norddjurs

Sundhed og Omsorg

Kommunalt tilsyn på Sundheds- og Omsorgsområdet

Godkendt i VPU den 23.10.2024

Indhold

Indledning 3
Oversigt over enheder der afvikles tilsyn hos: 3
Plejecentre 3
Hjemmepleje og hjemmesygepleje 3
Træning 3
Fritvalgsleverandør: 3
Tilsynets opbygning 3
Arbejdsgange i det ordinære tilsyn: 4
Arbejdsgange i det udvidede tilsyn: 4
Datagrundlaget for afrapportering: Ordinære tilsyn 4
Datagrundlaget for afrapportering: Udvidet tilsyn: 5
Afrapportering 5
Høring i enheden 6
Tilsynsmøde 6
Voksen- og Plejeudvalget 7
Bilag. 8
Kvalitetskriterier 8
Journalaudit-skema 11
Spørgeguide og afrapporteringsskema til borger/beboerinterviews 14
Spørgeskema og afrapporteringsskema - medarbejder 16
Afrapportering af journalaudit 18
Afrapportering af medicinkontrol 19
Spørgeguide til lederinterviews 20

Indledning

Norddjurs Kommune har ifølge servicelovens § 151 pligt til at sikre kvaliteten af de leverede ydelser efter §§ 83, 83a og 86.
Det er i Sundhed og Omsorg besluttet, at også ydelser leveret efter sundhedslovens § 138 og §140 indgår i tilsynet.
Det er konsulenter i Det sundhedsfaglige kvalitetsteam i Sundhed og Omsorg, som udfører disse tilsyn.
Der bliver udført tilsyn både ved kommunens egne leverandører og ved fritvalgs leverandørerne
Leverandørerne skal leve op til den gældende lovgivning og de politisk besluttede kvalitetsstandarter.
Der er udarbejdet undersøgelsesmateriale og kvalitetsmål som tilsynet udføres efter (Se bilagsmaterialet).
Der vil være mindre afvigelser I metoden alt efter hvilken leverandør, der udføres tilsyn hos.

Oversigt over enheder der afvikles tilsyn hos:

Nedenfor er er en oversigt over de enheder, der afvikles tilsyn ved med en angivelse af, hvordan de kategoriseres i forhold til størrelse.

- Enheder med 100 eller flere borgere kategoriseres som 'stor'.
- Enheder med 50 eller flere borgere kategoriseres som 'mellem'.
- Enheder med under 50 borgere kategoriseres som 'lille'.

Plejecentre

Plejecenter Violskrænten og Grønnegården – Violskrænten 13 – 8500 Grenå (stor)
Plejecenter Digterparken – Tove Ditlevsensvej 2 – 8500 Grenå (mellem)
Plejecenter Glesborg – Valmuevej 2 – 8585 Glesborg (mellem)
Plejecenter Farsøhthus – I.P. Farsøhts Alle 4 - 8960 Allingåbro (mellem)
Plejecenter Fuglsanggården – Trekanten 1 – 8500 Grenå (mellem)
Plejecenter Møllehjemmet – Elme Alle 8 – 8963 Auning (lille)

Hjemmepleje og hjemmesygepleje

Hjemmeplejen Norddjurs (stor)

Træning

Træningscenter Posthaven og Auning – Posthaven – 8500 Grenå/Elme alle 6 – 8963 Auning (stor)
Rehabiliteringsteamet – Kalorievej 4 – 8500 Grenå (lille)
Sundhed og Træning, Døgnafsnit – Elme Alle 6 – 8963 Auning (lille)

Fritvalgsleverandør:

Fritvalgsleverandører i Sundhed og Omsorg

Tilsynets opbygning

Tilsynet er delt op i et **ordinært tilsyn**, der gennemføres hvert år og et **udvidet tilsyn**, der gennemføres hvert andet år som et supplement til det ordinære tilsyn.

Det ordinære tilsyn: Indsamler, følger op på og afrapporterer data for at belyse kvaliteten af de ydelser, der leveres efter servicelovens §§ 83, §83a og 86 i Sundhed og Omsorg.

Det udvidede tilsyn: Indsamler, følger op på og afrapporterer data for at belyse kvaliteten af de ydelser, der leveres efter sundhedslovens §§ 138 og 140.

Det ordinære tilsyn udføres som et uanmeldt tilsyn og det udvidede tilsyn udføres som et anmeldt tilsyn.

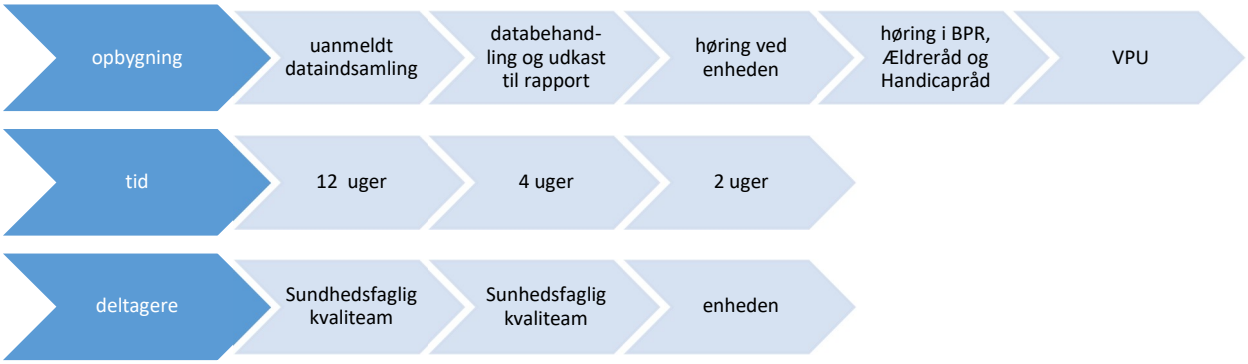
Det ordinære tilsyn:

- Borgerinterviews (uanmeldt)
- Dataudtræk ift. om tidsfrister overholdes (uanmeldt)
- Opfølgning på fund ved sidste års tilsyn (dataindsamling og ledelsesinterview) (anmeldt)
- Høring ved enhederne
- Tilsynsmøde (anmeldt)

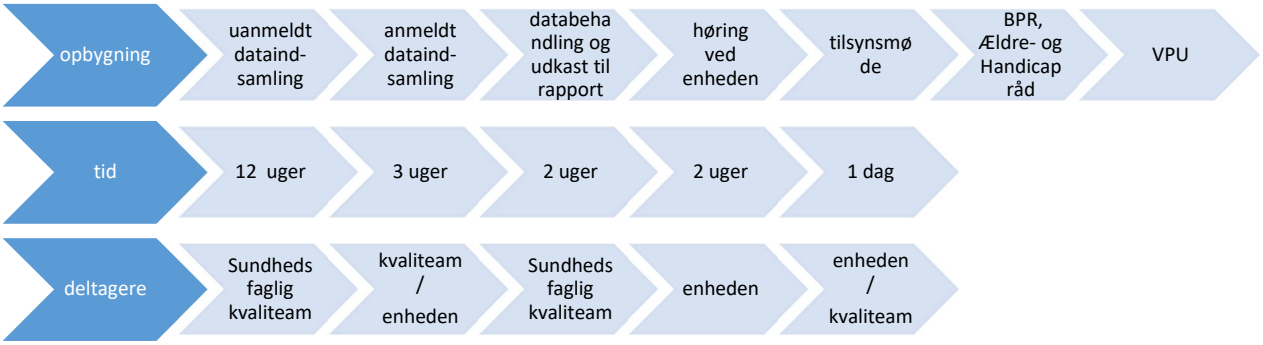
Det udvidede tilsyn indeholder udover det ordinære tilsyn:

- Tilsynets journalaudit og journalaudit i enheden (anmeldt)
- Generelle observationer (anmeldt)
- Medicinkontrol (anmeldt)
- Spørgeskemaer til medarbejdere (anmeldt)

Arbejdsgange i det ordinære tilsyn:



Arbejdsgange i det udvidede tilsyn:



Datagrundlaget for afrapportering: Ordinære tilsyn

Interviews:

- Interview med borgere/beboere om inddragelse i og tilfredshed med de leverede ydelser. På plejecentrene og Døgnafsnittet i Auning foregår interviews ved fysisk fremmøde hos beboeren. I øvrige enheder vil borgerne blive kontaktet telefonisk. Tilsynet undersøger i journalen om borgeren som udgangspunkt er i stand til at deltage I et interview. Hvis det skønnes, at dette ikke er tilfældet, udvælges anden borger, eller der sikres mulighed for at pårørende kan deltage sammen med borger, hvis denne ønsker det. På enheder kategoriseret som 'små' eller 'mellem' interviewes fem borgere. På enheder kategoriseret som 'store' interviewes otte borgere. På andre enheder end

plejecentre og døgnafsnit foretages der telefoninterview med 5 % af borgerne – dog minimum fem borgere.
- Interview med ledelsen, hvis der skal følges op på et resultat fra det forrige års tilsyn

Dataudtræk:
- Dataudtræk fra den elektroniske omsorgsjournal til at belyse om tidsfrister overholdes.

Datagrundlaget for afrapportering: Udvidet tilsyn:

Dataudtræk:
- MyMedCards – antal søgninger på udvalgte kort
- Antal indberettede UTH'er
- Antal gennemførte E - learningskurser (magt/medicin)

Journalaudit
- Der udføres journalaudit ud fra et fast auditskema både hos leverandøren og ved tilsynskonsulenterne.
- Leverandøren vælger selv hvilke journaler, der auditeres på. En enhed, der er kategoriseret som 'stor' auditerer 10 journaler[1], en enhed der kategoriseres som 'mellem' auditerer otte journaler og enheder der kategoriseres som 'lille' auditerer fire til seks journaler.
- Tilsynskonsulenterne udvælger efter faste grundprincipper og eventuelle fokusområder journaler til auditering. For enheder der er kategoriseret som 'stor' gennemfører tilsynskonsulenterne seks journalaudits, for enheder der er kategoriseret som 'lille' eller 'mellem' gennemfører tilsynskonsulenterne fire audits.

Interview
- Spørgeskemaer sendes ud til 30 % af medarbejdere i plejen pr enhed – dog minimum fem medarbejdere pr enhed. Spørgeskemaet afdækker forhold vedrørende den sundhedsfaglige kvalitet på enheden. Spørgsmålene der stilles til medarbejderne, fremgår af bilagsmaterialet. Spørgeskemabesvarelserne afrapporteres anonymt.

Medicinkontrol
- Der vil i alle enheder, der varetager medicinhåndtering, blive lavet stikprøvekontrol for at sikre, at enheden lever op til sundhedsstyrelsens anbefalinger på området. Stikprøvekontrollen vil både omfatte kontrol af doseret medicin, kendskab til procedurer, observationsstudie ved medicindosering og journalaudit samt enhedernes egen afrapportering af medicinaudit.

Observationer
- Ved besøg på enheden vil konsulenten via et tjekskema gennemgå generelle områder som rengøring af lejligheder og fællesarealer, overholdelse af hygiejneregler og uniformsetikette.

Afrapportering

Ordinære tilsyn
- Tilsynsrapporten afrapporterer brugertilfredshed i skemaform på baggrund af interviews med borgerne (se bilag).

[1] I Hjemmepleje Norddjurs skal der auditeres 10 journaler pr. afdeling: Glesborg, Allingåbro og Grenaa

- Hvis der har været en opfølgende datasamling på baggrund af fund ved sidste års tilsyn afrapporteres disse data også, samt interview med ledelsen om, hvordan der er blevet fulgt op på de gjorte fund.
- Enhedens handleplaner er vedlagt som bilag, hvis tilsynet har givet anledning til henstilling om at udarbejde handleplaner

Udvidet tilsyn

- I tilsynsrapporten for det udvidede tilsyn er der en beskrivelse af enheden, aktuelle forhold og hvad der er blevet arbejdet med, siden sidste udvidede tilsyn
- Der er et kortfattet resume i punktform
- Rapporten er opbygget med tre hovedområder, der hver har et eller flere underområder. Data til at belyse områderne afrapporteres i skemaform
  Områderne er:
  1. Patientsikkerhed med underområderne Dokumentation, Medicinkontrol, Arbejdet med UTH og Magtanvendelse.
  2. Brugertilfredshed med afrapportering af interviews med borgerne
  3. Faglighed med underområderne Delegation og kompetencer, Kendskab til instrukser og retningslinjer samt E-læring
- Enhedens handleplaner er vedlagt som bilag, hvis tilsynet har givet anledning til henstilling om at udarbejde handleplaner

Vurderingskriterier

I tilsynsrapporterne kategoriseres kvaliteten af ydelserne på enhederne ud fra opstillede vurderingskriterier

- En rød farve viser, at der er gjort et eller flere kritiske fund af betydning for patientsikkerheden. Der iværksættes et gentilsyn inden for en afgrænset periode
- En orange farve viser, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet. Der henstilles til, at enheden udarbejder en handleplan, der bliver fulgt op ved det følgende års tilsyn
- En gul farve viser, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet. Det anbefales at enheden arbejder med de gjorte fund. Ved næste tilsyn, vil der blive spurgt særskilt ind til enhedens arbejde med disse forhold.
- En grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

Høring i enheden

Enheden får tilsendt en foreløbig tilsynsrapport, med en beskrivelse af de indsamlede data og tilsynets kategorisering af kvaliteten; herunder angivelse af om der er henstilling om udarbejdelse af en handleplan eller anbefaling om at arbejde videre med et specifikt område. Enheden udarbejder handleplaner i høringsperioden.

Tilsynsmøde

Tilsynsmødet tager afsæt i den foreløbige tilsynsrapport, enhedens kommentarer og de handleplaner som enheden har udarbejdet. Efter tilsynsmødet redigeres rapporten, hvis dialogen på tilsynsmødet har givet anledning til dette og enhedens handleplaner vedlægges som bilag.

Voksen- og Plejeudvalget

For plejecentrene sendes rapporten i høring i Beboer- og Pårørenderådet. Alle tilsynsrapporter sendes i høring i Ældre- og Handicaprådet og fremsættes derefter i Voksen- og Plejeudvalget. Når tilsynsrapporterne har været fremlagt i Voksen- og Plejeudvalget, offentliggøres de på kommunens hjemmeside.

Ved årets slutning udarbejdes en samlet årsrapport, med alle opmærksomhedspunkter fra årets tilsyn. Årsrapporten fremsættes for Voksen- og Plejeudvalget efter at være sendt i høring i Beboer- og Pårørenderåd og Ældre- og Handicaprådet.

Bilag.

Kvalitetskriterier

Nedenfor er en oversigt over, hvordan data er opdelt i vurderingskriterier.

Tilsynet vurderer de indsamlede data efter de kriterier, der fremgår af oversigten nedenfor. I oversigten ses, hvilke data der udløser, at tilsynet vurderer et område som henholdsvis 'rødt', 'orange', 'gult' eller 'grønt'. Hvor en rød farve betyder, at der er gjort et eller flere kritiske fund af betydning for patientsikkerheden og der skal udføres et gentilsyn på enheden. En orange farve betyder, at der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet og der er krav om at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan de vil arbejde med problemstillingen. Handleplanen skal godkendes af tilsynet og der bliver fulgt op på handleplanen ved næste tilsyn. En gul farve betyder, at der er gjort et eller flere fund af mindre betydning for den leverede kvalitet og at enheden anbefales at arbejde med området og en grøn farve viser, at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten.

		PATIENTSIKKERHED	
Områder *Datagrund-lag*	**Fund der udløser et gentilsyn på enheden**	**Fund der udløser henstilling om at enheden udarbejder en handleplan**	**Fund der udløser en anbefaling om at enheden arbejder med området**
AUDIT *Datagrund-lag:* Tilsynets journalaudit Enhedernes egen journalaudit Hjælpernes/ de ufaglærtes journalaudit	Enkelttilfælde som fagligt vurderes patientkritiske. Manglende opfølgning på målinger uden for tærskel-værdi/ normal-værdi Manglende opfølgning på observationer der indikerer en forværring	Hvis der i 30 % eller flere af journalerne vurderes 'ikke opfyldt' til et *spørgsmål i auditskema	Hvis der i 20 % eller flere af journalerne vurderes, at et *spørgsmål ikke er opfyldt Hvis der i 30 % eller flere af journalerne er to af de øvrige spørgsmål, som ikke er opfyldt Hvis der ikke er leveret de rigtige data (foretaget journalaudits på enheden)
UTILSIGTEDE HÆNDELSER *Datagrundlag* Data-udtræk		Et eller flere af følgende forhold fundet: - Kun en hovedgruppe af UTH indberetninger – gælder ikke trænende terapeuter - Over 30 % af de adspurgte medarbejdere (mindst to) har en negativ besvarelse på spørgsmålsbatteri om	Et eller flere af følgende forhold fundet: - 20 % eller flere af de adspurgte medarbejdere angiver, at de ikke kender til det lokale arbejdet med UTH - 20 % eller flere af de adspurgte medarbejdere har i en negativ besvarelse på spørgsmålsbatteri om

Spørge-skemaer til med-arbejdere		arbejdet med patientsikkerhed	arbejdet med patientsikkerhed ovenfor
MEDICIN KONTROL *Data-grundlag:* Obser-vations-besøg Stikprøve-kontrol af medicin-beholdning Observation af medicin-dispen-sering Tilsynets journal-audit Enhedernes egen medicin-audit	Et eller flere af følgende forhold er fundet: -Doseringsfejl af et risikosituations-lægemiddel -Holdbarheds-dato overskredet på aktuel medicin -Der er ikke adrenalin til rådighed hos borger, der får medicin, der gør det påkrævet (insulin undtaget) -Insulin opbevaret forkert (eks. ikke-anbrudt insulin ej opbevaret på køl) - Manglende anbrudsdato på insulin, som ikke opbruges indenfor 4 uger	Et eller flere af følgende forhold fundet: - Doseringsfejl ved præparater, hvor der ikke er umiddelbar risiko for skade. - Medicin (inkl. dråber, mikstur og cremer) er opbevaret forkert (eks. ej på køl eller omvendt) - Der er uoverensstemmelse mellem ordination i FMK og den udprintede medicinliste - Der ikke foretaget registrering af givet/udleveret pn-medicin - Personalet sikrer ikke identifikation af patienten og patientens medicin forud for medicinadministration - Der foretages ikke evaluering eller opfølgning på den medicinske behandling (eks. effekt af smertestillende, kur mod infektion og lign. samt bivirkninger) - Manglende anbrudsdato på medicinske øjendråber - Dispenseret pn-medicin er ikke doseret i ordinerede doser og/eller mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato. - Der er i flere tilfælde ikke oprettet observationsnotat/ foretaget registrering af effekt af pn-medicin - Manglende anbrudsdato på insulin, der opbruges inden for fire uger	Et til to af følgende forhold fundet: - Manglende mærkat med patientens navn og personnummer på doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin - Uoverensstemmelse mellem handelsnavn og det doserede - Manglende anbrudsdato på eks. viskøse dråber, gel, creme mm. (eks. insulin) - Medicinen er ikke opbevaret i aflåst skab eller utilgængeligt for uvedkommende - Medicinen er ikke opbevaret adskilt fra øvrige borgeres medicin - Der er ikke tydelig opdeling af aktuel medicin, pauseret medicin, pn-medicin eller medicin, som ikke er i brug. - Det er ikke dokumenteret, hvem der har administreret ikke-dosérbar medicin samt hvornår - Der er i et enkelt tilfælde ikke oprettet observationsnotat/ foretaget registrering af effekt af pn-medicin - Der mangler persondata på håndkøbsmedicin- og naturpræparater FMK/medicinoverblik - Dato for ordination eller seponering fremgår ikke - Behandlingsindikation fremgår ikke af medicinliste - Præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform eller styrke

		- Enkeltdosis eller maksimal døgndosis for pn-medicin fremgår ikke af ordination. Derudover: 'Orange' kategori udløses ved tre eller flere fund fra 'gul' kategori	fremgår ikke af medicinordination - Risikosituationslægemiddel er ikke angivet i 'bemærkninger' - Ikke udført det obligatoriske antal medicinaudits
MAGT-ANVEND-ELSE *Data-grundlag:* Tilsynets journal-audit		Et eller flere af følgende forhold fundet: - Manglende handleplan for borgere, hvor der har været anvendt magt - Hvis der er magtanvendelser for borger, er tidsfrist for indberetning ikke overholdt for de sidste to indberetninger (Indgrebet registreres senest tre dage efter det er foretaget både ved akut og forhåndsgodkendt magtanvendelse)	Følgende forhold ikke opfyldt i journalaudit - Indgrebet ikke registreret rettidig i et tilfælde
HYGIEJNE *Data-grundlag:* Tilsynets vurdering ud fra tjekskema		- Hvis 2 eller flere medarbejdere ikke overholder regler om håndhygiejne eller uniforms etikette - Hvis der i mere end 2 tilfælde ikke er opsat sæbe, sprit og vejledninger på personaletoiletter	- Hvis en eller flere medarbejdere ikke overholder regler om håndhygiejne eller uniforms etikette - Hvis der ikke er opsat sæbe, sprit og vejledninger på personaletoiletter
Områder		**BRUGERTILFREDSHED**	
BEBOER / BORGER *Data-grundlag:* Interview med borgere/ beboere		30 % af beboerne (mindst to) er utilfredse og/eller meget utilfredse ved et spørgsmål i spørgebatteriet til borgerne.	30 % af beboerne (mindst to) svarer *enten* i en midterkategori (hverken eller) *eller* i midterkategorien *og* i en af de to utilfredshedskategorier
Områder		**FAGLIGHED**	
KEND-SKAB TIL INSTRUKS ER *Data-grundlag:*		Hvis der gøres et eller flere af følgende fund: Der er ikke et eneste hit fra enheden på udvalgt ny/ væsentlig revideret instruks	20 % af medarbejderne eller flere svarer negativt på et af spørgsmålene fra spørgebatteriet om kendskab til instrukser og retningslinjer.

Udtræk MMC Spørge-skemaer til med-arbejdere		30 % eller flere af medarbejderne (mindst to) svarer negativt på et af spørgsmålene fra spørgebatteri om kendskab til instrukser og retningslinjer.	
DELE-GATION OG KOMPE-TENCER *Data-grundlag:* Spørge-skemaer til med-arbejdere		30 % eller flere af medarbejderne (mindst to) svarer negativt på et af spørgsmålene fra spørgebatteri om Delegation og kompetencer:	20 % eller flere af medarbejderne svarer negativt på et af spørgsmålene fra spørgebatteri om Delegation og kompetencer:
E-LÆRING *Data-Grundlag:* Udtræk Plan2learn – e-lærings-portal		Hvis et eller flere af kurserne ikke er gennemført af 30 % af de relevante medarbejdere	Hvis et eller flere af kurserne ikke er gennemført af mindst 20% af de relevante medarbejdere

Journalaudit-skema

Spørgsmål	Borger 1	Borger n
Relationer (overblik 7)		
1. Er der oprettet de rette organisationstilknytninger som primære?		
2. Er ikke aktuelle organisationstilknytninger afsluttet?		
Generelle oplysninger (overblik 1)		
3. Er de angivne helbredsoplysninger relevante og opdaterede? *		
4. Hvis relevant: Er det beskrevet i helbredsoplysninger, hvem der har evt. behandlingsansvar ifbm. borgers kroniske sygdomme og handicaps?		
5. Helbredsoplysninger: Er der taget stilling til om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser?*		
6. Hvis borgeren ikke kan varetage egne helbredsmæssige interesser: Er der oprettet tilstand med henvisning til MedCom, hvor læge skriver dette?		
Sygeplejefaglig udredning		
7. Hvis borgeren modtager en indsats efter SUL: Er der taget stilling til alle 12 sygeplejefaglige problemstillinger, hvis relevant?		

8. Er alle relevante helbredstilstande valgt?*		
9. Er afsluttede tilstande gjort inaktive?		
Helbredstilstande		
10. Er der oprettet fagligt notat på alle aktuelle/potentielle tilstande?		
11. Er de faglige notater fyldestgørende? (f.eks. med angivelse af faglig problemstilling, årsag til tilstanden, hvordan tilstanden kommer til udtryk (habituelt og aktuelt) og evt særlige opmærksomhedspunkter)*		
12. Er der lavet score på nuværende og forventet niveau for aktuelle tilstande? *		
13. Er 'Borgers forventning og mål' udfyldt under hver tilstand?		
14. Er der oprettet opgaver til myndighedsopfølgning på alle helbredstilstande - minimum en gang årligt?		
Funktionsstilstande		
15. Er alle relevante tilstande valgt? (for mange/ for få?)*		
16. Er der oprettet fagligt notat på alle aktuelle/potentielle tilstande?		
17. Er de faglige notater fyldestgørende og opdateret? (Angivelse af den faglige problemstilling, borgerens begrænsninger/ressourcer ved udførelse af aktiviteten)		
18. Er der lavet score på nuværende og forventet niveau for aktuelle tilstande? *		
19. Er 'Borgers vurdering' udfyldt under hver tilstand? (Dvs. Udførelse, Betydning af udførelse og Borgers forventning og mål)*		
20. Hvis enheden selv visiterer indsatser efter Serviceloven: Er der oprettet opgaver til opfølgning på alle funktionsevnetilstande - minimum en gang årligt? *		
Målinger		
21. Er der oprettet relevante basismålinger? (blodtryk, puls, vægt)		
22. Er der angivet tærskelværdier, hvor vi har opfølgende rolle? (eks. blodtryksprofiler, incompensatio, diabetes) *		
23. Er der angivet instruktion ved overskridelse af tærskelværdier i målinger? *		
6/24. Følges der op på målinger uden for tærskelværdierne/borgers normalværdier? **		
Indsatsmål		
25. Er der oprettet indsatsmål hvor relevant (ved rehabiliterende indsatser eller ustabile/komplekse helbredstilstande)?		
26. Er indsatsmål konkrete så det kan vurderes om de er opfyldt?		
27. Er indsatsmål opdaterede?		
Handlingsanvisninger		
28. Er der oprettet relevante handlingsanvisninger for indsatser efter SUL? *		
29. Ved delegation: Er det beskrevet hvad der skal observeres for og handles på? *		
30. Ved delegation: Er det beskrevet, hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages? *		
31. Er der henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant? *		
32. Fremgår borgerens samtykke af handleanvisningen? *		

33. Er handlingsanvisningerne opdaterede? *		
34. Er historik i borgers behandling/pleje beskrevet i kortfattet form, hvor relevant?		
Døgnrytmeplan		
35. Er døgnrytmeplan opdateret? (minimum x 1 årligt) *		
36. Afspejler døgnrytmeplanen borgerens daglige behov for pleje og borgerens aktiviteter? *		
Indsatser		
37. Er der oprettet relevante indsatser? *		
38. Fremgår der tekst i indsatsbeskrivelsen, der skal stå andre steder i journalen eller er dobbeltdokumentaion?		
38. Er ikke aktuelle indsatser afsluttet?		
Observation		
39. Er observationsnotater relevante? *		
40. Følges der op på observationsnotater, der beskriver en forværring, med et relateret observationsnotat med konklusion og handleanvisninger? **		
Ved indlæggelse		
41. Hvis relevant: Er habituelle TOBS-værdier skrevet ind i den manuelle indlæggelsesrapport? *		
42. Hvis relevant: Er oplysninger vedr. fravalg af livsforlængende behandling skrevet ind i den manuelle indlæggelsesrapport? *		
Korrespondancer		
43. Angives borgerens samtykke i korrespondancer med tredjepart? *		
Magtanvendelse		
44. Hvis det fremgår af overblik 9, at der er magtanvendelse over for borgeren, er der så oprettet en handlingsanvisning med en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange, der kan anvendes til at forebygge magtanvendelse? *		
45. Indgrebet er registreret senest tre dage efter, at det er foretaget både ved akutte og forhåndsgodkendte magtanvendelse? *		
Andet		
Er der indsendt 12 auditskemaer - udarbejdet af hjælperne (hvor relevant)?		
Særligt for træning:		
Træningsvurdering		
Er der udfyldt en træningsvurdering? (TVA pakke undtaget) *		
Er vurderingen fyldestgørende? *		
Er vurderingen overskuelig?		
Er der taget stilling til, hvorvidt genoptræningen er basal eller avanceret? (kun relevant ved almen GOP)*		
Træningsnotater - Træning/Rehab		
Indeholder træningsnotater kun oplysninger om udskudt start eller trænet som planlagt?		
Slutnotat		
Er der oprettet slutnotat (hvis relevant)? *		

* Spørgsmål af stor betydning for patientsikkerheden. Betyder at hvis spørgsmålet ikke er opfyldt i 30 % eller flere af de auditerede journaler, udløser det en henstilling om at udarbejde en handleplan (jf. vurderingskriterier)
** Spørgsmål af kritisk betydning for patientsikkerheden: Betyder at hvis der ses enkelttilfælde, der fagligt vurderes patientkritiske, udløser det et gentilsyn (jf. vurderingskriterier)

Spørgeguide og afrapporteringsskema til borger/beboerinterviews

Datafordeling afrapporteres kun, hvor der er gjort fund.

Jf. vurderingskriterierne vurderes borgerinterviewene således, at:

- hvis 30 % (mindst to) borgere svarer i en af de negative svarkategorier på et spørgsmål, så vurderes området med farven orange (henstilling om udarbejdelse af handleplan)
- hvis 30 % (mindst to) borgere svarer i en af de negative svarkategorier og/eller mellemkategorien på et spørgsmål, så vurderes området med farven gul (anbefaling om at arbejde med området)

Afrapportering af interviews med borgere De fysiske rammer og aktiviteter	Vurdering	Kommentarer
***Hvor tilfreds er du med din bolig?**		
***Hvor tilfreds er du med fællesarealerne?**		
***Hvor tilfreds er du med udendørsarealerne?**		
***Hvor tilfreds er du med de daglige aktiviteter?**		
***Hvor tilfreds er du med arrangementerne?**		
Hjælp og støtte samlet set		
Hvor tilfreds er du samlet set med den hjælp og støtte du får?		
Personlig pleje		
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til at komme i bad?		
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til at vaske dig?	2 ud af 5 borgere svarer at de er utilfredse og/eller hverken tilfredse eller utilfredse	
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til af- og påklædning		
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til toiletbesøg?	2 ud af 5 borgere svarer at de er utilfredse	Borgerne oplever, at der ofte er meget ventetid, når borgerne ønsker at komme på toilettet.
Praktisk hjælp		
Hvor tilfreds er du med rengøringen af din bolig?		
Hvor tilfreds er du med hjælpen til tøjvask?		

***Hvor tilfreds er du med rengøringen af fællesarealerne?**		
Maden		
Er du tilfreds med den hjælp du får til måltidet?		
Personalet		
Personalet lytter til, hvad jeg har behov for?		
Personalet udviser respekt over for mig?		
Omgangstonen mellem personalet og mig er god?		
Personalet ved hvad de skal, når de kommer for at hjælpe dig?		
Praktiske forhold		
Du får den hjælp og støtte, der er aftalt?		
Du får den hjælp og støtte du har behov for?		
Personalet tager hensyn til, hvordan du gerne vil have din døgnrytme?		
Du deltager i de ting, du kan og ønsker at deltage i?		
Bliver din hjælp nogle gange aflyst?		
Generelt		
***Føler du dig tilpas her på plejecenteret eller den midlertidige plads?**		
***Hvad synes du samlet om at bo her på plejecenteret?**		
Inddragelse og målfastsættelse		
Deltager du i udførslen af hjælpen?		
Personalet støtter dig i at klare flest mulige dagligdagsting?		
Har du været med til at beslutte, hvad du skal kunne selvstændigt i dagligdagen?		

*-markerede spørgsmål er kun til beboere på plejecentre

Spørgeskema og afrapporteringsskema - medarbejder

Datafordeling afrapporteres kun, hvor der er gjort fund.

Jf. vurderingskriterierne vurderes medarbejderskemae således, at:

- hvis 30 % (mindst to) medarbejdere svarer negativt eller 'ved ikke' på et spørgsmål, så vurderes området med farven orange (henstilling om udarbejdelse af handleplan)
- hvis 30 % (mindst to) medarbejdere svarer negativt/ved ikke *og/eller* neutralt (både og/hverken eller etc.) på et spørgsmål, så vurderes området med farven gul (anbefaling om at arbejde med området)

Spørgsmål		
Delegation og kompetencer	Vurdering	Kommentarer
Kender du kompetence- og overdragelsesskemaet?		
Bruger I dette skema i hverdagen ved behov?		
Har du et personligt kompetenceafklaringsskema?		
Er skemaet opdateret?		
Har du et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer?		
Er skemaet opdateret?		
Har du inden for de seneste tre måneder udført en eller flere opgaver du ikke havde kompetencerne til?		
Mit team har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag?		
Jeg har adgang til de oplysninger, jeg har brug for, for at kunne udføre mit arbejde hos borgerne?		
Kendskab til instrukser og retningslinjer		
Ved du hvordan du skal anvende VAR?		
Har du adgang til at anvende VAR i dit daglige arbejde hos borgeren?	5 ud af 5 medarbejdere svarer 'nej' eller 'ved ikke'	Medarbejderne beskriver at de på grund af netværksproblemer ikke har adgang til VAR
Bruger du VAR, når du er i tvivl om en procedure?		
Ved du hvordan man skal anvende MyMedCards?		
Har du adgang til at anvende MyMedCards i dit daglige arbejde hos borgeren?		

Bruger du MyMedCards?		
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)		
Ved du, hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse eller ved du hvem man kan gå til for at få hjælp til det?		
Arbejdes der på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen?		
Ville du føle dig tryg som beboere i jeres enhed?		
Gør kulturen hos jer det nemt at lære af utilsigtede hændelser?		
Medarbejdernes gennemførsel af den obligatoriske e-læring		
Kursus om magtanvendelse (*Kurset skal gennemføres en gang ved ansættelsesstart)*		
Kursus om 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassister' (*Kurset skal gennemføres ved ansættelsesstart og derefter hvert 3. år)*		
Kursus om 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere' og medicinquiz *(Kurset skal gennemføres ved ansættelsesstart og derefter hvert andet år. Det år hvor der ikke gennemføres medicinkursus, skal der i stedet gennemføres medicinquiz)*	25 % mangler at gennemføre	

Afrapportering af journalaudit

Datafordeling afrapporteres kun, hvor der er gjort fund.

Opfølgning på forværring i borgers tilstand	Vurdering	Kommentarer
Opfølgning på observationer**		
Opfølgning på målinger uden for tærskelværdi**		
Opdateret beskrivelse af og plan for borgers helbreds- og funktionsevnetilstande		
Relevante helbredsoplysninger*		
Taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser*		
Sygeplejefaglig udredning*	Ikke opfyldt i 2 ud af 5 journaler	
Alle relevante helbredstilstande valgt*		
Fyldestgørende faglige notater for helbredstilstande*		- I to journaler er plan for behandling og pleje skrevet ind i helbredstilstandene og borgerens samtykke er dermed ikke angivet. I den ene journal resulterer det i lange og uoverskuelige beskrivelser.
Alle relevante funktionstilstande valgt*		
Oprettet relevante handlingsanvisninger*		
Henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant*		
Er det beskrevet, hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages ved delegerede opgaver*		
Opdaterede handlingsanvisninger*	Ikke opfyldt i 3 ud af 5 journaler	
Døgnrytmeplanen afspejler borgerens daglige behov for pleje og borgerens aktiviteter*		
Understøttelse af borgerens retsstilling		
Borgerens samtykke fremgår af handleanvisningen*	Ikke opfyldt i 4	

	ud af 5 journaler	
Borgers samtykke ved videregivelse af helbredsoplysninger dokumenteret*	Ikke opfyldt i 5 ud af 5 journaler	
Tidsfrist for indberetning af magtanvendelse overholdt*		-
Understøttelse af rehabiliterende tilgang		
Borgers vurdering ved funktionstilstande*		
Oprettet indsatsmål ved rehabiliterende indsatser/komplekse/ustabile helbredstilstande		
Enhedens journalaudits		Enheden har foretaget de audits, der er krav om og resultatet er i overensstemmelse med tilsynets

Afrapportering af medicinkontrol

Afrapportering medicinkontrol	Vurdering	Kommentarer
Medicinen er hygiejnisk og korrekt adskilt		
Medicinen er opbevaret ved korrekt temperatur og forhold		
Medicinen har gyldig holdbarhedsdato		
Der er angivet anbrudsdato på dråber, salver, inhalation og injektion		Manglende anbrudsdato på 1 medicinsk creme.
Medicinæsker og præparater har påsat personidentifikation		
Der er adrenalin til rådighed hos borger/i enheden hvor relevant		
Pn-medicin er dispenseret med persondata, præparatinfo samt udløbsdato.		
Medicinæsker indeholder korrekt antal tabletter og piller		1 dispenseringsfejl på vanddrivende medicin.
Enheden har en patientsikker arbejdsgang for dispensering		
Enheden foretager løbende evaluering af den medicinske behandling		
Ordinationen fremgår entydig og opdateret		
Medicinens administrationsform- og tidspunkt er entydig angivet		
Borgers selvadministration er angivet hvor relevant		
Enheden foretager registrering af givet medicin i borgerjournal		

Risikosituationslægemidler er angivet i medicinliste		Der mangler angivelse af risikosituationslægemiddel ved 2 ud af 5 præparater.
Enhedens interne medicingennemgang		
Enheden har foretaget årlig gennemgang af medicinbeholdning på 4 borgere/beboere		

Spørgeguide til lederinterviews

Afrapporteres i skemaform

Opfølgning på sidste års tilsyn	Kommentarer
Har I arbejdet med handleplanen fra sidste års tilsyn?	
Hvad har I gjort/ikke gjort?	
Hvis ikke – hvad er begrundelsen?	