

Kommunalt  
tilsyn

Hjemmehjælp  
og hjemme-  
sygepleje Grenå  
og Anholt

16. september  
2022

## Indhold

Målepunkter i det kommunale tilsyn.....	4
Datagrundlaget for det kommunale tilsyn .....	4
Rapportens opbygning .....	5
Præsentation af enheden.....	6
Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set .....	8
Sammenfatning .....	9
Patientsikkerhed .....	13
Oversigt over tilsynets vurdering.....	13
Den sundhedsfaglige dokumentation .....	14
Medicinkontrol .....	16
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) .....	16
Magtanvendelser .....	17
Hygiejne.....	17
Brugertilfredshed.....	18
Oversigt over tilsynets vurdering.....	18
Brugertilfredshed.....	18
Omgangsform og rengøring .....	20
Faglighed .....	21
Oversigt over tilsynets vurdering.....	21
Delegation og kompetencer .....	21
Kendskab til instrukser og retningslinjer.....	23
Rehabilitering .....	24
E-læring .....	25
Organisation.....	27
Oversigt over tilsynets vurdering.....	27
APV.....	27
Samarbejde.....	28
Sygefravær.....	28
Budgetoverholdelse .....	29
Opsamling på andre/tidligere tilsyn .....	29
Bilag 1: Oversigt: Journalaudit .....	30
Bilag 2: Enhedens handleplan .....	31



## Indledning

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

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

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

Tilsynet er udført ved både et anmeldt og et uanmeldt besøg

Det uanmeldte besøg omfatter både dataindsamling på et ikke kendt tidspunkt for enheden og dataindsamling på et kendt tidspunkt for enheden – for eksempel journalaudits og interviews med borgere.

## Målepunkter i det kommunale tilsyn

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

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

## Datagrundlaget for det kommunale tilsyn

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

Oversigt over datagrundlag i det kommunale tilsyn 2022 på enheden

- Journalaudit på seks journaler
- Enheden har udført en lokal journalaudit på 10 journaler
- Interview med ledelsen om, hvordan der er blevet fulgt op på sidste års kommunale tilsyn og sidste års rehabiliteringsuge
- Telefoninterview med 62 borgere vedrørende deres mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede service.
- Spørgeskema sendt ud til alle relevante medarbejdere ansat i enheden vedrørende de faglige

rammer for deres arbejde. Spørgeskemaet er sendt ud til 178 medarbejdere. 59 medarbejdere har svaret på spørgeskemaet. Dette giver en svarprocent på 33 %<sup>1</sup>. Den meget lave svarprocent betyder at resultaterne skal tolkes med stor forsigtighed.

- Gennemgang af seks borgeres medicinbeholdning.
- Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er omfattende de tre hovedområder – medicinfejl, patientuheld samt anden utilsigtede hændelse.
- Oversigt over sygefraværsprocenten pr 1. maj 2022.
- Kommentarer til forventet budgetoverholdelse for regnskabsåret 2022.

## Rapportens opbygning

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

**Den øvrige tilsynsrapport** er delt op i fire hovedafsnit, der belyser hvert af de fire hovedområder: *Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisation*.

Inden for hvert målepunkt angives **Tilsynets vurdering** og derudover kan der være en eller flere af nedenstående anvisninger.

**Tilsynet udfører gentilsyn** angiver, at der iværksættes et gentilsyn i forhold til et eller flere patientkriske fund. Hvis denne vurdering gives, foretages der et gentilsyn inden for en periode, som tilsynet fastsætter.

**Tilsynet henstiller** til angiver, at der er krav om, at enheden i løbet af høringsperioden udarbejder en handleplan for et eller flere forhold, som tilsynet har fundet handlingskrævende. **Enhedens tiltag:** beskriver de tiltag enheden har sat i værk på baggrund af tilsynets henstilling og **Tilsynets samlede vurdering:** beskriver tilsynets vurdering af enhedens tiltag. Tilsynsenheden følger systematisk op på resultatet af enhedens tiltag ved næste års tilsyn

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

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

---

<sup>1</sup> Enheden fortæller, at den lave svarprocent eventuelt kan tilskrives, at spørgeskemaer blev sendt ud til medarbejderne efter sommerferiestart og at der på dette tidspunkt også var et teknisk efterslæb ift. implementeringen af Office 365.

## Præsentation af enheden

*Hjemmeplejen og hjemmesygeplejen Grenaa og Anholt er en kommunal arbejdsplads under Sundhed og Omsorg, som udgør den ene halvdel af den samlede hjemmepleje og hjemmesygepleje i Norddjurs Kommune.*

Basen er beliggende i Grenaa, hvor der også er to sygeplejeklinikker, samt en lille base på Anholt. Derudover har Hjemmeplejen Grenaa ansvaret for specialteams i Norddjurs Kommune. Specialteams er for borgere med særligt komplekse og omfattende hjemmeplejeindsatser, oftest i døgn dækning.

Medarbejderne er organiseret i 7 plejegrupper primært bestående af social- og sundhedshjælpere; én social- og sundhedsassistentgruppe samt én sygeplejegruppe. Derudover har Hjemmeplejen Grenaa ansat en farmakonom

Ledelsen varetages af aftaleholder Anette Hjelm og afd.leder Bo Bendtsen, afd.leder Dorte Ungstrup samt afd.leder Kasper N. Wøbbe

BESKRIVELSE af enheden herunder hvor mange borgere der er tilknyttet hhv hjemmesygepleje, hjemmepleje og sygeplejeklinik

I juni 2022 modtog 570 borgere sygepleje; heraf de 135 i sygeplejeklinikken i Grenaa.

I juni 2022 modtog 524 borgere praktisk hjælp, og 396 borgere modtog personlig hjælp

På Anholt var der i juni 12 borgere som modtog personlig og/eller praktisk hjælp samt sygepleje

Specialteams: juni 2022 ét specialteam. Der samarbejdes med Respirationscenter Vest ift. det personale, Respirationscenter Vest ansætter til at løse de kommunale indsatser hos borgerne i specialteams.

§ 94 ansatte: 10

Medarbejdere: antal og faggrupper og fremmødeprofil

Antal medarbejdere i alt: 161, derudover elever og studerende, § 94 ansatte og evt. praktikanter.

Hverdage:

Dagvagt: SSH i hverdage: 68-70, SSA i hverdage : 6; sygeplejersker, hverdage: 9-10 samt én farmakonom.

Weekend:

SSH 36-38 medarbejdere, SSA 3-4 afhængig af opgaver, sygeplejersker, 3-4 afhængig af opgaver.

Aften alle dage:

To sygeplejersker og 12-13 SSH/SSA, afhængig af opgaver

Anholt:

Én medarbejder på vagt i åbningstiden.

*Enhedens præsentation af aktuelle rammer og vilkår for arbejdet*

Hjemmeplejen dækker dag og aften vagt og samarbejder med 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.

Sygeplejeklinikkerne modtager visiterede borgere alle dage.

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 SSA-elever samt SSH-elever. Derudover kan der være personer i praktik fra andre skoleforløb.

#### Udfordringer:

- Rekruttering har været og er en af vores allerstørste udfordringer for alle faggrupper, og specifikt til vagter på de ubekvemme tidspunkter., dog har det de seneste mdr. primært været SOSU – området som har været hårdt ramt, og det har været nødvendigt med et stort forbrug af eksterne vikarer.
- Presset på de sundhedsfaglige opgaveløsninger er stort, og der opleves et stort borger flow med bl.a. mange terminalt syge borgere; borgere med komplekse behov, og tidlige udskrivelser fra hospitaler. Det er således den samlede specialiserede opgaveportefølje, som udfordrer sygeplejeressourcerne.
- På grund af driftsmæssige udfordringer med bl.a. corona-håndtering samt sikring af tilstrækkelig relevant og faglig bemanning, har der været et stort ledelsesmæssigt pres både hverdage og weekends.
- De driftsmæssige udfordringer har betydet, at vores fokus helt klart har været på borgerne – heldigvis til deres overordnede tilfredshed. Dermed har vi droppet ned på bl.a. at opdatere kompetenceplanerne, men har vedligeholdt kompetencerne i praksis.
- Diverse forgæves henvendelser om manglende funktionalitet i Plan2learn's E-læringskurser har betydet at genopfriskning af E-læringsprogrammerne "til tiden" ikke har været muligt.
- Ift. borgerfokus har hjemmeplejen også intention om, at borgerne møder de samme hjælpere. Dette arbejdes der kontinuerligt på, især hos borgere med særlige behov eller udfordringer tilstræbes det. Men en i en tid med store rekrutteringsudfordringer, kan det være vanskeligt at imødekomme hos alle, hvorfor der foretages en individuel faglig vurdering.
- Der har været omfattende systemmæssige/IT udfordringer ift. vikarkoder, hvilket har markant betydning for dokumentation, f.eks. medicinregistrering af givet medicin.

## Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set

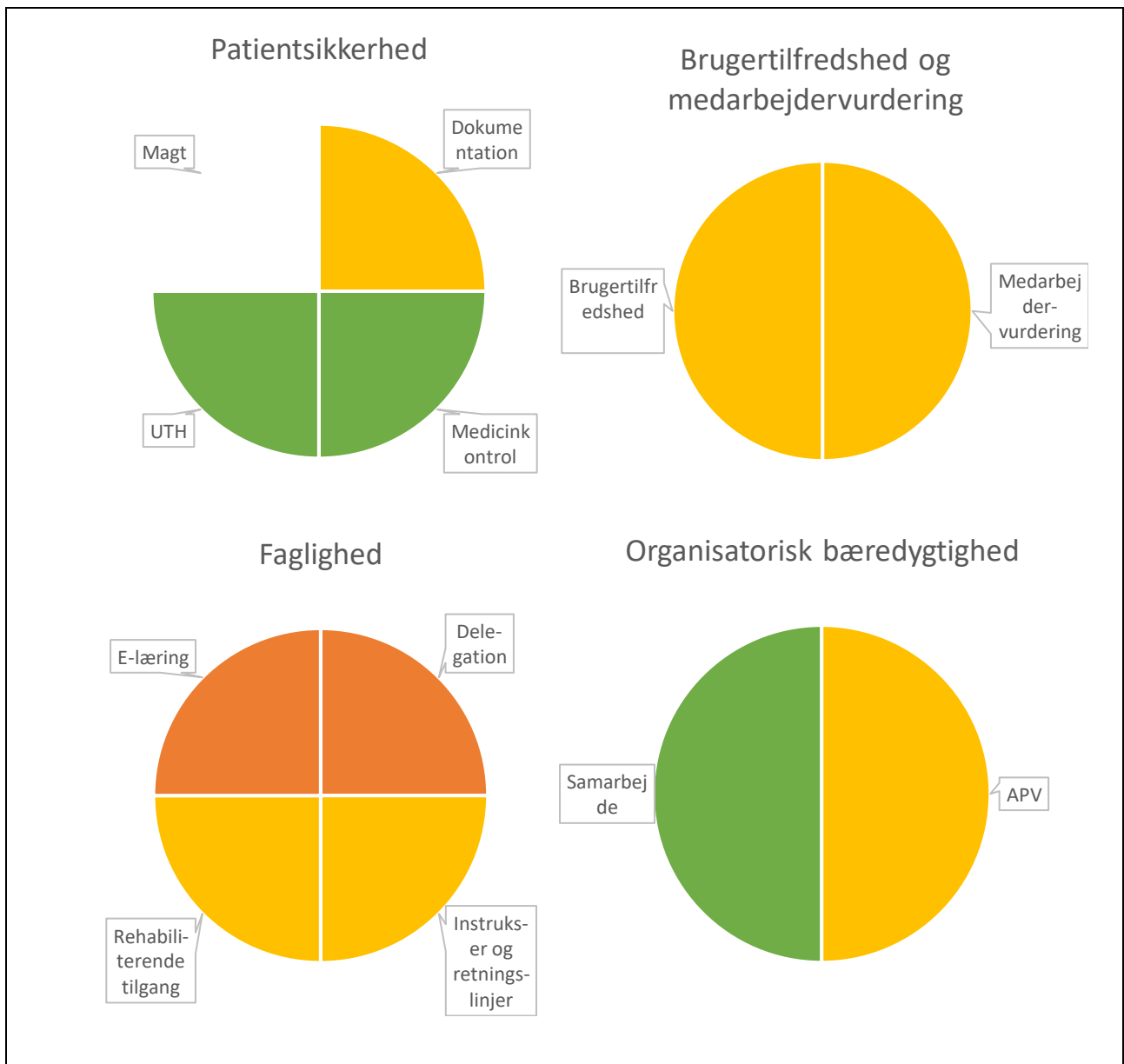
Figuren nedenfor illustrerer tilsynets vurdering af enhedens arbejde med områderne: Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisatorisk bæredygtighed.

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

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

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

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





## Sammenfatning

### **PATIENTSIKKERHED**

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

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

**Dokumentationen:** På baggrund af tilsynets gennemgang af seks borgerjournaler og enhedens egen gennemgang af 10 borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af mindre betydning for kvaliteten af dokumentationen.*

*Ledelsen fortæller, at der er blevet fulgt op på de handleplaner enheden udarbejdede på baggrund af sidste års tilsyn. Herunder at faglig koordinator jævnligt har foretaget stikprøver af journalerne og fulgt op ved medarbejderne, hvis ikke der er dokumenteret samtykke og at derudover har været fokus på at introducere nye medarbejdere i vigtigheden af at dokumentere samtykke. Alle sygeplejersker og assistenter er blevet undervist i, hvordan den løbende myndighedsopfølgning dokumenteres og der er et øget fokus på at beskrivelserne af borgernes funktionsevnetilstande opdateres i forbindelse med de ugentlige møder med visitator.*

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at der overordnet set dokumenteres fyldestgørende og relevant efter retningslinjerne i Norddjurs kommune, men at dette ikke er helt gennemgående. Tilsynet anbefaler derfor, at der skabes arbejdsgange, så det sikres, at der konsekvent dokumenteres efter retningslinjerne.

**Medicin håndtering:** På baggrund af tilsynets uanmeldte gennemgang af seks borgeres medicinbeholdning, observation af to medicindispenseringer<sup>2</sup>, samt tilsynets gennemgang af dokumentationen vedrørende medicin i seks borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at der ikke er gjort fund i forhold til proceduren for medicin håndtering i Sundhed og Omsorg<sup>3</sup>.

**Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH):** På baggrund af medarbejdernes<sup>4</sup> spørgeskemabesvarelser om arbejdet med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser<sup>5</sup> (UTH<sup>6</sup>), vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

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

---

<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> Se afsnittet **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.** for en konkret beskrivelse af resultatet af medicinkontrollen.

<sup>4</sup> 38 % af medarbejderne har besvaret spørgeskemaet

<sup>5</sup> Se afsnittet **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.** for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

<sup>6</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.

**Magtanvendelse:** Enhedens arbejde med at forebygge og håndtere magtanvendelser vurderes ikke ved dette tilsyn, da der ikke er dokumentation af magtanvendelser i de auditerede journaler.

#### **BRUGERTILFREDSHED:**

Inden for området *Brugertilfredshed* ser tilsynet på, om enheden understøtter, at borgerne kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser<sup>7</sup>. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social service §§ 83, 83a og 86.

Derfor interviewer tilsynet 10 % af borgerne, om deres tilfredshed med den personlige pleje og praktiske hjælp, leveringen af den personlige pleje og praktiske hjælp, maden og forholdet til personalet. Medarbejderne spørges til deres vurdering af de rammer, de har for at levere deres indsats.

**Brugertilfredshed:** På baggrund af telefoninterview med 62 borgere<sup>8</sup> vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at 52 % af borgerne svarer, at de er 'uenige' i udsagnet: 'Det er oftest de samme hjælpere, der kommer hos dig'. Tilsynet anbefaler derfor, at der arbejdes med, hvordan der i højere grad kan skabes kontinuitet i, at borgeren møder de samme hjælpere.

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

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at 31 % af medarbejderne angiver, at de 'i mindre grad' eller 'slet ikke' oplever, at der arbejdes med skabe forbedring af plejen og aktivitet hos borgerne. Tilsynet anbefaler derfor, at det afdækkes, hvorfor nogle medarbejdere 'i mindre grad' eller 'slet ikke' oplever, at der arbejdes med skabe forbedring af plejen.

#### **FAGLIGHED:**

Inden for området *Faglighed* ser tilsynet på, om enheden sikrer, at den nødvendige faglige viden og de relevante medarbejderkompetencer er til stede i enheden i forhold til de opgaver, der skal løses.

Derfor ser tilsynet på, om enheden efterlever Sundhed og Omsorgs retningslinjer for delegation<sup>9</sup>, sikrer at medarbejderne i fornødent omfang introduceres til deres opgaver, at medarbejderne har adgang til den relevante viden for at udføre deres opgaver (herunder adgang til VAR<sup>10</sup> og MyMedCards<sup>11</sup>), at medarbejderne har fokus på den rehabiliterende tilgang og at medarbejderne gennemfører den obligatoriske e-læring<sup>12</sup>

---

<sup>7</sup> Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

<sup>8</sup> Se afsnittet **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.** for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

<sup>9</sup> Delegation er det begreb der anvendes, når en sundhedsfaglig opgave overdrages fra lægen til andre faggrupper

<sup>10</sup> VAR er en database med sygeplejefaglige procedurer, der kan tilgås digitalt fra medarbejdernes computer og tablets

<sup>11</sup> MyMedCards er en app med lokale informationer, retningslinjer og instrukser til medarbejderne

<sup>12</sup> E-læring (elektronisk læring) er kompetenceudvikling, der kan foregå på computer, tablet eller smartphone.

**Delegation:** På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser<sup>13</sup> vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

Ledelsen fortæller, at der er blevet fulgt op på de handleplaner enheden udarbejdede på baggrund af sidste års tilsyn. Flere medarbejdere er således blevet spurgt i forhold til deres forståelse af et spørgsmål i medarbejderskemaet sidste år, og her har det vist sig, at medarbejderne har svaret, som de har gjort, fordi de ikke har forstået spørgsmålet (spørgsmålet er siden omformuleret)

I vurderingen er der lagt vægt på, at 82 % af de relevante medarbejderne svarer, at de enten ikke har, eller ikke ved om de har, et personligt kompetenceafklaringskema. Af disse medarbejdere svarer kun 33%, at skemaet er opdateret. Tilsynet har derfor henstillet til, at enheden udarbejder en handleplan for hvordan medarbejdere får kendskab til og systematisk anvender kompetenceafklaringskemaerne og kompetence- og overdragelseskemaerne. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanerne ligger i **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.**

**Kendskab til instrukser og retningslinjer:** På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser<sup>14</sup> vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

Ledelsen fortæller, at der er blevet fulgt op på de handleplaner enheden udarbejdede på baggrund af sidste års tilsyn. VAR er blevet italesættes kontinuerligt i daglig tale og på teammøderne, hvor der også ofte i fællesskab slås op i VAR ved faglige drøftelser, VAR ligger som et ikon helt fremme på forsiden af medarbejdernes tablet, så det er tilgængeligt, men enheden har oplevet, at der har været flere IT-problemer i forhold til, at medarbejderne har kunnet tilgå VAR.

I vurderingen er der lagt vægt på, at 38 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til, om de ved, hvordan de skal anvende VAR og om de har adgang til VAR i deres daglige arbejde. Derfor anbefaler tilsynet, at enheden arbejder for at sikre at medarbejderne får kendskab og adgang til at anvende VAR i deres daglige arbejde.

**Rehabilitering:** På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser, telefoninterview med 64 borgere og gennemgang af seks borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgernes perspektiv ikke fremgår systematisk af borgerjournalen. Derfor anbefaler tilsynet, at der arbejdes med at sikre dette fremadrettet.

**E-læring:** På baggrund af en oversigt over, hvor mange medarbejdere der har gennemført de obligatoriske e-lærings-kurser<sup>15</sup>, vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

Ledelsen fortæller, at det kan være svært at gennemføre e-læringskurser på tabletten med den måde kurserne aktuelt er sat op på. Derudover er der tekniske problemer med at registrere, at medarbejder har gennemført kursus, så der er behov for at leder giver merit. Endelig har flere medarbejdere ikke haft adgang til deres mail

---

<sup>13</sup> Se afsnittet **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.** for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

<sup>14</sup> Se afsnittet **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.** **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.** for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

<sup>15</sup> Se afsnittet **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.** for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

I vurderingen er der lagt vægt på, at halvdelen af medarbejderne ikke har gennemført det obligatoriske kursus om medicin håndtering og over en fjerdedel ikke har gennemført det obligatoriske kursus om magtanvendelse. Derfor henstiller tilsynet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan alle relevante medarbejdere får gennemført de obligatoriske kurser. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanerne ligger i **Fejl! Henvissningskilde ikke fundet.**

#### **ORGANISATION:**

Inden for området *Organisatorisk bæredygtighed* ser tilsynet på, om enheden arbejder for at sikre et godt og trygt arbejdsmiljø.

Derfor ser tilsynet på, om enheden sikrer, at der er et opdateret APV-skema<sup>16</sup> for hver enkelt borger og om medarbejderne oplever, at de har et godt samarbejde med kolleger og ledelse.

**APV:** På baggrund af tilsynets og enhedens egen gennemgang af samlet set 16 borgerjournaler<sup>17</sup> vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

Ledelsen fortæller, at der er blevet fulgt op på handleplanerne fra sidste års tilsyn og at det nu er indført i enhedens årshjul, at arbejdsmiljørepræsentanterne hvert kvartal gennemgår borgerlisterne.

I tilsynets vurdering er der lagt vægt på, at der ikke konsekvent er udfyldt APV-skemaer for alle borgere. Tilsynet har derfor anbefalet enheden fortsat at arbejde med at skabe arbejdsgange, der understøtter at APV-skemaer udfyldes konsekvent.

**SAMARBEJDE:** På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser<sup>18</sup> vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I tilsynets vurdering er der lagt vægt på, at størstedelen af medarbejderne svarer, at de oplever at have et 'godt' eller 'meget godt' samarbejde med øvrige medarbejdere og med ledelsen.

---

<sup>16</sup> I APV-skemaer (arbejdspladsvurderingsskema) gennemgås og opstilles handleplaner for de arbejdsmiljømæssige problematikker, der kan være i forhold til den enkelte borgers hjem og adfærd.

<sup>17</sup> Se afsnittet **Fejl! Henvissningskilde ikke fundet. Fejl! Henvissningskilde ikke fundet.** for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

<sup>18</sup> Se afsnittet **Fejl! Henvissningskilde ikke fundet. Fejl! Henvissningskilde ikke fundet.** for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

## Patientsikkerhed

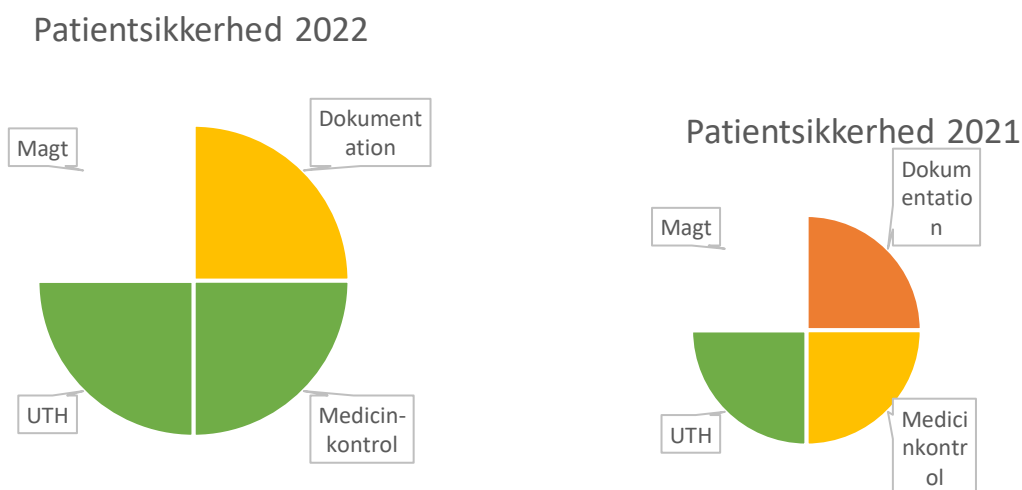
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med den sundhedsfaglige dokumentation og de sundhedsfaglige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

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

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

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

### Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

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

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

## Den sundhedsfaglige dokumentation

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens sundhedsfaglige dokumentation bygger på:

- Tilsynets uanmeldte journalaudit på seks 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.

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund<sup>19</sup>:

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

I forhold til *opfølgning på forværring i borgers tilstand*

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

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

- At der i enkelte tilfælde mangler:
  - Dokumentation for den sygeplejefaglige udredning, hvor borgeren har en eller flere langvarige eller komplekse helbredstilstande
  - Dokumentation af borgerens samtykke ved videregivelse af helbredsoplysninger
  - Opdaterede helbredsoplysninger
  - Dokumentation af, at der er taget stilling til om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser
  - Opdaterede og relevante handlingsanvisninger
  - Henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge
  - Dokumentation af at borgeren har givet samtykke til behandling og pleje
  - Opdatering af døgnrytmeplan
  - Opgaver til myndighedsopfølgning på helbredstilstande
- At der gennemgående er:
  - Oprettet de relevante helbredstilstande og handlingsanvisninger
  - Fyldestgørende faglige notater i helbredstilstandene. Der bliver dog dobbeltdokumenteret i nogle tilfælde, da planen for plejen fremgår af notatet selvom planen også er beskrevet i handlingsanvisningen
- Derudover ses det:
  - At der i handlingsanvisningerne gennemgående mangler en beskrivelse af hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller anden fagperson skal kontaktes ved uddelegerede opgaver
  - At observationsnotater anvendes til at informere om planlægning og aflysning af besøg – hvilket skulle fremgå af besøgsnotater
  - At der mangler flere udredninger
  - At dokumentationen generelt fremstår ajourført, men at ændringsdatoerne ikke er opdaterede
  - At der fortsat er flere funktionsevnetilstande, der er oprettet af visitationen for at dokumentere hjælpemidler og som leverandør gerne må hjælpe med at lukke

---

<sup>19</sup> Se Bilag 1 for en opgørelse over, hvor mange journaler, der lever op til de enkelte målepunkter

Af interview med ledelsen vedrørende hvordan der er arbejdet med henstillingerne fra sidste års tilsyn, fremgår det, at der er blevet fulgt op på de handleplaner enheden udarbejdede på baggrund af sidste års tilsyn, herunder:

- I forhold til at sikre at borgers samtykke dokumenteres i journalen, har enheden haft følgende tiltag:
  - Faglig koordinator har jævnligt taget stikprøver af om borgers samtykke til behandling og pleje fremgår af journalen (jf. handleplan). Hvis der bliver gjort fund går faglig koordinator tilbage til den medarbejder, der har lavet handleplanen og får det rettet til.
  - Nye medarbejdere er blevet introduceret til, at det er vigtigt at borgers samtykke fremgår af journalen
- I forhold til at sikre at der oprettes opgaver på tilstande, har enheden haft følgende tiltag:
  - Alle sygeplejersker og assistenter er blevet undervist i opgaver og der er blevet oprettet opgaver på 90-95 % af helbredstilstandene
- I forhold til at sikre at dokumentationen vedrørende borgernes funktionsevnetilstande, har enheden haft følgende tiltag:
  - Der er blevet lavet en aftale, så der i forbindelse med det ugentlige møde med visitator, hvor borgernes indsats justeres, også ses på beskrivelserne af funktionstilstandene, så det sikres at disse er opdaterede
- I forhold til at sikre at der er relevante relationer, har anvendelsen af 'tilstandshjulet' i stedet for 'plan' betydet, at medarbejderne i højere grad opretter de relevante relationer.

Derudover har enheden nu dokumentation som et fast punkt på dagsordenen til gruppemøderne og det er ledelsens oplevelse, at den ændrede dagsorden har givet et større rum for faglig refleksion.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- At der ses tilfælde, hvor der ikke har været foretaget en sygeplejefaglig udredning selvom borgeren har flere eller længerevarende helbredstilstande
- At borgers samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger i nogle tilfælde mangler
- At der overordnet set dokumenteres fyldestgørende og relevant efter retningslinjerne i Norddjurs Kommune, men at dette ikke er helt konsekvent

#### **Tilsynet anbefaler:**

At der skabes arbejdsgange så det sikres, at:

- Den sygeplejefaglige udredning dokumenteres, når borgeren får en indsats efter sundhedsloven på grund af en længerevarende, ustabil eller kompleks helbredstilstand
- Borgers samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger dokumenteres konsekvent
- Der i handlingsanvisningerne er en beskrivelse af hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller anden fagperson skal kontaktes, når opgaven delegeres
- Observationsnotater anvendes hovedsageligt til at informere om ændringer i borgerens helbredstilstand - og ikke til den praktiske planlægning
- Helbredsoplysninger fremstår opdaterede
- Der konsekvent er taget stilling til om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser

- Der er opdaterede og relevante handlingsanvisninger
- Der er henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge
- Der er dokumentation af, at borgeren har givet samtykke til behandling og pleje
- Døgnrytmeplanen er opdateret
- Der er opgaver til myndighedsopfølgning på helbredstilstande

## Medicinkontrol

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

- Tilsynsenhedens uanmeldte gennemgang af syv borgeres medicinbeholdning
- Tilsynets journalaudit på seks tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved gennemgang af medicinbeholdninger finder tilsynet;

- At der ses en god orden i medicinen samt en korrekt og tydelig adskillelse af borgernes aktuelle og pauserede medicin
- At doseringsæskerne har påført personidentifikation
- At alle medicinpræparater har påført personidentifikation fraset hos en enkelt borger, hvor håndkøbspræparater ikke havde fået påført personidentifikation
- At der er angivet anbrudsdato på medicinske injektionsvæsker samt insulin
- At der ses en hensigtsmæssig og hygiejnisk opdeling af remedier i forhold til insulinbehandling samt injektionsbehandling
- At medarbejderne orienterer sig i medicinlisten forud for medicingivningen

Ved journalaudit bliver der ikke gjort fund i forhold til dokumentationen

**På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet:** At der ikke er gjort fund af betydning i forhold til medicin håndtering.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der ses orden i medicinbeholdningerne og at præparater og doseringsæsker har påsat personidentifikation samt at injektionspenne samt anden injektionsmedicin har påført anbrudsdato.

## Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser bygger på:

- Udtræk fra indrapporteringssystemet DPSD, der viser hvor mange utilsigtede hændelser, der er indrapporteret på enheden inden for det seneste år fordelt på måneder og hvilke typer af utilsigtede hændelser, der er indrapporteret.
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser om arbejdet med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser.

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af dataudtrækket fremgår det:



- At størstedelen af de indberettede UTH'er vedrører medicin, men at der indberettes flere forskellige typer af UTH.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 81 % af medarbejderne svarer, at de enten 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ved, hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse eller ved, hvem man kan gå til for at få hjælp til det.
- 72 % af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen. 20 % svarer 'i nogen grad'.
- 70 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ville føle sig trygge som beboere i deres enhed. 26 % svarer 'i nogen grad'.
- 65 % af medarbejderne svarer, at kulturen 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' gør det nemt at lære af utilsigtede hændelser. 28 % svarer i nogen grad'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

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

## Magtanvendelser

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

- Enhedens audit af 10 journaler og tilsynets journalaudit af seks journaler

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Da der ikke er dokumentation for magtanvendelser i de auditerede journaler vurderes dette punkt ikke

## Hygiejne

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

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

### Sammenfatning af observationer:

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

- At uniformsetiketten efterkommes blandt de observerede medarbejdere
- At der er opsat sæbe og spritdispensere på personaletoiletter
- At der benyttes handsker ved direkte kontakt med lægemidler

## Brugertilfredshed

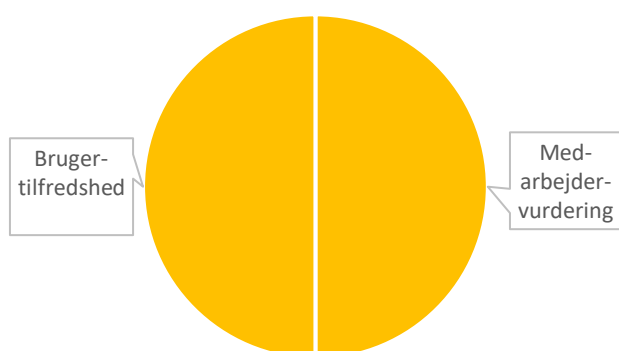
I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser<sup>20</sup>. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social service §§ 83, 83a og 86.

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

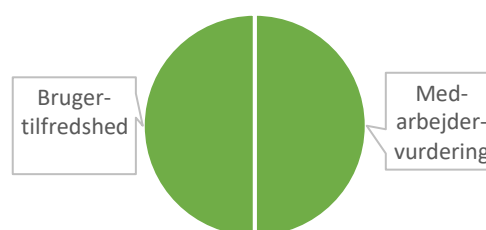
- Brugertilfredshed og medarbejdervurdering

### Oversigt over tilsynets vurdering

#### Brugertilfredshed og medarbejdervurdering 2022



#### Brugertilfredshed og medarbejdervurdering 2021



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

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

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

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

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

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

### Brugertilfredshed

Tilsynets vurdering af brugertilfredsheden på enheden bygger på:

- Telefoninterviews med 62 borgere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

#### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewene<sup>21</sup> fremgår det, at:

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

<sup>20</sup> Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

<sup>21</sup> I afrapporteringen er der fokus på at sikre, at den enkelte borgers besvarelser ikke vil kunne blive genkendt.

- 89% af borgerne er samlet set 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med den hjælp og støtte de modtager.
- Alle borgerne, som modtager hjælp til at komme i bad, angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- 91 % af borgerne, som modtager hjælp til at blive vasket, angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- Alle borgerne, som modtager hjælp til toiletbesøg, angiver at være 'meget tilfredse' med hjælpen.
- 90 % af borgerne, som modtager hjælp til af- og påklædning, angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- 88 % af borgerne, som modtager hjælp til rengøringen af egen bolig er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- 82 % af borgerne, som modtager hjælp til tøjvasken er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- Ingen af de interviewede borgerne, som modtager hjælp til indkøb.

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

- 95 % af borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at de får den hjælp og støtte, der er aftalt.
- 93 % af borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at de får den hjælp og støtte, de har behov for.
- 46 % af borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Det er oftest de samme hjælpere, der kommer hos dig'. 52 svarer 'ueinig'.
- 87 % af borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Personalet tager hensyn til, hvordan du gerne vil have din døgnrytme'.
- 94 % af borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Du deltager i de ting, du kan og ønsker at deltage i'.
- 61 % af beboerne svarer, at de 'aldrig' eller 'sjældent' oplever, at hjælpen bliver aflyst. 26 % svarer 'en gang imellem'.
- 83 % af borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Hjælperne kommer generelt til den aftalte tid'.
- 90 % af borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Du får besked, hvis hjælperne ændrer tidspunkt for hjælpen'.

I forhold til *maden*:

- 8 % af de interviewede borgere får leveret mad. 80 % af disse borgere, angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med maden.
- Alle de beboere, som modtager hjælp til måltidet, angiver at være 'delvis tilfredse'.

I forhold til *personalet*:

- 95 % af borgerne giver udtryk for at være 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Personalet lytter til, hvad jeg har behov for'.
- 98 % af borgerne giver udtryk for at være 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Personalet udviser respekt over for mig'.
- 92 % af borgerne giver udtryk for at være 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Personalet ved hvad de skal, når de kommer for at hjælpe dig'.
- 97 % af borgerne giver udtryk for at være 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Omgangstonen mellem personalet og mig er god'.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- Ved spørgsmålet 'Giver hverdagen mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandard?' er der 30 % der svarer 'i meget høj grad' eller 'i høj grad', 46 % der svarer 'i nogen grad'.
- 42 % af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' eller 'i høj grad', arbejdes med at skabe forbedringer af plejen og aktiviteter hos borgerne. 27 % svarer 'i nogen grad'. 31 % svarer 'i mindre grad' eller 'slet ikke'.
- 48 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' kender handlingsanvisninger for de borgere, du har opgaver ved. 30 % angiver 'i nogen grad'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At 52 % af borgerne svarer, at de er 'uenige' i udsagnet: 'Det er oftest de samme hjælpere, der kommer hos dig'.
- At 31 % af medarbejderne angiver, at de 'i mindre grad' eller 'slet ikke' oplever, at der arbejdes med skabe forbedring af plejen og aktivitet hos borgerne.

**Tilsynet anbefaler:**

- At enheden arbejder med at skabe kontinuitet i, at borgeren møder de samme hjælpere.
- At enheden afdækker, hvorfor 31 % af medarbejderne 'i mindre grad' eller 'slet ikke' oplever, at der arbejdes med skabe forbedring af plejen og aktivitet hos borgerne, samt hvad der skal til for at ændre dette.

## Omgangsform og rengøring

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

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

**Sammenfatning af observationer:**

Ved observation i enhedens lokaler og borgernes hjem ses det:

- At der opleves en god og anerkendende omgangstone mellem personale og borgere samt pårørende

## Faglighed

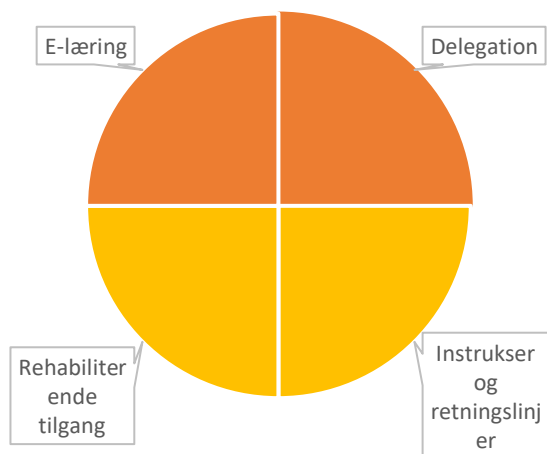
I hovedområdet *Faglighed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at den nødvendige og relevante faglige viden og medarbejderkompetencer er til stede i enheden i forhold til de opgaver, der skal løses.

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med at sikre den nødvendige faglige viden og medarbejderkompetencer vurderes ud fra følgende målepunkter:

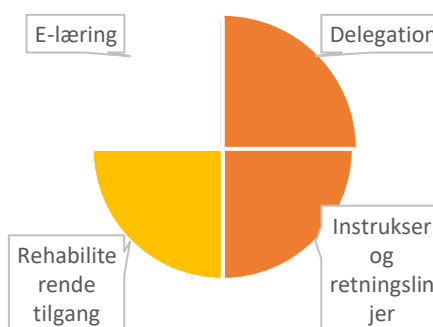
- Delegation og kompetencer
- Kendskab til instrukser og retningslinjer
- Enhedens rehabiliterende tilgang
- Medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring

### Oversigt over tilsynets vurdering

Faglighed 2022



Faglighed 2021



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

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

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

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

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

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

### Delegation og kompetencer

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

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

I forhold til *oplæring af nye medarbejdere*:

- At 50 % af medarbejderne angiver, at nyt personale 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får en god introduktion. 29 % angiver 'i nogen grad'. 21 % angiver 'i mindre grad' eller 'slet ikke'.
- At 54 % af medarbejderne svarer, at personale der skal oplæres i nye opgaver 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får den nødvendige sparring. 39 % svarer 'i nogen grad'.

I forhold til *kompetenceprofil*:

- At 71 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de kender kompetence- og overdragelseskemaet. Af disse medarbejdere svarer 36 %, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' bruger dette skema i hverdagen ved behov. 24 % svarer 'i nogen grad' og 15 % svarer 'i mindre grad'.
- At 18 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de har et personligt kompetenceafklaringskema. 82 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'. Af de medarbejdere, som svarer, at de har et personligt kompetenceafklaringskema, så svarer 25 % 'ja' til at skemaet er opdateret, 75 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- At 7 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de har et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer. Af disse medarbejdere svarer 33 % 'ja' til at skemaet er opdateret, 66 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- At 74 % af medarbejderne svarer 'nej' til spørgsmålet 'Har du inden for de seneste tre måneder udført en eller flere opgaver, du ikke havde kompetencerne til ifølge kompetenceprofilen?'.

I forhold til *tilgængelige kompetencer*:

- At 67 % af medarbejderne svarer, at deres team 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag. 31 % svarer 'i nogen grad'.

Af interview med ledelsen om hvordan der er arbejdet med henstillingerne efter sidste års gentilsyn, fremgår det:

- At flere medarbejdere er blevet spurgt i forhold til deres forståelse af et spørgsmål i medarbejderskemaet sidste år, og her har det vist sig, at medarbejderne har svaret, som de har gjort, fordi de ikke har forstået spørgsmålet (spørgsmålet er siden omformuleret)

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- At 82 % af de relevante medarbejdere svarer, at de enten ikke har, eller ikke ved om de har et personligt kompetenceafklaringskema. Af disse medarbejdere svarer kun 33%, at skemaet er opdateret.

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

- Størstedelen af personalet svarer nej til, at de inden for de sidste tre måneder har udført opgaver, som de ikke havde kompetencer til
- Størstedelen af personalet svarer, at de kender kompetence- og overdragelseskemaet

**Tilsynet henstiller til**

At enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det inden for en afgrænset periode sikres, at:

- Der er en plan for, hvordan medarbejdere får kendskab til og løbende anvender kompetenceafklaringskemaerne og kompetence- og overdragelseskemaerne

**Enhedens tiltag:** Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstillinger. Se **Fejl!**  
**Henvisningskilde ikke fundet.**

**Tilsynets samlede vurdering:** Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat. Der følges op på om enheden har efterlevet handleplanen ved næste års tilsyn.

### Kendskab til instrukser og retningslinjer

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

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

#### **Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:**

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fremgår det:

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

- At 77 % af medarbejderne svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' har adgang til de oplysninger, de har brug for, for at kunne udføre deres arbejde hos borgerne. 21 % svarer 'i nogen grad'.

I forhold til *retningslinjer for anvendelsen af MyMedCards og VAR*<sup>22</sup>:

- At 62 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR. 38 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- At 62 % svarer, at de har adgang til at anvende VAR i deres daglige arbejde hos borgeren. 38 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- At 47 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de bruger VAR, når de er i tvivl om en procedure. Af disse medarbejdere svarer 17 %, at de bruger VAR 'hver uge', 12 % svarer '1-2 gange om måneden', 17 % svarer '1-2 gange i kvartalet' og 54 % svarer 'sjældnere'.
- At 91 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende MyMedCards.
- At 85 % svarer, at de har adgang til at anvende MyMedCards i deres daglige arbejde hos borgeren.
- At 17 % af medarbejderne svarer at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' bruger MyMedCards. 34 % svarer 'i nogen grad' og 41 % svarer 'i mindre grad'. Af disse medarbejdere svarer 22 %, at de bruger MyMedCards 'hver uge', 12 % svarer 'hver anden uge', 32 % svarer '1-2 gange om måneden' og 17 % svarer '1-2 gange i kvartalet'.

Af interview med ledelsen om hvordan der er arbejdet med henstillingerne efter sidste års gentilsyn, fremgår det:

- At VAR italesættes kontinuerligt i daglig tale og på teammøderne, hvor der også ofte i fællesskab slås op i VAR ved faglige drøftelser
- At VAR har ligget som et ikon helt fremme på forsiden af medarbejdernes tablet, så det har været tilgængeligt
- At enheden har oplevet, at der har været flere IT-problemer i forhold til, at medarbejderne har kunnet tilgå VAR

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

---

<sup>22</sup> I dette spørgsmål afrapporteres kun besvarelser fra de relevante faggrupper, dvs. besvarelser fra sygeplejersker, assistenter og hjælpere – 59 besvarelser i alt.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At 38 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til, om de ved hvordan de skal anvende VAR og om de har adgang til VAR i deres daglige arbejde.

I vurderingen er også lagt vægt på:

- At 91 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende MyMedCards og at 85 % svarer, at de har adgang til at anvende MyMedCards i deres daglige arbejde hos borgeren.

#### **Tilsynet anbefaler:**

- At der udarbejdes en plan for, hvordan det sikres, at medarbejderne får kendskab og adgang til at anvende VAR i deres daglige arbejde.

## **Rehabilitering**

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

- Telefoninterviews med 62 borgere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser
- Enhedens og tilsynets audit af i alt 16 borgerjournaler

Ved interview med borgerne fremgår det at:

- 64 % af borgerne angiver at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at de deltager i udførelsen af hjælpen. 30 % angiver 'hverken eller'.
- 81 % af borgerne angiver at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at personalet støtter dem i at klare flest mulige dagligdagsting. 18 % angiver 'hverken eller'.
- 81 % af borgerne angiver, at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at de har været med til at beslutte, hvad de skal kunne selvstændigt i dagligdagen. 18 % angiver 'hverken eller'.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- 15 % af medarbejderne angiver, at de i 'meget høj grad' eller 'i høj grad' kender borgernes livshistorie. 42 % angiver 'i nogen grad', 33 % angiver 'i mindre grad' og 10 % angiver 'slet ikke'.
- 62 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' aktivt inddrager borgerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter. 27 % angiver 'i nogen grad'.

Af journalaudit fremgår det at:

- Borgers mål i flere tilfælde ikke er udfyldt for helbredstilstande
- Borgers motivation og mestring ikke er beskrevet gennemgående
- Borgers indsats ikke gennemgående er beskrevet i døgnrytmeplanen
- Borgers ressourcer og indsatsmål fremgår gennemgående af journalerne

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

I vurderingen er der lagt vægt på at:

- Borgers mål i flere tilfælde ikke er udfyldt for helbredstilstande
- 43 % af medarbejderne 'i mindre grad' eller 'slet ikke' kender livshistorie for de borgere, du har opgaver ved.

I vurderingen er også lagt vægt på, at:



- At alle beboerne giver udtryk for at blive inddraget i indsatsen
- At størstedelen af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad', 'i høj grad' eller 'i nogen grad' inddrager beboerne i indsatsen.

#### **Tilsynet anbefaler**

- At borgerens mål dokumenteres for hver helbredstilstand
- At det afklares om der er behov for at medarbejderne i højere grad kender borgernes livshistorie

#### **E-læring**

Tilsynets vurdering af, om enheden sikrer at medarbejderne løbende vedligeholder deres kendskab til lovgrundlag for magtanvendelser og procedurer for medicin håndtering, vurderes ud fra:

Af udtræk fra e-læringsportalen Plan2Learn fremgår det, at:

- 143 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Magtanvendelse'. Ud af de 146 medarbejdere har 93 medarbejdere gennemført kurset. 53 medarbejdere er tilmeldt kurset, men har ikke gennemført enten hele eller dele af kurset.
- 45 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicin håndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'. Ud af de 45 medarbejdere har 11 medarbejdere gennemført kurset. 21 medarbejdere er tilmeldt kurset, men har ikke gennemført enten hele eller dele af kurset. 13 medarbejdere har tidligere gennemført kurset, men kurset er udløbet og kræver en recertificering.
- 128 medarbejder er tilmeldt kurset 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere'. Ud af de 128 medarbejdere har 46 medarbejdere gennemført kurset. 43 medarbejdere har tidligere gennemført kurset, men kurset er udløbet og kræver en recertificering. 39 medarbejdere er tilmeldt kurset, men har ikke gennemført hele eller dele kurset.

Af interview med ledelsen om hvordan der er arbejdet med henstillingerne efter sidste års gentilsyn, fremgår det:

- At det kan være svært at gennemføre e-læringskurser på tabletten med den måde kurserne aktuelt er sat op. Derudover er der tekniske problemer med at registrere at medarbejder har gennemført kursus, så der er behov for at leder giver merit. Endelig har flere medarbejdere ikke haft adgang til deres mail

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At under 50 % af medarbejderne har gennemført de obligatoriske kursus om 'Medicin håndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter' og 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere'.
- At under 75 % af medarbejderne har gennemført det obligatoriske kursus om 'Magtanvendelse'.

#### **Tilsynet henstiller til**

- At der iværksættes en indsats for at få alle relevante medarbejdere til at gennemføre de obligatoriske e-læringskurser om medicin håndtering.

### Tilsynet anbefaler

- At der iværksættes en indsats for at få alle relevante medarbejdere til at gennemføre det obligatoriske e-læringskursus om magtanvendelser.

**Enhedens tiltag:** Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstillinger. Se **Fejl!**  
**Henvisningskilde ikke fundet.**

**Tilsynets samlede vurdering:** Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat. Der følges op på om enheden har efterlevet handleplanen ved næste års tilsyn.

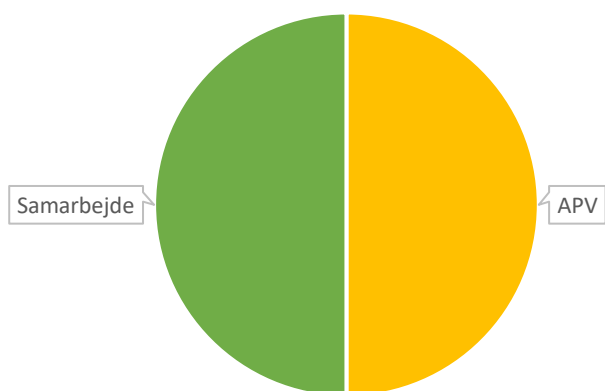
## Organisation

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

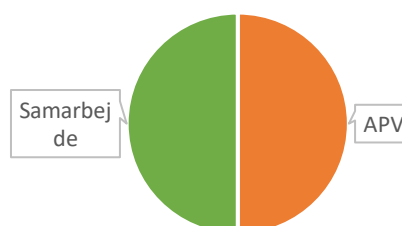
- APV
- Samarbejde
- Budgetoverholdelse
- Sygefravær
- Eksterne tilsyn

## Oversigt over tilsynets vurdering

### Organisatorisk bæredygtighed 2022



### Organisatorisk bæredygtighed 2021



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

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

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

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

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

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

### APV

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

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

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

- At der ikke er udfyldt APV-skema for 2 ud af 16 borgere

Af interview med ledelsen om hvordan der er arbejdet med henstillingerne efter sidste års gentilsyn, fremgår det:

- At der er blevet fulgt op på de handleplaner enheden udarbejdede på baggrund af sidste års tilsyn, herunder:
  - Hvert kvartal gennemgår arbejdsmiljørepræsentanterne borgerlisterne, hvilket er indført i enhedens årshjul
  - At APV-skemaerne ikke er logiske i deres opbygning, hvilket betyder, at medarbejderne kan undlade at udfylde skemaerne

**Tilsynet vurderer** at der er gjort fund af mindre betydning for arbejdsmiljøet på enheden.

I vurderingen er der lagt vægt på at:

- At der ikke er et opdateret APV-skema for to ud af 16 borgere

**Tilsynet anbefaler**

- At der arbejdes med at sikre, at der er opdaterede APV-skemaer for alle borgere

## Samarbejde

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

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

**Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:**

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fremgår det, at:

- 61 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. 39 % af medarbejdere svarer, at der er 'både og'.
- 68 % af medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne på arbejdspladsen. 30 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
- 88 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med eget team.
- 65 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med andre enheder i Sundhed og Omsorg. 30 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
- 76 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med ledelsen. 20 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
- 96 % af medarbejderne angiver at de 'i meget høj grad' og 'i høj grad' kan spørge deres kollegaer til råds, hvis de er i tvivl om noget.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

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

## Sygefravær

Vurderingen af enhedens sygefravær, bygger på:

- Oversigt over sygefraværprocenten i perioden 1. april 2021 til 31. marts 2022

Af sygefraværsoversigten fremgår det:

- At sygefraværsprocenten for Hjemmehjælp og hjemmesygepleje Grenaa har været på 7,72 % i perioden.
- At til sammenligning er den samlede sygefraværsprocent i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune i samme periode på 7,2 %

## Budgetoverholdelse

**Tilsynet vurderer at:** Der aktuelt er udfordringer med budgetoverholdelsen for hjemmeplejen og sygeplejen, Grenaa og Anholt. Udfordringen er primært den vanskelige rekrutteringssituation, hvor der ikke kan ansattes et tilstrækkeligt antal medarbejdere på ordinære vilkår. De manglende medarbejdere nødvendiggør en ekstraordinær indsats for at fremskaffe personale til at udfører opgaverne. Indsatsen indebærer merarbejde, overarbejde for det eksisterende personale – herunder inddragelse af fridage, kort varsling mv. – samt en udstrakt brug af eksternt vikarbureau. Med henblik på at imødegå udfordringen ved de manglende personaletimer arbejdes med prioritering i ydelserne (fleksibelt serviceniveau), fokus på at tilpasse indsatserne til borgernes aktuelle behov samt andre tiltag, der kan lette opgavetrykket på hjemmeplejen og sygeplejen.

På Anholt er der særlige udfordringer i modsætningen mellem den lille opgave-/personalemængde og kommunens forpligtelse til at levere sundhedslovsydelser døgnet rundt. Der har de senere år været borgere, som har haft behov for hjælp, som skulle leveres udover den normale ”åbningstid”, hvilket har medført ekstraomkostninger til honorering af personalet for tilkald.

Samlet set vurderes hjemmeplejen/sygeplejen Grenaa og Anholt at få et merforbrug i 2022 i størrelsesordenen 2,0 mio. kr. Der arbejdes vedvarende på at reducere merforbruget.

## Opsamling på andre/tidligere tilsyn

Ingen øvrige tilsyn


## Bilag 1: Oversigt: Journalaudit

Antal journaler hvor følgende er opfyldt:

<i>Opfølgning på forværring i borgers tilstand</i>	Tilsynets audit på 6 borgere	Enhedens audit på 10 borgere
Opfølgning på observationer	1 ud af 1	9 ud af 9
Opfølgning på målinger uden for tærskelværdi	-	2 ud af 2
<i>Opdateret beskrivelse af og plan for borgers helbreds- og funktionstilstande</i>		
Relevante helbredsoplysninger	5 ud af 6	10 ud af 10
Taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser	4 ud af 6	9 ud af 10
Sygeplejefaglig udredning	1 ud af 5	7 ud af 10
Alle relevante helbredstilstande valgt	5 ud af 5	10 ud af 10
Fyldestgørende faglige notater for helbredstilstande	5 ud af 5	9 ud af 10
Alle relevante funktionstilstande valgt	-	-
Oprettet relevante handlingsanvisninger	5 ud af 5	10 ud af 10
Henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant	0 ud af 1	4 ud af 4
Er det beskrevet, hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages?	1 ud af 5	3 ud af 5
Er handlingsanvisningerne opdaterede?	4 ud af 5	9 ud af 10
Døgnrytmeplan opdateret	4 ud af 6	7 ud af 7
Afspejler døgnrytmeplanen borgerens daglige behov for pleje og borgerens aktiviteter?	5 ud af 6	7 ud af 7
Hvis relevant: En aktuell forflytningsvejledning for borgeren	-	3 ud af 3
Oprettet opgaver på alle tilstande mindst en gang årlig	3 ud af 5	9 ud af 10
<i>Understøttelse af borgerens retsstilling</i>		
Borgerens samtykke fremgår af handleanvisningen	3 ud af 4	8 ud af 10
Borgers samtykke ved videregivelse af helbredsoplysninger	2 ud af 5	4 ud af 7
Tidsfrist for indberetning af magtanvendelse overholdt	-	-
<i>Understøttelse af rehabiliterende tilgang</i>		
Beskrivelse af borgers motivation	2 ud af 5	8 ud af 10
Beskrivelse af borgers mestring	3 ud af 5	4 ud af 10
Beskrivelse af borgers ressourcer	5 ud af 5	4 ud af 10
Borgers mål udfyldt i helbredstilstand	1 ud af 5	9 ud af 10
Borgers vurdering ved funktionstilstande	-	1 ud af 7
Oprettet relevante indsatsmål	4 ud af 5	9 ud af 10
Feltet 'Borgers indsats' udfyldt i Døgnrytmeplan	2 ud af 5	5 ud af 7

## Bilag 2: Enhedens handleplan

Tema: tilsynet henstiller til:	Handling:	Tid:	Ansvarlig :	Evaluering/opsamling:
<p><b>Delegation og kompetencer:</b>  <b>Sikring af plan for medarbejdernes kendskab til og løbende anvendelse af kompetenceafklaringskemaerne og kompetence- og overdragelseskemaerne.</b></p>	<p>Medarbejderne oplæres ved nye opgaver jf. det generelle kompetenceskema, som bruges flittigt. Der vil sættes fokus på afklaring af hvordan det personlige kompetenceoverdragelseskema kan håndteres såvel i praksis som datasikkerhedsmæssigt.</p>	<p>September 2022-februar 2023</p>	<p>Medarbejdere og ledere</p>	<p>Kontinuerlig, både i forbindelse med nye opgaver, eller hvor opgaverne enten forekommer sjældent, eller har været rutine i lang tid.</p>
<p><b>E- læring</b>  <b>Alle relevante medarbejdere skal gennemføre de obligatoriske e-læringskurser om medicinhåndtering</b></p>	<p>Medarbejderne har i forsommeren fået mail til at fungere og kan dermed modtage mail om fornyelse af E-læring. Planen er bevidstgørelse om at der kommer en reminder</p>	<p>Start efterår 2022</p>	<p>afd.ledere</p>	<p>Ledelsesmæssig opfølgning ved stikprøver.  Den ledelsesmæssige opfølgning på E-læring er lederoverblikket besværliggjort af andre kurser som er "blandet" i de aktuelle for pågældende medarbejder. Samtidig er der udfordringer i opdateringer i Plan2learn</p>

<p><b>Generel opgaveløsning og dokumentation</b></p>	<p>Der er udarbejdet et "isbjerg" som nudging – er fundamentet ikke i orden tipper isbjerget.</p> <p>Isbjerget er hængt op som motivation og inspiration.</p>	<p>Isbjerg et er fortsat synligt til inspiration</p>	<p>Ledergruppen</p> <p>Ledergruppen</p>	 <p>The diagram illustrates an iceberg floating in the ocean. The visible tip above the water surface is labeled 'Det synlige isbjerg' (The visible iceberg). The much larger part submerged below the surface is labeled 'Det usynlige isbjerg' (The invisible iceberg). A central star-shaped label within the submerged part reads 'Kernen i projektet' (The core of the project). Various other labels in Danish describe different aspects of the project, such as 'Målsætning og visioner' (Goals and vision), 'Strategi og planlægning' (Strategy and planning), 'Udførelse og dokumentation' (Execution and documentation), 'Evaluering og læring' (Evaluation and learning), 'Kommunikation' (Communication), 'Ressourcer og kompetencer' (Resources and competences), 'Risikofaktorer' (Risk factors), 'Udfordringer og problemer' (Challenges and problems), 'Ansvar og roller' (Responsibilities and roles), 'Tid og økonomi' (Time and economy), and 'Udgangspunkt' (Starting point).</p>
--	---	--	---	---