

Kommunalt  
tilsyn  
(udvidet)

Tværgående  
rehabiliterings-  
indsats

2024

## Indhold

Kommunalt tilsyn i Tværgående rehabiliteringsindsats (udvidet tilsyn) .....	3
Datagrundlag for ordinært og udvidet kommunalt tilsyn 2024 .....	4
Præsentation af enheden .....	5
Tilsynets samlede vurdering .....	6
Opsamling – ordinære tilsyn (servicelov): .....	6
Det udvidede tilsyn (sundhedslov) .....	6
Borgernes vurdering af kvaliteten af de leverede ydelser .....	8
Hvad synes du samlet om den hjælp, du modtager? .....	9
Udvidet tilsyn: Enhedens kvalitetssikring af ydelser efter sundhedsloven .....	11
Den sundhedsfaglig dokumentation på enheden .....	12
Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser .....	16
Enhedens medicin håndtering .....	17
Delegation og kompetencer .....	19
Medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer .....	20
Medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring .....	21
Bilag 1 .....	22

## Kommunalt tilsyn i Tværgående rehabiliteringsindsats (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 afsættet 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 følges 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 fem tilfældigt udvalgte borgere, 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 2 borgerjournaler. Enhedens egen sygeplejefaglige audit på 5 borgerjournaler*
- **Medicinkontrol.** *Gennemgang af tre borgeres medicinbeholdning og journalaudit i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin. Observation af to medicindispenseringer<sup>1</sup>. Enhedens egen medicinaudit på to borgeres medicinbeholdning.*
- **Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)<sup>2</sup>, Delegation<sup>3</sup> og kompetencer og Medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer:** *Spørgeskemaundersøgelse sendt ud til en stikprøve på 30% (13) af medarbejderne. Heraf har 8 medarbejdere besvaret spørgeskemaet, hvilket betyder at der er en svarprocent på 62 %<sup>4</sup>*
- **Udtræk fra e-læringsportalen<sup>5</sup>**

#### Opfølgning på sidste tilsyn

- Da der ikke blev gjort fund ved sidste tilsyn er der ikke foretaget ledelsesinterview om enhedens arbejde med tilsynets fund.

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

<sup>2</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>3</sup> Delegation er det begreb der anvendes, når en sundhedsfaglig opgave overdrages fra lægen til andre faggrupper

<sup>4</sup> Da det er en relativt lille stikprøve ift. det samlede antal medarbejdere kan data ikke betegnes som repræsentative for alle medarbejdere i enheden.

<sup>5</sup> E-læring (elektronisk læring) er kompetenceudvikling, der kan foregå på computer, tablet eller smartphone.

## Præsentation af enheden

### Tværgående Rehabiliteringsindsats

#### Præsentation af det tværgående rehabiliteringsteam i Sundhed og Træning

Rehabiliteringsteamet er et tværgående team, der geografisk dækker hele Norddjurs Kommune. Teamet har base på Kalorievej 4 i Grenaa (ved Hjælpemiddeldepotet)

Teamet varetager: rehabiliteringsforløb (§83a) på max 12 uger, afklaringsforløb og Pitstop indsats i samarbejde med socialområdet.

Teamet modtager borgere fra sygehuset, "eget hjem", døgnafdeling, aflastningssteder og hjemmeplejen.

Teamet består af i alt 17 medarbejdere fordelt på 10 social- og sundhedsassistenter, 2 sygeplejersker, 2 fysioterapeuter, 2 ergoterapeuter og 1 diætist. Størstedelen af medarbejderne i teamet er på deltid. Teamet har også social- og sundhedsassistentelever.

Ud af ovennævnte ressourcer udtrækkes ressourcer til følgende funktioner og opgaver; superbruger, dokumentationsansvarlig, beklædningsansvarlig, vejleder for elever, vagtplanlægning, koordinering, Rakat/depot, TR og AMR.

Rehabiliteringsteamet arbejder i dagvagt og i weekender hele året rundt, herunder helligdage. I weekender er der 3 assistenter på arbejde.

Leder af teamet er også leder for Sundhed Norddjurs.

#### Udfordringer siden sidste tilsyn

Siden sidste tilsyn har vi oplevet yderligere kompleksitetsstigning i forhold til borgerne. Teamet modtager en række borgere med dels store sygeplejefaglige behov og dels sociale samt psykiatriske udfordringer. Flere af disse borgere er så udfordrede – både helbredsmæssigt og socialt, at det ofte er meget svært at rehabilitere dem. Derfor har vi haft talrige drøftelser af, hvilket tilbud der ville være optimalt for disse borgere.

Det opleves stadig, at dokumentationskravene er omfattende (selvom der har været fokus på det i forbindelse med afbureaukratisering)

Yderligere opleves det, at der ofte er kort tid til implementering af nye tiltag udefra / på tværs. Det kan være en udfordring i en travl hverdag i et udekørende team.

#### Hvad er vi lykkedes med

- at gøre mange borgere selvhjulpne, mens andre borgere bliver delvis selvhjulpne
- at skabe rehabiliteringsforløb, som borgere og pårørende er meget tilfredse med
- rekruttering af nye fagligt kompetente kolleger
- at sikre et godt arbejdsmiljø
- at påbegynde arbejdet med drøftelse af borgers sundhedskompetencer mhp at anvende det til differentiering af indsats.

## 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 (5 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 - Brugertilfredshed

##### Der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet

Anbefaling om at der er en løbende opmærksomhed ift. at:

- Borgerne kender formålet med deres forløb ved enheden<sup>6</sup>

I vurderingen er der også lagt vægt på, at størstedelen af borgerne samlet set er tilfredse med den hjælp og støtte de får

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

### 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:

- 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

<sup>6</sup> Enheden har bemærket hertil, at afhængigt af kompleksiteten af borgers problemstillinger, kan der i nogle tilfælde træffes et fagligt valg om at udskyde samtale om mål til borgers situation er stabiliseret.

### Samlet vurdering i forhold til sundhedsfaglig dokumentation

Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

Henstilling om udarbejdelse af handleplan for, hvordan det inden for en afgrænset periode sikres:

- At borgerens samtykke til behandling og pleje gennemgående fremgår af handlingsanvisninger

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

I den samlede vurdering indgår også:

- At de gennemgåede journaler overordnet set fremstår opdaterede og strukturerede

### 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 der systematisk foretages en registrering af, at der er givet/udleveret medicin

Enheden har udarbejdet en handleplan som ligger i Bilag 1

Anbefaling om at skabe arbejdsgange/procedurer så det sikres:

- At der er persondata på håndkøbsmedicin, hvilket er gældende for både aktuel, pauseret og seponeret medicin

Der er ikke gjort fund ved observation af hygiejne.

### Samlet vurdering i forhold til delegation og kompetencer

Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

### Samlet vurdering i forhold til kendskab til instrukser og retningslinjer

Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

### Samlet vurdering i forhold til obligatorisk e-læring

Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

## Borgernes vurdering af kvaliteten af de leverede ydelser

I tilsynet indsamles data for at belyse kvaliteten af de ydelser, der leveres af Rehabiliteringsteamet i Norddjurs Kommune.

I oversigten nedenfor præsenteres data fra telefoninterviews med 5 tilfældigt udvalgte borgere, som får en eller flere ydelser leveret af Rehabiliteringsteamet i Norddjurs Borgerne er blevet spurgt til deres oplevelse af at være inddraget i og deres tilfredshed med de leverede ydelser.

Telefoninterviews med 5 borgere	Tilsynets vurdering	Kommentarer <sup>7</sup>
Er du i gang med et rehabiliteringsforløb?		
Ved du, hvad der er målet med dit forløb ved rehabiliteringsteamet (hvad I skal arbejde henimod)? <sup>8</sup>	2 borgere svarer: "I mindre grad"	
Har du været med til at bestemme, hvad målet skal være?		
Arbejder I efter det aftalte mål?		
Er målet/målene, i arbejder henimod, vigtige for dig at nå?		
Bliver du inddraget i, hvordan I skal arbejde med at nå målene?		
Får du den støtte, du har behov for, for at kunne nå målene?		
Får du den støtte der er aftalt?		
<b>Personlig pleje</b>		
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til at komme i bad?	Kan ikke vurderes, da det ikke er relevant for de interviewede borgere	
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?		

<sup>8</sup> Enheden har bemærket hertil, at afhængigt af kompleksiteten af borgers problemstillinger, kan der i nogle tilfælde træffes et fagligt valg om at udskyde samtale om mål til borgers situation er stabiliseret



Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til toiletbesøg?		
<b>Praktisk hjælp</b>		
Hvor tilfreds er du med rengøringen af din bolig?		
Hvor tilfreds er du med hjælpen til tøjvask?	Kan ikke vurderes, da det ikke er relevant for de interviewede borgere	
<b>Personalet</b>		
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?		
<b>Praktiske forhold</b>		
Du får den hjælp og støtte, der er aftalt?		
Du får den hjælp og støtte du har behov for?		
Det er oftest de samme hjælpere, der kommer hos dig?		
Personalet tager hensyn til, hvordan du gerne vil have din døgnrytme?		
Du deltager i de ting, du kan og ønsker at deltage i?		
Bliver din hjælp nogle gange aflyst?		
Hjælperne kommer generelt til den aftalte tid?		
Du får besked, hvis hjælperne ændrer tidspunkt for hjælpen?		
Har medarbejderne aflyst jeres aftale?		
Hvad synes du samlet om den hjælp, du modtager?		
<b>Samlet vurdering i forhold til Brugertilfredshed</b>		
<p><b>Der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet</b>  Anbefaling om at der er en løbende opmærksomhed ift. at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Borgerne ved, hvad der er målet med deres forløb ved rehabiliteringsteamet?</li> </ul>		
I vurderingen er der også lagt vægt på, at størstedelen af borgerne samlet set er tilfredse med den hjælp og støtte de får		

**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 tilsyn, der foregår hvert andet år, 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. Ligesom der ses på, hvorvidt enheden sikrer, at den nødvendige og relevante faglige viden og medarbejderkompetence er til stede i forhold til de opgaver, der skal løses.

Ved det udvidede tilsyn ses der også 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 medicinhåndtering
- 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 to tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til en række vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Enhedens lokale journalaudit på 5 af deres borgerjournaler i forhold til de samme vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.

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

Auditspørgsmål	Tilsynets fund	Kommentarer
<b>Relationer (overblik 7)</b>		
Er der oprettet de rette organisationstilknytninger som primære?		
Er ikke aktuelle organisationstilknytninger afsluttet?		
<b>Generelle oplysninger (overblik 1)</b>		
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?	1 ud af 2 journaler	
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	
<b>Sygeplejefaglig udredning</b>		
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?		
<b>Helbredstilstande</b>		
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? *		
<b>Funktionsstilstande</b>		
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? *		
<b>Målinger</b>		
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? *		
Følges der op på målinger uden for tærskelværdierne/borgers normalværdier? **		
<b>Indsatsmål</b>		
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?		
<b>Handlingsanvisninger</b>		
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? *		
Fremgår borgerens samtykke af handleanvisningen? *	1 ud af 2	
Er handlingsanvisningerne opdaterede? *		Handlingsanvisningerne fremstår meget relevante og fyldestgørende
Er historik i borgers behandling/pleje beskrevet i kortfattet form, hvor relevant?		
<b>Døgnrytmeplan</b>		
Er døgnrytmeplan opdateret? (minimum x 1 årligt) *		
Afspejler døgnrytmeplanen borgerens daglige behov for pleje og borgerens aktiviteter? *		
<b>Indsatser</b>		
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	1 ud af 2 journaler	
<b>Observation</b>		
Er observationsnotater relevante? *		
Følges der op på observationsnotater, der beskriver en forværring, med et relateret observationsnotat med konklusion og handleanvisninger? **		
<b>Ved indlæggelse</b>		
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	
<b>Korrespondancer</b>		
Angives borgerens samtykke i korrespondancer med tredjepart? *		
<b>Magtanvendelse</b>		
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	
<b>Andet</b>		
Er der indsendt 5 borgerjournalaudits fra enheden?		

### Samlet vurdering i forhold til sundhedsfaglig dokumentation

#### Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

Henstilling om udarbejdelse af handleplan for, hvordan det inden for en afgrænset periode sikres:

- At borgerens samtykke til behandling og pleje gennemgående fremgår af handlingsanvisninger

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

#### Der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet

Anbefaling om, at der arbejdes med at sikre:

- At der er dokumentation for planlagt opfølgning på borgeres samlede helbredstilstande
- At der er angivelse af, hvem der har det behandlingsmæssige ansvar for borgerens helbredsmæssige problemstillinger

I den samlede vurdering indgår også:

- At de gennemgåede journaler overordnet set fremstår opdaterede og strukturerede

**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)<sup>9</sup> bygger på:

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

I oversigten nedenfor præsenteres data fra medarbejdernes spørgeskemaer med 8 besvarelser ud af 13 udsendte spørgeskemaer (Svarprocent 62 %)

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?		
<b>Samlet vurdering i forhold til arbejdet med utilsigtede hændelser</b>		
<b>Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet</b>		

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

<sup>9</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.



## Enhedens medicinbehandling

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicinbehandling bygger på:

- Gennemgang af tre borgeres medicinbeholdning
- Journalaudit i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin
- Observation af to medicindoseringer

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		
Medicinæsker og præparater har påsat personidentifikation		Manglende persondata på håndkøbspræparater ved 3 borgere
Der er adrenalin til rådighed hos borger/i enheden hvor relevant	Kan ikke vurderes	Det er 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 <sup>10</sup>		
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		Udleveret/givet medicin er ikke registreret i 2 borgerjournal <sup>11</sup>
Risikosituationslægemidler er angivet i medicinliste		
<b>Enhedens interne medicingennemgang</b>		
Enheden har foretaget årlig gennemgang af medicinbeholdning på 2 borgere/beboere		
<b>Samlet vurdering på opfølgning i forhold til Medicinbehandling</b>		
<b>Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet</b>		

<sup>10</sup> Proces hvor medarbejder optæller/tilbereder borgerens ordinerede medicin, for eksempel lægger borgerens tabletter i doseringsæsker for en 14-dages periode

<sup>11</sup> Afdelingsledelsen er kontaktet kort efter tilsynet, og enheden iværksætter tiltag for at sikre registrering af medicin med det samme.

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

- At der systematisk foretages en registrering af, at der er givet/udleveret medicin

Enheden har udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanen ligger 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 er persondata på håndkøbsmedicin, hvilket er gældende for både aktuel, pauseret og seponeret medicin

**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 medicinhandling

Et eller flere fund i forhold til Sundhed og Omsorgs instrukser for medicinhandling

Ingen fund ift Sundhed og Omsorgs instrukser for medicinhandling

## Delegation og kompetencer

Tilsynets vurdering af hvordan enheden arbejder med delegation<sup>12</sup> og sikring af at medarbejderne har de rette kompetencer til opgaven bygger på:

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

I oversigten nedenfor præsenteres data fra medarbejdernes spørgeskemaer med 8 besvarelser ud af 13 udsendte spørgeskemaer (Svarprocent 62 %)

Delegation og kompetencer	Vurdering	Kommentarer
Kender du kompetence- og overdragelseskemaet?		
Bruger I dette skema i hverdagen ved behov?		
Har du et personligt kompetenceafklaringskema? Er skemaet opdateret?		
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		
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		
<b>Samlet vurdering i forhold til delegation og kompetencer</b>		
<b>Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet</b>		

### 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:

<sup>12</sup> Delegation er det begreb der anvendes, når en sundhedsfaglig opgave overdrages fra lægen til andre faggrupper

## 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 8 besvarelser ud af 13 udsendte spørgeskemaer (Svarprocent 62 %)

Kendskab til instrukser og retningslinjer	Tilsynets vurdering	Kommentarer
Ved du hvordan du skal anvende VAR <sup>13</sup> ?		
Har du adgang til at anvende VAR i dit daglige arbejde hos borgeren?		
Bruger du VAR, når du er i tvivl om en procedure?		
Ved du hvordan man skal anvende MyMedCards <sup>14</sup> ?		
Har du adgang til at anvende MyMedCards i dit daglige arbejde hos borgeren?		
Bruger du MyMedCards?		
<b>Samlet vurdering i forhold til kendskab til instrukser og retningslinjer</b>		
Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet		

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

<sup>13</sup> VAR er en database med sygeplejefaglige procedurer, der kan tilgås digitalt fra medarbejdernes computer og tablets

<sup>14</sup> MyMedCards er en app med lokale informationer, retningslinjer og instrukser til medarbejderne

## Medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring

Tilsynets vurdering af medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring<sup>15</sup> 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-læring<sup>16</sup>

Obligatorisk e-læring	Tilsynets vurdering	Kommentarer
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 ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

### 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

<sup>15</sup> E-læring (elektronisk læring) er kompetenceudvikling, der kan foregå på computer, tablet eller smartphone.

<sup>16</sup> 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

### Handleplaner i forhold til fund i tilsynsrapporten

#### Handleplan 1: Borgerens samtykke til behandling og pleje skal fremgå af handlingsanvisninger

Hvad skal ændres	Mål	Tiltag/aktiviteter for at nå målet	Hvordan – hvilke ressourcer er til rådighed for at nå målet	Hvor når – tidsrummen	Dokumentation – opfølgning på om tiltag gennemføres og virkning	Hvem er ansvarlig for igangsættelse, gennemførelse og opfølgning
At borgers samtykke ikke altid fremgår af handlingsanvisninger	At samtale fremgår af handlingsanvisninger	Først drøftes det på teammøde for at øge opmærksomheden på problemet. Derefter vil nøglepersonen for dok. lave nogle stikprøver, som igen drøftes på teammøde.	Vi afsætter tid på teammøder, indtil målet er nået.	3 mdr. fra februar og frem.	Nøglepersonen følger op på dokumentation.	Nøglepersonen, sygeplejerskerne og lederen sætter det på teammøde og følger op. Alle i teammet er medansvarlige for at nå målet.

Handleplan 2: Systematisk registrering af givet/udleveret medicin

Hvad skal ændres	Mål	Tiltag/aktiviteter for at nå målet	Hvordan – hvilke ressourcer er til rådighed for at nå målet	Hvornår – tidsrammen	Dokumentation – opfølgning på om tiltag gennemføres og virkning	Hvem er ansvarlig for igangsættelse, gennemførelse og opfølgning
Medicin er ikke systematisk registreret givet / ikke givet/ udleveret.	Systematisk registrering af borgers medicin (givet, ikke givet, udleveret).	Først drøftes det på teammøde for at øge opmærksomheden på problemet. Her undersøges behovet for undervisning i teamet. Derefter vil nøgleperson for dok. Lave nogle stikprøver, som igen drøftes på teammøde.	Vi afsætter tid på teammøde, indtil målet er nået. Vi har allerede haft kontakt til dok. Teamet med nogle spørgsmål i forhold til borgere, der træner selv at tage medicin og har fundet løsning herpå.	3 mdr. fra februar og frem.	Nøgleperson følger op på dokumentation.	Nøgleperson, sygeplejerske og leder sætter det på teammøde og følger op. Alle i teamet er medansvarlige for at nå målet.