

Kommunalt
tilsyn
(udvidet)

Hjemmeplejen
og Sygeplejen
Norddjurs -
Allingåbro

2024

Indhold

Kommunalt tilsyn i Hjemmeplejen og Sygeplejen Norddjurs - Allingåbro (udvidet tilsyn).....	3
Datagrundlag for ordinært og udvidet kommunalt tilsyn 2024	4
Præsentation af enheden	5
Tilsynets samlede vurdering	7
Opsamling – ordinære tilsyn (servicelov):.....	7
Opsamling - det udvidede tilsyn (sundhedslov):	7
Ordinært tilsyn: Borgernes vurdering af kvaliteten af de leverede ydelser	10
Udvidet tilsyn: Enhedens kvalitetssikring af ydelser efter sundhedsloven.....	12
Den sundhedsfaglig dokumentation på enheden	13
Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser	17
Enhedens medicin håndtering.....	18
Delegation og kompetencer	20
Medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer	23
Medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring.....	24
Bilag 1: Enhedens handleplan	25

Kommunalt tilsyn i Hjemmeplejen og Sygeplejen Norddjurs - Allingåbro (udvidet tilsyn)

Det kommunale tilsyn i Sundhed og Omsorg udføres jf. Norddjurs Kommunes tilsynspolitik for kommunale tilsyn ([Sundhed og Omsorg: Politikker](#)). Politikken er godkendt af Voksen- og Plejeudvalget den 23. oktober 2024.

Tilsynet leveres af konsulenter ansat i Sundhed og Omsorg under ansvar af aftaleholder for Visitation, Hjælpemidler og Kvalitetssikring.

Tilsynet har afsæet servicelovens § 151, der angiver at kommunen har pligt til at føre tilsyn med kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter følgende paragraffer i serviceloven:

- § 83 (pleje, praktisk hjælp og madservice)
- § 83a (korterevarende rehabiliteringsforløb)
- § 86 (genoptræning og vedligeholdende træning).

Derudover er det besluttet i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune, at også kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter følgende paragraffer i sundhedsloven, indgår i det kommunale tilsyn:

- § 138 (vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenviisning)
- §140 (vederlagsfri genoptræning ved lægefagligt begrundet behov efter udskrivning fra sygehus).

Det kommunale tilsyn i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune er delt op i:

1) **Det kommunale tilsyn (ordinært)**, der gennemføres hvert år på enhederne i Sundhed og Omsorg som et uanmeldt tilsyn. Her indsamles, afrapporteres og følges op på data for at belyse kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter serviceloven (§§ 83, 83a og 86)

2) **Det udvidede kommunale tilsyn**, der gennemføres hvert andet år på enhederne i Sundhed og Omsorg, som et supplement til Det kommunale tilsyn (ordinært). Det udvidede kommunale tilsyn indsamler, afrapporteres og følger op på data for at belyse kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter sundhedsloven (§§ 138 og 140).

Hvis der er gjort fund ved et tilsyn på en enhed, følges der op på disse fund, ved tilsynet det følgende år på enheden. Det vil sige, at hvis der er gjort et fund i forhold til varetagelsen af de kommunale opgaver efter sundhedsloven et år, bliver der fulgt op på dette fund ved det følgende års tilsyn – også selvom det følgende års tilsyn er et ordinært tilsyn, der ellers kun har fokus på de kommunale opgaver efter serviceloven.

I tilsynet skelnes der mellem disse fire typer fund:

Patientkritisk fund – markeres med en rød farve i rapporten

Tilsynet udfører et gentilsyn inden for en afgrænset periode

OBS – denne vurdering gives kun ved tilsyn på opgaver efter sundhedsloven

Fund af betydning for den leverede kvalitet – markeres med en orange farve i rapporten

Der er en henstilling til enheden om at udarbejde en handleplan for det pågældende område. Tilsynet følger op på handleplanen ved interview med ledelsen og dataindsamling ved tilsynet året efter

Fund af mindre betydning for den leverede kvalitet – markeres med en gul farve i rapporten
Der er en anbefaling om, at enheden arbejder med det pågældende område fremadrettet
Tilsynet følger ikke op

Ingen fund af betydning for den leverede kvalitet – markeres med farven grøn i rapporten
Tilsynet følger ikke op

Datagrundlag for ordinært og udvidet kommunalt tilsyn 2024

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

Datagrundlag for denne rapport

Ordinært og uanmeldt tilsyn 2024

- **Indsatser efter servicelovens paragraffer: 83, 83A og 86.** Telefoninterviews med 26 tilfældigt udvalgte borgere (5 %), som modtager en indsats fra enheden. Interviewene handler om borgernes mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede indsats.

Udvidet og anmeldt tilsyn 2024

- **Sundhedsfaglig dokumentation.** Audit på tre borgerjournaler. Enhedens egen sygeplejefaglige audit og hjælper-audit på hhv. 10 og 9 borgerjournaler
- **Medicinkontrol.** Gennemgang af tre borgeres medicinbeholdning og journalaudit i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin. Observation af en medicindispensering¹ og administration² af insulin. På baggrund af fund ift. medicinhåndtering er der foretaget en ekstra stikprøve på to borgeres journaler
- **Enhedens arbejde med: At forebygge utilsigtede hændelser (UTH)³, Delegation⁴ og kompetencer og Medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer:** Spørgeskemaundersøgelse sendt ud til en tilfældigt udvalgt stikprøve på 40 medarbejdere (30 % af medarbejderne). Heraf har 22 medarbejdere besvaret spørgeskemaet. Svarprocent er derfor 55%⁵
- **Udtræk fra e-læringsportalen⁶**

Opfølgning på sidste års tilsyn 2023

- Ledelsesinterview om arbejdet med de fund, der blev gjort ved det kommunale tilsyn på enheden i 2023

¹ Proces hvor medarbejder optæller/tilbereder borgerens ordinerede medicin, for eksempel lægger borgerens tabletter i doseringsæsker for en 14-dages periode.

² Administration er personalets udlevering af medicin til borgeren og hjælp med at indtage medicinen.

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

⁴ Delegation er det begreb, der anvendes, når en sundhedsfaglig opgave overdrages fra lægen til andre faggrupper.

⁵ Da det er en relativt lille stikprøve ift. det samlede antal medarbejdere kan data ikke betegnes som repræsentative for alle medarbejdere i enheden.

⁶ E-læring (elektronisk læring) er kompetenceudvikling, der kan foregå på computer, tablet eller smartphone.

Præsentation af enheden

Hjemmeplejen og Sygeplejen Norddjurs - Allingåbro

AKTUELLE RAMMER OG VILKÅR:

Hjemmeplejen og Sygeplejen i Allingåbro, har samlet set ca. 130 medarbejdere inklusiv timelønnede, elever og paragraf 94 ansatte.

Enheden har en sygeplejeklinik i Auning og et lokale i Allingåbro, der udelukkende bruges til måltagning til kompressionsbehandling, medicin dosering samt injektioner. Enheden har desuden et antal sygeplejefaglige specialister, der arbejder på tværs i Sundhed og Omsorg (Akut, KOL, Sår). Derudover arbejder flere sygeplejersker og assistenter som nøglepersoner i forskellige faglige områder lokalt i Allingåbro.

I 2023 har der været 3 afdelingsledere, der har ansvar for personaleledelse og daglig drift, samt ledelsen af: En fuldtids vagtplanlægger, en sygeplejerske, der varetager vagtplanlægningen for sygeplejersker og assistenter og funktionen faglig koordinator samt 3 kørelisteplanlæggere og en pedel til vedligehold/service af biler.

Siden 21 oktober 2024 har der været en afdelingsleder, samt en konstitueret afdelingsleder i Allingåbro.

Enheden understøttes af aftaleholder med overordnet ansvar for økonomi, kvalitet og tværgående opgaver.

Medarbejderprofil

- SSH: 66 (inkl. ufaglærte)
- SSA: 14
- Spl: 18
- Pedel: 1
- Afløsere: 22
- Kørelisteplanlæggere: 3
- Vagtplanlægger: 1
- Faglig Koordinator: 1
- §94: 8

Antal daglige hjemmeplejeruter Allingåbro: Dag = ca. 32 ruter; Aften = 9 ruter;

Sygeplejen = 9 ruter inkl. klinik og akutfunktion. Aften = 2 aften ruter (en sygeplejerute og en assistent rute).

Antal ruter justeres efter behov.

Udfordringer siden sidste tilsyn:

- Enheden er fortsat under økonomisk administration, hvilket fortsat har givet daglige udfordringer, der sammen med personalet er løst med henblik på at minimere udgifter, og for at kunne opretholde Norddjurs Kommunes kvalitetsstandard.
- Siden sidste tilsyn har der været fokus på opstart af teams og planlægning af dette. Teams er opstartet d. 1 oktober.

- Siden sidste tilsyn har der været udfordringer med langtidssyge medarbejdere, sammenholdt med en stor personaleomsætning. Dette har for nogen medarbejdere betydet store ændringer i dagligdagen.
- Udfordringer med arbejdsmiljø og trivsel
- Siden sidste tilsyn har der fortsat været fokus på en særdeles stram ressource styring, med de udfordringer det giver for at opretholde den kvalitetsstandard der er i kommunen.

Hvad vi er lykkedes med:

- At få fokus på det nye kompetenceskema
- Få opstartet organisering i Teams.
- Få bedre samarbejde om opgaveløsning hos borgerne, på tværs af faggrupperne.
- Tættere samarbejde mellem faggrupper.
- Optimering i forhold til fordeling af kommunale køretøjer.
- At få fyldt kursus hold, til "Personcentreret omsorg", med et godt udbytte.
- Skabt løbende ro på arbejdspladsen.

Tilsynets samlede vurdering

Her er en samlet oversigt over tilsynets vurdering.

Vurderingen er delt i to:

- 1) En vurdering af de data der er indsamlet uanmeldt ved det **ordinære tilsyn** til at belyse kvaliteten i enhedens varetagelse af de kommunale opgaver efter *serviceloven* (§§ 83, 83a og 86)
- 2) En vurdering af de data, der er indsamlet anmeldt ved det **udvidede tilsyn**, der foregår hver andet år for at belyse kvaliteten i enhedens varetagelse af opgaver efter *sundhedsloven* (§ 138).

Vurderingen er i begge tilfælde udtryk for et øjebliksbillede på baggrund af en mindre stikprøve.

Opsamling – ordinære tilsyn (servicelov):

Hvert år gennemføres det ordinære kommunale tilsyn på enhederne i Sundhed og Omsorg for at belyse kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter serviceloven (§§ 83, 83a og 86). Tilsynet er baseret på følgende data: Telefoninterviews med 5 % af de borgere, der er tilknyttet enheden (29 borgere). I interviewet spørges borgerne til deres tilfredshed med leveringen af personlig pleje, leveringen af den praktiske hjælp, den leverede mad, samarbejdet med personalet, organisering af hjælpen og borgernes oplevelse af at blive inddraget i indsatsen.

Samlet vurdering i forhold til det ordinære tilsyn

Vurdering i forhold til Brugertilfredshed

Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

I Afsnittet: 'Borgernes vurdering af kvaliteten af de leverede ydelser' er datagrundlag og tilsynets vurdering af data præsenteret.

Opsamling - det udvidede tilsyn (sundhedslov):

I forbindelse med det udvidede tilsyn, der foregår hvert andet år, ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at sikre kvaliteten af de leverede ydelser efter sundhedsloven*.

Det udvidede tilsyn omfatter følgende målepunkter:

- Den sundhedsfaglige dokumentation på enheden
- Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser
- Enhedens medicinhåndtering
- Delegation og kompetencer
- Medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer
- Medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring

Samlet vurdering i forhold til **sundhedsfaglig dokumentation**

Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

Henstilling om udarbejdelse af handleplan for hvordan enheden inden for en afgrænset periode sikrer:

- Dokumentation for opfølgning på måling og observationer, der kan indikere en forværring i borgerens tilstand
- Angivelse af instruktion ved overskridelse af tærskelværdier
- Henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge i handlingsanvisning, hvor relevant
- Opdatering af handlingsanvisninger

Enheden har udarbejdet handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanen er i Bilag 1.

Samlet vurdering i forhold til arbejdet med **utilsigtede hændelser**

Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

Samlet vurdering på opfølgning i forhold til **Medicinhåndtering**

Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

Henstilling om udarbejdelse af handleplan for hvordan enheden inden for en afgrænset periode sikrer

- At medicinregistrering-advisering er slået til ved borgere, som hjælpes med medicinering pr. os fast, så der foretages en registrering af, at der er givet medicin

Enheden har udarbejdet handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanen er i Bilag 1.

Der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet

Anbefaling om at skabe arbejdsgange/procedurer så det sikres:

- At der altid angives anbrudsdato på medicinske cremer

Der er ikke gjort fund ved observation af hygiejne.

Samlet vurdering i forhold til **delegation og kompetencer**

Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

Henstilling om udarbejdelse af handleplan for hvordan enheden inden for en afgrænset periode sikrer⁷:

- At medarbejderne anvender kompetence- og overdragelseskemaet ved behov
- At medarbejderne har et personligt kompetenceafklaringskema
- At medarbejdernes personlige kompetenceskema er opdateret
- At medarbejderne har et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer og at dette skema er opdateret

⁷ Da medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fandt sted umiddelbart inden en forestående udrulning og implementering af nye og opdaterede skemaer, forventes det, at enhederne ved at følge den fælles fastlagte implementeringsplan, kommer til at understøtte medarbejdernes kendskab og anvendelse af de forskellige typer af skemaer.

Enheden har udarbejdet handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanen er i Bilag 1.

Der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet

Anbefaling om at enheden arbejder med at sikre:

- At medarbejderne kender kompetence og overdragelseskemaet

Samlet vurdering i forhold til kendskab til instrukser og retningslinjer

Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

Henstilling om udarbejdelse af handleplan for hvordan enheden inden for en afgrænset periode sikrer:

- At medarbejderne ved hvordan de skal anvende VAR
- At medarbejderne har adgang til at anvende VAR
- At medarbejderne anvender VAR når de er i tvivl om en procedureanvender kompetence og

Samlet vurdering i forhold til obligatorisk e-læring

Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

Anbefaling om at sikre:

- At hjælpere gennemfører det obligatoriske kursus i medicin håndtering

Ordinært tilsyn: Borgernes vurdering af kvaliteten af de leverede ydelser

I tilsynet indsamles data for at belyse kvaliteten af de ydelser, der leveres af enheden efter servicelovens § 83 og § 83a.

I oversigten nedenfor præsenteres data fra telefoninterviews med 29 tilfældigt udvalgte borgere, som får en eller flere ydelser efter serviceloven §§ 83 og/eller 83a leveret af Hjemmeplejen i Norddjurs: Allingåbro. Borgerne er blevet spurgt til deres oplevelse af at være inddraget i og deres tilfredshed med de leverede ydelser.

Telefoninterviews med 29 borgere	Tilsynets vurdering	Kommentarer ⁸
Hvor tilfreds er du samlet set med den hjælp og støtte du får?		
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til at komme i bad?		
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til at vaske dig?		
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til af- og påklædning?		
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til toiletbesøg?		
Praktisk hjælp		
Hvor tilfreds er du med rengøringen af din bolig?		
Hvor tilfreds er du med hjælpen til tøjvask?		
Får du hjælp til indkøb?		
Hvor tilfreds er du med den hjælp, du får til indkøb?		
Maden		
Får du leveret mad?		
Hvor tilfreds er du med maden?		
Er du tilfreds med den hjælp du får til måltidet?		
Personalet		
Personalet lytter til, hvad jeg har behov for?		
Personalet udviser respekt over for mig?		
Omgangstonen mellem personalet og mig er god?		
Personalet ved hvad de skal, når de kommer for at hjælpe dig?		
Praktiske forhold		
Du får den hjælp og støtte, der er aftalt?		
Du får den hjælp og støtte du har behov for?		

Personalet tager hensyn til, hvordan du gerne vil have din døgnrytme?		
Bliver din hjælp nogle gange aflyst?		
Kommer hjælperne generelt til den aftalte tid?		
Du får besked, hvis hjælperne ændrer tidspunkt for hjælpen?		
Inddragelse og målfastsættelse		
Deltager du i udførelsen af hjælpen hvor du kan?		
Personalet støtter dig i at klare flest mulige dagligdagsting?		
Har du været med til at beslutte, hvad du skal kunne selvstændigt i dagligdagen?		
Samlet vurdering i forhold til Brugertilfredshed		
Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet		

Forklaring: Farven i kolonnen 'Tilsynets vurdering'

Hvis 30 % eller flere af de interviewede borgere svarer med en af de negative svarkategorier på et spørgsmål, så markeres feltet: 'Tilsynets vurdering' ud for det pågældende spørgsmål med farven orange og der angives en svarfordeling.

Hvis 30 % eller flere af de interviewede borgere svarer med en af de negative svarkategorier *og/eller* med mellemkategorien på et spørgsmål, så markeres feltet 'Tilsynets vurdering' ud for det pågældende spørgsmål med farven gul og der angives en svarfordeling

Hvis færre end 30 % af de interviewede borgere svarer med en af de negative svarkategorier eller mellemkategorien, så markeres feltet 'Tilsynets vurdering' ud for det pågældende spørgsmål med farven grøn

Udvidet tilsyn: Enhedens kvalitetssikring af ydelser efter sundhedsloven

I forbindelse med det udvidede kommunale tilsyn, der foregår hvert andet år på enhederne, ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at sikre kvaliteten af de leverede ydelser efter sundhedsloven*. Herunder om der arbejdes med at *forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Tilsynet ser også på, hvorvidt enheden sikrer, at den nødvendige og relevante faglige viden og medarbejderkompetence er til stede i forhold til de opgaver, der skal løses. Derudover ser tilsynet på, om enheden lever op til sundhedslovens bestemmelser i forhold til at sikre, at borgerens integritet og selvbestemmelsesret respekteres.

Det udvidede tilsyn omfatter følgende målepunkter:

- Den sundhedsfaglige dokumentation på enheden
- Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser
- Enhedens medicin håndtering
- Delegation og kompetencer
- Medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer
- Medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring

Den sundhedsfaglig dokumentation på enheden

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens sundhedsfaglige dokumentation bygger på:

- Tilsynets journalaudit på tre tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til en række vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Enhedens lokale journalaudit på 10 af deres borgerjournaler i forhold til de samme vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Hjælperaudit på ni journaler i forhold til en række kriterier, der er relevante for denne medarbejdergruppe.
- Interview med ledelse om hvordan der er arbejdet med handleplanerne, som enheden udarbejdede på baggrund af fund ved sidste års tilsyn.

I oversigten nedenfor præsenteres data fra tilsynets audit på tre tilfældigt udvalgte journaler for borgere, der modtager en eller flere ydelser efter sundhedsloven.

Spørgsmål	Tilsynets vurdering	Kommentarer
Relationer (overblik 7)		
Er der oprettet de rette organisationstilknytninger som primære?		
Er ikke aktuelle organisationstilknytninger afsluttet?		
Generelle oplysninger (overblik 1)		
Er de angivne helbredsoplysninger relevante og opdaterede? *		
Hvis relevant: Er det beskrevet i helbredsoplysninger, hvem der har evt. behandlingsansvar ifbm. borgers kroniske sygdomme og handicaps?		
Helbredsoplysninger: Er der taget stilling til om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser?*		
Hvis borgeren ikke kan varetage egne helbredsmæssige interesser: Er der oprettet tilstand med henvisning til MedCom, hvor læge skriver dette?	Ikke relevant	
Sygeplejefaglig udredning		
Hvis borgeren modtager en indsats efter SUL: Er der taget stilling til alle 12 sygeplejefaglige problemstillinger, hvis relevant?		
Er alle relevante helbredstilstande valgt?*		
Er afsluttede tilstande gjort inaktive?		
Helbredstilstande		
Er der oprettet fagligt notat på alle aktuelle/potentielle tilstande?		
Er de faglige notater fyldestgørende? (f.eks. med angivelse af faglig problemstilling, årsag til tilstanden, hvordan tilstanden kommer til udtryk (habituel og aktuelt) og evt særlige opmærksomhedspunkter)*		
Er der lavet score på nuværende og forventet niveau for aktuelle tilstande? *		

Funktionsstilstande		
Er alle relevante tilstande valgt? (for mange/ for få?)*		
Er der oprettet fagligt notat på alle aktuelle/potentielle tilstande?		
Er de faglige notater fyldestgørende og opdaterede? (Angivelse af den faglige problemstilling, borgerens begrænsninger/ressourcer ved udførelse af aktiviteten)		
Er der lavet score på nuværende og forventet niveau for aktuelle tilstande? *		
Målinger		
Er der oprettet relevante basismålinger? (blodtryk, puls, vægt)		
Er der angivet tærskelværdier, hvor vi har opfølgende rolle? (eks. blodtryksprofiler, incompensatio, diabetes) *		
Er der angivet instruktion ved overskridelse af tærskelværdier i målinger? *	1 ud af 1 journaler	
Følges der op på målinger uden for tærskelværdierne/borgers normalværdier? **	2 tilfælde i 1 journal	
Indsatsmål		
Er der oprettet indsatsmål hvor relevant (ved rehabiliterende indsatser eller ustabile/komplekse helbredstilstande)?		
Er indsatsmål konkrete så det kan vurderes om de er opfyldt?		
Er indsatsmål opdaterede?		
Handlingsanvisninger		
Er der oprettet relevante handlingsanvisninger for indsatser efter SUL? *		
Ved delegation: Er det beskrevet hvad der skal observeres for og handles på? *	Ikke relevant	
Ved delegation: Er det beskrevet, hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages? *	Ikke relevant	
Er der henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant? *	1 ud af 3 journaler	
Fremgår borgerens samtykke af handleanvisningen? *⁹		
Er handlingsanvisningerne opdaterede? *	2 ud af 3 journaler	
Er historik i borgers behandling/pleje beskrevet i kortfattet form, hvor relevant?		
Døgnrytmeplan		

⁹ Spørgsmål markeret med fed, er spørgsmål hvor der blev gjort fund ved sidste års tilsyn med henstilling om at udarbejde en handleplan

Er døgnrytmeplan opdateret? (minimum x 1 årligt) *		
Afspejler døgnrytmeplanen borgerens daglige behov for pleje og borgerens aktiviteter? *		
Indsatser		
Er der oprettet relevante indsatser? *		
Fremgår der tekst i indsatsbeskrivelsen, der skal stå andre steder i journalen eller er dobbeltdokumentation?		
Er ikke aktuelle indsatser afsluttet?		
Er der oprettet en opfølgning på helbredstilstande minimum en gang årligt		
Observation		
Er observationsnotater relevante? *		
Følges der op på observationsnotater, der beskriver en forværring, med et relateret observationsnotat med konklusion og handleanvisninger? **		
Ved indlæggelse		
Hvis relevant: Er habituelle TOBS-værdier skrevet ind i den manuelle indlæggelsesrapport? *	Ikke relevant	
Hvis relevant: Er oplysninger vedr. fravalg af livsforlængende behandling skrevet ind i den manuelle indlæggelsesrapport? *	Ikke relevant	
Korrespondancer		
Angives borgerens samtykke i korrespondancer med tredjepart? *		
Magtanvendelse		
Hvis det fremgår af overblik 9, at der er magtanvendelse over for borgeren, er der så oprettet en handlingsanvisning med en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange, der kan anvendes til at forebygge magtanvendelse? *	Ikke relevant	
Indgrebet er registreret senest tre dage efter, at det er foretaget både ved akutte og forhåndsgodkendte magtanvendelse? *	Ikke relevant	
Andet		
Er der indsendt auditskemaer - udfyldt af hjælperne (hvor relevant)?		
Er der indsendt 10 borgerjournalaudits fra enheden?		

Opfølgning: Fund ift. dokumentation ved sidste års tilsyn

Ved det kommunale tilsyn 2023 fik enheden en henstilling om udarbejdelse af handleplan for hvordan enheden inden for en afgrænset periode sikrer

- At borgerens samtykke til behandling og pleje efter sundhedsloven fremgår af handlingsanvisninger
- At planen for borgerens pleje og behandling efter sundhedsloven er opdateret og fremgår af handlingsanvisningen

- At borgerens samtykke til udveksling af helbredsoplysninger til tredjepart er dokumenteret i journalen

Enheden har udarbejdet følgende handleplan i forbindelse med tilsynet år 2023:	Af interview med ledelsen ved opfølgende tilsyn 2024 fremgår det:
Der er pr.1/1 en medarbejder, der her fået funktionen som superbruger. Ligeledes er der to nøgle- personer.	Dette er iværksat
Der kobles 'first movers' på i hver af de 3 pleje grupper.	Dette er iværksat
Laves årshjul hvor "dokumentations" medarbejder mødes x 4 årligt	Dette har ikke været muligt at gennemføre
Undervisning i hele Spl og SSA gruppen, Både fælles og sidemandsoplæring	Dette er iværksat

Samlet vurdering i forhold til sundhedsfaglig dokumentation

Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

Henstilling om udarbejdelse af handleplan for hvordan enheden inden for en afgrænset periode sikrer:

- Dokumentation for opfølgning på måling og observationer, der kan indikere en forværring i borgerens tilstand
- Angivelse af instruktion ved overskridelse af tærskelværdier
- Henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge i handlingsanvisning, hvor relevant
- Opdatering af handlingsanvisninger

Enheden har udarbejdet handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanen er i Bilag 1.

Forklaring: Farven i kolonnen 'Tilsynets vurdering'

Hvis der er gjort et eller flere enkeltstående patientkritiske fund

Hvis der i 30 % eller flere af journalerne vurderes 'ikke opfyldt' til et særlig væsentligt spørgsmål i auditskemaet. (Særligt væsentlige spørgsmål er markeret med en *)

Hvis der i 20 % eller flere af journalerne vurderes, at et *spørgsmål ikke er opfyldt

Hvis der i 30 % eller flere af journalerne er to af de øvrige spørgsmål, som ikke er opfyldt

Hvis der ikke er leveret de rigtige data (foretaget journalaudits på enheden)

Hvis der i færre end 20 % af journalerne er et *spørgsmål der ikke er opfyldt

Hvis der i færre end 30 % af journalerne er et eller flere af de øvrige spørgsmål, som ikke er opfyldt

Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med at forebygge utilsigtede hændelser (UTH)¹⁰ bygger på:

- Spørgeskema udsendt til en tilfældigt udvalgt stikprøve på 30 % af medarbejderne.

I oversigten nedenfor præsenteres data fra medarbejdernes spørgeskemaer med 22 besvarelser ud af 40 udsendte spørgeskemaer (Svarprocent 55 %)

Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)	Tilsynets vurdering	Kommentarer
Ved du, hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse eller ved du hvem man kan gå til for at få hjælp til det?		
Arbejdes der på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen?		
Jeg oplever, at det er let at snakke om utilsigtede hændelser her hos os?		
Gør kulturen hos jer det nemt at lære af utilsigtede hændelser?		
Jeg ville føle mig tryk, hvis jeg var beboer/borger her?		
Jeg kan spørge mine kollegaer til råds, hvis jeg er i tvivl om noget?		
Samlet vurdering i forhold til arbejdet med utilsigtede hændelser		
Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet		

Forklaring: Farven i kolonnen 'Tilsynets vurdering'
Over 30 % af de adspurgte medarbejdere (mindst to) har en negativ besvarelse på spørgsmålsbatteri om patientsikkerhed
Mellem 20 % og 30 % af de adspurgte medarbejdere har en negativ besvarelse på spørgsmålsbatteri om patientsikkerhed
Hvis der i færre end 20 % af de adspurgte medarbejdere der har en negativ besvarelse på spørgsmålsbatteri om patientsikkerhed

¹⁰ En UTH (utilsigtet hændelse) er en hændelse, hvor sundhedspersoner uforvarende forvolder fejl og skader, når borgerne behandles eller på anden måde er i kontakt med enheden.

Enhedens medicin håndtering

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

- Gennemgang af tre borgeres medicinbeholdning og journalaudit i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin
 - Hertil er der yderligere lavet stikprøve på to borgers journaler i relation til gjorte fund
- Tilsynets anmeldte observation af en medicindispensering¹¹ og administration¹² af insulin

I oversigten nedenfor præsenteres data fra medicinkontrollerne

Medicinkontrol	Tilsynets vurdering	Kommentarer
Medicinen er hygiejnisk og korrekt adskilt		
Medicinen er opbevaret ved korrekt temperatur og forhold		
Medicinen har gyldig holdbarhedsdato		
Der er angivet anbrudsdato på dråber, salver, inhalation og injektion		Manglende anbrudsdato på 1 medicinsk creme.
Medicinæsker og præparater har påsat personidentifikation		
vDer er adrenalin til rådighed hos borger/i enheden hvor relevant	Kan ikke vurderes	Ikke relevant ved de besøgte borgere.
Pn-medicin er dispenseret med persondata, præparatinfo samt udløbsdato.		
Medicinæsker indeholder korrekt antal tabletter og piller		
Enheden har en patientsikker arbejdsgang for dispensering		
Enheden foretager løbende evaluering af den medicinske behandling		
Ordinationen fremgår entydig og opdateret		
Medicinens administrationsform- og tidspunkt er entydig angivet		
Borgers selvadministration er angivet hvor relevant		
Enheden foretager registrering af givet medicin i borgerjournal		Fast givet medicin er ikke registreret hos en borger i aftenvagt i syv ud af syv observerede dage. <i>Efterfølgende stikprøve af 2 yderligere borgere viste også, at der mangler</i>

¹¹ Proces hvor medarbejder optæller/tilbereder borgerens ordinerede medicin, for eksempel lægger borgerens tabletter i doseringsæsker for en 14-dages periode

¹² Administration er personalets udlevering af medicin til borgeren og hjælp med at indtage medicinen samt observation af borgeren

		<i>registrering af fast givet medicin i aftenvag¹³.</i>
Risikosituationslægemidler er angivet i medicinliste		
Enhedens interne medicingennemgang		
Enheden har foretaget årlig gennemgang af medicinbeholdning på 4 borgere/beboere		
Samlet vurdering på opfølgning i forhold til Medicinhåndtering		
Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet		
Henstilling om udarbejdelse af handleplan for hvordan enheden inden for en afgrænset periode sikrer		
<ul style="list-style-type: none"> • At medicinregistrering-advisering er slået til ved borgere, som hjælpes med medicinering pr. os fast, så der foretages en registrering af, at der er givet medicin 		
Enheden har udarbejdet handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanen er i Bilag 1.		
Der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet		
Anbefaling om at skabe arbejdsgange/procedurer så det sikres:		
<ul style="list-style-type: none"> • At der altid angives anbrudsdato på medicinske cremer 		
Der er ikke gjort fund ved observation af hygiejne.		

Forklaring: Farven i kolonnen 'Tilsynets vurdering'
Et eller flere patientkritiske fund
Et eller flere væsentlige fund i forhold til Sundhed og Omsorgs instrukser for medicinhåndtering
Et eller flere fund i forhold til Sundhed og Omsorgs instrukser for medicinhåndtering
Ingen fund ift Sundhed og Omsorgs instrukser for medicinhåndtering

¹³ Ved den efterfølgende stikprøve fandt tilsynet, at der også manglede registrering af fast givet medicin i aftenvagthv. tre ud af syv observerede dage samt én ud af syv observerede dage. Afdelingsledelsen er kontaktet kort efter tilsynet, og enheden iværksætter tiltag for at sikre registrering af medicin med det samme.

Delegation og kompetencer

Tilsynets vurdering af hvordan enheden arbejder med delegation¹⁴ og sikring af at medarbejderne har de rette kompetencer til opgaven bygger på:

- Spørgeskema udsendt til en tilfældigt udvalgt stikprøve på 30 % af medarbejderne.
- Interview med ledelse om hvordan der er arbejdet med handleplanerne, som enheden udarbejdede på baggrund af fund ved sidste års tilsyn.

I oversigten nedenfor præsenteres data fra medarbejdernes spørgeskemaer med 22 besvarelser ud af 40 udsendte spørgeskemaer (Svarprocent 55 %)

Delegation og kompetencer	Vurdering	Kommentarer
Kender du kompetence- og overdragelseskemaet? ¹⁵	7 ud af 18 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Bruger I dette skema i hverdagen ved behov?	9 ud af 17 svarer "I mindre grad" eller "Slet ikke"	
Har du et personligt kompetenceafklaringskema?	12 ud af 16 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Er skemaet opdateret?	12 ud af 16 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Har du et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer?	14 ud af 16 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Er skemaet opdateret?	14 ud af 16 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Har du inden for de seneste tre måneder udført en eller flere opgaver du ikke havde kompetencerne til?		
Mit team har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag		

¹⁴ Delegation er det begreb der anvendes, når en sundhedsfaglig opgave overdrages fra lægen til andre faggrupper

¹⁵ Spørgsmål markeret med fed er spørgsmål hvor der ved sidste års tilsyn var henstilling om at udarbejde en handleplan

Jeg har adgang til de oplysninger, jeg har brug for, for at kunne udføre mit arbejde hos borgerne	
Jeg oplever, at nyt personale får en god introduktion til de sundhedsfaglige opgaver	
Jeg oplever, at personale, der skal oplæres i nye sundhedsfaglige opgaver, får den nødvendige sparring	

Opfølgning: Fund ift. delegation og kompetencer ved sidste års tilsyn

Ved det kommunale tilsyn 2023 fik enheden en henstilling om udarbejdelse af handleplan for hvordan enheden inden for en afgrænset periode sikrer

- At medarbejderne kender kompetence- og overdragelseskemaet
- At medarbejdernes skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer er opdateret
- At medarbejdernes personlige kompetenceafklaringskemaer er opdateret

Enheden har udarbejdet følgende handleplan i forbindelse med tilsynet år 2023:

Der pågår på nuværende tidspunkt en revidering af kompetenceskemaet, således det stemmer overens med GDPR og kommunens standarder. **Indtil** dette skema er udarbejdet færdigt:

hænges det eksisterende skema, op

og dette gennemgås på teammøder og inddrages i hverdagen.

Samt ved introduktioner af nye medarbejder

Af interview med ledelsen ved opfølgende tilsyn 2024 fremgår det:

På interviewtidspunktet er kompetenceskemaerne revideret og hængt op, så det er synligt for medarbejderne.

Enheden har siden sidste tilsyn særligt haft fokus på at sikrer overgangen til den nye organisering i teams, hvorfor der hovedsageligt er arbejdet med denne proces

Der er ved at blive udviklet et tværgående fælles introduktionsmateriale til medarbejderne i Sundhed og Omsorg

Samlet vurdering i forhold til delegation og kompetencer

Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

Henstilling om udarbejdelse af handleplan for hvordan enheden inden for en afgrænset periode sikrer¹⁶:

- At medarbejderne anvender kompetence- og overdragelseskemaet ved behov
- At medarbejderne har et personligt kompetenceafklaringskema
- At medarbejdernes personlige kompetenceskema er opdateret
- At medarbejderne har et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer og at dette skema er opdateret

¹⁶ Da medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fandt sted umiddelbart inden en forestående udrulning og implementering af nye og opdaterede skemaer, forventes det, at enhederne ved at følge den fælles fastlagte implementeringsplan, kommer til at understøtte medarbejdernes kendskab og anvendelse af de forskellige typer af skemaer.

Enheden har udarbejdet handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanen er i Bilag 1.

Der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet

Anbefaling om at enheden arbejder med at sikre:

- At medarbejderne kender kompetence og overdragelseskemaet

Forklaring: Farven i kolonnen 'Tilsynets vurdering'

30 % eller flere af medarbejderne (mindst to) svarer negativt på et af spørgsmålene fra spørgebatteri om Delegation og kompetencer:

20 % eller flere af medarbejderne svarer negativt på et af spørgsmålene fra spørgebatteri om Delegation og kompetencer:

Hvis der i færre end 20 % af medarbejderne svarer negativt på et af spørgsmålene fra spørgebatteri om Delegation og kompetencer:

Medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer

Tilsynets vurdering af medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer bygger på:

- Spørgeskema udsendt til en tilfældigt udvalgt stikprøve på 30 % af medarbejderne.

I oversigten nedenfor præsenteres data fra medarbejdernes spørgeskemaer med 22 besvarelser ud af 40 udsendte spørgeskemaer (Svarprocent 55 %)

Kendskab til instrukser og retningslinjer	Tilsynets vurdering	Kommentarer
Ved du hvordan du skal anvende VAR ¹⁷ ?	9 ud af 17 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Har du adgang til at anvende VAR i dit daglige arbejde hos borgeren?	8 ud af 16 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Bruger du VAR, når du er i tvivl om en procedure?	10 ud af 17 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Ved du hvordan man skal anvende MyMedCards ¹⁸ ?		
Har du adgang til at anvende MyMedCards i dit daglige arbejde hos borgeren?		
Bruger du MyMedCards?		

Samlet vurdering i forhold til kendskab til instrukser og retningslinjer

Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

Henstilling om udarbejdelse af handleplan for hvordan enheden inden for en afgrænset periode sikrer:

- At medarbejderne ved hvordan de skal anvende VAR
- At medarbejderne har adgang til at anvende VAR
- At medarbejderne anvender VAR når de er i tvivl om en procedure

Enheden har udarbejdet handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanen er i Bilag 1.

Forklaring: Farven i kolonnen 'Tilsynets vurdering'

30 % eller flere af medarbejderne (mindst to) svarer negativt på et af spørgsmålene fra spørgebatteri om instrukser og retningslinjer

20 % eller flere af medarbejderne svarer negativt på et af spørgsmålene fra spørgebatteri om instrukser og retningslinjer

¹⁷ VAR er en database med sygeplejefaglige procedurer, der kan tilgås digitalt fra medarbejdernes computer og tablets

¹⁸ MyMedCards er en app med lokale informationer, retningslinjer og instrukser til medarbejderne

Hvis færre end 20 % af medarbejderne svarer negativt på et af spørgsmålene fra spørgebatteri om instrukser og retningslinjer

Medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring

Tilsynets vurdering af medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring¹⁹ bygger på:

- Udtræk fra e-læringsportal

I oversigten nedenfor præsenteres data fra e-læringsportalen med en oversigt over hvor mange der har gennemført den obligatoriske e-læring²⁰

Obligatorisk e-læring	Tilsynets vurdering	Kommentarer
Kursus om 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere' og medicinquiz <i>(Kurset skal gennemføres ved ansættelsesstart og derefter hvert andet år. Det år hvor der ikke gennemføres medicinkursus, skal der i stedet gennemføres medicinquiz)</i>	26 % af medarbejderne har ikke gennemført (15 medarbejdere ud af 58)	
Kursus om 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter' <i>(Kurset skal gennemføres ved ansættelsesstart og derefter hvert 3. år)</i>		

Samlet vurdering i forhold til obligatorisk e-læring

Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

Anbefaling om at sikrer:

- At hjælpere gennemfører det obligatoriske kursus i medicinhåndtering

Forklaring: Farven i kolonnen 'Tilsynets vurdering'

Hvis et eller flere af kurserne ikke er gennemført af 30 % af de relevante medarbejdere

Hvis et eller flere af kurserne ikke er gennemført af mindst 20% af de relevante medarbejdere

Hvis færre end 20 % af medarbejderne svarer negativt på et af spørgsmålene fra spørgebatteri om instrukser og retningslinjer

¹⁹ E-læring (elektronisk læring) er kompetenceudvikling, der kan foregå på computer, tablet eller smartphone.

²⁰ Det obligatoriske kursus om regler for magtanvendelse indgår ikke i tilsynet i år, da det er vedtaget at medarbejderne skal undervises på en anden måde inden for dette område.

Bilag 1: Enhedens handleplan

Den sundhedsfaglig dokumentation på enheden

Dokumentation	Tilsynet henstiller til	Handling/opgave	Ansvarlig	Tidsplan
<p>Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet</p> <p>Henstilling om udarbejdelse af handleplan for hvordan enheden inden for en afgrænset periode sikrer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manglende dokumentation for opfølgning på måling • Angivelse af instruktion ved overskridelse af tærskelværdier • Henvi sning til aftale med behandlingsansvarlig læge i handlingsanvisning, hvor relevant • Opdatering af handlingsanvisninger 		<p>Den manglende dokumentation for opfølgning er drøftet med nøgleperson. Nøgleperson har drøftet problemstillingen med Karen Sophie Pilegaard, hvor dette er løst. Efter tidligere Superbruger har været langtidssygemeldt og efterfølgende på barsel er der d. 1/11 ansat ny superbruger, som vil have dette som fokusområde.</p> <p>Der er yderligere 2 nøglepersoner for dokumentation.</p> <p>Der vil løbende på sygeplejemøder være fokus på dokumentation.</p>	Elisabeth	1 møde 7 Januar 2025

Enhedens medicinhandling

Medicinhandling	Tilsynet henstiller til	Handling/opgave	Ansvarlig	Tidsplan
<p>Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet</p> <p>Henstilling om udarbejdelse af handleplan for hvordan enheden inden for en afgrænset periode sikrer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At medicinregistrering-advisering er slået til ved borgere, som hjælpes med medicinering pr. os fast, således at der foretages en registrering af, at der er givet medicin 		<p>Alle medarbejder vil i nyhedsbrev og på teamsmøder undervises i registrering af medicin.</p>	Dorte og Elisabeth	Løbende i 2025

Delegation og kompetencer

Kompetencer	Tilsynet henstiller til	Handling/opgave	Ansvarlig	Tidsplan
<p>Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet</p> <p>Henstilling om udarbejdelse af handleplan for hvordan enheden inden for en afgrænset periode sikrer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At medarbejderne anvender kompetence og overdragelseskemaet ved behov • At medarbejderne har et personligt kompetenceafklaringskema • At medarbejdernes personlige kompetenceskema er opdateret <p>At medarbejderne har et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer og at dette skema er opdateret</p>		<p>Der er netop udkommet nye kompetenceskemaer. Der er en medarbejder som arbejder med kompetenceskemaerne for alle faggrupper, således disse bliver udfyldt individuelt og alle medarbejdere derved får et personligt og opdateret kompetenceskema.</p> <p>Kompetenceskemaerne er hængt op således man kan orientere sig i dem hele tiden.</p>	Elisabeth og Dorte	Er startet og løber over 2025

Medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer

Retningslinjer	Tilsynet henstiller til	Handling/opgave	Ansvarlig	Tidsplan
<p>Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet</p> <p>Henstilling om udarbejdelse af handleplan for hvordan enheden inden for en afgrænset periode sikrer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At medarbejderne ved hvordan de skal anvende VAR • At medarbejderne har adgang til at anvende VAR • At medarbejderne anvender VAR når de er i tvivl om en procedure 		<p>Det sikres at alle sygeplejersker og assistenter har adgang og kendskab til VAR. Dette gennemgås sammen med superbruger, og på kommende sygeplejemøder</p>	Elisabeth	
		<p>Det sikres at alle sygeplejersker og assistenter ved hvordan de linker til VAR, når der skal laves handleanvisninger.</p>	Elisabeth	
		<p>De rette medarbejder har adgang til VAR.</p>	Dorte	
		<p>Sygepleje og assistenter vil på teamsmøder gennemgå VAR procedure.</p>		
		<p>Der udarbejdes et årshjul for sygeplejen hvor VAR bliver en naturlig del af undervisningen på teamsmøder.</p>		