

Kommunalt
tilsyn
Hjemmeplejen
Allingåbro

28. oktober
2022

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 samlet set	8
Sammenfatning	9
Patientsikkerhed	13
Oversigt over tilsynets vurdering.....	13
Den sundhedsfaglige dokumentation	14
Medicinkontrol	16
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)	17
Magtanvendelser	18
Hygiejne.....	18
Brugertilfredshed.....	19
Oversigt over tilsynets vurdering.....	19
Brugertilfredshed.....	19
Faglighed	22
Oversigt over tilsynets vurdering.....	22
Delegation og kompetencer	22
Kendskab til instrukser og retningslinjer.....	24
Rehabilitering	25
E-læring	26
Organisation.....	28
Oversigt over tilsynets vurdering.....	28
APV.....	28
Samarbejde.....	29
Bilag 1: Oversigt: Journalaudit	30
Bilag 2: Enhedens handleplaner.....	31

Indledning

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

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

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

Tilsynet er udført ved både et anmeldt og et uanmeldt besøg

Det uanmeldte besøg omfatter både dataindsamling på et ikke kendt tidspunkt for enheden og en anmeldt dataindsamling, hvor borgere interviewes og der foretages stikprøvekontrol på eksempelvis rengøring og hygiejne generelt

Målepunkter i det kommunale tilsyn

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

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

Datagrundlaget for det kommunale tilsyn

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

Oversigt over datagrundlag i det kommunale tilsyn 2022 på enheden

- Journalaudit på seks journaler
- Enheden har udført en lokal journalaudit på 10 journaler
- Interview med ledelsen om, hvordan der er blevet fulgt op på sidste års kommunale tilsyn
- Telefoninterview med 34 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 113 medarbejdere. 57

medarbejdere har svaret på hele spørgeskemaet. Dette giver en svarprocent på 50 %, hvilket er en acceptabel svarprocent.

- Stikprøvekontrol af dispensering af medicin til to borgere samt gennemgang af fem borgers medicinbeholdning.
- Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er omfattende de tre hovedområder – medicinfejl, patientuheld samt infektioner.

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 systematisk op på resultatet af enhedens tiltag ved næste års tilsyn

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

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

Præsentation af enheden

Hjemmehjælp og Hjemmesygepleje Allingåbro-Glesborg er en samlet aftaleenhed, med base i hhv. Allingåbro og i Glesborg. Enheden har samlet set ca. 200 medarbejdere inklusiv timelønnede, elever og paragraf 94 ansatte.

Ledelse: 4 afdelingsledere (heraf 1 vakant stilling) og en aftaleholder.

Enheden har sygeplejeklinikker i Allingåbro (måltagning til kompressionsbehandling), Auning og Glesborg.

Kommunens fælles udekørende Nat-team er baseret i aftaleenheden (i Glesborg).

Enheden har desuden et antal sygeplejefaglige specialister (Akut, KOL, Sår) og et antal nøglepersoner i blandt andet dokumentation og forskellige faglige områder.

Enheden har et fælles, velfungerende MED-samarbejde.

Allingåbro hjemmepleje:

September 2022: 305 borgere modtog praktisk hjælp; 211 borgere modtog personlig pleje og 370 modtog sygepleje.

2 Afd.ledere har ansvar for personaleledelse og daglig drift.

Understøttes af aftaleholder med overordnet ansvar for økonomi, kvalitet og tværgående opgaver (porteføljer specialer), samt af 2 vagtplanlæggere og 4 kørelisteplanlæggere; og 1 pedel til vedligehold/service af biler.

Medarbejderprofil (109 i alt i Allingåbro):

- SSH = 84 (inkl ufaglærte)
- SSA = 9
- Spl = 15
- Pedel = 1
- Faglig Koordinator = 1

Antal daglige hjemmeplejeruter Allingåbro dag = 40-42 ruter; aften = 8 ruter; sygeplejen = 7 ruter inkl klinik og akutfunktion og 2 aften-sygepleje ruter. Antal ruter justeres efter behov.

Udfordringer siden sidste tilsyn (24. juni 2021)

Manglende ledelseskapacitet:

1 afd.leder for sygeplejen i både Allingåbro og Glesborg og for det fælles udekørende natteam har været vakant siden 1/1/22. Dækket af aftaleholder. Tilført 2 nye afd.leder stillinger pr 1/5/22 i enheden. En stilling er fortsat ubesat.

Personaleressourcer:

Siden sidste tilsyn har personaleomsætningen i enheden har været usædvanlig høj. I sygeplejen har der været udskiftning af hver tredje medarbejder. Årsagerne er mangeartede, herunder frivillig afgang/karriereskifte; sygdom, barsel, orlov, pension.

Generationsskifte i enheden betyder flere medarbejdere på barsel end hidtil; det er sjældent muligt at besætte et barselsvikariat, hvorfor der i lange perioder har været underbemanding, især i sygeplejen.

Forholdsmæssigt mange ufaglærte medarbejdere pga vanskeligt at rekruttere faglærte Sosu-hjælpere og Sosu-assistenter, et stort antal vakante stillinger (nogle dækket af vikarer) og stor personaleomsætning i hjemmehjælpen i 2022 har øget presset på sygeplejen, idet sygeplejersker og Sosu-assistenter hyppigere bliver kaldt ud til sygeplejefaglig vurdering og vejledning i hjælpergrupperne. Hverken i 2021 eller 2022 har det nødvendige antal sommerferieafløserne kunnet rekrutteres.

Udfordring derfor at skabe kontinuitet af hjælpere for alle borgere til alle besøg. Hjemmeplejen har prioriteret, at der var faste medarbejder hos borgere med de mest komplekse behov.

Sygefravær pga Covid-19 omfattende især efteråret 2021 og første kvartal 2022. Har betydet enheden har været i nødberedskab i adskillige dage. Sygefraværet generelt – både i hjemmeplejen og i sygeplejen - har været højt, bla. med flere langtidssyge medarbejdere.

Siden forår 2022 har enheden været uden dokumentationsnøglepersoner; har kun kunnet hente ad hoc support udefra.

Det fortsatte store flow af borgere udskrevet fra sygehus uden at være færdigbehandlede, borgere der er døende og borgere med udfordrende psykiatriske problemstillinger udfordrer tid til planlægning og tværfaglig koordinering samt dokumentation. Samarbejdet med socialområdets bostøtter og med lokalpsykiatrien er særlig udfordret af de rammer, disse myndigheder arbejder under. Hjemmeplejen oplever i stigende grad en opgaveglidning, herunder til opgaver hvor hjemmeplejen ikke altid har de nødvendige kompetencer.

Andet:

Ifm implementering af nyt udbud på kommune biler, fandtes arbejdsmiljømæssige problemer. I løsningen af disse, måtte bilerne tilbagetrækkes og en midlertidig løsning er iværksat. Hele processen har været lang og kompliceret og er ressourcekrævende.

Implementering af office365 og intranettet lige før sommerferieperioden 2022 har betydet et øget pres på samtlige medarbejdere ift at kunne anvende systemerne.

Hvad vi er lykkedes med:

Fokuseret indsats for at få flere borgere overflyttet til dosispakket medicin for at øge patientsikkerheden og minimere tid til doserings besøg

Fokuseret indsats med at få flere borgere tilknyttet sygeplejeklinikkerne har reduceret medarbejderkørsel

Tilfredsstillende Arbejdstilsyn (21/6 2022) - Grøn Smiley

Ift. Rehabilitering (opfølgning fra Rehabiliteringsugen 2021) har vi forbedret dokumentation af borgers vaner og drømme/mål; og Implementering af 'nye' funktioner i borgerjournalen er i gang

Implementering af nye nødkald gennemført april og maj 2022

Stort antal medarbejdere har gennemført kompetenceudvikling (bla. E-læring, Farmakologi for assistenter, førstehjælp, kompressionsbehandling, forflytnings-opdatering)

Etablering af velfungerende 'strømpeklínik' med systematisk måltagning, bestilling/administration og borgeroplæring i af-påtagning af kompressionsstrømper

Forbedret, systematisk dokumentation af sårbehandling

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.

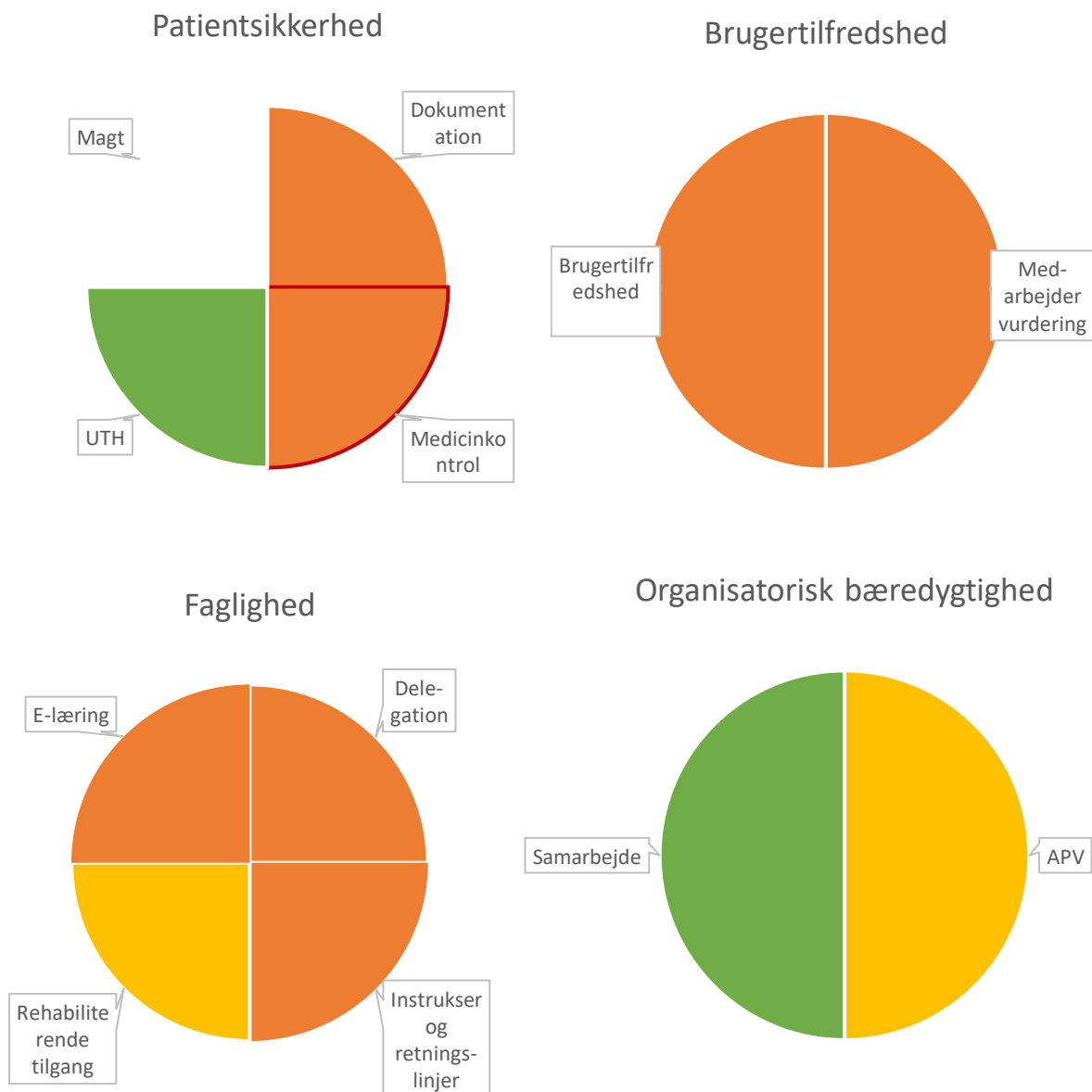
En rød farve viser, at der er gjort et eller flere kritiske fund af betydning for patientsikkerheden, hvorfor der har været gentilsyn indtil der ikke er gjort kritiske fund.

En rød kant viser, at der har været gjort fund af patientkritisk karakter, men at tilsynet ved et efterfølgende gentilsyn ikke har gjort patientkritiske fund.

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

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

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



Sammenfatning

PATIENTSIKKERHED

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

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

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

Det bemærkes, at flere af de fund, der blev gjort ved sidste års tilsyn, også ses ved tilsynet i år – men også at der var enkelte fund sidste år, der ikke genfindes i tilsynsmaterialet ved dette års tilsyn.

Af interview med ledelsen vedrørende, hvordan der er arbejdet med henstillingerne fra sidste år, fremgår det, at der er blevet fulgt op på de handleplaner enheden udarbejdede på baggrund af sidste års tilsyn. Det fremgår også at enheden har været udfordret på grund af meget stor udskiftning i de medarbejdere, der skulle følge op på handleplanerne. Derfor har der ikke været gennemført de månedlige journalaudits der var planlagt på baggrund af sidste års tilsyn – men at der er planer om at iværksætte dette fremadrettet.

I tilsynets vurdering er der blevet lagt vægt på, at der i flere tilfælde ses mangler i dokumentation i forhold til lovgivningen og retningslinjerne i Norddjurs Kommune¹. Derfor henstiller tilsynet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan der rettes op på dette. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanerne ligger i Bilag 2.

Medicin håndtering: På baggrund af tilsynets uanmeldte gennemgang af fem borgers medicinbeholdning, observation af to medicindispenseringer², samt tilsynets gennemgang af dokumentationen vedrørende medicin i seks borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af kritisk betydning for patientsikkerheden.*

Det bemærkes, at der blev gjort et tilsvarende fund ved sidste års tilsyn, hvor der ligeledes blev observeret manglende anbrudsdato på insulinpenne ved to borgere.

Af interview med ledelsen fremgår det, at der er ved at blive fulgt op på sidste års handleplaner.

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at der er gjort patientkriske fund i forhold til proceduren for medicin håndtering i Sundhed og Omsorg³. Derfor har tilsynet foretaget et gentilsyn i december 2022 ved en uanmeldt gennemgang af medicinbeholdning ved fem borgere. **Der blev ikke gjort patientkriske fund**

¹ Se afsnittet Den sundhedsfaglige dokumentation for en konkret beskrivelse af resultatet af audits.

² Proces hvor medarbejder optæller/tilbereder borgerens ordinerede medicin, for eksempel lægger borgerens tabletter i doseringsæsker for en 14-dages periode.

³ Se afsnittet Medicin håndtering for en konkret beskrivelse af resultatet af medicinkontrollen.

ved gentilsynet. Enheden har udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanerne ligger i Bilag 2.

Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH): På baggrund af medarbejdernes⁴ spørgeskemabesvarelser om arbejdet med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser⁵ (UTH), vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

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

Magtanvendelse: Enhedens arbejde med at forebygge og håndtere magtanvendelser vurderes ikke ved dette tilsyn, da der ikke har været dokumentation for magtanvendelser i de journaler, tilsynet har auditeret.

BRUGERTILFREDSHED:

Inden for området *Brugertilfredshed* ser tilsynet på, om enheden understøtter, at borgerne kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser⁶. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social service §§ 83, 83a og 86.

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

Brugertilfredshed: På baggrund af telefoninterviews med 34 borgere⁷ vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at 64 % af borgerne svarer, at de er 'helt uenige' eller 'uenige' i udsagnet: 'Det er oftest de samme hjælpere, der kommer hos dig'. I vurderingen er der også lagt vægt på, at 97 % af borgerne fortæller, at de samlet set er tilfredse eller delvist tilfredse med den hjælp og støtte de modtager. Tilsynet har henstillet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan der kan skabes kontinuitet i, at beboerne møder de samme hjælpere. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanerne ligger i Bilag 2

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

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at 43 % af medarbejderne svarer, at hverdagen i 'mindre grad' giver mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandarderne. I vurderingen er der også lagt vægt på, at 74 % af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad', 'i høj grad' eller 'i nogen grad' arbejdes med at skabe forbedringer af plejen og aktiviteter hos borgerne.

Tilsynet har derfor henstillet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan der kan arbejdes henimod at medarbejderne i højere grad oplever, at hverdagen giver mulighed for at levere den pleje og

⁴ 49 % af medarbejderne har besvaret spørgeskemaet

⁵ Se afsnittet Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

⁶ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

⁷ Se afsnittet Brugertilfredshed for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandarden. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanerne ligger i Bilag 2

FAGLIGHED:

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

Derfor ser tilsynet på, om enheden efterlever Sundhed og Omsorgs retningslinjer for delegation⁸, sikrer at medarbejderne i fornødent omfang introduceres til deres opgaver, at medarbejderne har adgang til den relevante viden for at udføre deres opgaver (herunder adgang til VAR⁹ og MyMedCards¹⁰), at medarbejderne har fokus på den rehabiliterende tilgang og at medarbejderne gennemfører den obligatoriske e-læring¹¹

Delegation: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser¹² vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

Ledelsen fortæller, at der fortsat pågår et arbejde med at sikre en løbende systematisk opfølgning på medarbejdernes kompetencer.

Det bemærkes, at der blev gjort tilsvarende fund ved det kommunale tilsyn sidste år.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der er gjort fund af betydning for, hvordan enheden sikrer, at kommunens retningslinjer for delegation er kendte og efterleves af medarbejderne. Tilsynet har derfor henstillet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan medarbejdere får kendskab til kommunens retningslinjer for delegation og systematisk følger disse. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanerne ligger i Bilag 2

Kendskab til instrukser og retningslinjer: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser¹³ vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

Af interview med ledelsen fremgår det, at der er kommet en systematik med ugentlige borgerkonferencer om komplekse borgere og at der fremadrettet skal lægges en plan for, hvordan hjælperne kan opkvalificeres, så de lettere kan anvende VAR

I vurderingen er der lagt vægt på medarbejdernes angivelse af, hvordan de anvender VAR, hvor blandt andet 53 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til, at de bruger VAR, når de er i tvivl om en procedure. I vurderingen er også lagt vægt på, at størstedelen af medarbejderne angiver at kende og anvende MyMedCards. Tilsynet har derfor henstillet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan medarbejdere får kendskab til kommunens retningslinjer for delegation og systematisk følger disse. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanerne ligger i Bilag 2

⁸ Delegation er det begreb der anvendes, når en sundhedsfaglig opgave overdrages fra lægen til andre faggrupper

⁹ VAR er en database med sygeplejefaglige procedurer, der kan tilgås digitalt fra medarbejdernes computer og tablets

¹⁰ MyMedCards er en app med lokale informationer, retningslinjer og instrukser til medarbejderne

¹¹ E-læring (elektronisk læring) er kompetenceudvikling, der kan foregå på computer, tablet eller smartphone.

¹² Se afsnittet Delegation og kompetencer for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

¹³ Se afsnittet: Kendskab til instrukser og retningslinjer for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

Rehabilitering: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser, interview med 10 beboere og gennemgang af seks borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

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

E-læring: På baggrund af en oversigt over, hvor mange medarbejdere der har gennemført de obligatoriske e-lærings-kurser¹⁴, vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

Af interview med ledelsen fremgår det, at der er lavet en plan for, hvordan medarbejderne får gennemført de obligatoriske kurser, hvilket de er i fuld gang med. Men at der fortsat er nogle medarbejdere, som er fraværende og derfor ikke har gennemført kurserne endnu

I vurderingen er der lagt vægt på, at under 50 % af de relevante medarbejdere har gennemført kurset 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Tilsynet har derfor henstillet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan alle relevante medarbejdere får gennemført de obligatoriske e-læringskurser. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanerne ligger i Bilag 2.

ORGANISATION:

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

Derfor ser tilsynet på, om enheden sikrer, at der er et opdateret APV-skema¹⁵ for hver enkelt borger og om medarbejderne oplever, at de har et godt samarbejde med kolleger og ledelse.

APV: På baggrund af tilsynets og enhedens egen gennemgang af samlet set 16 borgerjournaler¹⁶ vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

Af ledelsesinterview fremgår det, at der fremadrettet vil være systematisk fokus på udfyldelsen af APV-skemaer

I Vurderingen er der lagt vægt på, at der mangler at blive udfyldt APV-skemaer for tre ud af 16 borgere. Derfor anbefaler tilsynet, at enheden arbejder med at sikre, at der udfyldes APV-skemaer systematisk

SAMARBEJDE: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser¹⁷ vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

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

¹⁴ Se afsnittet E-læring for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

¹⁵ I APV-skemaer (arbejdspladsvurderingsskema) gennemgås og opstilles handleplaner for de arbejdsmiljømæssige problematikker, der kan være i forhold til den enkelte borgers hjem og adfærd.

¹⁶ Se afsnittet APV for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

¹⁷ Se afsnittet Samarbejde for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

Patientsikkerhed

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

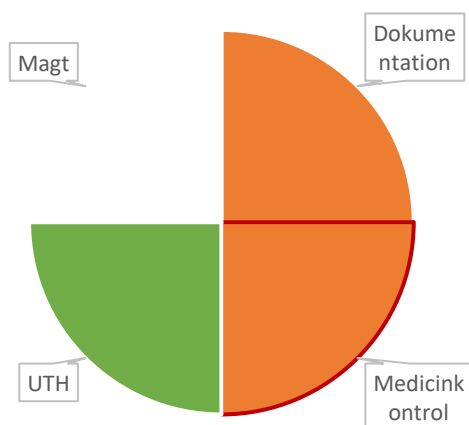
Under dette område ses der også på, om enheden lever op til sundhedslovens bestemmelser i forhold til at sikre, at borgerens integritet og selvbestemmelsesret respekteres.

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

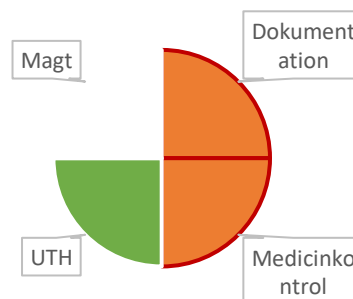
- Den sundhedsfaglige dokumentation på enheden
- Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser
- Enhedens medicin håndtering
- Enhedens arbejde med at forebygge magtanvendelser

Oversigt over tilsynets vurdering

Patientsikkerhed 2022



Patientsikkerhed 2021



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

En rød kant viser, at der har været gjort fund af patientkritisk karakter, men at tilsynet ved et efterfølgende gentilsyn ikke har gjort patientkritiske fund.

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

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

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

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

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

Den sundhedsfaglige dokumentation

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens sundhedsfaglige dokumentation bygger på:

- Tilsynets uanmeldte journalaudit på seks tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til en række vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Enhedens lokale journalaudit på 10 af deres borgerjournaler i forhold til de samme vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund¹⁸:

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

I forhold til *opfølgning på forværring i borgers tilstand*

- At der i de auditerede journaler er dokumenteret opfølgning på observationer, der beskriver en forværring af patientkritisk karakter.
- At der er set et tilfælde, hvor der ikke er fulgt op på en måling, der viser et vægttab

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

- At journalerne ikke fremstår helt opdaterede. Således er der i enkelte tilfælde ikke opdateret helbredsoplysninger, tilstandspræciseringer og døgnrytmeplaner og i flere tilfælde er der ikke opdateret handlingsanvisninger.
- At der mangler en beskrivelse af hvad der skal observeres for i handlingsanvisninger for uddelegerede opgaver samt hvornår autoriserede sundhedsperson skal kontaktes.
- At der ikke konsekvent er dokumenteret en sygeplejefaglig udredning for de relevante borgere
- At der er overordnet set er oprettet de relevante tilstande, både i forhold til funktionsevne og helbred
- At der ikke er oprettet opgaver til opfølgning på tilstande.

I forhold til *sammenhæng og systematik*

- At der ikke er en entydig systematik i hvad der er dokumenteret hvor for eksempel under beskrivelsesfeltet i tilstandspræciseringen og der ses tilfælde hvor der skrives til/oprettes nye tilstande i stedet for at revidere det, der står beskrevet i forvejen.
- At alle helbredstilstande gemmes som 'inaktive' i stedet for at gemme dem, der tidligere har været 'aktuelle' som 'inaktive' og de øvrige som 'ikke relevante', så det på denne måde bliver lettere at følge historikken i borgerens tilstande.
- At der ses et enkelt tilfælde hvor handlingsanvisning er gemt med den forkerte relation
- At der i en journal ses besøgsnotater, der beskriver borgerens helbredstilstand, der skulle være beskrevet i et observationsnotat

I forhold til *understøttelse af borgerens retsstilling*

- At borgerens samtykke til den aktuelle pleje og behandling ikke er dokumenteret i flere tilfælde.
- At borgerens samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart ikke er dokumenteret i flere tilfælde

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

¹⁸ Se Bilag 1 for en opgørelse over, hvor mange journaler, der lever op til de enkelte målepunkter

- At enheden har været udfordret på grund af meget stor udskiftning i de medarbejdere, der skulle følge op på handleplanerne, men at der har været arbejdet med at sikre at medarbejderne har kendt metoden for dokumentation.
- At der ikke har været gennemført de månedlige journalaudits der var planlagt på baggrund af sidste års tilsyn – men at der er planer om at iværksætte dette fremadrettet
- At det har været et punkt, der er taget op på budgetopfølgingsmøde, om der kunne afsættes yderligere personaleressourcer, hvilket ikke har været muligt i 2022.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- Der mangler dokumentation for opfølgning på væggtab
- Der mangler opdatering af handlingsanvisninger i flere tilfælde
- Der mangler opgaver på opfølgning af tilstande
- Der mangler samtykke til behandling og pleje samt videregivelse af helbredsoplysninger
- Der mangler forflytningsvejledning for en borger (selvom der henvises til denne i døgnrytmeplanen)
- Der ikke gennemgående er foretaget en sygeplejefaglige udredning
- Der ikke gennemgående er opdaterede helbredsoplysninger, tilstandspræciseringer og døgnrytmeplaner

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

- Notater er formuleret relevant og præcist

Det bemærkes, at flere af de fund, der blev gjort ved sidste års tilsyn, også ses ved tilsynet i år – men også at der var enkelte fund sidste år, der ikke genfindes i tilsynsmaterialet ved dette års tilsyn.

Tilsynet henstiller til

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

- Der dokumenteres en opfølgning ved handlingskrævende forværringer
- Handlingsanvisninger altid fremstår opdaterede
- Der oprettes en opgave til opfølgning på tilstande
- Der dokumenteres samtykke til behandling og pleje samt til videregivelse af helbredsoplysninger
- Der oprettes forflytningsvejledning for borger hvor relevant

Tilsynet anbefaler

At der skabes arbejdsgange så det sikres, at:

- Der foretages en sygeplejefaglige udredning, hvor relevant
- Helbredsoplysninger, tilstandspræciseringer og døgnrytmeplaner fremstår opdaterede
- Der er en entydig angivelse af, hvad der er en handlingskrævende forværring og hvordan der i givet fald skal følges op

Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling (Se bilag 2.). Tilsynet vurderer, at enhedens handleplan er 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 medicinbeholdning bygger på:

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

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved gennemgang af medicinbeholdninger finder tilsynet;

- At der ved to borgere ses enkelte præparater, herunder insulin og øjendråber, hvor der ikke er påført personidentifikation
- At der ved to borgere mangler anbrudsdato på insulin-penne samt øjendråber
- At der ved en borger ses en doseringsfejl i en medicinæske i form af manglende vanddrivende medicin.
- At der ved en borger ses en tvetydig administrationsplan ved et injektionspræparat, således at der er usikkerhed omkring, hvilken dato behandlingen skal gives
- At der ses en god orden i medicinen samt en korrekt og hygiejnisk forsvarlig opbevaring af remedier til injektionsbehandling
- At samtlige doseringsæsker har påført personidentifikation
- At der ses korrekt opbevaring af ikke-anbrudt insulin samt B12-vitamin, som skal opbevares på køl
- At sygeplejersken medbringer adrenalin ved injektionsbehandling, jf. instruks om anafylaktisk shock
- At enheden har en arbejdsgang, hvor adrenalin med faste intervaller kontrolleres af en specifik medarbejder
- At medarbejderne orienterer sig i den elektroniske medicinliste forud for medicingivning- og dosering

Af interview med ledelsen fremgår det:

At der er blevet arbejdet med de handleplaner, som blev udarbejdet på baggrund af sidste års tilsyn

- Der er blevet bestilt opbevaringsposer, men at der pågår overvejelser i forhold til, hvordan der kan skabes den fornødne orden uden at det bliver en dyr løsning for hjemmeplejen
- Instruks om medicindispensering er gennemgået sammen med sundhedsfagligt personale og hjælpere og at det fremadrettet er noget, der vil blive gjort løbende afhængigt af den enkelte medarbejders behov.
- Der er ansat en farmakonom i Glesborg hjemmehjælp og -sygepleje og det er planen, at han på sigt vil skulle bidrage med råd og vejledning i Allingåbro hjemmehjælp og -sygepleje, med henblik på at skabe en systematik i medicinbeholdningen
- Der pågår overvejelser i forhold til at skabe en assistentklinik for borgere med stabile medicinordinationer, så dosering foregår i rammer uden forstyrrelser.
- En medarbejder er i gang med at gennemgå dosispakker systematisk samt gennemgår borgere ift. hvem der kan være i klinik og hvem der kan være på dosispakket medicin.
- Nu er der labels og kuglepen i medarbejdernes tasker, så de kan sætte personidentifikation på borgers medicinbeholdning. I forbindelse med implementeringen af Office 365 er opstået

udfordringer i at der ikke er så mange medarbejdere, der har adgang til at printe labels. Men denne problematik er løst nu, ved at printe direkte fra borgerjournal.

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: At der er gjort fund af betydning for patientsikkerheden. I vurderingen er der lagt vægt på, at der ses manglende anbrudsdato på øjendråber samt insulin (både langsomt- og hurtigtvirkende insulin). Der lægges i vurderingen ligeledes vægt på, at en administrationsplan ved en borger fremstår tvetydig, og at der ved medicinkontrollen er observeret en doseringsfejl.

Det bemærkes, at der blev gjort et tilsvarende fund ved sidste års tilsyn, hvor der ligeledes blev observeret manglende anbrudsdato på insulinpenne ved to borgere.

Tilsynet henstiller til gentilsyn for at sikre:

At der er skabt arbejdsgange/procedurer, så det fremover sikres:

- At der angives anbrudsdato på insulin samt øjendråber som har begrænset holdbarhed
- At der ved komplekse doseringer med mange forskellige præparater sker en ekstra kvalitetssikring
- At administrationsplaner i medicinlisten fremstår tydelige og opdaterede

Tilsynet anbefaler:

At der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:

- At samtlige medicinpræparater inklusiv håndkøbspræparater har påført personidentifikation

Tilsynets opfølgning på gentilsyn:

Ved gentilsyn i december 2022 foretog tilsynet gennemgang af medicinbeholdning ved fem borgere for at følge op på de fund, der blev gjort ved tilsynet i oktober 2022.

Tilsynet finder ved gentilsyn:

- At samtlige insulin-penne, øjendråber samt medicinske cremer har påført persondata samt anbrudsdato, på nær et enkelt præparat
- Entydige administrationsplaner og korrekt indskrevne ordinationer i den elektroniske medicinliste
- Ingen dispenseringsfejl

Tilsynet vurderer på baggrund af gentilsynet, at der ikke er gjort fund af betydning i forhold til medicinhåndtering.

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 indrapporteret¹⁹.
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser om arbejdet med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser.

¹⁹Udtrækket viser indberettede UTH'er for både enheden Træningscenter Døgn og enheden Ambulant Træning i Auning.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af dataudtrækket fremgår det:

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

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 68 % medarbejdere svarer, at de enten 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ved, hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse eller ved hvem man kan gå til for at få hjælp til det. 26 % svarer 'i nogen grad'.
- 53 % af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen. 40 % svarer 'i nogen grad'.
- 65 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ville føle sig trygge som borgere i deres enhed. 40 % svarer 'i nogen grad'.
- 57 % af medarbejderne svarer, at kulturen 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' gør det nemt at lære af utilsigtede hændelser. 33 % svarer i nogen grad'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

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

Magtanvendelser

Enhedens arbejde med at forebygge og håndtere magtanvendelser vurderes ikke ved dette tilsyn, da der ikke har været magtanvendelser på enheden inden for det seneste år

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 og interviews i borgernes hjem

Sammenfatning af observationer:

Ved observation i enhedens lokaler og i borgernes hjem fremgår det:

- At uniformsetiketten efterkommes blandt de observerede medarbejdere
- At medarbejderne overholder retningslinjer for anvendelse af ringe, armbånd og ure
- At der foretages hånddesinfektion forud for en ny opgave ved borgeren

Brugertilfredshed

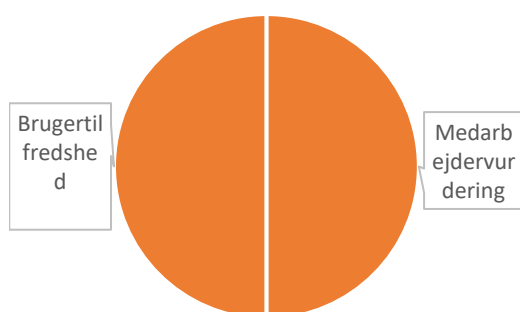
I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser²⁰. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social service §§ 83, 83a og 86.

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

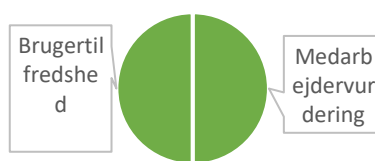
- Brugertilfredshed og medarbejdervurdering

Oversigt over tilsynets vurdering

Brugertilfredshed og
medarbejdervurdering
2023



Brugertilfredshed og
medarbejdervurdering
2021



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

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

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

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

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med brugertilfredshed: *At der er gjort fund af 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 34 borgere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewet²¹ fremgår det, at:

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

²⁰ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

²¹ I afrapporteringen er der fokus på at sikre, at den enkelte borgeres besvarelser ikke vil kunne blive genkendt.

- 97 % af borgerne er samlet set 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med den hjælp og støtte de modtager.
- Alle borgerne, som modtager hjælp til at komme i bad og blive vasket, angiver at være 'meget tilfredse' med hjælpen.
- Alle borgerne, som modtager hjælp til toiletbesøg, angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- Alle borgerne, som modtager hjælp til af- og påklædning, angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- 90 % af borgerne, som modtager hjælp til rengøringen af egen bolig er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- Alle borgerne, som modtager hjælp til tøjvasken er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- Ingen af borgerne modtager hjælp til indkøb.

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

- 97 % af borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at de får den hjælp og støtte, der er aftalt.
- 94 % af borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at de får den hjælp og støtte, de har behov for.
- 64 % af borgerne svarer, at de er 'uene' eller 'helt uene' i udsagnet: 'Det er oftest de samme hjælpere, der kommer hos dig'.
- 69 % af borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Personalet tager hensyn til, hvordan du gerne vil have din døgnrytme'. 3 % svarer 'hverken eller'.
- 78 % af borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Du deltager i de ting, du kan og ønsker at deltage i'.
- 94 % af borgerne svarer, at de 'aldrig' eller 'sjældent' oplever, at hjælpen bliver aflyst.
- 87 % af borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Hjælperne kommer generelt til den aftalte tid'.
- 88 % af borgerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Du får besked, hvis hjælperne ændrer tidspunkt for hjælpen'.

I forhold til *maden*:

- 18 % af borgerne får leveret mad.
- 66 % af borgerne angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med maden. 17 % angiver 'hverken tilfreds eller utilfreds'.
- Ingen af borgerne modtager hjælp til måltidet.

I forhold til *personalet*:

- Alle borgerne giver udtryk for at være 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Personalet lytter til, hvad jeg har behov for'.
- 97 % af borgerne giver udtryk for at være 'helt enige' eller 'enige' i udsagnene: 'Omgangstonen mellem personalet og mig er god' og 'Personalet udviser respekt over for mig'.
- 84 % af borgerne giver udtryk for at være 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Personalet ved hvad de skal, når de kommer for at hjælpe dig'.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- Ved spørgsmålet 'Giver hverdagen mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandard?' er der 49 % der svarer 'i meget høj grad' eller 'i høj grad', 43 % der svarer 'i nogen grad' og 8 % der svarer 'i mindre grad'.
- 36 % af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' og 'i høj grad', arbejdes med at skabe forbedringer af plejen og aktiviteter hos borgerne. 38 % svarer 'i nogen grad'.
- 48 % af medarbejderne angiver, at de i 'meget høj grad' eller 'i høj grad' kender handlingsanvisninger for de borgere, du har opgaver ved. 43 % angiver 'i nogen grad'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- 64 % af borgerne svarer, at de er 'uenige' eller 'helt uenige' i udsagnet: 'Det er oftest de samme hjælpere, der kommer hos dig'.
- At 43 % af medarbejderne svarer, at hverdagen 'mindre grad' giver mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandard

I vurderingen er der også lagt vægt på, at:

- 97 % af borgerne samlet set er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med den hjælp og støtte de modtager.
- 74 % af medarbejderne svarer at der 'i meget høj grad', 'i høj grad' eller 'i nogen grad' arbejdes med at skabe forbedringer af plejen og aktiviteter hos borgerne.

Tilsynet henstiller til:

At enheden udarbejder en handleplan for, hvordan der kan arbejdes med

- At skabe kontinuitet i, at borgeren møder de samme hjælpere.
- At medarbejderne i højere grad oplever, at hverdagen giver mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandard.

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

Tilsynet vurderer, at enhedens handleplan er tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan rette op på områderne og opnå det ønskede resultat

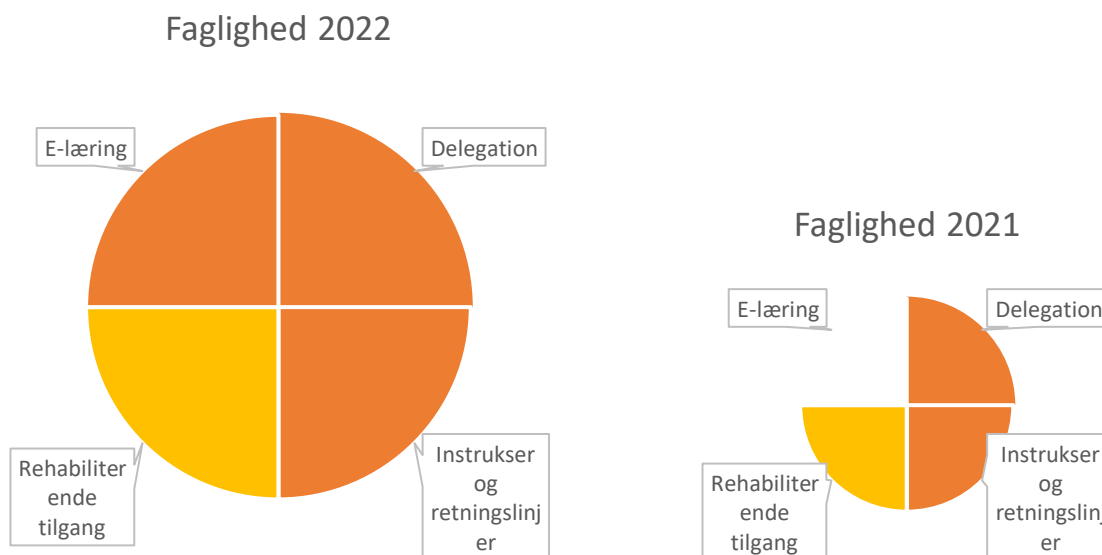
Faglighed

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

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

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

Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med delegation og kompetencer og medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer, enhedens rehabiliterende tilgang og medarbejdernes gennemførelse af den 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 efterleveres, bygger på:

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

I forhold til *oplæring af nye medarbejdere*:

- At 40 % af medarbejderne angiver, at nyt personale 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får en god introduktion. 30 % angiver 'i nogen grad'. 30 % angiver i mindre grad.
- At 41 % af medarbejderne svarer, at personale der skal oplæres i nye opgaver 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får den nødvendige sparring. 37 % svarer 'i nogen grad'.

I forhold til *kompetenceprofil*:

- At 43 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de kender kompetence- og overdragelseskemaet. 57 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'. Af disse medarbejdere som svarer ja, svarer 34 %, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' bruger dette skema i hverdagen ved behov. 29 % svarer 'i nogen grad' og 50 % svarer 'i mindre grad'.
- At 25 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de har et personligt kompetenceafklaringskema. Af disse medarbejdere svarer 50 % 'ja' til at skemaet er opdateret, 17 % svarer 'nej' og 33 % svarer 'ved ikke'.
- At 10 % medarbejderne svarer 'nej' til, at de har et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer. Af disse medarbejdere svarer 40 % 'ja' til at skemaet er opdateret, 40 % svarer 'nej' og 20 % svarer 'ved ikke'.
- At 30 % medarbejderne svarer 'ja' eller 'ved ikke' til spørgsmålet 'Har du inden for de seneste tre måneder udført en eller flere opgaver, du ikke havde kompetencerne til ifølge kompetenceprofilen?'.

I forhold til *tilgængelige kompetencer*:

- At 56 % af medarbejderne svarer, at deres team 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag'. 33 % svarer 'i nogen grad'.

Af sidste års tilsynsrapport fremgår, at:

- Der er en henstilling om, at enheden skal gøre yderligere tiltag for at sikre medarbejdernes kendskab til proceduren vedrørende delegation.
- Der er en anbefaling om, at det sikres, at medarbejdernes kompetenceprofiler kontinuerligt opdateres

Af interview med ledelsen fremgår det, at der er blevet fulgt op på handleplanerne udarbejdet på baggrund af sidste års tilsyn:

- Den tidligere afdelingsleder har gennemgået instruks for delegation med medarbejderne
- Der pågår planer om at udarbejde en arbejdsgang for processen med at sikre den løbende opdatering af kompetenceprofiler samt implementere denne i samarbejde med hjemmeplejen i Glesborg.
- I kompetencerådet er der besluttet at udarbejde et værktøj, der bedre understøtter en systematisk tilgang til, hvilket trin medarbejderen er på i forhold til den enkelte kompetence.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- At 60 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til om skemaet for erhvervede borgerspecifikke kompetencer er opdateret.
- At 57 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til, at de kender kompetence- og overdragelseskemaet.

- At 50 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til om deres personligt kompetenceafklaringskema er opdateret.
- At 30 % af medarbejderne angiver, at nyt personale 'i mindre grad' får en god introduktion.
- At 30 % medarbejderne svarer 'ja' eller 'ved ikke' til spørgsmålet 'Har du inden for de seneste tre måneder udført en eller flere opgaver, du ikke havde kompetencerne til ifølge kompetenceprofilen?'

Tilsynet henstiller til

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

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

Tilsynet anbefaler

- At der undersøges, hvorfor 30 % af medarbejderne oplever, at nyt personale 'i mindre grad' får en god introduktion.
- At der arbejdes med at sikre at medarbejderne kun udfører opgaver, som de har kompetencerne til ifølge kompetenceprofilen

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

Tilsynet vurderer, at enhedens handleplan er 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:

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fremgår det:

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

- At 41 % af medarbejderne svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' har adgang til de oplysninger, de har brug for, for at kunne udføre deres arbejde hos borgerne. 37 % svarer 'i nogen grad'.

I forhold til *retningslinjer for anvendelsen af MyMedCards og VAR*²²:

- At 61 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR. 39 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- At 53 % svarer, at de har adgang til at anvende VAR i deres daglige arbejde hos borgeren. 47 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- At 47 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de bruger VAR, når de er i tvivl om en procedure. 53 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'. Af disse medarbejdere som svarer ja svarer 7 %, at de bruger VAR 'hver

²² I dette spørgsmål afrapporteres kun besvarelser fra de relevante faggrupper, dvs. besvarelser fra sygeplejersker, assistenter og hjælpere – 45 besvarelser i alt.

uge', 9 % svarer 'hver anden uge', 16 % svarer '1-2 gange om måneden', 2 % 1-2 gange i kvartalet og 65 % svarer 'sjældnere'.

- At 88 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende MyMedCards.
- At 92 % svarer, at de har adgang til at anvende MyMedCards i deres daglige arbejde hos borgeren.
- At 11 % af medarbejderne svarer at de 'i meget høj grad' bruger MyMedCards. 13 % svarer 'i høj grad', 47 % svarer 'i nogen grad' og 20 % svarer 'i mindre grad'.
- At 24 % svarer, at de bruger MyMedCards 'hver uge', 20 % svarer 'hver anden uge', 29 % svarer '1-2 gange om måneden', 11 % svarer '1-2 gange i kvartalet og 16 % svarer 'sjældnere'.

Af interview med ledelsen fremgår det:

- At der er kommet en systematik med ugentlige borgerkonferencer om komplekse borgere
- At der er blevet spurgt ind til hvordan hjælperne anvender VAR – og at det ikke lader til, at hjælperne anvender VAR i særlig stor udstrækning, men at sygeplejerskerne systematisk linker til VAR i handlingsanvisningerne.
- At der skal lægges en plan for hvordan hjælperne kan opkvalificeres, så de lettere kan anvende VAR

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At 53 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til, at de bruger VAR, når de er i tvivl om en procedure.
- At 47 % svarer 'nej' eller 'ved ikke' til om, at de har adgang til at anvende VAR i deres daglige arbejde hos borgeren.
- At 39 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At 92 % af medarbejderne angiver, at de har adgang til at anvende MyMedCards og 88 % angiver, at de ved hvornår de skal anvende MyMedCards

Tilsynet henstiller til

- At der udarbejdes en plan for, hvordan det sikres at alle medarbejdere har adgang til VAR og kender retningslinjerne for anvendelsen af VAR, herunder hvornår medarbejderne skal orientere sig heri.

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

Tilsynet vurderer, at enhedens handleplan er 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:

- Telefoninterviews med 34 borgere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser
- Enhedens og tilsynets audit af i alt 16 borgerjournaler

Ved interview med borgerne fremgår det at:

- 75 % af borgerne angiver at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at de deltager i udførelsen af hjælpen. 3 % angiver 'hverken eller'.
- 94 % af borgerne angiver at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at personalet støtter dem i at klare flest mulige dagligdagsting.
- 94 % af borgerne angiver, at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at de har været med til at beslutte, hvad de skal kunne selvstændigt i dagligdagen.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- 23 % af medarbejderne angiver, at de i 'meget høj grad' eller 'i høj grad' kender borgernes livshistorie. 48 % angiver 'i nogen grad'.
- 77 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' aktivt inddrager borgerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter. 21 % svarer 'i nogen grad'.

Af journalaudit fremgår det at:

- Borgers mål i flere tilfælde ikke er angivet ved helbredstilstande
- Borgerens perspektiv ellers gennemgående fremgår af journalen

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

I vurderingen er der lagt vægt på at:

- At borgers mål ikke er angivet ved alle helbredstilstande men at borgerens perspektiv derudover fremgår af journalen
- At alle borgerne giver udtryk for at blive inddraget i indsatsen
- At størstedelen af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' inddrager borgerne i indsatsen

Tilsynet anbefaler

- At borgernes mål i forhold til helbredstilstande dokumenteres konsekvent

E-læring

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

- Udtræk af e-læringsportalen Plan2Learn

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

- 94 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Magtanvendelse'. Ud af de 94 medarbejdere har 74 medarbejdere gennemført kurset. 20 medarbejdere er tilmeldt kurset, men har ikke gennemført kurset.
- 29 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'. Ud af de 29 medarbejdere har 8 medarbejdere gennemført kurset. 10 medarbejdere er tilmeldt kurset, men har ikke gennemført kurset. 11 medarbejdere har tidligere gennemført kurset, men kurset er udløbet og kræver en recertificering.
- 71 medarbejder er tilmeldt kurset 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere'. Ud af de 71 medarbejdere har 44 medarbejdere gennemført kurset. 9 medarbejdere er tilmeldt kurset,

men har ikke gennemført kurset. 18 medarbejdere har tidligere gennemført kurset, men kurset er udløbet og kræver en recertificering.

Af interview med ledelsen fremgår det, at:

- Der er en god proces i gang for at sikre, at der trækkes data for de rigtige medarbejdere
- Der er lavet en plan for, hvordan medarbejderne får gennemført de obligatoriske kurser, hvilket de er i fuld gang med. Men der fortsat er nogle medarbejdere som er fraværende og derfor ikke har gennemført kurserne endnu

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At under 50 % af medarbejderne har gennemført kurset 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter

Tilsynet henstiller til

- At der udarbejdes en plan for, hvordan alle relevante medarbejdere får gennemført de obligatoriske e-læringskurser.

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

Tilsynet vurderer, at enhedens handleplan er tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan rette op på områderne og opnå det ønskede resultat

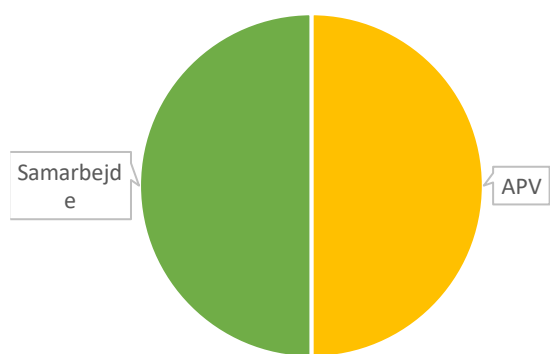
Organisation

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

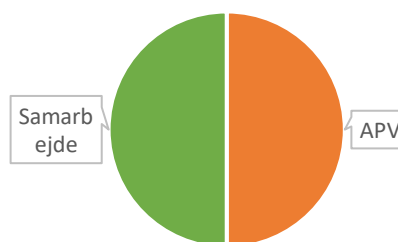
- APV
- Samarbejde
- Budgetoverholdelse
- Sygefravær
- Eksterne tilsyn

Oversigt over tilsynets vurdering

Organisatorisk bæredygtighed
2022



Organisatorisk bæredygtighed 2021



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

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

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

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

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

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

APV

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

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

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

- At der ikke er udfyldt APV-skema for 3 ud af 16 borgere

Af ledelsesinterview fremgår det, at:

- At der fremadrettet vil være systematisk fokus på udfyldelsen af APV-skemaer

Tilsynet vurderer, at der er gjort fund af mindre betydning for den organisatoriske bæredygtighed
I Vurderingen er der lagt vægt på:

- At der mangler at blive udfyldt APV-skemaer for tre ud af 16 borgere

Tilsynet anbefaler:

- At enheden arbejder med at sikre at der udfyldes APV-skemaer systematisk

Samarbejde

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

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fremgår det, at:

- 59 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. 35 % af medarbejdere svarer, at der er 'både og'.
- 55 % af medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne på arbejdspladsen. 29 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
- 92 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med eget team.
- 52 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med andre enheder i Sundhed og Omsorg. 48 % af medarbejderne angiver 'både og'.
- 40 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med ledelsen. 32 % angiver 'både og'.
- Alle medarbejderne angiver, at de kan spørge deres kollegaer til råds, hvis de er i tvivl om noget.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

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

Bilag 1: Oversigt: Journalaudit

Antal journaler hvor følgende er opfyldt:

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

Bilag 2: Enhedens handleplaner

Patientsikkerhed		Handling/opgave	ansvarlig	tidsplan
Overordnet /generelt		<i>Iværksætte systematik på tværs i enheden ved at sætte fokus på elementer af kvalitet i dokumentation, kompetenceudvikling osv. - årshjul</i>	<i>Afd.ledere</i>	<i>November 2022</i>
Dokumentation	<p>Tilsynet henstiller til at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det inden for en begrænset periode sikres at:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der dokumenteres en opfølgning ved handlingskrævende forværringer 2. Handlingsanvisninger altid fremstår opdaterede 3. Der oprettes en opgave til opfølgning på tilstande 4. Der dokumenteres samtykke til behandling og pleje samt til videregivelse af helbredsoplysninger 5. Der oprettes forflytningsvejledning for borger hvor relevant 	<p>Iværksætte månedlig journal audit (3) med hver enkelt spl/SSA og dokumentationsnøgleperson</p> <p>Kan dokumentation af samtykke gøres lettere ved automatisk vinge-af-boks?</p> <p>Opfølgning på undervisning i 'opgaver' (juni 2022 (opfølgning på tilstande) og sikre ny arbejdsgang implementeres systematisk</p> <p>Undervisning i 'opgaver' (kommunikation) starter oktober 2022 i alle grupper. Undervisning v/ kvalitetsteamet. Løbende opfølgning</p>	<p>Afd.ledere Dokumentationsnøglepersoner Faglig Koordinator (når rekrutteret).. I samarbejde med Kvalitetsteamet og forflytningsvejledere</p>	<p>November 2022-maj 2023</p>

		<p>Ifm Undervisning i dokumentation herunder 'opgaver' minde om at få udarbejdet forflytningsvejledning hvor relevant og minde om samtykke</p> <p>Udpege assistent som dokumentationnøgleperson</p>		
Medicinkontrol	<p>Tilsynet henstiller til gentilsyn for at sikre at der er skabt arbejdsgange/procedurer, så det fremover sikres:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. At der angives anbrudsdato på insulin samt øjendråber som har begrænset holdbarhed 2. At der ved komplekse doseringer med mange forskellige præparater sker en ekstra kvalitetssikring 3. At administrationsplaner i medicinlisten fremstår tydelige og opdaterede 	<p>Sikre alle medarbejdere kan printe labels via Nexus</p> <p>Færdiggøre rammen for assistent klinik (til doseringer) og afprøve denne</p> <p>Kontinuerlig fokus på opsætning af borgere til dosispakket medicin</p> <p>Månedlig journalaudit (som ovenfor)</p> <p>Iværksætte doserings-audit ved anvendelse af instruks 'medicindispensering' x 2 årligt</p>	<p>Afd.ledere Faglig Koordinator (når rekrutteret)</p>	<p>Gentilsyn: ??</p> <p>1. kvartal 2023</p>
Uth				

Brugertilfredshed				
Brugertilfredshed	<p>Tilsynet henstiller til at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan der kan arbejdes med:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. At skabe kontinuitet i at borgeren møder de samme hjælpere 2. At medarbejderne i højere grad oplever, at hverdagen giver mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i i kvalitetsstandarden 	<p>Rekruttering og fastholdelse – løbende indsats</p> <p>Understøtte planlæggerne i at skabe kontinuitet</p> <p>Information til medarbejderne om det variable serviceniveau og drøfte 'hvad er god faglighed' herunder håndteringen af oplevelsen af uoverensstemmelse mellem kommunens krav/serviceniveau og egne forventninger til serviceniveau</p>	Afd.ledere	løbende
Faglighed				
Delegation og kompetencer	<p>Tilsynet henstiller til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det inden for en afgrænset periode sikres, at:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der er en plan for hvordan medarbejderne får kendskab til og løbende anvender kompetenceafklaringskemaerne og kompetence- og overdragelseskemaerne 	<p>Alle nye medarbejdere introduceres til hvordan vi arbejder med kompetenceafklaring og -udvikling ifm introduktion, og deres kompetencer afklares.</p> <p>Iværksætte opdatering af Kompetenceafklaring af alle faste medarbejdere.</p> <p>Vidensdele med Glesborg hjemmepleje</p>	Afd.ledere. Sygeplejerske tilknyttet den enkelte hjælpergruppe/Faglig koordinator for sygepleje-assistent gruppen	Januar – juni 2023

Kendskab til instrukser og retningslinjer	Tilsynet henstiller til: <ol style="list-style-type: none"> 1. Der udarbejdes en plan for, hvordan det sikres at alle medarbejdere har adgang til VAR og kender retningslinjerne for anvendelsen af VAR, herunder hvornår medarbejderne skal orientere sig heri 	Rekruttering af Faglig Koordinator Rekruttere assistent som Dokumentationsnøgleperson Fælles info november 2022	Dokumentationsnøglepersoner Afd.ledere Faglig Koordinator	November 2022
E-læring	Tilsynet henstiller til <ul style="list-style-type: none"> • At der udarbejdes en plan for, hvordan alle relevante medarbejdere får gennemført de obligatoriske e-læringskurser 	Min. månedlig opdatering af medarbejderliste i Plan2learn så den er valid Afd.ledere/planlæggere lægger plan for årlig e-læring for alle medarbejdere (årshjul) Indhold af medicinhåndtering for spl+ass og frekvens af e-læringen til revision: sættes på dagsorden i relevant regi i S+O	Afd.ledere Planlæggere	Oktober 2022