

Hjemmehjælp og  
hjemmesygepleje  
Allingåbro

## Kommunalt tilsyn

24. juni  
2021

## Indhold

Målepunkter i det kommunale tilsyn .....	3
Datagrundlaget for det kommunale tilsyn .....	3
Rapportens opbygning .....	4
Præsentation af enheden .....	5
Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder .....	7
<b>Sammenfatning</b> .....	<b>8</b>
Patientsikkerhed .....	11
<b>Oversigt over tilsynets vurdering</b> .....	<b>11</b>
Den sundhedsfaglige dokumentation .....	11
Medicinkontrol .....	14
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) .....	16
Magtanvendelser.....	17
Hygiejne.....	18
Brugertilfredshed.....	19
<b>Oversigt over tilsynets vurdering</b> .....	<b>19</b>
Brugertilfredshed.....	19
Omgangsform og rengøring .....	21
Faglighed.....	22
<b>Oversigt over tilsynets vurdering</b> .....	<b>22</b>
Delegation og kompetencer .....	22
Kendskab til instrukser og retningslinjer .....	24
Rehabilitering.....	25
E-læring.....	26
Organisation.....	27
<b>Oversigt over tilsynets vurdering</b> .....	<b>27</b>
APV.....	27
Samarbejde.....	28
Sygefravær.....	28
Budgetoverholdelse.....	29
Opsamling på andre/tidligere tilsyn .....	29
Bilag 1. Oversigt: Journalaudit.....	30
Bilag 2: Enhedens handleplan .....	31

## Indledning

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

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

Der vurderes på de enkelte underområder i hvert af de 4 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 fysisk besøg, hvor der udføres medicinkontrol og 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
- Organisatoriske forhold
  - Herunder: Budgetoverholdelse, arbejdsmiljø 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
- Dialog med ledelsen om det lokale arbejde med sikring og udvikling af henholdsvis patientsikkerhed, brugertilfredshed, faglighed og organisatorisk bæredygtighed
- Telefoninterview med 12 borgere 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. Spørgeskemaet er sendt ud til 120 medarbejdere. 49

medarbejdere har svaret. OBS dette giver en svarprocent på 41 %, hvilket er betænkeligt lavt og resultatet skal bruges med forsigtighed.

- Stikprøvekontrol af fire dispenserings og fire borgeres medicinbeholdning
- Dialog med ledelsen om det lokale arbejde med sikring og udvikling af henholdsvis patientsikkerhed, brugertilfredshed, faglighed og organisatorisk bæredygtighed
- Udtræk fra indberetningsystem 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
- 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 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.

## Præsentation af enheden

Hjemmehjælp og hjemmesygeplejen Allingåbro og sygeplejeklinikkerne Allingåbro og Auning er en kommunal plejeenhed, med 340 borgere tilknyttet hjemmehjælpen, 320 borgere tilknyttet hjemmesygeplejen og 33 borgere tilknyttet sygeplejeklinikken Auning (pr 14/6/21). Borgere<sup>1</sup> tilknyttet Sygeplejeklinikken Allingåbro (klinik for kompressionsbehandling) registreres og afsluttes på behandlingsdagen.

*Hjemmehjælp og hjemmesygepleje Allingåbro –Glesborg Pr 1/6 2021<sup>2</sup>:*

Total antal medarbejdere: 218 (inkl. ufaglærte timelønnede, elever, §94 ansatte)

Ledelse: 1 aftaleholder, 3 afdelingsledere, heraf er 1 afdelingsleder en opnormering pga. stort ledelsesspænd (start 1/6/21).

### **Allingåbro Hjemmeplejen:**

Afdelingsleder (LML) direkte personaleledelse = 94 medarbejdere primært SOSU-medarbejdere

### **Glesborg Hjemmeplejen:**

Afdelingsleder (MD) direkte personaleledelse = 64 medarbejdere, primært SOSU-medarbejdere

### **Allingåbro og Glesborg Sygeplejen:**

Afdelingsleder (MBS) direkte personaleledelse i Glesborg:

- 10-sygeplejersker
- 6-SSA (social og sundhedsassistenter)
- 14-nat (sygeplejersker, SSA og SSH (social og sundhedshjælpere))

Afdelingsleder (MBS) direkte personaleledelse i Allingåbro:

- 14 Sygeplejersker
- 7 SSA

### **Allingåbro og Glesborg Aftaleholder:**

Aftaleholder (HW) direkte personaleledelse på begge matrikler: tre ledere og fire medarbejdere – vagtplanlæggere og faglig koordinator (sygeplejerske, SSA og SSH)

### **Udfordringer i enheden:**

- Vakant afdelingsleder stilling i Glesborg i 2 1/5 måned. Dækket af afdelingsleder Allingåbro og aftaleholderen samtidig med deres øvrige ansvarsområder.
- 1 afdelingsleder ansat 16/11/20 i Glesborg
- 1 afdelingsleder ansat 1/6/21 i Allingåbro
- Corona-situationen har medført ekstraordinært meget merarbejde for lederne alle ugens dage bl.a. ifm. isolation, opsporing og medvirken i vagtdækning/sikring af tilstrækkelig bemanning.

---

<sup>1</sup> Der kan være et sammenfald i de borgere, der er tilknyttet hjemmehjælp og dem, der er tilknyttet en af sygeplejeklinikkerne.

<sup>2</sup> Se *organisationsbeskrivelsen* på g-drevet

- Sygefraværet har ligget ca. dobbelt så højt som året før. Særlig udfordring har været gennemsnitligt 8-10 langtidssyge hele året og gravide sygemeldt med graviditetsgener i stor del af graviditeten.
- Rekruttering af alle faggrupper til både faste stillinger og barselsvikariat har været særdeles udfordrende. I gennemsnit har sygeplejerske og SSA stillinger været genopslået 2 gange; enkelte stillinger fx til nattevagt har været genopslået x 3. Der har været flere perioder hvor stillinger ikke har været besat. Allingåbro har tidligere nydt godt af placeringen tæt på Randers/ jyske kommuner, men tendensen med rekrutterings-vanskeligheder ser ud til at fortsætte.
- Vakante stillinger i hjemmehjælpen har øget presset på sygeplejen, idet sygeplejersker og SSA'er hyppigere bliver kaldt ud til sygeplejefaglig vurdering og vejledning i hjælpergrupperne
- Et større flow af borgere udskrevet fra sygehus, herunder flere døende, har krævet mere tid til planlægning af sygeplejefaglige indsatser herunder dokumentation.
- Den særdeles vanskelige drifts-situation i 2020 har betydet, at opgaver som fx opdatering af kompetenceprofiler, har måttet nedprioriteres og udsættes. E-læring: Magtanvendelse nedprioriteres (enheden har ganske få magtanvendelser). Det prioriteret at arbejde med den sygeplejefaglige dokumentation fx indsatser og indsatsmål og det er nedprioriteret at få APV overført fra papirform til borgerjournalen. De 'dokumentations-first movers', der var implementeret i hjemmeplejen til at vejlede kollegerne i at skrive observationsnotater fremfor besøgsnotater og oprette relationer måtte sættes på stand-by på grund af drifts-situationen. Det samme gælder en fokuseret indsats for at øve sig i at sætte SMARTER mål.

#### Hvad har vi opnået:

- Borgerne (og pårørende) er generelt tilfredse med den pleje og behandling der ydes. Der har været få klager. Medarbejderne har udvist stor faglighed, omsorg og nærvær i mødet med borgerne.
- Drifts situationen i 2020 har betydet, at der har været trukket store vekslers på medarbejdere og ledere. Der har været udvist ekstraordinær velvillighed og fleksibilitet for at medvirke til sikker drift og af hensyn til patientsikkerheden.
- Systematik i dokumentation af sår vurdering og behandling (implementeret TIME)
- Implementering af ny Vagtplanlægger organisering i enheden.

#### Fremmødeprofil i Allingåbro

##### Dagvagt:

- Hjemmeplejen: 40 ruter SSH
- Sygeplejen: 6-7 ruter, heraf 4-5 ruter sygepleje inkl. 1 rute klinik Auning samt 2-3 ruter SSA. Kompressionsbehandlings klinik er 1 x ugentligt v/Allingåbro

##### Weekendvagt dagvagt:

- Hjemmeplejen: 20-22 ruter SSH
- Sygeplejen: 2 sygeplejersker og 1 SSA

##### Aftenvagt:

- Hjemmeplejen: 8 ruter SSH
- Sygeplejen: 1 rute sygeplejerske og 1 rute SSA

##### Nattevagt:

Natteamet er udekørende for den samlede hjemmesygepleje i kommunen. Base i Glesborg Hjemmepleje. Både Allingåbros og Glesborgs personale afløser ved planlagt fri og sygdom i teamet.

- Der er 5 ruter, heraf: 1 rute sygeplejerske, 1-2 ruter SSA og 2-3 ruter SSH

## Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder

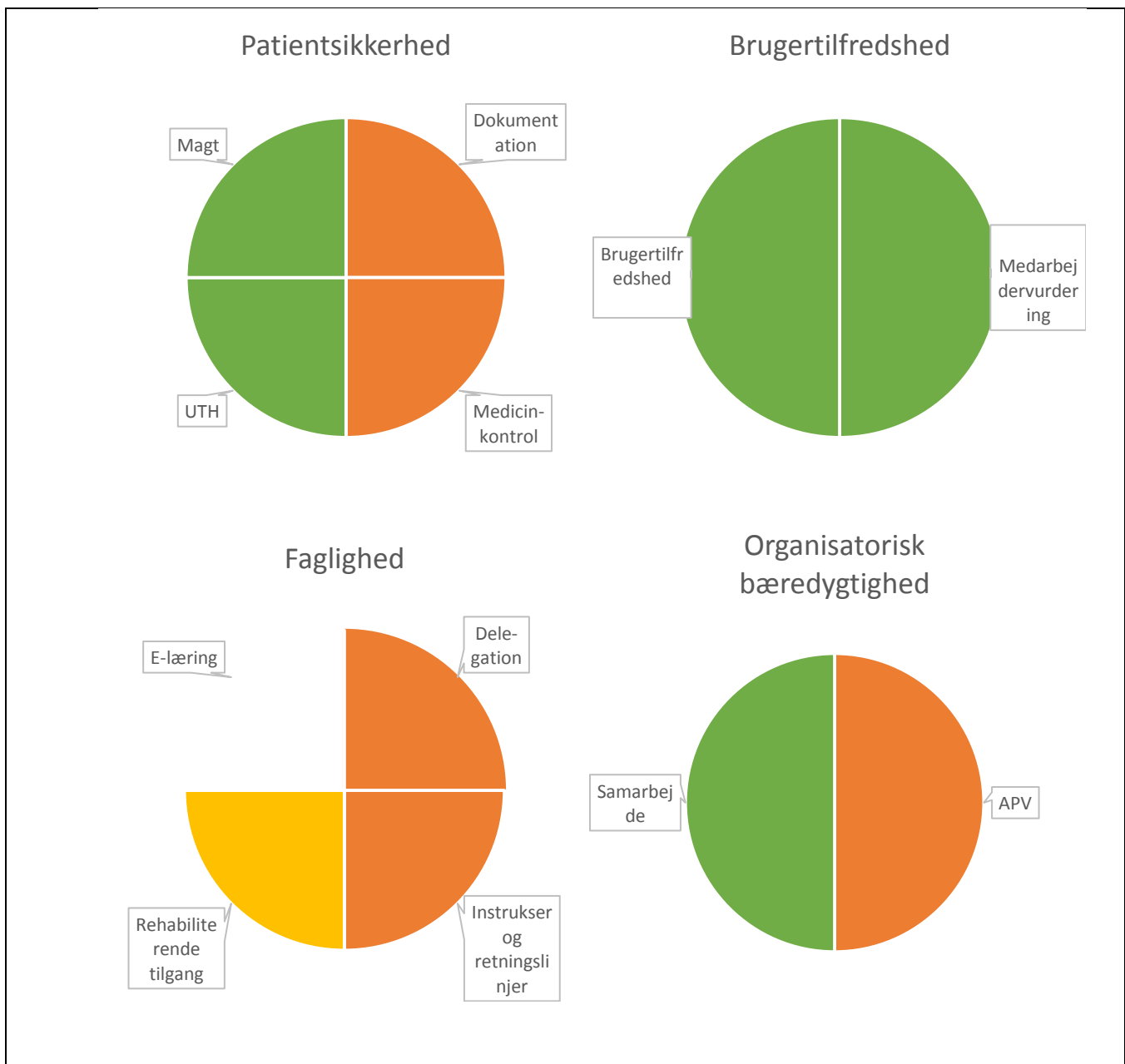
Figuren nedenfor illustrerer tilsynets vurdering af enhedens arbejde med områderne: Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisatorisk bæredygtighed.

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>3</sup> (UTH'er) og magtanvendelser: *At der er gjort fund af patientkritisk karakter.*

I vurderingen er der lagt vægt på:

I forhold til *dokumentation*

- At den sundhedsfaglige dokumentation har mangler i forhold til at sikre, at der konsekvent følges op på forværringer i borgers situation
- At der er mangler i forhold til udredning og opfølgning (opgaver) på tilstande i borgernes journaler
- At det ikke er helt entydigt, hvor de forskellige typer af oplysninger skal findes i borgerens journal.

I forhold til *medicin håndtering*

- At der ved tre borgere mangler personidentifikation på medicinæskerne
- At der i fire tilfælde mangler persondata på præparat/medicinbeholder, herunder insulin
- At der i tre tilfælde mangler anbrudsdato på insulin samt medicinske cremer
- At pauseret og afsluttet medicin ikke altid opbevares adskilt
- At der i ét tilfælde ses en ordination, hvor PN-behandling er indskrevet i ordinationen af fast medicin

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At helbredsoplysninger og observationsnotaterne i journalerne fremstår præcise og relevante og at der gennemgående er dokumenteret samtykke i handlingsanvisningerne.
- At over halvdelen af medarbejdere svarer positivt i spørgeskemaet på de spørgsmål, der handler om kulturen på arbejdspladsen ift. at understøtte UTH arbejdet

*Tilsynets samlede vurdering ift. dokumentation og medicin håndtering:*

Tilsynet har gennemført et gentilsyn, hvor der ikke blev gjort fund af patientkritisk karakter. Enheden har udarbejdet en handleplan (bilag 2) for de områder, hvor tilsynet har henstillet til, at der skal udarbejdes en handleplan. Tilsynet vurderer, at enhedens handleplan er tidsafgrænset, realistisk og at den udgør en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat i forhold til den sundhedsfaglige dokumentation.

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

I den samlede vurdering er der lagt vægt på:

- At der er observeret tilfælde, hvor der ikke blev udført korrekt håndhygiejne.

I vurderingen er der også 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 hjælperne

---

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



- At medarbejderne overvejende svarer positivt i spørgeskemaet 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 28 % af medarbejderne svarer, at de ikke kender procedureerne for delegation. 9% svarer, at spørgsmålet ikke er relevant.
- At ca. 72 % af medarbejderne, der har svaret på skemaet, angiver ikke at have en opdateret kompetenceprofil

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

- At i over 50 % af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser angives, at medarbejderne ikke kender proceduren for anvendelsen af databasen over sundhedsfaglige procedurer: VAR.

I forhold til *den rehabiliterende tilgang*

- At inddragelse af borgers perspektiv ikke er dokumenteret i flere journaler – herunder borgers vurdering i forhold til de oprettede tilstande

I forhold til gennemførelse af obligatorisk *e-læring*

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der ses en systematisk aktivitet i forhold til at opsøge opdaterede og nye kort i medarbejderapp'en MyMedCard
- At borgernes besvarelse viser, at der er et gennemgående rehabiliterende fokus i den måde hjælpen tilrettelægges på ved borgeren
- At medarbejdernes spørgeskemabesvarelser angiver at have en høj grad af kendskab til den enkelte borgers livshistorie og handleplan.

*Tilsynets samlede vurdering ift. delegation og kendskab til instrukser og retningslinjer:*

- Enheden har udarbejdet en handleplan (bilag 2) for de områder, hvor tilsynet har henstillet til, at der skal udarbejdes en handleplan. Tilsynet vurderer, at enhedens handleplan er tidsafgrænset, realistisk og at den udgør en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat i forhold til den sundhedsfaglige dokumentation.

**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:

- At der for næsten halvdelen af de borgere, hvor det var relevant, ikke fandtes opdateret APV i Nexus – den elektroniske omsorgsjournal

I vurderingen er der også lagt vægt på:

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

*Tilsynets samlede vurdering ift. APV:*

- Enheden har udarbejdet en handleplan (bilag 2) for de områder, hvor tilsynet har henstillet til, at der skal udarbejdes en handleplan. Tilsynet vurderer, at enhedens handleplan er tidsafgrænset, realistisk og at den udgør en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat i forhold til den sundhedsfaglige dokumentation.

## Patientsikkerhed

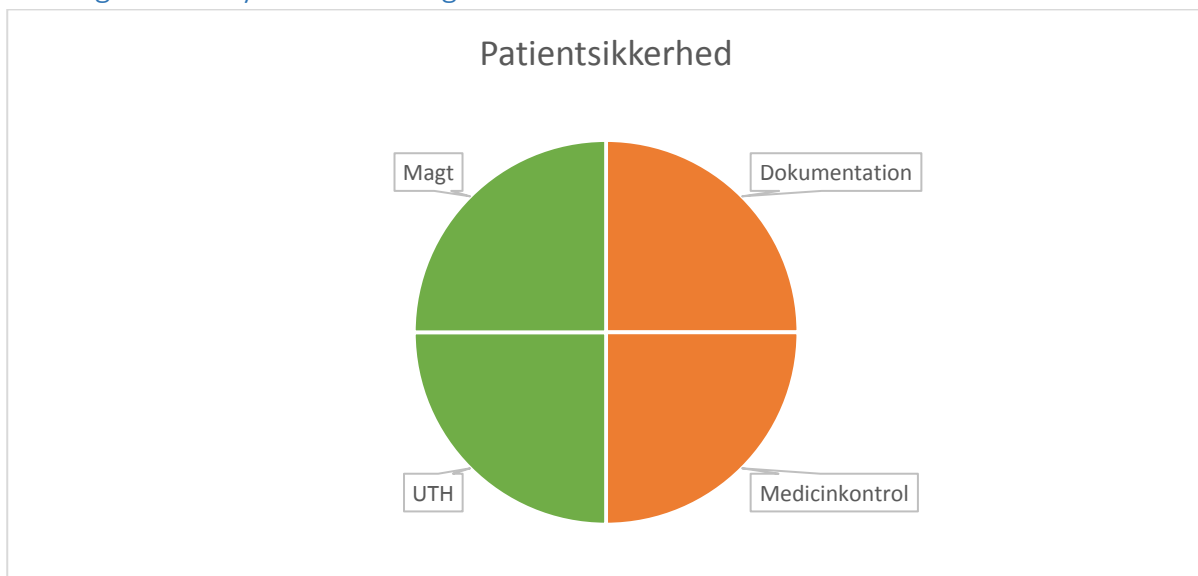
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med sundhedsfaglige procedurer for at forebygge utilsigtede 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 medicinhåndtering
- 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, medicinhåndtering, 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>4</sup>:**

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

##### *I forhold til opfølgning på forværring i borgers tilstand*

- At der generelt er dokumenteret opfølgning på observationer og målinger, der viser en forværring i borgerens helbred, men at det ikke er helt konsekvent. Tilsynet har fundet manglende opfølgning på observationsnotater, der henholdsvis beskriver en forværring i forhold til smerte, fald, infektion, hudproblem, psykiske symptom samt mave-tarm-problem.

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

- At der generelt er oprettet de relevante tilstande, både i forhold til funktionsevne og helbred, og at disse er opdaterede. Men tilsynet fandt enkelte tilfælde i hver af de auditerede journaler, hvor der fortsat er tilstande, der ikke er aktuelle længere eller tilstande, der mangler at blive oprettet – for eksempel helbredstilstanden: *Problemer med mobilitet og bevægelse* ved borger med Parkinson.
- Beskrivelserne i tilstandspræciseringen er ikke helt ensartede. Det vil sige, at det ikke er entydigt hvor information om den aktuelle plan og problemstillinger kan ses for den pågældende tilstand.
- At der gennemgående mangler de relevante udredninger
- At der gennemgående mangler opgaver til opfølgning på tilstand og indsats<sup>5</sup>,
- At der overordnet set, er en kortfattet, præcis og relevant beskrivelse af borgers helbredsoplysninger og i observationsnotaterne.

##### *I forhold til understøttelse af borgerens retsstilling*

- Borgers informerede samtykke til den aktuelle pleje og behandling er gennemgående dokumenteret i de relevante handlingsanvisninger med få undtagelser
- Borgers samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger ses dokumenteret i mindre omfang. Ifølge lovgivningen og Norddjurs Kommunes instruks om informeret samtykke, skal samtykket til videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart dokumenteres i eksempelvis korrespondancen, hvis ikke der er dokumenteret et informeret samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger i forbindelse med borgerens aktuelle behandlingsforløb – i handlingsanvisningen.

##### *I forhold til sammenhæng og systematik*

- Der er generelt oprettet relationer, så der skabes sammenhæng mellem tilstande, indsatser, handlingsanvisninger og observationsnotater mm., men tilsynet finder i størstedelen af de auditerede journaler eksempler på, at der mangler relationer – for eksempel til observationsnotater.
- Der ses en problematik i forhold til, at oplysninger, der hører hjemme i et observationsnotat, i nogle tilfælde er beskrevet i besøgsnotater. For eksempel oplysninger om, at borger har fået PN-

<sup>4</sup> Se Bilag 2 for en opgørelsen over hvor mange journaler, der lever op til målet for sundhedsfaglig dokumentation

<sup>5</sup> Enheden fortæller, at der er truffet beslutning i den samlede hjemmepleje om, ikke at bruge opgaver i journalen

medicin eller har kastet op. Derved understøttes det ikke, at oplysningerne indgår i det samlede billede af borgeren og at der sikres opfølgning.

Derudover fandt tilsynet:

- Enkelte journaler, hvor der ikke er foretaget den lovpligtige sygeplejefaglige udredning, selvom enheden leverer sygeplejefaglige indsatser til borgeren
- Manglende forflytningsvejledninger i den elektroniske omsorgsjournal ved borgere med problemstillinger i forhold til forflytning. Hvis forflytningsvejledningerne er i papirform, er der ikke henvisning til dem.
- Ikke relevante helbredstilstande gemmes generelt som inaktive i stedet for som ikke relevante. Inaktive tilstande omfatter dermed både afsluttede tilstande og ikke relevante helbredstilstande, således at historikken i borgerens forløb fremstår uklart.

*Af den kommunale tilsynsrapport for sygeplejeklinikken Allingåbro 2019 fremgår følgende anbefalinger:*

- At der foretages sygeplejefaglig udredning og journaler opdateres ved opstart af sundhedsfaglige indsatser hos ikke kendte borgere.
- At der dokumenteres opfølgning på målinger, der ligger uden for borgerens tærskelværdier/normalområdet

*Af ledelsesinterviewet fremgår det:*

- At der er blevet arbejdet med anbefalingerne fra den kommunale tilsynsrapport 2019 – herunder også dokumentation af borgers samtykke.
- Det aftales, hvem der opdaterer hvilke dele af journalen, når der er ændringer i fx tilstande/handlingsanvisninger/døgnyttmeplan. Normalt er der møde en gang hver uge i hvert hjælper-team. I 2020 har forsamlingsforbuddet og den generelle drifts-situation betydet, at møderne har været afholdt ad hoc ved behov med få af de relevante medarbejdere.
- At der er arbejdet med triagering i længere tid, som en metode til at prioritere hvilke borgere, det var vigtigst at revurdere.

**På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet:** At der er gjort fund af kritisk betydning for patientsikkerheden, da den sundhedsfaglige dokumentation har mangler i forhold til at sikre, at der konsekvent følges op på forværringer i borgers situation.

I vurderingen er der lagt vægt på, at dokumentationen overordnet set følger retningslinjerne for dokumentation i Norddjurs Kommune, men at der i alle de journaler, tilsynet har gennemgået, er blevet fundet mangler i forhold til beskrivelse af, og opfølgning på en eller flere tilstande og at det ikke er helt entydigt, hvor de forskellige typer af oplysninger skal findes. I vurderingen er der også lagt vægt på, at helbredsoplysninger og observationsnotaterne fremstår præcise og relevante og at der gennemgående er dokumenteret samtykke i handlingsanvisningerne.

**Tilsynet udfører gentilsyn for at sikre:**

- At enheden har etableret en systematisk og konsekvent arbejdsgang, der understøtter patientsikkerheden ved at der dokumenteres opfølgning på observationer og målinger, der indikerer en forværring.

**Tilsynet henstiller til:**

- At de relevante udredningsskemaer anvendes

- At der systematisk dokumenteres samtykke ved videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart jf. Norddjurs Kommunes instruks om dette

#### **Tilsynet anbefaler**

- At der fortsat er fokus på at skabe en ensartet og systematisk tilgang til dokumentationsprocessen, herunder beskrivelse, målsætning, opfølgning og opdatering - samt hvor de enkelte elementer skal dokumenteres

#### **Tilsynets opfølgning på gentilsyn:**

Ved gentilsyn i november 2021 gennemgik tilsynet fire journaler med særskilt fokus på enhedens dokumentation af opfølgning på observationer, der indikerer en forværring og målinger uden for tærskelværdier.

Tilsynet finder:

- At der er dokumenteret opfølgning på observationer og målinger, der indikerer en forværring i de fire journaler.

Tilsynet vurderer på baggrund af gentilsynet, *at der ikke er gjort et fund af kritisk betydning for patientsikkerheden.*

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

Enheden har udarbejdet en handleplan (bilag 2) for de områder, hvor tilsynet har henstillet til, at der skal udarbejdes en handleplan. Tilsynet vurderer, at enhedens handleplan er tidsafgrænset, realistisk og at den udgør en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat i forhold til den sundhedsfaglige dokumentation.

### Medicinkontrol

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

- Tilsynsenhedens observation af fire dispenseringer
- Tilsynsenhedens gennemgang af yderligere fire 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 og gennemgang af medicinbeholdning finder tilsynet;

- At der ses en systematisk arbejdsgang ift. bestilling af medicin, så der sjældent mangler medicin i hjemmet ved dispensering
- At der ses en hensigtsmæssig og hygiejnisk opdeling af remedier ift. diabetes/insulinbehandling
- At der ved kontrol observeres korrekt opbevaring af B12-injektionsvæske (på køl)
- At alle adspurgte sygeplejersker kører rundt med adrenalin. Den kontrollerede adrenalin er korrekt opbevaret og med gyldig holdbarhedsdato
- At der ved tre borgere mangler personidentifikation på medicinæskerne
- At der ved fire borgere mangler persondata på et eller flere præparater/medicinbeholdere, herunder insulin
- At pauseret og afsluttet medicin i to tilfælde opbevares sammen med aktuel medicin, uden at det er angivet, at medicinen ikke aktuelt er i brug. I begge tilfælde var der et præparat, hvor holdbarhedsdatoen var overskredet

- At der ikke konsekvent ses en arbejdsgang, hvor der printes ny medicinliste ved skift af handelsnavn. Herved er der risiko for, at den doserede medicin og den udprintede medicinliste ikke stemmer overens
- At der i ét tilfælde ses en ordination, hvor PN-behandling er indskrevet i ordinationen af fast medicin. En ordination bør altid kun omhandle én type behandling, hvorfor der bør oprettes to separate ordinationer, selvom præparatet er det samme jf. instruks om Dokumentation vedr. medicin
- At der observeres manglende opfølgning på effekt og tilstand ved en medicinsk behandling mod svampeinfektion
- At der i tre tilfælde mangler anbrudsdato på insulin eller medicinske cremer

Ved gennemgang af journalaudit finder tilsynet;

- At der i to tilfælde ses en uklar medicinordination/uhensigtsmæssig oprettelse af et præparat, hvilket kan have den konsekvens, at borgeren enten over- eller undermedicineres
- At pn-medicin i et enkelt tilfælde er dokumenteret i et besøgsnotat frem for i medicinoverblikket.

**På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet:** At der er gjort fund af kritisk betydning for patientsikkerheden.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der i to tilfælde er observeret manglende anbrudsdato på insulin-injektionspenne

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der ses en systematisk arbejdsgang ift. bestilling af medicin, så der sjældent mangler medicin i hjemmet ved dispensering
- At der ses hensigtsmæssig og hygiejnisk opdeling af remedier ift. diabetes/insulinbehandling
- At der ved kontrol observeres korrekt opbevaring af B12-injektionsvæske (på køl)

**Tilsynet udfører gentilsyn for at sikre:**

- At enheden har etableret en systematisk og konsekvent arbejdsgang, der understøtter patientsikkerheden sådan, at der påføres anbrudsdato og personidentifikation på insulin-injektionspenne

**Tilsynet henstiller til:**

At der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:

- At alle borgernes medicinæsker, præparater og medicinske beholdere er angivet med persondata
- At pauseret og afsluttet medicin ikke opbevares sammen med aktuelt medicin
- At der følges op ved egen læge med henblik på at få rettet uhensigtsmæssige beskrivelser af dosering i medicinlisten

**Tilsynets opfølgning på gentilsyn:**

Ved gentilsyn i november 2021 gennemgik tilsynet insulinbeholdningen ved fire borgere for at følge op på det patientkritiske fund, der blev gjort ved tilsynet.

Tilsynet finder:

- At der i to ud af fire tilfælde mangler anbrudsdato og personidentifikation på insulin-injektionspenne. I de to tilfælde, hvor der mangler anbrudsdato og personidentifikation, er der tale

om, at borgeren modtager store mængder insulin på daglig basis, hvorfor injektionspennen bliver opbrugt i løbet af en uge. Injektionspennen bliver således opbrugt, inden holdbarhedsdatoen overskrides.

Tilsynet vurderer på baggrund af gentilsynet, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet.

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

Enheden har udarbejdet en handleplan (bilag 2) for de områder, hvor tilsynet har henstillet til, at der skal udarbejdes en handleplan. Tilsynet vurderer, at enhedens handleplan er tidsafgrænset, realistisk og at den udgør en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat i forhold til den sundhedsfaglige dokumentation.

#### **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 (se Bilag 2)
- 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

Af ledelsesinterviewet fremgår det:

- At der generelt tales om UTH'er og mundtligt påmindes om at indberette alle UTH'er
- At medarbejderne har lommekort med beskrivelser af, hvordan UTH'er indberettes og at informationsmateriale om, hvordan og hvornår, der skal indberettes UTH'er placeres strategiske steder og skiftes ud, så det skaber opmærksomhed (nudging) Eksempelvis ' Hvor patientsikker er du?' og klistermærker i bilerne.
- At mønstre i forekomsten af UTH'er diskuteres i mødefora for sygeplejerskerne, hvor det også vurderes, hvilke UTH'er, der skal handles på. Det er ligeledes sygeplejerskerne, der formidler dette videre til de øvrige faggrupper. Enkelte sager har været drøftet på fælles informationsmøder med alle medarbejdere
- At der er et forbedringspotentiale i forhold til at sikre systematiske læring på baggrund af UTH'er og følge op på denne læring
- At der er et fokus på, ikke at placere ansvaret ved de enkelte medarbejdere, men at hændelsen gennemgås med henblik på læring og den får ikke ansættelsesmæssige konsekvenser.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 96% af medarbejderne besvarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ved, hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse
- 64% af medarbejder ved 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' hvordan der arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen
- 91% af medarbejderne angiver, at de håndterer utilsigtede hændelser på en hensigtsmæssig måde.



- 91% af medarbejderne er 'helt enige' og delvis enige' i at de ville føle sig trygge som borger i deres enhed
- 77% af medarbejder angiver, at de er 'helt enige' eller 'delvis enig' i, at de ved, hvor de kan få svar på spørgsmål om patientsikkerheden
- 49% af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at de får passende tilbagemeldinger på, hvordan de klarer deres arbejdsopgaver
- 62% af medarbejderne er 'helt uenige' i, at det er svært at diskutere utilsigtede hændelser på deres arbejdsplads
- 67% af medarbejderne er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at kollegaer opfordrer dem til at sige til, hvis de er bekymrede for patientsikkerheden
- 57% 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 ikke er gjort fund i forhold til enhedens arbejde med UTH'er.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der er en positiv besvarelse fra størstedelen af medarbejderne på spørgsmålene om enhedens kultur i forhold til at understøtte arbejdet med UTH, og at der også ses indberetninger af flere forskellige typer af UTH'er i dataudtrækket.

**Tilsynet anbefaler:**

- At der arbejdes med yderligere sikring og formidling af hvordan, der kan udtrages læring af de indberettede UTH'er
- At der er et vedvarende fokus på at få indberettet UTH'er - også UTH'er vedrørende infektioner, fald og overgange eksempelvis

**Tilsynet fremhæver:**

- At der er bevidsthed om at skabe en kultur, hvor det ikke er den enkelte medarbejder/gruppe af medarbejdere, der stilles til ansvar for UTH'er

## 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 i ingen af de journaler, der blev auditeret i forbindelse med tilsynet, var der indberettet magtanvendelser
- At der i to tidligere magtindberetninger (november og december 2020) fremgår at registreringstidspunkt jf. lovgivningen er mindre end tre dage efter indgrebet, og at der er taget stilling til orientering af pårørende og udlevering af klagevejledning

Af interview med ledelsen fremgår det:

- At der generelt er meget få magtanvendelser i enheden, og at der er en løbende dialog mellem ledelse og demensnøglepersonen om status for magtanvendelser

- At de fleste medarbejdere opleves at have viden om, hvornår der er tale om magtanvendelse
- At det prioriteres at medarbejderne anvender mere tid med et forebyggende sigte ved de borgere, hvor der kan være risiko for magtanvendelser

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

## Hygiejne

Tilsynets 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 i borgernes hjem

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

Ved observation i enhedens lokaler og hjemme ved borgeren ses det at:

- Personalet ses ikke bære ringe, armbånd eller ure, når de er ved borgeren.
- Der er opsat fyldte sæbe- og spritdispensere på personaletoaletterne. Ved håndvasken er der opsat instruktion i korrekt håndvask
- Der blev observeret flere tilfælde, hvor der ikke konsekvent og systematisk udføres håndhygiejne forud for rene opgaver og ved afslutning af besøget hos borgeren

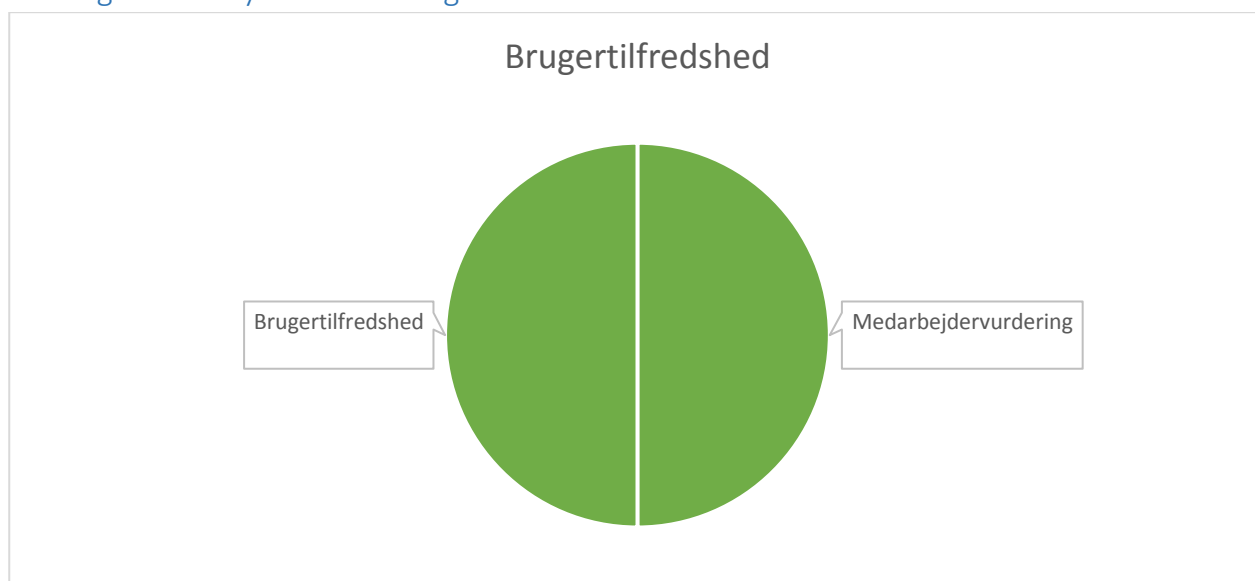
## Brugertilfredshed

I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser<sup>6</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/medarbejdervurdering
- Hygiejne

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

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

### Brugertilfredshed

Tilsynets vurdering af brugertilfredsheden på enheden bygger på:

- Telefoninterview med 28 borgere. November 2020

Tilsynets vurdering af brugertilfredsheden i Hjemmehjælp og hjemmesygeplejen Allingåbro bygger på:

- Telefoninterviews med 28 beboere

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

---

<sup>6</sup> Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

Af interviewene<sup>7</sup> fremgår det, at:

I forhold til den *personlige pleje*:

- Borgerne er samlet set 'meget tilfredse' og 'tilfredse' med hjælpen til *den personlige pleje* fra Hjemmehjælp Allingåbro. Alle 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*:

- Der er større spredning i borgernes vurdering af den *praktiske hjælp*. Her spreder svarerne sig over alle kategorierne fra 'meget tilfreds' til 'meget utilfreds'. Men langt størstedelen af borgerne angiver at være 'meget tilfredse', 'tilfredse' eller 'både og'. Størstedelen af borgerne som modtager hjælp til rengøring og tøjvask angiver, at være 'meget tilfredse', 'tilfredse' eller 'både og' med hjælpen. Borgerne som modtager hjælp til indkøb svarer, enten at de er 'meget tilfredse', tilfredse' eller 'utilfredse' med hjælpen.

I forhold til *levering af henholdsvis hjælp og pleje*

89% af borgerne angiver, at de får den støtte, som er planlagt.

- 74% af borgerne svarer 'ja' til spørgsmålet om, hvorvidt de får den støtte/hjælp, de har behov for
- 33% af borgerne angiver, at det ofte er de samme hjælpere, som kommer i hjemmet. De øvrige 67% fordeler sig ligeligt på kategorierne 'både og' og 'nej'.
- Størstedelen af borgerne svarer, at hjælperen kommer til den aftalte tid og giver besked, hvis der kommer ændringer til tidspunktet. 67% af borgerne svarer 'nej' til spørgsmålet: 'Har hjælperne aflyst hjælpen eller er udeblevet?'

I forhold til *maden*:

- Kun få borgere får leveret mad fra Kronjylland og Det Danske Madhus. Disse borgere angiver at være 'meget tilfredse', 'tilfredse' eller 'både og' da de spørges om deres tilfredshed med maden.

I forhold til *hjelperne*:

- 92% af borgerne er 'helt enige' eller 'enige' i at hjælperne lytter til deres behov.
- Alle borgerne er 'helt enige' eller 'enige' i at omgangstonen mellem hjælper og borger er god.
- Ved spørgsmålet om hjælpen er lige god uanset hvilken hjælper, der kommer fordeler størstedelen af svarene sig mellem kategorierne 'helt enig', 'enig' og 'hverken eller'.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- Ved spørgsmålet 'Giver hverdagen mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandard?' svarer halvdelen 'i meget høj grad' eller 'i høj grad', 52% af medarbejderne svarer 'i nogen grad' og de øvrige svarer 'i mindre grad'.
- 41% af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' og 'i høj grad', løbende arbejdes med kvalitetsudvikling- og sikring i forhold til pleje og aktiviteter. 40% af medarbejderne svarer 'i nogen grad', mens de resterende 18% svarer 'i mindre grad', 'slet ikke' eller 'ikke relevant'.

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

I vurderingen er 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 hjælperne. I vurderingen er også lagt vægt på, at medarbejderne overvejende svarer positivt i forhold til rammerne for at levere indsatsen og at der foregår en løbende kvalitetssikring.

## 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 og personalet imellem

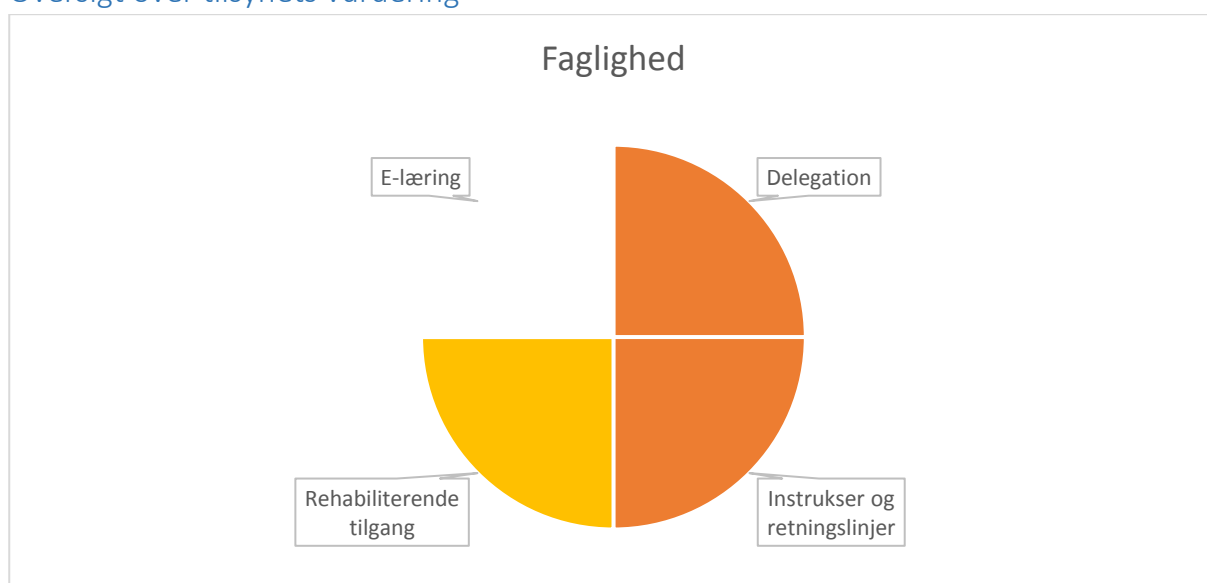
## Faglighed

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

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

### Delegation og kompetencer

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

- Interview med ledelsen
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Ved ledelsesinterviewet fremgår det:

- At der arbejdes på at bruge mappen med kompetenceprofiler systematisk. Kompetenceprofil udfyldes systematisk ved nye medarbejdere – men ikke løbende. Der arbejdes på at finde en metode til løbende at opdatere profilerne.
- At planlægger altid sikrer sig at den at den medarbejder, der skal ud og løse en sygeplejefaglig opgave har kompetencen. Hvis ikke den pågældende medarbejder har det, kontaktes en sundhedsfaglig medarbejder og oplæring planlægges – der sendes ikke medarbejdere ud til borgerne, der ikke har kompetence til det de skal! 'Kvaliteten' af kompetencen hos medarbejderen er den sundhedsfaglige medarbejders ansvar.
- At sygeplejersker på de ugentlige borgerkonferencer vurderer indsatsen for de borgere, der kategoriseres som 'røde' ud fra en triage-tilgang.
- At der ikke føres løbende systematisk tilsyn med om alle delegerede indsatser udføres korrekt. Der er tillid til at de generelle 'skal-kompetencer' (når afklaret med medarbejderen) udføres korrekt. Der følges op på de borgerrettede kompetencer, medarbejderen er oplært i, i forbindelse med fælles besøg i borgers hjem, eller på teammøder/borgerkonferencer, ligesom der tilrettelægges fælles undervisning i udvalgte sygeplejeopgaver efter behov.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

I forhold til *oplæring af nye medarbejdere*, at:

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

I forhold til *procedure for delegation*, at:

- Ved spørgsmålene om delegation svarer 64% af medarbejderne, at de kender proceduren for delegation til medarbejdere.
- 77% af medarbejderne angiver, at de 'I meget høj grad' eller 'i høj grad' følger procedurene for delegation, mens 20% svarer 'i nogen grad'.

I forhold til *kompetenceprofil*, at:

- Ved spørgsmålet 'Har du inden for de seneste tre måneder udført en eller flere opgaver, du ikke havde kompetencerne til ifølge kompetenceprofilen?' svarer 94% af medarbejderne 'nej'.
- 28% af medarbejderne svarer, at de har en opdateret kompetenceprofil, mens 72% svarer 'ved ikke' eller 'nej'.

I forhold til *tilgængelige kompetencer*, at:

- Ved udsagnet 'Mit team har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag' angiver 68% af medarbejderne, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige'.

**Tilsynets vurdering:** At der er gjort fund i forhold til, hvordan enheden sikrer, at kommunens retningslinjer for delegation efterleves.

I vurderingen er der lagt vægt på, at 72 % af medarbejderne, der deltog i spørgeskemabesvarelsen, ikke angiver at have en opdateret kompetenceprofil og at der ved ledelsesinterviewet ikke beskrives en konsekvent og systematisk tilgang til opfølgning på de delegerede indsatser.

**Tilsynet henstiller til:**

- At der sikres en systematisk procedure for delegation af indsatser og opfølgning på denne

**Tilsynet anbefaler:**

- At der arbejdes med at opdatere medarbejdernes kompetenceprofiler

### Enhedens tiltag:

- Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende delegation. (Se bilag 2.)

### 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 på enheden 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 – i MyMedCards er Hjemmehjælp og hjemmesygeplejen Allingåbro og Hjemmehjælp og hjemmesygeplejen Glesborg én enhed. Det betyder, at udtrækket dækker to enheders anvendelse af MyMedCards
- Ledelsesinterview
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

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

- At der er 130 unikke brugere af MyMedCards
- At de tre sidst opdaterede kort er blevet set af medarbejdere i hjemmehjælpen og hjemmesygeplejen Glesborg/Allingåbro – herunder også det reviderede kort om TOBS

Af ledelsesinterview fremgår det, at:

- MyMedCards anvendes af medarbejderne – særlig sygeplejerskerne
- Planlægger og sygeplejersker har medansvar for at alle medarbejdere orienteres, hvis der er ny relevant viden i MyMedCards. Aftaleholder orienterer generelt om vigtige nye instrukser og vejledninger via skriftlig 'fælles info'.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

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

- Ved udsagnet om 'Jeg har normalt adgang til alle de oplysninger, jeg har brug for, for at kunne træffe beslutninger om pleje og behandling' angiver 87% af medarbejderne at de er 'helt enige' og 'delvis enige'.

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

- 45% af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for hvordan de skal bruge VAR. 51% svarer 'Ved ikke' til spørgsmålet, og 86% svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' følger disse retningslinjer
- 68% af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for, hvordan de skal bruge MyMedCards og 84% svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' følger disse retningslinjer

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at over 50 % af medarbejderne i spørgeskemabesvarelserne angiver ikke at vide, om der er retningslinjer for anvendelsen af databasen over sundhedsfaglige procedurer: VAR. I vurderingen er der også lagt vægt på, at der ses en systematisk aktivitet i forhold til at opsøge opdaterede og nye kort i MyMedCard men at der ikke er eksplicite kommunikationsveje for at sikre en systematisk videreformidling af nye og relevante retningslinjer mm.



### **Tilsynet henstiller til:**

- At der opsøges viden om, hvorfor medarbejderne ikke kender proceduren for anvendelsen af VAR for at kunne sikre den fremtidige formidling af en sådan procedure.

### **Enhedens tiltag:**

- Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende Kendskab til instrukser og retningslinjer. (Se bilag 2.)

### **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 28 borgere
- Ledelsesinterview
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser
- Enhedens og tilsynets audit af i alt 20 borgerjournaler

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

Ved interview med borgere fremgår det at:

- 85% af borgerne angiver, at de har været med til at sætte mål for, hvad de skal kunne
- 81% angiver, at de 'i høj grad' arbejder efter disse mål
- 88% af borgerne angiver, at de bliver inddraget i tilrettelæggelsen af hvordan hjælpen skal udføres
- 70% af borgerne svarer, at de 'i høj grad' og 'i nogen grad' deltager i udførelsen af hjælpen

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- 79% af medarbejderne angiver, at de 'meget høj grad', 'i høj grad' eller 'i nogen grad' kender borgernes livshistorie og handleplaner.
- 63% af medarbejderne angiver, at de aktivt inddrager borgerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter.

Af ledelsesinterview fremgår det at:

- Der er udarbejdet en handleplan som opfølgning på rehabiliteringsugen, som er en årligt tilbagevendende uge i Sundhed og Omsorg, hvor der er fokus på enhedernes rehabiliterende kultur, blandt andet ved journalaudit og observationer. Handleplanen har fokus på styrkelse af dokumentationen, herunder særlig at sætte mål med borger og med fokus på borgers ønsker/drømme samt fokus på øget tværfaglighed hvor relevant. )

Af journalaudit fremgår det at:

- Inddragelse af borgers perspektiv ses i halvdelen eller lidt under halvdelen af de auditerede journaler. Det vil sige, at felterne vedr. borgers motivation, mestring og ressourcer ikke konsekvent er udfyldt, ligesom borgerens vurdering kun er udfyldt under helbredstilstande og i mindre omfang under funktionstilstande.
- Der er oprettet indsatsmål for de fleste af borgers indsatser, men målene er i mindre omfang målbare – det vil sige, at målet ikke er formuleret på en måde, så det kan vurderes, om målet er nået.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at inddragelse af borgers perspektiv ikke er dokumenteret i flere journaler – herunder borgers vurdering i forhold til de oprettede tilstande. I vurderingen er der også lagt vægt på, at borgernes besvarelse viser, at der er et gennemgående rehabiliterende fokus i den måde hjælpen tilrettelægges på ved borgeren og at medarbejderne angiver en høj grad af kendskab til den enkelte borgers livshistorie og handleplan.

#### **Tilsynet anbefaler**

- At borgers perspektiv systematisk dokumenteres i borgerens journal

#### **Tilsynet fremhæver**

- At der ud fra borgernes udsagn, vurderes at være et gennemgående rehabiliterende perspektiv i den måde hjælpe tilrettelægges på

### [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.

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

Ved udtræk fra Plan2Learn fremgår det at:

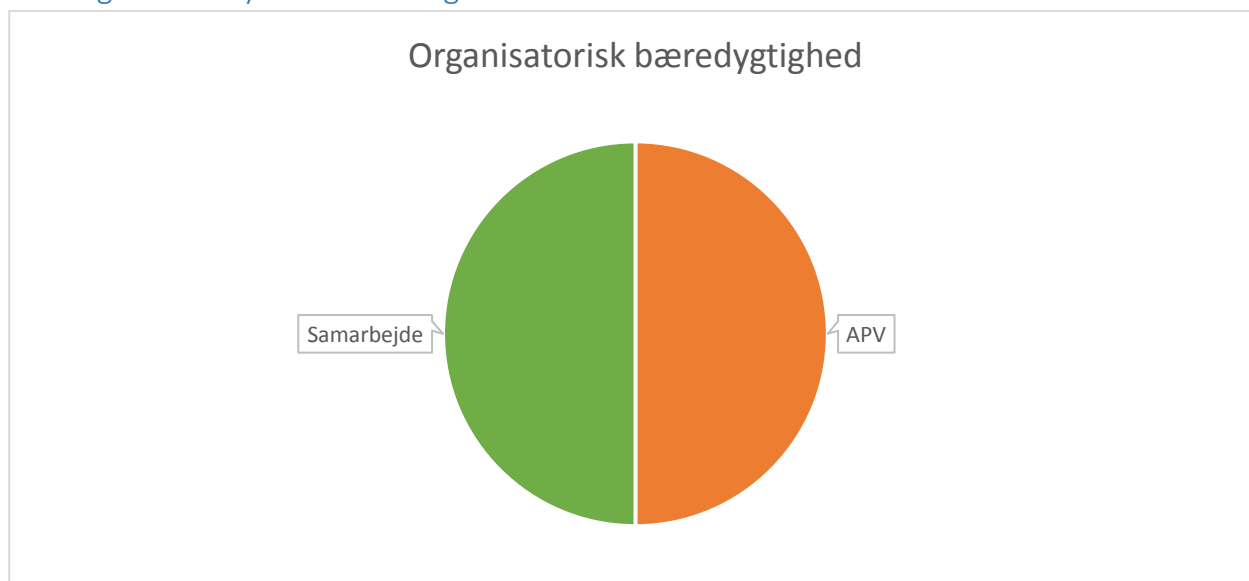
- 97 medarbejdere er tilmeldt kurset magtanvendelse. Ud af de 97 medarbejdere har 33 medarbejdere gennemført kurset. 21 medarbejdere er påbegyndt kurset, men har ikke gennemført det. 43 medarbejder er tilmeldt kurset, men har hverken påbegyndt eller gennemført kurset
- 28 medarbejdere er tilmeldt kurset Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Ud af de 28 medarbejdere har 19 medarbejdere gennemført kurset. 4 medarbejdere er påbegyndt kurset, men har ikke gennemført det. 4 medarbejder er tilmeldt kurset, men har hverken påbegyndt eller gennemført kurset
- 62 medarbejdere er tilmeldt kurset Medicinhåndtering for social- og sundhedshjælpere. Ud af de 62 medarbejdere har 12 medarbejdere gennemført kurset. 9 medarbejdere er påbegyndt kurset og 28 medarbejdere er tilmeldt kurset, men har ikke påbegyndt eller gennemført kurset

## 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 bæredygtighed.*

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

### APV

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

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

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

- At 9 ud af 16 journaler i audit havde udfyldt APV-skema

Ved ledelsesinterview fremgår det:

- At der blev gennemført en psykisk APV i 2019. Efterfølgende er der arbejdet videre med risikovurderinger hos borger for at skabe sikkerhed for medarbejderne og der har været et fokus at legitimere behovet for pauser. Der er ligeledes udarbejdet diverse politikker på håndtering af vold og chikane eksempelvis.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at der i auditten sås at for næsten halvdelen af de borgere, hvor det var relevant, ikke fandtes opdateret APV'er i journalen. I vurderingen lægges der også vægt på, at der er iværksat et arbejde for at understøtte medarbejdernes trivsel og arbejdsmiljø

**Tilsynet henstiller til:**

- At der udfyldes APV for alle borgere, hvor medarbejderne har deres gang i borgerens hjem.

**Enhedens tiltag:**

- Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende APV (Se bilag 2.).

**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:

- 77 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'.
- 79% af medarbejderne angiver, at det er 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne internt
- 65% 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 Hjemmehjælp og hjemmesygeplejen Allingåbro<sup>8</sup> sygefravær, bygger på:

- Oversigt over sygefraværsprocenten i Hjemmehjælpen og hjemmesygeplejen Allingåbro i perioden 1. juni 2020 til 31. maj 2021

Af sygefraværsoversigten fremgår det:

---

<sup>8</sup> I opgørelsen over sygefravær er sygeplejeklinikkerne Allingåbro og Auning ikke opgjørt for sig selv, det er derfor ikke muligt at vurdere sygefraværet her, isoleret set.

- At sygefraværsprocenten i Hjemmehjælpen og hjemmesygeplejen Allingåbro i perioden 1. juni 2020 til 31. maj 2021 i gennemsnit har været på 10,8 %. Til sammenligning er sygefraværsprocenten i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune i samme periode på 6,7 %

### Budgetoverholdelse

Vurderingen af Hjemmeplejen og Hjemmesygeplejen i Allingåbros overholdelse af budgettet bygger på forventet regnskab for 2021 og den løbende dialog mellem aftaleholder og økonomimedarbejder samt sundheds- og omsorgschefen.

Organisationen er økonomisk veldrevet, og der forventes på nuværende tidspunkt budgetoverholdelse i 2021, når der ses bort fra de afledte COVID-19 udgifter, som opgøres særskilt.

Organisationen drives aktuelt stramt, da der dels er udfordringer med at rekruttere de nødvendige personaleressourcer, dels er en stor plejetyngde, da borgerne i længere tid har været tilbageholdende med at søge plejecenter på grund af tidligere besøgsrestriktioner. Konkret betyder det, at der er flere udgifter til merarbejde/overarbejde, samt vikar. Der arbejdes på at sikre den nødvendige opnormering til at løfte det nye serviceniveau fra august 2021.

### Opsamling på andre/tidligere tilsyn

Der har ikke været eksterne tilsyn på enheden inden for det sidste år, da Styrelsen for Patientsikkerheds risikobaserede tilsyn blev aflyst af to omgange.

## Bilag 1. Oversigt: Journalaudit

Antal journaler hvor følgende er opfyldt:

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

Opsummering af indberettede utilsigtede hændelser (fra januar 2020 til og med august 2020)

## Bilag 2: Enhedens handleplan

Patientsikkerhed		Handling/opgave	ansvarlig	tidsplan
<b>Dokumentation</b>	<p><b>Tilsynet henstiller til:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At det sikres, at der altid dokumenteres opfølgning på forværring i borgers tilstand eller målinger uden for normalområdet/tærskelværdierne.</li> <li>• At de relevante udredningskemaer anvendes</li> <li>• At der oprettes opgaver til at følge op på tilstande minimum en gang årligt</li> <li>• At der foretages en sygeplejefaglig udredning ved borgere, hvor der er sygeplejefaglige opgaver</li> <li>• At der systematisk dokumenteres samtykke ved videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart jf. Norddjurs Kommunes instruks om dette</li> </ul>	<p>Gennemgang af FS3 vejledning og intern arbejdsgang for at sikre kendt af alle spl og SSA</p> <p>Iværksætte månedlig journal audit (3) med hver enkelt spl/SSA og dokumentationsnøgleperson</p> <p>Revurdering af ressourcebehov ift at leve op til dokumentationskrav og drøfte med chef ifm budget 2022</p>	<p>Ledere Dokumentationsnøgleperson</p> <p>Aftaleholder</p>	<p>Plan udarbejdes sommer 2021</p> <p>Iværksætte fra sept 21 og fremadrettet</p> <p>Sommer 2021 – forud for budget drøftelser efterår 2021</p>
<b>Medicinkontrol</b>	<p><b>Tilsynet henstiller til:</b></p> <p>At der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At alle borgernes medicinæsker, præparater og medicinske beholdere er angivet med persondata</li> <li>• At pauseret og afsluttet medicin ikke opbevares sammen med aktuelt medicin</li> <li>• At insulin og medicinske cremer påføres anbrudsdato</li> <li>• At der følges op ved egen læge med henblik på at få rettet u hensigtsmæssige</li> </ul>	<p>Bestille opbevaringsposer</p> <p>Gennemgå instruks for dispensering for sundhedsfagligt personale og SSH og evaluere hvordan medicinbesøg kan tilrettelægges for at sikre systematik i opgaven</p> <p>Udarbejde aftale om hvordan labels håndteres</p>	<p>Depotansvarlig</p> <p>Ledere Faglig koordinator</p>	<p>Juni 2021</p> <p>Løbende fra juli 2021 ifm besøg</p>

	beskrivelser af dosering i medicinlisten (NB! Lægen har dog 5 dage til at besvare en korrespondance!)			
<b>Brugertilfredshed</b>				
<b>Faglighed</b>				
<b>Delegation og kompetencer</b>	<b>Tilsynet henstiller til:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>At der sikres en systematisk procedure for delegation af indsatser og opfølgning på denne</li> <li>At der arbejdes med at opdatere medarbejdernes kompetenceprofiler</li> </ul>	Gennemgang af instruks for delegation af sygeplejefaglige opgaver  Udarbejde en arbejdsgangsbeskrivelse for processen og implementere denne  Udarbejde SMART metode til at vedligeholde/opdatere kompetenceprofiler	Faglig koordinator Ledere Inddragelse af spl/SSA	Efterår 2021
<b>Kendskab til instrukser og retningslinjer</b>	<b>Tilsynet henstiller til:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>At der opsøges viden om, hvorfor medarbejderne ikke kender proceduren for anvendelsen af VAR for at kunne sikre den fremtidige formidling af en sådan procedure</li> </ul>	På teammøder spørge medarbejderne hvordan de finder ud af hvordan en procedure skal udføres? om de anvender VAR? I hvilke situationer? Hvorfor de evt ikke bruger til VAR? På baggrund af svar tilrettelægges vejledning på teammøder/fælles info møde	Ledere	Fra sept 2021
<b>E-læring</b>	<b>Tilsynet henstiller til</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>At der iværksættes en indsats for at få alle relevante medarbejdere til at gennemføre de obligatoriske e-læringskurser</li> </ul>	Redigering i Plan2learn mhp medarbejder validitet  Udarbejde plan for undervisning jf. hjemmeplejens ramme for	Faglig Koordinator Ledere	Fra sept 2021



		vedligeholdelse af kompetencer' (udkast)		
<b>Organisatorisk Bæredygtighed</b>				
<b>APV</b>	<b>Tilsynet henstiller til:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At der udfyldes APV for alle borgere, hvor medarbejderne har deres gang i borgerens hjem</li> </ul>	Udarbejde arbejdsmiljøsmål og proces beskrivelse for APV i journalen samt implementere dette.  Ved journal audit følge % opfyldelse	TRIO/AMR/AMG  Spl/SSA AMR	Fra oktober 2021

