

Hjemmehjælp  
og hjemme-  
sygepleje.  
Grenaa og  
Anholt  
Kommunalt  
tilsyn

7. juli  
2021

## Indhold

Målepunkter i det kommunale tilsyn .....	4
Datagrundlaget for det kommunale tilsyn .....	4
Rapportens opbygning .....	5
Enhedens præsentation .....	6
Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set.....	9
Sammenfatning .....	10
Patientsikkerhed .....	13
Oversigt over tilsynets vurdering .....	13
Den sundhedsfaglige dokumentation .....	14
Medicinkontrol .....	15
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) .....	17
Magtanvendelser.....	18
Hygiejne .....	19
Brugertilfredshed.....	20
Oversigt over tilsynets vurdering .....	20
Brugertilfredshed.....	20
Omgangsform og rengøring .....	22
Faglighed.....	23
Oversigt over tilsynets vurdering .....	23
Delegation og kompetencer .....	23
Kendskab til instrukser og retningslinjer .....	25
Rehabilitering .....	27
E-læring.....	28
Organisation.....	29
Oversigt over tilsynets vurdering .....	29
APV .....	29
Samarbejde.....	30
Sygefravær.....	31
Budgetoverholdelse.....	31
Opsamling på andre/tidligere tilsyn .....	31
Bilag 1: Oversigt: Journalaudit .....	32
Bilag 2: Oversigt over borgernes kommentarer under telefoninterview .....	33
Bilag 3: Høringssvar ved Kommunale tilsyn i Hjemmeplejen Grenaa 2021.....	36

Bilag 4. Enhedens handleplan efter kommunalt tilsyn 2021 ..... 40

## 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 ledelsen er blevet interviewet

### 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 borgerne og omgangsform og rengøring
- 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, samarbejde, sygefravær og 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 otte journaler
- Enheden har udført en lokal journalaudit på 12 journaler
- Interview med ledelsen om det lokale arbejde med sikring og udvikling af henholdsvis patientsikkerhed, brugertilfredshed, faglighed og organisatorisk bæredygtighed
- Telefoninterview med 58 borgere vedrørende deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede service.
- Spørgeskemaundersøgelse hos alle relevante medarbejdere ansat i enheden vedrørende de faglige rammer for deres arbejde. Spørgeskemaet er sendt ud til 187 medarbejdere, hvoraf 58 medarbejdere har udfyldt skemaet og ni medarbejdere har delvist udfyldt skemaet. 120 medarbejdere har hverken udfyldt eller delvist udfyldt skemaet. De 67 medarbejdere er hhv.

hjælpere, assistenter, sygeplejersker og ufaglærte<sup>1</sup>. Dette giver en svarprocent på ca. 36%, hvilket giver en indikator for medarbejdernes vurdering, men resultatet skal tolkes med varsomhed. En større svarprocent blandt personalet ville have øget resultaternes styrke.

- Stikprøvekontrol af tre dispenseringer og seks borgeres 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 sygefraværprocenten pr 1. maj 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 patientkritiske 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.

---

<sup>1</sup> Enheden fortæller, at svarprocenten kan være misvisende, da listen, medarbejdernes mailadresser er trukket fra, har omfattet tidligere ansatte, selvom den opdateres automatisk og at enkelte medarbejdere ikke har modtaget spørgeskemaet, på grund af tekniske problemer med mailprogrammet.

## Enhedens præsentation

*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.

Ledelsen varetages af aftaleholder Anette Hjelm og afd.leder Bo Bendtsen samt afd.leder Dorte Ungstrup.

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

I juni 2021 modtog 477 borgere sygepleje i eget hjem; derudover modtog 114 borgere sygepleje i sygeplejeklinikken i Grenaa.

I juni 2021 modtog 581 borgere personlig og/eller praktisk hjælp.

På Anholt var der 14 borgere som modtog personlig og/eller praktisk hjælp samt sygepleje.

Specialteams: juni 2021 ét specialteam. Der samarbejdes med Respirationscenter Vest ift. det personale, Respirationscenter Vest ansætter til at løse de kommunale indsatser hos borgerne i specialteams.

*Medarbejdere: Antal og faggrupper og fremmødeprofil*

Antal medarbejdere i alt: ca. 175, derudover elever og studerende, evt. praktikanter.

Hverdage:

Dagvagt: Hjælpere: 68-70. Assistenten: 6. Sygeplejersker: 9-10

Weekend:

Hjælpere: 36. Assistenten: 3-4 afhængig af opgaver. Sygeplejersker: 3-4 afhængig af opgaver.

Aften alle dage:

To sygeplejersker og 12-13 hjælpere, afhængig af opgaver

Anholt:

Én medarbejder på vagt i åbningstiden.

*Enhedens præsentation af aktuelle rammer og vilkår for arbejdet*

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

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

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 Assistent-elever samt Hjælper-elever.

#### Udfordringer:

- På grund af et stort ledelsesspænd fik hjemmeplejen mulighed for at opnormere ledelsen med yderligere én afd.leder i foråret 2021 – fra to til tre afd.ledere. Imidlertid er det ikke lykkedes at få besat denne stilling. Dermed er ledelsesspændet fortsat stort.
- Ledelsesspændet og corona situationen har betydet ekstraordinært meget merarbejde for lederne på alle ugens dage. Det har bl.a. været opgaver ift. opsporing, isolation, vagtdækning, herunder sikring af tilstrækkelig relevant og faglig bemanning.
- Rekruttering har været og er en stor udfordring for alle faggrupper, og specifik til vagter på de ubekvemme tidspunkter. Presset på de sundhedsfaglige opgaveløsninger er stort, og der opleves et stort borger-flow med bl.a. mange terminalt syge borgere samt borgere med komplekse behov. Sygeplejen har været presset af langtidssyge medarbejdere, gravide medarbejdere med graviditetsgener og efterfølgende barselsorlov, som ikke har kunnet besættes af andre.
- Ift. sosu-området har det ligeledes været vanskeligt at rekruttere uddannede medarbejdere.
- 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 kompetenceprofilerne samt at nå genopfriskning af E-læringsprogrammerne "til tiden".
- 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 i en tid med store rekrutteringsudfordringer, kan det være vanskeligt at imødekomme hos alle, hvorfor der foretages en individuel faglig vurdering.
- Sygeplejen er udfordret af dels et stort antal medicindoseringer og dels yderligere tilgang af medicindoseringer. Vi er ikke lykkedes med at afslutte/reducere antal af disse opgaver, f.eks. ved at borgerne får dosispakket medicin eller selv kan oplæres i at dosere egen medicin.
- Det sidste års tid har sygeplejen oplevet stor tilgang af borgere i alle aldersgrupper med behov for ernæringsindgift i diverse sonder, eksempelvis på grund af cancersygdomme. Det er således den samlede specialiserede opgaveportefølje, som udfordrer sygeplejeresressourcerne.

*Enhedens præsentation af aktuelle udviklingsinitiativer og hvad de er lykkedes med inden for det seneste års tid*

- Borgere og pårørende har generelt været tilfredse med hjemmeplejens indsats, og der har været få klager. Personalet har udvist faglighed, nærvær og omsorg i mødet med borgerne. Dette fokus kan i nogle tilfælde være på bekostning af, at dokumentationen kan have nogle mangler.
- Det seneste år har fokus været at håndtere corona korrekt efter retningslinjer og anbefalinger, herunder også at sikre såvel borgernes som medarbejdernes tryghed og trivsel.
- Har fortsat arbejdet med at hjælpe hinanden på tværs – at være én hjemmepleje
- Vi er lykkedes med at opretholde et højt informationsniveau, således medarbejderne har kunnet føle sig rustet til de undertiden særlige opgaver i borgernes eget hjem.
- Udbygget samarbejdet ift. borgerforløb mellem SSA/sygeplejersker.
- Rehabiliterende forløb i sygeplejen hos borgere der har fået foretaget øjenoperationer. Forløbet har været planlagt således, at når en borger har fået en dato til øjenoperation og henvist til sygeplejen, besøger en sygeplejerske borgeren inden operationen mhp. forberedelse og vejledning. Efter operationen oplærer sygeplejersken borgeren til selv at dryppe øjne evt. ved hjælp af et lille hjælpemiddel. Det betyder, at borgeren bliver uafhængig af sygeplejerskens besøg, og sygeplejen kan anvende ressourcerne på andre borgere.
- Implementeret TIME modellen i forhold til dokumentation af sårbehandling.
- Sygeplejens sårnøglepersoner har ansvaret for måltagning til kompressionsbehandling, og er samtidig engageret i udviklingen og brugen af nye behandlingsformer indenfor kompression.
- Implementering af IV-aftalen, hvor borgerne behandles i sygeplejeklinikken og i eget hjem.
- I forhold at forbedre arbejdet med Patientsikkerhed er vi i gang med at implementere medicinregistrering i Nexus.
- Implementeret tablets som arbejdsredskab.
- Implementeret ny vagtplanlægger-organisering i enheden
- Vi har to sygeplejeklinikker beliggende i Sundhedshuset. De bemannes af sygeplejersker med helt særlige kompetencer bl.a. indenfor sårbehandling. Erfaringen gennem de sidste par år har vist et udvidet samarbejde med lægepraksis i Sundhedshuset til først og fremmest gavn for borgerne men også det faglige fællesskab.

*Udviklingstiltag:*

Hygiejne undervisning er planlagt i oktober/november 2021: "Undervisning i mikroorganismer samt anvendelse af handsker og forklæde i hjemmeplejen", er arrangeret for at fastholde og styrke den faglige indsats på hygiejneområdet (underviser er kommunens hygiejnesygeplejerske)



## 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:** Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med den sundhedsfaglige dokumentation, medicin håndtering, utilsigtede hændelser<sup>2</sup> (UTH'er) og magtanvendelser: *At der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på:

### I forhold til *dokumentation*

- At der gennemgående ikke er oprettet opgaver på opfølgning af indsatsen minimum en gang årligt  
At der mangler dokumentation af borgerens samtykke i forbindelse med behandling og pleje samt videregivelse af helbredsoplysninger
- At tilstande og tilstandspræciseringen i flere tilfælde ikke fremstår helt opdaterede – særligt for funktionstilstande.
- At der i halvdelen af de auditerede journaler mangler de relevante relationer
- At PN-medicin er oprettet misvisende i FMK, men at enheden efterfølgende selv har rettet det.

### I forhold til *medicin håndtering*

- At der er fundet et eller flere forhold af mindre betydning for kvaliteten inden for det pågældende område.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At helbredsoplysninger fremstår relevante og overskuelige i journalen
- At der overordnet set er oprettet de relevante handlingsanvisninger i journalen
- At der er en ensartethed i måden at dokumentere planen for borgerens behandling og pleje
- At observationsnotater anvendes efter hensigten – og der følges op på observationsnotater der beskriver en forværring
- 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 injektionsvæske (på køl).
- At alle medicinæsker har påført personidentifikation
- At der på alle præparater (injektioner, inhalationer og creme) på nær et enkelt, er angivet anbrudsdato.
- At enheden er ved at implementere medicinophældning ved hjælp af den elektroniske borgerjournal. Dette har den effekt, at handelsnavn på et præparat ændres med det samme i borgerjournalen, således at den aktuelle, dispenserede medicin til enhver tid stemmer overens med det lokale medicinkort.
- At der ses forskelligartede typer af indberetninger af UTH'er,
- At ledelsen kan redegøre for, hvordan arbejdet med at udbrede kendskabet til UTH'er og lærer af dem er organiseret i enheden
- At der er en overvejende positiv besvarelse fra medarbejderne på spørgsmålene om enhedens kultur i forhold til at understøtte arbejdet med UTH.

---

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

**Enhedens tiltag:**

Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation. Se bilag 4.

**Tilsynets samlede vurdering ift. sundhedsfaglig dokumentation:**

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

**Brugertilfredshed:** Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af borgernes tilkendegivelser i tilfredshedsundersøgelsen og medarbejdernes spørgeskemabesvarelser: *At der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet*

I den samlede vurdering er der lagt vægt på:

- At de interviewede borgere overvejende giver udtryk for tilfredshed med den leverede praktiske hjælp og personlige pleje, med maden, leveringen af hjælpen og relationen til medarbejderne.
- 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 at understøtte, at den nødvendige og relevante faglige viden og medarbejderkompetencer er til stede i enheden, i forhold til de opgaver, der skal løses: *At der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på:

I forhold til *delegation*

- At ledelsen ikke aktuelt sikrer en kontinuerlig og systematisk opfølgning på delegation . At kun 75 % af de medarbejdere, der angiver, at de kender proceduren for delegation, også angiver at følge den.
- At kun 16 % af medarbejderne svarer, at de har en opdateret kompetenceprofil.

I forhold til *kendskab til instrukser, retningslinjer og procedurer*

- At over 40 % af medarbejderne angiver ikke at kende retningslinjerne for anvendelsen af VAR.

I forhold til *den rehabiliterende tilgang*

- At borgerens perspektiv ikke gennemgående og systematisk er belyst i journalerne

Vurderingen i forhold til gennemførelse af obligatorisk *e-læring* er ikke præsenteret her, da enheden oplever tekniske udfordringer med E-læringsprogrammet.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At 100 % af de relevante medarbejdere angiver at kende proceduren for delegation
- At der beskrives en fast og flerstrengt kommunikationspraksis og ansvarsfordeling i forhold til dette for at sikre en systematisk videreformidling af nye og relevante retningslinjer mm.
- At borgerne fortæller at de for størstedelens vedkommende oplever sig inddraget i indsatsen og kender de mål, der arbejdes med
- At ca. 80 % af medarbejderne angiver, at de inddrager borgerne i indsatsen

**Enhedens tiltag:**

Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende Delegation og Kendskab til instrukser og retningslinjer. Se bilag 4.

**Tilsynets samlede vurdering ift. Delegation og Kendskab til instrukser og retningslinjer:**

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.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

I forhold til APV

- At der for 5 ud af 7 auditerede journaler ikke var oprettet et APV-skema

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der er blevet gennemført en psykisk APV for relativt nyligt. At denne APV ikke viste omfattende problemer og at der er blevet fulgt op på de problemer der har været med inddragelse af alle medarbejdere

I forhold til *samarbejde*

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

**Enhedens tiltag:**

Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende APV. Se bilag 4.

**Tilsynets samlede vurdering ift. APV:**

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

## Patientsikkerhed

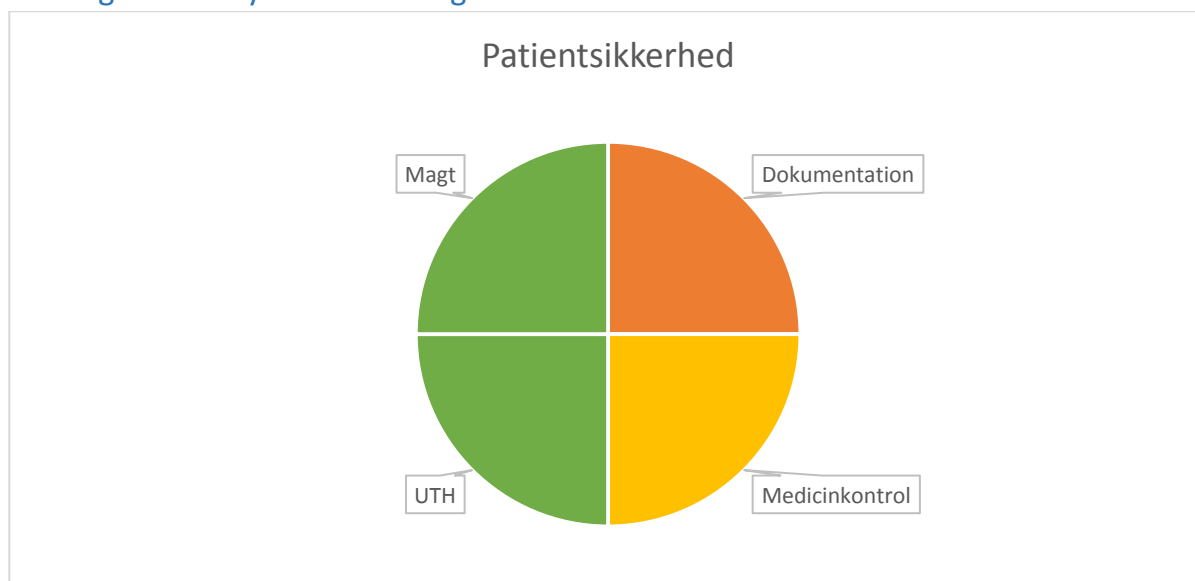
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med den sundhedsfaglige dokumentation og de sundhedsfaglige 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 otte tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til 52 vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Enhedens lokale journalaudit på 12 af deres borgerjournaler ud fra 68 kriterier.

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund<sup>3</sup>:

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

I forhold til *opfølgning på forværring i borgers tilstand*

- At der gennemgående ses opfølgning på observationer, der beskriver en forværring. For eksempel hvis en borger er faldet.

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

- At helbredsoplysningerne fremstår relevante og opdaterede
- At der generelt er valgt de rigtige tilstande i forhold til borgerens helbred og funktionsevne – men at der i flere tilfælde mangler en opdatering af disse. Der er således flere funktionstilstande, der ikke er relevante længere, da der ikke er en aktuel indsats.
- Beskrivelserne i tilstandspræciseringen er af en forskelligartet kvalitet. Tilstandspræciseringerne for helbredstilstande fremstår mere udførlige i forhold til funktionstilstande, hvor der i flere tilfælde ikke er oprettet et fagligt notat. Der ses også tilstandspræciseringer – både helbreds- og funktionsevne tilstande - der ikke er opdaterede i forhold til de øvrige oplysninger i journalen, for eksempel oplysninger, der fremgår af observationsnotater eller APV-skema.
- At der gennemgående ikke er oprettet opgaver til opfølgning på indsatser
- At der ses enkelte journaler, hvor der ikke er en opdateret døgnrytme
- At ikke alle relevante forflytningsvejledninger er oprettet
- At der i de fleste tilfælde er oprettet de relevante udredninger og handlingsanvisninger - og at der også i de fleste tilfælde er henvisning til aftale med læge hvor relevant, men at dette er ikke helt gennemgående

I forhold til *sammenhæng og systematik*

- At der gennemgående mangler de relevante relationer i ca. halvdelen af de auditerede journaler.
- At det generelt er relevante observationsnotater, der oprettes. I de auditerede journaler ses eet besøgsnotat, hvor oplysningerne skulle have været i et observationsnotat, men der var ikke tale om oplysninger af patientkritisk karakter.
- At der generelt er en overordnet systematik i forhold til, hvor og hvordan planen for borgerens pleje og behandling er beskrevet.

I forhold til *understøttelse af borgers retsstilling*

- Borgers informerede samtykke til den aktuelle pleje og behandling er overvejende ikke dokumenteret.
- Borgers samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger dokumenteres kun i mindre omfang.

Af ledelsesinterviewet fremgår det, at:

---

<sup>3</sup> Se Bilag 1 for en opgørelsen over, hvor mange journaler, der lever op til de enkelte målepunkter

- Nyansatte sygeplejersker og assistenter undervises på jævnlig basis i dokumentation af den faglige koordinator
- Den faglige koordinator jævnligt underviser sygeplejersker og assistenter i dokumentation. Efter sommer skal også plejegrupperne undervises i dokumentation.

**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 gennemgående ikke er oprettet opgaver på opfølgning af indsatsen minimum en gang årligt
- At der mangler dokumentation af borgerens samtykke i forbindelse med behandling og pleje samt videregivelse af helbredsoplysninger
- At tilstande og tilstandspræciseringen i flere tilfælde ikke fremstår helt opdaterede – særligt for funktionstilstande.
- At der i halvdelen af de auditerede journaler mangler de relevante relationer

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At helbredsoplysninger fremstår relevante og overskuelige
- At der overordnet set er oprettet de relevante handlingsanvisninger
- At der er en ensartethed i måden at dokumentere planen for borgerens behandling og pleje
- At observationsnotater anvendes efter hensigten – og der følges op på observationsnotater der beskriver en forværring

**Tilsynet henstiller til:**

- At enheden udarbejder en handleplan for hvordan det fremadrettet sikres, at borgerens samtykke dokumenteres i journalen
- At enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det fremadrettet sikres, at der oprettes opgaver til opfølgning på alle indsatser.
- At enheden udarbejder en handleplan for hvordan det fremadrettet sikres arbejdsgange, så funktionstilstandene løbende opdateres så ikke-aktuelle tilstande lukkes ned og at det faglige notat altid fremstår fyldestgørende og opdateret.
- At enheden udarbejder en handleplan for hvordan det fremadrettet sikres, at der i højere grad oprettes de relevante relationer, så der skabes sammenhæng og overblik i journalerne

**Tilsynet anbefaler**

- At enheden sikre arbejdsgangene ved ordination og administration af PN-medicin, så ordinationen altid er retvisende og at der følges op med et observationsnotat ved udlevering

**Enhedens tiltag:**

Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation. Se bilag 4.

**Tilsynets samlede vurdering ift. sundhedsfaglig dokumentation:**

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

## Medicinkontrol

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicinbehandling bygger på:

- Tilsynsenhedens observation af tre dispenseringer
- Tilsynsenhedens gennemgang af i alt seks borgeres medicinbeholdning
- Tilsynets uanmeldte journalaudit på otte 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 tre borgere ses vitamin- og mineralpræparater uden personidentifikation
- At der i et enkelt tilfælde ses manglende anbrudsdato på en insulin-pen. Den originale pakning til insulinpennen angiver, at insulinpennen er udleveret fra apoteket for 1 uge siden, hvorfor præparatet vurderes at være holdbart.
- At det i to tilfælde bemærkes, at den beskrevne ordination er uklar, således at man som medarbejder kan være i tvivl om, hvorvidt præparatet skal udleveres til borgeren, eller om præparatet kun skal gives efter behov/administreres af pårørende. Konsekvensen af den uklare ordination kan være, at borgeren kan blive under- eller overmedicineret.
- At der ses en arbejdsgang, hvor der printes et nyt medicinskema ved ændring af handelsnavn, før en eventuel ændring er trådt i kraft. Herved er der risiko for, at den doserede medicin og den udprintede medicinliste ikke stemmer overens.

Ved gennemgang af journalaudit finder tilsynet:

- At der var to tilfælde, hvor PN-medicin var forkert oprettet. I det ene tilfælde var max dosis sat til tre gange dagligt i stedet for tre gange ugentligt. Tilsynet fandt dog, at fejlen efterfølgende var blevet rettet af enheden selv. I det andet tilfælde var PN-medicin angivet med faste udleveringer.

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

#### **Tilsynet anbefaler:**

At der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:

- At alle borgernes medicinpræparater inklusiv vitaminer og anden håndkøbsmedicin får påført persondata
- At alle medicinordinationer er entydige og klare.
- 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 enheden sikrer arbejdsgangene ved ordination og administration af PN-medicin, så ordinationen altid er retvisende og at der følges op med et observationsnotat ved udlevering.

#### **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 injektionsvæske (på køl).
- At alle medicinæsker har påført personidentifikation
- At der på alle præparater (injektioner, inhalationer og creme) på nær et enkelt, er angivet anbrudsdato.
- At enheden er ved at implementere ny arbejdsgang for medicindispensering, ved hjælp af den elektroniske borgerjournal. Dette har den effekt, at handelsnavn på et præparat ændres med det



samme i borgerjournalen, således at den aktuelle, dispenserede medicin til enhver tid stemmer overens med det lokale medicinkort.

## 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.
- 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 flere forskellige typer af UTH, hvilket i Norddjurs Kommune betragtes som positivt i et læringsmæssigt perspektiv.

Af ledelsesinterviewet fremgår det:

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

- Nye medarbejdere introduceres til arbejdet med UTH som en fast del af introduktionsskemaet og nye medarbejdere sidemandsoplæres i forhold til indberetning
- BSK'eren (den lokale sagsbehandler af enhedens indberettede UTH'er) underviser jævnligt medarbejderne, hvilket dog ikke har været så hyppigt det seneste år på grund af COVID-19. Ledelsen fortæller også, at arbejdet med UTH indgår i den daglige drøftelse blandt medarbejderne i forhold til, hvad der er en utilsigtet hændelse, hvilket også jævnligt tages op på de tværfaglige gruppemøder (tilknyttet hver deres geografiske områder) og på sygeplejemøderne – både det formelle sygeplejemøde og det uformelle sygeplejemøde a 10 minutter en gang ugentligt
- Der er en oplevelse af at alle medarbejdere bredt i enheden indrapporterer

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

- BSK'eren vender de forskellige typer af indberettede UTH'er på hhv. det formelle og uformelle sygeplejerskemøde og sender på baggrund af drøftelsen her en mail ud til sygeplejerske- og assistentgruppen, hvor det beskrives hvilke sager der har været og hvad læringen er i forhold til, hvad der skal gøres for at undgå en tilsvarende hændelse fremadrettet. Sygeplejersker og assistenter videreformidler de UTH'er der har relevans for plejegrupperne – for eksempel i forhold til de borgere som er kendt af den pågældende gruppe eller medarbejdere, der indgår i gruppen. Hvis det er en mere generel problematik kan den blive sat i enhedens interne nyhedsbrev.
- Der følges op i forhold til om eventuelle nye arbejdsgange, der er sat i værk på baggrund af indberettede UTH'er har den tilsigtede virkning, ved at se på, om der fortsat indberettes UTH'er i forhold til den pågældende problemstilling. Derudover følger ledelsen også op, hvis der er tale om en større, generel problematik

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser<sup>4</sup> fremgår det; at:

- 81% medarbejderne svarer, at de enten 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ved, hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse.

---

<sup>4</sup> Resultaterne af medarbejdernes spørgeskemabesvarelse skal dog ses i lyset af den forholdsvis lave svarprocent.

- 68% af medarbejderne ved 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' hvordan der arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen. 29% af medarbejderne svarer hertil 'i nogen grad'.
- 82 % af medarbejderne angiver, at de er 'helt enige' eller 'delvis enig' i at enheden håndterer utilsigtede hændelser på en hensigtsmæssig måde.
- 84 % af medarbejderne er 'helt enige' og delvis enige' i, at de ville føle sig trygge som beboere i deres enhed.
- 65 % af medarbejderne angiver, at de er 'helt enige' eller 'delvis enig' i, at de ved, hvor de kan få svar på spørgsmål om patientsikkerheden. Hertil er 14% af medarbejderne 'hverken enig eller uenig'.
- 40 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at de får passende tilbagemeldinger på, hvordan de klarer deres arbejdsopgaver. Hertil er 36% 'hverken enig eller uenig'.
- 64 % af medarbejderne er 'helt uenige' eller 'delvist uenige' i, at det er svært at diskutere utilsigtede hændelser på deres arbejdsplads. Dertil er 31% enten 'delvis enig' eller 'hverken enig eller uenig'.
- 42% er 'helt enig' eller 'delvis enig' i, at kollegaer opfordrer dem til at sige til, hvis de er bekymrede for patientsikkerheden.
- 53 % er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at kulturen gør det nemt at lære af andres utilsigtede hændelser. 24% har dertil svaret 'hverken enig eller uenig'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der ses forskelligartede indberetninger af UTH'er,
- At ledelsen kan redegøre for, hvordan arbejdet med at udbrede kendskabet til UTH'er og lærer af dem er organiseret i enheden
- At der er en overvejende positiv besvarelse fra medarbejderne på spørgsmålene om enhedens kultur i forhold til at understøtte arbejdet med UTH.

**Tilsynet anbefaler:**

- At der er et fokus på, at afklare hvorfor relativt få medarbejdere er enige i udsagnene om, at de får passende tilbagemeldinger på deres arbejdsopgaver og at kollegerne opfordrer dem til at sige til, hvis de er bekymrede for patientsikkerheden

## Magtanvendelser

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

- Journalaudit
- Interview med ledelse

**Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:**

Af journalaudit fremgår det:

- At der ikke i nogle af de journaler, der blev auditeret af tilsynet, var indberettet magtanvendelser.

Af interview med ledelsen fremgår det:

- At der ikke har været magtanvendelser i hjemmeplejen Grenaa inden for det seneste år og at dette tilskrives, at der arbejdes meget med forebyggelse. For eksempel inddrages pårørende og demenskoordinatorer tidligt i forløbene og der udvælges særligt kompetente medarbejdere til at varetage opgaverne ved de borgere, hvor der kunne være en risiko for, at der skulle anvendes magt.

**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 overværelse af en personlig pleje i borgernes hjem.

### **Sammenfatning af observationer:**

Ved observation i enhedens lokaler og borgernes hjem fremgår det:

- At det observerede personale overholder retningslinjer for at anvende ringe, armbånd og ure.
- At uniformsetiketten efterkommes blandt de observerede medarbejdere.
- At der er opsat sæbe og spritdispensere på personaletoiletter.
- At der ikke gennemgående er opsat instruktion i korrekt håndvask ved alle personalehåndvaske.
- At medarbejderne bærer personlig hånddesinfektion med sig rundt på ruten.
- At der foretages hånddesinfektion i fornuftig grad, når medarbejderen træder ind i borgers hjem.
- At der ikke konsekvent udføres hånddesinfektion efter urene opgaver og før og efter handskeskift.
- At de infektionshygiejniske retningslinjer ikke overholdes i forbindelse med bleskift, nedre hygiejne eller kateterpleje.

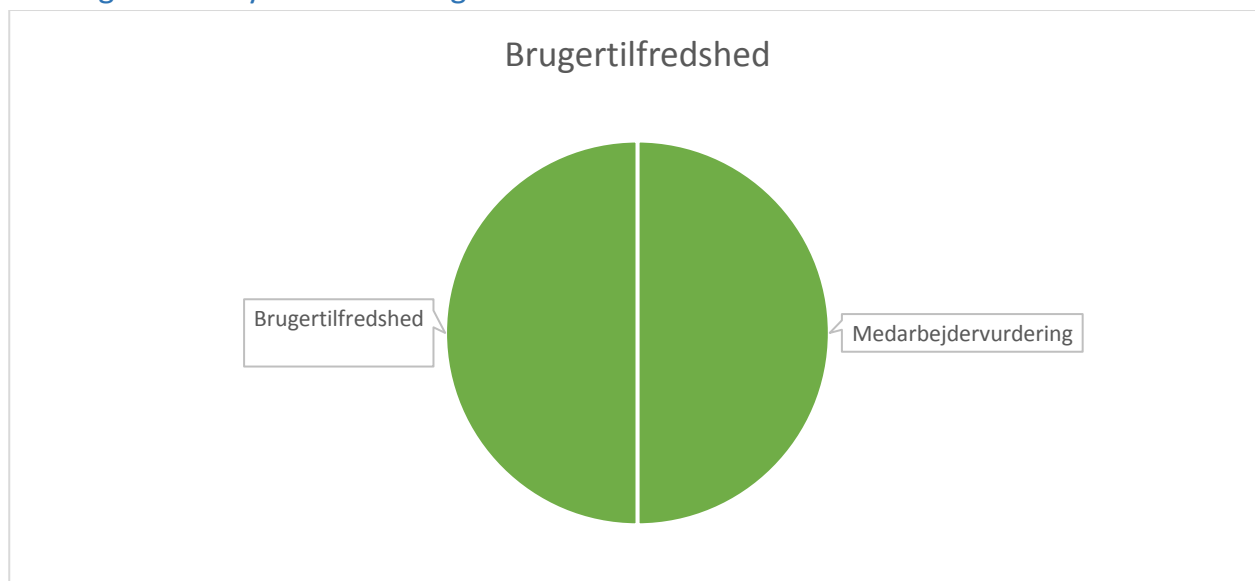
## Brugertilfredshed

I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser<sup>5</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



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 og klager/bekymringshenvendelser: *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:

- Telefoninterviews med 58 borgere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

#### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewet<sup>6</sup> fremgår det, at:

I forhold til den *personlige pleje*:

<sup>5</sup> Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

<sup>6</sup> I afrapporteringen er der fokus på at sikre, at den enkelte beboers besvarelser ikke vil kunne blive genkendt.

- 91% af borgerne som modtager hjælp til den *personlige pleje* angiver samlet set, at være 'meget tilfredse' eller 'tilfredse' med hjælpen. Størstedelen af de borgere som modtager hjælp til bad, at vaske sig, påklædning og toiletbesøg angiver, at være 'meget tilfredse' eller 'tilfredse' med hjælpen.

I forhold til den *praktiske hjælp*:

- 81% af borgerne som modtager hjælp til *praktisk hjælp* fra Hjemmepleje Grenå angiver samlet set, at være 'meget tilfredse' eller 'tilfredse' med hjælpen. De borgere, som modtager hjælp til tøjvask og indkøb angiver, at være 'meget tilfredse' eller 'tilfredse' med hjælpen. Der er lidt større spredning i borgernes vurdering af hjælpen til rengøring, hvor 96% angiver at være 'meget tilfredse', 'tilfredse' eller 'både og'.

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

- 83% af borgerne svarer 'ja' til, at de får den støtte, som er planlagt, imens 10% svarer 'både og'.
- 74% af borgerne svarer 'ja' til spørgsmålet om, hvorvidt de får den støtte/hjælp, de har behov for, mens 16% svarer 'både og'.
- 31% af borgerne angiver, at det ofte er de samme hjælpere, som kommer i hjemmet. 21% af borgerne angiver 'både og' til spørgsmålet, mens 47% af borgerne svarer 'nej'

I forhold til *maden*:

- 14 borgere får leveret mad Kronjyllands og Det Danske Madhus. Disse borgere, angiver at være 'meget tilfredse', 'tilfredse' eller 'både og' med maden.

I forhold til *hjelperne*:

- 90% af borgerne er 'helt enige' eller 'enige' i at hjælperne lytter til deres behov.
- 98% af borgerne er 'helt enige' eller 'enige' i at omgangstonen mellem hjælper og borger er god.
- Ved spørgsmålet 'Er hjælpen god, uanset hvilken hjælper der kommer', svarer 52%, at de er 'helt enige' eller 'enige'. Dog angiver 34% at de er "helt uenige" eller 'uenig'. 12% svarer 'hverken eller'.
- 67% af borgerne angiver, at hjælperne generelt kommer til den aftalte tid.
- 52% af borgerne angiver, at de får besked, hvis der kommer ændringer til tidspunktet for hjælpen.
- 90% af borgerne svarer 'nej', til om hjælperne har aflyst eller udeblevet fra en aftale.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- Ved spørgsmålet 'Giver hverdagen mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandard?' svarer 39% af medarbejderne enten 'i meget høj grad' eller 'i høj grad', hvor 51% svarer 'i nogen grad'.
- 36% af medarbejderne svarer enten 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' til spørgsmålet om der løbende arbejdes med kvalitetsudvikling- og sikring i forhold til pleje og aktiviteter. 49% af medarbejderne svarer 'i nogen grad'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At de interviewede borgere overvejende giver udtryk for tilfredshed med den leverede praktiske hjælp og personlige pleje, med maden, leveringen af hjælpen og relationen til medarbejderne.
- At medarbejderne overvejende svarer positivt i forhold til rammerne for at levere indsatsen og at der foregår en løbende kvalitetssikring.

**Tilsynet anbefaler:** At enheden arbejder med at skabe kontinuitet i, at borgeren møder de samme hjælpere, samt at den indsats borgerne modtager er god, uanset hvilken hjælper der kommer.

## 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 og i borgernes hjem.

### **Sammenfatning af observationer:**

Ved observation i enhedens lokaler og borgernes boliger ses det, at:

- Borgernes hjem, fremstår rene og ryddelige
- Fællesområderne fremstår rene og ryddelige
- At hjælpemidler fremstår rene
- At der observeres en god omgangstone mellem personale og borger, borgerne imellem og personalet imellem

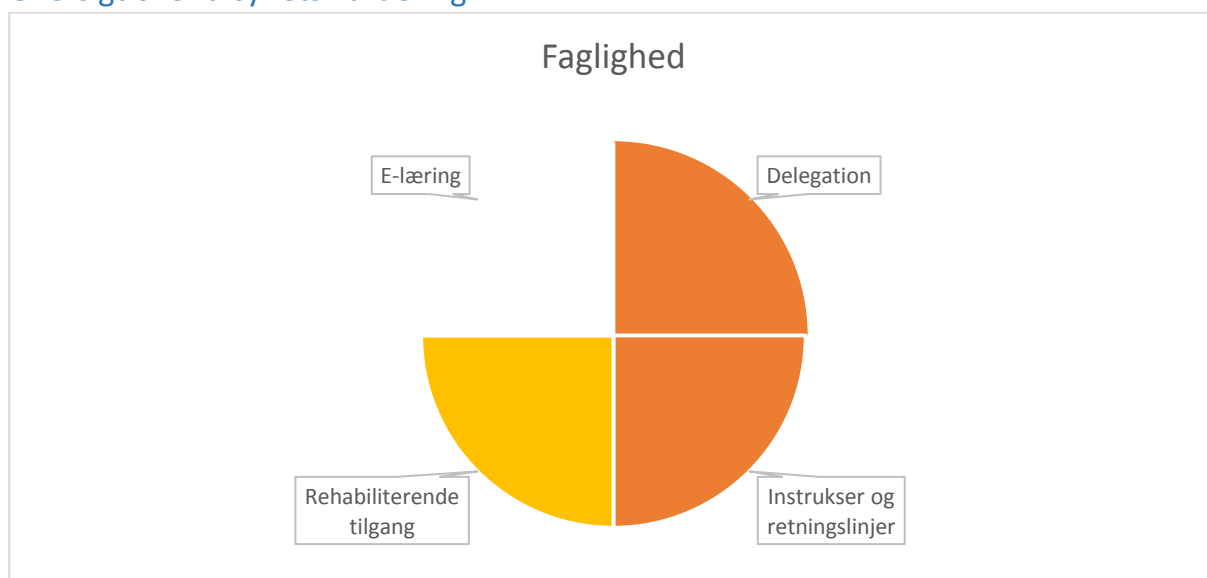
## Faglighed

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 - Vurderingen i forhold til gennemførelse af obligatorisk *e-læring* er ikke præsenteret her, da enheden oplever tekniske udfordringer med E-læringsprogrammet.

### 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 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 tilstede ved alle opgaver og at kommunens retningslinjer for delegation efterleves, bygger på:

- Interview med ledelsen
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse<sup>7</sup>

Ved ledelsesinterviewet fremgår det:

I forhold til at sikre et *overblik over medarbejdernes kompetencer* (ift planlægning)

- Der er tidligere udfyldt kompetenceskemaer for alle medarbejdere en gang årligt i forbindelse med MUS - sidst for to år siden. De nye kompetenceskemaer ikke er helt færdige og enheden afventer kompetencerådets udmelding om, hvordan skemaerne skal bruges.
- Det er ledelsens vurdering, at planlæggerne er gode til at spørge ind til, om medarbejderne har prøvet en tilsvarende opgave før, før de tildes en opgave. Hvis medarbejderne ikke har udført opgaven før, eller er usikre på den iværksættes oplæring.
- Hvis ikke de medarbejdere, der har kompetencerne er på arbejde, falder opgaven tilbage til sygeplejerskerne – men ellers er der en stor opmærksomhed på, at indrette vagtplanen, så de tilstedeværende medarbejdere har de fornødne kompetencer.

I forhold til at sikre, at *medarbejdernes kendskab til deres ansvar ved delegation*

- Selve kompetenceskemaerne, hvor man kan se hvilke faggrupper der må hvad, er forstørret og hængt op på opslagstavlen et centralt sted i hjemmeplejen. Og det er ledelsens indtryk, at skemaerne er meget læst
- Det opleves også, at medarbejderne er meget ansvarlige i forhold til at gøre opmærksom på, hvis der er en kompetence, de har brug for at få genopfrisket
- Der er ledelsesrepræsentation med til gruppemøderne og lederne oplever både her og generelt i den daglige omgang, at der er en åbenhed blandt medarbejderne i forhold til at efterspørge viden men også i forhold til at fortælle, hvis medarbejderne er i tvivl, om de har gjort det rigtige

I forhold til *delegation af den enkelte opgave*

- Ledelsen fortæller, at der er en individuel vurdering bag delegation af opgaver og at der er en selektiv tilgang til, hvem der kan udføre hvilke opgaver.
- Det sikres, at der er en udredning og handleanvisning i Nexus, og at medarbejderen vises opgaven ved borgeren, hvis medarbejderen ikke allerede har kompetencerne til at udføre opgaven

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

- Der er en konsekvent tilgang i enheden til, at hvis en borger udskrives med et specifikt behov for sygepleje, skal sygehuset oplære enhedens sygeplejerske, ellers venter enheden med at tage opgaven

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

I forhold til *oplæring af nye medarbejdere:*

- At 63 % af medarbejderne angiver at være 'helt enige i' eller 'delvist enige i' at nyt personale får en god introduktion. 20% svarer hertil at de er 'hverken enig eller uenig'.
- At 70 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvist enige' i, at personale der er under oplæring inden for deres fagområde, får den nødvendige supervision.

I forhold til *procedure for delegation*<sup>8</sup>:

- At 100% af medarbejderne svarer, at de kender proceduren for delegation til medarbejdere.
- At 75 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' følger procedurerne for delegation. 22% svarer hertil 'i nogen grad'.

<sup>7</sup> Der tages forbehold for, at der er en relativt lav svarprocent, så resultaterne er ikke nødvendigvis repræsentative for alle enhedens medarbejdere.

<sup>8</sup> I afrapporteringen af medarbejderbesvarelserne ved dette spørgsmål er der kun taget udgangspunkt i besvarelser fra hhv. sygeplejersker, assistenter og hjælpere – 45 besvarelser i alt



I forhold til *kompetenceprofil*:

- At 84 % 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? '. Hertil svarer 9% 'ja '.
- At 16 % af medarbejderne svarer, at de har en opdateret kompetenceprofil, 50 % svarer nej, mens 33 % svarer 'ved ikke'.

I forhold til tilgængelige kompetencer:

- At 55 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i udsagnet 'Mit team har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag'. 24% svarer 'hverken enig eller uenig'.

**Tilsynets vurdering:** At der er gjort et fund af betydning for, hvordan enheden sikrer, at kommunens retningslinjer for delegation efterleves.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At ledelsen ikke aktuelt sikre en kontinuerlig og systematisk opfølgning på delegation
- At kun 75 % af de medarbejdere, der angiver, at de kender proceduren for delegation, også angiver at følge den.
- At kun 16 % af medarbejderne svarer, at de har en opdateret kompetenceprofil

I vurderingen er der også lagt vægt på,

- At 100 % af de relevante medarbejdere angiver at kende proceduren for delegation

**Tilsynet henstiller til:**

- At der udarbejdes en plan for, hvordan der følges op på medarbejdernes faglige niveau og refleksion i forhold til de opgaver, de varetager – også hvor der ikke er en synligt bekymring eller behov.
- At der udarbejdes en plan for hvordan det kan afdækkes, hvad der ligger til grund for medarbejdernes besvarelse af spørgsmålet om at følge proceduren for delegation – og følge op på dette.

**Tilsynet anbefaler:**

- At medarbejdernes kompetenceskemaer løbende opdateres

**Enhedens tiltag:**

Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende delegation. (Se bilag 4.)

**Tilsynets samlede vurdering ift. delegation:**

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.

## 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<sup>9</sup>

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

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

- At der har været 156 unikke brugere af MyMedCards i perioden 1. september 2020 til 31. august 2021<sup>10</sup>

Af ledelsesinterview fremgår det, at:

- Som en konsekvens af situationen med COVID-19 og deraf følgende mange nye og skiftende informationer, har enheden fået en ny formidlingsstrategi, hvis der er nyt, der skal formidles til medarbejderne. Først bliver der sendt en mail ud til alle medarbejdere med den nye information, præsenteret i en kort og overskuelig form, informationen uddybes efterfølgende i det interne nyhedsbrev og endelig følges der op med en mundtlig orientering fra udvalgte medarbejdere.
- Ledelsen angiver, at medarbejderne anvender MyMedCards i meget høj grad, for løbende at holde sig ajour i forhold til retningslinjer, instrukser mv.
- Der henvises altid til VAR i handleanvisningerne i Nexus. Men der er en oplevelse af, at de beskrevne procedurer i VAR tager afsæt i en sygehus kontekst frem for i praksis i primær sektor.
- Nye medarbejdere introduceres som en fast del af introduktionen til VAR og MyMedCards.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

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

- At 93 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at de normalt har adgang til alle de oplysninger, de har brug for, for at kunne træffe beslutninger om pleje og behandling.

I forhold til *retningslinjer for anvendelsen af MyMedCards og VAR*<sup>11</sup>:

- At 56 % af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for hvordan de skal bruge VAR (database over sundhedsfaglige procedurer), 39% svarer 'ved ikke' og 2% svarer 'nej'. 70 % svarer, at de i 'meget høj grad' og 'i høj grad' følger disse retningslinjer, 27 % angiver i nogen grad.
- 62 % af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for, hvordan de skal bruge MyMedCards. 29% svarer hertil 'ved ikke' og 9% svarer 'nej'. 55 % svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' følger disse retningslinjer. 28 % svarer 'i nogen grad'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At over 40 % af medarbejderne angiver ikke at kende retningslinjerne for anvendelsen af VAR.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

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

### Tilsynet henstiller til:

- At der udarbejdes en plan for, hvordan det sikres, at medarbejderne får kendskab til retningslinjerne for anvendelsen af VAR.

---

<sup>9</sup> Bemærk at svarprocenten ikke er særlig høj i denne undersøgelse, hvorved svarene ikke nødvendigvis er repræsentative for alle medarbejdere i enheden.

<sup>10</sup> Disse tal er ikke nødvendigvis et udtryk for det totale antal opslag/læsning af instrukser mv. i MMC. Der kan være flere der har læst den pågældende instruks sammen – eksempelvis ved et møde eller i samarbejdet mellem kolleger.

### Enhedens tiltag:

Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende Kendskab til instrukser og retningslinjer. (Se bilag 4.)

### Tilsynets samlede vurdering ift. Kendskab til instrukser og retningslinjer:

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.

## Rehabilitering

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

- Telefoninterview med 58 borgere
- Ledelsesinterview
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser<sup>12</sup>
- Enhedens og tilsynets audit af i alt 14 borgerjournaler

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved interview med borgere fremgår det at:

- 64 % af borgerne svarer 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' til at de har været med til at 'sætte mål for hjælpen'
- 66 % af borgerne svarer 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' til at de arbejder efter de aftalte mål
- 65 % af borgerne svarer 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' til at de bliver inddraget i tilrettelæggelsen af, hvordan hjælpen skal udføres
- 58 % af borgerne svarer 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' til at de deltager i hjælpen.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- 34% af medarbejderne har svaret 'i høj grad', 25% har svaret 'i nogen grad' og 31% har svaret 'i mindre grad' til om de kender borgerens livshistorie og handleplaner.
- 82 % af medarbejderne angiver, at de i 'høj grad' eller 'i nogen grad' aktivt inddrager borgerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter.

Af ledelsesinterview fremgår det at:

- At på baggrund af resultater fra sidste års rehabiliteringsuge er det besluttet at arbejde videre med dokumentationen, mål, tonen og tværfaglighed. Enheden har efterfølgende arbejdet med alle fire punkter, men er ikke i mål endnu. Den faglige koordinator har undervist plejegrupperne og der er planlagt undervisning i SMARTE-mål. I forhold til tonen er det et område alle medarbejdere er opmærksomme på, hvis der eksempelvis opleves en dårlig tone i advis, i journal eller i snakken på gangen. Ledelsen har en oplevelse af, at det modtages positivt, når en dårlig tone påtales af kollegerne.

Af journalaudit fremgår det at:

- Inddragelse af borgers perspektiv ses i begrænset omfang i de auditerede journaler i forhold til:
  - Beskrivelsen af borgers motivation
  - Beskrivelse af borgers mestring
  - Borgers vurdering ved funktionstilstande
  - Udfyldelse af feltet 'Borgers mestring' i døgnrytmeplanen

---

<sup>12</sup> Svarprocenten i medarbejderspørgeskemaet er ikke tilstrækkelig høj til, at man kan antage at svarene er helt repræsentative for alle medarbejdere i enheden

- Inddragelse af borgers perspektiv og fokus på det rehabiliterende perspektiv ses i de fleste journaler i forhold til:
  - Beskrivelse af borgers ressourcer
  - Borgers vurdering ved helbredstilstand
  - Oprettet indsatsmål

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At borgerens perspektiv ikke gennemgående og systematisk er belyst i journalerne

I vurderingen er også lagt vægt på:

- At borgerne fortæller at de for størstedelens vedkommende oplever sig inddraget i indsatsen og kender de mål, der arbejdes med
- At ca. 80 % af medarbejderne angiver, at de inddrager borgerne i indsatsen

#### **Tilsynet anbefaler**

- At der arbejdes med, at borgerens perspektiv i højere grad fremgår af journalen

### **E-læring**

Tilsynets kommentering af medarbejdernes gennemførelsesgrad af den obligatoriske *e-læring* om lovgrundlag for magtanvendelser og procedurer for medicinhåndtering, baseres på:

Udtræk fra e-læringsportalen Plan2Learn.

Tilsynet kommenterer kun medarbejdernes gennemførelsesgrad af e-læringskurserne, da enheden oplever tekniske udfordringer med e-læringsportalen.

- 155 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Magtanvendelse'. Ud af de 155 medarbejdere har 104 medarbejdere gennemført kurset. 30 medarbejdere er påbegyndt kurset, men har ikke gennemført det. 21 medarbejder er tilmeldt kurset, men har hverken påbegyndt eller gennemført kurset.
- 42 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'. Ud af de 42 medarbejdere har 24 medarbejdere gennemført kurset. 9 medarbejdere er påbegyndt kurset, men har ikke gennemført det. 3 medarbejder er tilmeldt kurset, men har hverken påbegyndt eller gennemført kurset. 6 medarbejdere har tidligere gennemført kurset, men kurset er udløbet og kræver en recertificering.
- 101 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinhåndtering for social- og sundhedshjælpere'. Ud af de 101 medarbejdere har 37 medarbejdere gennemført kurset. 24 medarbejdere er påbegyndt kurset og 16 medarbejdere er tilmeldt kurset, men har ikke påbegyndt eller gennemført kurset. 24 medarbejdere har tidligere gennemført kurset, men kurset er udløbet og kræver en recertificering.

## 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 mindre betydning i forhold til enhedens arbejde med APV*

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 5 ud af 7 journaler i audit ikke havde udfyldt APV-skema

Ved ledelsesinterview fremgår det:

- At der sidst er gennemført en psykisk APV i maj 2020. Det blev besluttet at gennemføre APV'en selvom det var i en periode, hvor der var helt særlige vilkår på grund af COVID-19. Der blev lavet en APV på hver gruppe og en samlet APV. Arbejdsmiljøgruppen læste efterfølgende alle rapporter igennem og sammenfattede en konklusion på baggrund af rapporterne. Konklusionen blev præsenteret på LMU og der blev foreslået en proces for, hvordan man kunne arbejde videre med resultaterne. Hver gruppe fik efterfølgende gruppens APV ud otte dage inden, der blev holdt et møde i gruppen, hvor der blev lagt en handleplan med afsæt i de problemstillinger, der var i den pågældende gruppe og hvor enkeltkommentarer blev uddybet og diskuteret. Der er løbende blevet fulgt op på handleplanerne i de enkelte grupper på baggrund af, hvad hver gruppe havde svaret.
- Der var en svarprocent på 71 % og APV'en viste samlet set, at der ikke var store udfordringer eller problemstillinger
- Resultatet fra APV'en gik igen i en efterfølgende ledelsesevaluering. Her var der også var en overordnet positiv tilbagemelding på ledelsen

**Tilsynet vurderer at:** Der er gjort fund af betydning for arbejdsmiljøet.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der for 5 ud af 7 auditerede journaler ikke var oprettet et APV-skema

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der er blevet gennemført en psykisk APV for relativt nyligt. At denne APV ikke viste omfattende problemer og at der er blevet fulgt op på de problemer der har været med inddragelse af alle medarbejdere

### **Enhedens tiltag:**

Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende APV (Se bilag 4.).

### **Tilsynets samlede vurdering ift. APV:**

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.

## **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:

- 61 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. 34 % af medarbejdere svarer 'både og'.
- 61 % af medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne internt. 32 % af medarbejdere svarer 'både og'.

- 76 % af medarbejderne angiver, at have et 'meget godt' eller 'godt' forhold til ledelsen. 20% svarer 'både og'.

**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. september 2020 til 31. august 2021

Af sygefraværsoversigten fremgår det:

- At sygefraværsprocenten i perioden 1. september 2020 til 31. august 2021 i gennemsnit har været på 6,8 %. Til sammenligning er sygefraværsprocenten i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune i samme periode på 6,6 %

### Budgetoverholdelse

**Tilsynet vurderer** at aftaleenheden er økonomisk veldrevet inden for de muligheder, der rådes over.

Der forventes en budgetoverskridelse, som henfører til, at der i en lang periode har været behov for ekstra personale på Anholt samtidig med, at der er rekrutteringsudfordringer, som betyder flere udgifter til vikar, til overarbejde og merarbejde, samt til inddragelse af frihed. Der foregår mange tiltag med henblik på at minimere udgifterne med så få konsekvenser som muligt for borgerne

### Opsamling på andre/tidligere tilsyn

Der har ikke været andre tilsyn på enheden inden for det seneste år

## Bilag 1: Oversigt: Journalaudit

Antal journaler hvor følgende er opfyldt:

<i>Opfølgning på forværring i borgers tilstand</i>	Tilsynets audit på 8 borgere	Enhedens audit på 12 borgere
Opfølgning på observationer	3 ud af 7	11 ud af 11
Opfølgning på målinger uden for tærskelværdi	-	2 ud af 2
<i>Opdateret beskrivelse af og plan for borgers helbreds- og funktionstilstande</i>		
Relevante helbredsoplysninger	7 ud af 8	10 ud af 12
Taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser	7 ud af 8	10 ud af 12
Alle relevante helbredstilstande valgt	6 ud af 6	12 ud af 12
Fyldestgørende faglige notater for helbredstilstande	5 ud af 6	9 ud af 12
Alle relevante funktionstilstande valgt	3 ud af 7	11 ud af 11
Oprettet relevante handlingsanvisninger	6 ud af 7	12 ud af 12
Henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant	2 ud af 3	10 ud af 11
Døgnrytmeplan opdateret	3 ud af 6	7 ud af 7
Ingen ubehandlede korrespondancer på borgeren? (MedCom)	7 ud af 7	12 ud af 12
Hvis relevant: En aktuell forflytningsvejledning for borgeren	1 ud af 2	1 ud af 2
Er relevante udredninger oprettet og udfyldt?	2 ud af 3	1 ud af 3
Oprettet opgaver på alle tilstande mindst en gang årlig	0 ud af 7	0 ud af 12
<i>Sammenhæng og systematik</i>		
Oprettet relationer så der skabes sammenhæng	4 ud af 8	9 ud af 11
<i>Understøttelse af borgerens retsstilling</i>		
Borgerens samtykke fremgår af handleanvisningen	1 ud af 5	4 ud af 8
Borgers samtykke ved videregivelse af helbredsoplysninger	0 ud af 4	2 ud af 8
Tidsfrist for indberetning af magtanvendelse overholdt	-	-
<i>Understøttelse af rehabiliterende tilgang</i>		
Beskrivelse af borgers motivation	3 ud af 8	5 ud af 12
Beskrivelse af borgers mestring	3 ud af 8	9 ud af 12
Beskrivelse af borgers ressourcer	7 ud af 8	8 ud af 12
Borgers vurdering ved helbredstilstande	4 ud af 6	5 ud af 12
Borgers vurdering ved funktionstilstande	0 ud af 7	2 ud af 12
Oprettet indsatsmål	5 ud af 5	11 ud af 12
Feltet 'Borgers indsats' udfyldt i Døgnrytmeplan	1 ud af 6	4 ud af 7



## Bilag 2: Oversigt over borgernes kommentarer under telefoninterview

### **Kommentarer ift. Den personlige pleje:**

I forhold til spørgsmålet "Hvad synes du om den hjælp, du får til at gå i bad?" er der følgende kommentarer:

- Ked af at bad nu kun er en gang om ugen - og ikke to som tidligere.
- Kunne ønske sig at der kunne tilbydes flere bad ugentligt.

I forhold til spørgsmålet "Er hjælpen god, uanset, hvilken hjælper der kommer?" er der følgende kommentarer:

- Ønsker at det er faste hjælpere så vidt muligt.
- Hjælpen opleves meget forskellig afhængig af hvilken hjælper der kommer.

### **Kommentarer ift. den praktiske hjælp:**

I forhold til spørgsmålet "Hvad synes du om den hjælp, du får til rengøring?" er der følgende kommentarer:

- Synes det er alt for lidt med rengøring hver 3. uge. Kun 3 kvarter er ikke nok.
- Synes det er for ringe rengøring, for lidt tid, at der ikke bliver gjort rent under sofa og spisebord. Håber på rengøring hver 14. dag.
- Har ikke nogen dato for hvornår hjælpen til rengøring kommer. Det er ikke aftalt pt. Alt for mange forskellige hjælpere. Har været ude en gang, hvor der pludselig ringes om rengøring - hvorfor hun desværre nødt til at takke nej, selv om hun meget gerne ville have hjælpen.
- Kommer ikke ud i hjørnerne. Vil ikke flytte møbler.
- Køber sig selv til yderlige rengøring til de ting hjemmeplejen ikke klarer.
- Har svært ved at bukke sig, ligger der ting eksempelvis noget på gulvet i soveværelse, hvor der skal støvsuges - bliver det ikke samlet op. Bliver der så støvsuget ordentlig?
- Ønsker mere end hver 3. uge
- Kunne ønske sig hyppigere rengøring pga. hund i hjemmet
- Ønsker hyppigere rengøring.
- Ked af, at der er meget hjælpen ikke må udføre.

I forhold til spørgsmålet: "Hvad synes du om den hjælp, du får til tøjvask?" er der følgende kommentarer:

- Ønsker besked dagen før der skal vaskes tøj.
- Ændret hjælp til ophængning efter tøjvask, som han klare selv, fra tidligere fire gange per 14. dag - nu kun en gang hver 14. dag. Det er alt for lidt tøjtil 14 dage.

Yderligere kommentarer til den praktiske hjælp:

- Er meget ked af at tidligere "klippeordning, blev afskaffet, hvor man kunne spare timer sammen til en ekstra ydelse - eksempelvis kirkegårdsbesøg. Denne afskaffelse af den værste besparelse der er hændt. Mange er kede af dette, fortæller borger.

#### **Kommentarer ift. planlægningen af den praktiske hjælp:**

I forhold til spørgsmålet "Får du den støtte der er aftalt " er der følgende kommentarer:

- Jeg har problemer med at få skiftet sengebetræk på 2 dyner, selv om det er bevilget. Træt af diskussion om dette punkt ofte. Synes slet ikke rengøringen er fyldestgørende. Ikke fordi hjælperen skal flytte ting

I forhold til spørgsmålet "Er det oftest de samme hjælpere, der kommer hos dig? " er der følgende kommentarer:

- Ked af at reolen ikke bliver gjort rent, som det var i starten. Meget skiftende med hjælperne, det gør meget ud af hjælpen, og man skal så forklare om hjælpen. I år har der været mange nye.
- Alt for mange forskellige hjælpere til bad! Det er ikke godt.
- Det kunne være bedre hvis det er den/de samme hjælpere der kunne hjælpe med det ugentlige bad.
- Det kommer for mange forskellige hjælpere.

I forhold til spørgsmålet "Får du besked, hvis hjælperne ændrer tidspunktet? " er der følgende kommentarer:

- Et problem at hjælpen kommer indenfor 2 times-periode og det ikke er et nærmere tidspunkt. Så hun kan planlægge at gå ud i byen.
- Med hensyn til hjælpen, så er det ikke godt, at skulle sidde og vente mellem 8.00 og 11.00 på hjælpen.

I forhold til spørgsmålet "Hjælpen er lige god uanset hvilken hjælper, der kommer? " er der følgende kommentarer:

- Der kommer mange forskellige hjælpere, og der er forskel på det udførte.
- Ærgre sig de gange hjælperen til rengøring ikke er så høj, at der kan tørres støv af øverst på reol med videre. Men tager det med godt humør - vil dog gerne have en "giraf" i stedet for de enkelte helt korte.
- Ønsker præcis at vide, hvad hjælpen dækker - føler slet ikke, at det er aftalt, hvad hjælpen præcis dækker.

#### **Kommentarer ift. din deltagelse i hjælpen:**

I forhold til spørgsmålet "Deltager du i udførelsen af hjælpen? " er der følgende kommentarer:

- Meget tilfreds med gulv vask, systemet med en kop, som bliver helt ud på gulvet. Er intet værd i forhold til gulvvask.

#### **Afsluttende kommentarer til spørgeskemaet:**

- Syntes at corona19 - med alle aflysninger af aktiviteter og mindsket familiebesøg mv., har været meget med til, at forstærke følelsen af ensomhed.
- Er meget ked af lukning/aflysning af aktiviteter pga. corona-19.
- Oplever det utrygt og problematisk at der kommer mange unge og forskellige i hjemmet.
- Ønsker at hver borger får afsat længere tid, så der er tid til at tale sammen.
- Er meget tilfreds med hjælpen.
- "Jeg er godt tilfreds"
- Ser frem til rengøringen bliver hyppigere.
- Det er væsentligt at der er tid til at tale med hjælperen.

## Bilag 3: Høringssvar ved Kommunale tilsyn i Hjemmeplejen Grenaa 2021

Bilaget omfatter en supplerende beskrivelse primært ift. dokumentation og medicin

Selve vurderingsmetoden gør det ikke nemt for vores enhed at undgå placering i at have *kritiske forhold*, da kriterierne er meget præcise.

I følge FS3 metoden er det visitationsafdelingen og træning, som er myndighed på **Funktionsevnetilstande** og SSA og sygeplejersker i hjemmeplejen der er myndighed på **Helbredstilstande**.

Det var sådan vi fik implementeret hele FS3 metoden og faglig koordinator fra hjemmeplejen Grenaa har været med i hele forløbet fra start i 2018 til nu. Faglig koordinator var sammen med en visitator og en terapeut med til at lave prøvehandlinger i systemet på hvert ansvarsområde.

Efterfølgende viste det sig hurtigt at det overvejende var sygeplejersker og SSA i hjemmeplejen som tog FS3 dokumentations-metoden til sig, hvorimod terapeuter og visitatorer arbejder i faglige vurderinger. (Der ligger rigtig mange gode oplysninger i disse vurderinger, de bliver bare ikke ført over i FS3 metoden for dokumentation, dvs. i generelle oplysninger og/eller faglig notat)

En forskel ift. plejecentrene hvor man er myndighed på både funktionsevnetilstande og helbredstilstande i egen enhed og herved kan tage det samlede ansvar for tilsynsrapportens udfald i enheden.

Derfor undrer det enheden, at det er de manglende opdaterede funktionsevnetilstande hos borgere i eget hjem, der "dumper" dokumentationen hos os, for ses der bort fra den manglende dokumentation af funktionsevnetilstandene. Vi forsøger at følge samme røde tråd i hele vores dokumentation.

Faglig koordinator har forespurgt om vi blev stillet til ansvar for dokumentation ift. til serviceloven, men har fået oplyst at det er ældretilsynet der forestår dette tilsyn og lige nu er det kun på plejecentrene.

Over for visitation/kvalitetsteam har faglig koordinator tidligere gjort opmærksom på denne mangel. At visitator ikke udfylder tilstande men udfylder en faglig vurdering. De udfylder heller ikke generelle oplysninger.

Faglig koordinator har ligeledes forsøgt at få en arbejdsgang for, hvor meget vores SSH og SSA skal dokumentere ift. Servicelovsindsatserne.

I det materiale vores SSH og SSA fik undervisning i, blev der også fortalt, at der var en myndighedsdel og en leverandørudel:

**For sundhedslov:** er sygeplejersken både myndighed og leverandør og har derfor ansvaret for hele dokumentationsprocessen.

**For Servicelov:** er visitator eller terapeut myndighedsdel og hjemmeplejen udfører. Tilstande laves af visitator / terapeuter.

Ingen undervisning i at udfylde faglig notat, score og borgers forventninger og mål.

Der er blevet undervist i at relatere så observationsnotater hænger sammen i tilstandshjulet.

Efterfølgende har faglig koordinator forsøgt at lave en dokumentationspraksis for indsatsmål for døgnrytmeplaner og udfyldelse af døgnrytmeplaner ud fra den del af Nexusmanualen som er rettet mod SSH medarbejdere.

At døgnrytmeplanen er en handlingsanvisning for borgerens stabile indsatser visiteret af visitationsafdelingen. Den skal afspejle borgerens daglige behov for pleje og borgerens aktiviteter. Døgnrytmeplanen udarbejdes på baggrund af borgerens funktions- og helbredstilstande og opdateres ved væsentlige ændringer – dog minimum en gang årligt. Der oprettes et samlet indsatsmål for borgerens stabile indsatser.

I videoen i Nexus Manualen til SSH siger de, at der skal oprettes min. et indsatsmål for de bestilte indsatser. Derfor begyndte vi at lave indsatsmål på døgnrytmeplaner, da den afspejler handlingsanvisningen på borgerens stabile indsatser.

Arbejdsgangen er vendt i kvalitetsteamet og vi fik meld tilbage at vores arbejdsgang virkede fin, at vi koncentrerer os om at sikre tilstrækkelig og grundig udfyldelse af døgnrytmeplanerne. At vores arbejdsgang vedr. indsatsmål på døgnrytmeplaner så godt ud, da vi konkret beskrev de mål, borgeren arbejder med/medarbejderen understøtter. Konkrete, realistiske og rehabiliterende mål. At vi var på rette vej selvom der i fremtiden kunne komme ændrede arbejdsgange ift. indsatsmål på døgnrytmeplaner.

Så omkring servicelovsindsatser har vi hvad vi kunne for at kunne leve op til dokumentationskravet vel vidende at funktionsevnetilstande i de fleste journaler ikke har været udfyldt. Vi har skævet lidt til den faglige vurdering som har været udfyldt af visitator, da de her i nogle tilfælde i deres vurdering beskriver målet for den visiterede indsats.

Derfor en undren i enheden over, at hjemmeplejen kommer op i et kritisk rødt område pga. den manglende sundhedsfaglige dokumentation i FS3 på funktionsevnetilstande.

### **Bemærkninger ved tilsyn:**

At der ses enkelte journaler, hvor der ikke er en opdateret døgnrytme. - Vi lægger meget op til at de skal være opdateret således at alle kan varetage opgaven. Alle kørelisteplanlæggere er undervist og skal hjælpe med implementering. Fra vores side skal dog gøres en indsats med at borgerindsatsen bliver udfyldt i alle døgnrytmeplaner. "Hvad gør borger selv."

(Tilsynet skriver udfyldelse af feltet 'Borgers mestring' i døgnrytmeplanen – det er borgers indsats).

### **Omkring opgaver:**

Vi har kun oprettet opgaver ifm. med borgere som skal have taget mål til kompressionsstrømper. Det fungerer godt.

Vi arbejder med at skulle lave opgaver på en årlig opfølgning på borgers helbredstilstande. Faglig koordinator er inviteret med i forberedelse af dette arbejde i efteråret 2021.

Og igen er det helbredstilstande vi kommer til at oprette vores opgaver på. Visitation og træning forventes at være ansvarlig for funktionsevnetilstande, eller ?

### **Omkring samtykke til behandling:**

Borgers informerede samtykke til den aktuelle pleje og behandling er overvejende ikke dokumenteret. Det arbejder vi kontinuerligt med.

Der gøres opmærksom på at borgeren ved at kunne varetage egne helbredsmæssige interesser kan give samtykke til behandlingen - medicindosering. En medicindosering laver vi ikke handlingsanvisning på, men følger kommunens instruks for medicindispensering.

Men i øvrig er vi obs. på at vi skal blive bedre til at beskrive borgers samtykke til behandling i alle vores handlingsanvisninger på sundhedslovsydelser.

Borgers samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger dokumenteres kun i mindre omfang. Det arbejder vi også kontinuerligt med. Hvor ville det være godt hvis det var et fast punkt på en korrespondance, således at den ikke kunne sendes uden accept fra borger.

Ang. FMK og fejlrettelse af pn. administration.

FMK er en udfordring hver dag. Hvis lægen ikke opretter med præcist udfyldte administrationsrækkefølger, er vi nødt til at lave en lokal administration og den gemmes desværre ikke altid, men skal udfyldes igen ved næste opdatering af FMK.

Det kan give risiko for UTH, hvis vi ved hver opdatering ikke er meget opmærksom på hvordan ordinationerne fremgik af skemaet inden vi begynder opdateringen.

Persondata på håndkøbsmedicin:

Vi gjorde ved tilsynet opmærksom på, at der intet sted i medicininstrukser er beskrevet at borgers navn og cpr nr. skal fremgå på håndkøbsmedicin. Kvalitetsteamet har drøftet det med Styrelsen for Patientsikkerhed og instruksen er efterfølgende blevet justeret. Ligeledes vores praksis - at vi har labels med som sættes på håndkøbsmedicin. Print fra Nexus med navn og cpr nr.

At der ses en arbejdsgang, hvor der printes et nyt medicinskema ved ændring af handelsnavn, før en eventuel ændring er trådt i kraft. Herved er der risiko for, at den doserede medicin og den ud printede medicinliste ikke stemmer overens. ---- Andet har ikke været praktisk muligt i hjemmeplejen. Ændres handelsnavn mens vi sidder hos borger, har vi ikke mulighed for nyt print. Det problem undgås når vi på sigt ikke skal have medicinskema i papirs-form.

Vi har gjort opmærksom på at handelsnavn ikke figurerer på dosisdispenseret medicin. Det fremgår ikke på selve dosisrullen. Men ved henvendelse til apoteket kan de se sidste udlevering, men at vi ikke inde i vores nye doseringsskema/start optælling kan ændre handelsnavn på dosisdispenseret medicin. Så skal man inden start af dosisrulletjek gå ind og ændre på sidst udleverede præparat på alle præparater for at sikre os, at de stemmer med det handelsnavn som borgeren har fået udleveret.

Procedurer og VAR:

Mange SSH kender muligvis ikke VAR - handleplan.

APV:

Alle medarbejdere er vidende om APV og at de skal opdateres løbende. Ifm. med audit er der også givet besked til relevante medarbejdere/grupper om at opdatere APV. Se venligst notat fra enheden i rapporten

At der ikke er oprettet opgaver til opfølgning på tilstande, det ved vi. – Her arbejder vi med at komme i gang med årlig opfølgning.

Opgaver bruges generelt ikke til at kommunikere med SSA og SSH, da der er fare for UTH hvis opgaven ikke ses. Her bruges borgerrelateret advis. Siden vi overgik til Nexus har vi haft ønske om at en opgave kunne lægge sig direkte i borgers kalender.

At der gennemgående mangler de relevante relationer i ca. halvdelen af de auditerede journaler. – Det har vi også fokus på. Det er vigtigt at vi kan skabe os et overblik i tilstandshjulet, men det har taget lang tid for mange inden de pludselig ser dette overblik og forstår vigtigheden af relationer. – handleplan

16/9-21.

## Bilag 4. Enhedens handleplan efter kommunalt tilsyn 2021

### Hjemmepleje Grenaa og Anholt

Tema: tilsynet henstiller til:	Handling:	Tid:	Ansvarlig:	Evaluering/opsamling:
<p><b>Sundhedsfaglig dokumentation:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sikring af at borgers samtykke dokumenteres i journalen</li> <li>2. Sikring af at der oprettes opgaver til opfølgning på alle tilstande og indsatser</li> <li>3. Sikring af at funktions tilstande løbende opdateres, så ikke-aktuelle tilstande lukkes ned, og at det faglige notat fremstår fyldestgør</li> </ol>	<p><b>1.</b> Undervisning og sidemandsoplæring gentages. Ved de daglige besøg tjekker spl./SSA op på om handlingsanvisning er opdateret med borgerens samtykke. Herved kommer vi inden for en periode gennem alle borgerjournaler. Derudover har vi fokus på, og er i gang med at opdatere handlingsanvisninger på medicindoseringer.</p> <p><b>2. a.</b> opstart på opgaver på tilstande og indsatser én gang årligt (på borgeres fødselsdag)</p> <p><b>b.</b> deltagelse i kommende undervisning og efterfølgende præsentation i enheden (se bilag 3). Herefter opgave på tilstand og indsats. Her tænkes også opgave på servicelovsindsatser, som kunne være årlig ajourføring af døgnrytmeplan</p>	<p>1. Start efterår 2021</p> <p>2. Efterår 2021.</p> <p>3. Forbereds efterår 2021 og implementeres i 1. kvartal 2022</p> <p>Efterår 2021</p> <p>SSA: gennemgang den 30/9-21</p> <p>SSH: gennemgang den 4/10</p>	<p>Fagl.koor.</p> <p>Fagl. koordinator og leder</p> <p>Fagl. koordinator og leder</p> <p><b>3.</b> Visitator er som udgangspunkt ansvarlig for at tilstande bliver udfyldt når borger visiteres til nye indsatser.</p> <p>"First-movers" og fagl. koordinator samt afd.ledere</p>	<p>Stikprøvekontrol næste gang til november, hvor 90% af stikprøverne skal have dokumentation for samtykke.</p> <p>2 a+b. Kontinuerligt der lægges en plan når undervisningen er gennemført, idet der forventes et overblik over opgavens omfang.</p> <p>3. Kvalitetsteamet lægger op til et samarbejde mellem visitationsenheden og leverandøren ift. opdatering af fagligt notat; kan udføres på de ugentlige møder i enheden mellem visitator og leverandør</p> <p>4. First-movers genoptager fra uge 41 ugentlige stikprøvekontroller på 5-10 journaler, således alle tilstande og observationsnotater i borgerjournaler relateres.</p>



<p>ende og opdateret .</p> <p>4. Sikring af at der i højere grad oprettes relevante relationer , så der skabes sammenhæng og overblik i journalerne</p>	<p>3. afklare med dokumentation og instruksgruppen/kvalitetsteamet ift. myndighed på opgaven. Viser det sig at opgaven ligger hos leverandør, kalder det på undervisning af medarb.(se bilag 3)</p> <p>4. "First-movers skal genoptage deres vejledning og opfølgning i plejegrupperne</p> <p>Spl.+SSA- genoptagelse af vejledning</p> <p>Udarbejdet en Pixi – manual på hvordan der relateres i web-version og mobilversion, for at sikre korrekt udførelse.</p>	<p>Samtidig er det informeret ud, hvilke navngivne sosu-medarb. man kan kontakte ved mindste tvivl.</p>		
<p><b>Delegation og kompetencer:</b></p> <p>1. Sikring af opfølgning på medarbejdernes faglige niveau og refleksion ift. de opgaver, de varetager – også hvor der ikke er synligt bekymring eller behov.</p>	<p>1.Større fokus på kompetenceuddelegeringsskemaet ved ophængning af det forstørrede skema i hvert grupperum. Drøftelse af opgavevaretagelsen ved hver ny borger samt v. ændringer af aktuelle borgere. Igangsætning af undervisning for de medarb. som mangler specifikke kompetencer.</p> <p>2.På gruppemøder spørges ind til forståelse af spørgsmålet.</p> <p>Spørgsmålene til medarbejderne er efterspurgt hos kvalitetsteamet.</p>	<p>Ultimo efterår 2021</p> <p>Ultimo 2021</p>	<p>Spl. og ledere</p> <p>Afd.ledere</p>	<p>Kontinuerlig, både i forbindelse med nye opgaver, eller hvor opgaverne enten forekommer sjældent, eller har været rutine i lang tid. Drøftes på gruppemøder hvor spl. og ledere er tilstede.</p> <p>Kvalitetsteamet drøfter enhedens spørgsmål om, i hvilke tilfælde sygeplejersker skal udfylde skema over de erhvervede kompetencer – medarbejderspecifik, og vender tilbage med svar.</p> <p>2.Ledelsen sender medarbejdernes respons ift. forståelse af spørgsmålet til kvalitetsteamet.</p>

<p>2. Afdækning af begrundelse for medarbejdernes besvarelser ift. procedurer for delegation samt plan for opfølgning.</p>				
<p><b>Instrukser og retningslinjer:</b></p> <p>1. Sikring af medarbejdernes kendskab til retningslinjerne for anvendelse af VAR</p> <p>2. Alle medarbejdere skal gennemføre de obligatoriske E-læringskurer</p>	<p>1.Spl og SSA kender VAR. Den 1/10 rundsendt skriftlig instruktion på hvordan adgang til VAR er beskrevet i MyMedCard. På teammøder får SSH VAR demonstreret ved eksempler i handleanvisninger, eksempelvis kompressionsstrømper og kateterpleje</p> <p><i>Udfordring at der kun kan indsættes ét VAR link pr. handleanvisning</i></p> <p>Lister i Plan2learn skal opdateres</p> <p>Undersøge hvordan det være at mail forsvinder fra tablets</p> <p>Opdaterede lister til kørelisteplanlæggerne, så de kan sætte tid af og sætte kursus på hver enkelt medarbejders køreliste</p>	<p>Start ultimo efterår/vinter</p> <p>Opstart vinter 2021/2022</p>	<p>Spl. / afd.ledere</p> <p>Ledergruppen</p> <p>Ledere</p> <p>Køreliste planlæggerne</p>	<p>På gruppemøder sikres det at alle SSH oprettes som bruger på VAR. Gøres på tablet ved hjælp af beskrivelsen i MyMedCard.</p> <p>Kontinuerlig</p>

<p><b>APV:</b> 15 af 7 auditerede journaler var der ikke oprettet APV skema</p>	<p>Enheden havde i Maj 2021 lagt en plan for opfølgning for APV arbejdet i arbejdsmiljøgruppen. Planen var at alle borgeres APV skulle gennemgås – via borgerlister – hver enkelt borgers APV med indhold og dato for sidste gennemgang.</p> <p>AMR følger op én gang i hvert kvartal for de grupper, som AMR repræsenterer for. Sættes fremadrettet i årshjulet.</p> <p>Ved mangler ift. APV i grupperne informerer AMR kørelisteplanlægger, som afsætter tid til opfølgning på næst kommende besøg.</p> <p>Der laves pop up ved nye borgere med afsættelse af tid til APV. Anvendelse af hjælpemidler kan noteres i APV. Ved særlige fokusområder i APV noteres disse i døgnrytmeplanen under særlige opmærksomhedspunkter.</p>	<p>Begyndt på arbejdet sommer 2021. Der er sat deadline den 1/11-21 ift. handleplanen.</p>	<p>AMR og leder af arbejdsmiljøgruppen er hovedansvarlig. Delegerer nogle af opgaverne til kørelisteplanlæggerne</p>	<p>Opgaven sættes i årshjulet (LMU ansvarlig) Opfølgning ved AMR hver tredje måned. Alle APV skal være oprettede og udfyldte.</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>Der er udarbejdet ny dagsorden til gruppemøderne, som understøtter opgaveløsningen og dokumentation heraf.</p>	<p>1/10-21</p> <p>Tages i brug fra uge 41 2021</p>	<p>Ledergruppen</p> <p>Ledergruppen</p>	
--	---	--	---	--

Oktober 2021.