

Kommunalt
tilsyn
(udvidet)

Hjemmeplejen
og Sygeplejen
Norddjurs –
Glesborg

2024

Indhold

Kommunalt tilsyn i Hjemmeplejen og Sygeplejen Norddjurs – Glesborg (udvidet tilsyn)	3
Datagrundlag for ordinært og udvidet kommunalt tilsyn 2024	4
Præsentation af enheden	5
Tilsynets samlede vurdering	7
Opsamling – ordinære tilsyn (servicelov):	7
Det udvidede tilsyn (sundhedslov)	7
Ordinære tilsyn: Borgernes vurdering af kvaliteten af de leverede ydelser	10
Udvidet tilsyn: Enhedens kvalitetssikring af ydelser efter sundhedsloven	12
Den sundhedsfaglig dokumentation på enheden	13
Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser	17
Enhedens medicinbehandling	18
Delegation og kompetencer	20
Medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer	22
Medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring	24
Bilag 1. Enhedens handleplaner	25

Kommunalt tilsyn i Hjemmeplejen og Sygeplejen Norddjurs – Glesborg (udvidet tilsyn)

Det kommunale tilsyn i Sundhed og Omsorg udføres jf. Norddjurs Kommunes tilsynspolitik for kommunale tilsyn ([Sundhed og Omsorg: Politikker](#)). Politikken er godkendt af Voksen- og Plejeudvalget den 23. oktober 2024.

Tilsynet leveres af konsulenter ansat i Sundhed og Omsorg under ansvar af aftaleholder for Visitation, Hjælpemidler og Kvalitetssikring.

Tilsynet har afsæet servicelovens § 151, der angiver at kommunen har pligt til at føre tilsyn med kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter følgende paragraffer i serviceloven:

- § 83 (pleje, praktisk hjælp og madservice)
- § 83a (korterevarende rehabiliteringsforløb)
- § 86 (genoptræning og vedligeholdende træning).

Derudover er det besluttet i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune, at også kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter følgende paragraffer i sundhedsloven, indgår i det kommunale tilsyn:

- § 138 (vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenviisning)
- §140 (vederlagsfri genoptræning ved lægefagligt begrundet behov efter udskrivning fra sygehus).

Det kommunale tilsyn i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune er delt op i:

1) **Det kommunale tilsyn (ordinært)**, der gennemføres hvert år på enhederne i Sundhed og Omsorg som et uanmeldt tilsyn. Her indsamles, afrapporteres og følges op på data for at belyse kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter serviceloven (§§ 83, 83a og 86)

2) **Det udvidede kommunale tilsyn**, der gennemføres hvert andet år på enhederne i Sundhed og Omsorg, som et supplement til Det kommunale tilsyn (ordinært). Det udvidede kommunale tilsyn indsamler, afrapporteres og følger op på data for at belyse kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter sundhedsloven (§§ 138 og 140).

Hvis der er gjort fund ved et tilsyn på en enhed, følges der op på disse fund, ved tilsynet det følgende år på enheden. Det vil sige, at hvis der er gjort et fund i forhold til varetagelsen af de kommunale opgaver efter sundhedsloven et år, bliver der fulgt op på dette fund ved det følgende års tilsyn – også selvom det følgende års tilsyn er et ordinært tilsyn, der ellers kun har fokus på de kommunale opgaver efter serviceloven.

I tilsynet skelnes der mellem disse fire typer fund:

Patientkritisk fund – markeres med en rød farve i rapporten

Tilsynet udfører et gentilsyn inden for en afgrænset periode

OBS – denne vurdering gives kun ved tilsyn på opgaver efter sundhedsloven

Fund af betydning for den leverede kvalitet – markeres med en orange farve i rapporten

Der er en henstilling til enheden om at udarbejde en handleplan for det pågældende område. Tilsynet følger op på handleplanen ved interview med ledelsen og dataindsamling ved tilsynet året efter

Fund af mindre betydning for den leverede kvalitet – markeres med en gul farve i rapporten
Der er en anbefaling om, at enheden arbejder med det pågældende område fremadrettet
Tilsynet følger ikke op

Ingen fund af betydning for den leverede kvalitet – markeres med farven grøn i rapporten
Tilsynet følger ikke op

Datagrundlag for ordinært og udvidet kommunalt tilsyn 2024

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

Datagrundlag for denne rapport

Ordinært og uanmeldt tilsyn 2024

- **Indsatser efter servicelovens paragraffer: 83, 83A og 86.** Telefoninterviews med 13 tilfældigt udvalgte borgere (5 %), som modtager en indsats fra enheden. Interviewene handler om borgernes mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede indsats.

Udvidet og anmeldt tilsyn 2024

- **Sundhedsfaglig dokumentation.** Audit på 3 borgerjournaler. Enhedens egen sygeplejefaglige audit og hjælper-audit på hhv. 10 og 6 borgerjournaler
- **Medicinkontrol.** Gennemgang af tre borgeres medicinbeholdning og journalaudit i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin. Observation af to medicindispenseringer¹ og en injektion af insulin. Enhedens egen medicinaudit på tre borgeres medicinbeholdning.
- **Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)², Delegation³ og kompetencer og Medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer:** Spørgeskemaundersøgelse sendt ud til en tilfældigt udvalgt stikprøve på 33 medarbejdere (30 % af medarbejderne). Heraf har 19 medarbejdere besvaret spørgeskemaet. Svarprocent er derfor 58%⁴
- **Udtræk fra e-læringsportalen⁵**

Opfølgning på sidste års tilsyn 2023

- Ved sidste års tilsyn, er der ikke blevet gjort fund, der skal følges op på.

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

² En UTH er en hændelse, hvor sundhedspersoner uforvarende forvolder fejl og skader, når borgerne behandles eller på anden måde er i kontakt med enheden.

³ Delegation er det begreb der anvendes, når en sundhedsfaglig opgave overdrages fra lægen til andre faggrupper

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

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

Præsentation af enheden

Hjemmeplejen og Sygeplejen Norddjurs – Glesborg

AKTUELLE RAMMER OG VILKÅR:

Hjemmeplejen i Norddjurs kommune er samlet med en aftaleholder for de 3 enheder. Hjemmeplejen Glesborg har sin base i Glesborg by, og dækker et stort geografisk område med flere sommerhusområder. Der er ca. 100 medarbejdere ansat i Glesborg Hjemmepleje inklusiv timelønnede og paragraf 94 ansatte. Der er 2 afdelingsledere tilknyttet enheden.

Glesborg hjemmepleje påbegyndte i efteråret 2023 at arbejde i faste teams, hvor flere faggrupper arbejder tæt sammen om indsatsen ude ved borgerne. Desuden har enheden en sygeplejeklinik tilknyttet. Det er ligeledes i Glesborg Hjemmepleje, at kommunens fælles udekørende Nat-team er tilknyttet, og de leverer hjælp til alle borgere tilknyttet de 3 hjemmeplejeenheder.

Enheden har desuden et antal sygeplejefaglige specialister i Akut sygepleje, samt et antal nøglepersoner i bl.a. dokumentation, kontinens og demens.

Enheden har et velfungerende MED-samarbejde lokalt og på tværs af de 3 hjemmeplejeenheder.

Glesborg hjemmepleje:

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

De to afdelingsledere har ansvaret for personaleledelse og daglig drift, og understøttes af aftaleholder, der har det overordnede ansvar for økonomi.

Personalegruppen er sammensat af social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, pædagogiske assistenter, farmakonom, rengøringsassistent og servicemedarbejder (bilpedel). I dagvagt har vi ca. 32 ruter samt vores sygeplejeklinik, om aftenen har vi 8-9 ruter, og om natten har vi 5-6 ruter, der dækker hele kommunen. Fælles for alle vagtlag er, at vi arbejder tæt sammen i teams, hvor flere forskellige fagligheder er repræsenteret, så vi kan lykkes med vores kerneopgave. Alle teams udfører både personlige og praktiske opgaver samt sygeplejeopgaver.

Udfordringer siden sidste tilsyn

Den økonomiske opmærksomhed som påhviler os alle i organisationen og i særlig grad hjemmeplejen, der fortsat er under udvidet økonomisk styring, har sat sine spor i det daglige arbejde. Meget tid er gået med at finde de billigste løsninger i planlægningen. Der løbes stærkt for at få enderne til at nå sammen og flere medarbejdere udtrykker træthed. Når der løbes stærkt både hos medarbejdere og ledere, er der opgaver som naturligt bliver tilsidesat, og fx implementering af nye tiltag går ikke så stærkt, som det kunne ønskes. Kontakten med borgerne prioriteres altid, men som rapporten her også viser, er der områder, hvor vi ikke har levet op til det vi skal, fx vedr. dokumentation og manglende gennemførelse af e-læringsprogrammer.

I 2024 fik vi nye tablets, som var længe ønsket. Desværre har der været flere udfordringer med disse tablets, hvilket har krævet ekstra tid til opsætning af tablets og vejledning til medarbejdere og ledere. Tablet har også bevirket flere gener for medarbejderne i deres arbejde, ved at tablet pludselig går i sort, så man fx ikke kan bruge den elektroniske dørlås til at komme ind ude ved borgerne, orientere sig i døgnrytmeplaner eller

sygeplejersken kan ikke dosere medicin, når man ikke kan se medicinskemaet i journalen. Der er udfordringer med at tastaturet ikke altid vil forbinde til tablets, og efter Nokia har lavet en opdatering kan bogstaverne æ, ø og å heller ikke bruges på tastaturet. Alt sammen gener som ”støjer” unødigt i hverdagen, og som medarbejderne skal navigere rundt i.

Det er dejligt, at der nu er bevilget penge til udbygning af hjemmeplejens lokaler. Indtil bygningen er færdig, er der fortsat udfordringer med at være i nuværende lokaler. I 2024 havde vi lejet en lejlighed tæt ved vores egen matrikel, og det gjorde det muligt at have plads til 3 faste dagvagtsteams og opretholde de daglige sparringsmøder 2 gange dagligt, i forbindelse med arbejdet med faste teams. Desværre måtte vi i august sige farvel til lejligheden, og det lokale som vi nu har fundet, deles med andre. Det betyder, at to gange om ugen er det ikke muligt for det ene team at opretholde samme antal sparringsmøder som de øvrige teams, og teamet bliver en smule rodløs, når de ikke har deres egen plads.

Hvad vi er lykkedes med:

Sænke sygefraværet – Vi har arbejdet ihærdigt med at få sænket sygefraværet. Og selvom vi fortsat har et stykke vej, inden vi er der, hvor vi ønsker at være, er vi alligevel glade for, at det trods alt er lykkedes at nedbringe sygefraværet fra 11,3 % i 2023 til 7,6 % i 2024 for hele hjemmeplejen Glesborg.

Vi har nu været i gang med faste teams i mere end et år, og vi oplever fortsat, at vi arbejder i den rigtige retning med at styrke det tværfaglige samarbejde til gavn for borgerne. Vi oplever, at vi er godt i gang med arbejdet henimod helhedspleje, som den nye ældrereform lægger op til. Vi har ligeledes fået etableret et godt samarbejde med visitationen, som også deltager i borgerkonferencerne, og medarbejderne udtrykker at det er brugbart, at vi får drøftet problemstillinger sammen.

Tilsynets samlede vurdering

Her er en samlet oversigt over tilsynets vurdering.

Vurderingen er delt i to:

- 1) En vurdering af de data der er indsamlet uanmeldt ved det **ordinære tilsyn** til at belyse kvaliteten i enhedens varetagelse af de kommunale opgaver efter *serviceloven* (§§ 83, 83a og 86)
- 2) En vurdering af de data, der er indsamlet anmeldt ved det **udvidede tilsyn**, der foregår hver andet år for at belyse kvaliteten i enhedens varetagelse af opgaver efter *sundhedsloven* (§ 138).

Vurderingen er i begge tilfælde udtryk for et øjebliksbillede på baggrund af en mindre stikprøve.

Opsamling – ordinære tilsyn (servicelov):

Hvert år gennemføres det ordinære kommunale tilsyn på enhederne i Sundhed og Omsorg for at belyse kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter serviceloven (§§ 83, 83a og 86). Tilsynet er baseret på følgende data: Telefoninterviews med 5 % af de borgere, der er tilknyttet enheden (13 borgere). I interviewet spørges borgerne til deres tilfredshed med leveringen af personlig pleje, leveringen af den praktiske hjælp, den leverede mad, samarbejdet med personalet, organisering af hjælpen og borgernes oplevelse af at blive inddraget i indsatsen.

Samlet vurdering i forhold til **Brugertilfredshed**

Der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet

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

- Borgerne deltager i udførelsen af hjælpen, hvor de kan
- Personalet støtter borgerne i at klare flest mulige dagligdagsting
- Borgerne er med til at beslutte, hvad de skal kunne selvstændigt i dagligdagen

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At størstedelen af borgerne samlet set er tilfredse med den hjælp og støtte de får

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

Det udvidede tilsyn (sundhedslov)

I forbindelse med det udvidede tilsyn, der foregår hvert andet år, ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at sikre kvaliteten af de leverede ydelser efter sundhedsloven*.

Det udvidede tilsyn omfatter følgende målepunkter:

- Den sundhedsfaglige dokumentation på enheden
- Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser
- Enhedens medicinhåndtering
- Delegation og kompetencer
- Medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer

- Medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring

Samlet vurdering i forhold til sundhedsfaglig dokumentation

Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

Henstilling om udarbejdelse af handleplan for, hvordan det inden for en afgrænset periode sikres, at følgende gennemgående er dokumenteret i journalerne:

- At de angivne helbredsoplysninger er relevante og opdaterede
- At der er dokumentation for, at der er taget stilling til om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser
- At alle relevante helbredstilstande valgt
- At de faglige notater for helbredstilstande er fyldestgørende
- At der er lavet score på nuværende og forventet niveau for aktuelle tilstande
- At der er angivet tærskelværdier, hvor vi har opfølgende rolle?
- At der er angivet instruktion ved overskridelse af tærskelværdier i målinger
- At der i handlingsanvisninger for delegerede indsatser er beskrevet hvad der skal observeres for og handles på
- At der i handlingsanvisninger for delegerede indsatser er beskrevet hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages
- At borgers samtykke fremgår af handleanvisningen
- At handlingsanvisningerne er opdaterede
- At der følges op på observationsnotater, der beskriver en forværring, med et relateret observationsnotat med konklusion og handleanvisninger
- At der afsendes manuelle indlæggelsesrapporter, hvis det er en indlæggelse, hvor hjemmeplejen har været inde over

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

Der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet

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

- At der er oprettet de rette organisationstilknytninger som primære
- At det er beskrevet i helbredsoplysninger, hvem der har evt. behandlingsansvar ifbm. borgers kroniske sygdomme og handicaps?
- At der er taget stilling til alle 12 sygeplejefaglige problemstillinger, hvis relevant
- At der er oprettet fagligt notat på alle aktuelle/potentielle tilstande
- At de faglige notater (funktionsevne) er fyldestgørende og opdaterede
- At der er oprettet relevante basismålinger (blodtryk, puls, vægt)
- At der er oprettet en indsats til opfølgning på helbredstilstande minimum en gang årligt

Samlet vurdering i forhold til arbejdet med utilsigtede hændelser

Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

Samlet vurdering på opfølgning i forhold til Medicinhåndtering

Der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet

Anbefaling om at skabe arbejdsgange/procedurer så det sikres:

- At der er tydelig opdeling af aktuel medicin, pauseret medicin, pn-medicin eller medicin, som ikke er i brug
- At der sikres persondata på håndkøbsmedicin

Samlet vurdering i forhold til **delegation og kompetencer**⁶

Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

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

- At medarbejderne anvender kompetence og overdragelseskemaet ved behov
- At medarbejdernes personlige kompetenceskema er opdateret
- At medarbejderne har et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer og at dette skema er opdateret

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

Der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet

Anbefaling om at arbejde med at sikre:

- At medarbejderne har et personligt kompetenceafklaringskema

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

Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

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

- At medarbejderne ved hvordan de skal anvende VAR
- At medarbejderne har adgang til at anvende VAR
- At medarbejderne anvender VAR når de er i tvivl om en procedure
- At medarbejderne anvender MyMedCards

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

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

Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

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

- At assistenter og sygeplejersker gennemfører det obligatoriske kursus om medicin håndtering

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

⁶ Da medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fandt sted umiddelbart inden en forestående udrulning og implementering af nye og opdaterede skemaer, forventes det, at enhederne, ved at følge den fælles fastlagte implementeringsplan, kommer til at understøtte medarbejdernes kendskab til og anvendelse af de forskellige typer af skemaer inden for en kort tidshorisont.

Ordinære tilsyn: Borgernes vurdering af kvaliteten af de leverede ydelser

I tilsynet indsamles data for at belyse kvaliteten af de ydelser, der leveres af enheden efter servicelovens § 83 og § 83a.

I oversigten nedenfor præsenteres data fra telefoninterviews med 13 tilfældigt udvalgte borgere, som får en eller flere ydelser efter serviceloven §§ 83 og/eller 83a leveret af Hjemmeplejen i Norddjurs: Glesborg. Borgerne er blevet spurgt til deres oplevelse af at være inddraget i og deres tilfredshed med de leverede ydelser.

Telefoninterviews med 13 borgere	Tilsynets vurdering	Kommentarer ⁷
Hvor tilfreds er du samlet set med den hjælp og støtte du får?		
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til at komme i bad?		
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til at vaske dig?	Kan ikke vurderes, da det ikke er relevant for de interviewede borgere	
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til af- og påklædning?		
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til toiletbesøg?		
Praktisk hjælp		
Hvor tilfreds er du med rengøringen af din bolig?		
Hvor tilfreds er du med hjælpen til tøjvask?		
Får du hjælp til indkøb?		
Hvor tilfreds er du med den hjælp, du får til indkøb?		
Maden		
Får du leveret mad?		
Hvor tilfreds er du med maden?		
Er du tilfreds med den hjælp du får til måltidet?	Kan ikke vurderes, da det ikke er relevant for de interviewede borgere	
Personalet		
Personalet lytter til, hvad jeg har behov for?		
Personalet udviser respekt over for mig?		
Omgangstonen mellem personalet og mig er god?		
Personalet ved hvad de skal, når de kommer for at hjælpe dig?		

Praktiske forhold

Du får den hjælp og støtte, der er aftalt?		
Du får den hjælp og støtte du har behov for?		
Personalet tager hensyn til, hvordan du gerne vil have din døgnrytme?		
Bliver din hjælp nogle gange aflyst?		
Kommer hjælperne generelt til den aftalte tid?		
Du får besked, hvis hjælperne ændrer tidspunkt for hjælpen?		

Inddragelse og målfastsættelse

Deltager du i udførelsen af hjælpen, hvor du kan?	7 borgere svarer: "Hverken eller" eller "Uenig"	
Personalet støtter dig i at klare flest mulige dagligdagsting?	6 borgere svarer: "Hverken eller" eller "Uenig"	
Har du været med til at beslutte, hvad du skal kunne selvstændigt i dagligdagen?	7 borgere svarer: "Hverken eller" eller "Uenig"	

Samlet vurdering i forhold til Brugertilfredshed

Der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet

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

- Borgerne deltager i udførelsen af hjælpen, hvor de kan
- Personalet støtter borgerne i at klare flest mulige dagligdagsting
- Borgerne er med til at beslutte, hvad de skal kunne selvstændigt i dagligdagen

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At størstedelen af borgerne samlet set er tilfredse med den hjælp og støtte de får

Forklaring: Farven i kolonnen 'Tilsynets vurdering'

Hvis 30 % eller flere af de interviewede borgere svarer med en af de negative svarkategorier på et spørgsmål, så markeres feltet: 'Tilsynets vurdering' ud for det pågældende spørgsmål med farven orange og der angives en svarfordeling.

Hvis 30 % eller flere af de interviewede borgere svarer med en af de negative svarkategorier *og/eller* med mellemkategorien på et spørgsmål, så markeres feltet 'Tilsynets vurdering' ud for det pågældende spørgsmål med farven gul og der angives en svarfordeling

Hvis færre end 30 % af de interviewede borgere svarer med en af de negative svarkategorier eller mellemkategorien, så markeres feltet 'Tilsynets vurdering' ud for det pågældende spørgsmål med farven grøn

Udvidet tilsyn: Enhedens kvalitetssikring af ydelser efter sundhedsloven

I forbindelse med det udvidede tilsyn, der foregår hvert andet år, ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at sikre kvaliteten af de leverede ydelser efter sundhedsloven*. Herunder om der arbejdes med at *forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Ligesom der ses på, hvorvidt enheden sikrer, at den nødvendige og relevante faglige viden og medarbejderkompetence er til stede i forhold til de opgaver, der skal løses.

Ved det udvidede tilsyn ses der også på, om enheden lever op til sundhedslovens bestemmelser i forhold til at sikre, at borgerens integritet og selvbestemmelsesret respekteres.

Det udvidede tilsyn omfatter følgende målepunkter:

- Den sundhedsfaglige dokumentation på enheden
- Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser
- Enhedens medicinhåndtering
- Delegation og kompetencer
- Medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer
- Medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring

Den sundhedsfaglig dokumentation på enheden

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens sundhedsfaglige dokumentation bygger på:

- Tilsynets journalaudit på tre tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til en række vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Enhedens lokale journalaudit på 10 af deres borgerjournaler i forhold til de samme vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Hjælperaudit på ni journaler i forhold til en række kriterier, der er relevante for denne faggruppe.

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

Auditspørgsmål	Tilsynets fund	Kommentarer
Relationer (overblik 7)		
Er der oprettet de rette organisationstilknytninger som primære?	3 ud af 3 journaler	
Er ikke aktuelle organisationstilknytninger afsluttet?		
Generelle oplysninger (overblik 1)		
Er de angivne helbredsoplysninger relevante og opdaterede? *	3 ud af 3 journaler	
Hvis relevant: Er det beskrevet i helbredsoplysninger, hvem der har evt. behandlingsansvar ifbm. borgers kroniske sygdomme og handicaps?	1 ud af 3 journaler	
Helbredsoplysninger: Er der taget stilling til om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser? *	1 ud af 3 journaler	
Hvis borgeren ikke kan varetage egne helbredsmæssige interesser: Er der oprettet tilstand med henvisning til MedCom, hvor læge skriver dette?	Ikke relevant	
Sygeplejefaglig udredning		
Hvis borgeren modtager en indsats efter SUL: Er der taget stilling til alle 12 sygeplejefaglige problemstillinger, hvis relevant?	3 ud af 3 journaler	
Er alle relevante helbredstilstande valgt?*	1 ud af 3	
Er afsluttede tilstande gjort inaktive?		
Helbredstilstande		
Er der oprettet fagligt notat på alle aktuelle/potentielle tilstande?	1 ud af 3 journaler	
Er de faglige notater fyldestgørende? (f.eks. med angivelse af faglig problemstilling, årsag til tilstanden, hvordan tilstanden kommer til udtryk (habituel og aktuelt) og evt særlige opmærksomhedspunkter)*	1 ud af 3 journaler	
Er der lavet score på nuværende og forventet niveau for aktuelle tilstande? *	1 ud af 3 journaler	
Funktionsstilstande		

Er alle relevante tilstande valgt? (for mange/ for få?)*		
Er der oprettet fagligt notat på alle aktuelle/potentielle tilstande?		
Er de faglige notater fyldestgørende og opdaterede? (Angivelse af den faglige problemstilling, borgerens begrænsninger/ressourcer ved udførelse af aktiviteten)	2 ud af 2 journaler ⁸	
Er der lavet score på nuværende og forventet niveau for aktuelle tilstande? *		
Målinger		
Er der oprettet relevante basismålinger? (blodtryk, puls, vægt)	3 ud af 3 journaler	
Er der angivet tærskelværdier, hvor vi har opfølgende rolle? (eks. blodtryksprofiler, incompensatio, diabetes) *	1 ud af 1 journal	
Er der angivet instruktion ved overskridelse af tærskelværdier i målinger? *	1 ud af 1 journal	
Følges der op på målinger uden for tærskelværdierne/borgers normalværdier? **	Ikke relevant	
Indsatsmål		
Er der oprettet indsatsmål hvor relevant (ved rehabiliterende indsatser eller ustabile/komplekse helbredstilstande)?		
Er indsatsmål konkrete så det kan vurderes om de er opfyldt?		
Er indsatsmål opdaterede?		
Handlingsanvisninger		
Er der oprettet relevante handlingsanvisninger for indsatser efter SUL? *		
Ved delegation: Er det beskrevet hvad der skal observeres for og handles på? *	2 ud af 2 journaler	
Ved delegation: Er det beskrevet, hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages? *	2 ud af 2 journaler	
Er der henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant? *		
Fremgår borgerens samtykke af handleanvisningen?*	2 ud af 3 journaler	Samtykke angives ikke systematisk
Er handlingsanvisningerne opdaterede? *	2 ud af 3 journaler	
Er historik i borgers behandling/pleje beskrevet i kortfattet form, hvor relevant?		
Døgnrytmeplan		
Er døgnrytmeplan opdateret? (minimum x 1 årligt) *		

⁸ Det er visitationen, der er ansvarlig for at opdatere funktionsevnetilstande, men hjælpere er ansvarlige for, hvis de opdager at en funktionsevnetilstand ikke er opdateret at give denne oplysning videre.

Afspejler døgnrytmeplanen borgerens daglige behov for pleje og borgerens aktiviteter? *		
Indsatser		
Er der oprettet relevante indsatser? *		
Fremgår der tekst i indsatsbeskrivelsen, der skal stå andre steder i journalen eller er dobbeltdokumentation?		
Er ikke aktuelle indsatser afsluttet?		
Er der oprettet en opfølgning på helbredstilstande minimum en gang årligt ?	3 ud af 3 journaler	
Observation		
Er observationsnotater relevante? *		
Følges der op på observationsnotater, der beskriver en forværring, med et relateret observationsnotat med konklusion og handleanvisninger? **	1 ud af 1 journal	
Ved indlæggelse		
Hvis relevant: Er habituelle TOBS-værdier skrevet ind i den manuelle indlæggelsesrapport? *	2 ud af 2 journaler	Der er ikke afsendt manuelle indlæggelsesrapporter
Hvis relevant: Er oplysninger vedr. fravalg af livsforlængende behandling skrevet ind i den manuelle indlæggelsesrapport? *	2 ud af 2 journaler	Der er ikke afsendt manuelle indlæggelsesrapporter
Korrespondancer		
Angives borgerens samtykke i korrespondancer med tredjepart? *	2 ud af 2 journaler	
Magtanvendelse		
Hvis det fremgår af overblik 9, at der er magtanvendelse over for borgeren, er der så oprettet en handlingsanvisning med en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange, der kan anvendes til at forebygge magtanvendelse? *	Ikke relevant	
Indgrebet er registreret senest tre dage efter, at det er foretaget både ved akutte og forhåndsgodkendte magtanvendelse? *	Ikke relevant	
Andet		
Er der indsendt auditskemaer - udfyldt af hjælperne (hvor relevant)?		
Er der indsendt 10 borgerjournalaudits fra enheden		

Samlet vurdering Sundhedsfaglig dokumentation

Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

Henstilling om udarbejdelse af handleplan for, hvordan det inden for en afgrænset periode sikres, at følgende gennemgående er dokumenteret i journalerne:

- At de angivne helbredsoplysninger er relevante og opdaterede
- At der er dokumentation for, at der er taget stilling til om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser
- At alle relevante helbredstilstande valgt
- At de faglige notater for helbredstilstande er fyldestgørende
- At der er lavet score på nuværende og forventet niveau for aktuelle tilstande
- At der er angivet tærskelværdier, hvor vi har opfølgende rolle?
- At der er angivet instruktion ved overskridelse af tærskelværdier i målinger
- At der i handlingsanvisninger for delegerede indsatser er beskrevet hvad der skal observeres for og handles på
- At der i handlingsanvisninger for delegerede indsatser er beskrevet hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages
- At borgers samtykke fremgår af handleanvisningen
- At handlingsanvisningerne er opdaterede
- At der følges op på observationsnotater, der beskriver en forværring, med et relateret observationsnotat med konklusion og handleanvisninger
- At der afsendes manuelle indlæggelsesrapporter, hvis det er en indlæggelse, hvor hjemmeplejen har været inde over

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

Der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet

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

- At der er oprettet de rette organisationstilknytninger som primære
- At det er beskrevet i helbredsoplysninger, hvem der har evt. behandlingsansvar ifbm. borgers kroniske sygdomme og handicaps?
- At der er taget stilling til alle 12 sygeplejefaglige problemstillinger, hvis relevant
- At der er oprettet fagligt notat på alle aktuelle/potentielle tilstande
- At de faglige notater (funktionsevne) fyldestgørende og opdaterede
- At der er oprettet relevante basismålinger? (blodtryk, puls, vægt)
- At der er oprettet en indsats til opfølgning på helbredstilstande minimum en gang årligt

Forklaring: Farven i kolonnen 'Tilsynets vurdering'

Hvis der er gjort et eller flere enkeltstående patientkritiske fund

Hvis der i 30 % eller flere af journalerne vurderes 'ikke opfyldt' til et særlig væsentligt spørgsmål i auditskemaet. (Særligt væsentlige spørgsmål er markeret med en *)

Hvis der i 20 % eller flere af journalerne vurderes, at et *spørgsmål ikke er opfyldt

Hvis der i 30 % eller flere af journalerne er to af de øvrige spørgsmål, som ikke er opfyldt

Hvis der ikke er leveret de rigtige data (foretaget journalaudits på enheden)

Hvis der i færre end 20 % af journalerne er et *spørgsmål der ikke er opfyldt

Hvis der i færre end 30 % af journalerne er et eller flere af de øvrige spørgsmål, som ikke er opfyldt

Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med at forebygge utilsigtede hændelser (UTH)⁹ bygger på:

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

I oversigten nedenfor præsenteres data fra medarbejdernes spørgeskemaer med 19 besvarelser ud af 33 udsendte spørgeskemaer (Svarprocent 58 %)

Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)	Tilsynets vurdering	Kommentarer
Ved du, hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse eller ved du hvem man kan gå til for at få hjælp til det?		
Arbejdes der på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen?		
Jeg oplever, at det er let at snakke om utilsigtede hændelser her hos os?		
Gør kulturen hos jer det nemt at lære af utilsigtede hændelser?		
Jeg ville føle mig tryk, hvis jeg var beboer/borger her?		
Jeg kan spørge mine kollegaer til råds, hvis jeg er i tvivl om noget?		
Samlet vurdering i forhold til arbejdet med utilsigtede hændelser		
Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet		

Forklaring: Farven i kolonnen 'Tilsynets vurdering'
Over 30 % af de adspurgte medarbejdere (mindst to) har en negativ besvarelse på spørgsmålsbatteri om patientsikkerhed
Mellem 20 % og 30 % af de adspurgte medarbejdere har en negativ besvarelse på spørgsmålsbatteri om patientsikkerhed
Hvis der i færre end 20 % af de adspurgte medarbejdere der har en negativ besvarelse på spørgsmålsbatteri om patientsikkerhed

⁹ En UTH er en hændelse, hvor sundhedspersoner uforvarende forvolder fejl og skader, når borgerne behandles eller på anden måde er i kontakt med enheden.

Enhedens medicin håndtering

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

- Gennemgang af tre borgeres medicinbeholdning og journalaudit i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin
- Observation af to medicindispenseringer og en injektion med insulin

I oversigten nedenfor præsenteres data fra medicinkontrollerne

Medicinkontrol	Tilsynets urdering	Kommentarer
Medicinen er hygiejnisk og korrekt adskilt		Der er ikke tydelig opdeling af aktuell medicin, pauseret medicin, pn-medicin eller medicin, som ikke er i brug hos 1 borger
Medicinen er opbevaret ved korrekt temperatur og forhold		
Medicinen har gyldig holdbarhedsdato		
Der er angivet anbrudsdato på dråber, salver, inhalation og injektion		
Medicinæsker og præparater har påsat personidentifikation		Manglende persondata på 1 håndkøbspræparat hos 2 borgere
Der er adrenalin til rådighed hos borger/i enheden hvor relevant	Ikke relevant	Det er ikke relevant ved de besøgte borgere
Pn-medicin er dispenseret med persondata, præparatinfo samt udløbsdato.		
Medicinæsker indeholder korrekt antal tabletter og piller		
Enheden har en patientsikker arbejdsgang for dispensering ¹⁰		
Enheden foretager løbende evaluering af den medicinske behandling		
Ordinationen fremgår entydig og opdateret		
Medicinens administrationsform- og tidspunkt er entydig angivet		
Borgers selvadministration er angivet hvor relevant		
Enheden foretager registrering af givet medicin i borgerjournal		
Risikosituationslægemidler er angivet i medicinliste		
Enhedens interne medicingennemgang		
Enheden har foretaget årlig gennemgang af medicinbeholdning på 4 borgere/beboere		
Samlet vurdering på opfølgning i forhold til Medicinhåndtering		
Der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet		

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

Anbefaling om at skabe arbejdsgange/procedurer så det sikres:

- At det sikres, at der er tydelig opdeling af aktuel medicin, pauseret medicin, pn-medicin eller medicin, som ikke er i brug
- At der sikres persondata på håndkøbsmedicin

Der er ikke gjort fund ved observation af hygiejne.

Forklaring: Farven i kolonnen 'Tilsynets vurdering'

Et eller flere patientkritiske fund

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

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

Ingen fund ift Sundhed og Omsorgs instrukser for medicinhåndtering

Delegation og kompetencer

Tilsynets vurdering af hvordan enheden arbejder med delegation¹¹ og sikring af at medarbejderne har de rette kompetencer til opgaven bygger på:

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

I oversigten nedenfor præsenteres data fra medarbejdernes spørgeskemaer med 19 besvarelser ud af 33 udsendte spørgeskemaer (Svarprocent 58 %)

Delegation og kompetencer	Vurdering	Kommentarer
Kender du kompetence- og overdragelseskemaet?		
Bruger I dette skema i hverdagen ved behov?	12 ud af 17 svarer "I mindre grad" eller "Slet ikke"	
Har du et personligt kompetenceafklaringskema?	5 ud af 17 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Er skemaet opdateret?	13 ud af 16 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Har du et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer?	8 ud af 16 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Er skemaet opdateret?	14 ud af 16 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Har du inden for de seneste tre måneder udført en eller flere opgaver du ikke havde kompetencerne til?		
Mit team har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag		
Jeg har adgang til de oplysninger, jeg har brug for, for at kunne udføre mit arbejde hos borgerne		
Jeg oplever, at nyt personale får en god introduktion til de sundhedsfaglige opgaver		

¹¹ Delegation er det begreb der anvendes, når en sundhedsfaglig opgave overdrages fra lægen til andre faggrupper

Jeg oplever, at personale, der skal oplæres i nye sundhedsfaglige opgaver, får den nødvendige sparring

Samlet vurdering i forhold til **delegation og kompetencer**¹²

Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

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

- At medarbejderne anvender kompetence og overdragelseskemaet ved behov
- At medarbejdernes personlige kompetenceskema er opdateret
- At medarbejderne har et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer og at dette skema er opdateret

Der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet

Anbefaling om at arbejde med at sikre:

- At medarbejderne har et personligt kompetenceafklaringskema

Forklaring: Farven i kolonnen 'Tilsynets vurdering'

30 % eller flere af medarbejderne (mindst to) svarer negativt på et af spørgsmålene fra spørgebatteri om Delegation og kompetencer:

20 % eller flere af medarbejderne svarer negativt på et af spørgsmålene fra spørgebatteri om Delegation og kompetencer:

Hvis der i færre end 20 % af medarbejderne svarer negativt på et af spørgsmålene fra spørgebatteri om Delegation og kompetencer:

¹² Da medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fandt sted umiddelbart inden en forestående udrulning og implementering af nye og opdaterede skemaer, forventes det, at enhederne, ved at følge den fælles fastlagte implementeringsplan, kommer til at understøtte medarbejdernes kendskab til og anvendelse af de forskellige typer af skemaer inden for en kort tidshorisont.

Medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer

Tilsynets vurdering af medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer bygger på:

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

I oversigten nedenfor præsenteres data fra medarbejdernes spørgeskemaer med 19 besvarelser ud af 33 udsendte spørgeskemaer (Svarprocent 58 %)

Kendskab til instrukser og retningslinjer	Tilsynets vurdering	Kommentarer
Ved du hvordan du skal anvende VAR ¹³ ?	5 ud af 16 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Har du adgang til at anvende VAR i dit daglige arbejde hos borgeren?	5 ud af 16 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Bruger du VAR, når du er i tvivl om en procedure?	9 ud af 16 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Ved du hvordan man skal anvende MyMedCards ¹⁴ ?		
Har du adgang til at anvende MyMedCards i dit daglige arbejde hos borgeren?		
Bruger du MyMedCards?	6 ud af 16 svarer "I mindre grad" eller "Slet ikke"	

Samlet vurdering i forhold til kendskab til instrukser og retningslinjer

Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

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

- At medarbejderne ved hvordan de skal anvende VAR
- At medarbejderne har adgang til at anvende VAR
- At medarbejderne anvender VAR når de er i tvivl om en procedure
- At medarbejderne anvender MyMedCards

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

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

¹⁴ MyMedCards er en app med lokale informationer, retningslinjer og instrukser til medarbejderne

Forklaring: Farven i kolonnen 'Tilsynets vurdering'

30 % eller flere af medarbejderne (mindst to) svarer negativt på et af spørgsmålene fra spørgebatteri om instrukser og retningslinjer

20 % eller flere af medarbejderne svarer negativt på et af spørgsmålene fra spørgebatteri om instrukser og retningslinjer

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

Medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring

Tilsynets vurdering af medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring¹⁵ bygger på:

- Udtræk fra e-læringsportal

I oversigten nedenfor præsenteres data fra e-læringsportalen med en oversigt over hvor mange der har gennemført den obligatoriske e-læring¹⁶

Obligatorisk e-læring	Tilsynets fund	Kommentarer
Kursus om 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere' og medicinquiz <i>(Kurset skal gennemføres ved ansættelsesstart og derefter hvert andet år. Det år hvor der ikke gennemføres medicinkursus, skal der i stedet gennemføres medicinquiz)</i>		
Kursus om 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter' <i>(Kurset skal gennemføres ved ansættelsesstart og derefter hvert 3. år)</i>	Kurset er ikke gennemført af 37 % af det tilmeldte (10 ud af 27 tilmeldte medarbejdere)	

Samlet vurdering i forhold til obligatorisk e-læring

Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

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

- At assistenter og sygeplejersker gennemfører det obligatoriske kursus om medicinhåndtering

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

Forklaring: Farven i kolonnen 'Tilsynets vurdering'

Hvis et eller flere af kurserne ikke er gennemført af 30 % af de relevante medarbejdere

Hvis et eller flere af kurserne ikke er gennemført af mindst 20% af de relevante medarbejdere

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

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

¹⁶ Det obligatoriske kursus om regler for magtanvendelse indgår ikke i tilsynet i år, da det er vedtaget at medarbejderne skal undervises på en anden måde inden for dette område.

Bilag 1. Enhedens handleplaner

Sundhedsfaglig dokumentation				
Emne	Aktivitet/handling	Tidsplan	Opfølgning	ansvarlig
<ul style="list-style-type: none"> • At de angivne helbredsoplysninger er relevante og opdaterede • At der er dokumentation for, at der er taget stilling til om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser • At alle relevante helbredstilstande er valgt • At de faglige notater for helbredstilstande er fyldestgørende • At der er lavet score på nuværende og forventet niveau for aktuelle tilstande • At der er angivet tærskelværdier, hvor vi har opfølgende rolle? • At der er angivet instruktion ved overskridelse af 	<p>Alle journaler gennemgås systematisk for at sikre ensartet og korrekt dokumentation af pleje og behandling.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle Journaler gennemgås af dokumentationsnøglerperson, med fokus på nævnte opmærksomhedspunkter. Hvor det er relevant planlægges opfølgninger af sundhedspersonale - Afvigelser eller mangler i dokumentationen dokumenteres og rettes i samarbejde med det relevante personale. <p>Der er i dag allerede fastlagte ugentlige møder for sygeplejersker og assistenter. Fremover vil dokumentation komme på som et fast punkt for at sikre ensartet dokumentation og korrekt gennemgang af alle journaler.</p> <p>Identificere og skabe skabe overblik over årsag til manglerne. På baggrund af dette planlægges yderligere tiltag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der er behov for genopfriskning af visse områder af 	<p>Journaler gennemgået inden d. 1.2.25 Opfølgninger udført senest d. 1.4.25</p> <p>Der har været afholdt sygeplejemøder. Ovenstående er i gangsat</p>	<p>Journaler er gennemgået d. 28.1.25</p>	<p>Leder Dokumentationsansvarlig</p>

<p>tærskelværdier i målinger</p> <ul style="list-style-type: none"> • At der i handlingsanvisninger for delegerede indsatser er beskrevet hvad der skal observeres for og handles på • At der i handlingsanvisninger for delegerede indsatser er beskrevet hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages • At borgers samtykke fremgår af handleanvisningen • At handlingsanvisningerne er opdaterede • At der følges op på observationsnotater, der beskriver en forværring, med et relateret observationsnotat med konklusion og handleanvisninger 	<p>dokumentationspraksis. Der planlægges generel undervisning fremover ved sygeplejemøderne . Hvor der bliver et fokusemne</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skabe mere tid til dokumentation. Opmærksomhed på at denne tid ikke aflyses når der mangel på mandskab. - Sidemandsoplæring <p>Ved daglige møder i faste teams italesættes opfølgninger på observationsnotater.</p> <p>Manuelle indlæggelsesrapporter: Fremadrettet ved indmøde i dagvagt og aftenvagt tjekkes om nogle borgere er blevet indlagt, og om den manuelle indlæggelsesrapport er sendt.</p> <p>Sygeplejerske og assistent i hver team mødes med dokumentations nøgleperson og gennemgår en journal.</p>	<p>Er i gang</p> <p>Uge 9</p> <p>Februar og marts</p>	<p>April</p>	
--	---	---	--------------	--

<ul style="list-style-type: none"> • At der afsendes manuelle indlæggelsesrapporter, hvis det er en indlæggelse, hvor hjemmeplejen har været inde over 				
---	--	--	--	--

Delegation og kompetencer				
Emne	Aktivitet/handling	Tidsplan	Opfølgning	ansvarlig
At medarbejderne anvender kompetence og overdragelseskemaet ved behov	Nudging i teamsrum med opmærksomhed på skemaerne	Februar	April 2025	Leder
<ul style="list-style-type: none"> - At medarbejdernes personlige kompetenceskema er opdateret - At medarbejderne har et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer og at dette skema er opdateret 	<p>Mapper med kompetenceskemaer opdateres, alle medarbejdere har et af de nye kompetenceskemaer. Det er aftalt at spl/assistent i hver team gennemgår hjælpers kompetenceskema sammen med hjælperen så skemaet opdateres.</p> <p>Spl i hvert team gennemgår assistentskompetenceskema sammen med assistent, så skemaet opdateres.</p>	<p>Alle mapper er opdateret d. 7.1.25</p> <p>Team 3 – marts Team 2 – april Team 1 maj</p>	Juni 2025	Leder

Kendskab til instrukser og retningslinjer				
Emne	Aktivitet/handling	Tidsplan	Opfølgning	ansvarlig
At medarbejderne ved hvordan de skal anvende VAR	Undervisning på sit downmøder.	Februar og marts	April	Leder

At medarbejderne har adgang til at anvende VAR	Orientering på teamsmøder og sitdown møder om hvordan man logger på var.	Februar og marts	April	Leder
At medarbejderne anvender VAR når de er i tvivl om en procedure	Undervise på teamsmøder og sitdownmøder i brugen af VAR og hvornår det skal og kan anvendes.	Februar og marts	April	Leder
At medarbejderne anvender MyMedCards	Orientering på sitdown og teamsmøder	Februar og marts	April	Leder

Obligatorisk e-læring				
Emne	Aktivitet/handling	Tidsplan	Opfølgning	ansvarlig
At assistenter og sygeplejersker gennemfører det obligatoriske kursus om medicin håndtering	Plan2learn sættes løbende på kørelister. Der udprintes/laves oversigt en gang månedligt til kørelisteplanlæggerne, så de kan se hvem der mangler at gennemføre modulerne, hvis der opstår huller i planerne.	Februar 2025	Der opfølges hver måned	Leder