

Kommunalt  
tilsyn  
Sundhed og  
træning:  
Døgnafsnittet  
Auning.

24. maj  
2022

## Indhold

Målepunkter i det kommunale tilsyn .....	3
Datagrundlaget for det kommunale tilsyn.....	3
Rapportens opbygning.....	4
Præsentation af enheden.....	5
Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set .....	6
Sammenfatning .....	7
Patientsikkerhed.....	11
Oversigt over tilsynets vurdering.....	11
Den sundhedsfaglige dokumentation.....	12
Medicinkontrol .....	14
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH).....	15
Magtanvendelser.....	16
Hygiejne.....	16
Brugertilfredshed .....	17
Oversigt over tilsynets vurdering ved tilsynet 2022 og tilsynet 2021.....	17
Brugertilfredshed.....	17
Omgangsform og rengøring.....	19
Faglighed.....	20
Oversigt over tilsynets vurdering i 2022 og ved sidste års tilsyn i 2021 .....	20
Delegation og kompetencer .....	20
Kendskab til instrukser og retningslinjer .....	22
Rehabilitering .....	23
E-læring.....	24
Organisation .....	26
Oversigt over tilsynets vurdering i 2022 og i sidste års tilsyn 2021 .....	26
APV .....	26
Samarbejde.....	27
Sygefravær.....	27
Budgetoverholdelse.....	28
Bilag 1: Oversigt: Journalaudit .....	29
Bilag 2: Handleplaner .....	30

## Indledning

Det kommunale tilsyn i Sundhed og Omsorg udføres jf. Norddjurs Kommunes tilsynspolitik for kommunale tilsyn på plejecenter 2020 (<https://www.norrdjurs.dk/norrdjurs/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 enheden og et anmeldt fysisk besøg, hvor beboere interviewes og der foretages stikprøvekontrol på eksempelvis rengøring og hygiejne generelt

## 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 borgere/beboere og medarbejdernes vurdering af rammer for at levere deres indsats
- 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, 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 2022 på enheden

- Journalaudit på fire journaler
- Enheden har udført en lokal journalaudit på fire journaler
- Interview med ledelsen om, hvordan der er blevet fulgt op på henholdsvis sidste års kommunale tilsyn og sidste års rehabiliteringsuge
- Interview med fem beboere vedrørende deres mulighed for indflydelse og 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 32 medarbejdere. 19

medarbejdere har svaret på hele spørgeskemaet. Dette giver en svarprocent på 59 %, hvilket er en acceptabel svarprocent.

- Stikprøvekontrol af dispensering af medicin til en beboer samt gennemgang af fire beboeres medicinbeholdning.
- Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er omfattende de tre hovedområder – medicinfejl, patientuheld samt infektioner.
- Oversigt over sygefraværprocenten pr 30. april 2022.
- Kommentarer til forventet budgetoverholdelse for regnskabsåret 2022.

## 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.

**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 periode, som tilsynet fastsætter.

**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 systematisk op på resultatet af enhedens tiltag ved næste års tilsyn

**Tilsynet anbefaler** angiver, at enheden med fordel kan arbejde med et eller flere forhold, som tilsynet har fundet opmærksomhedskrævende.

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

## Præsentation af enheden

Træningscenter Auning, Døgn er en del af Sundhed og Træning, Sundhed og Omsorg

Aftaleholder er daglig leder for de 8 midlertidige Døgn pladser i Træningscentret i Auning. Afdelingen dækker hele Norddjurs Kommune og får borgere med genoptræningsplan §140 og §86. Primært borgere med erhvervet hjerneskade.

Fremmødeprofil i Døgn

- Dagvagt: 5-6 sygeplejersker og SSA, 3 Ergoterapeuter og 3 Fysioterapeuter.
- Weekendvagt dagvagt: 3 Sygepl. og SSA
- Aftenvagt: 3 SSA
- Nattevagt: 1 SSA

Desuden fast tilknyttet neuropsykolog, hjerneskadekoordinatorer og logopæd.

### **Præsentation af enhedens aktuelle vilkår og rammer for arbejdet**

Træningscenter Auning skal i løbet af to år være specialiseret Hjerneskadecenter, og det betyder at vi allerede nu er i gang med en udvikling i Døgn, hvor vi udover at modtage borgere med genoptræningsplaner på avanceret niveau, også modtager borgere på specialiseret niveau.

Den nye gruppe af borgere kræver daglig træning af mindst tre faggrupper og de har ofte et meget stort plejebehov, derfor er der tilført ekstra ressourcer for at leve op til anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og formelle krav til kompetencer blandt medarbejdere.

Vi har en stor udfordring i forhold til at stå midt i en stor udvikling, kompetenceudvikling og omlægning af dagligdagen i afdelingen. Det giver selvsagt en del usikkerhed ind imellem og kræver at der sættes tid af til dialog, sparring, supervision og planlægning.

De seneste år har vi arbejdet med psykisk arbejdsmiljø, arbejdsgange, tværfagligt samarbejde i teams, UTH 'er og sygefravær.

Der er sidst lavet en APV i oktober 2021 og der er holdt MUS i 2020 og 2021 hvor der bl.a. er talt om psykisk arbejdsmiljø, trivsel, kompetenceudvikling, vidensdeling og samarbejde.

Afdelingens personale er meget involveret i udvikling af afdelingen, samarbejde med og overgange til eget hjem, hjemmepleje, plejebolig og socialområdet.

Desuden er der en stor berøringsflade med pårørende under hele forløbet og der afholdes pårørende aftener med forskellige emner.

Vi arbejder målrettet med at opfylde de krav der er til en specialiseret afdeling som denne. Vi opnår gode resultater sammen med borgerne, som er aldersmæssigt både unge, voksne med mindre børn, midaldrende og ældre og det stiller store krav til den faglige alsidighed.

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

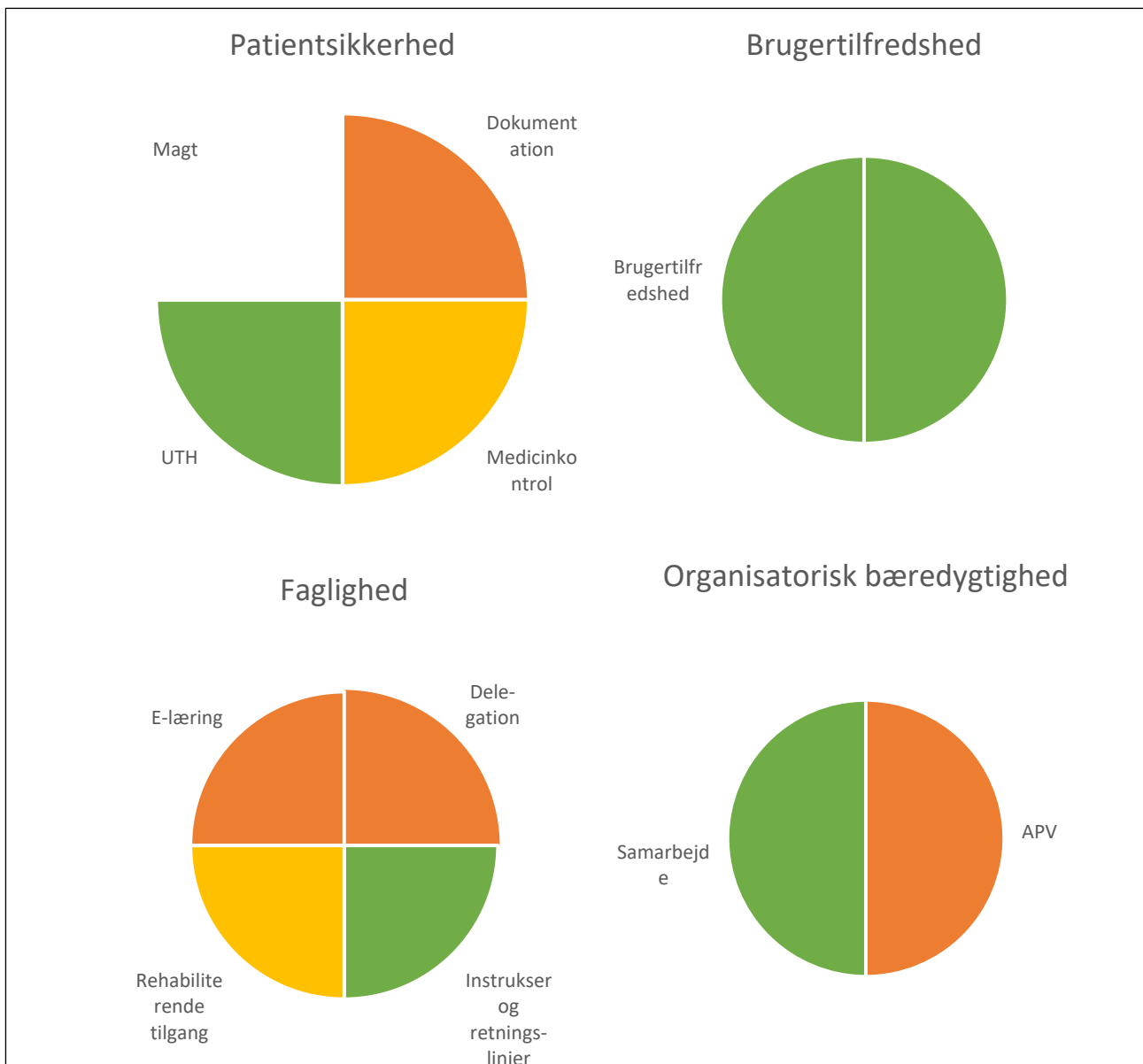
Figuren nedenfor illustrerer tilsynets vurdering af enhedens arbejde med områderne: Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisatorisk bæredygtighed.

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 kvaliteten.



## Sammenfatning

### PATIENTSIKKERHED

Inden for området *Patientsikkerhed* ser tilsynet på, om enheden arbejder systematisk på *at forbedre patientsikkerheden*, så borgerne får et så trygt, effektivt og sammenhængende forløb på enheden som muligt.

Derfor ser tilsynet på, om enheden arbejder hensigtsmæssigt med den sundhedsfaglige dokumentation, medicin håndteringen og med 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 området *patientsikkerhed* ser tilsynet også på, om enheden lever op til sundhedslovens og servicelovens bestemmelser om at sikre, at borgerens integritet og selvbestemmelsesret respekteres.

**Dokumentationen:** På baggrund af tilsynets gennemgang af fire borgerjournaler og enhedens egen gennemgang af fire borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

*Ledelsen fortæller, at der er blevet fulgt op på de handleplaner enheden udarbejdede på baggrund af sidste års tilsyn*

**Det bemærkes, at flere af de fund, der blev gjort ved sidste års tilsyn, også ses ved tilsynet i år – men også at der var enkelte fund sidste år, der ikke genfindes i tilsynsmaterialet ved dette års tilsyn.**

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at der har været over en tredjedel af borgerjournalerne, som ikke har levet op til et eller flere af kvalitetskriterierne for dokumentationen i Sundhed og Omsorg<sup>1</sup>. Tilsynet har derfor henstillet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan den i løbet af det næste år vil arbejde med de gjorte fund. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanerne ligger i Bilag 2: Handleplaner

**Medicin håndtering:** På baggrund af tilsynets uanmeldte gennemgang af fire beboeres medicinbeholdning, observation af en medicindispensering<sup>2</sup>, samt tilsynets gennemgang af dokumentationen vedrørende medicin i fire borgerjournaler vurderer tilsynet *at der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at det har været enkeltstående fund i forhold til proceduren for medicin håndtering i Sundhed og Omsorg<sup>3</sup>, og at fundene ikke vurderes at have sundhedsmæssige konsekvenser for borgerne. Tilsynet anbefaler derfor enheden at skabe arbejdsgange og procedurer, der sikrer en systematisk overholdelse at de pågældende procedurer fremadrettet.

**Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH):** På baggrund af medarbejdernes<sup>4</sup> spørgeskema besvarelser om arbejdet med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser<sup>5</sup>, vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

---

<sup>1</sup> Se afsnittet Den sundhedsfaglige dokumentation for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort og se Bilag 1: Oversigt: Journalaudit for en oversigt over antallet af fund i henholdsvis tilsynets og enhedens egen gennemgang af borgerjournalerne

<sup>2</sup> Proces hvor medarbejder optæller/tilbereder borgerens ordinerede medicin, for eksempel lægger borgerens tabletter i doseringsæsker for en 14-dages periode

<sup>3</sup> Se afsnittet Medicinkontrol for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort.

<sup>4</sup> 59 % af medarbejderne har besvaret spørgeskemaet

<sup>5</sup> Se afsnittet Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

Ledelsen fortæller, at der er arbejdet med handleplanen fra sidste års tilsyn, således at arbejdet med UTH nu er et fast punkt på dagsordenen på personalemøderne.

I vurderingen er der blandt andet lagt vægt på, at et overvejende flertal af medarbejdere svarer, at de ved, hvordan man indberetter en UTH eller ved hvem man kan gå til for at få hjælp til det.

**Magtanvendelse:** Enhedens arbejde med at forebygge og håndtere magtanvendelser vurderes ikke ved dette tilsyn, da der ikke har været magtanvendelser på enheden inden for det seneste år

#### **BRUGERTILFREDSHED:**

Inden for området *Brugertilfredshed* ser tilsynet på, om enheden understøtter, at beboeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser<sup>6</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.

Derfor interviewer tilsynet beboere om deres tilfredshed med de fysiske rammer på enheden, den personlige pleje og praktiske hjælp, leveringen af den personlige pleje og praktiske hjælp, maden, personalet og opholdet samlet set. Medarbejderne spørges til deres vurdering af de rammer de har for at levere deres indsats.

**Brugertilfredshed:** På baggrund af interview med fem beboere<sup>7</sup> vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at størstedelen af beboerne er tilfredse med den hjælp og støtte de modtager og at alle beboerne giver udtryk for, at de 'i høj grad' føler sig tilpas på enheden.

**Medarbejdervurdering:** På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at størstedelen af medarbejderne angiver, at der arbejdes med at skabe forbedring af plejen og aktivitet hos borgeren

#### **FAGLIGHED:**

Inden for området *Faglighed* ser tilsynet på, om enheden sikrer, at den nødvendige faglige viden og de relevante medarbejderkompetencer er til stede i enheden i forhold til de opgaver, der skal løses.

Derfor ser tilsynet på, om enheden efterlever Sundhed og Omsorgs retningslinjer for delegation<sup>8</sup>, sikrer at medarbejderne i fornødent omfang introduceres til deres opgaver, at medarbejderne har adgang til den relevante viden for at udføre deres opgaver, at medarbejderne har fokus på den rehabiliterende tilgang og at medarbejderne gennemfører den obligatoriske e-læring<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

<sup>7</sup> Se afsnittet Brugertilfredshed for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

<sup>8</sup> Delegation er det begreb der anvendes, når en sundhedsfaglig opgave overdrages fra lægen til andre faggrupper

<sup>9</sup> E-læring (elektronisk læring) er kompetenceudvikling, der kan foregå på computer, tablet eller smartphone.



**Delegation:** På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser<sup>10</sup> vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at 50 % af medarbejderne svarer, at de 'i mindre grad' anvender kompetence- og overdragelseskemaet<sup>11</sup> i hverdagen ved behov, at 33 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til om de har et personligt kompetenceafklaringskema<sup>12</sup> og at 66% af de medarbejdere, som har et personligt kompetenceafklaringskema, svarer 'nej' eller 'ved ikke' til om, deres personlige kompetenceafklaringskema er opdateret.

Ledelsen fortæller, at der netop er ansat en sygeplejerske, der blandt andet skal iværksætte de tiltag, der fremgår af handleplanerne fra sidste års tilsyn.

***Det bemærkes, at et af de fund, der blev gjort ved sidste års tilsyn også ses ved dette års tilsyn***

Tilsynet har derfor henstillet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan den i løbet af det næste år vil arbejde med de gjorte fund. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanen ligger i Bilag 2: Handleplaner.

**Kendskab til instrukser og retningslinjer:** På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser<sup>13</sup> vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

Ledelsen fortæller, at der er levet fulgt op på enhedens handleplan fra sidste års tilsyn ved at det nu kontinuerligt italesættes, at MyMedCards<sup>14</sup> skal anvendes.

I vurderingen er der lagt vægt på, at 77 % af medarbejderne angiver 'ja' til at de ved, hvordan de skal anvende VAR<sup>15</sup> og at 79 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved, hvordan de skal anvende MyMedCards.

**Rehabilitering:** På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser, interview med fem beboere og gennemgang af fire borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at beboernes perspektiv ikke fremgår systematisk af borgerjournalen.

**E-læring:** På baggrund af en oversigt over, hvor mange medarbejdere der har gennemført de obligatoriske e-lærings-kurser<sup>16</sup>, vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

***Det bemærkes, at der også blev gjort et fund ved sidste års tilsyn***

---

<sup>10</sup> Se afsnittet Delegation og kompetencer for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

<sup>11</sup> Kompetence- og overdragelseskemaet er et retningsgivende dokument for hvilke kompetencer de færdiguddannede faggrupper forventes at have.

<sup>12</sup> Det personlige kompetenceafklaringskema er et skema over den enkelte medarbejders kompetencer i forhold til de forskellige opgaver.

<sup>13</sup> Se afsnittet Kendskab til instrukser og retningslinjerArbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

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

<sup>15</sup> VAR er en database med sygeplejefaglige procedurer der kan tilgås digitalt fra medarbejdernes computer og tablets

<sup>16</sup> Se afsnittet E-læring for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

Ledelsen fortæller, at der er blevet fulgt op på handleplanerne fra sidste års tilsyn i forhold til at sikre, at medarbejderne nu er tilmeldt kurserne

I tilsynets vurdering er der lagt vægt på at under 50 % af de tilmeldte medarbejdere har gennemført det obligatoriske kursus om magtanvendelse, at under 50 % af medarbejderne har gennemført det obligatoriske kursus om 'medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter' og at under 66 % har gennemført det obligatoriske kursus 'Medicinhåndtering for social- og sundhedshjælpere'.

Tilsynet har derfor henstillet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan den i løbet af det næste år vil arbejde med de gjorte fund. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanen ligger i Bilag 2: Handleplaner.

#### **ORGANISATION:**

Inden for området *Organisatorisk bæredygtighed* ser tilsynet på, om enheden arbejder for at sikre et godt og trygt arbejdsmiljø.

Derfor ser tilsynet på, om enheden sikrer at der er et opdateret APV-skema<sup>17</sup> for hver enkelt borger og om medarbejderne oplever, at de har et godt samarbejde med kolleger og ledelse.

**APV:** På baggrund af tilsynets og enhedens egen gennemgang af samlet set otte borgerjournaler<sup>18</sup> vurderer tilsynet, at der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.

#### ***Det bemærkes, at der også blev gjort et fund ved sidste års tilsyn***

Ledelsen fortæller, at der er blevet fulgt op på handleplanerne fra sidste års tilsyn i forhold til at afklare om der er krav om, at enheden skal udfylde APV-skema for beboerne. Afklaringen viser, at der er de samme krav til enheden om at udfylde APV-skemaer, som for de andre enheder i Sundhed og Omsorg.

I tilsynets vurdering er der lagt vægt på, at der ikke er udfyldt APV-skemaer for beboerne.

Tilsynet har derfor henstillet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan den i løbet af det næste år vil arbejde med de gjorte fund. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanen ligger i Bilag 2: Handleplaner

**SAMARBEJDE:** På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser<sup>19</sup> vurderer tilsynet, at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.

I tilsynets vurdering er der lagt vægt på, at størstedelen af medarbejderne svarer, at de oplever at have et 'godt' eller 'meget godt' samarbejde med øvrige medarbejdere og med ledelsen.

---

<sup>17</sup> I APV-skemaer (arbejdspladsvurderingsskema) gennemgås og opstilles handleplaner for de arbejdsmiljømæssige problematikker, der kan være i forhold til den enkelte borgers hjem og adfærd.

<sup>18</sup> Se afsnittet APV Delegation og kompetencer for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

<sup>19</sup> Se afsnittet Samarbejde/Delegation og kompetencer for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

## 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.

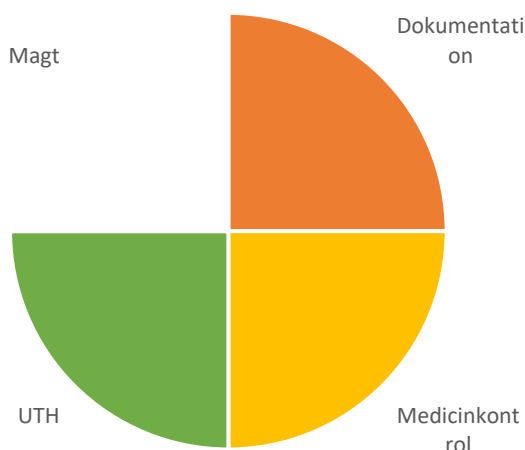
Under dette område ses der også på, om enheden lever op til sundhedslovens bestemmelser i forhold til at sikre, at borgerens integritet og selvbestemmelsesret respekteres.

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

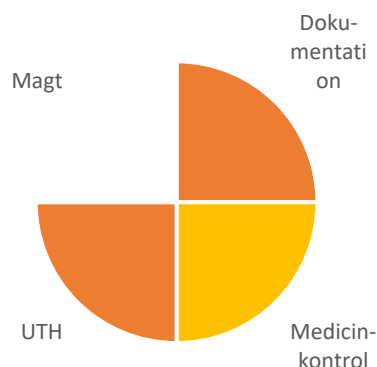
- Den sundhedsfaglige dokumentation på enheden
- Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser
- Enhedens medicin håndtering
- Enhedens arbejde med at forebygge magtanvendelser

### Oversigt over tilsynets vurdering

Patientsikkerhed 2022



Patientsikkerhed 2021



**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.

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 et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.*

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 fire tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til en række vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Enhedens lokale journalaudit på fire af deres borgerjournaler i forhold til de samme vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund<sup>20</sup>:

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

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

- At der i de auditerede journaler ikke er set tilfælde, hvor der er en manglende opfølgning på observationer, der beskriver en forværring af patientkritisk karakter. Men at der på auditeringstidspunktet manglede en opfølgning på en borgers ønske om lægekontakt i forbindelse med natlige smerter i benene.
- At der ikke er set tilfælde, hvor der ikke er fulgt op på målinger uden for tærskelværdier – men at der gennemgående ikke er en tydelig beskrivelse af, hvad der er en handlingskrævende forværring og hvordan der i givet fald skal følges op

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

- At der ikke gennemgående foretages en sygeplejefaglig udredning af beboerne, selvom målgruppen er borgere der kan have flere og komplekse sygeplejefaglige problemstillinger
- At der er overordnet set er oprettet de relevante tilstande, både i forhold til funktionsevne og helbred
- At beskrivelserne i tilstandspræciseringen er relevante, præcise og fyldestgørende.
- At der mangler flere udredninger.
- At der mangler at blive oprettet flere handlingsanvisninger og at enkelte handlingsanvisninger ikke er opdaterede.
- At der ikke er oprettet opgaver til opfølgning på tilstande.
- At døgnrytmeplanerne fremstår relevante og udførlige.
- At fysioterapeutens behandlinger ikke dokumenteres pr. gang

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

- At det ikke fremgår tydeligt, at journalen er opdateret. Flere handlingsanvisninger og indsatsmål er gemt som aktive selvom det er uklart om de fortsat er gældende, da de er oprettet på en anden enhed.
- At alle helbredstilstande gemmes som 'inaktive' i stedet for at gemme dem, der tidligere har været 'aktuelle' som 'inaktive' og de øvrige som 'ikke relevante', så det på denne måde bliver lettere at følge historikken i borgers tilstande.

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

- At borgers samtykke til den aktuelle pleje og behandling ikke er dokumenteret gennemgående
- At borgers samtykke overvejende angives ved videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart
- At det ikke systematisk står anført om borgeren kan varetage egne helbredsrelevante interesser

Af den kommunale tilsynsrapport i enheden 2021 fremgår det, at tilsynet henstillede til:

---

<sup>20</sup> Se Bilag 1 for en opgørelsen over, hvor mange journaler, der lever op til de enkelte målepunkter

- At planen for behandling og pleje blev skrevet eksplicit i journalen, for eksempel i borgerens handlingsanvisning og at der her henvises til beskrivelsen af hvornår og hvordan der skal reageres ved målinger uden for normalområdet i kommentarfeltet for tærskelværdier i målinger.
- At stillingtagen til borgerens evne til selv at varetage egne helbredsmæssige interesser dokumenteres i journalen.
- At borgerens informerede samtykke i forhold til pleje og behandling samt videregivelse af helbredsmæssige oplysninger dokumenteres i journalen.
- At der oprettes de relevante udredninger og arbejdes med omsorgsjournalens opgave-funktion.

Af interview med ledelsen vedrørende hvordan der er arbejdet med henstillingerne fra sidste år, fremgår det:

- At der er blevet fulgt op på de handleplaner enheden udarbejdede på baggrund af sidste års tilsyn
- At der er besluttet at indføre en ny praksis for, hvordan tværfaglige aftaler dokumenteres i observationsnotater og efterfølgende i handlingsanvisninger, indsatsmål mv. hvis relevant.
- At der har været en løbende undervisning i dokumentation af enhedens nøgleperson for dokumentation og der er fulgt op på plejemøder

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- Der fortsat gennemgående mangler angivelse af, hvad der er en handlingskrævende forværring og hvordan der i givet fald skal følges op
- Der ikke gennemgående foretages en sygeplejefaglige udredning
- Det ikke fremstår helt klart hvilke handlingsanvisninger, der er aktuelle
- Der fortsat ikke er oprettet opgaver til opfølgning på alle tilstande
- Alle fysioterapeutens behandlinger ikke dokumenteres
- Der fortsat ikke gennemgående er angivet, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser
- Borgerens samtykke til pleje og behandling fortsat ikke er dokumenteret gennemgående
- Der fortsat mangler flere udredninger

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

- Beskrivelse af behandling og pleje nu i højere grad fremgår af handleplaner frem for af indsatsmål, som det blev set ved sidste års tilsyn
- Beboerens samtykke (eller et stedfortrædende samtykke) nu overvejende er dokumenteret i forhold til videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart
- Tilstandspræciseringer og døgnrytmeplaner fremstår relevante og fyldestgørende

***Det bemærkes, at flere af de fund, der blev gjort ved sidste års tilsyn, også ses ved tilsynet i år – men også at der var enkelte fund sidste år, der ikke genfindes i tilsynsmaterialet ved dette års tilsyn.***

#### **Tilsynet henstiller til**

At enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det inden for en afgrænset periode sikres, at:

- Der er en entydig angivelse af, hvad der er en handlingskrævende forværring og hvordan der i givet fald skal følges op
- Der foretages en sygeplejefaglige udredning af borgerne
- Det kun er aktuelle handlingsanvisninger, der gemmes som aktive
- Der oprettes opgaver til opfølgning på alle tilstande
- Fysioterapeutens behandlinger dokumenteres
- Det angives, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser
- Borgerens samtykke til pleje og behandling dokumenteres

#### **Tilsynet anbefaler:**

At der skabes arbejdsgange så det sikres, at:

- Alle relevante udredninger oprettes og udfyldes

**Enhedens tiltag:** Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstillinger. Se Bilag 2: Handleplaner

**Tilsynets samlede vurdering ift. dokumentation:** Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat. Der følges op på om enheden har efterlevet handleplanen ved næste års tilsyn.

### Medicinkontrol

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

- Tilsynsenhedens uanmeldte gennemgang af fire beboeres medicinbeholdning
- Tilsynsenhedens uanmeldte observation af en medicindispensering
- Tilsynets journalaudit på fire tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin

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

Ved gennemgang af medicinbeholdninger finder tilsynet;

- At der ved medicingennemgang ses et enkelt pn-præparat (øredråber), hvor udløbsdatoen er overskredet med mere end to år. Præparatet er for nyligt anbrudt og anvendt, hvorfor præparatet ikke med sikkerhed har haft den ønskede effekt. Det vurderes, at brugen af det udløbne præparat ikke har haft nogen sundhedsmæssig konsekvens for borgeren
- At der ses en god orden i medicinskabene samt en korrekt og tydelig adskillelse af borgernes aktuelle og pauserede medicin
- At samtlige doseringsæsker har påført personidentifikation
- At alle medicinpræparater inklusiv håndkøbsmedicin har påført personidentifikation
- At der ved alle fire medicingennemgange er angivet anbrudsdato på medicinske dråber samt cremer
- At der ses korrekt opbevaring af ikke-anbrudt medicin, som skal opbevares på køl
- At enheden det seneste år har implementeret ny arbejdsgang med elektronisk registrering af dispenseret og givet medicin. Dette har betydet, at tidligere arbejdsgang med udprintede medicinlister er udfaset, hvorved patientsikkerheden på medicinområdet er øget
- At der ikke gøres brug af en doseringsmåtte jf. kommunens anbefalinger på området

Ved gennemgang af journalaudit finder tilsynet;

- At der fortsat ses flere tilfælde, hvor der ved pn-medicingivning ikke følges op på effekt via et observationsnotat
- At der mangler angivelse af risikosituationsmedicin i medicinlisten ved to beboere

Af den kommunale tilsynsrapport i enheden 2021 fremgår det, at tilsynsenheden fandt:

- At der ved to borgere fandtes manglende personidentifikation på en eller flere doseringsæsker
- At der ved en enkelt borger blev observeret medicinpræparater uden personidentifikation
- At der forekom flere tilfælde i en borgerjournal, hvor der blev fulgt op på PN-medicin i medicinnotater i stedet for i observationsnotater, som det ellers er beskrevet i Norddjurs Kommunes instrukser
- At der i et enkelt tilfælde fandtes pauseret/seponeret medicin, hvor holdbarhedsdatoen var overskredet

**På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet:** At der er gjort et fund af mindre betydning for den leverede kvalitet i forhold til medicinbehandling.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der i et enkelt tilfælde er fundet et anvendt præparat, hvor udløbsdatoen er overskredet med mere end to år.

***Det bemærkes, at to af de fund, der blev gjort ved sidste års tilsyn også ses ved dette års tilsyn***

#### **Tilsynet anbefaler:**

At der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:

- At præparater med overskredet holdbarhedsdato fjernes og destrueres
- At der altid følges op på effekten af pn-medicin via et observationsnotat
- At der i medicinlisten foretages den nødvendige dokumentation af risikosituationsmedicin

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

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

- Udtræk fra indrapporteringssystemet DPSD, der viser hvor mange utilsigtede hændelser, der er indrapporteret på enheden inden for det seneste år fordelt på måneder og hvilke typer af utilsigtede hændelser, der er indrapporteret<sup>21</sup>.
- Medarbejdernes 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 og patientuheld, men at der indberettes flere forskellige typer af UTH.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 78 % medarbejdere svarer, at de enten 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ved, hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse eller ved hvem man kan gå til for at få hjælp til det.

---

<sup>21</sup>Udtrækket viser indberettede UTH'er for både enheden Træningscenter Døgn og enheden Ambulant Træning i Auning.

- 56 % af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen. 33 % svarer 'i nogen grad'.
- 77 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ville føle sig trygge som beboere i deres enhed. 17 % svarer 'i nogen grad'.
- 67 % af medarbejderne svarer, at kulturen 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' gør det nemt at lære af utilsigtede hændelser. 17 % svarer i nogen grad'.

Af den kommunale tilsynsrapport i enheden 2021 fremgår det, at tilsynet henstillede til:

- At der blev udarbejdet en plan for, hvordan medarbejderne skulle understøttes i at diskutere og sætte spørgsmålstejn ved patientsikkerheden på enheden og at der skulle udarbejdes en plan for, hvordan det kunne afklares, hvilken form for tilbagemelding på deres arbejdsopgaver, medarbejderne efterspurgte.

Af interview med ledelsen vedrørende hvordan der er arbejdet med henstillingerne fra sidste år, fremgår det:

- At arbejdet med UTH nu er et fast punkt på personalemøder, hvor det tages op i plenum

**På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet:** At der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten af enhedens arbejde med UTH'er.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At et overvejende flertal af medarbejdere svarer at de ved, hvordan man indberetter en UTH eller ved hvem man kan gå til for at få hjælp til det.

## Magtanvendelser

Enhedens arbejde med at forebygge og håndtere magtanvendelser vurderes ikke ved dette tilsyn, da der ikke har været magtanvendelser på enheden inden for det seneste år

## 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 og interviews i beboernes hjem

### Sammenfatning af observationer:

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

- At uniformsetiketten efterkommes blandt de observerede medarbejdere
- At medarbejderne overholder retningslinjer for anvendelse af ringe, armbånd og ure
- At der foretages hånddesinfektion forud for en ny opgave ved borgeren



## Brugertilfredshed

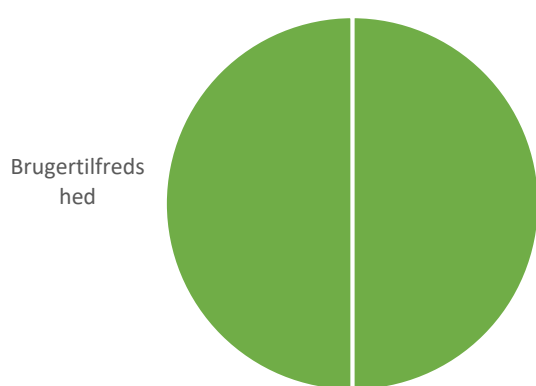
I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser<sup>22</sup>. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social service §§ 83, 83a og 86.

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

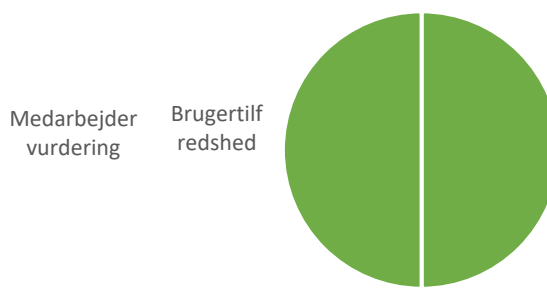
- Brugertilfredshed og medarbejdervurdering

### Oversigt over tilsynets vurdering ved tilsynet 2022 og tilsynet 2021

#### Brugertilfredshed og medarbejdervurdering 2022



#### Brugertilfredshed og medarbejdervurdering 2021



**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: *At der er gjort fund af mindre 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:

- Interviews med fem beboere<sup>23</sup>
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

<sup>22</sup> Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

<sup>23</sup> Der er kun blevet interviewet fem beboere fra enheden, da de øvrige beboerne enten ikke havde de kognitive forudsætninger for at blive interviewet eller ikke ønskede at deltage i interviewet.

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewet<sup>24</sup> fremgår det, at:

I forhold til *de fysiske rammer*:

- Alle beboerne giver udtryk for, at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med deres bolig.
- Alle beboerne giver udtryk for at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med enhedens fællesarealer. Alle beboerne, som anvender de udendørs arealer, giver udtryk for at være 'meget tilfredse' med dem.

I forhold til aktiviteter og socialt samvær<sup>25</sup>:

I forhold til den *personlige pleje og praktiske hjælp*:

- Alle beboerne er samlet set 'meget tilfredse' med den hjælp og støtte de modtager på enheden.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til at komme i bad, blive vasket og af- og påklædning, angiver at være 'meget tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til toiletbesøg, angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboere er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med rengøringen af egen bolig, rengøringen af fællesarealerne og hjælp til tøjvask.

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

- Alle beboerne svarer, at de er 'helt enige' i, at de får den hjælp og støtte, der er aftalt og at de får den hjælp og støtte, de har behov for.
- Alle beboerne svarer, at de er 'helt enige' i udsagnene: 'Det er oftest de samme hjælpere, der kommer hos dig', 'Personalet tager hensyn til, hvordan du gerne vil have din døgnrytme' og 'Du deltager i de ting, du kan og ønsker at deltage i'.
- 80 % af beboerne svarer, at de 'aldrig' oplever, at hjælpen bliver aflyst. 20 % svarer 'ved ikke'.

I forhold til *maden*:

- 40 % af beboerne angiver, at de er 'meget tilfredse' med maden. 40 % angiver 'hverken eller'.
- Alle de beboere, som modtager hjælp til måltidet angiver at være 'meget tilfredse'.

I forhold til *personalet*:

- Alle beboerne giver udtryk for, at være 'helt enige' eller 'enige i' i udsagnene: 'Personalet ved hvad de skal, når de kommer for at hjælpe dig' og 'Personalet lytter til, hvad jeg har behov for'.
- Alle beboerne giver udtryk for, at være 'helt enige' i udsagnene: 'Omgangstonen mellem personalet og mig er god' og 'Personalet udviser respekt over for mig'.

Overordnet set:

- 80 % af beboerne giver udtryk for samlet set at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med at bo på Døgngenoptræning Auning.
- Alle beboerne giver udtryk for, at de 'i høj grad' føler sig tilpas på enheden.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- Ved spørgsmålet 'Giver hverdagen mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandard?' er der 48 % der svarer 'i meget høj grad' eller 'i høj grad', 26 % der svarer 'i nogen grad' og 11 % der svarer 'i mindre grad'.

---

<sup>24</sup> I afrapporteringen er der fokus på at sikre, at den enkelte beboers besvarelser ikke vil kunne blive genkendt.

<sup>25</sup> Punkterne omkring enhedens daglige aktiviteter og arrangementerne på enheden afrapporteres ikke, som det gøres på plejecentrene. Beboernes ophold på enheden er midlertidigt med fokus på genoptræning og rehabilitering ind i alle dagens forskellige gøremål.

- 68 % af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' og 'i høj grad', arbejdes med at skabe forbedringer af plejen og aktiviteter hos borgerne. 16% svarer 'i nogen grad'.
- 63 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' kender handlingsanvisninger for de borgere, du har opgaver ved. 11 % angiver 'i nogen grad'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At størstedelen af beboerne er tilfredse med den hjælp og støtte de modtager.
- At alle beboerne giver udtryk for, at de 'i høj grad' føler sig tilpas på enheden.
- At størstedelen af medarbejderne angiver at der arbejdes med at skabe forbedring af plejen og aktivitet hos borgeren

### 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 og interviews i beboernes hjem.

#### **Sammenfatning af observationer:**

Ved observation i enhedens lokaler og beboernes hjem ses det:

- At beboernes hjem fremstår rene og ryddelige.
- At hjælpemidler fremstår rene.
- At der observeres en god og anerkendende omgangstone mellem personale og beboere.
- At fællesområder i enheden fremstår rene og ryddelige.

## Faglighed

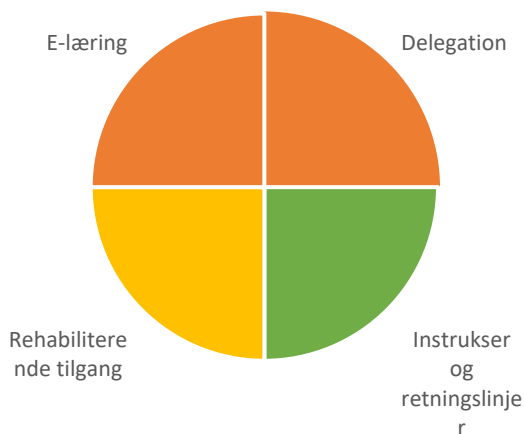
I hovedområdet *Faglighed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at den nødvendige og relevante faglige viden og medarbejderkompetencer er til stede i enheden i forhold til de opgaver, der skal løses.

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

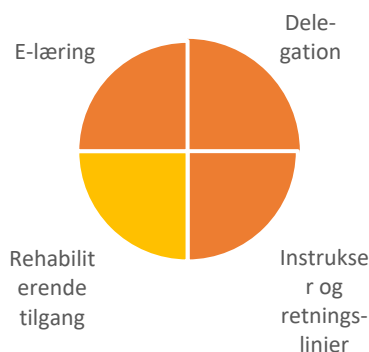
- Delegation og kompetencer
- Kendskab til instrukser og retningslinjer
- Enhedens rehabiliterende tilgang
- Medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring

### Oversigt over tilsynets vurdering i 2022 og ved sidste års tilsyn i 2021

Faglighed 2022



Faglighed 2021



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 tilstede ved alle opgaver og at kommunens retningslinjer for delegation efterleveres, bygger på:

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

I forhold til *oplæring af nye medarbejdere*:

- At 42 % af medarbejderne angiver, at nyt personale 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får en god introduktion. 37 % angiver 'i nogen grad'.
- At 42 % af medarbejderne svarer, at personale der skal oplæres i nye opgaver 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får den nødvendige sparring. 37 % svarer 'i nogen grad'.

I forhold til *kompetenceprofil*:

- At 77 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de kender kompetence- og overdragelseskemaet. Af disse medarbejdere svarer 20 %, at de 'i høj grad' bruger dette skema i hverdagen ved behov. 20 % svarer 'i nogen grad' og 50 % svarer 'i mindre grad'.
- At 66 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de har et personligt kompetenceafklaringskema. Af disse medarbejdere svarer 33 % 'ja' til at skemaet er opdateret, 33 svarer 'nej' og 33 % svarer 'ved ikke'.
- At alle medarbejderne svarer 'nej' til, at de har et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer.
- At alle 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?'.

I forhold til *tilgængelige kompetencer*:

- At 50 % af medarbejderne svarer, at deres team 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag'. 39 % svarer 'i nogen grad'.

Af sidste års tilsynsrapport fremgår, at:

- Der er en henstilling om, at enheden skal gøre yderligere tiltag for at sikre medarbejdernes kendskab til proceduren vedrørende delegation.
- Der er en anbefaling om, at det sikres, at medarbejdernes kompetenceprofiler kontinuerligt opdateres

Af interview med ledelsen fremgår det, at:

- Der er ansat en sygeplejerske, der får rollen som faglig koordinator og som fremadrettet vil sikre den løbende opfølgning i forhold til kompetence- og overdragelseskemaer.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- At 50 % af medarbejderne svarer, at de 'i mindre grad' anvender kompetence- og overdragelseskemaet i hverdagen ved behov.
- At 33 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til om de har et personligt kompetenceafklaringskema.
- At 66% af de medarbejdere, som har et personligt kompetenceafklaringskema, svarer 'nej' eller 'ved ikke' til om, deres personlige kompetenceafklaringskema er opdateret.

**Det bemærkes, at et af de fund, der blev gjort ved sidste års tilsyn også ses ved dette års tilsyn**

**Tilsynet henstiller til**

At enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det inden for en afgrænset periode sikres, at:

- Der er en plan for, hvordan medarbejdere får kendskab til og løbende anvender kompetenceafklaringskemaerne og kompetence- og overdragelseskemaerne

**Enhedens tiltag:** Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstillinger. Se Bilag 2: Handleplaner

**Tilsynets samlede vurdering ift. dokumentation:** Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat. Der følges op på om enheden har efterlevet handleplanen ved næste års tilsyn.

### Kendskab til instrukser og retningslinjer

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

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

#### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fremgår det:

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

- At 63 % af medarbejderne svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' har adgang til de oplysninger, de har brug for, for at kunne udføre deres arbejde hos borgerne. 21 % svarer 'i nogen grad'.

I forhold til *retningslinjer for anvendelsen af MyMedCards og VAR*<sup>26</sup>:

- At 77 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR.
- At 85 % svarer, at de har adgang til at anvende VAR i deres daglige arbejde hos borgeren.
- At 77 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de bruger VAR, når de er i tvivl om en procedure. Af disse medarbejdere svarer 23 %, at de bruger VAR 'hver uge', 23 % svarer 'hver anden uge' og 23% svarer '1-2 gange om måneden'.
- At 79 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende MyMedCards.
- At 84 % svarer, at de har adgang til at anvende MyMedCards i deres daglige arbejde hos borgeren.
- At 19 % af medarbejderne svarer at de 'i høj grad' bruger MyMedCards. 33 % svarer 'i nogen grad' og 44 % svarer 'i mindre grad'.
- At 6 % svarer, at de bruger MyMedCards 'hver uge', 25 % svarer 'hver anden uge', 31 % svarer '1-2 gange om måneden' og 19 % svarer '1-2 gange i kvartalet'.

Af sidste års tilsynsrapport fremgår det:

- At der er en henstilling om, at det skal sikres at medarbejderne kender retningslinjerne for anvendelsen af MyMedCards, herunder hvornår medarbejderne skal orientere sig heri.

Af interview med ledelsen fremgår det:

- At retningslinjerne for, hvornår man skal orientere sig i MyMedCards er blevet taget op på personalemøder, siden sidste tilsyn og at det kontinuerligt italesættes, at MyMedCards skal anvendes.

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

---

<sup>26</sup> I dette spørgsmål afrapporteres kun besvarelser fra de relevante faggrupper, dvs. besvarelser fra sygeplejersker, assistenter og hjælpere – 45 besvarelser i alt.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At 77 % af medarbejderne angiver 'ja' til om de ved hvordan de skal bruge VAR
- At 79 % af medarbejderne svarer 'ja' til, om de ved hvordan de skal anvende MyMedCards

## Rehabilitering

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

- Interview med fem beboere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser
- Enhedens og tilsynets audit af i alt otte borgerjournaler

Ved interview med beboere fremgår det at:

- Alle beboerne angiver at de er 'helt enige' i at de deltager i udførelsen af hjælpen, at personalet støtter dem i at klare flest mulige dagligdagsting og at de har været med til at beslutte, hvad de skal kunne selvstændigt i dagligdagen.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- 43 % af medarbejderne angiver, at de i 'meget høj grad' eller 'i høj grad' kender borgernes livshistorie. 37 % angiver 'i nogen grad'.
- 84 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' aktivt inddrager borgerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter.

Af journalaudit fremgår det at:

- Borgers vurdering ikke er angivet gennemgående ved funktionsevnetilstande
- Det fremstår uklart om de indsatsmål, der er oprettede, anvendes og er opdaterede
- Borgers perspektiv ellers gennemgående fremgår af journalen

Af sidste års tilsynsrapport fremgår det at:

- Det anbefales at borgers perspektiv bliver tydeliggjort i journalen

Af interview med ledelsen fremgår det, at:

- Rehabiliteringsugen mandede ud i en fælles konklusion om at det tværfaglige samarbejde var problematisk. Der arbejdes kontinuerligt med tværfaglighed på enheden. Der er fokus på hvordan dokumentationen anvendes tværfagligt: Repræsentanter fra kvalitetsteamet og systemadministratorerne har været inviteret ud til enheden for at give sparring i forhold til enhedens tværfaglige dokumentationspraksis.

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

I vurderingen er der lagt vægt på at:

- Borgers vurdering ikke er angivet ved alle funktionsevnetilstande

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

- At borgers perspektiv derudover fremgår af journalen
- At alle beboerne giver udtryk for at blive inddraget i indsatsen
- At størstedelen af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' inddrager beboerne i indsatsen

### Tilsynet anbefaler

- At beboernes vurdering i forhold til udførelse og betydning af udførelse i forhold til funktionstilstande dokumenteres konsekvent

### E-læring

Tilsynets vurdering af, om enheden sikrer at medarbejderne løbende vedligeholder deres kendskab til lovgrundlag for magtanvendelser og procedurer for medicinhåndtering, vurderes ud fra:

Af udtræk fra e-læringsportalen Plan2Learn fremgår det, at:

- 23 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Magtanvendelse'. Ud af de 23 medarbejdere har 11 medarbejdere gennemført kurset. 5 medarbejdere er påbegyndt kurset, men har ikke gennemført det. 7 medarbejdere er tilmeldt kurset, men har hverken påbegyndt eller gennemført kurset.
- 21 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'. Ud af de 21 medarbejdere har 10 medarbejdere gennemført kurset. 4 medarbejdere er tilmeldt kurset, men har hverken påbegyndt eller gennemført kurset. 3 medarbejdere er påbegyndt, men har ikke gennemført kurset. 3 medarbejdere har tidligere gennemført kurset, men kurset er udløbet og kræver en recertificering.
- 3 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinhåndtering for social- og sundhedshjælpere'. Ud af de 3 medarbejdere har 2 medarbejdere gennemført kurset. 1 medarbejder er tilmeldt kurset, men har hverken påbegyndt eller gennemført kurset.

Af sidste års tilsynsrapport fremgår det at:

- Der er en henstilling om, at iværksætte en indsats for at få alle relevante medarbejdere til at blive automatisk tilmeldt relevante kurser samt gennemføre de obligatoriske e-læringskurser.

Af interview med ledelsen fremgår det, at:

- Alle medarbejdere er tilmeldt kurser og det sikres at nye medarbejdere gennemfører e-læring. Der er blevet fulgt op på personalemøde i januar 2022

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At under 50 % af de tilmeldte medarbejdere har gennemført det obligatoriske kursus om magtanvendelse.
- At under 50 % af medarbejderne har gennemført det obligatoriske kursus om 'medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'
- At 66 % har gennemført det obligatoriske kursus 'Medicinhåndtering for social- og sundhedshjælpere'.

### Tilsynet henstiller til

- At der iværksættes en indsats for at alle medarbejdere gennemfører de obligatoriske e-læringskurser.

**Det skal bemærkes, at der blev gjort et tilsvarende fund ved sidste års tilsyn**



**Enhedens tiltag:** Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstillinger. Se Bilag 2: Handleplaner

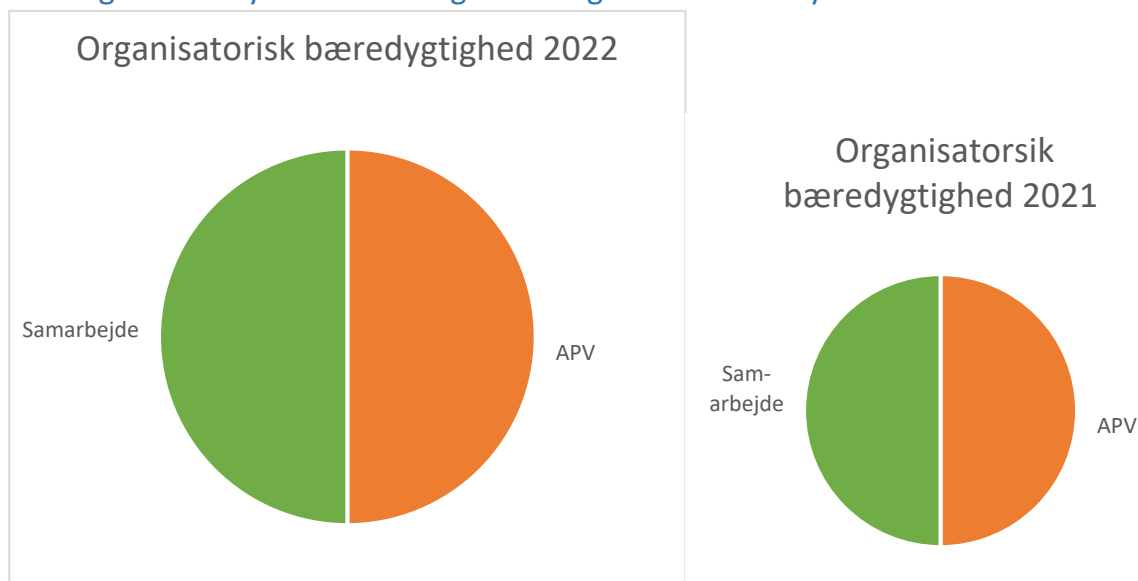
**Tilsynets samlede vurdering ift. dokumentation:** Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat. Der følges op på om enheden har efterlevet handleplanen ved næste års tilsyn.

## 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 i 2022 og i sidste års tilsyn 2021



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.

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

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.

#### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

- At der ikke er udfyldt APV-skema for borgerne

Af sidste års tilsynsrapport fremgår det, at:

- Der er en henstilling om at udarbejde APV-skemaer for alle beboere

Af ledelsesinterview fremgår det, at:

- Ledelsen er undervejs med at afklar, om der er krav til at enheden skal udfylde APV for beboerne. Det er blevet afklaret, at det også gælder denne enhed

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der ikke er udfyldt APV-skemaer for beboerne

**Tilsynet henstiller til**

- At der udarbejdes en handleplan for, hvordan enheden vil sikre at der fremadrettet udfyldes APV-skemaer for alle beboere ***Det skal bemærkes, at der blev gjort et tilsvarende fund ved sidste års tilsyn***

**Enhedens tiltag:** Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstillinger. Se Bilag 2: Handleplaner

**Tilsynets samlede vurdering ift. dokumentation:** Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat. Der følges op på om enheden har efterlevet handleplanen ved næste års tilsyn.

## Samarbejde

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

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

**Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:**

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fremgår det, at:

- 66 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. 22 % af medarbejdere svarer, at der er 'både og' og 11 % svarer, at det er 'dårligt'.
- 72 % af medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne på arbejdspladsen. 28 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
- 84 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med eget team. 11% angiver, at det er 'både og'.
- 94 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med ledelsen.
- 94 % af medarbejderne angiver, at de kan spørge deres kollegaer til råds, hvis de er i tvivl om noget.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At størstedelen af medarbejderne svarer, at de har et 'godt' eller 'meget godt' samarbejde mellem medarbejderne og med ledelsen.

## Sygefravær

Vurderingen af enhedens sygefravær, bygger på:

- Oversigt over sygefraværsprocenten i perioden 1. maj 2021 til 30. april 2022

Af sygefraværsoversigten fremgår det:

- At sygefraværsprocenten i perioden 1. maj 2021 til 30. april 2022 i gennemsnit har været på 8,5 %. Sidste år var sygefraværsprocenten 5,5 % (i perioden 1. juni 2020 til 31. maj 2021)
- Til sammenligning er sygefraværsprocenten i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune i samme periode på 7,2 %

Vurderingen af enhedens sygefravær, bygger på:

## Budgetoverholdelse

**Tilsynet vurderer, at** der aktuelt er udfordringer med budgetoverholdelsen for døgnafsnittet. Dette skyldes især, at der har været langvarigt sygefravær i aften- og natvagtlag, som det på grund af den generelt vanskelige rekrutteringssituation har været nødvendig at dække via merarbejde/overarbejde og eksterne vikarer. Endvidere arbejdes der fortsat med integration af de 3 pladser til borgere med specialiserede rehabiliteringsplaner. Borgere med specialiserede rehabiliteringspladser kræver tilstedeværelse af personale med erfaring og særlige kompetenceprofiler. Den budgetmæssige ramme tillader ikke opretholdelse af et fuldt beredskab til varetagelse af de specialiserede rehabiliteringsplaner, og det er derfor nødvendigt at arbejde med fleksible løsninger/fremmøde mv., så der samtidigt er muligt at håndtere de specialiserede pladser og sikre en rationel drift af det samlede afsnit indenfor budgetrammen. Der er på nuværende tidspunkt et forventet merforbrug i 2022 på ca. 1 mio. kr., når der ses bort fra udgifter afledt af covid-19, som opgøres særskilt. Der arbejdes, som nævnt på at minimere denne overskridelse.

## Bilag 1: Oversigt: Journalaudit

Antal journaler hvor følgende er opfyldt:

<i>Opfølgning på forværring i borgers tilstand</i>	Tilsynets audit på 4 borgere	Enhedens audit på 4 borgere
Opfølgning på observationer	3 ud af 4	2 ud af 4
Opfølgning på målinger uden for tærskelværdi	1 ud af 1	0 ud af 0
<i>Opdateret beskrivelse af og plan for borgers helbreds- og funktionstilstande</i>		
Relevante helbredsoplysninger	3 ud af 4	4 ud af 4
Taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser	2 ud af 4	2 ud af 4
Sygeplejefaglig udredning	1 ud af 4	1 ud af 4
Alle relevante helbredstilstande valgt	4 ud af 4	3 ud af 4
Fyldestgørende faglige notater for helbredstilstande	3 ud af 4	4 ud af 4
Alle relevante funktionstilstande valgt	4 ud af 4	4 ud af 4
Oprettet relevante handlingsanvisninger	1 ud af 4	2 ud af 3
Henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant	2 ud af 4	0 ud af 3
Er det beskrevet, hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages?	2 ud af 2	0 ud af 3
Er handlingsanvisningerne opdaterede?	3 ud af 4	2 ud af 3
Døgnrytmeplan opdateret	4 ud af 4	3 ud af 4
Afspejler døgnrytmeplanen borgerens daglige behov for pleje og borgerens aktiviteter?	3 ud af 4	3 ud af 4
Hvis relevant: En aktuell forflytningsvejledning for borgeren	4 ud af 4	4 ud af 4
Oprettet opgaver på alle tilstande mindst en gang årlig	0 ud af 4	0 ud af 4
Er der udfyldt en træningsvurdering, hvor relevant?	4 ud af 4	-
Er der oplysninger i træningsnotater, der er relevante for andre faggrupper?	4 ud af 4	-
Er- det oprettet slutnotat (hvis relevant)?	1 ud af 1	-
<i>Understøttelse af borgerens retsstilling</i>		
Borgerens samtykke fremgår af handleanvisningen	2 ud af 4	0 ud af 3
Borgers samtykke ved videregivelse af helbredsoplysninger	3 ud af 4	0 ud af 3
Tidsfrist for indberetning af magtanvendelse overholdt	-	-
<i>Understøttelse af rehabiliterende tilgang</i>		
Beskrivelse af borgers motivation	3 ud af 4	2 ud af 4
Beskrivelse af borgers mestring	3 ud af 4	2 ud af 4
Beskrivelse af borgers ressourcer	3 ud af 4	2 ud af 4
Borgers mål udfyldt i helbredstilstand	4 ud af 4	2 ud af 4
Borgers vurdering ved funktionstilstande	2 ud af 4	1 ud af 4
Oprettet indsatsmål	3 ud af 4	0 ud af 4
Feltet 'Borgers indsats' udfyldt i Døgnrytmeplan	3 ud af 4	3 ud af 4

## Bilag 2: Handleplaner

### Opfølgingsplan

Beskrivelse/titel:	Beskrivelse af mål		
Enhed/afdeling:	Døgn	1.6-2022	
		Dato:	
Ansvarlig for udfyldelse:	Katherine/Anne-Grethe	Susanne Bækgaard	
		Ledelsesansvarlig:	

EMNE		
<b>TEMA</b> Hvilket område omhandler planen		Dokumentation
<b>UDGANGSPUNKT</b> Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?		Beskrivelse af mål, opfølgning, sygepl. faglig vurdering, aktuelle handlingsanvisninger, opgaver på alle tilstande, helbredsmæssige interesser, samtykke dokumentation af terapeutens behandlinger.  Terapeuters dokumentation af behandlinger Se i rapporten  Sygeplejefaglig udredning af alle borgere
<b>MÅL</b> Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål		Målene deles op i Indsatsmål, handlingsanvisning, tilknyttede relationer der skal være en ensartethed i hvad vi skriver, hvor. F.eks. Hvornår reageres på målinger udenfor normalområdet? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indsatsmål på alle sygeplejefaglige handlinger.</li> <li>• Handlingsanvisning, ikke aktuelle gemmes som ikke aktuelle, gemmes ikke som ikke relevant.</li> <li>• Opfølgning Sæt dato frem i tiden, teamet er ansvarlig.</li> </ul>
<b>HVAD?</b> Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?		Teamet omkring borgeren er ansvarlig for dette, alle roller aftales inden målmødet Alle terapeuter dokumenterer behandlinger
<b>HVORDAN?</b> Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?		Vi beder om undervisning af Kvaliteamet i forhold til opgaver og opfølgning og andet ovenstående.
<b>HVORNÅR?</b> Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?		i løbet af efteråret.
<b>DOKUMENTATION</b> Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det		Vi følger op på personalemødet i november.

har den tilsigtede virkning?		
<b>HVEM?</b> Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene?		Anne-Grethe, Katherine og Susanne
<b>RESULTAT</b> Hvad er resultatet af udviklingsprocessen? Udfyldes ved sluttidspunktet for planen.		

## Opfølgningsplan

Beskrivelse/titel:	samtykke		
Enhed/afdeling:	Døgn	1.6-2022	
		Dato:	
Ansvarlig for udfyldelse:	Susanne Bækgaard	Ledelsesansvarlig: SB	

EMNE		
<b>TEMA</b> Hvilket område omhandler planen		Dokumentation
<b>UDGANGSPUNKT</b> Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?		Der er ikke konsekvent dokumenteret samtykke til behandling
<b>MÅL</b> Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål		Der skal altid dokumenteres at behandling/kontakt til 3.person m.m er efter aftale med borgeren, eller hvis vedkommende ikke er i stand til det, så efter aftale med nærmeste pårørende.
<b>HVAD?</b> Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?		Tages op på plejemøde og aftales.
<b>HVORDAN?</b> Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?		Tager ikke ekstra ressourcer i forhold til dokumentation.
<b>HVORNÅR?</b> Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?		Straks
<b>DOKUMENTATION</b> Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?		Der følges op på næste plejemøde, og til næste undervisning ved nøgleperson.

<b>HVEM?</b> Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene?		Alle ansatte
<b>RESULTAT</b> Hvad er resultatet af udviklingsprocessen? Udfyldes ved sluttidspunktet for planen.		

## Opfølgingsplan

Beskrivelse/titel:	Delegering		
Enhed/afdeling:	Døgn	1.6-2022	
Ansvarlig for udfyldelse:	Katherine/Anne-Grethe	Susanne Bækgaard	
		Ledelsesansvarlig:	

EMNE		
<b>TEMA</b> Hvilket område omhandler planen		Delegering
<b>UDGANGSPUNKT</b> Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?		Der mangler arbejdsgang for delegering og opfølgning af kompetenceskemaer
<b>MÅL</b> Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål		Alle udfylder et kompetenceskema Når vi får nye opgave i afdelingen, arrangeres oplæring.
<b>HVAD?</b> Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?		Vi beskriver arbejdsgang for kompetenceudvikling i forhold til nye opgaver i afdelingen
<b>HVORDAN?</b> Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?		Der udpeges en tovholder/nøgleperson til at sikre dette
<b>HVORNÅR?</b> Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?		Inden udgangen af året.
<b>DOKUMENTATION</b> Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?		Der følges op på kompetenceskemaer ved MUS
<b>HVEM?</b> Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene?		Anne-Grethe, Katherine og Susanne



<b>RESULTAT</b> Hvad er resultatet af udviklingsprocessen? Udfyldes ved sluttidspunktet for planen.		
--	--	--

## Opfølgingsplan

Beskrivelse/titel:	Beskrivelse af mål		
Enhed/afdeling:	Døgn	1.6-2022	
Ansvarlig for udfyldelse:	Katherine/Anne-Grethe	Susanne Bækgaard	
		Ledelsesansvarlig:	

EMNE			
<b>TEMA</b> Hvilket område omhandler planen		E-learning obligatorisk	
<b>UDGANGSPUNKT</b> Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?		En stor del af medarbejderne har ikke gennemført alle de obligatoriske E-learningprogrammer	
<b>MÅL</b> Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål		<ul style="list-style-type: none"> <li>Tages op på P-møde i oktober, alle skal have gennemført inden for 1 måned. Vi sikrer at nye medarbejdere har gennemført inden opfølgning på introduktionen efter to måneder.</li> <li></li> </ul>	
<b>HVAD?</b> Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?		Leder sikrer at alle medarbejdere har adgang til plan2learn	
<b>HVORDAN?</b> Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?		Der gives tid i løbet af arbejdsdagen til at tage kurset.	
<b>HVORNÅR?</b> Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?		Inden 1.1.2023	
<b>DOKUMENTATION</b> Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?		Vi følger op på personalemødet i januar 2023	
<b>HVEM?</b> Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene?		Anne-Grethe, Katherine og Susanne	
<b>RESULTAT</b> Hvad er resultatet af udviklingsprocessen?			

Udfyldes ved sluttidspunktet for planen.		
--	--	--

## Opfølgingsplan

Beskrivelse/titel:	APV		
Enhed/afdeling:	Døgn	1.6-22	
		Dato:	
Ansvarlig for udfyldelse:	Katherine/Anne-Grethe	Susanne Bækgaard	
		Ledelsesansvarlig:	

EMNE		
<b>TEMA</b> Hvilket område omhandler planen		APV
<b>UDGANGSPUNKT</b> Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?		Der udfyldes ikke APV ved nye borgere
<b>MÅL</b> Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål		APV udfyldes hver gang, tænk på hvad der kan påvirke arbejdsmiljøet. F.eks. borgerens humør, samarbejde med pårørende, splitting m.m.
<b>HVAD?</b> Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	Alle i afdelingen udfylder et kompetenceskema	Alle introduceres til APV skemaet i Nexus Teamet udpeger et teammedlem, der skal lave APV
<b>HVORDAN?</b> Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?		personale på Døgn
<b>HVORNÅR?</b> Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?		Drøftes på P-møder løbende, og er med i undervisning generelt
<b>DOKUMENTATION</b> Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?		Gennem audit i Nexus
<b>HVEM?</b> Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene?		Anne-Grethe, Katherine og Susanne
<b>RESULTAT</b> Hvad er resultatet af udviklings- processen? Udfyldes ved sluttidspunktet for planen.		



