

Kommunalt  
tilsyn  
(udvidet)

Døgn-  
genoptræning  
Auning

2024

## Indhold

Kommunalt tilsyn i Døgngenoptræning Auning (udvidet tilsyn) .....	3
Datagrundlag for ordinært og udvidet kommunalt tilsyn 2024 .....	4
Tilsynets samlede vurdering .....	5
Opsamling – ordinære tilsyn (servicelov): .....	5
Det udvidede tilsyn (sundhedslov) .....	5
Borgernes vurdering af kvaliteten af de leverede ydelser .....	7
Udvidet tilsyn: Enhedens kvalitetssikring af ydelser efter sundhedsloven .....	9
Den sundhedsfaglig dokumentation på enheden .....	10
Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser .....	14
Enhedens medicinbehandling .....	15
Delegation og kompetencer .....	17
Medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer .....	19
Medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring .....	20
Bilag 1 .....	21

## Kommunalt tilsyn i Døgngenoptræning Auning (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 afsat 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.** Interviews med fem borgere<sup>1</sup>, 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 2 borgerjournaler. Enhedens egen sygeplejefaglige audit på 4 borgerjournaler
- **Medicinkontrol.** Gennemgang af tre borgeres medicinbeholdning og journalaudit i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin. Observation af en medicindispensering<sup>2</sup>. Enhedens egen medicinaudit på to borgeres medicinbeholdning.
- **Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)<sup>3</sup>, Delegation<sup>4</sup> og kompetencer og Medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer:** Spørgeskemaundersøgelse sendt ud til en stikprøve på 30% (12) af medarbejderne. Heraf har 8 medarbejdere besvaret spørgeskemaet, hvilket betyder at der er en svarprocent på 67 %<sup>5</sup>
- **Udtræk fra e-læringsportalen<sup>6</sup>**

#### Opfølgning på sidste tilsyn

- Interview med ledelsen om arbejdet med de fund der blev gjort ved sidste års tilsyn ift. den sundhedsfaglige dokumentation og medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring.

<sup>1</sup> For at sikre et tilstrækkeligt antal informanter er dataindsamlingsperioden udvidet for denne enhed.

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

<sup>3</sup> En UTH er en hændelse, hvor sundhedspersoner uforvarende forvolder fejl og skader, når borgerne behandles eller på anden måde er i kontakt med enheden.

<sup>4</sup> Delegation er det begreb der anvendes, når en sundhedsfaglig opgave overdrages fra lægen til andre faggrupper

<sup>5</sup> Da det er en relativt lille stikprøve ift. det samlede antal medarbejdere, kan data ikke betegnes som repræsentative for alle medarbejdere i enheden.

<sup>6</sup> E-læring (elektronisk læring) er kompetenceudvikling, der kan foregå på computer, tablet eller smartphone.

## 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: Interviews med 5 borgere, der er tilknyttet enheden. 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 ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

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 medicin håndtering
- 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 ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

#### 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 **medicin håndtering**

Der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet

Anbefaling om at skabe arbejdsgange/procedurer så det sikres:

- At der altid angives anbrudsdato på medicinske cremer
- At der sikres persondata på håndkøbsmedicin

**Der er ikke gjort fund ved observation af hygiejne.**

**Samlet vurdering i forhold til delegation og kompetencer<sup>7</sup>**

**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 medarbejdernes kender og anvender kompetence- og overdragelseskemaet

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**

Det anbefales at enheden arbejder for at sikre:

- At medarbejderne kender anvender det personlige kompetenceskema

**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 det inden for en afgrænset periode sikres:

- At medarbejderne anvender MyMedCards, når relevant

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

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

**Der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet**

Det anbefales, at enheden arbejder med at sikre:

- At alle relevante medarbejdere gennemfører den obligatoriske e-læring

---

<sup>7</sup> 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.

## 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 beboerinterviews med 5 borgere<sup>8</sup> på Døgngenoptræning, Auning, som får en eller flere ydelser efter serviceloven leveret af enheden. Borgerne er blevet spurgt til deres oplevelse af at være inddraget i og deres tilfredshed med de leverede ydelser.

Beboer interviews med 5 borgere	Tilsynets vurdering	Kommentarer <sup>9</sup>
Hvor tilfreds er du med din bolig?		
Hvor tilfreds er du med fællesarealerne?		
Hvor tilfreds er du med udendørsarealerne?		
Hvor tilfreds er du med de daglige aktiviteter?		
Hvor tilfreds er du med arrangementerne?		
Deltager du i det du selv vil/ønsker?		
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?		
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?		
<b>Praktisk hjælp</b>		
Hvor tilfreds er du med rengøringen af din bolig?		
Hvor tilfreds er du med hjælpen til tøjvask?		
Hvor tilfreds er du med rengøringen af fællesarealerne?		
Får du hjælp til indkøb?	Kan ikke vurderes, da det ikke er relevant for de interviewet borgere	
Hvor tilfreds er du med den hjælp, du får til indkøb?	Kan ikke vurderes, da det ikke er relevant for de interviewet borgere	
<b>Maden</b>		
Hvor tilfreds er du med maden?		
Er du tilfreds med den hjælp du får til måltidet?		
<b>Personalet</b>		

<sup>8</sup> For at sikre et tilstrækkelig antal informanter er dataindsamlingsperioden udvidet for denne enhed.

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?		
<b>Praktiske forhold</b>		
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?		
<b>Inddragelse og målfastsættelse</b>		
Deltager du i udførelsen af hjælpen?		
Personalet støtter dig i at klare flest mulige dagligdagsting?		
Har du været med til at beslutte, hvad du skal kunne selvstændigt i dagligdagen?		
Føler du dog tilpas her på plejecenteret eller den midlertidige plads?		
Hvad synes du samlet om at bo her på plejecenteret?		
<b>Samlet vurdering i forhold til Brugertilfredshed</b>		
Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet		

<b>Forklaring: Farven i kolonnen 'Tilsynets vurdering'</b>
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 <i>og/eller</i> 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 to tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til en række vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Enhedens lokale journalaudit på 4 af deres borgerjournaler i forhold til de samme vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Interview med ledelsen om enhedens arbejde med deres handleplaner ift. dokumentation pba. af fund gjort ved sidste tilsyn

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

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

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)		
Er der lavet score på nuværende og forventet niveau for aktuelle tilstande? *		
<b>Målinger</b>		
Er der oprettet relevante basismålinger? (blodtryk, puls, vægt)		
Er der angivet tærskelværdier, hvor vi har opfølgende rolle? (eks. blodtryksprofiler, incompensatio, diabetes) *	Ikke relevant	
Er der angivet instruktion ved overskridelse af tærskelværdier i målinger? *	Ikke relevant	
Følges der op på målinger uden for tærskelværdierne/borgers normalværdier? **	Ikke relevant	
<b>Indsatsmål</b>		
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?		
<b>Handlingsanvisninger</b>		
Er der oprettet relevante handlingsanvisninger for indsatser efter SUL? *		
Ved delegation: Er det beskrevet hvad der skal observeres for og handles på? *	Ikke relevant	
Ved delegation: Er det beskrevet, hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages? *	Ikke relevant	
Er der henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant? *		
Fremgår borgerens samtykke af handleanvisningen? *		
Er handlingsanvisningerne opdaterede? *		
Er historik i borgers behandling/pleje beskrevet i kortfattet form, hvor relevant?		
<b>Døgnrytmeplan</b>		
Er døgnrytmeplan opdateret? (minimum x 1 årligt) *		
Afspejler døgnrytmeplanen borgerens daglige behov for pleje og borgerens aktiviteter? *		
<b>Indsatser</b>		
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	Ikke relevant	
<b>Observation</b>		
Er observationsnotater relevante? *		
Følges der op på observationsnotater, der beskriver en forværring, med et relateret observationsnotat med konklusion og handleanvisninger? **		
<b>Ved indlæggelse</b>		
Hvis relevant: Er habituelle TOBS-værdier skrevet ind i den manuelle indlæggelsesrapport? *	Ikke relevant	
Hvis relevant: Er oplysninger vedr. fravalg af livsforlængende behandling skrevet ind i den manuelle indlæggelsesrapport? *	Ikke relevant	
<b>Korrespondancer</b>		
Angives borgerens samtykke i korrespondancer med tredjepart? *		
<b>Magtanvendelse</b>		
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	
<b>Træningsvurdering</b>		
Er der udfyldt en træningsvurdering? (TVA pakke undtaget)*		
Er vurderingen fyldestgørende?*		
Er vurderingen overskuelig?		
Er der taget stilling til, hvorvidt genoptræningen er basal eller avanceret? (kun relevant ved almen GOP)*		
<b>Træningsnotat</b>		
Indeholder træningsnotater kun oplysninger om udskudt start eller trænet som planlagt?	Ikke relevant	I de gennemgåede journaler er træning dokumenteret i handlingsanvisning
<b>Slutnotat</b>		
Er der oprettet slutnotat? (hvis relevant)	Ikke relevant	
<b>Andet</b>		
Er der indsendt 4 borgerjournalaudits fra enheden?		

Samlet vurdering i forhold til **sundhedsfaglig dokumentation**

Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

**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)<sup>10</sup> bygger på:

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

I oversigten nedenfor præsenteres data fra medarbejdernes spørgeskemaer med 8 besvarelser ud af 12 udsendte spørgeskemaer (Svarprocent 67 %)

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?		
<b>Samlet vurdering i forhold til arbejdet med utilsigtede hændelser</b>		
<b>Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet</b>		

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

<sup>10</sup> 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
- Journalaudit i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin
- Observation af en medicindosering

I oversigten nedenfor præsenteres data fra medicinkontrollerne

Medicinkontrol	Tilsynets vurdering	Kommentarer
Medicinen er hygiejnisk og korrekt adskilt		
Medicinen er opbevaret ved korrekt temperatur og forhold		
Medicinen har gyldig holdbarhedsdato		
Der er angivet anbrudsdato på dråber, salver, inhalation og injektion		Manglende anbrudsdato på 1 medicinsk creme, hvor behandling var pauseret.
Medicinæsker og præparater har påsat personidentifikation		Manglende persondata på 1 pauseret håndkøbsmedicin
Der er adrenalin til rådighed hos borger/i enheden hvor relevant	Kan ikke vurderes	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 <sup>11</sup>		
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		Udleveret/givet medicin er ikke registreret i 2 borgerjournal <sup>12</sup>
Risikosituationslægemidler er angivet i medicinliste		
<b>Enhedens interne medicingennemgang</b>		
Enheden har foretaget årlig gennemgang af medicinbeholdning på 2 borgere/beboere		
<b>Samlet vurdering på opfølgning i forhold til Medicinhåndtering</b>		
<b>Der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet</b>		
Anbefaling om at skabe arbejdsgange/procedurer så det sikres:		

<sup>11</sup> Proces hvor medarbejder optæller/tilbereder borgerens ordinerede medicin, for eksempel lægger borgerens tabletter i doseringsæsker for en 14-dages periode

<sup>12</sup> Afdelingsledelsen er kontaktet kort efter tilsynet, og enheden iværksætter tiltag for at sikre registrering af medicin med det samme.

- At der altid angives anbrudsdato på medicinske cremer
- 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 medicinhandling

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

Ingen fund ift Sundhed og Omsorgs instrukser for medicinhandling



## Delegation og kompetencer

Tilsynets vurdering af hvordan enheden arbejder med delegation<sup>13</sup> 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 8 besvarelser ud af 12 udsendte spørgeskemaer (Svarprocent 67 %)

Delegation og kompetencer	Vurdering	Kommentarer
Kender du kompetence- og overdragelsesskemaet? <sup>*14</sup>	2 ud af 4 svarer 'nej' eller 'ved ikke'	
Bruger I dette skema i hverdagen ved behov?*	3 ud af 4 svarer 'i mindre grad' eller 'slet ikke'	
Har du et personligt kompetenceafklaringskema?*	1 ud af 4 svarer 'ved ikke'	
Er skemaet opdateret?*	1 ud af 4 svarer '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		
Jeg oplever, at personale, der skal oplæres i nye sundhedsfaglige opgaver, får den nødvendige sparring		
<b>Samlet vurdering i forhold til delegation og kompetencer<sup>15</sup></b>		

<sup>13</sup> Delegation er det begreb der anvendes, når en sundhedsfaglig opgave overdrages fra lægen til andre faggrupper

<sup>14</sup> Spørgsmål markeret med '\*\*' afrapporteres kun for medarbejdere med opgaver efter § 138

<sup>15</sup> 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

**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 medarbejdernes kender og anvender kompetence- og overdragelseskemaet

**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**

Det anbefales at enheden arbejder for at sikre:

- At medarbejderne kender anvender det personlige kompetenceskema

**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:

---

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 8 besvarelser ud af 12 udsendte spørgeskemaer (Svarprocent 67 %)

Kendskab til instrukser og retningslinjer	Tilsynets vurdering	Kommentarer
Ved du hvordan du skal anvende VAR <sup>16</sup> ?		
Har du adgang til at anvende VAR i dit daglige arbejde hos borgeren?		
Bruger du VAR, når du er i tvivl om en procedure?		
Ved du hvordan man skal anvende MyMedCards <sup>17</sup> ?		
Har du adgang til at anvende MyMedCards i dit daglige arbejde hos borgeren?		
Bruger du MyMedCards?	5 ud af 7 svarer 'I mindre grad' eller 'set 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 det inden for en afgrænset periode sikres:

- At medarbejderne anvender MyMedCards, når relevant

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

### 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

<sup>16</sup> VAR er en database med sygeplejefaglige procedurer, der kan tilgås digitalt fra medarbejdernes computer og tablets

<sup>17</sup> MyMedCards er en app med lokale informationer, retningslinjer og instrukser til medarbejderne

## Medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring

Tilsynets vurdering af medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring<sup>18</sup> 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-læring<sup>19</sup>

Obligatorisk e-læring	Tilsynets vurdering	Kommentarer
Kursus om 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter' <i>(Kurset skal gennemføres ved ansættelsesstart og derefter hvert 3. år)</i>	22 % mangler at gennemføre	

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

#### Der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet

Det anbefales, at enheden arbejder med at sikre:

- At alle relevante medarbejdere gennemføre den obligatoriske e-læring

#### 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

<sup>18</sup> E-læring (elektronisk læring) er kompetenceudvikling, der kan foregå på computer, tablet eller smartphone.

<sup>19</sup> 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

Titel	Kompetence- og overdragelseskema		
Enhed	Døgngenoptræning Auning	Dato	29.1.25
Ansvarlig for udarbejdelse	Louise Bertelsen	Leder	Charlotte Klitnæs

<b>TEMA</b> Hvilket område omhandler planen	Denne plan omhandler, at medarbejderne i enheden kender og anvender kompetence- og overdragelseskemaet
<b>UDGANGSPUNKT</b> Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Enheden stræber mod, at alt personale kender og anvender 'Instruks for delegation' og 'Personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling' i MyMedcards
<b>MÅL</b> Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål	At alt personale kender og anvender disse instrukser senest 30.8.25. At alt relevant personale har et opdateret kompetenceskema senest 30.2.25
<b>HVAD?</b> Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Der planlægges en tema-uge med fokus på delegation og kompetenceskemaer</li> <li>2. Handleplanerne præsenteres på næste personalemøde i maj 2025.</li> </ol>
<b>HVORDAN?</b> Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	Der er daglige tavlemøder på afdelingen, hvor alt personale på afdelingen deltager. Der er en koordinerende sygeplejerske på afdelingen, som kan udbrede kendskabet til kompetence- og overdragelseskemaer
<b>HVORNÅR?</b> Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Vi starter i februar 2025. Emnet er et fokuspunkt jvf. Årshjulet på Døgn i august 2025.
<b>DOKUMENTATION</b> Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	Der samles op med daglig leder d. 1.9.25
<b>HVEM?</b> Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene?	Louise Bertelsen og daglig leder

Titel	MyMedcards		
Enhed	Døgngenoptræning Auning	Dato	29.1.25
Ansvarlig for udarbejdelse	Louise Bertelsen	Leder	Charlotte Klitnæs

<b>TEMA</b> Hvilket område omhandler planen	Denne plan omhandler, at kender og anvender MyMedcards
<b>UDGANGSPUNKT</b> Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Ikke alt personale på afdelingen kender og anvender MyMedcards. Dette er et problem, da personalet skal anvende lokale instrukser fra MyMedcards, når dette er relevant
<b>MÅL</b> Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål	1. At 90 % af personalet kender og anvender MyMedcards d. 1.6.25
<b>HVAD?</b> Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Emnet sættes på som fokuspunkt i årshjulet 2025,</li> <li>2. Der udarbejdes en ny krydsord, som kan bruges til at understøtte alt personalet i at navigere i MyMedcards</li> <li>3. Alt nyt personale introduceres til MyMedcards, og det gemmes som bogmærke på deres computer</li> <li>4. Enhedens oversigt over relevante kort i MyMedcards fremvises på næste personalemøde</li> </ol>
<b>HVORDAN?</b> Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	Der er daglige tavlemøder på afdelingen, hvor alt personale på afdelingen deltager. Enheden har udarbejdet en oversigt over meget relevante kort i MyMedcards på intranet. Der er en koordinerende sygeplejerske på afdelingen, som kan udbrede kendskabet til MyMedcards
<b>HVORNÅR?</b> Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Vi starter i februar 2025, Emnet er et fokuspunkt jvf. Årshjulet på Døgn i april 2025.
<b>DOKUMENTATION</b> Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	Der samles op med daglig leder d. 1.9.25