



09

Kommunalt
tilsyn
Tværgående
Rehabiliterings-
team

17. marts

2023

Indhold

Målepunkter i det kommunale tilsyn	3
Datagrundlaget for det kommunale tilsyn	3
Rapportens opbygning	4
Præsentation af enheden	5
Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set.....	6
Sammenfatning	7
Patientsikkerhed	10
Oversigt over tilsynets vurdering	10
Den sundhedsfaglige dokumentation	11
Medicinkontrol	12
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)	12
Magtanvendelser.....	13
Hygiejne.....	13
Brugertilfredshed.....	14
Oversigt over tilsynets vurdering	14
Brugertilfredshed.....	14
Omgangsform og rengøring	15
Faglighed.....	17
Oversigt over tilsynets vurdering	17
Delegation og kompetencer	17
Kendskab til instrukser og retningslinjer	18
Rehabilitering	19
E-læring.....	20
Organisation.....	21
Oversigt over tilsynets vurdering	21
APV	21
Samarbejde.....	22
Bilag 1: Oversigt: Journalaudit	23

Indledning

Det kommunale tilsyn i Sundhed og Omsorg udføres jf. Norddjurs Kommunes tilsynspolitik for kommunale tilsyn i Sundhed og Omsorg (<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 et anmeldt fysisk besøg, hvor beboere interviewes og der foretages stikprøvekontrol på eksempelvis rengøring og hygiejne generelt

Målepunkter i det kommunale tilsyn

Det kommunale tilsyn vurderer kvaliteten på enheden i forhold til følgende områder:

- Patientsikkerhed
 - Herunder: Den sundhedsfaglige dokumentation, arbejdet med utilsigtede hændelser, medicinhåndtering, hygiejne og forebyggelse af magt
- Brugertilfredshed
 - Herunder: Brugertilfredshed hos borgere/beboere og medarbejdernes vurdering af rammer for at levere deres indsats
- Faglighed
 - Herunder: Arbejdet med delegation og kompetencer, medarbejdernes kendskab til relevante instrukser, procedurer og retningslinjer, arbejdet med rehabilitering og medarbejdernes løbende vedligeholdelse af kompetencer (e-læring)
- Organisatoriske forhold
 - Herunder: Arbejdsmiljø

Datagrundlaget for det kommunale tilsyn

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

Oversigt over datagrundlag i det kommunale tilsyn 2022 på enheden

- Journalaudit på fire journaler
- Enheden har udført en lokal journalaudit på seks journaler
- Telefoninterview med fem borgere vedrørende deres mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede service.
- Spørgeskemaundersøgelse hos alle relevante medarbejdere ansat i enheden vedrørende de faglige rammer for deres arbejde. Spørgeskemaet er sendt ud til 17 medarbejdere. 15 medarbejdere har svaret på hele spørgeskemaet. Dette giver en svarprocent på 88 %, hvilket er en meget tilfredsstillende svarprocent i forhold til at tolke resultatet.

- Stikprøvekontrol af dispensering af medicin til to borgere samt gennemgang af tre borgeres medicinbeholdning.
- Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er omfattende de to hovedområder – medicinfejl samt patientuheld.

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

Sundhed og Træning: Rehabiliteringsteamet

Enhedens præsentation af aktuelle rammer og vilkår for arbejdet.

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

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

Teamet modtager borgere fra sygehuset, "eget hjem", døgnafdeling, aflastningssteder og hjemmeplejen. Det generelle indtryk er, at borgerkompleksiteten er stigende.

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

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

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 og diætist møder kl. 7.30.

Leder af teamet er også leder for Sundhedsskolen.

Enhedens præsentation af aktuelle udviklingsinitiativer og hvad de er lykkedes med inden for det seneste års tid:

Teamet har i det forgange år haft fokus på at blive endnu bedre til at håndtere de hurtige omstillinger i borgerantal og kompleksitet. Det har fordret både udvikling af fagspecifikke og teamets kompetencer. Teamet har også haft kontinuerlige drøftelser om, hvordan dokumentation sikres i en travl hverdag, samt hvordan mængden af udefrakommende informationer formidles og integreres. Dette arbejde foregår stadig. Endelig har teamet arbejdet med både udvikling af stillingsopslag og introforløb for nye kolleger.

Teamet lykkes med:

- at gøre mange borgere selvhjulpne, mens andre borgere bliver delvis selvhjulpne
- at skabe rehabiliteringsforløb, som borgere og pårørende er tilfredse med
- et lavt sygefravær
- rekruttering af nye kolleger

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set

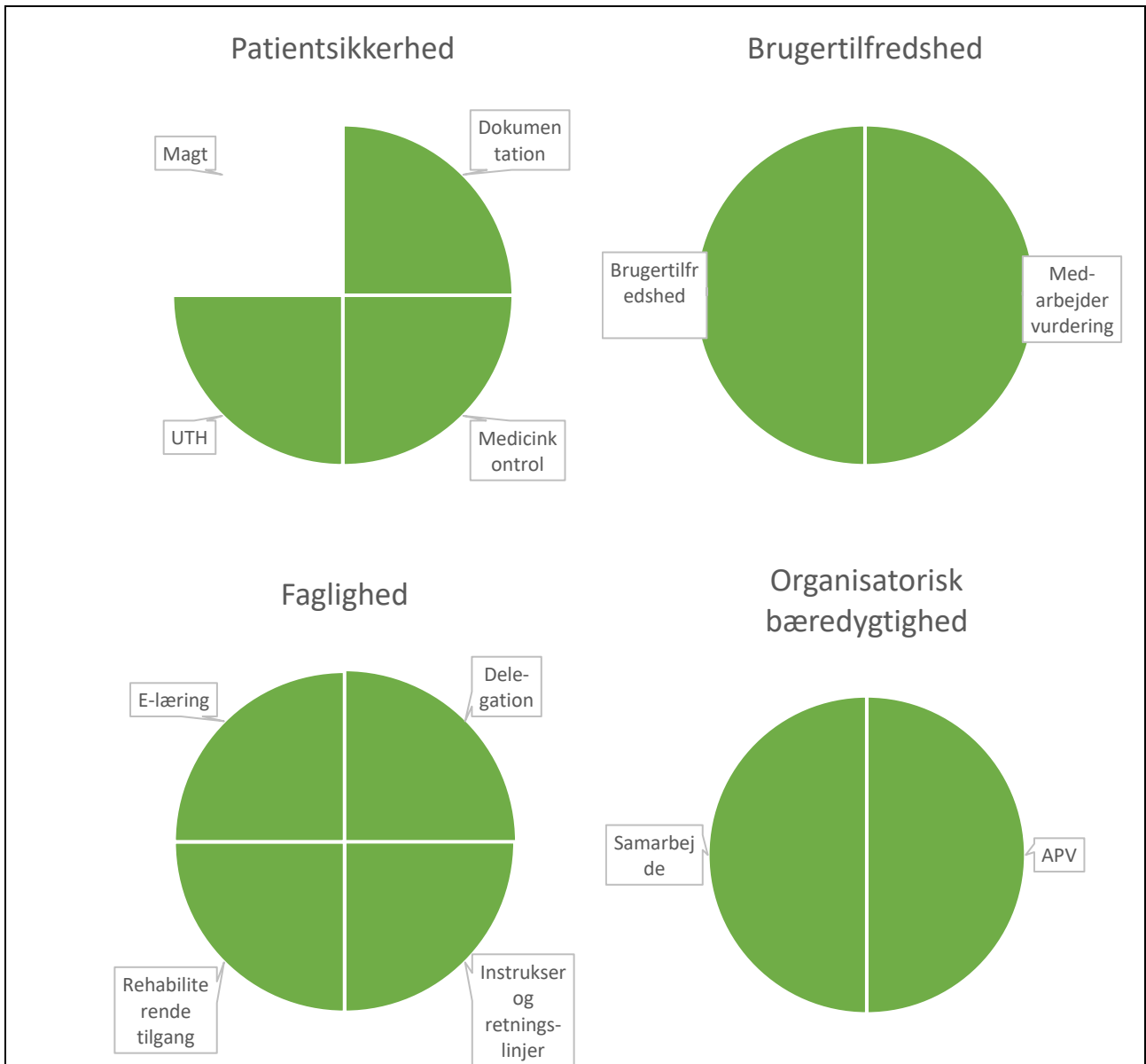
Figuren nedenfor illustrerer tilsynets vurdering af enhedens arbejde med områderne: Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisatorisk bæredygtighed.

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

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

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

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



Sammenfatning

PATIENTSIKKERHED

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

Derfor ser tilsynet på, om enheden arbejder hensigtsmæssigt med den sundhedsfaglige dokumentation, medicin håndteringen og med at forebygge utilsigtede hændelser – UTH'er. (En UTH er en hændelse, hvor sundhedspersoner uforvarende forvolder fejl og skader, når borgerne behandles eller på anden måde er i kontakt med enheden.) Under området *patientsikkerhed* ser tilsynet også på, om enheden lever op til sundhedslovens og servicelovens bestemmelser om at sikre, at borgerens integritet og selvbestemmelsesret respekteres.

Dokumentationen: På baggrund af tilsynets gennemgang af fire borgerjournaler og enhedens egen gennemgang af seks borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten af dokumentationen.*

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at der langt overvejende dokumenteres i overensstemmelse med lovgivningen og retningslinjerne i Norddjurs Kommune¹.

Medicin håndtering: På baggrund af tilsynets uanmeldte gennemgang af tre borgeres medicinbeholdning, observation af to medicindispenseringer², samt tilsynets gennemgang af dokumentationen vedrørende medicin i fire borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for patientsikkerheden.*

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at der ikke er gjort fund i forhold til proceduren for medicin håndtering i Sundhed og Omsorg³.

Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH): På baggrund af medarbejdernes⁴ spørgeskemabesvarelser om arbejdet med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser⁵ (UTH), vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

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

Magtanvendelse: Enhedens arbejde med at forebygge og håndtere magtanvendelser vurderes ikke ved dette tilsyn, da der ikke har været dokumentation for magtanvendelser i de journaler, tilsynet har auditeret.

¹ Se afsnittet Den sundhedsfaglige dokumentation for en konkret beskrivelse af resultatet af audits.

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

³ Se afsnittet Medicin håndtering for en konkret beskrivelse af resultatet af medicinkontrollen.

⁴ 49 % af medarbejderne har besvaret spørgeskemaet

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

BRUGERTILFREDSHED:

Inden for området *Brugertilfredshed* ser tilsynet på, om enheden understøtter, at borgerne kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser⁶. 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 et udsnit af borgerne, om deres tilfredshed med den støtte de får til den personlige pleje og praktiske hjælp, leveringen af den personlige pleje og praktiske hjælp og forholdet til personalet. Medarbejderne spørges til deres vurdering af de rammer, de har for at levere deres indsats.

Brugertilfredshed: På baggrund af interview med fem borgere⁷ vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne udtrykker stor tilfredshed med den hjælp og støtte de får.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at alle medarbejderne svarer 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' til spørgsmålene: 'Giver hverdagen mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandard? og: Arbejdes der med at skabe forbedringer af plejen og aktiviteter hos borgerne?'

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 delegation⁸, sikrer at medarbejderne i fornødent omfang introduceres til deres opgaver, at medarbejderne har adgang til den relevante viden for at udføre deres opgaver (herunder adgang til VAR⁹ og MyMedCards¹⁰), at medarbejderne har fokus på den rehabiliterende tilgang og at medarbejderne gennemfører den obligatoriske e-læring¹¹

Delegation: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser¹² vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at et overvejende flertal af medarbejderne er enige i, at nye kolleger får en god introduktion og at alle medarbejderne svarer 'ja' til, at de kender kompetence- og overdragelseskemaet.

Kendskab til instrukser og retningslinjer: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser¹³ vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

⁶ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

⁷ Se afsnittet Brugertilfredshed for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

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

⁹ VAR er en database med sygeplejefaglige procedurer, der kan tilgås digitalt fra medarbejdernes computer og tablets

¹⁰ MyMedCards er en app med lokale informationer, retningslinjer og instrukser til medarbejderne

¹¹ E-læring (elektronisk læring) er kompetenceudvikling, der kan foregå på computer, tablet eller smartphone.

¹² Se afsnittet Delegation og kompetencer for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

¹³ Se afsnittet: Kendskab til instrukser og retningslinjer for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

I vurderingen er der lagt vægt på at alle medarbejderne angiver 'ja' til om de ved hvordan de skal bruge VAR og MyMedCards.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at alle medarbejdere angiver, at de inddrager borgeren aktivt i indsatsen, at borgerne angiver at være inddraget i de mål, der arbejdes med og at borgerens perspektiv gennemgående fremgår af journalen.

E-læring: På baggrund af en oversigt over, hvor mange medarbejdere der har gennemført de obligatoriske e-lærings-kurser¹⁴, vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at alle medarbejdere har gennemført de obligatoriske e-læringskurser.

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-skema¹⁵ for hver enkelt borger og om medarbejderne oplever, at de har et godt samarbejde med kolleger og ledelse.

APV: På baggrund af tilsynets gennemgang af fire borgerjournaler¹⁶ vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

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

SAMARBEJDE: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser¹⁷ 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 har et 'godt' eller 'meget godt' samarbejde mellem medarbejderne og med ledelsen.

¹⁴ Se afsnittet E-læring for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

¹⁵ I APV-skemaer (arbejdspladsvurderingsskema) gennemgås og opstilles handleplaner for de arbejdsmiljømæssige problematikker, der kan være i forhold til den enkelte borgers hjem og adfærd.

¹⁶ Se afsnittet APV for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

¹⁷ Se afsnittet Samarbejde 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.

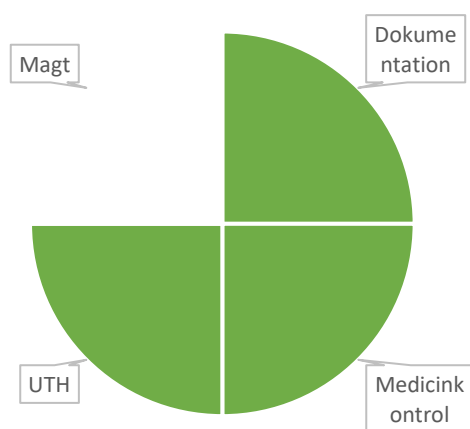
Under dette område ses der også på, om enheden lever op til sundhedslovens bestemmelser i forhold til at sikre, at borgerens integritet og selvbestemmelsesret respekteres.

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

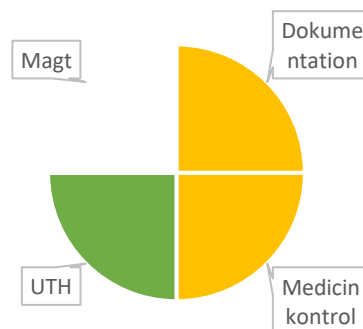
- Den sundhedsfaglige dokumentation på enheden
- Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser
- Enhedens medicinhåndtering
- Enhedens arbejde med at forebygge magtanvendelser

Oversigt over tilsynets vurdering

Patientsikkerhed 2023



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, medicinhåndtering, utilsigtede hændelser (UTH'er) og magtanvendelser: *At der ikke er gjort et fund af betydning for den leverede kvalitet.*

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

Den sundhedsfaglige dokumentation

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens sundhedsfaglige dokumentation bygger på:

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

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund¹⁸:

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

I forhold til *opfølgning på forværring i borgers tilstand*

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

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

- At helbredsoplysninger fremstår opdaterede og relevante
- At der ses en journal, hvor der ikke er foretaget en sygeplejefaglig udredning, selvom borgeren modtager indsatser efter Sundhedsloven og har flere helbredsrelevante problemstillinger
- At der gennemgående er oprettet de relevante tilstande, både i forhold til funktionsevne og helbred
- At beskrivelserne i tilstandspræciseringen er relevante og opdaterede. Men at der i nogle tilfælde er et overlap i forhold til, hvad der er beskrevet andre steder i journalen, således, at der er tale om dobbeltdokumentation.
- At alle de relevante handlingsanvisninger er oprettet og at disse fremstår opdaterede og fyldestgørende. Der mangler dog henvisning til aftale med læge i en handlingsanvisning. I en anden handlingsanvisning er symptomer på hhv. for højt og for lavt blodsukker ikke beskrevet.
- At der er oprettet opgaver til myndighedsopfølgning på tilstande i tre ud af fire journaler.
- At døgnrytmeplanerne fremstår relevante og udførlige – men at der mangler en enkelt for dagvagten.

I forhold til *sammenhæng og systematik*

- At der ses handlingsanvisninger fra hhv. hjemmeplejen og døgn, der er gemt som aktive, selvom de ikke er aktuelle længere
- At der i en journal er en forflytningsvejledning, som ikke er opdateret.
- At der ikke på tværs af journalerne er en ensartet systematik for, hvordan der dokumenteres løbende opfølgning på udviklingen i borgerens tilstand. I en journal dokumenteres dette i observationsnotater i en anden i tilstandspræciseringen.

I forhold til *understøttelse af borgerens retsstilling*

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

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

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

- Der mangler henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge i handlingsanvisning
- Forflytningsvejledning ikke er opdateret
- Der ikke konsekvent er dokumenteret sygeplejefaglig udredning
- Der ikke konsekvent er dokumenteret samtykke til pleje og behandling i handlingsanvisning

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

- Dokumentation fremstår opdateret, relevant, fyldestgørende og med et gennemgående fokus på borgerens udvikling

Tilsynet anbefaler:

At enheden skaber arbejdsgange, så det sikres at:

- Der er henvisning til aftale med læge i handlingsanvisning
- Forflytningsvejledning fremstår opdateret
- Der foretages en sygeplejefaglig udredning for borgere, hvor der er indsatser efter Sundhedsloven og flere eller komplekse/ustabile helbredstilstande
- Borgerens samtykke til behandling og pleje fremgår af handlingsanvisning

Medicinkontrol

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

- Tilsynsenhedens uanmeldte gennemgang af tre borgeres medicinbeholdning
- Tilsynsenhedens uanmeldte observation af to medicindispenseringer
- Tilsynets journalaudit på fire tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved gennemgang af medicinbeholdninger finder tilsynet;

- At der ses en god orden i alle medicinskabene samt en korrekt og hygiejnisk forsvarlig opdeling af aktuel, pauseret og ikke-anbrudt medicin
- At samtlige doseringsæsker har påført personidentifikation
- At der følges op på den medicinske behandling, heriblandt kortvarige antibiotikakure
- At enheden ikke har en systematisk arbejdsgang for gennemgang af pauseret eller seponeret medicin. Der er ikke fundet medicin med overskredet holdbarhedsdato, men der observeres seponeret medicin som med fordel kan blive destrueret

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: At der ikke er fundet forhold af betydning for patientsikkerheden

I vurderingen er der lagt vægt på, at der ses orden i medicinbeholdningerne, og at samtlige præparater og doseringsæsker har påsat personidentifikation

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 indrapporteret¹⁹.
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser om arbejdet med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af dataudtrækket fremgår det:

- At størstedelen af de indberettede UTH'er vedrører medicin og patientuheld.

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 eller ved hvem man kan gå til for at få hjælp til det.
- 93 % af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen.
- Alle medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ville føle sig trygge som borgere i deres enhed.
- 93 % af medarbejderne svarer, at kulturen 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' gør det nemt at lære af utilsigtede hændelser.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

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

Magtanvendelser

Enhedens arbejde med at forebygge og håndtere magtanvendelser vurderes ikke ved dette tilsyn, da der ikke har været dokumentation for magtanvendelser i de auditerede journaler

Hygiejne

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

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

Sammenfatning af observationer:

Ved observation i enhedens lokaler samt i forbindelse med medicinkontrol i borgernes hjem fremgår det:

- At uniformsetiketten efterkommes blandt de observerede medarbejdere
- At der benyttes handsker ved direkte kontakt med lægemidler

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

Brugertilfredshed

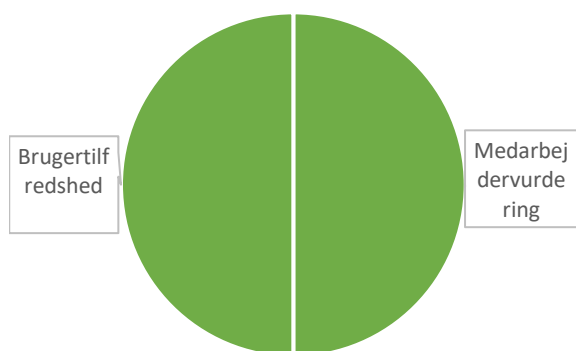
I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser²⁰. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social service §§ 83, 83a og 86.

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

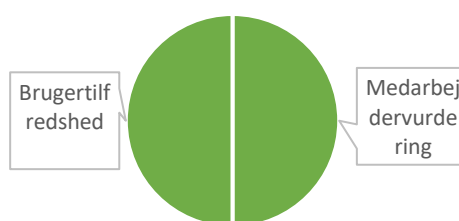
- Brugertilfredshed og medarbejdervurdering

Oversigt over tilsynets vurdering

Brugertilfredshed og medarbejdervurdering 2023



Brugertilfredshed og medarbejdervurdering 2021



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

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

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

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

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med brugertilfredshed: *At der 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 fem borgere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewet²¹ fremgår det, at:

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

²⁰ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

²¹ I afrapporteringen er der fokus på at sikre, at den enkelte beboers besvarelser ikke vil kunne blive genkendt.

- Alle 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, blive vasket, toiletbesøg og af- og påklædning, angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- 67 % af borgerne, som modtager hjælp til rengøringen af egen bolig er 'delvis tilfredse' med hjælpen. 33 % af borgerne angiver at være 'delvis utilfredse'.
- Alle borgerne, som modtager hjælp til tøjvasken er 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- Ingen af borgerne modtager hjælp til indkøb.

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.
- Alle borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at de får den hjælp og støtte, de har behov for.
- Alle borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Personalet tager hensyn til, hvordan du gerne vil have din døgnrytme'.
- Alle borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Du deltager i de ting, du kan og ønsker at deltage i'.
- 80 % af beboerne svarer, at de 'aldrig' eller 'sjældent' oplever, at hjælpen bliver aflyst.

I forhold til *maden*:

- 80 % af borgerne får leveret mad.
- Alle borgerne angiver at være 'meget tilfredse' med maden.
- Ingen af borgerne modtager hjælp til måltidet.

I forhold til *personalet*:

- Alle borgerne giver udtryk for at være 'helt enige' eller 'enige' i udsagnene: 'Personalet lytter til, hvad jeg har behov for' og 'Personalet udviser respekt over for mig'.
- 80 % af borgerne giver udtryk for at være 'helt enige' eller 'enige' i udsagnene: 'Omgangstonen mellem personalet og mig er god' og 'Personalet ved hvad de skal, når de kommer for at hjælpe dig'.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- Alle medarbejderne svarer 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' til spørgsmålet 'Giver hverdagen mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandarder?'.
- Alle medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' og 'i høj grad', arbejdes med at skabe forbedringer af plejen og aktiviteter hos borgerne.
- Alle medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' kender handlingsanvisninger for de borgere, de har opgaver ved.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At borgerne udtrykker stor tilfredshed med den hjælp og støtte de får.

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 borgernes hjem ses det:

- At borgernes hjælpemidler fremstår rene
- At der observeres en anerkendende og god omgangstone mellem personale og borger

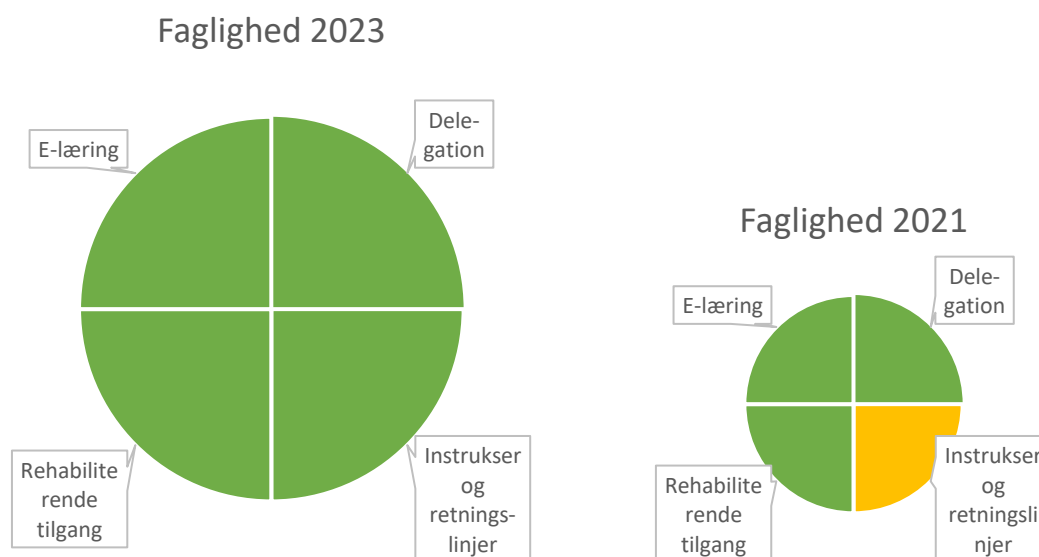
Faglighed

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 ikke er gjort fund af betydning for den faglige kvalitet.*

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

Delegation og kompetencer

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

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

I forhold til *oplæring af nye medarbejdere*:

- At 74 % af medarbejderne angiver, at nyt personale 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får en god introduktion. 26 % angiver 'i nogen grad'.
- At 79 % af medarbejderne svarer, at personale der skal oplæres i nye opgaver 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får den nødvendige sparring. 21 % svarer 'i nogen grad'.

I forhold til *kompetenceprofil*:

- Alle medarbejderne svarer 'ja' til, at de kender kompetence- og overdragelsesskemaet. Af disse medarbejdere svarer 80 %, at de 'i høj grad' bruger dette skema i hverdagen ved behov. 20 % svarer 'i nogen grad'.
- At 80 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de har et personligt kompetenceafklaringskema. Af disse medarbejdere svarer alle medarbejderne 'ja' til at skemaet er opdateret.
- 90 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de har et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer. Af disse medarbejdere svarer alle medarbejderne 'ja' til at skemaet er opdateret.
- Alle medarbejderne svarer 'nej' til spørgsmålet 'Har du inden for de seneste tre måneder udført en eller flere opgaver, du ikke havde kompetencerne til ifølge kompetenceprofilen?'.

I forhold til *tilgængelige kompetencer*:

- At 86 % af medarbejderne svarer, at deres team 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag'.

Tilsynets vurdering: At der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- Et overvejende flertal af medarbejderne er enige i, at nye kolleger får en god introduktion.
- Alle medarbejderne svarer 'ja' til, at de kender kompetence- og overdragelsesskemaet.

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:

- 87 % 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.

I forhold til *retningslinjer for anvendelsen af MyMedCards og VAR²²*:

- Alle medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR.
- Alle medarbejderne svarer, at de har adgang til at anvende VAR i deres daglige arbejde hos borgeren.

²² I dette spørgsmål afrapporteres kun besvarelser fra de relevante faggrupper, dvs. besvarelser fra sygeplejersker, assistenter og hjælpere – 45 besvarelser i alt.

- 90 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de bruger VAR, når de er i tvivl om en procedure. Af disse medarbejdere svarer 45 %, at de bruger VAR 'hver uge', 27 % svarer 'hver anden uge' og 18% svarer '1-2 gange om måneden'.
- Alle medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende MyMedCards.
- Alle medarbejderne svarer, at de har adgang til at anvende MyMedCards i deres daglige arbejde hos borgeren.
- 60 % af medarbejderne svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' bruger MyMedCards. 27 % svarer 'i nogen grad' og 13 % svarer 'i mindre grad'.
- 40 % svarer, at de bruger MyMedCards 'hver uge', 33 % svarer 'hver anden uge' og 27 % svarer '1-2 gange om måneden'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At alle medarbejderne angiver 'ja' til om de ved hvordan de skal bruge VAR
- At alle medarbejderne svarer 'ja' til, om de ved hvordan de skal anvende MyMedCards

Rehabilitering

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

- Telefoninterviews med fem borgere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser
- Tilsynets audit af fire borgerjournaler

Ved interview med beboere fremgår det at:

- Alle borgerne kender målet med deres forløb ved rehabiliteringsteamet.
- Alle borgerne svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' har været med til at bestemme, hvad målet skal være.
- Alle borgerne svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' arbejder efter det aftalte mål.
- 80 % af borgerne svarer 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' til, at målet/målene de arbejder henimod, er vigtige for dem at nå?
- Alle borgerne svarer 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' til, at de bliver inddraget i, hvordan de skal arbejde med at nå målene?

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- 67 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' kender borgernes livshistorie. 33 % angiver 'i nogen grad'.
- 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 journalaudit fremgår det at:

- Borgers perspektiv gennemgående fremgår af journalen
- Borgers motivation, ressourcer og mestring er beskrevet tydeligt og relevant

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

I vurderingen er der lagt vægt på at:

- Alle medarbejdere angiver, at de inddrager borgeren aktivt i indsatsen
- Borgerne angiver at være inddraget i de mål, der arbejdes med
- Borgerens perspektiv gennemgående fremgår af journalen

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:

Udtræk fra e-læringsportalen Plan2Learn fremgår det, at:

- 13 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Magtanvendelse'. Alle medarbejdere har gennemført kurset.
- 11 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicin håndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'. Alle medarbejdere har gennemført kurset.
- 4 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere'. Alle medarbejdere har gennemført kurset.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At alle medarbejdere har gennemført de obligatoriske e-læringskurser.

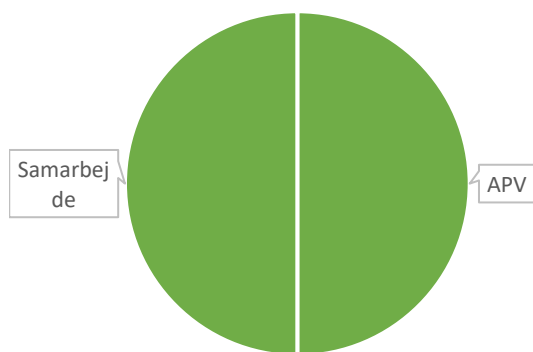
Organisation

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

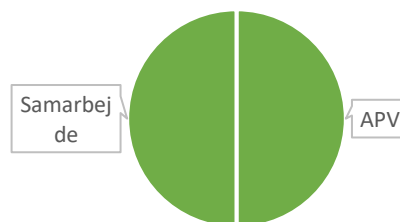
- APV
- Samarbejde
- Budgetoverholdelse
- Sygefravær
- Eksterne tilsyn

Oversigt over tilsynets vurdering

Organisatorisk bæredygtighed 2023



Organisatorisk bæredygtighed 2021



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

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

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

En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.

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

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

APV

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

- Tilsynets uanmeldte journalaudit 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 er udfyldt APV-skema for borgerne

Tilsynet vurderer

At der ikke er gjort fund af betydning for arbejdsmiljøet

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:

- 75 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. 25 % af medarbejdere svarer, at der er 'både og'.
- Alle medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne på arbejdspladsen.
- 93 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med eget team.
- 53 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde andre enheder i Sundhed og Omsorg. 47 % af medarbejderne angiver 'både og'.
- Alle medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med ledelsen.
- Alle medarbejderne angiver, at de kan spørge deres kollegaer til råds, hvis de er i tvivl om noget.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

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

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