

Kommunalt  
tilsyn  
(udvidet)

Hjemmeplejen  
og Sygeplejen  
Norddjurs –  
Grenaa og  
Anholt

2024

## Indhold

Kommunalt tilsyn i Hjemmeplejen og Sygeplejen Norddjurs – Grenaa og Anholt (udvidet tilsyn) .....	3
Datagrundlag for ordinært og udvidet kommunalt tilsyn 2024 .....	4
Præsentation af enheden .....	5
Tilsynets samlede vurdering .....	6
Opsamling – ordinære tilsyn (servicelov): .....	6
Det udvidede tilsyn (sundhedslov) .....	6
Borgernes vurdering af kvaliteten af de leverede ydelser .....	9
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 medicin håndtering .....	18
Delegation og kompetencer .....	20
Medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer .....	23
Medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring .....	24
Bilag 1 .....	26

## Kommunalt tilsyn i Hjemmeplejen og Sygeplejen Norddjurs – Grenaa og Anholt (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 afsætt servicens § 151, der angiver at kommunen har pligt til at føre tilsyn med kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter følgende paragraffer i servicens:

- § 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 servicens (§§ 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 følges 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 servicens.

### 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 38 tilfældigt udvalgte borgere, 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 en medicindispensering<sup>1</sup> og injektion af hhv. af insulin og Ozempic. Enhedens egen medicinaudit på tre borgeres medicinbeholdning.
- **Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)<sup>2</sup>, Delegation<sup>3</sup> og kompetencer og Medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer:** Spørgeskemaundersøgelse sendt ud til en tilfældigt udvalgt stikprøve på 59 medarbejdere (30 % af medarbejderne). Heraf har 37 medarbejdere besvaret spørgeskemaet. Svarprocent er derfor 63%<sup>4</sup>

- **Udtræk fra e-læringsportalen<sup>5</sup>**

#### Opfølgning på sidste års tilsyn 2023

- Ledelsesinterview om arbejdet med de fund, der blev gjort ved det kommunale tilsyn på enheden i 2023

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

<sup>2</sup> 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>3</sup> Delegation er det begreb der anvendes, når en sundhedsfaglig opgave overdrages fra lægen til andre faggrupper

<sup>4</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>5</sup> E-læring (elektronisk læring) er kompetenceudvikling, der kan foregå på computer, tablet eller smartphone.

## Præsentation af enheden

### Hjemmeplejen og Sygeplejen Norddjurs – Grenaa og Anholt

#### *Præsentation af enheden 2024.*

Hjemmeplejen og Sygeplejen Norddjurs - Grenaa og Anholt er en kommunal arbejdsplads under Sundhed og Omsorg.

Basen er beliggende i Grenaa, hvor der også er en sygeplejeklinik med åbningstid alle årets dage. Der er også en lille hjemmeplejebase på Anholt.

Medarbejderne er organiseret i 10 faste dagvagtteams og 2 aftenvagtteams. Derudover er der tværgående funktioner og medarbejdere uden direkte teamtilknytning. Teamene er sammensat af social- og sundhedshjælpere og uuddannede hjælpere, social- og sundhedsassistenter samt sygeplejersker. Ledelsen varetages af aftaleholder Kirsten Lykke Nissen, afd. leder Anneka N. Vinter, Berit W. Henriksen og Vicki Dannemand.

#### *Beskrivelse af enheden herunder hvor mange borgere der er tilknyttet hhv. sygepleje, hjemmepleje og sygeplejeklinik.*

I december 2024 modtog 540 borgere sygepleje i eget hjem i Grenaa.

71 borgere modtog sygepleje i sygeplejeklinikken i Grenaa (en borger kan godt både modtage sygepleje i eget hjem og på klinik)

I december 2024 modtog 649 borgere personlig pleje og/eller praktisk hjælp i Grenaa.

På Anholt var der 11 borgere som modtog personlig og/eller praktisk hjælp samt sygepleje.

#### *Medarbejdere: Antal, faggrupper og fremmødeprofil.*

Antal medarbejdere i alt: ca. 182, derudover elever, studerende, 994 ansatte og evt. praktikanter.

Hverdage: Ca. 70 SSH, 7-9 Assisterter, 10-12 Sygeplejersker, 1 farmakonom samt administrative funktion som fuldtidsvejleder, vagtplanlægger, telefonpasser, rengøringsassistent og pedel/servicemedarbejder.

Weekend: 37 hjælpere, 3 assistenter og 4 sygeplejersker

Aften alle dage: To sygeplejersker og 14-15 hjælpere (afhængig af opgaver).

Anholt: Én medarbejder på vagt i åbningstiden.

#### *Aktuelle rammer og vilkår for arbejdet*

Hjemmeplejen dækker dag- og aftenvagt og samarbejder med Hjemmeplejen Glesborg ift. nattevagten.

Anholt hjemmepleje har åbningstid fra kl. 8-14 samt 18-20 alle dage. De øvrige af døgnets timer går nødkald til Grenaa, som betjener dem og evt. adviserer det lokale personale udenfor åbningstiden. Der er udarbejdet en specifik kvalitetsstandard for Anholt.

Hjemmeplejen og sygeplejen samarbejder med kommunens rehabiliterende team omkring konkrete borgere, hvor hjemmeplejen leverer indsatserne om aftenen. Samarbejder i forbindelse med overlevering af borgere, så der opleves sammenhængende forløb. Hjemmeplejen og sygeplejen har samarbejde med plejecentre og socialområdet ift. at levere indsatser ved særlige behov eller oplæring/sparring; ligesom hjemmeplejen også understøtter regionalt bosted ved behov, enten i praksis eller ved vejledning.

Uddannelsessted: Hjemmeplejen er godkendt praktiksted for sygeplejestuderende i alle semestre, og for SOSU-elever.

## 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 (29 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 det ordinære tilsyn - Brugertilfredshed

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

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

- Borgerne, får den hjælp og støtte, de har behov for
- 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 på opfølgning 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 der gennemgående er dokumenteret, om borger kan varetage egne helbredsmæssige interesser
- At der er dokumentation for opfølgning på målinger uden for tærskelværdierne
- At der gennemgående ved delegerede indsatser, er en angivelse af, hvad der skal observeres for og hvornår den ansvarlige sundhedsfaglige skal kontaktes
- At borgerens samtykke til behandling og pleje gennemgående fremgår af handlingsanvisninger

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

##### I den samlede vurdering indgår også:

- At de gennemgåede journaler overordnet set fremstår opdaterede og strukturerede

#### 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 persondata på håndkøbsmedicin

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

#### Samlet vurdering i forhold til delegation og kompetencer<sup>6</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 medarbejderne kender kompetence og overdragelseskemaet
- At medarbejderne anvender kompetence og overdragelseskemaet ved behov
- At medarbejderne har et personligt kompetenceafklaringskema
- 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 er i Bilag 1**

<sup>6</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 tidshorizont.

### 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 er i Bilag 1**

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

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

Anbefaling om at sikre:

- At hjælpere gennemfører det obligatoriske kursus i medicin håndtering



## 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 38 tilfældigt udvalgte borgere, som får en eller flere ydelser efter serviceloven §§ 83 og/eller 83a leveret af Hjemmeplejen i Norddjurs: Hjemmeplejen Grenaa. Borgerne er blevet spurgt til deres oplevelse af at være inddraget i og deres tilfredshed med de leverede ydelser.

Telefoninterviews med 38 borgere	Tilsynets vurdering	Kommentarer <sup>7</sup>
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?		
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?	Kan ikke vurderes, da det ikke er relevant for de interviewede borgere	
<b>Praktisk hjælp</b>		
Hvor tilfreds er du med rengøringen af din bolig?		
Hvor tilfreds er du med hjælpen til tøjvask?		
Får du hjælp til indkøb?	Kan ikke vurderes, da det ikke er relevant for de interviewede borgere	
Hvor tilfreds er du med den hjælp, du får til indkøb?	Kan ikke vurderes, da det ikke er relevant for de interviewede borgere	
<b>Maden</b>		
Får du leveret mad?		
Hvor tilfreds er du med maden?	2 borgere ud af 7 svarer: "Delvis utilfreds" <sup>8</sup>	-
Er du tilfreds med den hjælp du får til måltidet?		

<sup>8</sup> Borgernes vurdering af tilfredshed med maden indgår ikke i tilsynets samlede vurdering af enheden, da det ikke er enheden selv, der har ansvaret for kvaliteten af maden.

<b>Personalet</b>		
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?	10 borgere svarer: "Uenig" eller "Helt uenig".	
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?		
<b>Inddragelse og målfastsættelse</b>		
Deltager du i udførelsen af hjælpen, hvor du kan?	14 borgere svarer: "Hverken eller" eller "Uenig".	
Personalet støtter dig i at klare flest mulige dagligdagsting?	15 borgere svarer: "Hverken eller" eller "Uenig".	
Har du været med til at beslutte, hvad du skal kunne selvstændigt i dagligdagen?	23 borgere svarer: "Hverken eller" eller "Uenig".	
<b>Samlet vurdering i forhold til Brugertilfredshed</b>		
<p><b>Der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet</b>  Anbefaling om at der er en løbende opmærksomhed ift. at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Borgerne, får den hjælp og støtte, de har behov for</li> <li>• Borgerne deltager i udførelsen af hjælpen, hvor de kan</li> <li>• Personalet støtter borgerne i at klare flest mulige dagligdagsting</li> <li>• Borgerne er med til at beslutte, hvad de skal kunne selvstændigt i dagligdagen</li> </ul>		
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
<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? *	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	
<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?		
<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)*	1 ud af tre journaler	
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) *		
Er der angivet instruktion ved overskridelse af tærskelværdier i målinger? *		
Følges der op på målinger uden for tærskelværdierne/borgers normalværdier? **	1 ud af 3 journaler <sup>9</sup>	
<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? *	1 ud af 2 journaler	Ikke gennemgående fund da der i journal nr. to var en tydelig angivelse af dette i alle handlingsanvisninger
Ved delegation: Er det beskrevet, hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages? *	1 ud af 2 journaler	Ikke et gennemgående fund, da der i nr. to journal var en meget tydelig angivelse af dette i alle handlingsanvisninger
Er der henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant? *		
Fremgår borgerens samtykke af handleanvisningen? *	1 ud af 2	
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) *		

<sup>9</sup> Det er foretaget en faglig vurdering af, at den manglende dokumentation for opfølgning ikke har kritisk betydning for patientsikkerheden.

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		
<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>Andet</b>		
Er der indsendt auditskemaer - udfyldt af hjælperne (hvor relevant)?		
Er der indsendt 10 borgerjournalaudits fra enheden?		

#### 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 der gennemgående er dokumenteret, om borger kan varetage egne helbredsmæssige interesser
- At der er dokumentation for opfølgning på målinger uden for tærskelværdierne
- At der gennemgående ved delegerede indsatser, er en angivelse af, hvad der skal observeres for og hvornår den ansvarlige sundhedsfaglige skal kontaktes

- At borgerens samtykke til behandling og pleje gennemgående fremgår af handlingsanvisninger

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

I den samlede vurdering indgår også:

- At de gennemgåede journaler overordnet set fremstår opdaterede og strukturerede

**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 37 besvarelser ud af 59 udsendte spørgeskemaer (Svarprocent 63 %)

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:

- Et anmeldt tilsyn og gennemgang af tre borgeres medicinbeholdning og journalaudit i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin
- Tilsynets observation af en injektion med insulin og af en med Ozempic

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		
Medicinæsker og præparater har påsat personidentifikation		Manglende persondata på 1 håndkøbspræparat
Der er adrenalin til rådighed hos borger/i enheden hvor relevant		
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>	Kan ikke vurderes	Medicinbeholdning er gennemgået, men tilsynet har ikke overværet medicindispensering
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		
<b>Enhedens interne medicingennemgang</b>		
Enheden har foretaget årlig gennemgang af medicinbeholdning på 4 borgere/beboere		
<b>Samlet vurdering på opfølgning i forhold til Medicinhåndtering</b>		
<b>Der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet</b> Anbefaling om at skabe arbejdsgange/procedurer så det sikres:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• At der er persondata på håndkøbsmedicin</li> </ul>		
<b>Der er ikke gjort fund ved observation af hygiejne.</b>		

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

**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>12</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.
- Interview med ledelse om hvordan der er arbejdet med handleplanerne, som enheden udarbejdede på baggrund af fund inden for dette område ved sidste års tilsyn.

I oversigten nedenfor præsenteres data fra medarbejdernes spørgeskemaer med 37 besvarelser ud af 59 udsendte spørgeskemaer (Svarprocent 63 %)

Delegation og kompetencer	Vurdering	Kommentarer
Kender du kompetence- og overdragelsesskemaet?	19 ud af 32 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Bruger I dette skema i hverdagen ved behov?	24 ud af 31 svarer "I mindre grad" eller "Slet ikke"	
Har du et personligt kompetenceafklaringskema?	25 ud af 31 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
<b>Er skemaet opdateret?<sup>13</sup></b>	28 ud af 31 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Har du et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer?	30 ud af 31 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Er skemaet opdateret?	29 ud af 31 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		

<sup>12</sup> Delegation er det begreb der anvendes, når en sundhedsfaglig opgave overdrages fra lægen til andre faggrupper

<sup>13</sup> Spørgsmål markeret med fed er spørgsmål hvor der ved sidste års tilsyn var henstilling om at udarbejde en handleplan

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	

## Opfølgning: Delegation og kompetencer

Ved det kommunale tilsyn 2023 fik enheden en henstilling om at udarbejde en handleplan for, hvordan det inden for en begrænset periode kan sikres:

- At medarbejdernes personlige kompetenceafklaringskemaer er opdateret

### Enheden har udarbejdet følgende handleplan i forbindelse med tilsynet år 2023:

Første trin er, at leder laver arbejdsgang og mapper så forudsætninger er på plads inden udmeld. Dette gøres i første kvartal af 2024

Næste trin er udmelding, og afklaring af hvor mange der skal have nye og hvor mange der skal have opdateret gamle. Derefter arbejdes løbende på at få udfyldt og opdateret. Dette gøres igennem 2. og 3. kvartal 2024.

Der laves status og opfølgning i ledergruppen i starten af 3. kvartal samt start 4. kvartal for evaluering af behov for yderligere tiltag. Dermed forventes kompetenceafklaringskemaer fuldt implementerede inden udgangen af 2024

Ledergruppe følger op ved de planlagte status, og hvis der ikke kan ses en stigning i udfyldte/opdaterede skemaer så må planen revurderes.

### Af interview med ledelsen ved opfølgende tilsyn 2024 fremgår det:

Tidsplanen fra sidste års handleplan er ikke holdt. Men nu er nye kompetenceskemaer færdigudviklet og der er pågået et afklaringsarbejde og etableret arbejds gange for hvordan det sikres fremadrettet at medarbejdernes kompetenceafklaringskemaer holdes opdaterede.

Der er således udarbejdet en struktur, som kommer til at gælde for hele Hjemmeplejen i Norddjurs – blandt andet ift. oplæring af flere medarbejdere på en gang

Tidsplan for implementering af de nye kompetenceskemaer følges og der er planlagt en opfølgning i november.

## Samlet vurdering i forhold til **delegation og kompetencer**<sup>14</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 medarbejderne kender kompetence og overdragelseskemaet
- At medarbejderne anvender kompetence og overdragelseskemaet ved behov
- At medarbejderne har et personligt kompetenceafklaringskema
- 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 er 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 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:

<sup>14</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.

## 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 37 besvarelser ud af 59 udsendte spørgeskemaer (Svarprocent 63 %)

Kendskab til instrukser og retningslinjer	Tilsynets vurdering	Kommentarer
Ved du hvordan du skal anvende VAR <sup>15</sup> ?	13 ud af 35 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Har du adgang til at anvende VAR i dit daglige arbejde hos borgeren?	14 ud af 35 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Bruger du VAR, når du er i tvivl om en procedure?	18 ud af 35 svarer "Nej" eller "Ved ikke"	
Ved du hvordan man skal anvende MyMedCards <sup>16</sup> ?		
Har du adgang til at anvende MyMedCards i dit daglige arbejde hos borgeren?		
Bruger du MyMedCards?	13 ud af 34 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 er 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

<sup>15</sup> VAR er en database med sygeplejefaglige procedurer, der kan tilgås digitalt fra medarbejdernes computer og tablets

<sup>16</sup> MyMedCards er en app med lokale informationer, retningslinjer og instrukser til medarbejderne

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-læring<sup>17</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>18</sup>

Obligatorisk e-læring	Tilsynets vurdering	Kommentarer
<b>Kursus om 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere' og medicinquiz</b> <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>	Kurset er ikke gennemført af 29 % af det tilmeldte (36 ud af 125 tilmeldte medarbejdere)	
<b>Kursus om 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'</b> <i>(Kurset skal gennemføres ved ansættelsesstart og derefter hvert 3. år)</i>		
<b>Opfølgning: E-læring</b>		
<b>Ved det kommunale tilsyn 2023 fik enheden en henstilling om at udarbejde en handleplan for, hvordan det inden for en begrænset periode kan sikres:</b>		
1. At alle relevante medarbejdere har gennemført de obligatoriske e-læringskurser		
<b>Enheden har udarbejdet følgende handleplan i forbindelse med tilsynet år 2023:</b>	<b>Af interview med ledelsen ved opfølgende tilsyn 2024 fremgår det:</b>  På grund af den nye organisering med faste teams er tidsplanen i handleplanen skredet.	

<sup>17</sup> E-læring (elektronisk læring) er kompetenceudvikling, der kan foregå på computer, tablet eller smartphone.

<sup>18</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.



Vi vil i maj og sept. sætte opfølgning i lederens kalender, hvor der bliver gjort status, samt sendt besked ud til de medarbejdere der ikke har gennemført.

Ved første status snakker vi med kørelisteplanlægger om at booke tid på kørelisten.

Medarbejderen der ikke kan finde ro til at lave det på arbejdspladsen, tilbydes ex timer til at lave det derhjemme.

Der er blevet lavet lister over hvilke medarbejdere, der mangler at tage de obligatoriske kurser og der er sendt mails ud til disse medarbejdere med en tidsfrist og en opfordring til at de får booket tid til at tage kursus ved køreliste-planlægger. Faglig koordinator har fulgt op ift. sygeplejersker.

I introperioden for nye medarbejdere er der nu en retningslinje for, at medarbejderne skal have gennemgået e-læring inden for de første 14 dage. Dette har ikke været muligt at overholde, da der med den nye organisering i faste teams er nye medarbejdere, der har fået ansvaret for introduktionsperioden

Det er blevet lettere for ledelsen at følge på, hvilke medarbejdere, der har taget hvilke kurser med den nye opsætning af systemet (Plan2Learn) og med de nye kurser. Med de nye tablets er det også blevet lettere for medarbejderne at tage kurserne, selvom der stadig opleves hak i videoer etc. på grund af netværksproblemer.

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

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

Anbefaling om at sikrer:

- At hjælpere gennemfører det obligatoriske kursus i medicin håndtering

#### **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

## Bilag 1

<b>Beskrivelse / titel</b>	Sundhedsfaglig dokumentation
<b>Enhed / afdeling:</b>	Hjemmehjælp og hjemmesygepleje Grenaa og Anholt
<b>Ansvarlig for udfyldelse:</b>	Afdelingsledere hjemmeplejen Grenaa - Anholt
<b>Ledelsesansvarlig:</b>	Afdelingsledere hjemmeplejen Grenaa - Anholt
<b>Dato:</b>	15.01-2025
<b>TEMA</b> Hvilket område omhandler planen	Opfølgning på sundhedsfaglig dokumentation <ul style="list-style-type: none"> <li>- At der gennemgående er dokumentation for om borger kan varetage egne helbredsmæssige interesser</li> <li>- At der er dokumentation for opfølgning på målinger udenfor tærskelværdier</li> <li>- At der ved delegerede ydelser er beskrevet observationer og hvornår sundhedsfaglig ansvarlig skal kontaktes.</li> <li>- At borgers samtykke fremgår af handlingsanvisninger</li> </ul>
<b>UDGANGSPUNKT</b> Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Der mangler en gennemgående kvalitet og ensartethed i den sygeplejefaglige dokumentation. Det er et problem i forhold til at kunne levere den samme kvalitet og kontinuitet hos alle borgere, samt ikke mindst at arbejde patientsikkert.
<b>MÅL</b> Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt. SMARTE mål	At dokumentation sker efter samme standard, og med samme kvalitet i vores borgerjournaler.  At alle journaler er ført og opdateret med påkrævet dokumentation i henhold til gældende retningslinjer og krav.  At sygeplejersker og assistent kender, og udfører den sundhedsfaglige dokumentation i overensstemmelse med gældende retningslinjer og praksis for dokumentation, så områder for handleplan ses opdateret.
<b>HVAD?</b> Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	Dokumentation som tema på sygepleje-og SSA møder. Først med fund fra tilsyn som fokusområder.  Der skal etableres "Nexus cafeer" hvor der kan søges sparring og støtte til dokumentation.

	Anvendelse af journal audit som en metode til læring og kvalitetsudvikling. Der skal gennemgås audit på fælles møder for SSA og SY.
<b>HVORDAN?</b> Hvilke ressourcer/hvor meget tid er til rådighed for at gennemføre planen?	En pågående indsat igennem året. Sygepleje – og SSA møder efter behov, samt planlægning af ekstra fællesmøder for AUDIT.  Nexus-cafe´ minimum x1 om måneden – med undtagelse af sommerferiemåneder.
<b>HVORNÅR?</b> Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Indsatser planlægges og iværksættes i første kvartal 2025
<b>DOKUMENTATION</b> Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	Løbende opfølgning og evaluering for evt. justering af indsatsen.
<b>HVEM?</b> Hvem er ansvarlig for igangsættelse, gennemførelse og hvem er ansvarlig for opfølgning på tiltagene?	Afdelingsledere
<b>OPFØLGNING</b>	April-maj 2025

<b>Beskrivelse / titel</b>	Delegation og kompetencer
<b>Enhed / afdeling:</b>	Hjemmehjælp og hjemmesygepleje Grenaa og Anholt
<b>Ansvarlig for udfyldelse:</b>	Afdelingsledere hjemmeplejen Grenaa - Anholt
<b>Ledelsesansvarlig:</b>	Afdelingsledere hjemmeplejen Grenaa - Anholt
<b>Dato:</b>	15.01-2025
<b>TEMA</b> Hvilket område omhandler planen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- At medarbejderne kender og anvender kompetence og overdragelseskemaet</li> <li>- At medarbejderne har et personligt kompetenceafklaringskema, og at det er opdateret</li> <li>- At medarbejderne har et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer, og at det er opdateret.</li> </ul>
<b>UDGANGSPUNKT</b> Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	<p>Kompetenceafklaringskemaerne er gået i glemmebogen – de oprettes ikke ved nye medarbejder eller opdateres på de medarbejder der tidligere har haft dem. Dette er fortsat billedet.</p> <p>Der er dermed ikke tydelighed over hvilke kompetencer den enkelte medarbejder har, eller sikring af rette oplæring ved uddelegerede opgaver</p>

	<p>Planen om at arbejde med det i 2024 er blevet forstyrret at opstart med faste teams.</p>
<p><b>MÅL</b> Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt. SMARTE mål</p>	<p>At alle medarbejder har et personligt kompetenceafklaringskema, og at det holdes opdateret.</p> <p>At medarbejdere med borgerspecifikke kompetencer har skema herpå, og at det holdes opdateret.</p> <p>At kompetenceafklaringskemaet integreres som en naturlig del af en introduktion.</p> <p>At der er en klar arbejdsgang for udfyldelse af, og løbende opdatering af skemaerne – og alle kender og tager deres ansvar ind i det.</p>
<p><b>HVAD?</b> Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?</p>	<p>Ledelse skal afklare arbejdsgangen, og melde det ud til alle medarbejdere.</p> <p>Der laves (indtil videre) mapper med skemaer på lederkontor. Det er den enkelte leder der har ansvaret for at dennes medarbejdere har et skema, og der iværksættes tiltag for udfyldelse.</p>
<p><b>HVORDAN?</b> Hvilke ressourcer/hvor meget tid er til rådighed for at gennemføre planen?</p>	<p>Information ud til alle på mail.</p> <p>Fælles møde med sygeplejersker og SSA for ideer til hvordan det kan gøres. De skal inddrages i forhold til delegering i egne teams.</p> <p>TRIO informeres og inddrages i processen.</p> <p>Sit-down møder bliver en del af opstarten, da sygeplejersker og SSA her har mulighed for at starte på udfyldes af skemaer med hjælperne og ufaglærte.</p>
<p><b>HVORNÅR?</b> Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?</p>	<p>Første trin er planlægning og afholdes af møde med SSA og SY. (05.02.25)</p> <p>Tilsynsrapport, og indsatser gennemgås med TRIO.</p>

	<p>Leder laver arbejdsgang og mapper så forudsætninger er på plads inden udmeld. Dette gøres i første kvartal 2025.</p> <p>Næste trin er udmelding, og opstart. Derefter arbejdes løbende på at få udfyldt og opdateret. Dette gøres igennem 2. og 3. kvartal 2025.</p> <p>Der laves status og opfølgning i ledergruppen i starten af 2. kvartal samt start 3. kvartal for evaluering af behov for yderligere tiltag.</p> <p>Dermed forventes kompetenceafklaringskemaer fuldt implementerede inden udgangen af 2025.</p>
<p><b>DOKUMENTATION</b>          Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?</p>	Ledergruppe følger op ved de planlagte statusser, og hvis der ikke kan ses en stigning i udfyldte/opdaterede skemaer så må planen revurderes.
<p><b>HVEM?</b>          Hvem er ansvarlig for igangsættelse, gennemførelse og hvem er ansvarlig for opfølgning på tiltagene?</p>	Afdelingsledere
<b>OPFØLGNING</b>	Juni/juli måned 2025

<b>Beskrivelse / titel</b>	Kendskab til instrukser og retningslinjer
<b>Enhed / afdeling:</b>	Hjemmehjælp og hjemmesygepleje Grenaa og Anholt
<b>Ansvarlig for udfyldelse:</b>	Afdelingsledere hjemmeplejen Grenaa - Anholt
<b>Ledelsesansvarlig:</b>	Afdelingsledere hjemmeplejen Grenaa - Anholt
<b>Dato:</b>	15.01-2025
<p><b>TEMA</b>          Hvilket område omhandler planen</p>	<p>Retningslinjer og instrukser – kendskab til og anvendelse af VAR og MMC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- At medarbejderne ved hvordan de skal anvende VAR</li> <li>- At medarbejderne har adgang til at anvende VAR</li> <li>- At medarbejderne anvender VAR når de er i tvivl om en procedure</li> <li>- At medarbejderne anvender MyMedCards</li> </ul>
<p><b>UDGANGSPUNKT</b>          Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?</p>	Der findes trods øget fokus igennem 2024 fortsat medarbejdere der ikke er anvender MMC eller VAR. Nogen ved ikke hvordan det tilgås, selvom der er bevidst om at det findes.

	<p>Dette er et problem, dels fordi der ikke følges gældende retningslinjer og procedurer. Det kan have betydning for kvaliteten af indsatser hos borger. Og derudover fordi medarbejder så begrænser egne handlemuligheder og kendskab, og at de i stedet må kontakte kollegaer eller leder for at spørger i situationer hvor de kunne have fundet svaret selv.</p>
<p><b>MÅL</b> Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt. SMARTE mål</p>	<p>At alle medarbejdere i hjemmeplejen Grenaa er bekendt med, og anvender MMC.</p> <p>At alle medarbejdere i hjemmeplejen Grenaa er bekendt med, og anvender VAR når der udføres opgaver hos borger.</p>
<p><b>HVAD?</b> Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?</p>	<p>Både VAR og MMC sættes på som fokusområde og månedstema.</p> <p>Afklaring af om SSA og SY husker at anvende VAR i handlingsanvisninger samt ikke mindst at inddrage i deres sparring med SSH.</p> <p>Fokus på at det tages som en del af et introduktionsforløb.</p>
<p><b>HVORDAN?</b> Hvilke ressourcer/hvor meget tid er til rådighed for at gennemføre planen?</p>	<p>Der afsættes ikke ekstra tid, da det vurderes at kunne indeholdes i den tid der allerede bruges på sparring og dialog i huset. Så det handler mere om at huske det som en naturlig del.</p>
<p><b>HVORNÅR?</b> Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?</p>	<p>Start februar som månedens tema. Opslag og fokus i nyhedsbrev, samt bringes op på sitdown møder. Første kvartal 2025. Forventes, at det løbende og tilbagevendende skal sættes i fokus.</p>
<p><b>DOKUMENTATION</b> Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?</p>	<p>Løbende opfølgning og status på sitdown og teammøder. Opfølgning med nye medarbejdere om de er blevet introduceret.</p>
<p><b>HVEM?</b> Hvem er ansvarlig for igangsættelse, gennemførelse og hvem er ansvarlig for opfølgning på tiltagene?</p>	<p>Afdelingsledere</p>
<p><b>OPFØLGNING</b></p>	