesborg Aftaleholder:**

Aftaleholder HW direkte personaleledelse på begge matrikler: 3 ledere og 4 medarbejdere (sygeplejersker, SOSU assistenter og SOSU hjælpere) med vagtplanlægger funktion.

### **Udfordringer i enheden:**

- Vakant afdelingsleder-stilling i Glesborg i 2 1/5 måned i 2020. Dækket af afdelingsleder Allingåbro og aftaleholderen samtidig med deres øvrige ansvarsområder.
- 1 afdelingsleder ansat 16/11/20
- 1 afdelingsleder ansat 1/6/21

---

<sup>1</sup> Se endvidere enhedens organisationsbeskrivelse

<sup>2</sup> Der kan være et sammenfald i de borgere, der er tilknyttet hjemmehjælp og dem, der er tilknyttet en af sygeplejeklinikkerne.

- Corona-situationen har medført ekstraordinært meget merarbejde for lederne alle ugens dage blandt andet i forbindelse isolation, opsporing og medvirken i vagtdækning/sikring af tilstrækkelig bemanning.
- Sygefraværet har ligget cirka dobbelt så højt som året før. Særlig udfordring har været gennemsnitligt 4-5 langtidssyge hele året og enkelte gravide sygemeldt med graviditetsgener i stor del af graviditeten.
- Rekruttering af alle faggrupper til både faste stillinger og barselsvikariater har været særdeles udfordrende. I gennemsnit har sygeplejerske- og SOSU assistent-stillinger været genopslået 2 gange; enkelte stillinger for eksempel til nattevagt har været genopslået x 3. Der har været flere perioder hvor stillinger ikke har været besat. Tendensen med rekrutterings vanskeligheder ser ud til at fortsætte. Glesborgs store geografiske område gør kørekort –og for hjemmeplejens vedkommende bil – til en nødvendighed, hvilket er en særlig udfordring i forhold til afløsere.
- Vakante stillinger i hjemmehjælpen har øget presset på sygeplejen, idet sygeplejersker og SOSU assistenter hyppigere bliver kaldt ud til sygeplejefaglig vurdering og vejledning i hjælpergrupperne
- Et større flow af borgere udskrevet fra sygehus, herunder flere døende, har krævet mere tid til planlægning af sygeplejefaglige indsatser herunder dokumentation.
- Generelt er samarbejdet med praktiserende læger godt men i forhold til samarbejdet om dosisdispensering er der udfordringer, som betyder, at vi har svært ved at levere medicin indsat i henhold til kommunens kvalitetsstandard
- Den særdeles vanskelige driftssituation i 2020 har betydet, at opgaver som fx opdatering af kompetenceprofiler har måttet nedprioriteres og udsættes; e-læring Magtanvendelse nedprioriteret (enheden har ganske få magtanvendelser); prioriteret at arbejde med sygeplejefaglige dokumentation fx indsatser og indsatsmål og nedprioriteret at få APV overført fra papirform til borgerjournalen. De dokumentations 'first movers', der var implementeret i hjemmeplejen til at vejlede kollegerne i at skrive observationsnotater fremfor besøgsnotater og oprette relationer måtte sættes på stand-by pga. drifts situationen. Det samme gælder fokuseret indsats for at øve sig i at sætte SMARTE mål.
- Sommeren 2021 har specifikt været præget af manglende faglært og afløser-personale. For overhovedet at kunne levere det basale serviceniveau, har vi bl.a. bedt medarbejdere frivilligt flytte planlagt ferie. Fokus har entydigt været at sikre borgernes livsnødvendige indsatser.
- Sygeplejen Glesborg – i lighed med den øvrige hjemmepleje – er back-up for andre enheder, hvor der mangler sygeplejefagligt input, fx opstart af tryghedskasse i plejebolig. Rekrutteringsudfordringen i andre enheder har således påvirket opgaveomfanget i sygeplejen.
- Mange borgere i Glesborg området, har psykiatriske og misbrugsproblemer og modtager også hjælp fra socialområdet (bostøtte) eller boenheder. Hjemmesygeplejen mærker en klar tendens til overdragelse af opgaver fra socialområdet til hjemmeplejen.
- Senest – under høringsperioden af dette tilsyn – er hjemmesygeplejen overdraget opgaver med medicin håndtering på to private bosteder fra Styrelsen for Patientsikkerhed

#### **Hvad er vi lykkedes med:**

- Borgerne (og pårørende) er generelt tilfredse med den pleje og behandling der ydes. Der har været få klager. Medarbejderne har udvist stor faglighed, omsorg og nærvær i mødet med borgerne.
- Driftssituationen i 2021 har betydet, at der har været trukket store vekslere på medarbejdere og ledere. Der har været udvist ekstraordinær velvillighed og fleksibilitet for at medvirke til sikker drift og af hensyn til patientsikkerheden.
- Det seneste år har fokus været på at håndtere corona korrekt efter retningslinjer og anbefalinger, herunder også at sikre såvel borgernes som medarbejdernes tryghed og trivsel.
- Har fortsat arbejdet med at hjælpe hinanden på tværs – at være én hjemmepleje

- Vi er lykkedes med at opretholde et højt informationsniveau, således at medarbejderne har kunnet føle sig rustet til de undertiden særlige opgaver i borgernes eget hjem.
- Implementering af ny Vagtplanlægger organisering i enheden.

## Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set

Figuren nedenfor illustrerer tilsynets vurdering af enhedens arbejde med områderne: Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisatorisk bæredygtighed.

En rød farve viser, at der er gjort et eller flere kritiske fund af betydning for patientsikkerheden.

En orange farve viser, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.

En gul farve viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.

En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.





## Sammenfatning

**Patientsikkerhed:** Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med den sundhedsfaglige dokumentation, medicin håndtering, utilsigtede hændelser<sup>3</sup> (UTH'er) og magtanvendelser: *At der er gjort et kritisk fund af betydning for patientsikkerheden.*

I vurderingen er der lagt vægt på

I forhold til *medicin håndtering*

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der observeres patientkritiske fejl i to dispenseringsæsker ved en borger. Fejlen består i manglende dosering af tabletter mod sukkersyge.
- At der ikke ses en arbejdsgang, hvor medarbejderen konsekvent orienterer sig i medicinlisten forud for medicingivningen. Herved vil en eventuel dispenseringsfejl ikke nødvendigvis opdages.
- At der ved en borger ses et præparat, hvor der er uoverensstemmelse mellem administrationsdetaljer og medicinoverblik, så der kan opstå tvivl omkring, hvem der administrer lægemidlet (egen læge eller hjemmesygeplejen) samt på hvilke dage.
- At der observeres tre tilfælde, hvor der ikke er angivet anbrudsdato på enten medicinske dråber, flydende medicin eller insulin.
- At der ved tre borgere findes manglende personidentifikation på et eller flere vitamin – eller håndkøbspræparater.
- At der ved to borgere observeres manglende persondata på en eller flere dispenseringsæsker.
- At der mangler angivelse af risikomedicin ved to borgere.

I forhold til *dokumentation:*

- At der ses en måling uden for tærskelværdien, hvor det ikke fremgår af dokumentationen, at der er handlet på denne.
- At der ses flere observationer, hvor der ikke er dokumenteret opfølgning
- At der ses flere tilfælde, hvor der ikke er udfyldt 'tilstandspræcisering' på helbredstilstande.
- At der ses tilfælde, hvor der ikke er oprettet forflytningsvejledninger, selvom borgeren har en problemstilling i forhold til at forflytte sig.
- At der mangler udredninger ud fra de specifikke udredningsskemaer der er i omsorgsjournalen.
- At der ikke er dokumenteret opfølgning på helbredstilstande og indsatser<sup>4</sup>
- At der mangler flere relationer
- At der mangler dokumentation af borgers samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger i flere korrespondancer.

I forhold til arbejdet med UTH

- At kun 43 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at de får passende tilbagemeldinger på, hvordan de klarer deres arbejdsopgaver.
- At kun 52 % af medarbejderne er 'helt uenige' eller 'delvist uenige' i, at det er svært at diskutere utilsigtede hændelser på deres arbejdsplads.
- At ledelsen tilkendegiver, at den ønsker arbejder på at styrke en mere systematisk tilgang til læring i enheden på baggrund af UTH'er blandt andet ved at have 2 BSK'ere

---

<sup>3</sup> En UTH er en hændelse, hvor sundhedspersoner uforvarende forvolder fejl og skader, når borgerne behandles eller på anden måde er i kontakt med enheden.

<sup>4</sup> Der har været en lokal aftale i hjemmeplejen, om ikke at anvende 'opgaver' til at følge op på indsatser og tilstande.

(borgersikkerhedskoordinatorer, der varetager den lokale sagsbehandling af UTH'er) og genoptage fast mødestruktur.

I vurderingen er også lagt vægt på:

- At der ses en god orden i medicinskabene samt en fornuftig adskillelse af borgerens aktuelle og pauserede medicin.
- At ikke-anbrudte injektionspræparater retmæssigt opbevares på køl.
- At der ses hensigtsmæssig og hygiejnisk opdeling af remedier ift. diabetes/insulinbehandling.
- At alle adspurgte medarbejdere kører rundt med adrenalin, og at medarbejdernes akuttasser bliver kontrolleret med faste intervaller.
- At der ses relevant opfølgning på effekten af den medicinske behandling, og at borgerne i rehabiliteringsøjemed inddrages i evalueringen af den medicinske behandling i det omfang, de kognitivt og ressourcemæssigt er i stand til det.
- At der observeres en god systematik og koncentration i forbindelse med medicindispensering.
- At der gennemgående ses relevant dokumentation af helbredsoplysninger
- At der hvor der er udfyldt ses fyldestgørende tilstandspræciseringer i helbredstilstande
- At der ses dokumentation af borgers samtykke og at der redegøres retvisende for borgerens evne til at varetage egne helbredsmæssige interesser
- At der overordnet set er oprettet de relevante handlingsanvisninger.
- At det er positivt, at der ses forskelligartede indberetninger af UTH'er.
- At der er en overvejende positiv besvarelse fra medarbejderne på spørgsmålene om enhedens kultur i forhold til at understøtte læring og patientsikkerhed.

*Tilsynets samlede vurdering ift. medicin håndtering, dokumentation og arbejdet med UTH:*

Tilsynet har gennemført et gentilsyn i forhold til medicin håndtering, hvor der ikke blev gjort fund af patientkritisk karakter. Enheden har udarbejdet en handleplan (bilag 2) for de områder (dokumentation, UTH og medicin håndtering), hvor tilsynet har henstillet til, at der skal udarbejdes en handleplan. Tilsynet vurderer, at enhedens handleplan er tidsafgrænset, realistisk og at den udgør en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat i forhold til medicin håndtering, den sundhedsfaglige dokumentation og UTH-arbejdet.

**Brugertilfredshed:** Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af borgernes tilkendegivelser i tilfredshedsundersøgelsen og medarbejdernes spørgeskemabesvarelser: *At der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet*

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At de interviewede borgere overvejende giver udtryk for tilfredshed med den leverede praktiske hjælp og personlige pleje, med maden, leveringen af hjælpen og relationen til medarbejderne.
- At medarbejderne overvejende svarer positivt i forhold til rammerne for at levere indsatsen og at der foregår en løbende kvalitetssikring.

**Faglighed:** Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med at understøtte, at den nødvendige og relevante faglige viden og medarbejderkompetencer er til stede i enheden, i forhold til de opgaver, der skal løses: *At der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på:

I forhold til *delegation*

- At ledelsen ikke aktuelt sikrer en kontinuerlig og systematisk opfølgning på delegation, men at der arbejdes på dette fremadrettet.
- At kun 69 % af medarbejderne angiver, at de kender proceduren for delegation

I forhold til gennemførelse af obligatorisk *e-læring* er dette område ikke taget med i vurderingen, da der aktuelt er problemer med at sikre valide data

I forhold til *kendskab til instrukser, retningslinjer og procedurer*

- At over 39 % af medarbejderne angiver ikke at kende retningslinjerne for anvendelsen af VAR.

I forhold til *den rehabiliterende tilgang*

- At borgerens perspektiv ikke gennemgående og systematisk er belyst i journalerne

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At borgerne fortæller, at de for størstedelens vedkommende oplever sig inddraget i indsatsen og kender de mål, der arbejdes med
- At ca. 84 % af medarbejderne angiver, at de inddrager borgerne i indsatsen

*Tilsynets samlede vurdering ift. delegation:*

Enheden har udarbejdet en handleplan (bilag 2) for delegation, hvor tilsynet har henstillet til, at der skal udarbejdes en handleplan. Tilsynet vurderer, at enhedens handleplan er tidsafgrænset, realistisk og at den udgør en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat i forhold til delegation.

**Organisatorisk bæredygtighed:** Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med APV og medarbejdernes beskrivelse af det interne samarbejde: *At der er gjort fund af betydning for den organisatoriske bæredygtighed*

I vurderingen er der lagt vægt på:

I forhold til APV

- At der for 8 ud af 20 auditerede journaler ikke var oprettet et APV-skema

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der på baggrund af den sidste psykiske APV er iværksat et arbejde for at understøtte medarbejdernes trivsel og arbejdsmiljø

*Tilsynets samlede vurdering ift. APV:*

Enheden har udarbejdet en handleplan (bilag 2) for APV-skemaer, jf. tilsynets henstilling. Tilsynet vurderer, at enhedens handleplan er tidsafgrænset, realistisk og at den udgør en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat i forhold til APV-skemaer.

## Patientsikkerhed

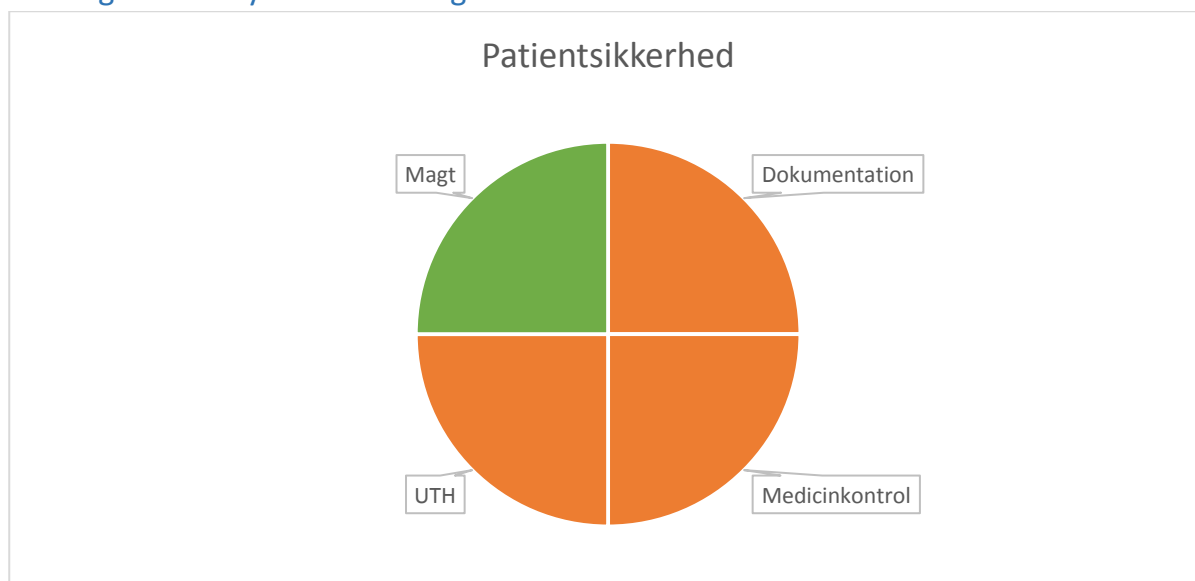
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med den sundhedsfaglige dokumentation og de sundhedsfaglige procedurer for at forebygge utilsigtede hændelser – UTH'er. En UTH er en hændelse, hvor sundhedspersoner uforvarende forvolder fejl og skader, når borgerne behandles eller på anden måde er i kontakt med enheden.

Under dette område ses der også på, om enheden lever op til sundhedslovens bestemmelser i forhold til at sikre, at borgerens integritet og selvbestemmelsesret respekteres.

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med patientsikkerhed bygger på følgende målepunkter:

- Den sundhedsfaglige dokumentation på enheden
- Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser
- Enhedens medicin håndtering
- Enhedens arbejde med at forebygge magtanvendelser

### Oversigt over tilsynets vurdering



En rød farve viser, at der er gjort et eller flere kritiske fund af betydning for patientsikkerheden.

En orange farve viser, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.

En gul farve viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.

En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med den sundhedsfaglige dokumentation, medicin håndtering, utilsigtede hændelser (UTH'er) og magtanvendelser: *At der er gjort kritiske fund af betydning for den patientsikkerheden.*

I det følgende gennemgås tilsynets fund og vurdering inden for området.

## Den sundhedsfaglige dokumentation

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens sundhedsfaglige dokumentation bygger på:

- Tilsynets uanmeldte journalaudit på otte tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til 52 vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Enhedens lokale journalaudit på 12 af deres borgerjournaler ud fra 68 kriterier.

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund<sup>5</sup>:

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

#### I forhold til *opfølgning på forværring i borgers tilstand*

- At der er observationsnotater, der ikke tydeligt og eksplicit følges op på, så det samlet set fremstår uklart, om der er taget faglig stilling til en problematik (opfølgning ved borger med KOL eksempelvis) og om de relevante handlinger er sat i værk. Der er dog ikke set eksempler i journalerne, hvor den manglende eksplicite stillingtagen har vedrørt patientkritiske forhold.
- At der ses en manglende opfølgning på en måling, der viser en forværring: Et væggtab på 5 kg på en måned, hvorved borgers vægt er under den angivne tærskelværdi. Der er beskrevet hvilket tiltag, der skal sættes i værk, hvis tærskelværdien er overskredet, men det ses ikke af dokumentationen, at dette tiltag er sat i værk. Den manglende eksplicite faglige stillingtagen og dokumentation af tiltaget, vurderes dog ikke at være af patientkritisk karakter, i det aktuelle tilfælde, da der var tale om en tidligt opsporende og forebyggende foranstaltning.

#### I forhold til *opdateret beskrivelse af og plan for borgers helbreds- og funktionstilstande*

- At helbredsoplysningerne overordnet set fremstår relevante, men ikke altid helt overskuelige. Der ses tilfælde, hvor helbredsoplysningerne ikke er opdaterede og det kan derved være vanskeligt at skabe sig et overblik over borgerens aktuelle helbredssituation og sygdomsforløb. Datoen for, hvornår 'generelle oplysninger' er opdateret, er ikke altid retvisende i forhold til indholdet..
- At det overvejende er angivet i helbredsoplysningerne, om borger kan varetage egne helbredsmæssige interesser og hvem der har behandlingsansvar.
- At der generelt er valgt de rigtige tilstande i forhold til borgerens helbred og funktionsevne – men at der i flere tilfælde mangler en beskrivelse i tilstandspræciseringen og der er enkelte helbredstilstande, der skulle have været afsluttet.
- At der gennemgående ikke er oprettet opgaver til opfølgning på helbredstilstande<sup>6</sup>.
- At der i flere tilfælde ikke er oprettet de relevante special-udrednings-skemaer.
- At der mangler enkelte handlingsanvisninger og at handlingsanvisningerne ikke altid er helt opdaterede
- At der ses enkelte journaler, hvor der ikke er en opdateret døgnrytme.
- At ikke alle relevante forflytningsvejledninger er oprettet.

#### I forhold til *sammenhæng og systematik*

- At der i flere af de auditerede journaler mangler de relevante relationer i forhold til observationer og mellem tilstande, indsatser, handlingsanvisning og indsatsmål.
- At flere afsluttede indsatser fortsat fremgår af journalen, fordi deres relation ikke er fjernet.

---

<sup>5</sup> Se Bilag 1 for en opgørelsen over, hvor mange journaler, der lever op til de enkelte målepunkter

<sup>6</sup> Der har tidligere været en aftale om, at hjemmeplejen ikke skulle arbejde med dette område i den elektroniske omsorgsjournal

- At der ses to tilfælde, hvor der i observationsnotaterne fremgår oplysninger, som skulle have været i et besøgsnotat, men ellers er observationsnotaterne gennemgående relevante. Dog mangler der i enkelte tilfælde en eksplicit dokumenteret faglig stillingtagen til, hvad der konkluderes og sættes i værk på baggrund af observationsnotaterne, så de ikke bare er beskrivende.
- At 'ikke relevante' helbredstilstande gemmes som 'inaktive', så historikken i borgerens forløb ikke er tydelig, som hvis 'ikke relevante' tilstande blev gemt som 'ikke relevante' og afsluttede tilstande blev gemt som 'inaktive'.

#### I forhold til *understøttelse af borgerens retsstilling*

- At der ses eksempler, hvor borgers informerede samtykke til den aktuelle pleje og behandling ikke er dokumenteret.
- At borgers samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger kun dokumenteres i mindre omfang.

#### Af ledelsesinterviewet fremgår det, at:

- Det fortsat er ledelsens oplevelse, at der er et indsatsområde i forhold til at sikre dokumentationen af den systematiske opfølgning, men at dette skal ses i sammenhæng med en beslutning, der blev truffet i hjemmeplejen om i første omgang at have fokus et andet sted.
- På grund af COVID-19 har undervisning og andre aktiviteter med henblik på at sikre kvaliteten af dokumentationen været sat i bero, men nu opleves der at være en energi til og et ønske om at arbejde målrettet med dokumentationsområdet.
- Der er fra ledelsens side et ønske om, at stilen i journalen bliver kortfattet og klart kommunikerende (gerne i bydeform) i modsætning til tidligere praksis med en mere beskrivende stil, hvor der i mindre grad blev sorteret i de dokumenterede oplysninger.
- Dokumentationsnøglepersonen underviser jævnligt sygeplejersker og assistenter i dokumentation - særligt de nyansatte. Efter sommer skal også plejegrupperne løbende have opdaterende undervisning i dokumentation.

**På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet:** At der er gjort fund af betydning for kvaliteten af dokumentationen.

#### I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der ses en måling uden for tærskelværdien, hvor det ikke fremgår af dokumentationen, at der er handlet på denne.
- At der ses flere observationer, hvor opfølgning ikke er dokumenteret
- At der ses flere tilfælde, hvor der ikke er udfyldt 'tilstandspræcisering' på helbredstilstande.
- At der ses manglende forflytningsvejledninger
- At der mangler udfyldelse af de specifikke udredningsskemaer.
- At der ikke dokumenteres opfølgning på helbredstilstande og indsatser
- At der mangler flere relationer
- At der mangler dokumentation af borgers samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger i flere korrespondancer.

#### I vurderingen er også lagt vægt på:

- At der gennemgående ses relevante helbredsoplysninger
- At der ses fyldestgørende tilstandspræciseringer i helbredstilstande, der hvor de er udfyldt.
- At der ses dokumentation af borgers samtykke og at der redegøres retvisende for borgerens evne til at varetage egne helbredsmæssige interesser

- At der overordnet set er oprettet de relevante handlingsanvisninger.

**Tilsynet henstiller til** at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det fremadrettet sikres:

- At der følges op med tydelig angivelse af faglig konklusion og plan fremadrettet, ved målinger eller observationer, der viser en forværring i borgers tilstand.
- At der udfyldes en fyldestgørende tilstandspræcisering i alle helbredstilstande.
- At der oprettes opgaver til opfølgning på alle helbredstilstande.
- At der oprettes forflytningsvejledninger for de borger, der har problemstillinger i forhold til forflytning.
- At der er oprettet de relevante relationer
- At der konsekvent dokumenteres samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger

**Tilsynet anbefaler** at enheden sikrer:

- At det konsekvent dokumenteres om borger kan varetage egne helbredsmæssige interesser og om borgeren har givet samtykke til aktuelle behandling og pleje.
- At der oprettes alle relevante helbredstilstande og handlingsanvisninger
- At døgnrytmeplanerne er opdaterede

**Tilsynets samlede vurdering ift. sundhedsfaglig dokumentation:**

Tilsynet vurderer at de handleplaner enheden har udarbejdet (bilag 2) er tidsafgrænsede, realistiske og udgør en troværdig dokumentation for, at enheden inden for en afgrænset periode kan opnå det ønskede resultat.

## Medicinkontrol

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

- Tilsynets observation af en dispensering inklusiv medicinbeholdningen
- Tilsynets gennemgang af yderligere fem borgeres medicinbeholdning
- Tilsynets uanmeldte journalaudit på otte tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin.

**Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:**

Ved observation af dispensering af medicin samt ved gennemgang af medicinbeholdninger finder tilsynet;

- At der ses en god orden i medicinskabene samt en fornuftig adskillelse af borgerens aktuelle og pauserede medicin.
- At ikke-anbrudte injektionspræparater retmæssigt opbevares på køl.
- At der ses hensigtsmæssig og hygiejnisk opdeling af remedier ift. diabetes/insulinbehandling.
- At alle adspurgte medarbejdere kører rundt med adrenalin, og at medarbejdernes akutkasser bliver kontrolleret med faste intervaller.
- At der ses relevant opfølgning på effekten af den medicinske behandling, og at borgerne i rehabiliteringsøjemed inddrages i evalueringen af den medicinske behandling i det omfang, de kognitivt og ressourcemæssigt er i stand til det.
- At der observeres en god systematik og koncentration i forbindelse med medicindispensering.
- At der observeres fejl i to dispenseringsæsker ved en borger. Fejlen består i manglende dosering af tabletter mod sukkersyge.
- At der ikke ses en arbejdsgang, hvor medarbejderen konsekvent orienterer sig i medicinlisten forud for medicingivningen. Herved vil en eventuel dispenseringsfejl ikke nødvendigvis opdages.

- At der ved en borger ses et præparat, hvor der er uoverensstemmelse mellem administrationsdetaljer og medicinoverblik, så der kan opstå tvivl omkring, hvem der administrer lægemidlet (egen læge eller hjemmesygeplejen) samt på hvilke dage.
- At der observeres tre tilfælde, hvor der ikke er angivet anbrudsdato på enten medicinske dråber, flydende medicin eller insulin.
- At der ved tre borgere findes manglende personidentifikation på et eller flere vitamin – eller håndkøbspræparater.
- At der ved to borgere observeres manglende persondata på en eller flere dispenseringsæsker.

Ved gennemgang af journalaudit finder tilsynet;

- At der mangler angivelse af risikomedicin ved to borgere.

**På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet:** At der er gjort fund af kritisk betydning for patientsikkerheden i forhold til medicin håndtering.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der observeres fejl i to dispenseringsæsker ved en borger. Fejlen består i manglende dosering af tabletter mod sukkersyge.
- At der ikke ses en arbejdsgang, hvor medarbejderen konsekvent orienterer sig i medicinlisten forud for medicingivningen. Herved vil en eventuel dispenseringsfejl ikke nødvendigvis opdages.
- At der ved en borger ses et præparat, hvor der er uoverensstemmelse mellem administrationsdetaljer og medicinoverblik, så der kan opstå tvivl omkring, hvem der administrer lægemidlet (egen læge eller hjemmesygeplejen) samt på hvilke dage.
- At der observeres tre tilfælde, hvor der ikke er angivet anbrudsdato på enten medicinske dråber, flydende medicin eller insulin.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der ses en god orden i medicinskabene samt en fornuftig adskillelse af borgerens aktuelle og pauserede medicin.
- At der ses hensigtsmæssig og hygiejnisk opdeling af remedier ift. diabetes/insulinbehandling.
- At der ses relevant opfølgning på effekten af den medicinske behandling, og at borgerne i rehabiliteringsøjemed inddrages i evalueringen af den medicinske behandling i det omfang, de kognitivt og ressourcemæssigt er i stand til det.
- At der observeres en god systematik og koncentration i forbindelse med medicindispensering.

**Tilsynet udfører gentilsyn for at sikre:**

- At enheden har etableret en systematisk arbejdsgang der understøtter patientsikkerheden således, at medarbejderne konsekvent orienterer sig i medicinlisten forud for medicingivningen.

**Tilsynet henstiller til:**

At enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det fremadrettet sikres:

- At ordinationer indskrives entydigt i medicinoversigten, så den figurerer korrekt med angivelse af specifikke administrationsdage samt med tydelig angivelse af, hvem der administrer medicinen.
- At alle borgernes medicinæsker er angivet med persondata

**Tilsynet anbefaler:**

At der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:

- At alle borgernes medicinpræparater inklusiv vitaminer og anden håndkøbsmedicin får påført persondata.



- At insulin, medicinske dråber samt flydende medicin påføres anbrudsdato.
- At der angives risikosituationslægemiddel i medicinlistens bemærkninger ved risikosituationslægemidler.

#### **Tilsynets opfølgning på gentilsyn:**

Med henblik på at følge op på de patientkritiske fund, der blev gjort ved tilsynet, foretages der ved gentilsyn i november 2021 gennemgang af fire borgeres medicinbeholdning med fokus på den dispenserede medicin. Der blev ligeledes foretaget observation af medarbejdernes medicinbehandling.

Tilsynet finder:

- At der ikke observeres fejl i den dispenserede medicin hos borgerne.
- At medarbejderne har en arbejdsgang, hvor de orienterer sig i medicinlisten forud for medicingvningen.

Tilsynet vurderer på baggrund af gentilsynet, *at der ikke er gjort fund af kritisk betydning for patientsikkerheden.*

#### **Tilsynets samlede vurdering ift. medicinkontrol:**

Tilsynet vurderer at de handleplaner enheden har udarbejdet (bilag 2) er tidsafgrænsede, realistiske og udgør en troværdig dokumentation for, at enheden inden for en afgrænset periode kan opnå det ønskede resultat.

#### **Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)**

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser bygger på:

- Dialog med ledelsen om organiseringen af og strategien for arbejdet med utilsigtede hændelser på enheden.
- Spørgeskemabesvarelser om arbejdet med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser.

#### **Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:**

Af dataudtrækket fremgår det:

- At størstedelen af de indberettede UTH'er vedrører medicin, men at der indberettes flere forskellige typer af UTH jævnfør også Norddjurs Kommunes lærende tilgang til området.

Af ledelsesinterviewet fremgår det:

I forhold til sikring *af medarbejdernes kendskab til hvordan man indberetter UTH'er*

- At den lokale borgersikkerhedskoordinator (BSK'er), der varetager den lokale sagsbehandling af UTH'er, giver nye medarbejdere et lommekort om arbejdet med UTH'er.
- At den lokale BSK'er arbejder meget aktivt for at få udbredt kendskabet til, hvordan man indberetter. BSK'eren har eksempelvis lavet en quiz til medarbejderne om hvornår og hvad man skal indberette.
- At der er opsat klistermærker strategiske steder med henblik på at nudge medarbejdere til at indberette UTH'er.

I forhold til sikring af lokal læring på baggrund af UTH'er

- At UTH altid er på dagsordenen på møder for sygeplejersker og assistenter - men at der ikke er blevet holdt disse møder i lang tid på grund af situationen med COVID-19.
- At det er et udviklingspunkt, der har ledelsesmæssig fokus, hvordan man kan arbejde systematisk på formidlings- og læringsdelen og der ønskes en organisatorisk læring i helikopterperspektiv.

- At der er taget initiativer til at øge systematikken, blandt andet ved at enhedens rapport over UTH'er er sat op på en anden måde, så det er nemmere at danne sig et overblik over status og udviklingen.
- At BSK'eren handler på enkeltsager, men også ser på, om der er et mønster i de indberetninger, der er foretaget.
- At der er et ønske om, at der skal være et større fokus på overgange og at enheden bliver bedre til at indrapportere de mange overgangsfejl, de oplever.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser<sup>7</sup> fremgår det; at:

- 89% medarbejderne svarer, at de enten 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ved, hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse.
- 63% af medarbejderne ved 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' hvordan der arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen. 29% af medarbejderne svarer hertil 'i nogen grad'.
- 83 % af medarbejderne angiver, at de er 'helt enige' eller 'delvis enig' i at enheden håndterer utilsigtede hændelser på en hensigtsmæssig måde.
- 77 % af medarbejderne er 'helt enige' og delvis enige' i, at de ville føle sig trygge som borgere i deres enhed. 11 % svarer 'hverken enig eller uenig'.
- 80 % af medarbejderne angiver, at de er 'helt enige' eller 'delvis enig' i, at de ved, hvor de kan få svar på spørgsmål om patientsikkerheden. Hertil er 9 % af medarbejderne 'hverken enig eller uenig'.
- 43 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at de får passende tilbagemeldinger på, hvordan de klarer deres arbejdsopgaver. 26% er 'hverken enig eller uenig' og 25 % er 'delvis uenig' eller 'helt uenig'.
- 52 % af medarbejderne er 'helt uenige' eller 'delvist uenige' i, at det er svært at diskutere utilsigtede hændelser på deres arbejdsplads. Dertil er 23 % 'hverken enig eller uenig' og 18 % er 'delvis enig' eller 'helt enig'.
- 64 % er 'helt enig' eller 'delvis enig' i, at kollegaer opfordrer dem til at sige til, hvis de er bekymrede for patientsikkerheden.
- 69 % er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at kulturen gør det nemt at lære af andres utilsigtede hændelser. 20% har dertil svaret 'hverken enig eller uenig'.

**På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet:** At der er gjort fund i forhold til kvaliteten af enhedens arbejde med UTH'er.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At kun 43 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at de får passende tilbagemeldinger på, hvordan de klarer deres arbejdsopgaver.
- At kun 52 % af medarbejderne er 'helt uenige' eller 'delvist uenige' i, at det er svært at diskutere utilsigtede hændelser på deres arbejdsplads.
- At ledelsen tilkendegiver, at den ønsker en mere systematisk tilgang til læring i enheden på baggrund af UTH'er

I vurderingen er også lagt vægt på:

- At det er positivt, at der ses forskelligartede indberetninger af UTH'er.

---

<sup>7</sup> Resultaterne af medarbejdernes spørgeskemabesvarelse skal dog ses i lyset af den forholdsvis lave svarprocent.

- At der er en overvejende positiv besvarelse fra medarbejderne på spørgsmålene om enhedens kultur i forhold til at understøtte læring og patientsikkerhed.

**Tilsynet henstiller til** at der udarbejdes en handleplan for:

- Hvordan det afklares, hvorfor kun 43 % af medarbejderne svarer, at de er helt eller delvist enige i, at de får passende tilbagemeldinger på deres arbejdsopgaver samt hvilke tiltag, der kan sættes i værk for at øge denne oplevelse

**Tilsynet anbefaler**

- At det afklares, hvorfor kun 52 % af medarbejderne er helt eller delvist uenige i, at det er svært at diskutere utilsigtede hændelser på deres arbejdsplads samt hvilke tiltag, der kan sættes i værk for at understøtte medarbejdernes muligheder for at diskutere utilsigtede hændelser.

**Tilsynets samlede vurdering ift. arbejdet med UTH:**

- Tilsynet vurderer at de handleplaner enheden har udarbejdet (bilag 2) er tidsafgrænsede, realistiske og udgør en troværdig dokumentation for, at enheden inden for en afgrænset periode kan opnå det ønskede resultat.

## Magtanvendelser

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med at forebygge og håndtere magtanvendelser bygger på:

- Journalaudit
- Interview med ledelse

**Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:**

Af journalaudit fremgår det:

- At der ikke i de journaler, der blev auditeret af tilsynet, var indberettet magtanvendelser.

Af interview med ledelsen fremgår det:

- At det ikke er en aktuell problematik med magtanvendelser i enheden. Hjælperne har en stor faglighed i forhold til at rumme borgere, med demens. Det kan for eksempel være ved at have en tilgang, hvor plejeopgaver udskydes, hvis borgeren ikke ønsker dem, på det pågældende tidspunkt eller ved at prøve at få løst plejeopgaven på en anden måde. Der søges hjælp og sparring ved demenskoordinator, således at magtanvendelser forebygges.

**På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet:** At der ikke er gjort fund i forhold til enhedens håndtering af magtanvendelser.

## Hygiejne

Tilsynets kommentering af, hvorvidt enheden overholder de gældende retningslinjer for hygiejne og uniformsetikette er baseret på:

- Observationer ud fra tjekskema i enhedens lokaler og i forbindelse med medicinkontrol i borgernes hjem.

**Sammenfatning af observationer:**

Ved observation i enhedens lokaler og i borgernes hjem fremgår det:

- At uniformsetiketten efterkommes blandt de observerede medarbejdere.

- At medarbejderne overholder retningslinjer for anvendelse af ringe, armbånd og ure.
- At der er opsat sæbe og spritdispensere på personaletoiletter.
- At der mangler instruktion i korrekt håndvask ved personalehåndvaske.
- At der i fornuftig omfang udføres korrekt hånddesinfektion forud for og ved afslutning af en opgave hos borgerne.
- At der benyttes handsker i forbindelse med direkte medicin håndtering.
- At der i enkelte tilfælde ikke foretages hånddesinfektion før og efter handskeskift.

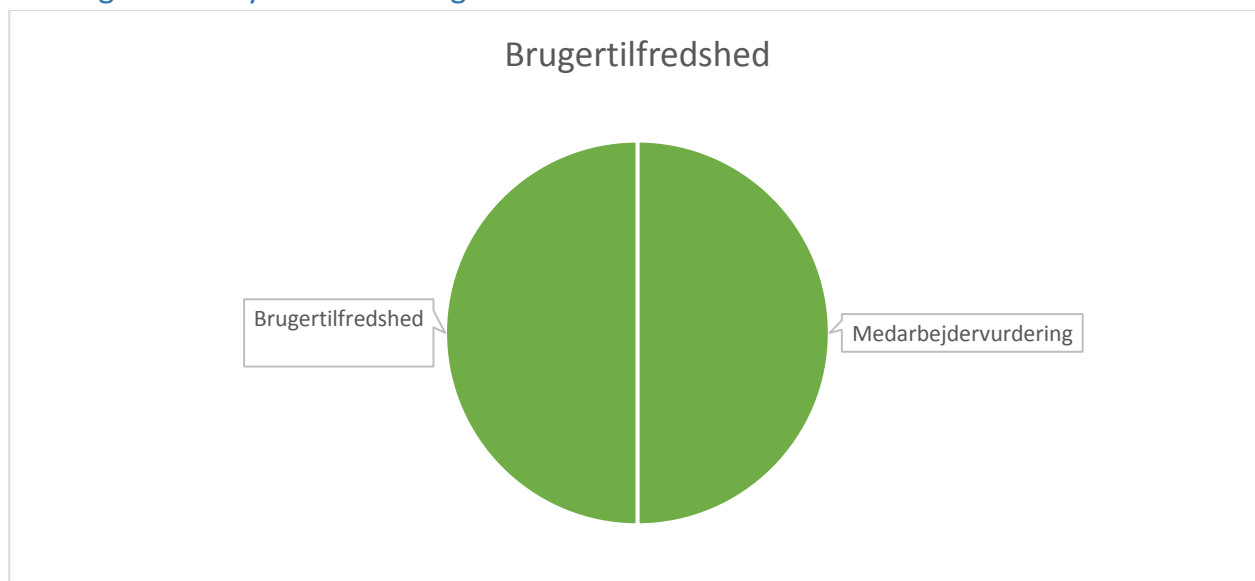
## Brugertilfredshed

I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser<sup>8</sup>. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social service §§ 83, 83a og 86.

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde efter lov om social service bygger på følgende målepunkter:

- Brugertilfredshed og medarbejdervurdering

### Oversigt over tilsynets vurdering



**En rød farve** viser, at der er gjort et eller flere kritiske fund af betydning for patientsikkerheden.

**En orange farve** viser, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.

**En gul farve** viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.

**En grøn farve** viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med brugertilfredshed og klager/bekymringshenvendelser: *At der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I det følgende gennemgås tilsynets fund og vurdering inden for området.

### Brugertilfredshed

Tilsynets vurdering af brugertilfredsheden på enheden bygger på:

- Telefoninterviews med 58 borgere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

#### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewet<sup>9</sup> fremgår det, at:

I forhold til den *personlige pleje*:

<sup>8</sup> Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

<sup>9</sup> I afrapporteringen er der fokus på at sikre, at den enkelte beboers besvarelser ikke vil kunne blive genkendt.

- Alle borgerne som modtager hjælp til den *personlige pleje* angiver samlet set, at være 'meget tilfredse' eller 'tilfredse' med hjælpen. Alle de borgere som modtager hjælp til bad, at vaske sig, påklædning og toiletbesøg angiver, at være 'meget tilfredse' eller 'tilfredse' med hjælpen.

I forhold til den *praktiske hjælp*:

- 77 % af borgerne som modtager *praktisk hjælp* angiver samlet set, at være 'meget tilfredse' eller 'tilfredse' med hjælpen. 74 % af borgerne, som modtager hjælp til rengøring angiver at være 'meget tilfredse' eller 'tilfredse' med hjælpen. Alle borgerne, som modtager hjælp til tøjvask angiver, at være 'meget tilfredse'. Ingen af borgerne får hjælp til indkøb.

I forhold til *levering af henholdsvis hjælp og pleje*:

- 90 % af borgerne svarer 'ja' til, at de får den støtte, som er planlagt, imens 10% svarer 'ved ikke'.
- 85 % af borgerne svarer 'ja' til spørgsmålet om, hvorvidt de får den støtte/hjælp, de har behov for, mens 5 % svarer 'både og'.
- 25 % af borgerne angiver, at det ofte er de samme hjælpere, som kommer i hjemmet. 20 % af borgerne angiver 'både og' til spørgsmålet, mens 55 % af borgerne svarer 'nej'

I forhold til *maden*:

- Under 5 % af borgere får leveret mad. Disse borgere, angiver at være 'meget tilfredse', 'tilfredse' eller 'både og' med maden.

I forhold til *hjelperne*:

- 90% af borgerne er 'helt enige' eller 'enige' i at hjælperne lytter til deres behov.
- Alle borgerne er 'helt enige' eller 'enige' i at omgangstonen mellem hjælper og borger er god.
- Ved spørgsmålet 'Er hjælpen god, uanset hvilken hjælper der kommer', svarer 60 %, at de er 'helt enige' eller 'enige'. 35 % svarer 'hverken eller'.
- 80 % af borgerne angiver, at hjælperne generelt kommer til den aftalte tid.
- 75 % af borgerne angiver, at de får besked, hvis der kommer ændringer til tidspunktet for hjælpen.
- 95 % af borgerne svarer 'nej', til om hjælperne har aflyst eller er udeblevet fra en aftale.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- Ved spørgsmålet 'Giver hverdagen mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandard?' svarer 41 % af medarbejderne enten 'i meget høj grad' og 'i høj grad', hvor 39 % svarer 'i nogen grad'.
- 31 % af medarbejderne svarer enten 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' til spørgsmålet om der løbende arbejdes med kvalitetsudvikling- og sikring i forhold til pleje og aktiviteter. 44% af medarbejderne svarer 'i nogen grad'.

**Tilsynets vurdering:** At der ikke er gjort fund i forhold til brugertilfredsheden

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At de interviewede borgere overvejende giver udtryk for tilfredshed med den leverede praktiske hjælp og personlige pleje, med maden, leveringen af hjælpen og relationen til medarbejderne.
- At medarbejderne overvejende svarer positivt i forhold til rammerne for at levere indsatsen og at der foregår en løbende kvalitetssikring.

**Tilsynet anbefaler:** At enheden arbejder med at skabe kontinuitet i, at borgeren møder de samme hjælpere.

## Omgangsform og rengøring

Tilsynets kommentering af omgangsformen og hvorvidt enheden overholder de gældende kvalitetsstandarder for rengøring er baseret på:

- Observationer på baggrund af tjekskema i enhedens lokaler og i forbindelse med medicinkontrol i borgernes hjem.

### **Sammenfatning af observationer:**

Ved observation i enhedens lokaler og borgernes hjem ses det:

- At borgernes hjem fremstår rene og ryddelige i de områder, hvor medarbejderen har sin gang og opgaveløsning.
- At hjælpemidler fremstår rene.
- At der observeres en god og anerkendende omgangstone mellem personale og borgere.
- At fællesområder og kontorer i enheden fremstår rene og ryddelige.

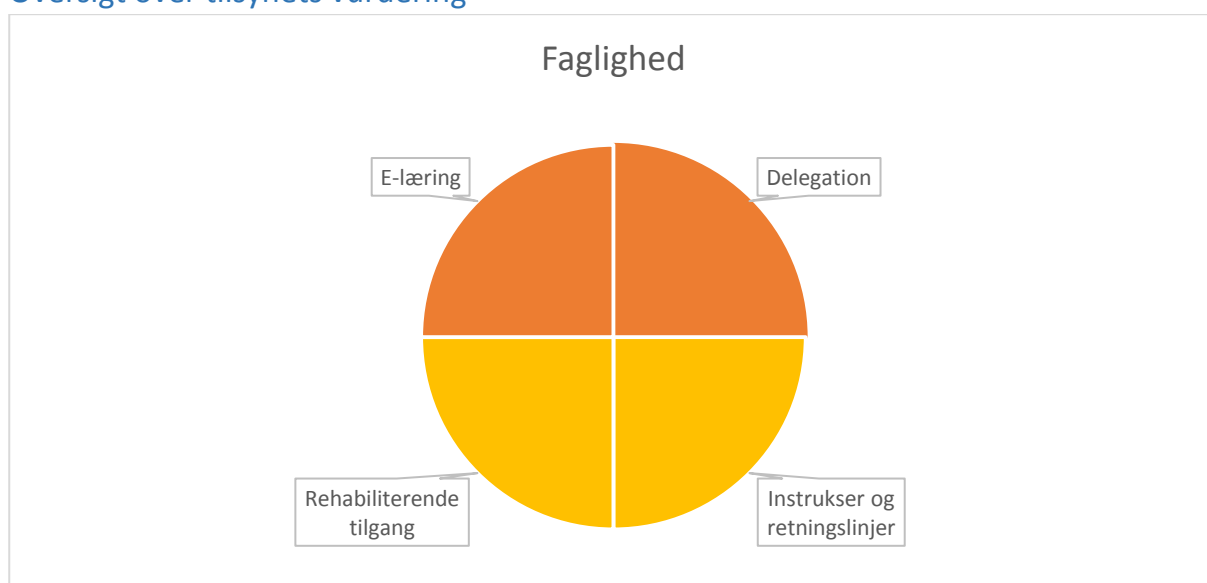
## Faglighed

I hovedområdet *Faglighed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at den nødvendige og relevante faglige viden og medarbejderkompetencer er til stede i enheden i forhold til de opgaver, der skal løses.

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med at sikre den nødvendige faglige viden og medarbejderkompetencer vurderes ud fra følgende målepunkter:

- Delegation og kompetencer
- Kendskab til instrukser og retningslinjer
- Enhedens rehabiliterende tilgang
- Medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring

### Oversigt over tilsynets vurdering



En rød farve viser, at der er gjort et eller flere kritiske fund af betydning for patientsikkerheden.

En orange farve viser, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.

En gul farve viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.

En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med delegation og kompetencer og medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer, enhedens rehabiliterende tilgang og medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring: *At der er gjort fund af betydning for den faglige kvalitet.*

I det følgende gennemgås tilsynets fund og vurdering inden for området.

### Delegation og kompetencer

Tilsynets vurdering af om det sikres på enheden, at de rigtige kompetencer er til stede ved alle opgaver og at kommunens retningslinjer for delegation efterleves, bygger på:

- Interview med ledelsen



- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse<sup>10</sup>

Ved ledelsesinterviewet fremgår det:

I forhold til at sikre et *overblik over medarbejdernes kompetencer* (ift planlægning)

- At planlægger ved, hvem der kan og må hvad og er hele tiden opmærksom på dette. Denne opmærksomhed opleves der at være et stort behov for, da der efterhånden er relativt mange ufaglærte ansat. Dette er også et fokus på tværs af vagtlag.
- At planlægger har kompetenceskemaer på medarbejderne i papirform. Arbejdet med opdatering af kompetenceskemaer er ikke systematiseret endnu. Pt. afventes en udmelding fra kompetencerådet om, hvordan skemaerne skal anvendes.
- At enheden ønsker at arbejde mere systematisk med at sikre, at medarbejderne har og vedligeholder de nødvendige kompetencer til den opgave, de udfører.
- At det er en lille enhed, hvilket betyder, at man er tæt på hinanden og kender den enkelte medarbejder og dennes kompetencer. Ligesom der er en udbredt praksis for og let adgang til, at hjælperne kontakter sygeplejersker i tvivlstilfælde.

I forhold til hvordan det sikres, *at medarbejderne har de nødvendige kompetencer* (ift. den borger de udfører opgaven ved)

- At sygeplejerske oplærer medarbejder, observerer om medarbejder udfører proceduren korrekt og angiver efterfølgende, at medarbejderen har den pågældende kompetence i kompetenceskemaet.
- At sygeplejersken på 'en indgang' kontakter den udskrivende hospitalsafdeling ved komplekse forløb for at danne sig et indtryk af omfanget og karakteren af den forestående pleje- og behandlingsopgave og for at få afdækket, om der er behov for oplæring. Den faglige koordinator kender kompetencerne i organisationen og kan med afsæt i denne viden vurderer, om enheden skal benytte sig af muligheden for at holde udskrivelsen igen eller få oplæring fra sygehuset.
- Assistenten og sygeplejersker er gode til at sige fra, hvis en ny borger kræver kompetencer hos medarbejderne, som de ikke har eller ikke har fået opdaterede.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

I forhold til *oplæring af nye medarbejdere*:

- At 62 % af medarbejderne angiver at være 'helt enige i' eller 'delvist enige i' at nyt personale får en god introduktion. 17 % svarer hertil at de er 'hverken enig eller uenig'.
- At 53 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvist enige' i, at personale der er under oplæring inden for deres fagområde, får den nødvendige supervision. 19 % svarer 'hverken enig eller uenig'.

I forhold til *procedure for delegation*<sup>11</sup>:

- At 69 % af medarbejderne svarer, at de kender proceduren for delegation til medarbejdere. 28 % svarer 'nej' og 'ved ikke'.
- At 84 % af de medarbejdere, der angav at kende proceduren for delegation, svarer, at de 'I meget høj grad' eller 'i høj grad' følger procedurene for delegation. 16 % svarer hertil 'i nogen grad'.

I forhold til *kompetenceprofil*:

- At 86 % af medarbejderne svarer 'nej' til spørgsmålet 'Har du inden for de seneste tre måneder udført en eller flere opgaver, du ikke havde kompetencerne til ifølge kompetenceprofilen? '. Hertil svarer 11 % 'ja'.

<sup>10</sup> Der tages forbehold for, at der er en relativt lav svarprocent, så resultaterne er ikke nødvendigvis repræsentative for alle enhedens medarbejdere.

<sup>11</sup> I afrapporteringen af medarbejderbesvarelserne ved dette spørgsmål er der kun taget udgangspunkt i besvarelser fra hhv. sygeplejersker, assistenter og hjælpere – 37 besvarelser i alt.

- At 66 % af medarbejderne svarer, at de har en opdateret kompetenceprofil, 26 % svarer nej, mens 9 % svarer 'ved ikke'.

I forhold til tilgængelige kompetencer:

- At 69 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i udsagnet 'Mit team har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag'. 14 % svarer 'hverken enig eller uenig'.

**Tilsynets vurdering:** At der er gjort et fund af betydning for, hvordan enheden sikrer, at kommunens retningslinjer for delegation efterleves.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At ledelsen ikke aktuelt sikre en kontinuerlig og systematisk opfølgning på delegation
- At kun 69 % af medarbejderne angiver, at de kender proceduren for delegation

**Tilsynet henstiller til,** at der udarbejdes en plan for:

- Hvordan der følges op på medarbejdernes faglige niveau og refleksion i forhold til de opgaver, de varetager – også hvor der ikke er en synligt bekymring eller behov.
- At udbrede medarbejdernes kendskab til proceduren for delegation.

**Tilsynets samlede vurdering ift. delegation:**

Tilsynet vurderer at de handleplaner enheden har udarbejdet (bilag 2) er tidsafgrænsede, realistiske og udgør en troværdig dokumentation for, at enheden inden for en afgrænset periode kan opnå det ønskede resultat.

### Kendskab til instrukser og retningslinjer

Tilsynets vurdering af om det sikres, at medarbejderne har den opdaterede, relevante og nødvendige viden for opgavevaretagelsen bygger på:

- Udtræk fra medarbejder-app'en MyMedCards i forhold til hvilke medarbejdere, der har set/læst hvilke instrukser og retningslinjer
- Ledelsesinterview
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse<sup>12</sup>

**Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:**

Ved udtræk fra medarbejder-app'en MyMedCards ses det:

- At der har været 176 unikke brugere af MyMedCards i perioden 30. september 2020 til 1. oktober 2021. I denne opgørelse indgår dog også medarbejdere fra Hjemmeplejen og hjemmesygeplejen Allingåbro.

Af ledelsesinterview fremgår det, at:

I forhold til hvordan *medarbejderne informeres og introduceres til nye instrukser og arbejdsgange*

- Der arbejdes frem mod at have ugentlige møder efter en fast struktureret dagsorden, hvilket hidtil har været sat i bero på grund af COVID-19.
- Der arbejdes på at anvende borgerkonferencer som nyt begreb i stedet for teammøder, hvor instrukser og retningslinjer trækkes ind relevant.

<sup>12</sup> Bemærk at svarprocenten ikke er særlig høj i denne undersøgelse, hvorved svarene ikke nødvendigvis er repræsentative for alle medarbejdere i enheden.

- Der udsendes et nyhedsbrev ca. en gang ugentligt fra ledelsen, med fælles orientering om nye retningslinjer etc.

I forhold til VAR (database over sundhedsfaglige procedure) og MyMedCards (medarbejder app med lokale instrukser, retningslinjer og beskrivelser af arbejdsgange):

- Hjælperne er opmærksomme på og anvender MyMedCards og følger med, hvis der er opdateringer.
- Medarbejderne anvender også VAR, hvor den beskrevne procedure er relevant i forhold til den pågældende problemstilling og konkrete situation.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

I forhold til at have *adgang til den nødvendige viden*, at:

- At 75 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at de normalt har adgang til alle de oplysninger, de har brug for, for at kunne træffe beslutninger om pleje og behandling.

I forhold til *retningslinjer for anvendelsen af MyMedCards og VAR*<sup>13</sup>:

- At 64 % af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for, hvordan de skal bruge VAR, 25 % svarer 'ved ikke' og 11 % svarer 'nej'. 79 % af de medarbejdere, der angiver at kende retningslinjerne svarer, at de i 'meget høj grad' og 'i høj grad' følger disse retningslinjer. 13 % angiver i nogen grad.
- 78 % af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for, hvordan de skal bruge MyMedCards. 14 % svarer hertil 'ved ikke' og 8 % svarer 'nej'. 75 % svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' følger disse retningslinjer. 22 % svarer 'i nogen grad'.

**Tilsynet vurderer** at der er gjort fund af mindre betydning for den faglige kvalitet på enheden.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At 39 % af medarbejderne angiver ikke at kende retningslinjerne for anvendelsen af VAR.

**Tilsynet anbefaler:**

- At der arbejdes med at øge kendskabet til VAR blandt medarbejderne.

## Rehabilitering

Tilsynets vurdering af, om enheden sikrer en rehabiliterende tilgang, bygger på:

- Telefoninterview med 21 borgere
- Ledelsesinterview
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser<sup>14</sup>
- Enhedens og tilsynets audit af i alt 14 borgerjournaler

**Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:**

Ved interview med borgere fremgår det at:

- 70 % af borgerne svarer 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' til at de har været med til at 'sætte mål for hjælpen'
- 85 % af borgerne svarer 'ja, i høj grad' til at de arbejder efter de aftalte mål

---

<sup>14</sup> Svarprocenten i medarbejderspørgeskemaet er ikke tilstrækkelig høj til, at man kan antage at svarene er helt repræsentative for alle medarbejdere i enheden

- 60 % af borgerne svarer 'ja, i høj grad' til at de bliver inddraget i tilrettelæggelsen af, hvordan hjælpen skal udføres. 15 % svarer 'ja, i nogen grad'.
- 60 % af borgerne svarer 'ja, i høj grad' til at de deltager i hjælpen. 15 % svarer 'ja, i nogen grad'.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- 33 % af medarbejderne har svaret 'i meget høj grad' eller 'i høj grad', 44 % har svaret 'i nogen grad' til om de kender borgerens livshistorie og handleplaner.
- 42 % af medarbejderne har svaret 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' og 42 % har svaret 'i nogen grad' til, at de aktivt inddrager borgerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter.

Af ledelsesinterview fremgår det at:

- På baggrund af sidste års rehabiliteringsuge (2020) er der blevet udarbejdet en handleplan for hvordan man i højere grad får dokumenteret borgerens egen-indsats. Generelt kan man se inddragelsen i praksis – men dokumentationsdelen halter og det skal der fortsat være fokus på.
- Der har været tilbagemeldinger om, at borgeren oplever en stor forskel mellem det at være tilknyttet Rehabiliteringsteamet og enheden. Derfor arbejder man med et overgangsprojekt i samarbejde med Rehabiliteringsteamet, hvor der er fokus på at styrke samarbejdet, få en god overdragelse og konkrete anvisninger fra Rehabiliteringsteamet og inddrage borger i overgangen mellem de to enheder. Det afprøves aktuelt, om det er en fordel ved i komplekse forløb at have et fysisk overdragelsesmøde.

Af journalaudit fremgår det at:

- Inddragelse af borgers perspektiv ses i begrænset omfang i de auditerede journaler i forhold til:
  - Beskrivelsen af borgers motivation
  - Borgers vurdering ved funktionstilstande
- Inddragelse af borgers perspektiv og fokus på det rehabiliterende perspektiv ses i højere grad i forhold til:
  - Beskrivelse af borgers mestring
  - Beskrivelse af borgers ressourcer
  - Borgers vurdering ved helbredstilstand
  - Oprettet indsatsmål
  - 'Borgers indsats' udfyldt i døgnrytmeplan

**Tilsynet vurderer** at der er gjort fund af mindre betydning for den faglige kvalitet på enheden.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At borgerens perspektiv ikke gennemgående og systematisk er belyst i journalerne

I vurderingen er også lagt vægt på:

- At borgerne fortæller at de for størstedelens vedkommende oplever sig inddraget i indsatsen og kender de mål, der arbejdes med
- At borgerne angiver at de kender deres mål og at der arbejdes med det
- At medarbejderne angiver, at de inddrager borgerne i indsatsen

**Tilsynet anbefaler**

- At der arbejdes med, at borgerens perspektiv i højere grad fremgår af journalen

## E-læring

Tilsynets kommentering af medarbejdernes gennemførelsesgrad af den obligatoriske *e-læring* om lovgrundlag for magtanvendelser og procedurer for medicin håndtering, baseres på:

Udtræk fra e-læringsportalen Plan2Learn.

Tilsynet kommenterer kun medarbejdernes gennemførelsesgrad af e-læringskurserne, da enheden oplever tekniske udfordringer med e-læringsportalen.

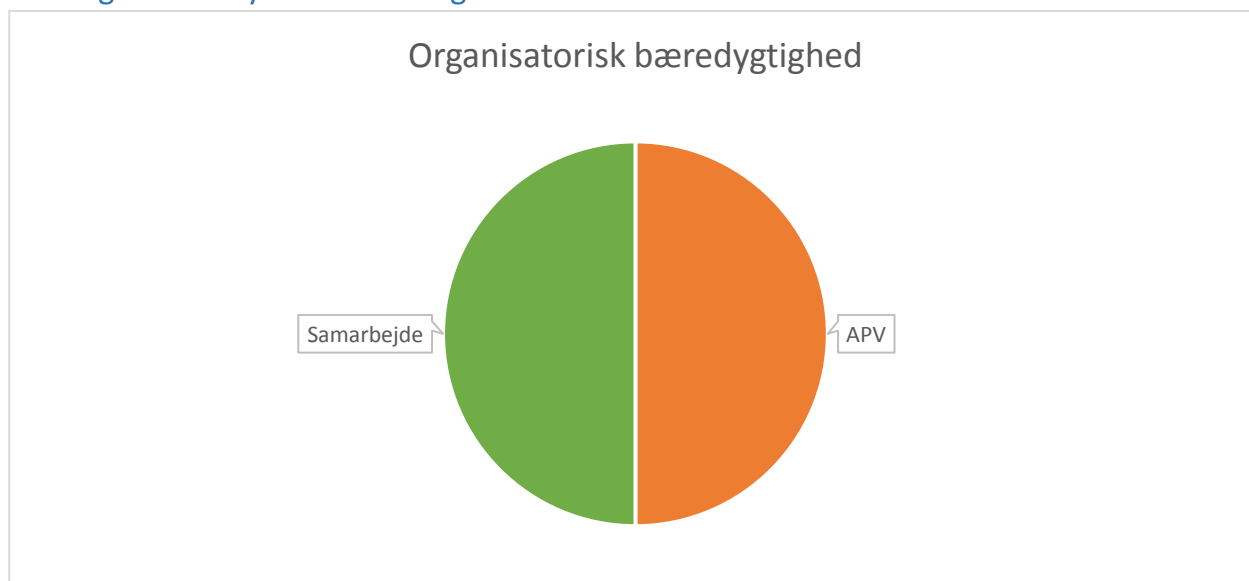
- 82 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Magtanvendelse'. Ud af de 82 medarbejdere har 63 medarbejdere gennemført kurset. 9 medarbejdere er påbegyndt kurset, men har ikke gennemført det. 10 medarbejdere er tilmeldt kurset, men har hverken påbegyndt eller gennemført kurset.
- 31 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicin håndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'. Ud af de 31 medarbejdere har 14 medarbejdere gennemført kurset. 6 medarbejdere er påbegyndt kurset, men har ikke gennemført det. 4 medarbejdere er tilmeldt kurset, men har hverken påbegyndt eller gennemført kurset. 7 medarbejdere har tidligere gennemført kurset, men kurset er udløbet og kræver en recertificering.
- 50 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicin håndtering for social- og sundhedshjælpere'. Ud af de 50 medarbejdere har 35 medarbejdere gennemført kurset. 2 medarbejdere er påbegyndt kurset og 6 medarbejdere er tilmeldt kurset, men har ikke påbegyndt eller gennemført kurset. 7 medarbejdere har tidligere gennemført kurset, men kurset er udløbet og kræver en recertificering.

## Organisation

I hovedområdet Organisation ses der på, hvorvidt enheden har en bæredygtig organisation. Tilsynet vurderer bæredygtigheden i enhedens organisation ud fra følgende målepunkter:

- APV
- Samarbejde
- Budgetoverholdelse
- Sygefravær
- Eksterne tilsyn

### Oversigt over tilsynets vurdering



En rød farve viser, at der er gjort et eller flere kritiske fund af betydning for patientsikkerheden.

En orange farve viser, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.

En gul farve viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.

En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med APV og medarbejdernes vurdering af det interne samarbejde: *At der er gjort fund af betydning i forhold til enhedens arbejde med APV*

I det følgende gennemgås tilsynets fund og vurdering inden for området.

### APV

Tilsynets vurdering af om enheden arbejder med at sikre et godt og trygt arbejdsmiljø bygger på:

- Tilsynets uanmeldte journalaudit og enhedens lokale audit af, om der er udfyldt APV'er (Arbejdspladsvurderingsskemaer vedrørende de borgerrelaterede forhold - herunder adgangsforhold og hjælpemidler i hjemmet) for alle borgere.
- Ledelsesinterview vedrørende opfølgning på den psykiske APV.

### **Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:**

Af journalaudit fremgår det:

- At 8 ud af 20 journaler i audit ikke havde udfyldt APV-skema

Ved ledelsesinterview fremgår det:

- At der blev gennemført en psykisk APV i 2019 sammen med enheden Hjemmehjælp og hjemmesygepleje Allingåbro. Efterfølgende er der arbejdet videre med risikovurderinger hos borger for at skabe sikkerhed for medarbejderne og der har været et fokus at legitimere behovet for pauser. Der er ligeledes udarbejdet diverse politikker på håndtering af vold og chikane eksempelvis.

**Tilsynet vurderer at:** Der er gjort fund af betydning for arbejdsmiljøet.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der for 8 ud af 20 auditerede journaler ikke var oprettet et APV-skema

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der er iværksat et arbejde for at understøtte medarbejdernes trivsel og arbejdsmiljø.

### **Tilsynet henstiller til:**

At der udarbejdes en handleplan for, hvordan det sikres at der udfyldes en APV for alle borgerne.

### **Tilsynets samlede vurdering ift. APV:**

Tilsynet vurderer, at den handleplan enheden har udarbejdet (bilag 2) er tidsafgrænset, realistisk og udgør en troværdig dokumentation for, at enheden inden for en afgrænset periode kan opnå det ønskede resultat.

## **Samarbejde**

Tilsynets vurdering af om medarbejderne er tilfredse med samarbejdet i enheden bygger på:

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

### **Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:**

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 48 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. 47 % af medarbejdere svarer 'både og'.
- 44 % af medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne internt. 47 % af medarbejdere svarer 'både og'.
- 77 % af medarbejderne angiver, at have et 'meget godt' eller 'godt' forhold til ledelsen. 25 % svarer 'både og'.

**Tilsynet vurderer at:** der ikke er gjort fund i forhold til det interne samarbejde i enheden.

## **Sygefravær**

Vurderingen af enhedens sygefravær, bygger på:

- Oversigt over sygefraværsprocenten i perioden 1. september 2020 til 31. august 2021

Af sygefraværsoversigten fremgår det:

- At sygefraværsprocenten for Hjemmehjælp Glesborg har været på 7,98 % i perioden.

- At sygefraværsprocent for sygeplejersker, assistenter og nattevagt opgøres samlet for Glesborg og Allingåbro og har været på 5,66 % i perioden.
- At til sammenligning er den samlede sygefraværsprocent i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune i samme periode på 6,6 %

### Budgetoverholdelse

**Tilsynet vurderer** at organisationen er presset på grund af personalemangel, hvilket betyder ekstra udgifter til vikarbureau, overarbejde, merarbejde og så videre. Der arbejdes systematisk med at løse udfordringen. Enheden er som udgangspunkt veldrevet, men der vil være en budgetoverskridelse i forhold til oprindeligt budget på grund af ovenstående forhold.

### Opsamling på andre/tidligere tilsyn

Arbejdstilsynet har ved tilsynsbesøg d. 23. juni 2021 konstateret, at enheden har overtrådt arbejdsmiljøreglerne om, at manuel håndtering af afdød borger i borgers eget hjem skal udføres fuldt forsvarligt. Enheden har efterfølgende bragt forholdene i orden og der er derfor truffet afgørelse uden handlepligt.



## Bilag 1: Oversigt: Journalaudit

Antal journaler hvor følgende er opfyldt:

<i>Opfølgning på forværring i borgers tilstand</i>	Tilsynets audit på 8 borgere	Enhedens audit på 12 borgere
Opfølgning på observationer	6 ud af 8	2 ud af 3
Opfølgning på målinger uden for tærskelværdi	0 ud af 1	3 ud af 3
<i>Opdateret beskrivelse af og plan for borgers helbreds- og funktionstilstande</i>		
Relevante helbredsoplysninger	8 ud af 8	6 ud af 12
Taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser	7 ud af 8	9 ud af 12
Alle relevante helbredstilstande valgt	6 ud af 7	8 ud af 12
Fyldestgørende faglige notater for helbredstilstande	3 ud af 7	6 ud af 11
Alle relevante funktionstilstande valgt	8 ud af 8	8 ud af 9
Oprettet relevante handlingsanvisninger	7 ud af 8	12 ud af 12
Henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant	2 ud af 2	-
Døgnrytmeplan opdateret	7 ud af 8	6 ud af 7
Ingen ubehandlede korrespondancer på borgeren? (MedCom)	8 ud af 8	12 ud af 12
Hvis relevant: En aktuell forflytningsvejledning for borgeren	1 ud af 2	0 ud af 1
Er relevante udredninger oprettet og udfyldt?	1 ud af 6	3 ud af 12
Oprettet opgaver på alle tilstande mindst en gang årlig	1 ud af 8	Ikke oplyst
<i>Sammenhæng og systematik</i>		
Oprettet relationer så der skabes sammenhæng	4 ud af 8	11 ud af 12
<i>Understøttelse af borgerens retsstilling</i>		
Borgerens samtykke fremgår af handleanvisningen	5 ud af 8	9 ud af 12
Borgers samtykke ved videregivelse af helbredsoplysninger	1 ud af 5	4 ud af 9
Tidsfrist for indberetning af magtanvendelse overholdt	-	-
<i>Understøttelse af rehabiliterende tilgang</i>		
Beskrivelse af borgers motivation	4 ud af 8	5 ud af 12
Beskrivelse af borgers mestring	5 ud af 8	6 ud af 12
Beskrivelse af borgers ressourcer	5 ud af 8	6 ud af 12
Borgers vurdering ved helbredstilstande	5 ud af 7	8 ud af 12
Borgers vurdering ved funktionstilstande	2 ud af 8	3 ud af 9
Oprettet indsatsmål	5 ud af 8	12 ud af 12
Feltet 'Borgers indsats' udfyldt i Døgnrytmeplan	5 ud af 8	3 ud af 7

## Bilag 2: Oversigt over enhedens handleplan

Patientsikkerhed		Handling/opgave	ansvarlig	tidsplan
Dokumentation	<p><b>Tilsynet henstiller til</b> at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det fremadrettet sikres:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At der følges op med tydelig angivelse af faglig konklusion og plan fremadrettet, ved målinger eller observationer, der viser en forværring i borgers tilstand.</li> <li>• At der udfyldes en fyldestgørende tilstandspræcisering i alle helbredstilstande.</li> <li>• At der oprettes opgaver til opfølgning på alle indsatser og helbredstilstande.</li> <li>• At der oprettes forflytningsvejledninger for de</li> </ul>	<p>Gennemgang af FS3 vejledning og intern arbejdsgang for at sikre kendt af alle spl og SSA</p> <p>Undervisning (Alle medarbejdere) i ændrede krav til dokumentation jf bekendtgørelse, medicinmodul, Gateway og fornyet gennemgang af metode og proces</p> <p>Iværksætte månedlig journal audit (3) med hver enkelt spl/SSA og dokumentationsnøgleperson</p> <p>Revurdering af ressourcebehov ift at leve op til dokumentationskrav og drøfte med chef ifm budget 2022</p> <p>Udpege/ansætte nr 2 dokumentationsnøgleperson i enheden</p>	<p>Ledere Dokumentationsnøgleperson Forflytningsvejleder</p> <p>Aftaleholder</p>	<p>Plan udarbejdes efterår 2021 Iværksætte fra okt/nov 21 og fremadrettet</p> <p>Drøftet på budgetopfølgning for sept. Yderligere tiltag ifm budgetlægning for 2022 og i gangværende rekruttering af sundhedsfagligt personale (14/10/21)</p>

	<p>borgere, der har problemstillinger i forhold til forflytning.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At der er oprettet de relevante relationer</li> <li>• At der konsekvent dokumenteres samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger</li> </ul>			
<b>Medicin-kontrol</b>	<p><b>Tilsynet henstiller til</b> at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det fremadrettet sikres:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At ordinationer indskrives entydigt i medicinoversigten, så den figurerer korrekt med angivelse af specifikke administrationsdage samt med tydelig angivelse af, hvem der administrer medicinen.</li> </ul>	<p>Gennemgå instruks for dispensering for sundhedsfagligt personale og SSH og evaluere hvordan medicinbesøg kan tilrettelægges for at sikre systematik i opgaven.</p> <p>labels og pen i sygepleje-kasserne. alle opsættes til print af labels</p>	<p>Ledere Faglig koordinator</p>	<p>Okt 2021</p> <p>Løbende fra okt 2021 ifm besøg</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At alle borgernes medicinæsker er angivet med persondata</li> <li>• At medarbejderen har en arbejdsgang, hvor vedkommende orienterer sig i medicinlisten forud for medicingivningen.</li> </ul>			
<b>Uth</b>	<p><b>Tilsynet henstiller til</b> at der udarbejdes en handleplan for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan det afklares, hvorfor kun 43 % af medarbejderne svarer, at de er helt eller delvist enige i, at de får passende tilbagemeldinger på deres arbejdsopgaver samt hvilke tiltag, der kan sættes i værk for at øge denne oplevelse</li> </ul>	<p>Drøftelse i grupperne om besvarelse af spørgeskemaet, herunder forsøge at afdække:  Har medarbejderen modtaget skemaet?  Årsager til besvarelse eller ej?  Hvis ej, hvorfor ikke?  Spørgsmål om/2-2 summe/brainstorm på hvordan feedback ønskes – hvad sker nu? Hvad kan forbedres?</p>	Ledere	Efterår 2021
<b>Brugertilfredshed</b>				

<b>Faglighed</b>				
<b>Delegation og kompetencer</b>	<p><b>Tilsynet henstiller til</b>, at der udarbejdes en plan for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hvordan der følges op på medarbejderes faglige niveau og refleksion i forhold til de opgaver, de varetager – også hvor der ikke er en synligt bekymring eller behov.</li> <li>At udbrede medarbejderes kendskab til proceduren for delegation.</li> </ul>	<p>Gennemgang af instruks for delegation af sygeplejefaglige opgaver</p> <p>Kompetenceafklaring :</p> <p>Udarbejde en arbejdsgangsbeskrivelse for processen og implementere denne</p> <p>Udarbejde SMART metode til at vedligeholde/opdatere kompetenceprofiler</p>	<p>Faglig koordinator Ledere Inddragelse af spl/SSA</p>	<p>Efterår- vinter 2021- 22</p>
<b>Kendskab til instrukser og retningslinjer</b>				
<b>E-læring</b>	<p><b>Tilsynet henstiller til</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>At der iværksættes en indsats for at få alle relevante medarbejdere til at gennemføre de obligatoriske e-læringskurser.</li> </ul>	<p>Redigering i Plan2learn mhp medarbejder validitet</p> <p>Leder undervisning i Plan2learn</p> <p>Udarbejde plan for undervisning jf. hjemmeplejens ramme for 'vedligeholdelse af kompetencer' (udkast)</p>	<p>Faglig Koordinator Ledere</p>	<p>Fra vinter 2021</p>

<b>Organisatorisk Bæredygtighed</b>				
<b>APV</b>				
<b>Tilsynet henstiller til:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At der udfyldes APV for alle borgere, hvor medarbejderne har deres gang i borgerens hjem</li> </ul>	Udarbejde arbejdsmiljømål og proces beskrivelse for APV i journalen samt implementere dette.  Ved journal audit følge % opfyldelse	TRIO/AMR/AMG  Spl/SSA AMR	Fra oktober 2021	

### Bilag 3: Kommentarer ift. den praktiske hjælp

I forhold til spørgsmålene *'Hvad synes du om den hjælp, du får til rengøring?'*, *'Hvad synes du om den hjælp, du får til indkøb?'*, *'Hvad synes du om den hjælp, du får til tøjvask?'* og *'Hvad synes du om den hjælp, du får til den praktiske hjælp samlet set?'* er der følgende kommentarer:

- Er slet ikke nok tid til ordentlig rengøring.
- Ville gerne det var hver 14.dag.
- Meget ringe kvalitet, meget unge hjælpere. Alt for lidt tid hver 3. uge a 45 min. Nogen gange ude af døren efter 25 min.

