

Tværgående
Rehabiliterings-
indsats

Kommunalt
tilsyn

8. oktober
2021

Indhold

Målepunkter i det kommunale tilsyn	4
Datagrundlaget for det kommunale tilsyn	4
Rapportens opbygning	5
Præsentation af enheden	6
Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set.....	7
Sammenfatning	8
Patientsikkerhed	11
Oversigt over tilsynets vurdering	11
Den sundhedsfaglige dokumentation	12
Medicinkontrol	13
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)	15
Magtanvendelser.....	16
Hygiejne.....	16
Brugertilfredshed.....	18
Oversigt over tilsynets vurdering	18
Brugertilfredshed.....	18
Omgangsform og rengøring	19
Faglighed.....	20
Oversigt over tilsynets vurdering	20
Delegation og kompetencer	20
Kendskab til instrukser og retningslinjer	22
Rehabilitering	23
E-læring.....	24
Organisation.....	26
Oversigt over tilsynets vurdering	26
APV	26
Samarbejde.....	27
Sygefravær.....	27
Budgetoverholdelse.....	27
Opsamling på andre/tidligere tilsyn	28
Bilag 1: Oversigt: Journalaudit	29
Bilag 2: Oversigt over borgernes kommentarer under telefoninterview om brugertilfredshed	30

Indledning

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

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

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

Tilsynet er udført ved både et anmeldt og et uanmeldt besøg

Det uanmeldte besøg omfatter både dataindsamling på et ikke kendt tidspunkt for aftaleenheden og anmeldte fysiske besøg, hvor ledelsen 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
- 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 2021 på enheden

- Journalaudit på fire journaler
- Enheden har udført en lokal journalaudit på otte journaler
- Interview med ledelsen om det lokale arbejde med sikring og udvikling af de fire områder: patientsikkerhed, brugertilfredshed, faglighed og organisatorisk bæredygtighed
- Interview med syv borgere vedrørende deres mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede indsats.
- Spørgeskemaundersøgelse hos alle relevante medarbejdere ansat i enheden vedrørende de faglige rammer for deres arbejde. Spørgeskemaet er sendt til 16 medarbejdere, hvoraf 15 medarbejdere har udfyldt skemaet. Dette giver en svarprocent på ca. 94%, hvilket er yderst

tilfredsstillende. Af de medarbejdere, der har udfyldt skemaet er ni assistenter og de øvrige er henholdsvis sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter.

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

Rapportens opbygning

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

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 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.

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

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

Præsentation af enheden

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

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

Teamet består af i alt 15 medarbejdere, fordelt på 9 social- og sundhedsassistenter, 2 sygeplejersker, 2 fysioterapeuter og 2 ergoterapeuter. Derudover er der tilknyttet en diætist ca. 15 timer pr. uge. Størstedelen af medarbejderne i teamet er på deltid.

Leder af teamet er også leder for Sundhedsskolen.

Rehabiliteringsteamet arbejder i dagvagt og i weekender hele året rundt, herunder helligdage. I weekender er der 3 assistenter på arbejde. Alle assistenter, sygeplejersker og 2 terapeuter møder kl. 7, mens 2 terapeuter møder kl. 7.30. I perioder uden ferieafvikling er der ca. et fremmøde på 9-10 personer dagligt.

Teamet har også social- og sundhedsassistentelever og sygeplejestuderende.

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

I hverdagen er arbejdet geografisk opdelt, sådan at en gruppe af medarbejdere varetager borgere i Allingåbro og omegn, mens en anden gruppe varetager Grenaa og omegn.

Antallet af borgere i teamet varierer, i og med teamet modtager borgere fra sygehuset, døgnafdeling, aflastningssteder og hjemmeplejen. Det generelle indtryk er, at borgerkompleksiteten har været stigende i de 5 år, som teamet har eksisteret.

I det forgange år har teamet især haft fokus på borgerkompleksitet set i lyset af teamets kerneopgave og kompetencer. Her har det været givtigt med drøftelser med neuropsykolog i Sundhed og Træning.

Teamet er især lykkes med hurtig omstilling under Corona. I forlængelse heraf har teamet draget stor nytte af nye tilgængelige medier, herunder webinarer som grundlag for arbejdspladslæring. Endvidere har teamet arbejdet med udvikling af relationel kapacitet, den motiverende samtale og kommunikative redskaber.

Teamet har desuden rigtig gode erfaringer med at invitere interne ressourcepersoner (fx fra Rusmiddelcenter mv.), ind mhp at få sat ansigt på og afklare funktioner og kompetencer.

De særlige udfordringer er relateret til:

- Borgerkompleksiteten, som medfører, at weekender er meget pressede

- Teamets budget er meget stramt, idet det ikke kan rumme barsler, erstatning af timer til vagtplanlægning, som nu foregår i teamet – i modsætning til tidligere. Derudover er det under Corona blevet tydeligt, at det har været nødvendigt at højne rengøringsstandarden på Kalorievej. I 2021 har det været finansieret af coronamidler, men der er behov for en varig løsning.

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set

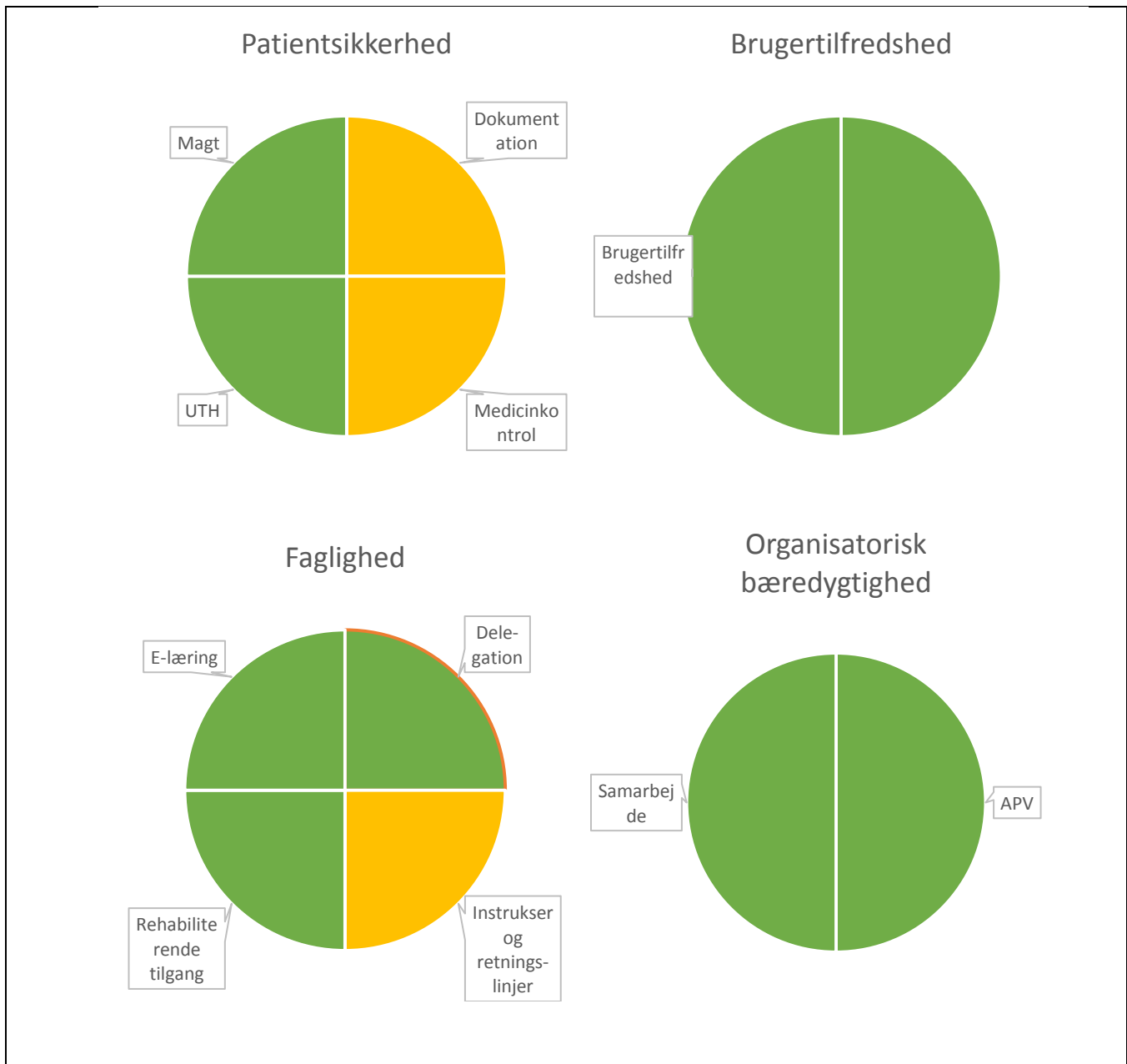
Figuren nedenfor illustrerer tilsynets vurdering af enhedens arbejde med områderne: Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisatorisk bæredygtighed.

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: Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med den sundhedsfaglige dokumentation, medicin håndtering, utilsigtede hændelser¹ (UTH'er) og magtanvendelser: *At der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på:

I forhold til *dokumentation*

- At ikke alle helbredstilstande og funktionsevnetilstande er opdaterede
- At der ikke gennemgående er oprettet de relevante handlingsanvisninger
- At der ikke gennemgående er oprettet de relevante udredninger
- At der ikke gennemgående er oprettet opgaver til opfølgning på alle indsatser
- At borgerens samtykke ikke dokumenteres konsekvent

I forhold til *medicin håndtering*

- At ses enkelte tilfælde af manglende personidentifikation på et eller flere vitamin – eller håndkøbspræparater.
- At ses enkelte tilfælde af uoverensstemmelse i ordinationsdetaljerne på et eller flere præparater med varierende dosis.
- At ses enkelte tilfælde med pauseret/seponeret medicin, hvor holdbarhedsdatoen er overskredet.
- At der ses en arbejdsgang, hvor der printes et nyt medicinskema ved ændring af handelsnavn, før en eventuel ændring er trådt i kraft.
- At der i enkelte tilfælde ikke ses opfølgende observationsnotat på effekt af PN.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der ses opfølgning, på alle korrespondancer og observationer, der omhandler en forværring.
- At helbredsoplysningerne er opdaterede og relevante
- At tilstandspræciseringerne fremstår fyldestgørende
- At døgnrytmeplanerne er udførlige og opdaterede
- At der ses flere og forskelligartede indberetninger af UTH'er
- At der er et ledelsesmæssigt fokus på det systematiske arbejde med læring af UTH'er og inddragelse af medarbejderne i denne læringsproces
- At der er en positiv besvarelse fra medarbejderne på spørgsmålene om enhedens kultur i forhold til at understøtte arbejdet med UTH.

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

I den samlede vurdering er der lagt vægt på:

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

¹ En UTH er en hændelse, hvor sundhedspersoner uforvarende forvolder fejl og skader, når borgerne behandles eller på anden måde er i kontakt med enheden.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

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

- At over 20 % af medarbejderne angiver ikke at kende retningslinjerne for anvendelsen af MyMedCards og VAR.

I forhold til *delegation*

- At der mangler et systematisk tilsyn med delegerede indsatser, men at der er et løbende fokus på at sikre medarbejdernes faglige kompetencer og refleksion på individ og gruppeniveau.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At alle de relevante medarbejdere kender proceduren for delegation og at disse medarbejdere også angiver at følge proceduren.
- At et overvejende flertal af medarbejderne er enige i, at nye kolleger får en god introduktion
- At et overvejende flertal af medarbejdere angiver at have de relevante kompetencer tilgængelige hver dag
- At alle relevante medarbejdere angiver at have en opdateret kompetenceprofil og at de ikke har udført opgaver, som de ikke havde kompetencer til ifølge denne.
- At der er et systematisk fokus på opkvalificering af medarbejdere, både i forhold til at have et overblik over hvilken opkvalificering den enkelte medarbejder har behov for, hvilket behov teamet har og følge op på og sikre, at alle medarbejdere introduceres til den opkvalificering teamet får.
- At alle medarbejdere angiver, at de har adgang til alle de oplysninger, de har brug for, for at kunne træffe beslutning om pleje og behandling.

I forhold til *rehabilitering*

- At borgerne giver udtryk for at kende og tilslutte sig de mål, der er sat for indsatsen og at de inddrages i arbejdet med at nå målene.
- At medarbejderne angiver, at de kender borgernes livshistorie og handleplaner og at de aktivt inddrager borgerne planlægningen og udførelsen af indsatsen
- At det rehabiliterende fokus er gennemgående i teamets arbejde og blandt andet understøttes med tavlekonferencer, der tager afsæt i en tavle, der viser hvor borgerne er i deres rehabiliteringsforløb.
- At borgerens perspektiv gennemgående fremgår af dokumentationen

I forhold til *e-læringskurser*

- At størstedelen de tilmeldte medarbejdere har gennemført de obligatoriske e-læringskurser om Magtanvendelse (92 %) og Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (83 %).

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

I forhold til *APV*

- Der i alle de journaler, der indgik i audit har været en APV i journalen,

- Der har været gennemført en psykisk APV, hvor medarbejderne har været tæt inddraget i arbejdet med resultatet.

I forhold til *samarbejde*

- At størstedelen af medarbejderne angiver, at der er et godt samarbejde internt, på tværs af faggrupper og i forhold til ledelse.

Patientsikkerhed

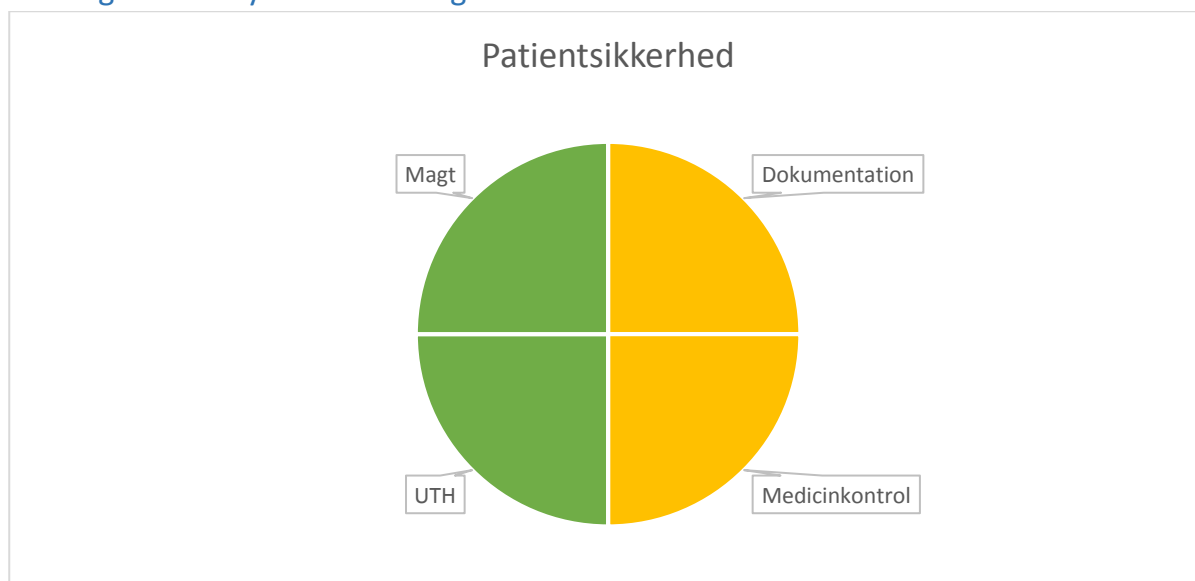
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med den sundhedsfaglige dokumentation og de sundhedsfaglige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

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

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

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

Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med den sundhedsfaglige dokumentation, medicin håndtering, utilsigtede hændelser (UTH'er) og magtanvendelser: *At der er gjort 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 fire tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til 52 vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Enhedens lokale journalaudit på otte af deres borgerjournaler ud fra 68 kriterier.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund²:

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

I forhold til *opfølgning på forværring i borgers tilstand*

- At der gennemgående dokumenteres opfølgning på observationer, der viser en forværring i borgerens helbred. Ligesom der ikke er ubehandlede korrespondancer på borgernes forløb.

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

- At helbredsoplysningerne fremstår relevante og udførlige. I et tilfælde fremgår dog en behandling, der ikke er relevant længere.
- At der generelt er oprettet de relevante tilstande, både i forhold til funktionsevne og helbred, og at disse overvejende er ajourførte – dog med undtagelser, hvor eksempelvis en potentiel tilstand ikke er gjort aktiv i forbindelse med et aktuelt sygdomsforløb.
- Beskrivelserne i tilstandspræciseringen er ikke entydigt struktureret efter et gennemgående princip, men de fremstår fyldestgørende. For både helbredstilstande og funktionstilstande er der dog eksempler på tilstandspræciseringer, der ikke fremstår opdaterede, således at tidligere problematikker fortsat er beskrevet i det faglige notat, eller aktuelle opmærksomhedspunkter ikke fremgår tydeligt. Der er også tilstandspræciseringer, der indeholder en stor mængde historik, hvor det bliver det mindre tydeligt, hvad der kendetegner borgerens aktuelle tilstand.
- At der overvejende er oprettet de relevante udredninger, de relevante handlingsanvisninger og de relevante opgaver til opfølgning på tilstande og indsatser, men at dette ikke er helt konsekvent i de auditerede journaler. Der ses således en journal, hvor der ikke er oprettet handlingsanvisninger eller indsatsmål, selvom borgeren har været tilknyttet enheden i tre uger.
- At alle døgnrytmeplanerne fremstår relevante og opdaterede, men en døgnrytmeplan er gemt forkert, så den ikke kan relateres til de relevante indsatser.
- At planen for pleje og behandling i de situationer, hvor der ikke er en fast indsats fremstår utydelig – for eksempel ved en tilbagevendende problemstilling for borgeren.

I forhold til *sammenhæng og systematik*

- At der gennemgående er de relevante relationer. Der mangler dog enkelte relationer ved målinger og observationsnotater.
- Der er forskellig praksis på enheden i forhold til, om afsluttede helbredstilstande gemmes som 'Ikke relevante' eller som 'Inaktive', således at historikken i borgerens forløb fremstår uklart.
- At journalerne ikke fremstår helt opdaterede, da der ses enkelte tilstandspræciseringer, indsatser, handlingsanvisninger og indsatsmål der ikke er aktuelle længere.

I forhold til *understøttelse af borgerens retsstilling*

- Borgers informerede samtykke til den aktuelle pleje og behandling er dokumenteret i størstedelen af de relevante handlingsanvisninger, men ikke helt konsekvent.

² Se Bilag 1 for en opgørelsen over, hvor mange journaler, der lever op til de enkelte målepunkter

- Borgers samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger dokumenteres ligeledes i størstedelen af alle korrespondancer, men ikke helt konsekvent.

Af ledelsesinterview fremgår det, at:

- Enhedens dokumentationsansvarlige og systemadministrator laver en audit en gang årligt med en efterfølgende fælles opsamling.
- Der har tidligere været faste spørgetimer ved nøgleperson for dokumentation.
- Der har været dannet makkerpar, hvor man tjekker hinandens dokumentation.
- Enheden er undervejs med en proces, hvor der ses på, hvordan det redskab, enheden anvender i den indledende kommunikation med borgeren 'samtalehjulet' kan understøtte dokumentationen af Generelle oplysninger.
- Medarbejderne er organiseret i tværfaglige par omkring borgeren, hvilket betyder, at der løbende er et tværfagligt blik på den fælles dokumentation af borgerens forløb.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At ikke alle helbredstilstande og funktionsevnetilstande er opdaterede
- At der ikke gennemgående er oprettet de relevante handlingsanvisninger
- At der ikke gennemgående er oprettet de relevante udredninger
- At der ikke gennemgående er oprettet opgaver til opfølgning på alle indsatser
- At borgerens samtykke ikke dokumenteres konsekvent

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der ses opfølgning, på alle korrespondancer og observationer, der omhandler en forværring.
- At helbredsoplysningerne er opdaterede og relevante
- At tilstandspræciseringerne fremstår fyldestgørende
- At døgnyttmeplanerne er udførlige og opdaterede

Tilsynet anbefaler

- At det sikres at journalerne altid fremstår ajourførte, både i forhold til tilstande, tilstandspræciseringer, indsatser, handlingsanvisninger og indsatsmål.
- At der sikres en konsekvent dokumentation af borgerens samtykke

Tilsynet fremhæver

- At der sideløbende gøres flere forskellige tiltag for at fremme medarbejdernes fokus, hvordan der skal dokumenteres.

Medicinkontrol

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

- Tilsynets observation af tre dispenserings inklusiv medicinbeholdningen
- Tilsynets gennemgang af yderligere én borgers medicinbeholdning
- Tilsynets uanmeldte journalaudit på fire tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

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

- At der ved to borgere findes manglende personidentifikation på en eller flere vitamin- eller håndkøbspræparater.

- At der ved to borgere ses uoverensstemmelse i ordinationsdetaljerne på et eller flere præparater med varierende dosis, så der kan opstå tvivl omkring, hvilke dage medarbejderen skal give den ordinerede medicin. Konsekvensen af den uklare ordination kan være, at borgeren kan blive under- eller overmedicineret.
- At der ved to borgere ses pauseret/seponeret medicin, hvor holdbarhedsdatoen er overskredet. Dette har ingen aktuel konsekvens for borgerne, men i tilfælde af at der er behov for at genoptage en behandling, kan det ske, at der tages medicin i brug, som ikke længere har den ønskede effekt eller virkning.
- At der ses en arbejdsgang, hvor der printes et nyt medicinskema ved ændring af handelsnavn, før en eventuel ændring er trådt i kraft. Herved er der risiko for, at den doserede medicin og den udprintede medicinliste ikke stemmer overens. Enheden påbegynder i indeværende måned implementering af ny elektronisk arbejdsgang i forbindelse med medicindispensering, sådan at medicinlisten fremover altid vil være opdateret og retvisende for borgerens aktuelle behandling.

Ved gennemgang af journalaudit finder tilsynet;

- At der ved en enkelt borger dispenseres og udleveres lokalt oprettede præparater i form af vitaminer og håndkøbsmedicin, uden at der foreligger skriftlig accept fra praktiserende læge.
- At pn-medicin ved en borger er oprettet i selvadministrerende kategori, selvom borger ikke er selvadministrerende.
- At der mangler angivelse af risikomedicin ved en enkelt borger.
- At der i to tilfælde i forbindelse med udlevering af et pn-præparat ikke ses opfølgende observationsnotat på effekt.

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: At der er fundet et eller flere forhold af mindre betydning for kvaliteten inden for det pågældende område.

Tilsynet anbefaler:

At der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:

- At alle borgernes medicinpræparater inklusiv vitaminer og anden håndkøbsmedicin får påført persondata.
- At pauseret og seponeret medicin med faste mellemrum kontrolleres, så præparater med overskredet holdbarhedsdato fjernes og destrueres.
- At ordinationer med varierende dosis indskrives entydigt i medicinoversigten, så den figurerer korrekt med angivelse af specifikke administrationsdage.
- At medarbejderne ikke håndterer medicin, som ikke er godkendt af en behandlingsansvarlig læge.
- At der følges op på effekt ved administration af pn-medicin.

Tilsynet fremhæver:

- At der ses en god orden i medicinskabene samt en korrekt og tydelig adskillelse af borgerens aktuelle og pauserede medicin
- At alle doseringsæsker hos borgerne har påført personidentifikation
- At injektionspræparater samt medicinpræparat i flydende form retmæssigt er opbevaret på køl.
- At der ses relevant opfølgning på effekten af den medicinske behandling, og at borgerne i rehabiliteringsøjemed inddrages i evalueringen på den medicinske behandling i det omfang, de kognitivt og ressourcemæssigt er i stand til det.

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

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af dataudtrækket fremgår det:

- At størstedelen af de indberettede UTH'er vedrører medicin, men at der indberettes flere forskellige typer af UTH.
- At enheden indberetter en fin mængde UTH'er i forhold til sin størrelse, hvilket er i overensstemmelse med Norddjurs Kommunes strategi for læring i forhold til patientsikkerheden.

Af ledelsesinterviewet fremgår det:

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

- At alle nye medarbejdere i rehabiliteringsteamet gennemgår et fast introduktionsprogram, hvor de blandt meget andet introduceres til, hvordan man indberetter en UTH.

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

- At den lokale behandling af de indberettede UTH'er afhænger af, hvilken type af UTH, der er tale om.
- Den lokale borgersikkerhedskoordinator (bsk'er) der sagsbehandler enhedens UTH'er, følger op ved den enkelte medarbejder, der indberetter en UTH.
- At der på det ugentlige teammøde for alle medarbejdere løbende drøftes og gives sparring i forhold til UTH'er, der minder om hinanden. Hvad skete der? Og hvad er læringen? Dagen efter sendes der et beslutningsreferat ud til alle medarbejdere med de nye vedtagne arbejdsgange.
- At ledelsen varetager den videre behandling, hvis den pågældende UTH er personspecifik eller vedrører overgange.
- At der er en løbende opmærksomhed på, at der ikke er gentagne UTH'er inden for det samme område.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- Alle medarbejdere svarer, at de enten 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ved, hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse.
- 93 % af medarbejderne ved 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' hvordan der arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen.
- Alle medarbejderne angiver, at de er 'helt enige' og delvis enige' i, at enheden håndterer utilsigtede hændelser på en hensigtsmæssig måde.
- Alle medarbejderne er 'helt enige' og delvis enige' i, at de ville føle sig trygge som borger i deres enhed.
- Alle medarbejderne angiver, at de er 'helt enige' og delvis enige' i, at de ved hvor de kan få svar på spørgsmål om patientsikkerhed.
- 87 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at de får passende tilbagemeldinger på, hvordan de klarer deres arbejdsopgaver. 13 % er 'hverken enig eller uenig'.
- 87 % af medarbejderne er 'helt uenige' i, at det er svært at diskutere utilsigtede hændelser på deres arbejdsplads.

- 86 % af medarbejderne er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at kollegaer opfordrer dem til at sige til, hvis de er bekymrede for patientsikkerheden.
- 93 % er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at kulturen gør det nemt at lære af andres utilsigtede hændelser.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der ses flere og forskelligartede indberetninger af UTH'er
- At der er et ledelsesmæssigt fokus på det systematiske arbejde med læring af UTH'er og inddragelse af medarbejderne i denne læringsproces
- At der er en positiv besvarelse fra medarbejderne på spørgsmålene om enhedens kultur i forhold til at understøtte arbejdet med UTH.

Magtanvendelser

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

- Journalaudit
- Interview med ledelse

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

- At der ikke er indberettede magtanvendelser i de auditerede journaler

Af interview med ledelsen fremgår det:

- At der ikke har været magtanvendelser i enheden.

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

Hygiejne

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

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

Sammenfatning af observationer:

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

- At der ikke observeres personale, der ikke overholder retningslinjer for at anvende ringe, armbånd og ure.
- At uniformsetiketten efterkommes blandt de observerede medarbejdere.
- At der er opsat sæbe og spritdispensere på personaletoiletter.
- At der er opsat instruktion i korrekt håndvask ved personalehåndvaske.
- At der i fornuftig omfang udføres korrekt hånddesinfektion forud for og ved afslutning af en opgave hos borgerne.
- At der benyttes handsker i forbindelse med direkte medicin håndtering.

- At der i enkelte tilfælde ikke foretages hånddesinfektion, når medarbejderen træder ind i borgers hjem samt før og efter handskeskift.

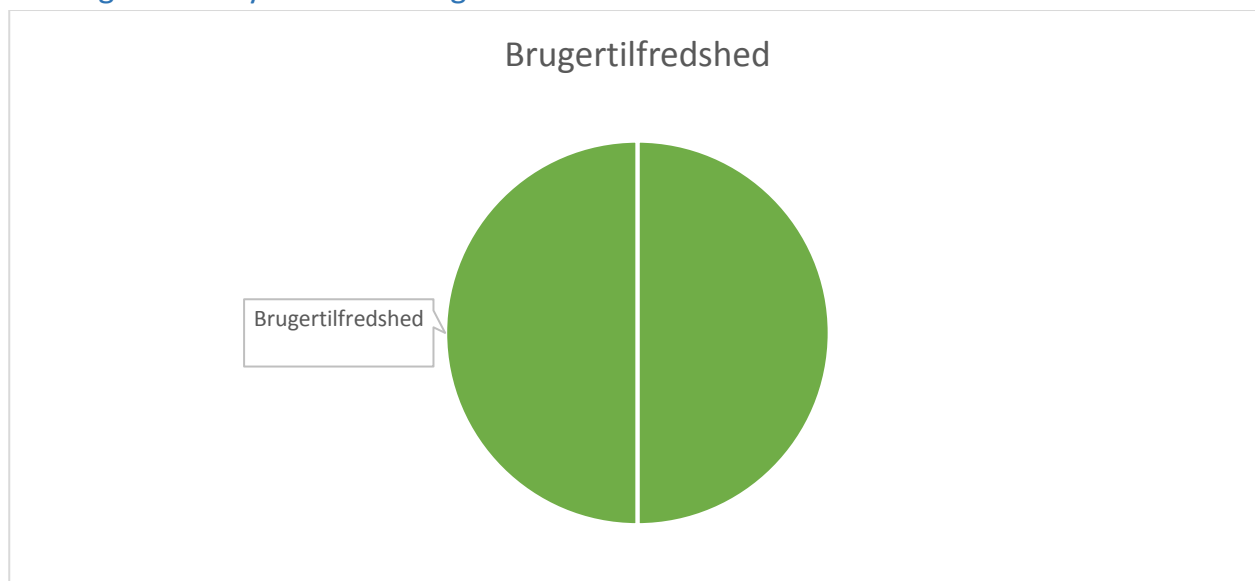
Brugertilfredshed

I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser³. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social service §§ 83, 83a og 86.

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

- Brugertilfredshed og medarbejdervurdering

Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

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

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

Brugertilfredshed

Tilsynets vurdering af brugertilfredsheden på enheden bygger på:

- Telefoninterviews med syv beboere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewet⁴ fremgår det, at:

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

³ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

⁴ I afrapporteringen er der fokus på at sikre, at den enkelte beboers besvarelser ikke vil kunne blive genkendt.

- Alle borgerne angiver, at de er "meget tilfredse" eller "tilfredse" med den samlede hjælp, de modtager fra rehabiliteringsteamet.

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

- 86% af borgerne angiver, at de 'i høj grad' modtager den støtte, som er planlagt.
- 86 % af borgerne svarer 'nej' til, om medarbejderne har aflyst en tid hos dem.

I forhold til *hjælperne*:

- Alle borgerne svarer 'ja, i høj grad' eller 'ja, i nogen grad', til at medarbejderne lytter til hvilke ønsker og behov, de har.
- Alle borgere svarer 'ja, i høj grad' til, at omgangstonen mellem hjælper og borger er god.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- Ved spørgsmålet 'Giver hverdagen mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandarder?' svarer 73 % 'i meget høj grad' eller 'i høj grad'. 27 % svarer 'i nogen grad'.
- Alle medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' og 'i høj grad', løbende arbejdes med kvalitetsudvikling- og sikring i forhold til pleje og aktiviteter.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

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

Omgangsform og rengøring

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

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

Sammenfatning af observationer:

Ved observation i enhedens lokaler og borgernes hjem ses det:

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

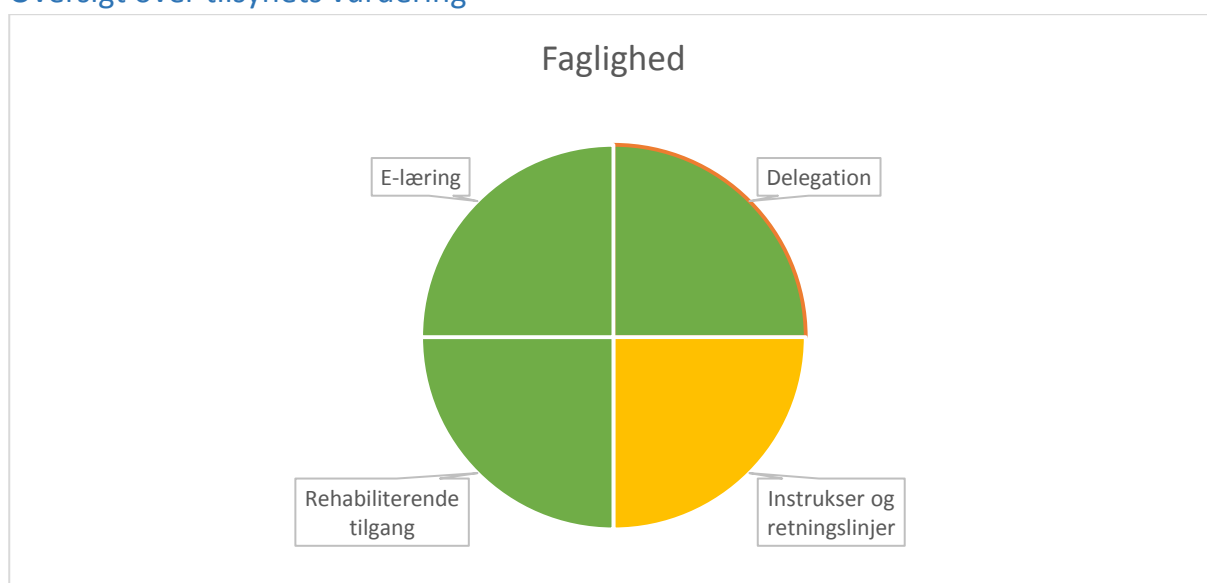
Faglighed

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



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

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

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

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

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

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

Delegation og kompetencer

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

- Interview med ledelsen
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Ved ledelsesinterviewet fremgår det:

I forhold til at sikre, at medarbejderne har de rette kompetencer til opgaven:

- At borgere, der visiteres til enheden kan have meget komplekse problemstillinger, der kræver en bred tværfaglighed. Ofte er det borgere, der også har psykiatriske problemstillinger eller problemstillinger i forhold til rusmiddel. Derfor er der i enheden en kontinuerlig opmærksomhed i forhold til, om der skal opsøges sparring fra andre enheder i kommunen, herunder den kommunale neuropsykolog. Der er også et stort og vedvarende fokus på opkvalificering af medarbejderne med kurser, herunder webinarer, hvor det sikres at hele medarbejdergruppen ser dem, så det bliver en fælles viden.
- At der føres liste over hver enkelt medarbejders behov for opkvalificering og for hele teamets behov.

I forhold til at sikre en *oversigt over kompetencer* (ift planlægning)

- At der opleves at være et stort behov opdaterede skemaer til kompetenceprofiler – også for terapeuter.
- At der er en kultur i enheden, hvor man forventer - og også oplever - at medarbejderne selv er opsøgende, hvis de mangler de fornødne kompetencer.
- At der udfyldes et skema (jf. kompetenceprofil for assistenter), hvis indsatsen er borgerspecifik og derved kræver oplæring. Den medarbejder, der får den borgerspecifikke oplæring opbevarer skemaet i sin kompetencemappe indtil borger afsluttes.
- At der ved MUS er et fast punkt om medarbejderens kompetencer og hvad de oplever som deres kompetencer på henholdsvis borger- og gruppeniveau.
- At den der har planlæggerfunktionen læser henvisningen med henblik på at vurdere hvilken faggruppe, der kan varetage opgaven. Medarbejderne skal selv melde tilbage, hvis der er behov for yderligere kompetencer.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

I forhold til *oplæring af nye medarbejdere*:

- At alle medarbejderne angiver at være 'helt enige i' eller 'delvist enige i' at nyt personale får en god introduktion.
- At 86 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvist enige' i, at personale der er under oplæring inden for deres fagområde, får den nødvendige supervision.

I forhold til *procedure for delegation*⁵:

- At alle medarbejderne svarer, at de kender proceduren for delegation til medarbejdere.
- At alle medarbejderne angiver, at de 'I meget høj grad' eller 'i høj grad' følger procedurerne for delegation.

I forhold til *kompetenceprofil*:

- At alle medarbejderne svarer, at de har en opdateret kompetenceprofil.
- Ved spørgsmålet 'Har du inden for de seneste tre måneder udført en eller flere opgaver, du ikke havde kompetencerne til ifølge kompetenceprofilen?' svarer alle medarbejderne 'nej'

I forhold til *tilgængelige kompetencer*:

⁵ I afrapporteringen af medarbejderbesvarelserne ved dette spørgsmål er der kun taget udgangspunkt i besvarelser fra hhv. sygeplejersker, assistenter og hjælpere – 11 besvarelser i alt.

- At 93 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i udsagnet 'Mit team har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At alle de relevante medarbejdere kender proceduren for delegation og at disse medarbejdere også angiver at følge proceduren.
- At et overvejende flertal af medarbejderne er enige i, at nye kolleger får en god introduktion
- At et overvejende flertal af medarbejdere angiver at have de relevante kompetencer tilgængelige hver dag
- At alle relevante medarbejdere angiver at have en opdateret kompetenceprofil og at de ikke har udført opgaver, som de ikke havde kompetencer til ifølge denne.
- At der er et systematisk fokus på opkvalificering af medarbejdere, både i forhold til at have et overblik over hvilken opkvalificering den enkelte medarbejder har behov for, hvilket behov teamet har og i forhold til at følge op på og sikre, at alle medarbejdere introduceres til den opkvalificering teamet får.

Tilsynet anbefaler:

- At der etableres et systematisk tilsyn i forhold til delegerede indsatser, der også indfanger de tilfælde, hvor medarbejderen eksempelvis ikke selv er bevidst om, at vedkommende ikke har helt opdaterede kompetencer.

Tilsynet fremhæver:

- At der er et systematisk fokus på opkvalificering af medarbejdere, både i forhold til at have et overblik over hvilken opkvalificering den enkelte medarbejder har behov for, hvilket behov teamet har og i forhold til at følge op på og sikre, at alle medarbejdere introduceres til den opkvalificering teamet får.

Kendskab til instrukser og retningslinjer

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

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

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

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

- At der har været 22 unikke brugere af MyMedCards inden for det sidste år

Af ledelsesinterview fremgår det, at:

- Enheden har udviklet sit eget introprogram, der er en hybrid mellem de overordnede krav, der er til nye medarbejdere i kommunen og enhedens specifikke krav. Samtidigt udarbejdes der også et

individuet program, for den enkelte nye medarbejder. Undervejs i introduktionsforløbet bliver der to gange fulgt op ved ledelsen i forhold til, hvor medarbejderen er i sit introduktionsforløb.

- Nye retningslinjer – for eksempel i forbindelse med COVID-19 – formidles via mails til alle medarbejderne. Hvis det skønnes nødvendigt i forhold til typen af information, tages det også op på det ugentlige teammøde.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

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

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

I forhold til *retningslinjer for anvendelsen af MyMedCards og VAR*⁶:

- At 73 % af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for, hvordan de skal bruge VAR (database over sundhedsfaglige procedurer). Medarbejderne svarer alle, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' følger disse retningslinjer.
- 67 % af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for, hvordan de skal bruge MyMedCards. 80 % af disse medarbejdere svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' følger disse retningslinjer.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At over 20 % af medarbejderne angiver ikke at kende retningslinjerne for anvendelsen af MyMedCards og VAR.

I vurderingen er også lagt vægt på:

- At alle medarbejdere angiver, at de har adgang til alle de oplysninger, de har brug for, for at kunne træffe beslutning om pleje og behandling.

Tilsynet anbefaler:

- At der udarbejdes en plan for, hvordan det sikres, at medarbejderne kender retningslinjerne for anvendelsen af MyMedCards og VAR.

Rehabilitering

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

- Telefoninterview med 7 borgere
- Ledelsesinterview
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser
- Enhedens og tilsynets audit af i alt 10 borgerjournaler

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved telefoninterview med borgerne fremgår det at:

- Alle borgere angiver, at de ved hvad målet med deres forløb ved rehabiliteringsteamet er.
- 86% af borgerne svarer, at de 'i høj grad' arbejder efter de aftalte mål.

⁶ I dette spørgsmål afrapporteres kun besvarelser fra de relevante faggrupper, dvs. besvarelser fra sygeplejersker, assistenter og hjælpere – 11 besvarelser i alt.

- 86% af borgerne angiver at de 'i høj grad' eller i 'nogen grad' har været med til at 'bestemme hvad deres mål skal være'. 14% svarer 'i mindre grad'.
- Alle borgerne angiver 'ja, i høj grad' eller 'ja, i nogen grad' til at de får den støtte, som de har behov for, for at kunne nå deres mål.
- Alle borgerne svarer, at målet/målene, de arbejder henimod, er vigtige for dem at nå.
- 86% af borgerne angiver 'ja, i høj grad' eller 'ja, i nogen grad' til at de bliver inddraget i, hvordan de skal arbejde med at nå målene.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- 93% af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' kender borgernes livshistorie og handleplaner.
- Alle medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' aktivt inddrager borgerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter.

Af ledelsesinterview fremgår det at:

- Der blev fulgt op på sidste års rehabiliteringsuge ved en fælles faglig drøftelse af de observationer, der var gjort, men at temaet rehabilitering er gennemgående i enhedens arbejde og tilgang og derfor ikke kun begrænset til at være i fokus en gang årligt.
- Der arbejdes med borgerkonferencer, hvor teamet går i dybden med en eller to borgere i forhold til en problematik. Her er tilgangen, at der i højere grad stilles afklarende spørgsmål frem for, at der bydes ind med håndfaste løsninger.
- Der afholdes tavlekonferencer, hvor det centrale er den rehabiliterende tilgang i hele borgerforløbet. Det vil sige fra udredning og indsats til evalueringen. Dette visualiseres ved en tavle med magneter i farverne rød, gul og grøn for alle borgerne, hvor magneterne er placeret, så de viser hvor borgeren er i forløbet.

Af journalaudit fremgår det at:

- Inddragelse af borgers perspektiv ses i størstedelen af de auditerede journaler. Det vil sige, at felterne vedr. borgers motivation, mestring og ressourcer gennemgående er udfyldt, der er oprettet indsatsmål og disse er i de fleste tilfælde målbare. Borgerens vurdering er i mindre omfang dokumenteret under funktionstilstande end ved helbredstilstande.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- Borgerne giver udtryk for at kende og tilslutte sig de mål, der er sat for indsatsen og at de inddrages i arbejdet med at nå målene.
- Medarbejderne angiver, at de kender borgernes livshistorie og handleplaner og at de aktivt inddrager borgerne planlægningen og udførelsen af indsatsen
- At det rehabiliterende fokus er gennemgående i teamets arbejde og blandt andet understøttes med tavlekonferencer, der tager afsæt i en tavle, der viser hvor borgerne er i deres rehabiliteringsforløb.
- At borgerens perspektiv gennemgående fremgår af dokumentationen

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:

Udtræk fra e-læringsportalen Plan2Learn, der dog kun skal ses som vejledende⁷

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved udtræk fra Plan2Learn fremgår det at:

- 13 medarbejdere er tilmeldt kurset magtanvendelse. Ud af de 13 medarbejdere har 12 medarbejdere gennemført kurset. En medarbejder er tilmeldt kurset, men har hverken påbegyndt eller gennemført kurset
- 12 medarbejdere er tilmeldt kurset Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Ud af de 12 medarbejdere har 10 medarbejdere gennemført kurset. To medarbejdere er tilmeldt kurset, men har hverken påbegyndt eller gennemført kurset

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 de tilmeldte medarbejdere har gennemført de obligatoriske kurser om Magtanvendelse (92%) og Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (83%).

⁷ Data i læringsportalen Plan2Learn trækkes fra "Løn og Personale", hvilket betyder, at der ikke er taget højde for, om medarbejdere er nyansatte og ikke påbegyndt deres arbejde, på barsel, orlov eller er langtidssygemeldte.

Organisation

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

- APV
- Samarbejde
- Budgetoverholdelse
- Sygefravær
- Eksterne tilsyn

Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

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

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

APV

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

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

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

- At 10 ud af 10 journaler i audit havde udfyldt APV-skema

Ved ledelsesinterview fremgår det:

- At der blev gennemført en psykisk APV sidst i foråret 2021. Efterfølgende blev svarene gennemgået og hvis der var over eet svar i mellemkategorien, blev der udarbejdet en APV-handleplan for området. Det blevet drøftet medarbejdergruppen, hvad der er et acceptabelt niveau og der er udarbejdet handleplaner med fokus på, hvad enheden gerne vil opnå fremadrettet, fremfor hvilke problemer, de gerne vil væk fra.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- Der i alle de journaler, der indgik i audit har været en APV i journalen,
- Der har været gennemført en psykisk APV, hvor medarbejderne har været tæt inddraget i arbejdet med resultatet.

Samarbejde

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

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 66 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. 27% svarer hertil 'både og'.
- Alle medarbejderne angiver, at samarbejde mellem faggrupperne internt er 'meget godt' eller 'godt'.
- Alle medarbejdere angiver, at forhold til ledelsen er 'meget godt' eller 'godt'.

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 angiver, at der er et godt samarbejde internt, på tværs af faggrupper og i forhold til ledelse.

Sygefravær

Vurderingen af enhedens sygefravær er baseret på:

- Oversigt over sygefraværsprocenten i perioden 1. september 2020 til 31. august 2021. Af sygefraværsoversigten fremgår det:
- At sygefraværsprocenten i perioden 1. september 2020 til 31. august 2021 for de to enheder Sundhedsskolen og Tværgående rehabiliteringsindsats i gennemsnit har været på 3,58 %. Til sammenligning er sygefraværsprocenten i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune i samme periode på 6,63 %

Budgetoverholdelse

Rehabiliteringsteamet er som udgangspunkt økonomisk veldrevet. Pga. teamets størrelse er det sårbart i forhold til de økonomiske konsekvenser af flere medarbejdere på barselsorlov. Desuden har teamet bidraget til at løse opgaver på tværs af organisationen under sommerferieafviklingen. Aktuelt står teamet for en mindre budgetoverskridelse, som der arbejdes på at indhente.

Opsamling på andre/tidligere tilsyn

Der har ikke være eksterne tilsyn på enheden inden for det sidste år

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

Bilag 2: Oversigt over borgernes kommentarer under telefoninterview om brugertilfredshed

I forhold til spørgsmålene: "Er der en god omgangstone mellem dig og medarbejderne i rehabiliteringsteamet?" & "Lytter medarbejderne i rehabiliteringsteamet til dine ønsker og behov?" er der følgende kommentarer:

- To flinke damer som gør en hel masse. Jeg har ikke noget negativt at sige om det.
- [Vedkommende] jeg har nu, er jeg i høj grad tilfreds med. [vedkommende] jeg havde før i ingen grad.
- De er super flinke til at lytte til mig. Det hold der er sat på mig, er virkelig godt og giver mig et spark bagi. De har fået gang i mig igen. Mere eller mindre. Stor ros til dem.

Yderligere kommentarer:

- Meget vigtig, at der er plads til almen rehabilitering og at der er plads til uformelt samvær.
- Jeg troede ikke, jeg kunne få så meget hjælp, som jeg har fået.
- De er rigtig dygtige og jeg er rigtig glade for dem, som kommer. Hvis ikke de havde været her, så havde jeg ikke nået så langt, som jeg er.
- Bedste kommune jeg har været ved. Det eneste der halter, det er kommunikationen. Skal til møde i morgen, men har ikke fået af vide, hvor det er. Kommunikationen skal forbedres.

