

Kommunalt
tilsyn
Plejecenter
Glesborg

Den 20. januar

2023

Indhold

| | |
|--|----|
| Målepunkter i det kommunale tilsyn | 4 |
| Datagrundlaget for det kommunale tilsyn | 4 |
| Rapportens opbygning | 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 |
| Omgangsform og rengøring | 21 |
| Faglighed..... | 22 |
| Oversigt over tilsynets vurdering | 22 |
| Delegation og kompetencer | 23 |
| Kendskab til instrukser og retningslinjer | 24 |
| Rehabilitering | 25 |
| E-læring..... | 26 |
| Organisation..... | 27 |
| Oversigt over tilsynets vurdering | 27 |
| APV | 27 |
| Samarbejde..... | 28 |
| Bilag 1: Oversigt: Journalaudit | 29 |
| Bilag 2: Enhedens handleplan i forbindelse med kommunalt tilsyn 2023..... | 30 |
| Bilag 3: Referat: Dialogmøde om kommunal tilsynsrapport i Beboer- og pårørenderådet..... | 33 |

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 et anmeldt fysisk besøg, hvor beboere interviewes og der foretages stikprøvekontrol på eksempelvis rengøring og hygiejne generelt

Målepunkter i det kommunale tilsyn

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

- Patientsikkerhed
 - Herunder: Den sundhedsfaglige dokumentation, arbejdet med utilsigtede hændelser, medicinhåndtering, hygiejne og forebyggelse af magt
- Brugertilfredshed
 - Herunder: 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

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 2023 på enheden

- Journalaudit på seks journaler
- Enheden har udført en lokal journalaudit på otte journaler
- Interview med ledelsen om, hvordan der er blevet fulgt op på sidste års kommunale tilsyn
- Interview med 8 beboere vedrørende deres mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede service.
- Spørgeskemaundersøgelse hos alle relevante medarbejdere ansat i enheden vedrørende de faglige rammer for deres arbejde. Spørgeskemaet er sendt ud til 65 medarbejdere. 16

medarbejdere har svaret på spørgeskemaet. Dette giver en svarprocent på 25 %. Grundet den lave svarprocent er svarene forbundet med stor usikkerhed.

- Stikprøvekontrol af dispensering af medicin til en beboer samt gennemgang af seks beboeres medicinbeholdning.
Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er omfattende de to hovedområder – medicinfejl og patientuheld.

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.

Præsentation af enheden

Plejecenter Glesborg er et kommunalt plejecenter med 60 lejligheder.

Plejecenteret er delt i 2 identiske afdelinger, Hus Øst og Hus Vest.

Der er ansat 60 medarbejdere.

Der er forskellige faggrupper ansat:

Ledelse:

Aftaleholder, Tove Jensen

Afdelingsleder, Susan Bach

3 sygeplejersker, 1 ergoterapeut, 11 Social- og sundhedsassistenter, 33 Social- og sundhedshjælpere, 4 ernæringsassistenter, 2 husassistenter, samt 1 teknisk serviceleder. Derudover har vi ansat ufaglærte timelønnet afløsere.

Vi er uddannelsessted og har elever, praktikanter og studerende løbende.

Fremmødeprofil i de enkelte enheder:

| Enhed | Dag (Hverdage) | Aften (alle dage) | Nat (alle dage) | Weekend dag |
|------------|---|-------------------|-----------------|-------------|
| Hus Øst | 5-6 SSH 1-2 SSA | 3 SSH | | 4 SSH |
| Hus Vest | 5-6 SSH 1-2 SSA | 3 SSH | | 4 SSH |
| Hele huset | 1-2 sygeplejersker 1 ergoterapeut 1 teknisk serviceleder 2-3 ernæringsassistenter 1-2 husassistenter 1 praktikvejleder | 1 SSA | 1 SSH 1 SSA | 1 SSA |
| Ledelse | 1 Aftaleholder 1 Afdelingsleder | | | |

Plejecenter Glesborg har en vakant vagtplanlæggerstilling. Denne funktion er blevet varetaget af afdelingslederen det sidste år. Dette grundet trængt økonomi, så funktionen skal varetages af de ressourcer der er i huset. Der har ikke været kandidater til denne stilling, men der arbejdes på at finde en løsning, så vagtplanlægningen kan komme væk fra afdelingslederen.

Vi har PT en langtidssygemeldt sygeplejerske, dette gør det sårbart på dokumentationsområdet.

Vi får en del uopfordrede ansøgninger, så vi har mange timelønnede at bruge i dagligdagen, når der er ferie eller andet fravær. Det er studerende vi har som er ansat som timelønnede i de år de studere, så der er kontinuitet.

Vi har ansat 1 praktikvejleder, som har som primær opgave, at vejlede og sikre at eleverne får et godt læringsforløb. Ligeledes har hun ansvaret for praktikanter via jobcenteret. Dette giver mulighed for en ensartet læring og udviklingsforløb for elever og praktikanter.

Vores ene sygeplejerske er ansat til at kompetenceafklarere og udvikle personalet, samt elever og ufaglærte timelønnede. Ligeledes er denne sygeplejerske nøgleperson i dokumentation, samt ansvarlig for at alle ansatte kommer igennem plan2learn kurser jævnfør retningslinjerne for Norddjurs kommune.

Vi er i gang med at implementere Triage møder hver morgen og dette skal også foregå i overlap imellem dag og aften. På sigt skal det fungere i alle overlap vagtlag imellem.

Audit på dokumentation på borgers journal vil vi arbejde på at gøre løbende, så journalerne efterlever gældende dokumentationskrav.

Vi har indført formiddagsmøder med faglig sparring, hvor det er alle faggrupper der er samlet og kommer med input og sparring om beboerne.

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set

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

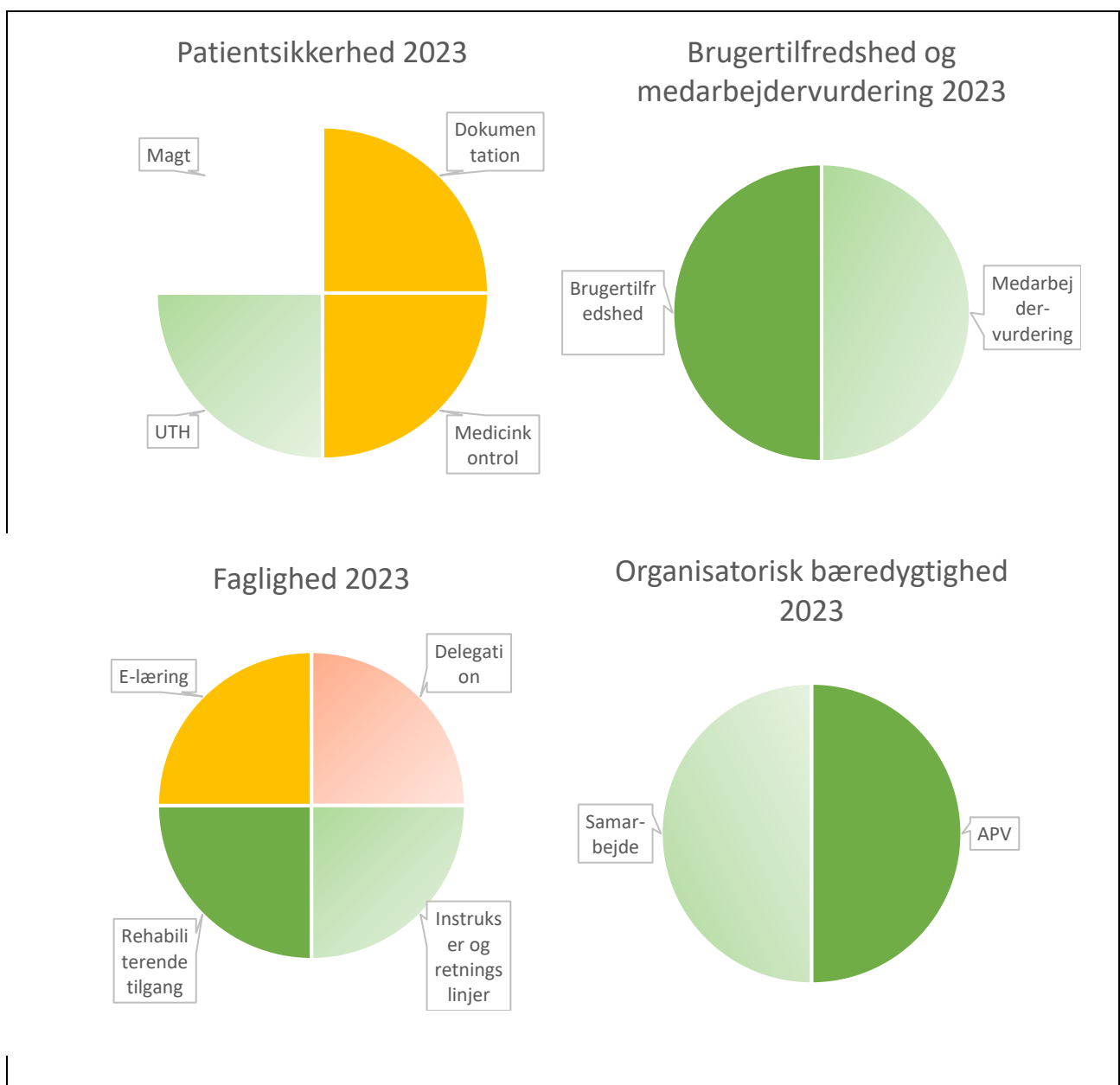
En rød farve viser, at der er gjort et eller flere kritiske fund af betydning for patientsikkerheden.

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

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

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

OBS. De områder, hvor vurderingerne tager afsæt i medarbejdernes spørgeskemabesvarelser, har fået en lysere farve, da resultatet er forbundet med stor usikkerhed grundet den lave svarprocent.



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 otte borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af mindre betydning for kvaliteten af dokumentationen.*

Af interview med ledelsen vedrørende hvordan der er arbejdet med henstillingerne fra sidste år, fremgår det at der med afsæt i sidste års handleplan er iværksat en række tiltag, blandt andet er der kommet endnu en nøgleperson for dokumentation, så der nu er to på enheden. Den ene af nøglepersonerne har løbende lavet audit på enhedens journaler ud fra tilsynsauditskemaet og hvis hun her identificere en gennemgående problemstilling, samler hun op med ledelsen i forhold til hvordan der skal sættes ind – for eksempel undervisning eller udarbejdelse af tjeklister.

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at der ses enkelte områder, hvor der ikke helt gennemgående dokumenteres i overensstemmelse med lovgivningen og retningslinjerne i Norddjurs Kommune¹. Tilsynet har derfor anbefalet at der skabes arbejdsgange til at sikre en gennemgående systematik fremadrettet.

Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er omfattende de to hovedområder – medicinfejl og

Medicin håndtering: På baggrund af tilsynets uanmeldte gennemgang af seks beboeres medicinbeholdning, observation af en medicindispensering², samt tilsynets gennemgang af dokumentationen vedrørende medicin i seks borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af mindre betydning for patientsikkerheden.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at der i to tilfælde mangler skriftlig dokumentation af lægens accept af lokalt oprettede behandlinger med håndkøbsmedicin/vitaminpræparater. På den baggrund anbefaler tilsynet, at der etableres arbejdsgange, der vil sikre dette fremadrettet.

Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH): På baggrund af medarbejdernes³ spørgeskemabesvarelser om arbejdet med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser⁴ (UTH), vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

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 49 % af medarbejderne har besvaret spørgeskemaet

⁴ Se afsnittet Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

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 præmisser⁵. 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 interviewer tilsynet et udsnit af beboerne, om deres tilfredshed med de fysiske rammer, den personlige pleje og praktiske hjælp, leveringen af den personlige pleje og praktiske hjælp, maden, forholdet til personalet og med at bo på plejecenteret. Medarbejderne spørges til deres vurdering af de rammer, de har for at levere deres indsats.

Brugertilfredshed: På baggrund af interview med otte beboere⁶ vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at alle beboerne giver udtryk for, at de er 'helt enige' i at de føler sig tilpas på enheden.

Medarbejdervurdering: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.* Flertallet af medarbejdere har blandt andet svaret, at de oplever at hverdagen giver mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandarden og at der arbejdes med at skabe forbedringer af plejen og aktiviteter hos borgerne.

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 delegation⁷, 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 VAR⁸ og MyMedCards⁹), at medarbejderne har fokus på den rehabiliterende tilgang og at medarbejderne gennemfører den obligatoriske e-læring¹⁰

Delegation: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser¹¹ vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

⁵ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

⁶ Se afsnittet Brugertilfredshed for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

⁷ Delegation er det begreb der anvendes, når en sundhedsfaglig opgave overdrages fra lægen til andre faggrupper

⁸ VAR er en database med sygeplejefaglige procedurer, der kan tilgås digitalt fra medarbejdernes computer og tablets

⁹ MyMedCards er en app med lokale informationer, retningslinjer og instrukser til medarbejderne

¹⁰ E-læring (elektronisk læring) er kompetenceudvikling, der kan foregå på computer, tablet eller smartphone.

¹¹ Se afsnittet Delegation og kompetencer for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

Ledelsen fortæller, at der har været arbejdet med, og fortsat pågår et arbejde med, at sikre en systematik i den løbende 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 opdatering af skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer efterleves og er kendte af medarbejderne. Tilsynet har derfor henstillet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan medarbejdere får kendskab til og systematisk anvender skemaerne. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanen ligger i Bilag 2

Kendskab til instrukser og retningslinjer: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser¹² vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at alle medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR og at alle medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende MyMedCards.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerens perspektiv gennemgående fremgår af journalen, at alle beboerne giver udtryk for at blive inddraget i indsatsen og at størstedelen af medarbejderne angiver, at de inddrager beboerne i indsatsen

E-læring: På baggrund af en oversigt over, hvor mange medarbejdere der har gennemført de obligatoriske e-lærings-kurser¹³, vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at under 75 % af medarbejderne har gennemført kurset 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'. Derfor anbefaler tilsynet, at enheden skaber arbejds gange, så det sikres, at medarbejderne løbende får gennemført deres obligatoriske kurser.

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-skema¹⁴ for hver enkelt borger og om medarbejderne oplever, at de har et godt samarbejde med kolleger og ledelse.

APV: På baggrund af tilsynets gennemgang af seks borgerjournaler¹⁵ vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I tilsynets vurdering er der lagt vægt på, at der er udfyldt APV-skemaer for alle beboere.

¹² Se afsnittet: Kendskab til instrukser og retningslinjer for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

¹³ Se afsnittet E-læring for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

¹⁴ I APV-skemaer (arbejdspladsvurderingsskema) gennemgås og opstilles handleplaner for de arbejdsmiljømæssige problematikker, der kan være i forhold til den enkelte borgers hjem og adfærd.

¹⁵ Se afsnittet APV for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

SAMARBEJDE: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser¹⁶ 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 samarbejde med ledelsen og hinanden.

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

Patientsikkerhed

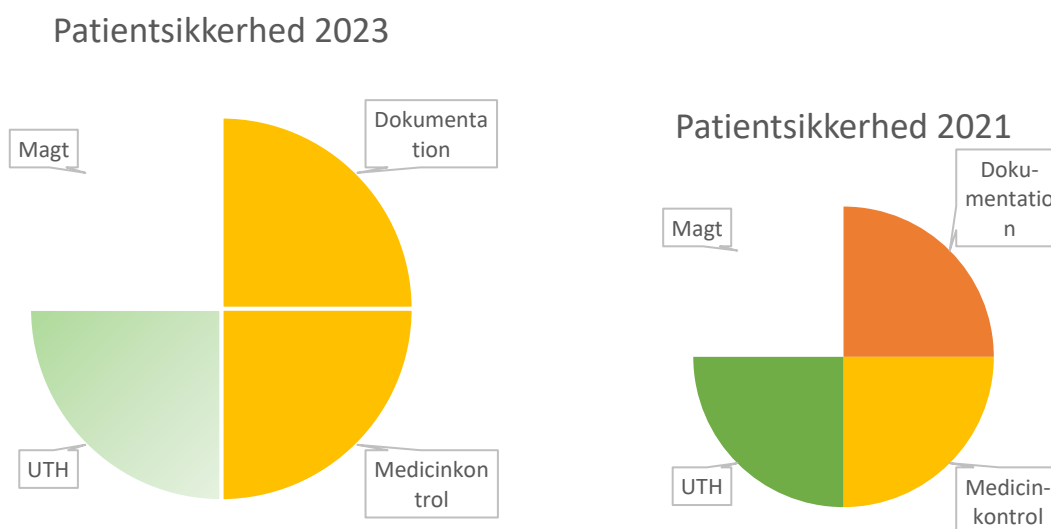
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for at forbedre patientsikkerheden, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med den sundhedsfaglige dokumentation og de sundhedsfaglige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



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.

OBS. De områder, hvor vurderingerne tager afsæt i medarbejdernes spørgeskemabesvarelser, har fået en lysere farve, da resultatet er forbundet med stor usikkerhed grundet den lave svarprocent.

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 mindre betydning for den leverede kvalitet.*

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

Den sundhedsfaglige dokumentation

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens sundhedsfaglige dokumentation bygger på:

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

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund¹⁷:

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

I forhold til *opfølgning på forværring i borgers tilstand*

- At der i de auditerede journaler ikke er set tilfælde, hvor der er en manglende opfølgning på en observation, der beskriver en forværring.
- At der er set tilfælde, hvor der ikke er dokumenteret opfølgning på målinger uden for tærskelværdier, men at disse tærskelværdier er sat meget snævert og der er ikke dokumentation for, at de er sat i samråd med borgers læge.

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

- At der er en gennemgående struktur i helbredsoplysningerne, men at de er meget omfattende og at flere af oplysningerne med fordel kunne være anført under de pågældende tilstandspræciseringer, så oplysningerne ikke kommer til at stå flere gange.
- At der gennemgående er taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser. Men at der i et tilfælde er angivet at borger kun delvist er i stand til at varetage egne helbredsmæssige interesser uden at der ses anført, hvordan og under hvilke omstændigheder, borgeren vurderes at kunne give sit samtykke. I et andet tilfælde er der anført, at borgeren ikke kan varetage egne helbredsmæssige interesser, men samtidigt er det også anført i journalen at borger samtykker til pleje og behandling.
- At der ses fyldestgørende faglige notater på helbredstilstande. Notaterne er dog temmelig omfattende, da historikken også er anført. Her kunne det med fordel gøres mere tydeligt, hvad der er en beskrivelse af borgerens aktuelle tilstand og hvad der er en beskrivelse af historikken. Det skal bemærkes at i modsætning til tilsynet, vurderer enheden selv, at de faglige notater i de fleste tilfælde ikke er fyldestgørende og opdaterede.
- At der er oprettet alle de relevante funktionsevnetilstande og at de faglige notater er fyldestgørende, opdaterede og præcises
- At der mangler udredninger.
- At der er oprettet de relevante handlingsanvisninger og at disse er præcise ift. hvad der skal gøres og observeres for ligesom aftale med behandlingsansvarlig læge fremgår. Der ses dog handlingsanvisninger i forhold til problemstillinger, der ikke ud fra den øvrige dokumentation ser ud til at være aktuelle længere.
- At der gennemgående er oprettet opgaver til opfølgning på tilstande (myndighedsopfølgning) – også hvor der ikke er krav om dette ved potentielle tilstande/tilstande hvor der ikke er en indsats.

¹⁷ Se Bilag 1 for en opgørelse over, hvor mange journaler, der lever op til de enkelte målepunkter

- At døgnrytmeplanerne fremstår relevante og udførlige. Der ses dog observationsnotater, der beskriver nye aftaler om behandling, pleje og tilgang, som ikke er ajourførte i døgnrytmeplanerne. I en af de auditerede journaler, mangler der at blive oprettet en døgnrytmeplan for aftenvagten.
- At der er de relevante forflytningsvejledninger.

I forhold til *sammenhæng og systematik*

- At i en journal er det kun anført et sted – døgnrytmeplan for aftenvagt – hvordan man som medarbejder bedst hjælper borgeren når vedkommende oplever psykiske problemer. Dette anser tilsynet for at være en oplysning af relevans for de øvrige vagtlag også.
- At der er en tilstand og en handlingsanvisning for en borger, hvor der står det samme – hvilket er dobbeltdokumentation, der besværliggør overblik og opdatering af journalen.

I forhold til *understøttelse af borgerens retsstilling*

- At borgerens samtykke til den aktuelle pleje og behandling gennemgående er dokumenteret.
- At borgerens samtykke ikke gennemgående angives ved videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart
- At der ikke er en entydig dokumentation i de tilfælde, hvor borger kun delvist eller ikke kan varetage egne helbredsrelevante interesser. Det vil sige, der er ikke en henvisning til, at lægen har angivet dette ligesom der heller ikke ses en beskrivelse af, hvordan/under hvilke omstændigheder borger vurderes at kunne - eller ikke at kunne - varetage egne helbredsrelevante interesser.
- At dokumentation for om der er indikation for genoplivning i to journaler ses angivet andre steder, end i skemaet til dette. I et tilfælde fremgår oplysningen af døgnrytmeplanen i et andet tilfælde fremgår oplysningen af en handlingsanvisning. Det er vigtigt, at denne oplysning kun er anført et sted, da man ellers kan komme i tvivl om, hvorvidt oplysningen er gældende/opdateret.

Af interview med ledelsen vedrørende hvordan der er arbejdet med henstillingerne fra sidste år, fremgår det:

- At der med afsæt i sidste års handleplan er iværksat følgende:
 - At der er kommet endnu en nøgleperson for dokumentation, så der nu er to på enheden.
 - At den ene nøgleperson løbende har lavet audit på enhedens journaler ud fra tilsynsauditskemaet og hvis hun her identificere en gennemgående problemstilling, samler hun op med ledelsen i forhold til hvordan der skal sættes ind – for eksempel undervisning eller udarbejdelse af tjeklister.
 - At dokumentation ofte er et dagsordenspunkt på alle sygeplejerske/assistent-møder for at afdække, hvad årsagen er til, at der ikke bliver dokumenteret efter hensigten.
 - At dokumentationsnøglepersonen ofte har sidemandsoplæring af kolleger og i andre tilfælde undervisning i grupper.
 - At der er blevet lavet en indflytningsprocedure ift. hvad man skal huske at være igennem, når en borger flytter ind, og her er enheden ved at afprøve, hvorvidt dokumentationsnøglepersonen skal være en del af opstarten på borgerens dokumentation.
 - At der har været en temauge, hvor der har været særligt fokus på at dokumentere borgerens samtykke, med blandt andet motiverende påmindelser på for eksempel toiletter.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der mangler dokumentation af samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger

- At der ses journaler, hvor der ikke er en retvisende og stringent dokumentation i forhold til borgerens evne til at varetage egne helbredsmæssige interesser
- At der er handlingsanvisninger, der ikke er opdaterede i forhold til borgerens aktuelle problemstillinger
- At der mangler flere udredninger
- At der ses enkelte tilfælde hvor døgnrytmeplan ikke er helt opdateret i forhold til aktuelle aftaler og planer
- At der ikke er udfyldt de relevante udredninger.

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

- At der gennemgående ses en fyldestgørende dokumentation i forhold til borgerens helbredsmæssige problemstillinger
- At der er en meget præcis, opdateret og relevant dokumentation i forhold til borgerens funktionsevnetilstande og døgnrytmeplaner

Tilsynet anbefaler:

At der skabes arbejdsgange så det sikres, at:

- Borgerens samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger fremgår af korrespondancer.
- Helbredsoplysninger, helbredstilstande, handlingsanvisninger og døgnrytmeplaner altid fremstår korte, præcise og opdaterede
- Der oprettes en handlingsanvisning for hvordan borgeren kan give samtykke, for de borgere, der kun delvist kan varetage egne helbredsmæssige interesser
- Alle relevante udredninger oprettes og udfyldes
- Kun tilstande, der ikke er aktuelle længere gemmes som inaktive.

Medicinkontrol

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

- Tilsynsenhedens uanmeldte gennemgang af fire beboeres medicinbeholdning
- Tilsynsenhedens uanmeldte observation af en medicindispensering
- 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 beboere ses en eller flere oprettede håndkøbspræparater/vitaminpræparater i den lokale medicinliste, hvor der ikke findes dokumentation i journalen for lægens accept af behandlingen
- At der ved en beboer mangler en systematik plan for smertebehandlingen efter et fald
- At der ved alle fire medicingennemgange ses korrekt angivelse af persondata og anbrudsdato på medicinske cremer, øjendråber samt insulin
- At der ses en god orden i alle medicinskabene samt en korrekt og hygiejnisk forsvarlig opdeling af aktuel, pauseret og ikke-anbrudt medicin
- At samtlige doseringsæsker har påført personidentifikation
- At der ses korrekt opbevaring af ikke-anbrudt insulin, som skal opbevares på køl

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: At der er fundet forhold af mindre betydning for patientsikkerheden

I vurderingen er der lagt vægt på, at der i to tilfælde mangler skriftlig dokumentation af lægens accept af lokalt oprettede behandlinger med håndkøbsmedicin/vitaminpræparater.

Tilsynet anbefaler:

At der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:

- At lægen inddrages, når en borger på eget initiativ ønsker at opstarte behandling med et håndkøbspræparat/vitaminpræparat
- At lægens accept af den lokalt oprettede behandling dokumenteres i journalen
- At der fremgår en tydelig plan for alle medicinske behandlinger/tilstande, herunder smertebehandling i forbindelse med fald

Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser bygger på:

- Udtræk fra indrapporteringssystemet DPSD, der viser hvor mange utilsigtede hændelser, der er indrapporteret på enheden inden for det seneste år fordelt på måneder og hvilke typer af utilsigtede hændelser, der er indrapporteret.
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser om arbejdet med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af dataudtrækket fremgår det:

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

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 91 % 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.
- 64 % af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen. 18 % svarer 'I nogen grad'.
- 36 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ville føle sig trygge som beboere i deres enhed. 55 % svarer 'i nogen grad'.
- 60 % af medarbejderne svarer, at kulturen 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' gør det nemt at lære af utilsigtede hændelser. 40 % 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 dokumentation for magtanvendelser i de journaler, tilsynet har auditeret.

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 beboernes hjem

Sammenfatning af observationer:

Ved observation i enhedens lokaler og i beboernes 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

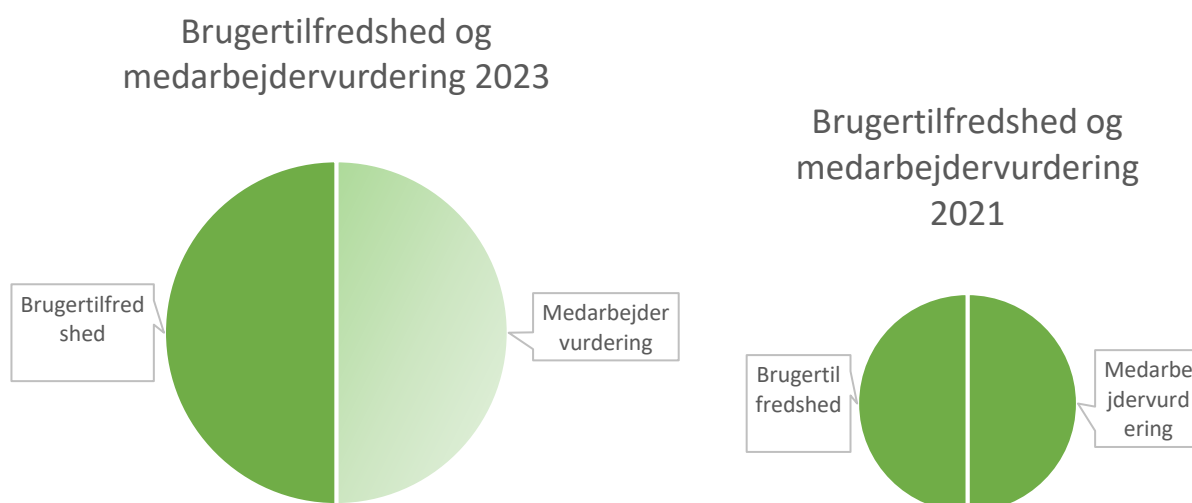
Brugertilfredshed

I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser¹⁸. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social service §§ 83, 83a og 86.

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

- Brugertilfredshed og medarbejdervurdering

Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

OBS. De områder, hvor vurderingerne tager afsæt i medarbejdernes spørgeskemabesvarelser, har fået en lysere farve, da resultatet er forbundet med stor usikkerhed grundet den lave svarprocent.

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

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

Brugertilfredshed

Tilsynets vurdering af brugertilfredsheden på enheden bygger på:

- Interviews med 6 beboere¹⁹.
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

¹⁸ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

¹⁹ Der er blevet interviewet seks beboere på enheden. Flere af beboerne kunne ikke svare på alle spørgsmålene grundet deres kognitive funktionsniveau. Ved nogle af spørgsmålene er der kun tre beboere, som indgår i besvarelsen.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewet²⁰ fremgår det, at:

I forhold til *de fysiske rammer*:

- 75 % af beboerne giver udtryk for at være 'meget tilfredse' med deres bolig.
- 63 % af beboerne giver udtryk for at være 'meget tilfredse' med enhedens fællesarealer. 25 % giver udtryk for at være 'delvis tilfredse'.
- 75 % af beboerne, som anvender de udendørsarealer, giver udtryk for at være 'meget tilfredse' med dem.

I forhold til *aktiviteter og socialt samvær*:

- 75 % af beboerne, som deltager i aktiviteterne, angiver at være 'meget tilfreds' eller 'delvis tilfreds' med de daglige aktiviteter på plejecenteret.
- 75 % af beboerne, som deltager i arrangementerne, angiver at være 'meget tilfreds' eller 'delvis tilfreds' med arrangementerne på plejecenteret.

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

- 88 % af beboerne angiver samlet set at være 'meget tilfredse' med den hjælp og støtte de modtager.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til at komme i bad, angiver at være 'meget tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til at blive vasket angiver at være 'meget tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til af- og påklædning, angiver at være 'meget tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til toiletbesøg, angiver at være 'meget tilfredse' med hjælpen.
- 75 % af beboerne, som modtager hjælp til rengøringen af egen bolig er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen. 25 % angiver at være 'delvis utilfredse'.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til tøjvasken er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- 87 % af beboere er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med rengøringen af fællesarealerne.

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

- Alle beboerne svarer, at de er 'helt enige' i, at de får den hjælp og støtte, der er aftalt.
- Alle beboerne svarer, at de er 'helt enige' i, at de får den hjælp og støtte, de har behov for.
- 83 % af beboerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Det er oftest de samme hjælpere, der kommer hos dig'.
- Alle beboerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Personalet tager hensyn til, hvordan du gerne vil have din døgnrytme'.
- Alle beboerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Du deltager i de ting, du kan og ønsker at deltage i'.
- 85 % af beboerne svarer, at de 'aldrig' eller 'sjældent' oplever, at hjælpen bliver aflyst.

I forhold til *maden*:

- Alle beboerne angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse'.
- Alle de beboere, som modtager hjælp til måltidet, angiver at være 'delvis tilfredse'.

I forhold til *personalet*:

²⁰ I afrapporteringen er der fokus på at sikre, at den enkelte beboers besvarelser ikke vil kunne blive genkendt.

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

Overordnet set:

- Alle beboerne giver udtryk for samlet set at være 'meget tilfredse' med at bo på Plejecenter Glesborg.
- Alle beboerne giver udtryk for, at de er 'helt enig' i at de føler sig tilpas på enheden.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- Ved spørgsmålet 'Giver hverdagen mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandarder?' er der 58 % der svarer 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' og 33 % der svarer 'i nogen grad'.
- 67 % af medarbejderne svarer, at der 'i høj grad', arbejdes med at skabe forbedringer af plejen og aktiviteter hos borgerne. 33 % svarer 'i nogen grad'.
- 67 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' kender handlingsanvisninger for de borgere, du har opgaver ved. 33 % angiver 'i nogen grad'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- Alle beboerne giver udtryk for, at de er 'helt enig' i at de føler sig tilpas på enheden.

Omgangsform og rengøring

Tilsynets kommentering af omgangsformen og hvorvidt enheden overholder de gældende kvalitetsstandarder for rengøring er baseret på:

- Observationer på baggrund af tjekskema i enhedens lokaler og i forbindelse med medicinkontrol og interviews i beboernes hjem.

Sammenfatning af observationer:

Ved observation i enhedens lokaler og beboernes hjem ses det:

- At beboernes hjem fremstår rene og ryddelige.
- At hjælpemidler fremstår rene.
- At der observeres en god og anerkendende omgangstone mellem personale og beboere.
- At fællesområder i enheden fremstår rene og ryddelige.

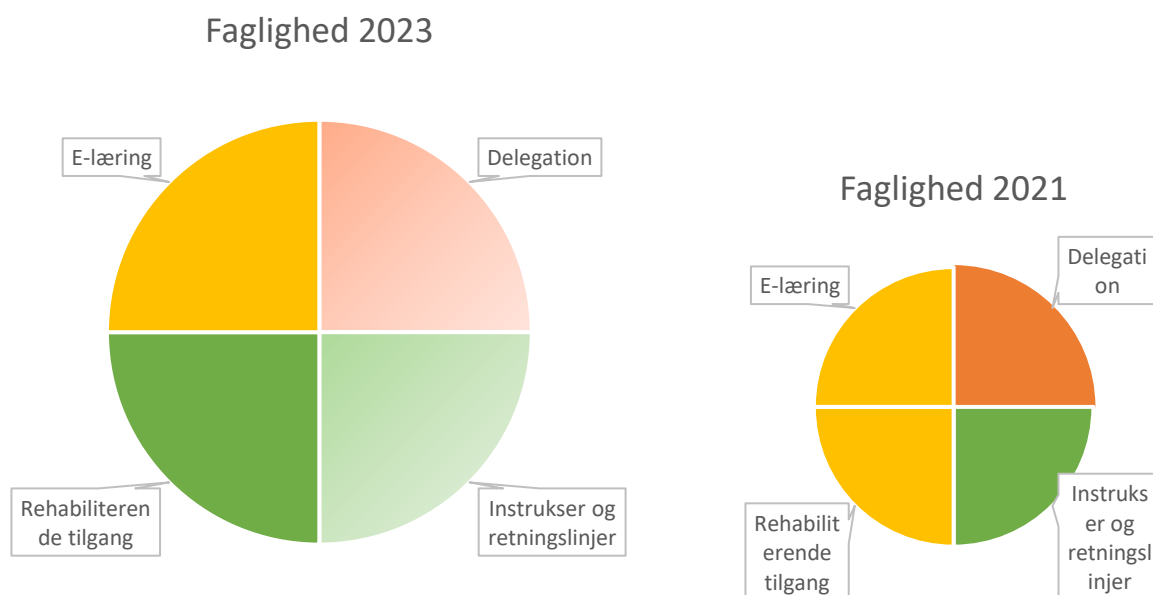
Faglighed

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.

OBS. De områder, hvor vurderingerne tager afsæt i medarbejdernes spørgeskemabesvarelser, har fået en lysere farve, da resultatet er forbundet med stor usikkerhed grundet den lave svarprocent.

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 til stede ved alle opgaver og at kommunens retningslinjer for delegation efterleves, bygger på:

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

I forhold til *oplæring af nye medarbejdere*:

- At 80 % af medarbejderne angiver, at nyt personale 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får en god introduktion.
- At 82 % af medarbejderne svarer, at personale der skal oplæres i nye opgaver 'i høj grad' får den nødvendige sparring. 18 % svarer 'i nogen grad'.
- I forhold til *kompetenceprofil*:
- Alle medarbejderne svarer 'ja' til, at de kender kompetence- og overdragelseskemaet. Af disse medarbejdere svarer 50 %, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' bruger dette skema i hverdagen ved behov. 10 % svarer 'i nogen grad' og 40 % svarer 'i mindre grad' eller 'slet ikke'.
- At 80 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de har et personligt kompetenceafklaringskema. Af disse medarbejdere svarer 75 % 'ja' til at skemaet er opdateret, 25 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- At 40 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de har et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer. Af disse medarbejdere svarer 50 % 'ja' til at skemaet er opdateret, 50 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- At 80 % af medarbejderne svarer 'nej' til spørgsmålet 'Har du inden for de seneste tre måneder udført en eller flere opgaver, du ikke havde kompetencerne til ifølge kompetenceprofilen?'.

I forhold til *tilgængelige kompetencer*:

- At 73 % af medarbejderne svarer, at deres team 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag. 18 % svarer 'i nogen grad'.

Af interview med ledelsen vedrørende hvordan der er arbejdet med henstillingerne fra sidste år, fremgår det:

- At der med afsæt i sidste års handleplan er iværksat følgende:
 - Medarbejderne er blevet spurgt til, hvorfor de har svaret, som de har i sidste års spørgeskema og det viser sig, at medarbejderne ikke kendte begrebet 'delegation'²¹
 - Der har været fokus på at italesætte begrebet delegering over for medarbejderne – for eksempel på de daglige triage-møder
 - Alle hjælpernes kompetencer er blevet gennemgået. I den forbindelse er der kommet en øget bevidsthed om behov for et generelt kompetenceløft i forhold til specifikke områder – hvilket blandt andet har været afsæt for, at der er organiseret undervisning for medarbejderne af KOL-sygeplejersken, undervisning i sonde- og småtspisende og udnævnt en lokal sår-nøgleperson. Derudover er der kommet en øget bevidsthed om at udnytte de kompetencer, der er til stede i kommunen.
 - Den arbejdsgruppe, der skulle nedsættes sammen med Plejecenter Digterparken, med henblik på at skabe en model for et fastholde et systematisk fokus på medarbejdernes kompetencer, er efterfølgende gået i opløsning på grund af udskiftning i de medarbejdere, der deltog i arbejdsgruppen.

²¹ Spørgeskemaet til medarbejderne er på baggrund af feedback fra sidste års tilsyn ændret i dette års tilsyn, så begrebet 'delegation' ikke længere anvendes i spørgsmålsformuleringen.

- Der er blevet udarbejdet en kontaktpersonsfunktionsbeskrivelse

Tilsynets vurdering: At der er gjort fund af betydning for, hvordan enheden sikrer, at kommunens retningslinjer for opdatering af skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer.

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- At 50 % af medarbejderne svarer 'nej' til at skemaet for erhvervede borgerspecifikke kompetencer er opdaterede.

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

- At størstedelen af medarbejderne svarer nej til spørgsmålet om de inden for de seneste tre måneder har udført en eller flere opgaver, de ikke havde kompetencerne til ifølge kompetenceprofilen.

Det bemærkes at der blev gjort et tilsvarende fund ved sidste års tilsyn.

Tilsynet henstiller til

At enheden udarbejder en handleplan med henblik på at sikre:

- At medarbejdernes skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer er opdateret.

Enhedens tiltag: Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstillinger. Se Bilag 2 **Fejl!**
Henvisningskilde ikke fundet.

Tilsynets samlede vurdering: Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat. Der følges op på om enheden har efterlevet handleplanen ved næste års tilsyn.

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 83 % af medarbejderne svarer, at de 'i høj grad' har adgang til de oplysninger, de har brug for, for at kunne udføre deres arbejde hos borgerne.

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

- Alle medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR.
- Alle medarbejderne svarer, at de har adgang til at anvende, VAR i deres daglige arbejde hos borgeren²³.

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

- At 82 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de bruger VAR, når de er i tvivl om en procedure. Af disse medarbejdere svarer 36 %, at de bruger VAR 'hver uge', 18 % svarer 'hver anden uge' og 45 % svarer '1-2 gange om måneden'.
- Alle medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende MyMedCards.
- Alle medarbejderne svarer, at de har adgang til at anvende MyMedCards i deres daglige arbejde hos borgeren.
- At 36 % af medarbejderne svarer at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' bruger MyMedCards. 36 % svarer 'i nogen grad' og 26 % svarer 'i mindre grad'. Af disse medarbejdere svarer 18 % at de bruger MyMedCards 'hver uge', 36 % svarer 'hver anden uge', 36 % svarer '1-2 gange om måneden' og 9 % svarer '1-2 gange i kvartalet'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At alle medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR.
- At alle medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende MyMedCards.

Rehabilitering

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

- Interviews med 8 borgere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser
- Tilsynets audit af i seks borgerjournaler

Ved interview med beboere fremgår det at:

- 86 % af beboerne angiver at de er 'helt enige', at de deltager i udførelsen af hjælpen.
- Alle beboerne angiver, at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at personalet støtter dem i at klare flest mulige dagligdagsting.
- Alle beboerne 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:

- 25 % af medarbejderne angiver, at de 'i høj grad' kender borgernes livshistorie. 67 % angiver 'i nogen grad'.
- 83 % af medarbejderne angiver, at de 'i høj grad' aktivt inddrager borgerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter. 19 % angiver 'i nogen grad'.

Af journalaudit fremgår det at:

- Borgers perspektiv gennemgående fremgår af journalen
- At der er oprettet de relevante indsatsmål – men at der også er oprettet indsatsmål, hvor der ikke er krav om dette ved indsatser hvor der ikke er en rehabiliterende indsats eller en ustabil/kompleks helbredstilstand

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

I vurderingen er der lagt vægt på at:

- At borgerens perspektiv gennemgående fremgår af journalen

- At alle beboerne giver udtryk for at blive inddraget i indsatsen
- At størstedelen af medarbejderne angiver, at de inddrager beboerne i indsatsen

Tilsynet anbefaler

- At beboernes vurdering i forhold til udførelse og betydning af udførelse i forhold til funktionstilstande 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:

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

- 49 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Magtanvendelse'. Ud af de 49 medarbejdere har 39 medarbejdere gennemført kurset. 10 medarbejdere har ikke gennemført kurset.
- 15 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'. Ud af de 15 medarbejdere har 11 medarbejdere gennemført kurset. 4 medarbejdere har ikke gennemført kurset.
- 33 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere'. Ud af de 33 medarbejdere har 28 medarbejdere gennemført kurset. 5 medarbejdere har ikke gennemført kurset.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At under 75 % af medarbejderne har gennemført kurset 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'.

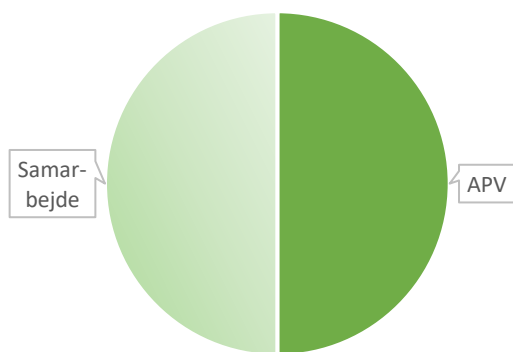
Organisation

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

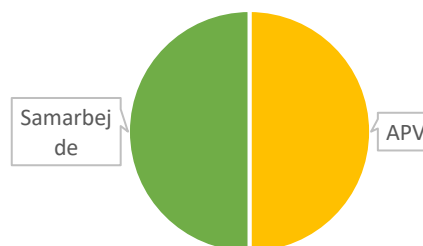
- APV
- Samarbejde
- Budgetoverholdelse
- Sygefravær
- Eksterne tilsyn

Oversigt over tilsynets vurdering

Organisatorisk bæredygtighed
2023



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.

OBS. De områder, hvor vurderingerne tager afsæt i medarbejdernes spørgeskemabesvarelser, har fået en lysere farve, da resultatet er forbundet med stor usikkerhed grundet den lave svarprocent.

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 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 er opdaterede APV'er i alle de auditerede borgerjournaler

Tilsynet vurderer at: der ikke er gjort fund af betydning for arbejdsmiljøet

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der er et opdateret APV-skema i alle de auditerede journaler

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:

- 58 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. 42 % af medarbejdere svarer, at der er 'både og'.
- 79 % af medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne på arbejdspladsen. 21 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
- 93 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med eget team.
- 64 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med andre enheder i Sundhed og Omsorg. 14 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
79 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med ledelsen. 21 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
- 93 % af medarbejderne angiver at de 'i meget høj grad' og 'i høj grad' 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 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 8 borgere |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| Opfølgning på observationer | 5 ud af 5 | 8 ud af 8 |
| Opfølgning på målinger uden for tærskelværdi | 1 ud af 3 | 3 ud af 4 |
| <i>Opdateret beskrivelse af og plan for borgers helbreds- og funktionstilstande</i> | | |
| Relevante helbredsoplysninger | 5 ud af 6 | 7 ud af 8 |
| Taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser | 5 ud af 6 | 6 ud af 8 |
| Sygeplejefaglig udredning | 4 ud af 6 | 5 ud af 8 |
| Alle relevante helbredstilstande valgt | 6 ud af 6 | 6 ud af 8 |
| Fyldestgørende faglige notater for helbredstilstande | 6 ud af 6 | 1 ud af 8 |
| Alle relevante funktionstilstande valgt | 6 ud af 6 | 8 ud af 8 |
| Oprettet relevante handlingsanvisninger | 6 ud af 6 | 3 ud af 8 |
| Henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant | 4 ud af 4 | 7 ud af 8 |
| Er det beskrevet, hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages? | 5 ud af 5 | 2 ud af 8 |
| Er handlingsanvisningerne opdaterede? | 5 ud af 6 | 2 ud af 8 |
| Døgnrytmeplan opdateret | 6 ud af 6 | 8 ud af 8 |
| Afspejler døgnrytmeplanen borgerens daglige behov for pleje og borgerens aktiviteter? | 6 ud af 6 | 8 ud af 8 |
| Hvis relevant: En aktuell forflytningsvejledning for borgeren | 4 ud af 4 | 1 ud af 1 |
| Oprettet opgaver på alle tilstande mindst en gang årlig | 6 ud af 6 | 8 ud af 8 |
| <i>Understøttelse af borgerens retsstilling</i> | | |
| Borgerens samtykke fremgår af handleanvisningen | 6 ud af 6 | 6 ud af 8 |
| Borgers samtykke ved videregivelse af helbredsoplysninger | 0 ud af 5 | 3 ud af 7 |
| Tidsfrist for indberetning af magtanvendelse overholdt | - | - |
| <i>Understøttelse af rehabiliterende tilgang</i> | | |
| Beskrivelse af borgers motivation | 6 ud af 6 | 6 ud af 8 |
| Beskrivelse af borgers mestring | 4 ud af 6 | 6 ud af 8 |
| Beskrivelse af borgers ressourcer | 4 ud af 6 | 6 ud af 8 |
| Borgers mål udfyldt i helbredstilstand | 6 ud af 6 | 2 ud af 8 |
| Borgers vurdering ved funktionstilstande | 6 ud af 6 | 8 ud af 8 |
| Oprettet relevante indsatsmål | 5 ud af 5 | 5 ud af 8 |
| Feltet 'Borgers indsats' udfyldt i Døgnrytmeplan | 6 ud af 6 | 8 ud af 8 |

Bilag 2: Enhedens handleplan i forbindelse med kommunalt tilsyn 2023

| Anbefaling | Handleplan | Tidsplan |
|--|--|------------------------------------|
| Borgerens samtykke til tredjepart | <ul style="list-style-type: none"> • Månedlig audit på dokumentation i journal • Italesætte i dagligdagen at det er vigtigt at huske samtykke fra beoerne • Emnet samtykke skal være månedens fokusområde | 2023 Januar og februar 2023 |
| Helbredsoplysninger, helbredstilstande, handleanvisninger og døgnrytmeplaner skal fremstå korte, præcise og opdaterede | <ul style="list-style-type: none"> • Alt dokumentation foregår ud fra manual. • Vi bruger auditskema som tjekliste ved de månedlige audit • Fæles skabelon anvendes til helbredsoplysninger, samt PÅS anvendes til helbredstilstande • Dokumentation indgår som et fast punkt på SSA/sygeplejemøder • Undervisning for SSH for udarbejdelse af døgnrytmeplaner i alle vagtlag | 2023 |
| Varetagelse af egne helbredsmæssige interesser (Når beboerne kun delvist er i stand til det) | <ul style="list-style-type: none"> • Hvis beboeren vurderes til at kunne varetage egne helbredsmæssige interesser med vejledning, oprettes helbredstilstanden <i>problemer med indsigt i behandlingsformål, indsatsmål og handleanvisning</i>, der beskriver hvilke tiltag der iværksættes for at sikre beboerens retsstilling og behandling | Efterår 2023 |
| Relevante udredninger | <ul style="list-style-type: none"> • Implementering af lokal indflytningsinstruks, der beskriver hvilke udredninger der skal oprettes forebyggende • Løbende vurderer behovet for udredninger | Foråret 2023 |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Ved lokaloprettet medicin skal egen læge inddrages</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Brush up på medicininstruks til de faggrupper der dispenserer medicin. • Interne medicin audit • Der er lokal oprettede præparater på medicinskema. Dette kræver dokumentation i journal, om at egen læge er orienteret og har sagt god for dette. Enten i fagligt notat eller i handleanvisning/særlig opmærksomhed. | <p>Januar 2023</p> <p>Foråret 2023</p> |
| <p>Ved håndkøbsmedicin skal egen læge inddrages</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Brush up på medicininstruks til de faggrupper der dispenserer medicin. • Interne medicin audit • Ved årlig lægegennemgang af medicin sikres accept fra egen læge, hvis borger får håndkøbsmedicin. Husk dokumentation. • I lokal instruks for indflytning oprettes et punkt "Får borger håndkøbsmedicin". Hvis ja, skal der sikres accept fra egen læge. Husk at dokumenterer i journal. | <p>Januar 2023</p> <p>Foråret 2023</p> |
| <p>Tydlig plan med medicinske behandlinger i forbindelse med fald</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Sikre at der fremadrettet fremgår en tydelig plan for alle medicinske behandlinger/tilstande, herunder smertebehandling i forbindelse med fald (optrapning/nedtrapning af medicin) • PN-medicin. Her skal der være særlig opmærksomhed på | |

| | | |
|--|--|------|
| | dokumentation og håndtering, især når medicin udleveres til en dag ad gangen – beskriv i handleanvisning. | |
| | | |
| Større svarprocent i plan2learn | <ul style="list-style-type: none"> • Den ansvarlige for kompetenceudviklingen fortsætter med at sende mail til personalet der mangler obligatoriske kurser på plan2learn • Italesætte vigtigheden af, at gennemfører kurserne jævnfør gældende retningslinjer, så patientsikkerheden højnes og sikres. | 2023 |
| Handleplan på baggrund af tilsynets henstilling: Implementering af borgerspecifikt kompetenceskema | <ul style="list-style-type: none"> • Indkalder hver enkelt medarbejder til en samtale og udfyldelse af borgerspecifikt kompetenceskema • Plan for videredelegering af borgerspecifikke kompetencer | 2023 |

Bilag 3: Referat: Dialogmøde om kommunal tilsynsrapport i Beboer- og pårørenderådet

Den kommunale tilsynsrapport for Plejecenter Glesborg 2023 har været i høring i Beboer- og pårørenderådet den 28. marts 2023.

Deltagere i Beboer- og pårørenderådet: Else Johannes Blumensaadt Jensen (beboer), Mary Sørensen (beboer), Gydda Thyme (pårørende), Lise Kæmpe (pårørende)

Repræsentant for Ældrerådet: Anne-Marie Schougaard

Medarbejderrepræsentant: Janni Petersen

Ledelsesrepræsentant: Susan Bach (afdelingsleder)

Anne-Marie Bentzen (Sundheds- og omsorgschef)

Beboer- og pårørenderådet angiver:

- At det er bekymrende, at medarbejderne har så lav en svarprocent på deres spørgeskema, og at der er en forventning om, at Plejecenter Glesborg vil arbejde videre med denne problemstilling
- At det vurderes at være vigtigt at kende beboernes livshistorie og at det derfor bemærkes, at kun 25% af medarbejderne angiver 'i høj grad' at kende borgerens livshistorie
- At der er tillid til, at Plejecenter Glesborg vil arbejde relevant videre med deres handleplaner i forhold til de fund tilsynet har gjort
- De to beboerrepræsentanter fortæller, at de føler sig trygge ved at bo på plejecenteret