

Sundhed og
træning:
Døgnafsnittet
Auning.
Kommunalt
tilsyn

23. august
2021

Indhold

Målepunkter i det kommunale tilsyn	3
Datagrundlaget for det kommunale tilsyn	3
Rapportens opbygning	4
Enhedens præsentation af sig selv.....	5
Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set.....	6
Sammenfatning af tilsynets konklusioner	7
Patientsikkerhed	10
Oversigt over tilsynets vurdering	10
Den sundhedsfaglige dokumentation	10
Medicinkontrol	12
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)	13
Magtanvendelser.....	15
Hygiejne	15
Brugertilfredshed.....	16
Oversigt over tilsynets vurdering	16
Brugertilfredshed.....	16
Omgangsform og rengøring	17
Faglighed.....	19
Oversigt over tilsynets vurdering	19
Delegation og kompetencer	19
Kendskab til instrukser og retningslinjer	21
Rehabilitering.....	22
E-læring.....	23
Organisation.....	25
Oversigt over tilsynets vurdering	25
APV.....	25
Samarbejde	26
Sygefravær.....	26
Budgetoverholdelse.....	27
Opsamling på andre/tidligere tilsyn	27
Bilag 1: Oversigt: Journalaudit	28
Bilag 2: Enhedens handleplaner	29

Indledning

Det kommunale tilsyn i Sundhed og Omsorg udføres jf. Norddjurs Kommunes tilsynspolitik for kommunale tilsyn i Sundhed og Omsorg 2020 (<https://www.norrdjurs.dk/norrdjurs/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 aftaleenheden og et anmeldt fysisk besøg, hvor beboere interviewes og der foretages stikprøvekontrol på eksempelvis rengøring og hygiejne generelt

Målepunkter i det kommunale tilsyn

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

- Patientsikkerhed
 - Herunder: Den sundhedsfaglige dokumentation, arbejdet med utilsigtede hændelser, medicinhåndtering, hygiejne og forebyggelse af magt
- Brugertilfredshed
 - Herunder: Behandling af klager og bekymringshenvendelser og brugertilfredshed hos borgere/beboere
- Faglighed
 - Herunder: Arbejdet med delegation og kompetencer, medarbejdernes kendskab til relevante instrukser, procedurer og retningslinjer, arbejdet med rehabilitering og medarbejdernes løbende vedligeholdelse af kompetencer (e-læring)
- Organisatoriske forhold
 - Herunder: Arbejdsmiljø, 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 2021 på enheden

- Journalaudit på fire journaler
- Enheden har udført en lokal journalaudit på otte journaler
- Interview med ledelsen om det lokale arbejde med sikring og udvikling af henholdsvis patientsikkerhed, brugertilfredshed, faglighed og organisatorisk bæredygtighed
- Interview med fem beboere vedrørende deres mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede service.
- Spørgeskemaundersøgelse hos alle relevante medarbejdere ansat i enheden vedrørende de faglige rammer for deres arbejde. 11 medarbejdere har svaret på hele spørgeskemaet. Tre

medarbejdere har svaret på dele af spørgeskemaet. Dette giver en svarprocent på 79 %, hvilket er meget tilfredsstillende.

- Stikprøvekontrol af en dispensering og tre beboeres medicinbeholdning
- Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er omfattende de tre hovedområder – medicinfejl, fald, infektioner
- Udtræk fra medarbejder-app'en MyMedCards af hvor mange medarbejdere, der har set/læst hvilke instrukser og retningslinjer
- Oversigt over sygefraværsprocenten pr 1. maj 2021
- Opgørelse af forventet budgetoverholdelse for regnskabsåret 2021

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 op på resultatet af enhedens tiltag inden for en periode på seks måneder

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 særskilt 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.

Enhedens præsentation af sig selv

Træningscenter Auning, Døgn er en del af Sundhed og Træning, Sundhed og Omsorg

Aftaleholder er daglig leder for de 8 midlertidige Døgn pladser i Træningscentret i Auning. Afdelingen dække hele Norddjurs Kommune og får borgere med genoptræningsplan §140 og §86.

Fremmødeprofil i Døgn

- Dagvagt: 4-5 sygeplejersker og assistenter, 2 Ergoterapeuter og 2 Fysioterapeuter.
- Weekendvagt dagvagt: 2 Sygeplejersker og assistenter
- Aftenvagt: 2 assistenter
- Nattevagt: 1 assistent

Præsentation af enhedens aktuelle vilkår og rammer for arbejdet

Træningscenter Auning skal i løbet af to år være specialiseret Hjerneskadecenter, og det betyder at vi allerede nu er i gang med en udvikling i Døgn, hvor vi udover at tage borgere med Genoptræningsplaner på avanceret niveau, også er begyndt på at tage borgere på specialiseret niveau.

Den nye gruppe af borgere kræver meget daglig træning og de har ofte et meget stort plejebehov, derfor er afdelingen for nylig tilført flere ressourcer og vi er i gang med at ansætte ekstra ergoterapeut, fysioterapeut og sygeplejerske og SSA, med erfaring fra det neurologiske område. Så fremmødeprofilen kommer til at ændre sig med flere i weekendvagt af alle faggrupper og flere fordelt i dagvagt over borgerens vågne timer.

Vi har en stor udfordring i forhold til at stå midt i en stor udvikling, kompetenceudvikling og omlægning af dagligdagen i afdelingen. Det giver selvsagt en del usikkerhed ind imellem og kræver, at der sættes tid af til dialog og planlægning i det kommende efterår.

De seneste år har vi arbejdet med psykisk arbejdsmiljø, arbejds gange, tværfagligt samarbejde i teams, UTH 'er og sygefravær. Men en del er besværliggjort af coronarestriktioner og deraf manglende personalemøder m.m.

Afdelingen bar i lang tid præg af at have fusioneret med Døgn i Posthaven og deraf belastet arbejdsmiljø, men det er ikke noget, der har betydning længere og derfor er det lettere at fokusere på udvikling.

Der er sidst lavet en APV i marts 2020 og der er holdt MUS i 2020 og 2021 hvor der bl.a. er talt om psykisk arbejdsmiljø og samarbejde.

Ellers har vi haft en del udskiftninger og nyt personale som altid præger hverdagen i en periode.

Vi en lille afdeling og derfor sårbare ved sygdom og afvikling af ferie.

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set

Figurene nedenfor illustrerer tilsynets vurdering af enhedens arbejde med hvert af 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 af tilsynets konklusioner

Patientsikkerhed: Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med den sundhedsfaglige dokumentation, medicin håndtering, utilsigtede hændelser¹ (UTH'er) og magtanvendelser: *At der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

Dokumentation: Der er gjort fund af betydning for kvaliteten af dokumentationen.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der ses en måling med lave værdier, hvor der følges op, men ikke eksplicit er taget stilling til den videre plan
- At planen for borgerens behandling og pleje ikke fremgår på en ensartet måde af journalerne
- At det ikke konsekvent er dokumenteret, at der er taget stilling til borgerens evne til at varetage egne helbreds mæssige interesser, borgerens samtykke til behandling og pleje samt videregivelse af helbreds oplysninger til tredjepart.

I vurderingen er også lagt vægt på:

- At der gennemgående er valgt de relevante tilstande og disse er beskrevet fyldestgørende
- At borgerens døgnrytmeplan fremstår opdateret og relevant.

Medicinkontrol: Der er gjort fund af mindre betydning for kvaliteten af enhedens håndtering af medicin

UTH: Der er gjort fund af betydning for kvaliteten af enhedens arbejde med UTH'er.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At kun 36 % af medarbejderne svarer positivt i forhold til: At de får passende tilbagemeldinger på deres arbejde & At kolleger opfordrer dem til at sige til, hvis de er bekymrede for patientsikkerheden.

I vurderingen er også lagt vægt på:

- At der ses indberetninger af flere typer af UTH'er
- At der er et ledelses mæssigt fokus på det systematiske arbejde med læring af UTH'er og udbredelsen af denne læring
- At der er en overvejende positiv besvarelse fra medarbejderne på spørgsmålene om enhedens kultur i forhold til at understøtte arbejdet med UTH.

Magt: Der er ikke er gjort fund i forhold til enhedens håndtering af magtanvendelser

Brugertilfredshed: Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med brugertilfredshed og klager/bekymrings henvendelser: *At der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

Brugertilfredshed: Der er ikke gjort fund i forhold til brugertilfredsheden.

I vurderingen er lagt vægt på:

- At de interviewede borgere alle giver udtryk for stor tilfredshed med den leverede praktiske hjælp og personlige pleje, med maden, leveringen af hjælpen og relationen til medarbejderne.

¹ En UTH er en hændelse, hvor sundhedspersoner uforvarende forvolder fejl og skader, når borgerne behandles eller på anden måde er i kontakt med enheden.

Derudover er der lagt vægt på:

- At medarbejderne overvejende svarer positivt i forhold til rammerne for at levere indsatsen og at der foregår en løbende kvalitetssikring.

Faglighed: 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 obligatorisk e-læring: *At der er gjort fund af betydning for den faglige kvalitet.*

Delegation: Der er gjort fund af betydning i forhold til, hvordan enheden sikrer, at kommunens retningslinjer for delegation efterleves.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der ikke foreligger en konkret plan for, hvordan enheden sikrer systematisk opfølgning på delegerede opgaver
- At kun 55 % af medarbejderne angiver at kende proceduren for delegation
- At kun 27 % af medarbejderne svarer ja til, at de har en opdateret kompetenceprofil – hvilket, selvom der tages højde for svarprocent og medarbejdersammensætning, er en forholdsvis lille andel af medarbejderne.
- At det kun er 39 % af medarbejderne, der angiver at have de rette kompetencer tilgængelige hver dag

Instrukser og retningslinjer: Der er gjort fund af betydning for den faglige kvalitet på enheden.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At kun 45 % af medarbejderne angiver at kende retningslinjer for anvendelsen af MyMedCards

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der beskrives en fast kommunikationspraksis og ansvarsfordeling i forhold til denne for at sikre en systematisk videreformidling af nye og relevante retningslinjer mm.

Rehabiliterende tilgang: Der er gjort fund af mindre betydning for den faglige kvalitet på enheden.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At beboernes perspektiv ikke er dokumenteret systematisk og gennemgående i journalerne.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At borgernes besvarelse viser, at der i høj grad er et rehabiliterende fokus i den måde hjælpen tilrettelægges på ved borgerne.
- At borgeren kender og er inddraget i processen med at fastsætte mål
- At medarbejderne angiver en høj grad af kendskab til den enkelte borgers livshistorie og handleplan

E-læring: Der er gjort fund af betydning for den faglige kvalitet på enheden.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At under halvdelen af de tilmeldte medarbejdere har gennemført de obligatoriske kurser om magtanvendelse (12 %), medicin håndtering for social og sundhedshjælper (0 %) og medicin håndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (14%). Grundet en teknisk fejl er medarbejderne ikke automatisk blevet tilmeldt de obligatoriske kurser og lederen har derfor aktivt selv skulle tilmelde medarbejderne til kurserne.

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

APV: Der er gjort fund af betydning for arbejdsmiljøet i enheden.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der ikke er udfyldt APV-skemaer for beboerne.

Samarbejde: Der er ikke gjort fund i forhold til kvaliteten af det interne samarbejde

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At størstedelen af medarbejderne angiver, at der er et godt samarbejde internt, på tværs af faggrupper og i forhold til ledelse

Patientsikkerhed

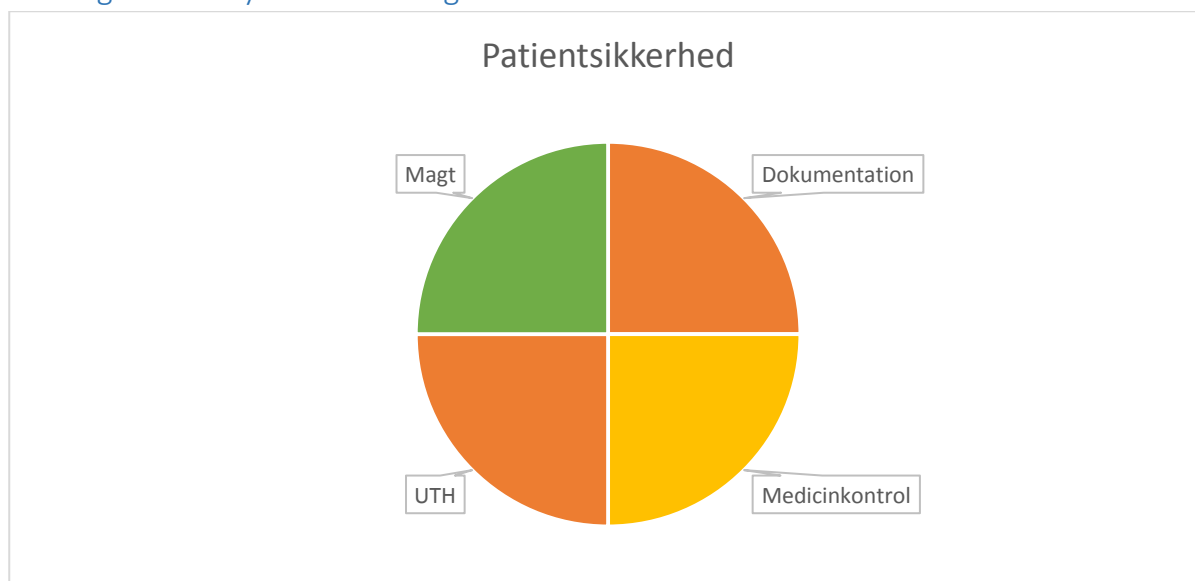
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med den sundhedsfaglige dokumentation og de sundhedsfaglige 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 kvaliteten.

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 fund af betydning for den leverede kvalitet.*

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

Den sundhedsfaglige dokumentation

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens sundhedsfaglige dokumentation bygger på:

- Tilsynets uanmeldte journalaudit på fire tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til 52 vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet
- Enhedens lokale journalaudit på otte af deres borgerjournaler ud fra 68 kriterier

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund²:

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

I forhold til *opfølgning på forværring i borgers tilstand*

- At der generelt dokumenteres opfølgning på observationer med en vurdering eller konklusion i et efterfølgende observationsnotat – jf. også Norddjurs Kommunes retningslinjer
- At der ses et tilfælde, hvor der ikke følges op på målinger af et lavt blodtryk, med andet end en konstatering af at blodtrykket er lavt. Blodtrykket er målt på ordination fra egen læge, men det er ikke tydeligt angivet, hvem der har ansvaret for at følge op og hvornår

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

- At helbredsoplysningerne fremstår som en kort opsummering af sygdomshistorik. Det vil sige, at helbredsoplysninger ikke afspejler alle de helbreds-mæssige problemstillinger og handicaps, borgeren har.
- At der generelt er oprettet de relevante tilstande, både i forhold til funktionsevne og helbred, og at disse fremstår opdaterede og fyldestgørende.
- At der gennemgående ikke er oprettet de relevante udredninger, de relevante handlingsanvisninger og de relevante opgaver til opfølgning på tilstandene. Dette betyder, at planen for pleje og behandling ikke fremgår entydigt eller et sted i journalen. I forhold til den løbende opfølgning, bliver der i stedet for opgaver oprettet indsatsen 'Opfølgning sygepleje'
- At der ses opdaterede og tydelige døgnrytmeplaner

I forhold til sammenhæng og systematik

- At der gennemgående er de relevante relationer
- At det ikke er tydeligt hvor planen for behandling og pleje fremgår af journalen. I en journal fremgik den samlede terapeutfaglige plan af et indsatsmål

I forhold til understøttelse af borgerens retsstilling

- Der er ikke konsekvent taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbreds-mæssige interesser
- Borgers informerede samtykke til den aktuelle pleje og behandling er ikke dokumenteret gennemgående
- Borgers samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger er ikke dokumenteret gennemgående

Derudover fandt tilsynet:

- At der ved en borger ikke er foretaget den lovpligtige sygeplejefaglige udredning

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: At der er gjort fund af betydning for kvaliteten af dokumentationen.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der ses en måling med lave værdier, hvor der ikke eksplicit er taget stilling til den videre plan. Der er lagt vægt på, at planen for borgerens behandling og pleje ikke fremgår på en ensartet måde af journalerne, og der er lagt vægt på, at det ikke konsekvent er dokumenteret, at der er

² Se Bilag 2 for en opgørelsen over, hvor mange journaler, der lever op til de enkelte målepunkter

taget stilling til borgerens evne til at varetage egne helbredsmæssige interesser, borgerens samtykke til behandling og pleje samt videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart. I vurderingen er også lagt vægt på, at der gennemgående er valgt de relevante tilstande, at disse er beskrevet fyldestgørende og at borgerens døgnyrmeplan fremstår opdateret og relevant.

Tilsynet henstiller til

- At planen for behandling og pleje skrives eksplicit i journalen, for eksempel i borgerens handlingsanvisning og at der her henvises til beskrivelsen af hvornår og hvordan der skal reageres ved målinger uden for normalområdet i kommentarfeltet for tærskelværdier i målinger.
- At stillingtagen til borgerens evne til selv at varetage egne helbredsmæssige interesser dokumenteres i journalen.
- At borgerens informerede samtykke i forhold til pleje og behandling samt videregivelse af helbredsmæssige oplysninger dokumenteres i journalen.
- At der oprettes de relevante udredninger og arbejdes med omsorgsjournalens opgave-funktion.

Enhedens tiltag:

- Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstillinger. Se bilag 2.

Tilsynets samlede vurdering:

- Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan rette op på områderne og opnå det ønskede resultat. Der følges op på dette inden for en nærmere fastsat periode. Se bilag 2.

Medicinkontrol

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

- Tilsynsenhedens observation af en dispensering
- Tilsynsenhedens gennemgang af yderligere tre beboeres medicinbeholdning
- Tilsynets uanmeldte journalaudit på fire tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved observation af dispensering af medicin samt ved gennemgang af medicinbeholdninger finder tilsynet;

- At der ved to borgere findes manglende personidentifikation på en eller flere doseringsæsker.
- At der ved en enkelt borger ses medicinpræparater uden personidentifikation
- At der ikke ses en systematisk og ensrettet arbejdsgang for, hvordan og hvornår handelsnavn opdateres i den lokale medicinliste. Herved er der risiko for, at den doserede medicin ikke stemmer overens med den udprintede medicinliste.
- At der i et enkelt tilfælde ses pauseret/seponeret medicin, hvor holdbarhedsdatoen er overskredet. Dette har ingen aktuel konsekvens for borgeren, men i tilfælde af at der er behov for at genoptage en behandling, kan det ske, at der tages medicin i brug, som ikke længere har den ønskede effekt eller virkning.

Ved gennemgang af journalaudit finder tilsynet;

- At der ses enkelte pn-præparater, hvor der ikke er angivet maksimal døgndosis.
- At der ses flere tilfælde i en borgerjournal, hvor der følges op på PN-medicin i medicinnotater i stedet for i observationsnotater, som det ellers er beskrevet i Norddjurs Kommunes instrukser.

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: At der er flere forhold af mindre betydning for kvaliteten inden for det pågældende område.

Tilsynet anbefaler:

At der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:

- At alle doseringsæsker hos borgeren får påført personidentifikation.
- At alle borgernes medicinpræparater inklusiv vitaminer og anden håndkøbsmedicin får påført persondata
- At handelsnavn på et præparat altid stemmer overens med den udprintede medicinliste i medicinskabet.
- At pauseret og seponeret medicin med faste mellemrum kontrolleres, så præparater med overskredet holdbarhedsdato fjernes og destrueres.
- At der ved pn-ordinationer altid fremgår maksimal døgndosis.
- At der i forbindelse med udlevering af pn-medicin følges op med et observationsnotat, som beskriver effekt og eventuel videre behandlingsplan.

Tilsynet fremhæver:

- At der ses en god orden i medicinskabene samt en korrekt og tydelig adskillelse af borgerens aktuelle og pauserede medicin.
- At der ved medicingennemgang observeres korrekt opbevaring af B12-injektionsvæske (på køl).
- At borgerne i rehabiliteringsøjemed inddrages i medicindosering og medicinadministration i det omfang, de kognitivt og ressourcemæssigt er i stand til det.

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 indrapporteret³
- Dialog med ledelsen om organiseringen af og strategien for arbejdet med utilsigtede hændelser på enheden
- 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 enkelte af andre typer UTH'er

Af ledelsesinterviewet fremgår det:

I forhold til sikring af medarbejdernes kendskab til hvordan man indberetter UTH'er

- At introduktionen til hvordan man indberetter en UTH, er en del af det faste introduktionsprogram for nye medarbejdere. De introduceres blandt andet ved udlevering af en folder
- At der angives at være en god tradition på enheden for at indberette UTH'er

I forhold til sikring af lokal læring på baggrund af UTH'er

³ Udtrækket viser indberettede UTH'er for både enheden Træningscenter Døgn og enheden Ambulant Træning

- At gennemgangen af de indberettede UTH'er følger en fast form, hvor typerne af UTH samles og tages op på personalemøder i plejegruppen, der består af sygeplejersker og assistenter, da UTH'erne hovedsageligt vedrører medicin
- At der eksempelvis har været UTH'er vedrørende medicin, der var glemt/ikke givet. På baggrund af drøftelser i plejegruppen er der etableret nye arbejdsgange, der løbende følges op på.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 91 % af medarbejderne svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ved hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse
- 54 % af medarbejder ved 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' hvordan der arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen. 9 % svarer 'i nogen grad' og 27 % svarer 'i mindre grad'.
- 72 % af medarbejderne angiver, at enheden håndterer utilsigtede hændelser på en hensigtsmæssig måde.
- 82 % af medarbejderne er 'helt enige' og 'delvis enige' i at de ville føle sig trygge som beboere i deres enhed
- 54 % af medarbejder angiver, at de er 'helt enige' eller 'delvis enig' i, at de ved, hvor de kan få svar på spørgsmål om patientsikkerheden
- 36 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at de får passende tilbagemeldinger på, hvordan de klarer deres arbejdsopgaver
- 64 % af medarbejderne er 'helt uenige' eller 'delvist uenige' i, at det er svært at diskutere utilsigtede hændelser på deres arbejdsplads
- 36 % af medarbejderne er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at kollegaer opfordrer dem til at sige til, hvis de er bekymrede for patientsikkerheden
- 63 % er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at kulturen gør det nemt at lære af andres utilsigtede hændelser.

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: At der er gjort fund af betydning i forhold til enhedens arbejde med UTH'er.

I vurderingen er der lagt vægt på, at kun 36 % af medarbejderne svarer positivt i forhold til: At de får passende tilbagemeldinger på deres arbejde & At kolleger opfordrer dem til at sige til, hvis de er bekymrede for patientsikkerheden.

I vurderingen er også lagt vægt på, at det er positivt, at der ses forskelligartede indberetninger af UTH'er, at der er et ledelsesmæssigt fokus på det systematiske arbejde med læring af UTH'er og udbredelsen af denne læring samt en overvejende positiv besvarelse fra medarbejderne på spørgsmålene om enhedens kultur i forhold til at understøtte arbejdet med UTH.

Tilsynet henstiller til:

- At der udarbejdes en plan for hvordan medarbejderne understøttes i at diskutere og sætte spørgsmålstejn ved patientsikkerheden på enheden.
- At der udarbejdes en plan for hvordan det kan afklares, hvilken form for tilbagemelding på deres arbejdsopgaver, medarbejderne efterspørger.

Enhedens tiltag:

- Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende enhedens arbejde med delegation. Se bilag 2.

Tilsynets samlet vurdering:

- Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan rette op på området og opnå det ønskede resultat. Der følges op på dette af tilsynsenheden inden for en periode på seks måneder.

Tilsynet fremhæver:

- At der er et systematisk arbejde med at skabe overblik over hvilke typer af UTH'er der indberettes og med at afprøve initiativer, der kan forebygge at disse UTH'er sker igen

Magtanvendelser

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

- Journalaudit
- Interview med ledelse

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

- At i ingen af de journaler, der blev auditeret af tilsynet, var der indberettet magtanvendelser

Af interview med ledelsen fremgår det:

- At der ikke har været magtanvendelser på enheden under den nuværende aftaleholder
- At der ikke er en fast procedure for magtanvendelse – men at enheden ved, hvor den kan opsøge viden, hvis det bliver aktuelt

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: At der ikke er gjort fund i forhold til enhedens håndtering af magtanvendelser

Hygiejne

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

- Observationer ud fra tjekskema i enhedens lokaler og i forbindelse med medicinkontrol og interviews i beboernes lejligheder

Sammenfatning af observationer:

Ved observation i enhedens lokaler og beboernes lejligheder:

- At der observeres en enkelt medarbejder, der har armbåndsurl på, men ellers ses der ikke brud på retningslinjerne for at anvende ringe, armbånd og ure
- At uniformsetiketten overholdes blandt de observerede medarbejdere
- At der opsat sæbe og spritdispenserer på personaletoaletter og i lejligheder
- At der ikke gennemgående er en instruktion i korrekt håndvask ved alle personalehåndvaske
- At der ses korrekt hånddesinfektion forud for og ved afslutning af en opgave

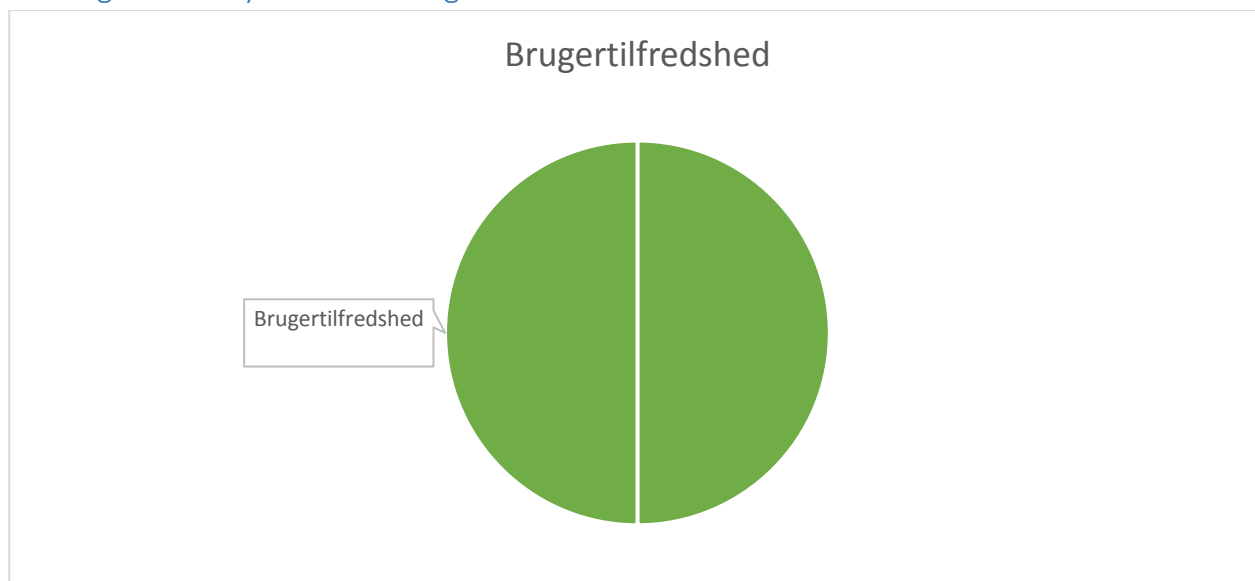
Brugertilfredshed

I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser⁴. 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



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

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

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

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

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

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

Brugertilfredshed

Tilsynets vurdering af brugertilfredsheden på enheden bygger på:

- Interviews med 5 beboere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewene⁵ fremgår det, at:

⁴ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

- Generelt giver de 5 beboere overordnet udtryk for stor tilfredshed med *de fysiske rammer på centeret*. Beboerne giver udtryk for tilfredshed med deres bolig på centeret, med centerets fællesarealer og med de udendørs arealer.
- Beboerne er tilfredse med *aktiviteter og socialt samvær på centeret*. Beboerne giver udtryk for at være enten 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med de daglige aktiviteter.
- Størstedelen af beboerne oplyste, at de nu er blevet selvhjulpne i forhold til personlig hygiejne. Beboerne oplyste, at de tidligere har fået hjælp til dette og var meget tilfredse med *hjælpen til den personlige pleje*, da de modtog den.
- Alle beboere er samlet set tilfredse med *den praktiske hjælp*. Beboere er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med rengøringen af bolig og fællesarealerne. Størstedelen af beboerne er selvhjulpne i forhold til tøjvask.
- Alle beboerne vurderer *maden* som 'meget god' eller 'god'.
- Beboerne fortæller, at de er meget glade for *personalet*. Alle beboere er 'helt enige' i udsagnene: 'Personalet udviser respekt for mig', 'Omgangstonen mellem mig og personalet er god' og 'Personalet lytter til hvad jeg har behov for'. Alle beboerne er 'helt enige' og 'enige' i udsagnet: 'Hjælpen er lige god uanset hvilken hjælper, der kommer'.
- Der er også en høj grad af tilfredshed i vurderingen af *de praktiske forhold vedrørende hjælpen*. Alle beboerne angiver 'i meget høj grad' til spørgsmålet, om de får den hjælp, de har behov for, og om de deltager i de ting, de kan og ønsker at deltage i og om personalet tager hensyn til, hvordan de gerne vil have deres døgnrytme'. Ingen af beboerne angiver, at deres hjælp bliver aflyst.
- Der er ingen beboere, der benytter mellemkategorien 'hverken tilfreds eller utilfreds' eller de to kategorier, 'delvist utilfreds' eller 'meget utilfreds' i deres besvarelser.

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 75 % der svarer 'i høj grad' og 8 % der svarer 'i nogen grad'
- 50% af medarbejderne svarer, at der 'i høj grad', løbende arbejdes med kvalitetsudvikling- og sikring i forhold til pleje og aktiviteter. 33 % af medarbejderne svarer 'i nogen grad',

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

I vurderingen er lagt vægt på, at de interviewede borgere alle giver udtryk for stor tilfredshed med den leverede praktiske hjælp og personlige pleje, med maden, leveringen af hjælpen og relationen til medarbejderne. Derudover er der lagt vægt på, at medarbejderne overvejende svarer positivt i forhold til rammerne for at levere indsatsen og at der foregår en løbende kvalitetssikring.

Tilsynet fremhæver: At beboernes vurdering gennemgående er meget positiv

Omgangsform og rengøring

Tilsynet 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 og interviews i borgernes hjem

Sammenfatning af observationer:

Ved observation i enhedens lokaler og beboernes lejligheder ses det, at:

- Borgernes hjem, fremstår rene og ryddelige

- Fællesområderne fremstår rene og ryddelige
- Hjælpe midler fremstår rene
- Der observeres en god omgangstone mellem personale og borger, borgerne imellem og personalet imellem

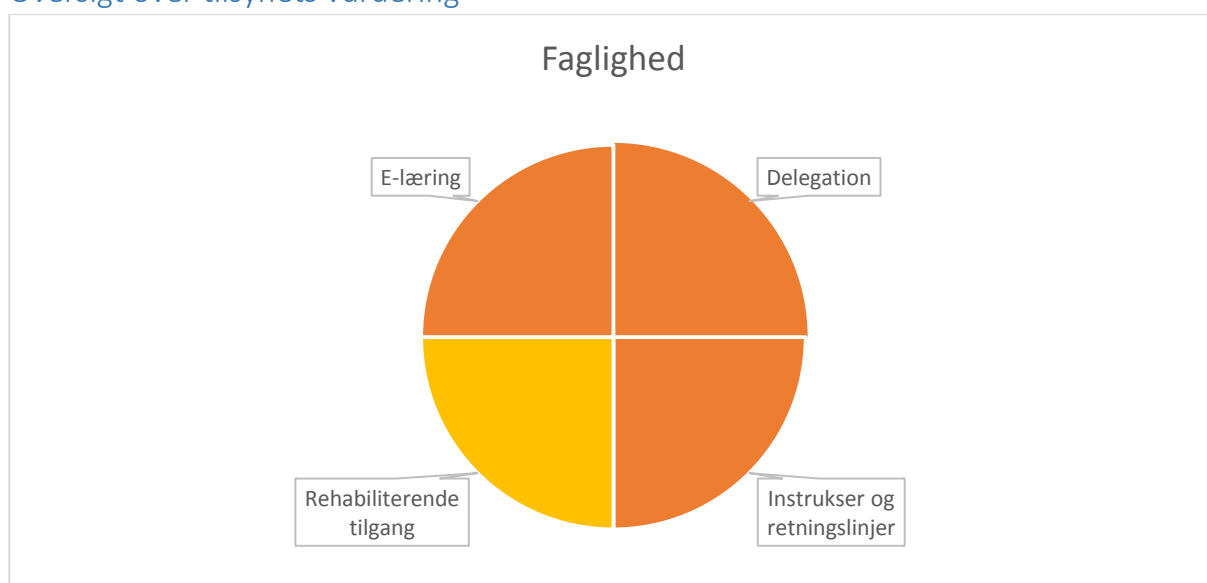
Faglighed

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

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

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

Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med delegation og kompetencer og medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer, enhedens rehabiliterende tilgang og medarbejdernes gennemførelse af den obligatorisk 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 på enheden sikres, at de rigtige kompetencer er til stede ved alle opgaver og at kommunens retningslinjer for delegation efterleves, bygger på:

- Interview med ledelsen
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Ved ledelsesinterviewet fremgår det:

I forhold til at *sikre, at medarbejderne har de rette kompetencer til opgaven*:

- At hver medarbejder har et udfyldt kompetenceskema
- At der foregår en løbende sidemandsoplæring for at sikre, at de rette kompetencer er tilstede hos medarbejderne – også før det er aktuelt
- At den faglige koordinator har overblikket over, hvem der har hvilke kompetencer og hvem der skal oplæres. Den faglige koordinator tager her afsæt i medarbejdernes kompetenceskema ved planlægning af, hvem der kan udføre hvilke opgaver
- At der ikke er en systematisk opfølgning på medarbejdernes kompetencer ved delegation.
- At det opleves, at der er en kultur for at henvende sig til blandt andet lederne for sparring og ved bekymringer. Tillid vægtes højt af ledelsen

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

I forhold til *oplæring af nye medarbejdere*:

- At 69 % af medarbejderne angiver at være 'helt enige i' eller 'delvist enige i' at nyt personale får en god introduktion
- At 66 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i at personale, der er under oplæring inden for deres fagområde, får den nødvendige supervision.

I forhold til *procedure for delegation*⁶:

- At 67 % af medarbejderne svarer, at de kender proceduren for delegation til medarbejdere. Af disse medarbejdere angiver 67 % at de i meget høj eller i høj grad følger denne procedure.

I forhold til *kompetenceprofil*:

- Ingen af medarbejderne svarer, at de har en opdateret kompetenceprofil, 55 % svarer nej, mens 44 % svarer 'ved ikke' eller 'ikke relevant for mig'.
- At 11 % af medarbejderne svarer 'ja' til spørgsmålet: 'Har du inden for de seneste tre måneder udført en eller flere opgaver, du ikke havde kompetencerne til ifølge kompetenceprofilen?'. 78 % svarer 'nej'.

I forhold til *tilgængelige kompetencer*:

- At 36 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i udsagnet 'Mit team har de rette kompetencer tilgængelige hver dag'

Tilsynets vurdering: At der er gjort fund af betydning i forhold til, hvordan enheden sikrer, at kommunens retningslinjer for delegation efterleves. I vurderingen er der lagt vægt på, at der ikke foreligger en konkret plan for, hvordan enheden sikrer systematisk opfølgning på delegerede opgaver, at kun 67 % af medarbejderne angiver at kende proceduren for delegation og at ingen af de relevante medarbejdere svarer ja til, at de har en opdateret kompetenceprofil. Endelig er det kun 39 % af medarbejderne, der angiver at have de rette kompetencer tilgængelige hver dag

Tilsynet henstiller til:

- At der udarbejdes en plan for, hvordan der føres tilsyn med medarbejdernes faglige niveau og refleksion i forhold til de delegerede opgaver de varetager – også hvor der ikke er en synlig bekymring eller behov.
- At der gøres yderligere tiltag for at sikre medarbejdernes kendskab til proceduren vedrørende delegation.

⁶ Der afrapporteres kun svar fra følgende faggrupper i forhold til spørgsmål om delegation og kompetenceskemaer. Sygeplejersker, assistenter, hjælpere og ufaglærte.

Tilsynet anbefaler:

- At det sikres, at medarbejdernes kompetenceprofiler kontinuerligt opdateres.
- At det afklares, hvilke kompetencer der opleves at mangle/være utilgængelige for medarbejderne i det daglige.

Enhedens tiltag:

- Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende enhedens arbejde med delegation. Se bilag 2.

Tilsynets samlet vurdering:

- Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan rette op på området og opnå det ønskede resultat. Der følges op på dette af tilsynsenheden inden for en periode på seks måneder.

Kendskab til instrukser og retningslinjer

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

- Udtræk fra medarbejder-app'en MyMedCards i forhold til hvilke medarbejdere, der har set/læst hvilke instrukser og retningslinjer
- Ledelsesinterview
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved udtræk fra medarbejder-app'en MyMedCards ses det:

- At der er 17 aktive brugere af MyMedCards

Af ledelsesinterview fremgår det, at:

- At der er et fokus på at medarbejderne anvender MyMedCards og især VAR
- At der afholdes tavlemøde ugentligt, hvor alle tilstedeværende medarbejdere deltagere og hvor der er en generel orientering om nye retningslinjer mm – herunder også nyt i MyMedCards
- At hver borger har et tværfagligt team omkring sig og der sikres overlap til aftenvagten

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

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

- At 50 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' i, at de normalt har adgang til alle de oplysninger, de har brug for, for at kunne træffe beslutninger om pleje og behandling. 42 % angiver at de er 'delvist enige'

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

- At 78 % af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for hvordan de skal bruge VAR (database over sundhedsfaglige procedurer)⁷. Af disse medarbejdere svarer 58 % at de 'i meget høj' eller 'i høj grad' følger disse retningslinjer. 29 % svarer 'i nogen grad' og 14 % svarer 'i mindre grad'.
- 45 % af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for, hvordan de skal bruge MyMedCards. Af disse medarbejdere svarer 60 % at de 'i meget høj' eller 'i høj grad' følger disse retningslinjer. 20 % svarer 'i nogen grad' og 20 % svarer 'i mindre grad'.

⁷ Det er kun hjælpere, ufaglærte, assistenters og sygeplejerskers besvarelse af spørgsmålet, om de følger retningslinjer for anvendelse af VAR, der afrapporteres her, da det er disse faggrupper, VAR er særligt relevant for.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at kun 45 % af medarbejderne angiver at kende retningslinjer for anvendelsen af MyMedCards. I vurderingen er der også lagt vægt på, at der beskrives en fast kommunikationspraksis og ansvarsfordeling i forhold til dette for at sikre en systematisk videreformidling af nye og relevante retningslinjer mm.

Tilsynet henstiller til:

- At det sikres at medarbejderne kender retningslinjerne for anvendelsen af MyMedCards, herunder hvornår medarbejderne skal orientere sig heri.

Enhedens tiltag:

- Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende enhedens arbejde med delegation. Se bilag 2.

Tilsynets samlet vurdering:

- Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan rette op på området og opnå det ønskede resultat. Der følges op på dette af tilsynsenheden inden for en periode på seks måneder.

Rehabilitering

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

- Interview med 5 beboere
- Ledelsesinterview
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser
- Enhedens og tilsynets audit af i alt 14 borgerjournaler

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved interview med beboerne fremgår det at:

- Alle beboerne angiver 'i meget høj grad' i forhold til, om de deltager i de ting, som de ønsker at deltage i, om personalet støtter dem i at klare flest mulige dagligdagsting og om de deltager i udførelsen af hjælpen.
- Alle beboerne svarer, at de 'i meget høj' har været med til at sætte mål for hjælpen eller arbejder efter de aftalte mål.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- 75 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad', 'i høj grad' eller 'i nogen grad' kender borgernes livshistorie og handleplaner.
- 92 % af medarbejderne angiver, at de aktivt inddrager borgerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter.

Af ledelsesinterview fremgår det at:

- Rehabiliteringsugen har vist, at Sundhed og omsorg er blevet dårligere til det tværfaglige samarbejde
- Der er ikke udarbejdet en opfølgingsplan med afsæt i resultaterne fra rehabiliteringsugen, men der er kommet et øget fokus på vidensdeling faggrupperne imellem samt internt følgeskab

Af journalaudit fremgår det at:

- Inddragelse af borgers perspektiv ses i ca. en tredjedel af de journaler tilsynet auditerede. Det vil sige, at felterne vedr. borgers motivation, mestring og ressourcer i begrænset omfang er udfyldt,

der er oprettet indsatsmål i ca halvdelen af de auditerede journaler. Borgerens vurdering er dokumenteret i ca. halvdelen af de auditerede journaler under funktions- og helbredstilstande.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgernes perspektiv ikke er dokumenteret systematisk og gennemgående i journalerne. I vurderingen er der også lagt vægt på, at borgernes besvarelse viser, at der i høj grad er et rehabiliterende fokus i den måde hjælpen tilrettelægges på ved borgeren og at borgeren kender og er inddraget i processen med at fastsætte mål og at medarbejderne angiver en høj grad af kendskab til den enkelte borgers livshistorie og handleplan

Tilsynet anbefaler

- At beboernes perspektiv i højere grad dokumenteres i journalen

Tilsynet fremhæver

- At beboerne i meget høj grad tilkendegiver at være inddraget i processen med fastsættelse af mål

E-læring

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

Udtræk fra e-læringsportalen Plan2Learn, der dog kun skal ses som vejledende⁸

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved udtræk fra Plan2Learn fremgår det at:

- 17 medarbejdere burde være tilmeldt kurset Magtanvendelse. Ud af de 17 medarbejdere har 2 medarbejdere gennemført kurset. 6 medarbejdere er påbegyndt kurset, men har ikke gennemført det. 5 medarbejdere er tilmeldt kurset, men har hverken påbegyndt eller gennemført kurset. 4 medarbejdere er ikke tilmeldt kurset
- 14 medarbejdere burde være tilmeldt kurset Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Ud af de 14 medarbejdere har 2 medarbejdere gennemført kurset. 1 medarbejder er påbegyndt kurset, men har ikke gennemført det. 6 medarbejders kursus er udløbet og mangler recertificering. 5 medarbejdere er ikke tilmeldt kurset
- 2 medarbejdere burde være tilmeldt gennemført kurset Medicinhåndtering for social- og sundhedshjælper. 1 medarbejders kursus er udløbet og mangler recertificering. 1 medarbejder er ikke tilmeldt kurset

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at under halvdelen af de tilmeldte medarbejdere har gennemført de obligatoriske kurser om magtanvendelse (12 %), medicinhåndtering for social og sundhedshjælper (0 %) og medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (14%). Grundet en teknisk fejl er

⁸ Data i læringsportalen Plan2Learn trækkes fra "Løn og Personale", hvilket betyder, at der ikke er taget højde for, om medarbejdere er nyansatte og ikke påbegyndt deres arbejde, på barsel, orlov eller er langtidssygemeldte.

medarbejderne ikke automatisk blevet tilmeldt de obligatoriske kurser. Lederen har derfor aktiv selv skulle tilmelde medarbejderne til kurserne

Tilsynet henstiller til

- At der iværksættes en indsats for at få alle relevante medarbejdere til at blive automatisk tilmeldt relevante kurser samt gennemføre de obligatoriske e-læringskurser.

Enhedens tiltag:

- Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende enhedens arbejde med delegation. Se bilag 2.

Tilsynets samlede vurdering:

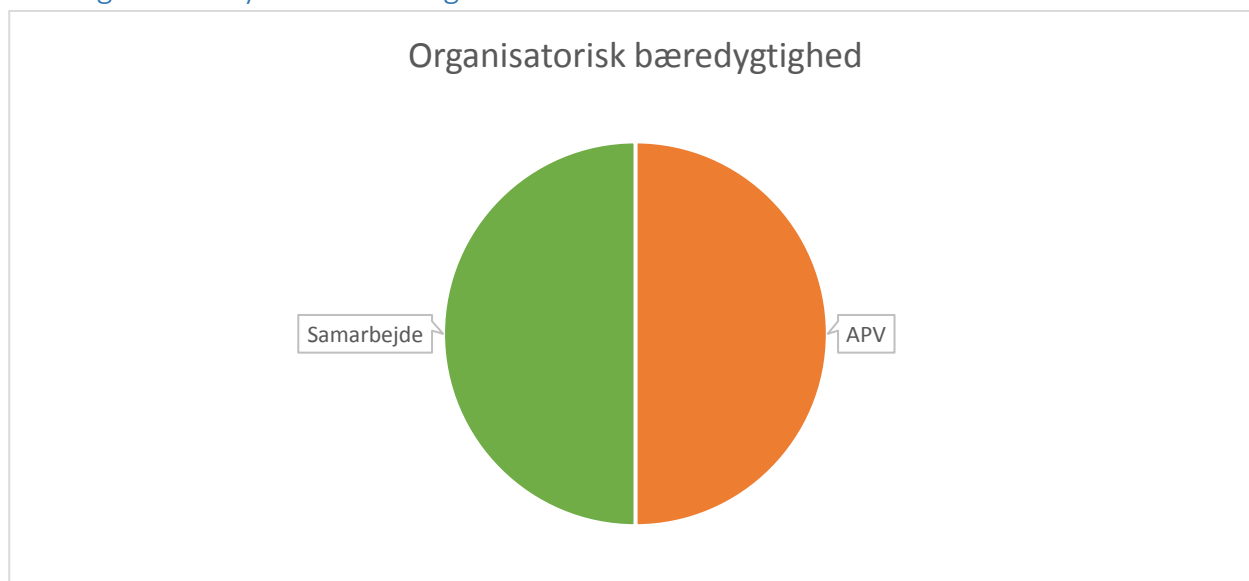
- Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan rette op på området og opnå det ønskede resultat. Der følges op på dette af tilsynsenheden inden for en periode på seks måneder.

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



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 APV og medarbejdernes vurdering af det interne samarbejde: *At der er gjort fund af betydning for den organisatoriske kvalitet.*

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
- Ledelsesinterview vedrørende opfølgning på den psykiske APV

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

- At der ikke er udfyldt APV-skemaer for borgerne

Ved ledelsesinterview fremgår det:

- At der ikke er blevet gennemført en psykisk APV under den nuværende aftaleholder, der endnu ikke har været ansat i tre år.

Tilsynet vurderer at: der er gjort fund af betydning for arbejdsmiljøet i enheden.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der ikke er udfyldt APV-skemaer for beboerne.

Tilsynet henstiller til:

- At der udarbejdes APV-skemaer for alle beboere

Enhedens tiltag:

- Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende enhedens arbejde med delegation. Se bilag 2.

Tilsynets samlede vurdering:

- Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan rette op på området og opnå det ønskede resultat. Der følges op på dette af tilsynsenheden inden for en periode på seks måneder.

Samarbejde

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

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 59 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'.
- 84 % af medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne internt.
- 84 % af medarbejderne angiver, at have et 'meget godt' eller 'godt' forhold til ledelsen.

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 angiver, at der er et godt samarbejde internt, på tværs af faggrupper og i forhold til ledelse

Sygefravær

Vurderingen af enhedens sygefravær, bygger på:

- Oversigt over sygefraværsprocenten i perioden 1. juni 2020 til 31. maj 2021

Af sygefraværsoversigten fremgår det:

- At sygefraværsprocenten i perioden 1. juni 2020 til 31. maj 2021 i gennemsnit har været på 5,5 %. Til sammenligning er sygefraværsprocenten i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune i samme periode på 6,7 %

Budgetoverholdelse

Tilsynet vurderer at der aktuelt er mindre udfordringer med budgetoverholdelsen for døgnafsnittet. Dette henføres til indsatsen i forhold til øget antal borgere med langvarige specialiserede rehabiliteringsplaner. Organisationen er økonomisk veldrevet, og der forventes på nuværende tidspunkt på hele Sundhed og træning et merforbrug på ca. 200.000kr, når der ses bort fra de afledte COVID-19 udgifter, som opgøres særskilt. Der arbejdes på at minimere denne overskridelse. Desuden arbejdes på en organisatorisk tilpasning, som skal gøre det muligt kontinuerligt at rumme 3 borgere med specialiserede rehabiliteringsplaner

Opsamling på andre/tidligere tilsyn

- Arbejdstilsynet har den 6. februar 2020 været på besøg hos enheden. Arbejdstilsynet har på besøget ikke konstateret nogen overtrædelse af arbejdsmiljølovgivningen i de inspicerede områder. Derfor fik enheden en grøn smiley på arbejdstilsynets hjemmeside

Bilag 1: Oversigt: Journalaudit

Antal journaler hvor følgende er opfyldt:

<i>Opfølgning på forværring i borgers tilstand</i>	Tilsynets audit på 4 borgere	Enhedens audit på 8 borgere
Opfølgning på observationer	4 af 4	8 af 8
Opfølgning på målinger uden for tærskelværdi	2 af 4-	2 af 3
<i>Opdateret beskrivelse af og plan for borgers helbreds- og funktionstilstande</i>		
Relevante helbredsoplysninger	2 af 4	8 af 8
Taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser	0 af 4	7 af 8
Alle relevante helbredstilstande valgt	4 af 4	7 af 8
Fyldestgørende faglige notater	4 af 4	7 af 8
Alle relevante funktionstilstande valgt	4 af 4	8 af 8
Oprettet relevante handlingsanvisninger	0 af 4	8 af 8
Henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant	2 af 2	2 af 7
Døgnrytmeplan opdateret	3 af 4	7 af 8
Ingen ubehandlede korrespondancer på borgeren? (MedCom)	4 af 4	4 af 4
Hvis relevant: En aktuell forflytningsvejledning for borgeren	3 af 3	-
Er relevante udredninger oprettet og udfyldt?	0 af 4	-
Oprettet opgaver på alle tilstande mindst en gang årlig	0 af 4	-
<i>Sammenhæng og systematik</i>		
Oprettet relationer så der skabes sammenhæng	3 af 4	8 af 8
<i>Understøttelse af borgerens retsstilling</i>		
Borgerens samtykke fremgår af handleanvisningen	0 af 3	5 af 8
Borgers samtykke ved videregivelse af helbredsoplysninger	0 af 4	7 af 8
Tidsfrist for indberetning af magtanvendelse overholdt	-	-
<i>Understøttelse af rehabiliterende tilgang</i>		
Beskrivelse af borgers motivation	1 af 4	6 af 8
Beskrivelse af borgers mestring	1 af 4	0 af 8
Beskrivelse af borgers ressourcer	2 af 4	6 af 8
Borgers vurdering ved helbredstilstande	2 af 4	5 af 8
Borgers vurdering ved funktionstilstande	0 af 4	4 af 8
Oprettet indsatsmål	1 af 2	5 af 8
Feltet 'Borgers indsats' udfyldt i Døgnrytmeplan	2 af 4	8 af 8

Bilag 2: Enhedens handleplaner

Opfølgingsplan

Beskrivelse/titel:	Beskrivelse af mål		
Enhed/afdeling:	Døgn	25.8-21 Dato:	
Ansvarlig for udfyldelse:	Katherine/Anne-Grethe	Susanne Bækgaard Ledelsesansvarlig:	

TEMA Hvilket område omhandler planen	Dokumentation
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	<ul style="list-style-type: none"> - Der skal være en ensartethed i hor vi skriver plan for pleje og behandling - Borgers samtykke skal fremgå af journalen
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål	<ul style="list-style-type: none"> - Plan for pleje og behandling skal fremgå af handlingsanvisning i alle journaler – og ikke som referat af målmøde i Indsatsmål. - Instruktion ved overskridelse af tærskelværdier skal fremgå af målinger i alle journaler Der henvises til denne instruktion i handlingsanvisning - Alle relevante udredninger udfyldes i alle journaler - Der oprettes opgaver til opfølgning på tilstande og indsatser i alle journaler
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	Vi skal blive enige i gruppen, om hvor vi konsekvent skriver referat fra målmøde (f.eks. som observations notat), deler op i indsatsmål osv.
HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	Sygepl. og SSA på Døgn
HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	i løbet af efteråret.
DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	Vi følger op på personalemødet i november.
HVEM? Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene?	Anne-Grethe, Katherine og Susanne
OPFØLGNING	Februar 2022. Tilsynsenheden følger op ved fire journalaudits i forhold til de pågældende punkter

Opfølgingsplan

Beskrivelse/titel:	samtykke		
Enhed/afdeling:	Døgn	30.8-2021	Dato:
Ansvarlig for udførelse:	Susanne Bækgaard	Ledelsesansvarlig: SB	

TEMA Hvilket område omhandler planen	Dokumentation
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Der er ikke konsekvent dokumenteret samtykke til behandling
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål	Der skal altid dokumenteres at behandling/kontakt til 3.person m.m er efter aftale med borgeren, eller hvis vedkommende ikke er i stand til det, så efter aftale med nærmeste pårørende.
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	Tages op på plejemøde og aftales.
HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	Tager ikke ekstra ressourcer i forhold til dokumentation.
HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Straks
DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	Der følges op på næste plejemøde, og til næste undervisning ved nøgleperson.
HVEM? Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene?	Alle ansatte
OPFØLGNING	Februar 2022. Tilsynsenheden følger op ved fire journalaudits i forhold til de pågældende punkter

Opfølgingsplan

Beskrivelse/titel:	Delegering		
Enhed/afdeling:	Døgn	25.8-21	Dato:
Ansvarlig for udfyldelse:	Katherine/Anne-Grethe	Susanne Bækgaard	Ledelsesansvarlig:

TEMA Hvilket område omhandler planen	Delegering
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Der mangler arbejdsgang for delegering og opfølgning af kompetenskemaer
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål	Alle udfylder et kompetenskema Når vi får nye opgave i afdelingen, arrangeres oplæring.
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	Vi beskriver arbejdsgang for kompetenceudvikling i forhold til nye opgaver i afdelingen
HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	Personale i afdelingen
HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Inden udgangen af året.
DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	Der følges op på kompetenskemaer ved MUS
HVEM? Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene?	Anne-Grethe, Katherine og Susanne
OPFØLGNING	Februar 2022. Tilsynsenheden følger op ved telefoninterview med ledelse og interview af enkelte medarbejdere i forhold til de pågældende vurderingskriterier.

Opfølgingsplan

Beskrivelse/titel:	Brug af VAR og MMC		
Enhed/afdeling:	Døgn	25.8-21	
Ansvarlig for udførelse:	Katherine/Anne-Grethe	Dato: Susanne Bækgaard	
		Ledelsesansvarlig:	

TEMA Hvilket område omhandler planen	Kendskab til instrukser
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Kun halvdelen af medarbejderne bruger MMC
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTER mål	Alle er fortrolige med VAR og MMC
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	Tages op på P-møde i oktober
HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	Personalet på Døgn
HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Oktober 21
DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	Følge op på P-møde om ca 6 mdr.
HVEM? Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene?	Anne-Grethe, Katherine og Susanne
OPFØLGNING	Februar 2022. Tilsynsenheden følger op ved interview af enkelte medarbejdere i forhold til de pågældende vurderingskriterier.

Opfølgningsplan

Beskrivelse/titel:	APV		
Enhed/afdeling:	Døgn	25.8-21	Dato:
Ansvarlig for udfyldelse:	Katherine/Anne-Grethe	Susanne Bækgaard	Ledelsesansvarlig:

TEMA Hvilket område omhandler planen	APV
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Der udfyldes ikke APV ved nye borgere
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål	APV udfyldes hver gang
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	Alle introduceres til APV skemaet i Nexus Teamet udpeger et teammedlem, der skal lave APV
HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	personale på Døgn
HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Gennemføres straks
DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	Gennem audit i Nexus
HVEM? Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene?	Anne-Grethe, Katherine og Susanne

OPFØLGNING	Februar 2022. Tilsynsenheden følger op ved journalaudit på fire journaler i forhold til de pågældende vurderingskriterier.
-------------------	--

Opfølgningsplan

Beskrivelse/titel:	Beskrivelse af mål	
Enhed/afdeling:	Døgn	21.09-2021
Ansvarlig for udfyldelse:	Katherine/Anne-Grethe	Susanne Bækgaard Ledelsesansvarlig:

TEMA Hvilket område omhandler planen	E-learning obligatorisk
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	En stor del af medarbejderne har ikke gennemført alle de obligatoriske E-learningprogr
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål	- Tages op på P-møde i oktober, alle skal have gennemført inden for 1 måned. Vi sik på introduktionen efter to måneder. -
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	Leder sikrer at alle medarbejdere har adgang til plan2learn
HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	Der gives tid i løbet af arbejdsdagen til at tage kurset.
HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Inden 1.1.2022
DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	Vi følger op på personalemødet i januar 2022

HVEM? Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene?	Anne-Grethe, Katherine og Susanne
OPFØLGNING	Februar 2022. Tilsynsenheden trækker data for gennemførelsesgraden efter

Opfølgingsplan

Beskrivelse/titel:	Handleplan UTH	
Enhed/afdeling:	Døgn	Dato: 14.10-21
Ansvarlig for udførelse:	SB	Ledelsesansvarlig:SB

TEMA Hvilket område omhandler planen	UTH
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	38 % af medarbejderne svarer at de ikke får tilbagemelding på udførelse af deres arbejde
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål	<ul style="list-style-type: none"> • At der udarbejdes en plan for hvordan medarbejderne understøtter patientsikkerheden på enheden. • At der udarbejdes en plan for hvordan det kan afklares, hvilken
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	UTH tages på alle p-møder, er en del af introduktionen. På P-møde drøftes hvilke tilbagemeldinger der efterspørges og om der er usikkerhed om
HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	
HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Foregår løbende
DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	
HVEM? Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene?	SB og Forløbskoordinator.
OPFØLGNING	Februar 2022. Tilsynsenheden interviewer enkelte medarbejdere

