

Kommunalt  
tilsyn

Hjemmehjælp  
og hjemme-  
sygepleje  
Glesborg

10. juni  
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.....	7
<b>Sammenfatning</b> .....	8
Patientsikkerhed.....	12
<b>Oversigt over tilsynets vurdering</b> .....	12
Den sundhedsfaglige dokumentation.....	13
Medicinkontrol.....	14
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH).....	15
Magtanvendelser.....	16
Hygiejne .....	17
Brugertilfredshed .....	18
<b>Oversigt over tilsynets vurdering</b> .....	18
Brugertilfredshed.....	18
Omgangsform og rengøring.....	20
Faglighed.....	21
<b>Oversigt over tilsynets vurdering</b> .....	21
Delegation og kompetencer .....	21
Kendskab til instrukser og retningslinjer .....	22
Rehabilitering .....	23
E-læring.....	24
Organisation .....	26
<b>Oversigt over tilsynets vurdering</b> .....	26
APV .....	26
Samarbejde.....	27
Sygefravær.....	28
Budgetoverholdelse.....	28
Opsamling på andre/tidligere tilsyn .....	28
Bilag 1: Oversigt: Journalaudit .....	29

## Indledning

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

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

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

Tilsynet er udført ved både et anmeldt og et uanmeldt besøg

Det uanmeldte besøg omfatter både dataindsamling på et ikke kendt tidspunkt for enheden og dataindsamling på et kendt tidspunkt for enheden – for eksempel journalaudits og interviews med borgere.

## 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: Arbejds miljø, 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 seks journaler
- Enheden har udført en lokal journalaudit på 10 journaler
- Interview med ledelsen om, hvordan der er blevet fulgt op på henholdsvis sidste års kommunale tilsyn og sidste års rehabiliteringsuge
- Telefoninterview med 20 borgere vedrørende deres mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede service.
- Spørgeskema sendt til alle relevante medarbejdere ansat i enheden vedrørende de faglige rammer for deres arbejde. Spørgeskemaet er sendt ud til 82 medarbejdere. 31 medarbejdere har svaret på hele spørgeskemaet. Dette giver en svarprocent på 38 %. Grundet den meget lave svarprocent skal resultaterne tolkes med stor forsigtighed.

- Stikprøvekontrol af dispensering af medicin til to borgere samt gennemgang af seks borgeres medicinbeholdning.
- Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er omfattende de tre hovedområder – medicinfejl, patientuheld samt infektioner.
- Oversigt over sygefraværprocenten pr 1. maj 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. Ved næste tilsyn, vil der blive spurgt ind til enhedens arbejde med disse forhold.

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

## Præsentation af enheden

Hjemmehjælp og Hjemmesygepleje Allingåbro-Glesborg er en samlet aftaleenhed, med base i hhv. Allingåbro og i Glesborg. I alt ca 200 medarbejdere inkl timelønnede, elever og paragraf 94 ansatte.

**Ledelse:** 3 afd.ledere og en aftaleholder.

Enheden har sygeplejeklinikker i Allingåbro (måltagning til kompressionsbehandling), Auning og Glesborg.

Kommunens fælles udekørende Nat-team er baseret i aftaleenheden (i Glesborg).

Enheden har desuden et antal sygeplejefaglige specialister (Akut, KOL, Sår) og et antal nøglepersoner i bla. Dokumentation og faglige områder.

Enheden har et fælles, velfungerende MED-samarbejde.

### **Glesborg hjemmepleje:**

Ca 250 borgere modtager pleje og praktisk hjælp. Mange modtager ligeledes sygepleje.

En afdelingsleder har ansvar for personaleledelse og daglig drift.

Understøttes af aftaleholder med overordnet ansvar for økonomi, kvalitet og tværgående opgaver (porteføljer specialer), samt af 2 vagtplanlæggere og 3 kørelisteplanlæggere + 2 stedfortrædere; samt pedel til pasning af biler.

Medarbejderprofil (96 i alt):

- SSH = 64
- SSA = 8
- Spl = 10
- Pedel = 1
- Farmakonom = 1
- Nat = 12 (3 spl+3 SSA+ 6 SSH)

Antal daglige hjemmeplejeruter Glesborg dag= 22 ruter; aften= 7 ruter; sygeplejen=6-7 ruter inkl klinik og akutfunktion; nat=5 ruter . Øges ved stort behov.

### **Udfordringer siden sidste tilsyn ( 15. oktober 2021)**

1 afdelingsleder-stilling for sygeplejen i både Allingåbro og Glesborg og natteam vakant siden 1/1/22. Dækket af aftaleholder. Tilført 2 nye afdelingsleder-stillinger pr 1/5/22 i enheden. En stilling i Glesborg er fortsat vakant.

Sygefravær pga Covid-19 omfattende, især efteråret 2021 og første kvartal 2022. Har betydet, at enheden har været i nødberedskab i adskillige dage. Sygefraværet generelt – specielt i sygeplejen - har været højt med langtidssygdom.

Øget mer- og overarbejde som følge af rekrutterings vanskeligheder påvirker økonomi og arbejdsmiljø

Vakante stillinger i hjemmehjælpen har øget presset på sygeplejen, idet sygeplejersker og sosu-assistenters hyppigere bliver kaldt ud til sygeplejefaglig vurdering og vejledning i hjælpergrupperne.

Det fortsatte store flow af borgere udskrevet fra sygehus uden at være færdigbehandlede, borgere der er døende og borgere med udfordrende psykiatriske problemstillinger udfordrer tid til planlægning og tværfaglig koordinering samt dokumentation. Samarbejdet med socialområdets bostøtter og med lokalpsykiatrien er særlig udfordret af de rammer, disse myndigheder arbejder under. Hjemmeplejen oplever i stigende grad en opgaveglidning, herunder til opgaver hvor hjemmeplejen ikke altid har de nødvendige kompetencer.

Hjemmesygeplejen fik i efteråret 2021 af Styrelsen for Patientsikkerhed pålagt en opgave med medicin håndtering på 2 private bosteder. Hjemmeplejen har fortsat opgaven på et bosted.

Ifm implementering af nyt udbud på kommune-biler, fandtes arbejdsmiljømæssige problemer. I løsningen af disse måtte bilerne tilbagetrækkes og en midlertidig løsning er iværksat. Hele processen har været lang og kompliceret og ressourcekrævende.

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

Ansættelse af Farmakonom til kvalitetssikring af medicin-håndteringsopgaven. Har bla haft den effekt at flere borgere er kommet på dosispakket medicin.

Fokuseret indsats med at få flere borgere tilknyttet sygeplejeklinikkerne har reduceret medarbejderkørsel

Tilfredsstillende Arbejdstilsyn (april 2022) uden bemærkninger

Tilfredsstillende Ældretilsyn (april 2022) uden bemærkninger. Ros fra Ældretilsynet omkring vores borgerkonferencer (triage), borgerinddragelse og dokumentation

Ift. Rehabilitering (opfølgning fra Rehabiliteringsugen 2021) har vi forbedret dokumentation af borgers vaner og drømme/mål; og Implementering af 'nye' funktioner i borgerjournalen er godt i gang

Implementering af nye nødkald gennemført april og maj 2022

Stort antal medarbejdere har gennemført kompetenceudvikling (bla. E-læring, Bedre til ord, Farmakologi for assistenter, førstehjælp, forflytnings-opdatering)

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

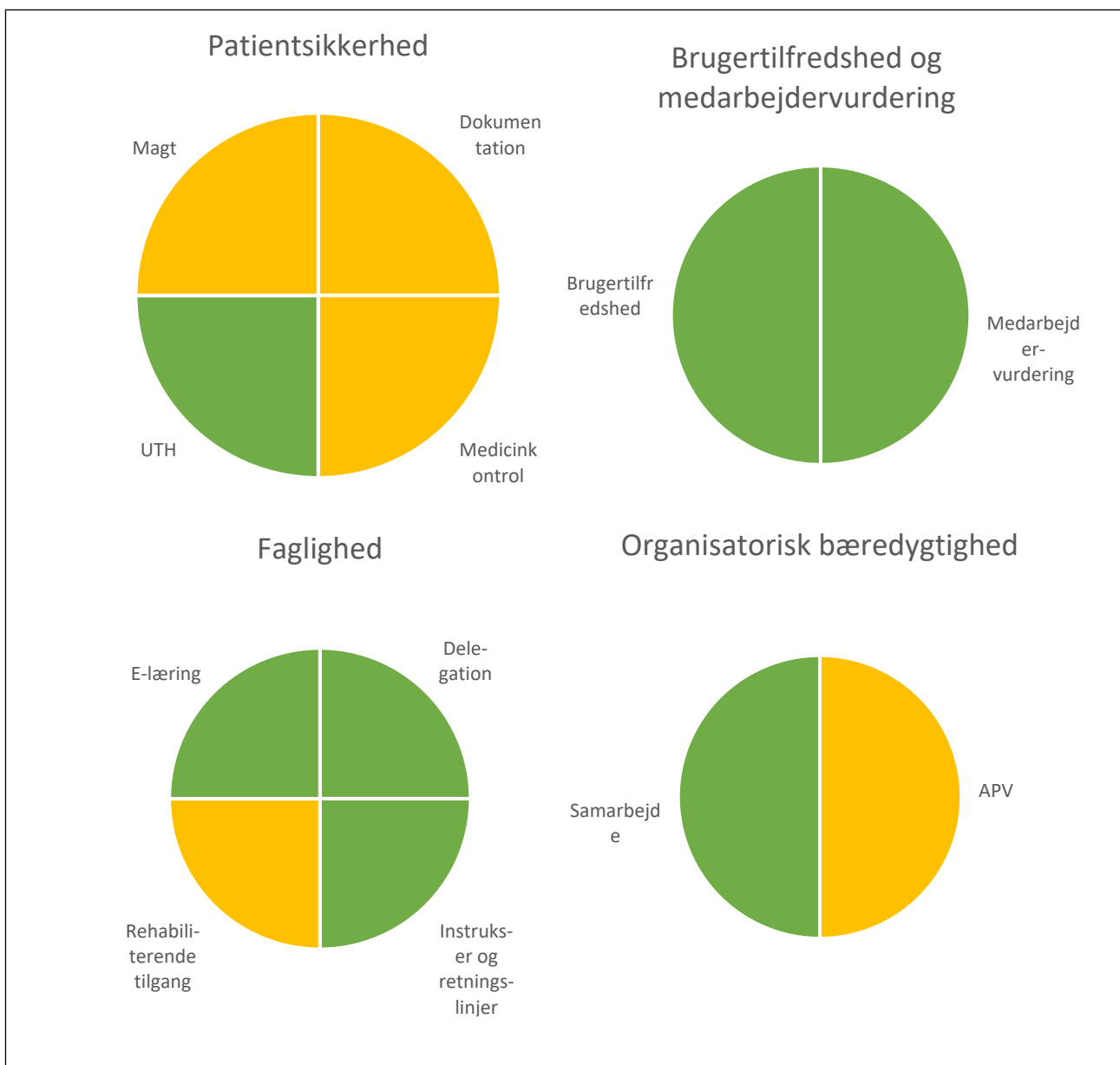
Figuren nedenfor illustrerer tilsynets vurdering af enhedens arbejde med områderne: Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisatorisk bæredygtighed.

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 utillsigtede 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 seks borgerjournaler og enhedens egen gennemgang af 10 borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der ikke 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, herunder, at der er ansat en ekstra nøgleperson og at der har været afholdt metodeseancer og undervisning for assistenter og sygeplejersker i forhold til dokumentationen. Der har ikke været gennemført de journalaudits hver tredje måned enhedens handleplan lagde op til. Dette skyldes, at enheden har været presset af et lederskrifte, langtidssygemeldinger og COVID-19 i det forgangne år.*

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at der overordnet set dokumenteres fyldestgørende og relevant efter retningslinjerne i Norddjurs kommune, men at dette ikke er helt gennemgående. Tilsynet anbefaler derfor, at der skabes arbejdsgange, så det sikres, at der konsekvent dokumenteres efter retningslinjerne.

**Medicin håndtering:** På baggrund af tilsynets uanmeldte gennemgang af seks borgeres medicinbeholdning, observation af to medicindispenseringer<sup>1</sup>, samt tilsynets gennemgang af dokumentationen vedrørende medicin i seks borgerjournaler vurderer tilsynet *at der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

Ledelsen fortæller, at der er blevet fulgt op på de handleplaner enheden udarbejdede på baggrund af sidste års tilsyn. Der har således været afholdt ugentlige møder med leder og sygeplejersker om problematikker i forbindelse med medicindispensering, ligesom der er skabt nye arbejdsgange, der understøtter, at medarbejderne kan arbejde efter retningslinjerne.

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>2</sup>, og at fundene ikke vurderes at have sundhedsmæssige konsekvenser for borgerne. Tilsynet anbefaler derfor enheden at skabe arbejdsgange, der sikrer en systematisk overholdelse af de pågældende procedurer fremadrettet.

---

<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> Se afsnittet **Error! Reference source not found.** for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort.



**Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH):** På baggrund af medarbejdernes<sup>3</sup> spørgeskemabesvarelser om arbejdet med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser<sup>4</sup>, vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

Ledelsen fortæller, at der er arbejdet med handleplanen fra sidste års tilsyn, således at der fulgt op med medarbejderne, hvorfor de svarede på spørgeskemaet, som de gjorde. Her har tilbagemeldingen været, at spørgsmålene er blevet opfattet som svære<sup>5</sup> og at medarbejderne har ønsket en mere systematisk tilbagemelding på UTH'ere. Der er derfor blevet arbejdet med at give en hurtigere tilbagemelding til medarbejderne på enkeltssager, en systematisk tilgang til UTH'ere vedrørende medicin og der er nu to BSK'ere (borgersikkerhedskoordinatorer der sagsbehandler UTH'er i enheden)

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:** på baggrund af enhedens audit af 10 journaler og tilsynets audit af seks journaler, vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at en magtanvendelse ikke er registreret rettidigt og at der ikke er udarbejdet en handleplan for, hvordan der kan forebygges magtanvendelser ved den pågældende borger fremadrettet. Tilsynet anbefaler derfor, at enheden sikre arbejdsgange, der understøtter en systematisk overholdelse af retningslinjer for registrering og dokumentation af forebyggelse af magtanvendelser fremadrettet.

#### **BRUGERTILFREDSHED:**

Inden for området *Brugertilfredshed* ser tilsynet på, om enheden understøtter, at borgerne 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 10 % af borgerne, om deres tilfredshed med den personlige pleje og praktiske hjælp, leveringen af den personlige pleje og praktiske hjælp, maden og forholdet til personalet. Medarbejderne spørges til deres vurdering af de rammer, de har for at levere deres indsats.

**Brugertilfredshed:** På baggrund af telefoninterview med 20 borgere<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 borgerne er tilfredse med den hjælp og støtte de modtager.

**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

---

<sup>3</sup> 38 % af medarbejderne har besvaret spørgeskemaet

<sup>4</sup> Se afsnittet **Error! Reference source not found.** for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

<sup>5</sup> På baggrund af ledelse og medarbejderes feedback til sidste års spørgeskema er de spørgsmål, der blev opfattet som svære at svare på, blevet rettet til i dette års spørgeskema.

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

<sup>7</sup> Se afsnittet **Error! Reference source not found.** for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

## **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>

**Delegation:** På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser<sup>10</sup> vurderer tilsynet, *at der ikke 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. Der er således udarbejdet og implementeret en arbejdsgangsbeskrivelse for processen for kompetenceafklaring og der er afsat tid til, at den faglige koordinator taler med otte medarbejdere månedligt med henblik på at vedligeholde/opdatere medarbejdernes kompetenceprofiler.

I vurderingen er der lagt vægt på, at størstedelen af medarbejderne svarer nej til, at de indenfor de sidste tre måneder har udført opgaver, de ikke havde kompetencerne til og 'ja i høj grad' til, at deres team har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag.

**Kendskab til instrukser og retningslinjer:** På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser<sup>11</sup> vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at 93 % af medarbejderne angiver 'ja' til at de ved, hvordan de skal anvende VAR<sup>12</sup> og at 96 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved, hvordan de skal anvende MyMedCards<sup>13</sup>.

**Rehabilitering:** På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser, telefoninterview med 20 borgere og gennemgang af seks 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>14</sup>, vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

Ledelsen fortæller, at der er blevet fulgt op på handleplanerne fra sidste års tilsyn, så der er blevet udarbejdet en plan for undervisning jf. hjemmeplejens ramme for vedligeholdelse af kompetencer

---

<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.

<sup>10</sup> Se afsnittet **Error! Reference source not found.** for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

<sup>11</sup> Se afsnittet **Error! Reference source not found.** for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

<sup>12</sup> VAR er en database med sygeplejefaglige procedurer der kan tilgås digitalt fra medarbejdernes computer og tablets

<sup>13</sup> MyMedCards er en app med lokale informationer, retningslinjer og instrukser til medarbejderne.

<sup>14</sup> Se afsnittet **Error! Reference source not found.** for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

I tilsynets vurdering er der lagt vægt på at størstedelen af medarbejderne har gennemført de obligatoriske kurser.

#### **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>15</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>16</sup> vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

Ledelsen fortæller, at der er blevet fulgt op på handleplanerne fra sidste års tilsyn og at enheden er undervejs med at udarbejde arbejdsmiljømål og procesbeskrivelse for arbejdet med APV i journalen samt at implementere dette, så dokumentationsnøglepersoner fremover følger op på om der er APV'er og er tovholdere i forhold til at sikre, at APV'erne er opdaterede. Ledelsen fortæller også, at der har været et arbejdstilsyn, hvor der ikke har været anmærkninger

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

Tilsynet har derfor anbefalet enheden fortsat at arbejde med at skabe arbejdsgange, der understøtter at APV-skemaer udfyldes konsekvent.

**SAMARBEJDE:** På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser<sup>17</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>15</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>16</sup> Se afsnittet **Error! Reference source not found. Error! Reference source not found.** for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

<sup>17</sup> Se afsnittet **Error! Reference source not found. Error! Reference source not found.** 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.

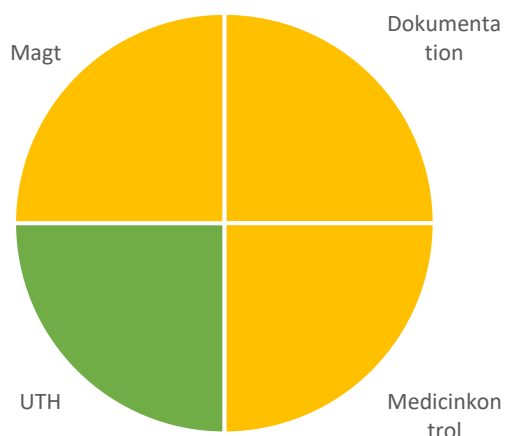
Under dette område ses der også på, om enheden lever op til sundhedslovens bestemmelser i forhold til at sikre, at borgerens integritet og selvbestemmelsesret respekteres.

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

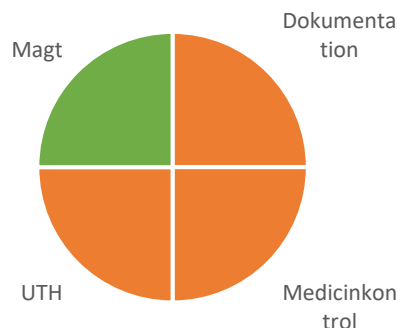
- Den sundhedsfaglige dokumentation på enheden
- Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser
- Enhedens medicin håndtering
- Enhedens arbejde med at forebygge magtanvendelser

### 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 mindre 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 seks tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til en række vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Enhedens lokale journalaudit på 10 af deres borgerjournaler i forhold til de samme vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund<sup>18</sup>:

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

I forhold til *opfølgning på forværring i borgers tilstand*

- At der i tilsynets auditerede journaler ikke er set tilfælde, hvor der er en manglende opfølgning på observationer, der beskriver en forværring af patientkritisk karakter

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

- At der i enkelte tilfælde mangler:
  - Dokumentation af, at der er taget stilling til om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser.
  - En sygeplejefaglig udredning.
  - Relevante handlingsanvisninger
  - Opdaterede handlingsanvisninger
  - Dokumentation af at borgeren har givet samtykke til behandling og pleje
  - Dokumentation af at borgeren har givet samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger
  - Opgaver til myndighedsopfølgning
  - Beskrivelse af borgerens behov for pleje og daglige aktiviteter i døgnrytmeplanen
  - En manual indlæggelsesrapport
  - En beskrivelse i handlingsanvisningen af, hvornår anden fagperson skal inddrages
  - En henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge
- At døgnrytmeplanerne fremstår opdaterede og udførlige
- At der overordnet set er oprettet de relevante helbredstilstande og udredninger
- At beskrivelserne i tilstandspræciseringen er præcise og fyldestgørende

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

- At der er blevet fulgt op på de handleplaner enheden udarbejdede på baggrund af sidste års tilsyn, herunder, at der er ansat en ekstra nøgleperson og at der har været afholdt metodeseancer og undervisning for assistenter og sygeplejersker i forhold til dokumentationen. Der har ikke været gennemført de journalaudits hver tredje måned enhedens handleplan lagde op til. Dette skyldes, at enheden har været presset af et lederskrifte, langtidssygemeldinger og COVID-19 i det forgangne år.

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

---

<sup>18</sup> Se Bilag 1 for en opgørelse over, hvor mange journaler, der lever op til de enkelte målepunkter

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- At der overordnet set dokumenteres fyldestgørende og relevant efter retningslinjerne i Norddjurs kommune, men at dette ikke er helt konsekvent

#### **Tilsynet anbefaler:**

At der skabes arbejdsgange så det sikres, at der konsekvent dokumenteres:

- Om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser.
- Den sygeplejefaglig udredning.
- Alle relevante handlingsanvisninger
- Opdatering af handlingsanvisninger
- Om borgeren har givet samtykke til behandling og pleje
- Om borgeren har givet samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger
- Opgaver til myndighedsopfølgning
- Beskrivelse af borgerens behov for pleje og daglige aktiviteter i døgnrytmeplanen
- Manual indlæggelsesrapport
- En beskrivelse i handlingsanvisningen af, hvornår anden fagperson skal inddrages
- En henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge

#### **Medicinkontrol**

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

- Tilsynets observation af to dispenseringer inklusiv medicinbeholdningen
- Tilsynets observation af medicinudlevering og injektionsgivning ved yderligere fire borgere inklusiv gennemgang af medicinbeholdningen
- Tilsynets uanmeldte journalaudit på seks tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin

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

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

- At der ved alle medicingennemgange er angivet anbrudsdato på medicinske dråber og insulin
- At ikke-anbrudt insulin retmæssigt er opbevaret på køl
- At der ses en hensigtsmæssig og hygiejnisk opdeling af remedier ift. diabetes/insulinbehandling
- At alle adspurgte sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter medbringer adrenalin som nødberedskab til brug ved anafylaktisk chok. Adrenalinens holdbarhed kontrolleres med faste intervaller vha. planlagte aftaler i medarbejdernes kørelister
- At der gennemgående ses personidentifikation på medicinæsker og omslag, fraset ved en enkelt borger
- At borgerne i rehabiliteringsøjemed inddrages i medicindosering og medicinadministration i det omfang, de kognitivt og ressourcemæssigt er i stand til det
- At medarbejderne aktivt orienterer sig i den elektroniske medicinliste forud for udlevering, administration samt dispensering af medicin

Ved gennemgang af medicinbeholdninger og medicinlister ses der også:

- At ikke-aktuelt medicin ved et ægtepar opbevares i samme pose
- At der i enkelte tilfælde mangler personidentifikation på håndkøbsmedicin

- At der ved medicindispensering ses en systematik, grundighed og ro i opgaveløsningen. Der benyttes dog ikke en doseringsmåtte jf. kommunens anbefalinger på området
- At der ved en enkelt borger er oprettet 'lokale ordinationer' på kosttilskud i medicinlisten, uden at behandlingen er konfereret med den praktiserende læge

Ved gennemgang af journalaudit finder tilsynet:

- At der i flere tilfælde ses manglende dokumentation af risikosituationslægemidler i medicinlisten

Af interview med ledelsen om hvordan der er arbejdet med henstillingerne efter sidste års gentilsyn, fremgår det:

- At der er blevet fulgt op på de handleplaner enheden udarbejdede på baggrund af sidste års tilsyn, herunder:
  - At der har været holdt ugentlige møder med leder og sygeplejersker om problematikker i forbindelse med medicindispensering
  - At hjælpere er begyndt at kvittere for medicin
  - At der har været opmærksomhed på at gøre det lettere at printe labels

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at der ses lokalt oprettede ordinationer i medicinlisten, som ikke er konfereret med lægen.

I vurderingen er der også lagt vægt på, at enheden udviser systematiske arbejdsgange både i forbindelse med dispensering af medicin samt ved praktisk udlevering og administration af medicin til borgerne.

#### **Tilsynet anbefaler:**

At der skabes arbejdsgange, så det sikres:

- At lægen kontaktes forud for oprettelse af et præparat i den lokale medicinliste

#### **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>19</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, men at der indberettes flere forskellige typer af UTH.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

---

<sup>19</sup>Udtrækket viser indberettede UTH'er for både enheden Træningscenter Døgn og enheden Ambulant Træning i Auning.

- 93 % 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.
- 63 % af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen. 30 % svarer 'i nogen grad'.
- 78 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ville føle sig trygge som beboere i deres enhed. 22 % 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. 22 % svarer i nogen grad'.

Af interview med ledelsen om 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, herunder:
  - At der har været talt med medarbejderne om, hvorfor de svarede på spørgeskemaet, som de gjorde. Her har tilbagemeldingen været, at spørgsmålene er blevet opfattet som svære<sup>20</sup> og at medarbejderne har ønsket en mere systematisk tilbagemelding på UTH'ere. Der er blevet arbejdet med at give en hurtigere tilbagemelding til medarbejderne på enkeltsager, en systematisk tilgang til UTH'ere vedrørende medicin og der er nu to BSK'ere (borgersikkerhedskoordinatorer der sagsbehandler UTH'er i den enkelte enhed)

**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

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

- Enhedens audit af 10 journaler og tilsynets journalaudit af seks journaler

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

- Af enhedens egen journalaudit fremgår det at ud af 10 journaler var der en journal, hvor der var registreret en magtanvendelse inden for det sidste år. Her var registreringen ikke sket rettidigt og der var ikke udarbejdet en handleplan for, hvordan magtanvendelser kunne forebygges fremadrettet.

**På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet:** At der er gjort fund af mindre betydning for kvaliteten af enhedens arbejde med at forebygge og håndtere magtanvendelser.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At en magtanvendelse ikke er registreret rettidigt og at der ikke var udarbejdet en handleplan for at forebygge magtanvendelser ved den pågældende borger fremadrettet

---

<sup>20</sup> På baggrund af ledelse og medarbejders feedback til sidste års spørgeskema er de spørgsmål, der blev opfattet som svære at svare på, blevet rettet til i dette års spørgeskema.



**Tilsynet anbefaler:**

At det fremadrettet sikres:

- At magtanvendelser indberettes rettidigt og at der udarbejdes en handleplan for at forebygge magtanvendelser ved den pågældende borger fremadrettet

**Hygiejne**

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

- Observationer ud fra tjekskema i enhedens lokaler, i sygeplejeklinikken samt i forbindelse med medicinkontrol i borgernes hjem

**Sammenfatning af observationer:**

Ved observation i enhedens lokaler, i sygeplejeklinikken samt i borgernes hjem fremgår det:

- At uniformsetiketten efterkommes blandt de observerede medarbejdere
- At der er opsat sæbe og spritdispensere på personaletoiletter
- At der foretages hånddesinfektion forud for udlevering af medicin til borgerne
- At der benyttes handsker ved direkte kontakt med lægemidler

## Brugertilfredshed

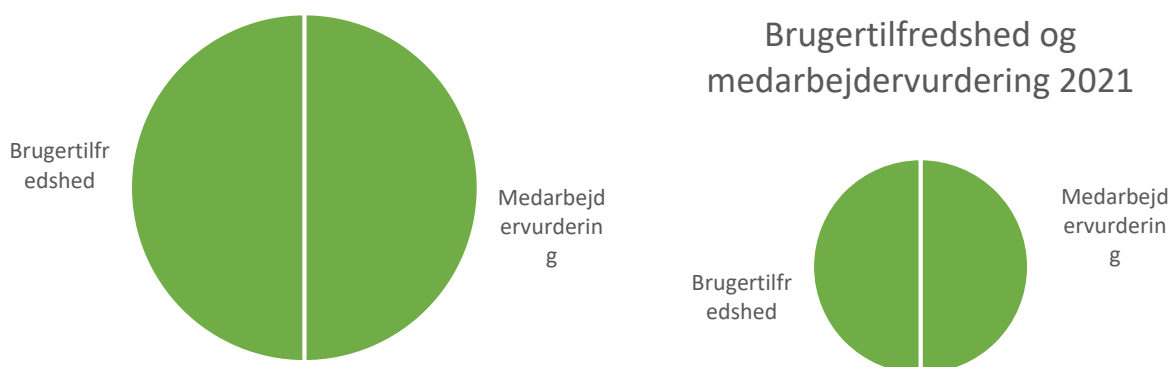
I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser<sup>21</sup>. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social service §§ 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

#### Brugertilfredshed og medarbejdervurdering 2022



**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:

- Telefoninterviews med 20 borgere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

#### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewet<sup>22</sup> fremgår det, at:

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

<sup>21</sup> Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

<sup>22</sup> I afrapporteringen er der fokus på at sikre, at den enkelte borgers besvarelser ikke vil kunne blive genkendt.

- 95% af borgerne er samlet set 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med den hjælp og støtte de modtager.
- Alle borgerne, som modtager hjælp til at komme i bad og blive vasket, angiver at være 'meget tilfredse' med hjælpen.
- Alle borgerne, som modtager hjælp til toiletbesøg, angiver at være 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- Alle borgerne, som modtager hjælp til af- og påklædning, angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- 77 % af borgerne, som modtager hjælp til rengøringen af egen bolig er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- 75 % af borgerne, som modtager hjælp til tøjvasken er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- Alle borgerne, som modtager hjælp til indkøb er 'delvis tilfredse' med hjælpen.

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

- Alle borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at de får den hjælp og støtte, der er aftalt.
- 84 % af borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at de får den hjælp og støtte, de har behov for.
- 95 % af borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Det er oftest de samme hjælpere, der kommer hos dig'.
- 75 % af borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Personalet tager hensyn til, hvordan du gerne vil have din døgnrytme'.
- 85 % af borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Du deltager i de ting, du kan og ønsker at deltage i'.
- 75 % af beboerne svarer, at de 'aldrig' eller 'sjældent' oplever, at hjælpen bliver aflyst.
- 90 % af borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Hjælperne kommer generelt til den aftalte tid'.
- 85 % af borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Du får besked, hvis hjælperne ændrer tidspunkt for hjælpen'.

I forhold til *maden*:

- 15 % af borgere får leveret mad. Disse borgere, angiver at være 'meget tilfredse', 'tilfredse' eller 'både og' med maden.
- Alle de beboere, som modtager hjælp til måltidet, angiver at være 'delvis tilfredse'.

I forhold til *personalet*:

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

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 40 % der svarer 'i meget høj grad' eller 'i høj grad', 46 % der svarer 'i nogen grad'.
- 50 % af medarbejderne svarer, at der 'i høj grad', arbejdes med at skabe forbedringer af plejen og aktiviteter hos borgerne. 29 % svarer 'i nogen grad'.
- 71 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' kender handlingsanvisninger for de borgere, du har opgaver ved. 21 % 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 borgerne er tilfredse med den hjælp og støtte de modtager.
- At størstedelen af medarbejderne angiver at der arbejdes med at skabe forbedring af plejen og aktivitet hos borgerne.

### 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.

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

Ved observation i enhedens lokaler og beboernes hjem ses det:

- At der ikke er noget at bemærke i forhold til rengøring af hjælpemidler.
- At der observeres en god og anerkendende omgangstone mellem personale og beboere.

## Faglighed

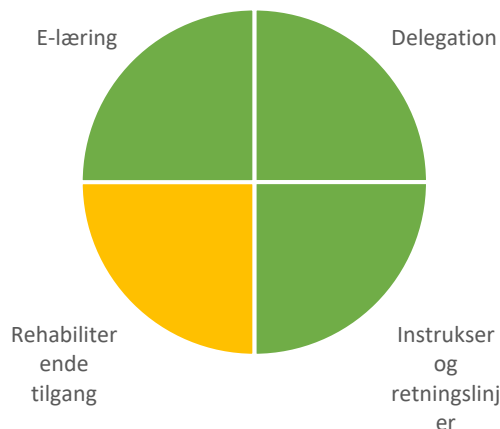
I hovedområdet *Faglighed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at den nødvendige og relevante faglige viden og medarbejderkompetencer er til stede i enheden i forhold til de opgaver, der skal løses.

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

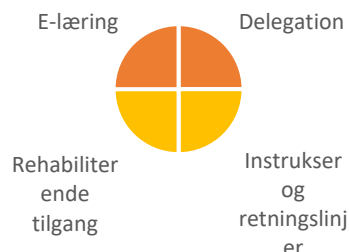
- Delegation og kompetencer
- Kendskab til instrukser og retningslinjer
- Enhedens rehabiliterende tilgang
- Medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring

### Oversigt over tilsynets vurdering

#### 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 til stede 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 50 % af medarbejderne angiver, at nyt personale 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får en god introduktion. 32 % angiver 'i nogen grad'.
- At 50 % af medarbejderne svarer, at personale der skal oplæres i nye opgaver 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får den nødvendige sparring. 32 % svarer 'i nogen grad'.

I forhold til *kompetenceprofil*:

- At 89 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de kender kompetence- og overdragelseskemaet. Af disse medarbejdere svarer 34 %, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' bruger dette skema i hverdagen ved behov. 21 % svarer 'i nogen grad' og 29 % svarer 'i mindre grad'.
- At 85 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de har et personligt kompetenceafklaringskema. Af disse medarbejdere svarer 61 % 'ja' til at skemaet er opdateret, 35 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- At 37 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de har et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer. Af disse medarbejdere svarer 60 % 'ja' til at skemaet er opdateret, 30 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- At 74 % af medarbejderne svarer 'nej' til spørgsmålet 'Har du inden for de seneste tre måneder udført en eller flere opgaver, du ikke havde kompetencerne til ifølge kompetenceprofilen?'.

I forhold til *tilgængelige kompetencer*:

- At 81 % af medarbejderne svarer, at deres team 'i meget høj grad' eller 'i høj' har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag'.

Af interview med ledelsen om hvordan der er arbejdet med henstillingerne efter sidste års gentilsyn, fremgår det:

- At der er blevet fulgt op på de handleplaner enheden udarbejdede på baggrund af sidste års tilsyn, herunder:
  - At der er udarbejdet og implementeret en arbejdsgangsbeskrivelse for processen for kompetenceafklaring
  - At der er afsat tid til, at den faglige koordinator taler med otte medarbejdere månedligt med henblik på at vedligeholde/opdatere medarbejdernes kompetenceprofiler. Alle medarbejdere har siden sidste tilsyn fået opdateret deres kompetenceprofiler.

**Tilsynets vurdering:** At der er ikke gjort fund i forhold til, hvordan enheden sikrer, at retningslinjerne for delegation efterleves og at medarbejderne har de rette kompetencer til opgaverne.

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- At 74 % af medarbejderne svarer 'nej' til spørgsmålet 'Har du inden for de seneste tre måneder udført en eller flere opgaver, du ikke havde kompetencerne til ifølge kompetenceprofilen?'.
- At 81 % af medarbejderne svarer, at deres team 'i meget høj grad' eller 'i høj' har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag'.

## 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 75 % 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>23</sup>:

- At 93 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR.
- At 78 % svarer, at de har adgang til at anvende, VAR i deres daglige arbejde hos borgeren.
- At 92 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de bruger VAR, når de er i tvivl om en procedure. Af disse medarbejdere svarer 21 %, at de bruger VAR 'hver uge', 8 % svarer 'hver anden uge' og 25% svarer '1-2 gange om måneden'.
- At 96 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende MyMedCards.
- At 96 % svarer, at de har adgang til at anvende MyMedCards i deres daglige arbejde hos borgeren.
- At 50 % af medarbejderne svarer at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' bruger MyMedCards. 38 % svarer 'i nogen grad'. Af disse medarbejdere svarer 31 %, at de bruger MyMedCards 'hver uge', 15 % svarer 'hver anden uge', 35 % svarer '1-2 gange om måneden' og 15 % svarer '1-2 gange i kvartalet'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At 93 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR.
- At 96 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende MyMedCards.

### Rehabilitering

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

- Telefoninterviews med 20 borgere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser
- Enhedens og tilsynets audit af i alt 16 borgerjournaler

Ved interview med borgerne fremgår det at:

- 42 % af borgerne angiver at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at de deltager i udførelsen af hjælpen. 32 % angiver 'hverken eller'.
- 60 % af borgerne angiver at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at personalet støtter dem i at klare flest mulige dagligdagsting. 15 % angiver 'hverken eller'.
- 60 % af borgerne angiver, at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at de har været med til at beslutte, hvad de skal kunne selvstændigt i dagligdagen. 15 % angiver 'hverken eller'.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

---

<sup>23</sup> I dette spørgsmål afrapporteres kun besvarelser fra de relevante faggrupper, dvs. besvarelser fra sygeplejersker, assistenter og hjælpere.

- 18 % af medarbejderne angiver, at de i 'meget høj grad' eller 'i høj grad' kender borgernes livshistorie. 43 % angiver 'i nogen grad', 25 % angiver 'i mindre grad' og 7 % angiver 'slet ikke'.
- 57 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' aktivt inddrager borgerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter. 32 % angiver 'i nogen grad'.

Af journalaudit fremgår det at:

- Borgers motivation og mestring ikke er beskrevet gennemgående
- Borgers vurdering ikke er angivet ved funktionsevnetilstande
- Borgerens perspektiv ellers gennemgående fremgår af journalen

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

I vurderingen er der lagt vægt på at:

- 31 % af medarbejderne 'i mindre grad' eller 'slet ikke' kender borgernes livshistorie.
- Borgers motivation og mestring ikke gennemgående er dokumenteret i journalerne
- Borgers vurdering ikke er dokumenteret ved funktionsevnetilstande

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

- At borgerens 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 der ses på medarbejdernes mulighed for at kende borgernes livshistorie
- At borgerens motivation og mestring dokumenteres hvor relevant

## E-læring

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

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

- 79 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Magtanvendelse'. Ud af de 79 medarbejdere har 76 medarbejdere gennemført kurset. 3 medarbejder er tilmeldt kurset, men har hverken påbegyndt eller gennemført kurset.
- 19 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicin håndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'. Ud af de 19 medarbejdere har 18 medarbejdere gennemført kurset. 1 medarbejder er tilmeldt kurset, men har ikke gennemført kurset.
- 55 medarbejder er tilmeldt kurset 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere'. Ud af de 55 medarbejdere har 44 medarbejdere gennemført kurset. 11 medarbejdere har tidligere gennemført kurset, men kurset er udløbet og kræver en recertificering.

Af interview med ledelsen om hvordan der er arbejdet med henstillingerne efter sidste års gentilsyn, fremgår det:



- At der er blevet fulgt op på de handleplaner enheden udarbejdede på baggrund af sidste års tilsyn, herunder:
  - Har lederne fået tilsendt vejledninger i Plan2learn
  - Der er blevet udarbejdet en plan for undervisning jf. hjemmeplejens ramme for vedligeholdelse af kompetencer

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At størstedelen af medarbejderne har gennemført det obligatoriske kursus om 'Magtanvendelse', 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter' og 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere'.

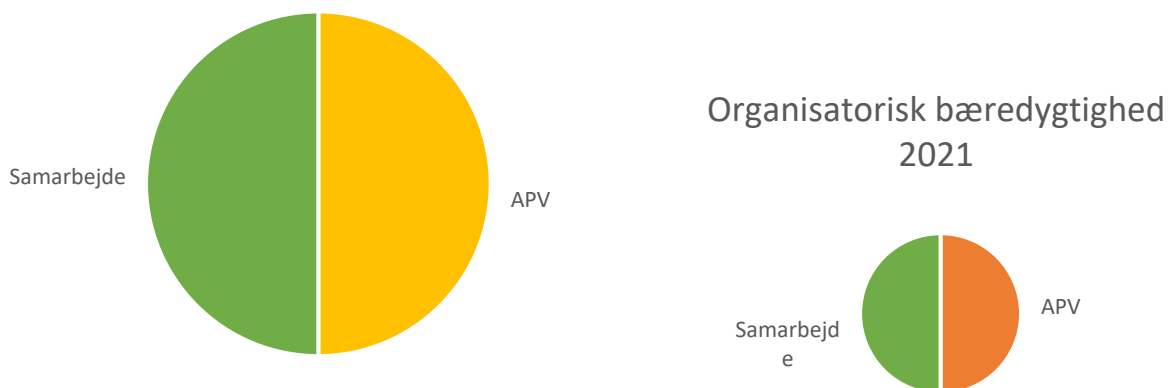
## Organisation

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

#### Organisatorisk bæredygtighed 2022



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 2 ud af 16 borgere

Af interview med ledelsen om hvordan der er arbejdet med henstillingerne efter sidste års gentilsyn, fremgår det:

- At der er blevet fulgt op på de handleplaner enheden udarbejdede på baggrund af sidste års tilsyn, herunder:
  - At enheden er undervejs med at udarbejde arbejdsmiljø mål og proces beskrivelse for APV i journalen samt at implementere dette.
  - At dokumentationsnøglepersoner følger op på om der er APV'er og er tovholdere i forhold til at sikre at APV'erne er opdaterede
  - At der har været et arbejdstilsyn, hvor der ikke har været anmærkninger

**Tilsynet vurderer** at der er gjort fund af mindre betydning for arbejdsmiljøet på enheden.

I vurderingen er der lagt vægt på at:

- At der ikke er et opdateret APV-skema for to ud af 16 borgere

**Tilsynet anbefaler**

- At der arbejdes med at sikre, at der er opdaterede APV-skemaer for alle borgere

## 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'. 30 % af medarbejdere svarer, at der er 'både og'.
- 85 % af medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne på arbejdspladsen. 15 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
- 92 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med eget team.
- 55 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med andre enheder i Sundhed og Omsorg. 44 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
- 70 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med ledelsen. 26 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
- 93 % af medarbejderne angiver at de 'i meget høj grad' og 'i høj grad' 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 med kolleger og med ledelsen.

## Sygefravær

Vurderingen af enhedens sygefravær, bygger på:

- Oversigt over sygefraværprocenten i perioden 1. april 2021 til 31. marts 2022

Af sygefraværsoversigten fremgår det:

- At sygefraværprocenten for Hjemmehjælp Glesborg har været på 8,61 % i perioden<sup>24</sup>.
- At opgørelsen af sygefraværprocent for sygeplejersker, assistenter og nattevagt opgøres samlet for Glesborg og Allingåbro ikke er opdateret for perioden
- At til sammenligning er den samlede sygefraværprocent i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune i samme periode på 7,2 %

## Budgetoverholdelse

**Tilsynet vurderer at:**

### Opsamling på andre/tidligere tilsyn

**Ældretilsynet af styrelsen for Patientsikkerhed d. 28. april 2022:**

**Vurdering:** Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien: Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet

**Arbejdstilsynet d. 4. april 2022**

**Vurdering:** Vi har på besøget ikke konstateret nogen overtrædelse af arbejdsmiljølovgivningen.

---

<sup>24</sup> Ledelsen fortæller at både i efteråret 21 og vinteren 22 har enheden været meget belastet af sygdom pga COVID-19

## Bilag 1: Oversigt: Journalaudit

Antal journaler hvor følgende er opfyldt:

<i>Opfølgning på forværring i borgers tilstand</i>	Tilsynets audit på 6 borgere	Enhedens audit på 10 borgere
Opfølgning på observationer	5 ud af 5	3 ud af 5
Opfølgning på målinger uden for tærskelværdi	-	-
<i>Opdateret beskrivelse af og plan for borgers helbreds- og funktionstilstande</i>		
Relevante helbredsoplysninger	6 ud af 6	9 ud af 10
Taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser	5 ud af 6	8 ud af 10
Sygeplejefaglig udredning	3 ud af 5	5 ud af 10
Alle relevante helbredstilstande valgt	5 ud af 6	9 ud af 10
Fyldestgørende faglige notater for helbredstilstande	5 ud af 6	10 ud af 10
Alle relevante funktionstilstande valgt	3 ud af 5	7 ud af 7
Oprettet relevante handlingsanvisninger	4 ud af 6	9 ud af 10
Henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant	1 ud af 2	2 ud af 8
Er det beskrevet, hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages?	0 ud af 2	3 ud af 10
Er handlingsanvisningerne opdaterede?	4 ud af 5	9 ud af 10
Døgnyrtimeplan opdateret	5 ud af 5	7 ud af 8
Afspejler døgnyrtimeplanen borgerens daglige behov for pleje og borgerens aktiviteter?	4 ud af 5	8 ud af 8
Hvis relevant: En aktuel forflytningsvejledning for borgeren	-	1 ud af 1
Oprettet opgaver på alle tilstande mindst en gang årlig	3 ud af 5	2 ud af 10
<i>Understøttelse af borgerens retsstilling</i>		
Borgerens samtykke fremgår af handleanvisningen	4 ud af 6	8 ud af 10
Borgers samtykke ved videregivelse af helbredsoplysninger	3 ud af 5	0 ud af 8
Tidsfrist for indberetning af magtanvendelse overholdt	-	0 ud af 1
<i>Understøttelse af rehabiliterende tilgang</i>		
Beskrivelse af borgers motivation	3 ud af 5	4 ud af 10
Beskrivelse af borgers mestring	2 ud af 5	4 ud af 10
Beskrivelse af borgers ressourcer	4 ud af 5	4 ud af 10
Borgers mål udfyldt i helbredstilstand	6 ud af 6	9 ud af 10
Borgers vurdering ved funktionstilstande	0 ud af 4	1 ud af 7
Oprettet relevante indsatsmål	3 ud af 3	9 ud af 10
Feltet 'Borgers indsats' udfyldt i Døgnyrtimeplan	3 ud af 4	3 ud af 8