

Kommunalt
tilsyn
Plejecenter
Fuglsanggården
3. oktober
2022

Indhold

Målepunkter i det kommunale tilsyn.....	3
Datagrundlaget for det kommunale tilsyn	3
Rapportens opbygning	4
Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set	6
Sammenfatning	7
Patientsikkerhed	11
Oversigt over tilsynets vurdering.....	11
Den sundhedsfaglige dokumentation	12
Medicinkontrol	14
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)	14
Magtanvendelser	15
Hygiejne.....	16
Brugertilfredshed.....	17
Oversigt over tilsynets vurdering.....	17
Brugertilfredshed.....	17
Omgangsform og rengøring	19
Faglighed	20
Oversigt over tilsynets vurdering.....	20
Delegation og kompetencer	20
Kendskab til instrukser og retningslinjer.....	22
Rehabilitering	23
E-læring	24
Organisation.....	25
Oversigt over tilsynets vurdering.....	25
APV.....	25
Samarbejde.....	26
Sygefravær.....	26
Budgetoverholdelse	26
Bilag 1: Oversigt: Journalaudit	27
Bilag 2: Enhedens handleplaner.....	28
Bilag 3: Referat: Høring af kommunal tilsynsrapport i Beboer- og pårørenderådet den 27. oktober 2022.....	30

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, budgetoverholdelse og øvrige tilsyn

Datagrundlaget for det kommunale tilsyn

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

Oversigt over datagrundlag i det kommunale tilsyn 2022 på enheden

- Journalaudit på fire 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 6 beboere vedrørende deres mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede service.
- Spørgeskemaundersøgelse hos alle relevante medarbejdere ansat i enheden vedrørende rammerne for deres arbejde. Spørgeskemaet er sendt ud til 76 medarbejdere. 34 medarbejdere

har svaret på spørgeskemaet. Dette giver en svarprocent på 45 %. Grundet den lave svarprocent skal resultaterne tolkes med forsigtighed.

- Stikprøvekontrol af dispensering af medicin til en beboer samt gennemgang af fire beboeres medicinbeholdning.
- Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er omfattende de tre hovedområder – medicinfejl, patientuheld samt infektioner.
- Oversigt over sygefraværprocenten pr 1. april 2022.
- Kommentarer til forventet budgetoverholdelse for regnskabsåret 2022.

Rapportens opbygning

I afsnittet **Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set** er en grafisk oversigt over og et resume af tilsynets samlede vurdering af kvaliteten i enhedens arbejde med patientsikkerhed, brugertilfredshed, faglighed og organisatorisk bæredygtighed.

Den øvrige tilsynsrapport er delt op i fire hovedafsnit, der belyser hvert af de fire hovedområder: *Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisation*.

Inden for hvert målepunkt angives **Tilsynets vurdering** og derudover kan der være en eller flere af nedenstående anvisninger.

Tilsynet udfører gentilsyn angiver, at der iværksættes et gentilsyn i forhold til et eller flere patientkritiske fund. Hvis denne vurdering gives, foretages der et gentilsyn inden for en periode, som tilsynet fastsætter.

Tilsynet henstiller til angiver, at der er krav om, at enheden i løbet af høringsperioden udarbejder en handleplan for et eller flere forhold, som tilsynet har fundet handlingskrævende. **Enhedens tiltag:** beskriver de tiltag enheden har sat i værk på baggrund af tilsynets henstilling og **Tilsynets samlede vurdering:** beskriver tilsynets vurdering af enhedens tiltag. Tilsynsenheden følger systematisk op på resultatet af enhedens tiltag ved næste års tilsyn

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

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

Præsentation af enheden

Plejecenter Fuglsanggården har til huse i B45s bygninger med 35 faste plejeboliger og 5 midlertidige pladser.

Lederteamet består af aftaleholder Helle Thomsen og pr. 1.6-22 Janne Press Andersen som afdelingsleder.

Der er ansat følgende faggrupper: social og sundhedsassistenter, sygeplejersker, pædagoger, ergoterapeuter, psykoterapeut, pædagogiske assistenter, psykomotoriske terapeuter, sygehjælper, social og sundhedshjælper, teknisk serviceleder, Servicemedarbejdere, spirer, motionsven, og ufaglærte afløsere (vikar og timeløn)

Fremmødeprofil incl. elever 62 ansatte (Her af er de 11 udekørende) + afløsere.

Dagvagt: 7-8 i demensteam og 4-6 i almene plejeboliger/Gårdteam (Dagtilbud 2X5 + 2x1)

Weekend dagvagt: 7 i demensteam og 4 i Gårdteam

Aftenvagt: 5 demensteam +3 i Gårdteam

Nattevagt: 2

Enhedens præsentation af aktuelle rammer og vilkår for arbejdet. *FSG har haft et hårdt år med Corona og flere perioder med et arbejdspress grundet ferie, fravær (mange med seniordage) og særlig komplekse plejeforløb og har haft fuld belægning i 98 % af tiden. FSG har taget afsked med 6 medarbejdere sommeren over hvoraf de 4 var social og sundhedsassistenter. Vi har derfor trukket en sygeplejerske ud som center-sygeplejerske.*

Alle assistenter og sygeplejersker har valgfrie timer til dokumentation, som de kan ligge ind som ekstra timer, når det passer og vi har haft læringsplatforme og dokumentationsaften.

Alle medarbejderne har egen tablet og nogen ønsker at få skiftet til en med tastatur. Vi afventer den nye bevilling og SKI- aftale.

Vi har faste teammøder i gårdteamet hver måned (10 gange årligt) I demensteamet er konferencedage også hver 4 onsdag fra 10.00-15.00 med beboer-gennemgang, teammøde og supervision/beboerkonfernce af ekstern psykolog. Der er stormøde 2 gange årligt hvor alt ny teknologi fremvises og UTH samt mangel andre emner til vidensdeling.

Enhedens præsentation af aktuelle udviklingsinitiativer og hvad de er lykkedes med inden for det seneste års tid: *Vi har et godt samarbejde med bruger og pårørenderåd. Tæt kontakt til pårørende. Vi har et velfungerende samarbejde med plejecenterlægen. Vi har haft fælles arrangementer igennem året og der er stor tilslutning til årstidens fester og traditioner i samarbejde med Venneforeningen.*

Vi har holdt visionsseminar for Det lokale MED -udvalg. Vi arbejder med at kigge på om vores dokumentation kan effektiviseres og følger aktuelle relevante kurser.

Ultimo 2022 og 2023

Der skal fokus på bl.a. forflytning og på undervisning omkring nænsom nødværge (hvordan vi passer på os selv i særlig komplekse borgerforløb på demensafdelingen) Vi har ansøgt en pulje omkring midler til innovation og er desuden indstillet til prisen om Danmarks mest musikalske plejecenter.

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set

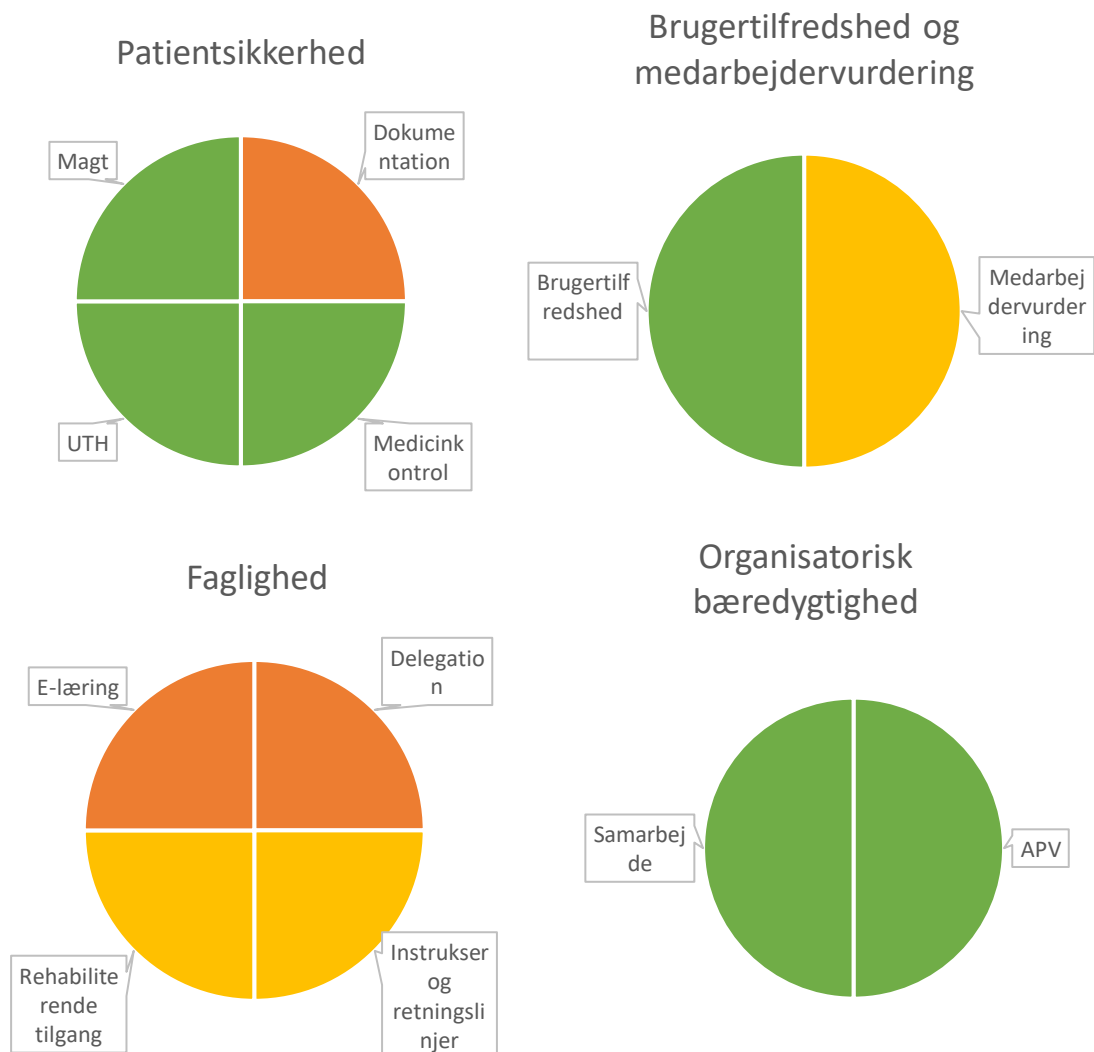
Figuren nedenfor illustrerer tilsynets vurdering af enhedens arbejde med områderne: Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisatorisk bæredygtighed.

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

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

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

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



Sammenfatning

PATIENTSIKKERHED

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, medicinhåndteringen 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 fire borgerjournaler og enhedens egen gennemgang af otte borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af betydning for kvaliteten af dokumentationen.*

Ledelsen fortæller, at der er blevet fulgt op på de handleplaner enheden udarbejdede på baggrund af sidste års tilsyn. Således har to medarbejdere løbende set journaler igennem, med henblik på at sikre kvaliteten ift. relationer, myndighedsopfølgning og dokumentation af samtykke, når der har været tid og mulighed for det. Dog har der været flere udfordringer, da der har været personaleudskiftning og behov for at prioritere akutte behov – men det er fortsat ambitionen at alle journaler gennemgås en gang årligt. Alle medarbejdere har modtaget undervisning om dokumentation af samtykke i det forgangne år.

Det bemærkes at nogle af de fund der blev gjort ved sidste års tilsyn også ses ved dette tilsyn

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at der i flere tilfælde ses mangler i dokumentation i forhold til lovgivningen og retningslinjerne i Norddjurs kommune. Tilsynet henstiller derfor til, at der udarbejdes en handleplan for hvordan enheden vil rette op på dette inden for en afgrænset periode. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanerne ligger i Bilag 2

Medicinhåndtering: På baggrund af tilsynets uanmeldte gennemgang af fire beboeres medicinbeholdning, observation af en medicindispensering¹, samt tilsynets gennemgang af dokumentationen vedrørende medicin i fire borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at der ikke er gjort fund i forhold til proceduren for medicinhåndtering i Sundhed og Omsorg². Tilsynet fremhæver at enheden har iværksat halvårslige gennemgange af beboernes medicinbeholdning, hvor blandt andet kontrol af holdbarhedsdato indgår

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

² Se afsnittet Medicinhåndtering for en konkret beskrivelse af resultatet af medicinkontrollen.

³ 45 % af medarbejderne har besvaret spørgeskemaet

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

Ledelsen fortæller, at der er blevet fulgt op på de handleplaner enheden udarbejdede på baggrund af sidste års tilsyn. Således er der blevet fulgt op på strukturen for arbejdet med UTH og der er fastsat tid til det løbende arbejde med UTH og formidlingen af dette

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 på baggrund af tilsynets gennemgang af fire borgerjournaler. Tilsynet vurderer, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I tilsynets vurdering er der blandt andet lagt vægt på, at magtanvendelser indberettes rettidigt og der er fyldestgørende dokumentation for de forebyggende tiltag.

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 seks 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 seks beboere⁶ vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at beboerne er tilfredse med den hjælp og støtte de modtager og at andelen af beboere, der er tilfredse med maden er steget siden sidste tilsyn, hvor over 30% var utilfredse med maden

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

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at 31 % af medarbejderne angiver, at hverdagen 'I mindre grad' eller 'slet ikke' giver mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandard. Derfor anbefaler tilsynet, at enheden afdækker, hvad der ligger bag medarbejdernes vurdering og arbejder for at sikre, at medarbejderne har rammerne for at levere den indsats, der er beskrevet i kvalitetsstandard.

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.

⁵ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

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

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.*

Ledelsen fortæller, at der fortsat pågår et arbejde med at sikre en fyldestgørende introduktion af nye medarbejdere – og at dette arbejde vil blive prioriteret fremadrettet.

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 introduktion af nye medarbejdere, oplæring i nye opgaver og opdatering af personligt kompetenceafklaringskemaer efterleves. Tilsynet har derfor henstillet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan medarbejdere får kendskab til og systematisk anvender kompetenceafklaringskemaerne og kompetence- og overdragelseskemaerne. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanerne ligger i Bilag 2

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

Ledelsen fortæller, at der er blevet fulgt op på de handleplaner, enheden udarbejdede på baggrund af sidste års tilsyn. Således har alle medarbejdere siden sidste tilsyn har fået tablet og dermed lettere adgang til at tilgå MyMedCards og VAR.

I vurderingen er der lagt vægt på, at 32 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til, om de ved, hvordan de skal anvende VAR. Tilsynet anbefaler derfor at enheden arbejder for at sikre, at medarbejderne får et øget kendskab til, hvordan og hvornår VAR skal anvendes.

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

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

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

Ledelsen fortæller, at der bliver tjekket op hvem der mangler at gennemføre e-læring, så de kan blive sat i gang.

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

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

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at under halvdelen af medarbejderne har gennemført det obligatoriske kursus om medicin håndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Derfor henstiller tilsynet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan alle relevante medarbejdere får gennemført de obligatoriske kurser. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanerne ligger i Bilag 2.

ORGANISATION:

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

Derfor ser tilsynet på, om enheden sikrer, at der er et opdateret APV-skema¹⁴ for hver enkelt borger og om medarbejderne oplever, at de har et godt samarbejde med kolleger og ledelse.

APV: På baggrund af tilsynets og enhedens egen gennemgang af samlet set 16 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 konsekvent er udfyldt APV-skemaer for alle borgere

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' eller 'meget godt' samarbejde med øvrige medarbejdere og med ledelsen.

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

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

Patientsikkerhed

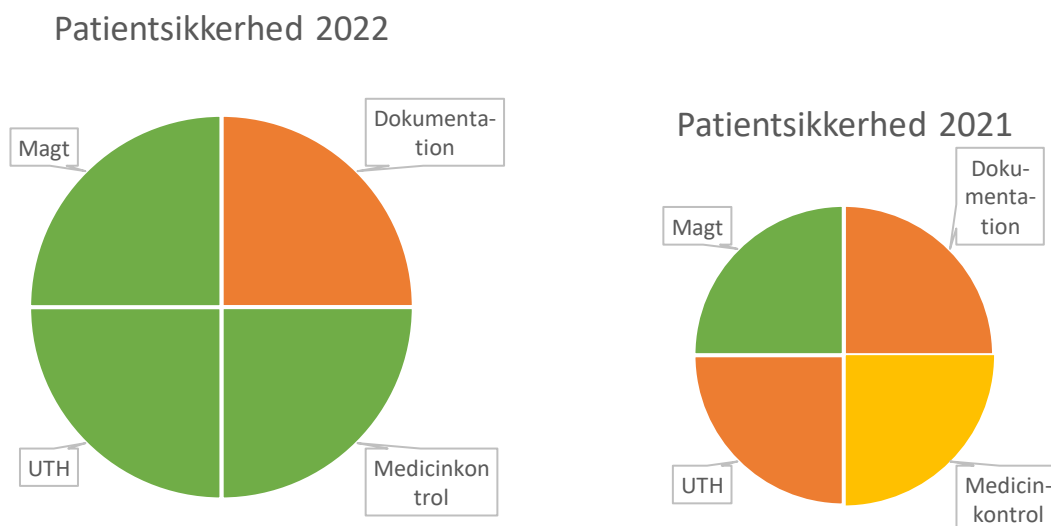
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med den sundhedsfaglige dokumentation og de sundhedsfaglige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

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med den sundhedsfaglige dokumentation, medicin håndtering, utilsigtede hændelser (UTH'er) og magtanvendelser: *At der er gjort et eller flere fund af betydning for 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 fire 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 er ses en fin opfølgning på observationer, der beskriver en forværring.
- At der ikke er set tilfælde, hvor der ikke er fulgt op på målinger uden for tærskelværdier.

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

- At helbredsoplysninger er relevante, præcise og fyldestgørende
- At der gennemgående er taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser. Men at der ses et tilfælde, hvor skema om stedfortrædende samtykke ikke er udfyldt og hvor der er en mangelfuld beskrivelse af, hvordan informeret samtykke bedst indhentesborger .
- At der i to tilfælde ud af fire journaler ikke er foretaget en sygeplejefaglig udredning.
- At der ses præcise og fyldestgørende faglige notater på helbredstilstande, men at der også er notater af meget forskelligartet kvalitet.
 - 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.
 - I en journal er der oprettet tilstande, der minder om hinanden. For eksempel er tilstandene 'problemer med vandladning' og 'problemer med urinkontinens' oprettet. Men den problematik, der beskrives i begge tilstande, er enslydende
 - I to journaler er der næsten identisk beskrivelse af helbredstilstande og funktionsevnetilstande, hvor man med fordel kunne skrive en henvisning til den anden tilstand for at undgå dobbeltdokumentation.
 - I en journal er helbredstilstandene ikke opdaterede og derfor ikke retvisende længere.
- At der er oprettet de relevante funktionsevnetilstande og at de faglige notater er fyldestgørende og præcises
- At der gennemgående mangler udredninger.
- At der mangler at blive oprettet flere handlingsanvisninger og at ikke alle handlingsanvisninger er opdaterede. Generelt er der en tydelig angivelse af aftale med behandlingsansvarlig læge og en fyldestgørende beskrivelse af, hvornår autoriseret medarbejder/fagperson skal kontaktes ved delegerede ydelser.
- At der ikke helt konsekvent er oprettet opgaver til opfølgning på tilstande.
- At døgnrytmeplanerne fremstår relevante, udførlige og opdaterede.
- At der manglede en forflytningsvejledning.
- At der er ikke aktuelle indsatser.

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

I forhold til *sammenhæng og systematik*

- At der er enkelte nyligt oprettede observationsnotater, der ikke er relaterede

I forhold til *understøttelse af borgerens retsstilling*

- At borgerens samtykke til den aktuelle pleje og behandling ikke er dokumenteret konsekvent
- At borgerens samtykke ikke gennemgående angives ved videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart

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 to medarbejdere løbende har set journaler igennem, med henblik på at sikre kvaliteten ift. relationer, myndighedsopfølgning og dokumentation af samtykke, når der har været tid og mulighed for det. Dog har der været flere udfordringer, da der har været personaleudskiftning og behov for at prioritere akutte behov – men det er fortsat ambitionen at alle journaler gennemgås en gang årligt
 - At medarbejderne har modtaget undervisning om samtykke i det forgangne år

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der mangler flere relevante handlingsanvisninger
- At handlingsanvisningerne ikke konsekvent er ajourførte
- At der mangler dokumentation af samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger
- At der mangler dokumentation af samtykke til behandling og pleje
- At der ikke konsekvent er foretaget en sygeplejefaglig udredning
- At der ikke konsekvent er oprettet opgaver på tilstande (myndighedsopfølgning)
- At det faglige notat på helbredstilstande ikke konsekvent er fyldestgørende og opdateret
- At der mangler en relevant forflytningsvejledning

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

- At der gennemgående ses en rettidig og relevant opfølgning på forværring i borgerens tilstand
- At der ses et markant kvalitetsløft i dokumentationen i forhold til tilsynet sidste år således at der i størstedelen af de auditerede journaler er en tydelig rød tråd.

Tilsynet henstiller til

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

- Der oprettes de relevante handlingsanvisninger og at disse er opdaterede samt at borgerens samtykke dokumenteres heri.
- Borgerens samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart dokumenteres

Tilsynet anbefaler:

At der skabes arbejds gange så det sikres, at:

- Der udarbejdes en forflytningsvejledning, hvor relevant
- Der oprettes opgave til myndighedsopfølgning på alle tilstande
- Helbredstilstande altid fremstår fyldestgørende og opdaterede

- Der oprettes en tilstand og handlingsanvisning for hvordan borgeren kan give samtykke, for de borgere, der kun delvist kan varetage egne helbredsrelevante interesser

Det bemærkes at nogle af de fund der blev gjort ved sidste års tilsyn også ses ved dette tilsyn

Medicinkontrol

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicinbehandling bygger på:

- Tilsynsenhedens uanmeldte gennemgang af fire beboeres medicinbeholdning
- Tilsynsenhedens uanmeldte observation af en medicindispensering
- Tilsynets journalaudit på fire tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved gennemgang af medicinbeholdninger finder tilsynet;

- At der ses en god orden i medicinskabene samt en korrekt og tydelig adskillelse af borgernes aktuelle og pauserede medicin
- At samtlige doseringsæsker har påført personidentifikation
- At alle medicinpræparater inklusiv håndkøbsmedicin har påført personidentifikation
- At der er angivet anbrudsdato på insulin-penne
- At der ses korrekt opbevaring af ikke-anbrudt insulin, som skal opbevares på køl

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: At der ikke er gjort fund af betydning i forhold til medicinbehandling.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der ved alle medicingennemgange ses orden i medicinskabene, at samtlige præparater og doseringsæsker har påført personidentifikation samt at injektionspenne har påført anbrudsdato.

Tilsynet fremhæver:

- At enheden på eget initiativ har iværksat halvårlige gennemgange af borgernes medicinbeholdning, hvor blandt andet kontrol af holdbarhedsdato indgår.
Det bemærkes ved aktuelle tilsyn, at der på enheden ses et løft af kvaliteten og patientsikkerheden på medicinområdet, sammenlignet med de forgange to år.

Derudover kan det anbefales at anvende den elektroniske borgerjournal i større omfang, når der dispenseres medicin. Herved optimeres dispenseringsprocessen, idet man i én og samme arbejdsgang kan dispensere, bestille nyt medicin ved lægen samt foretage ændringer af handelsnavn.

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.
- Interview med ledelsen om hvordan der er fulgt op på den handleplan, der er

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af dataudtrækket fremgår det:

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

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 80 % 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. 12% svarer 'i nogen grad'.
- 65 % af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen. 22 % svarer 'i nogen grad'.
- 64 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ville føle sig trygge som beboere i deres enhed. 24 % svarer 'i nogen grad'.
- 44 % af medarbejderne svarer, at kulturen 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' gør det nemt at lære af utilsigtede hændelser. 36 % svarer i nogen grad'.

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

- At der har været en åben diskussion af, hvad medarbejdernes spørgeskemabesvarelser i sidste års tilsyn har været udtryk for
- At der løbende arbejdes med utilsigtede hændelser og formidlingen af dette arbejde
- At der er blevet fulgt op på strukturen for arbejdet med UTH og der er fastsat tid til det løbende arbejde med UTH og formidlingen af dette

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 på baggrund af:

- Tilsynets audit af fire journaler

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

- At magtanvendelser indberettes rettidigt
- At der er oprettet en handlingsanvisning med angivelse af de faglige tilgange og metoder, der kan anvendes med henblik på at forebygge yderligere magtanvendelse

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet:

At der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten af enhedens arbejde med magtanvendelser

Hygiejne

Tilsynet kommentering af, hvorvidt enheden overholder de gældende retningslinjer for hygiejne og uniformsetikette er baseret på:

- Observationer ud fra tjekskema i enhedens lokaler samt i forbindelse med medicinkontrol og interview i beboernes hjem

Sammenfatning af observationer:

Ved observation i enhedens lokaler samt i forbindelse med medicinkontrol og interview i beboernes hjem fremgår det:

- At uniformsetiketten efterkommes blandt de observerede medarbejdere
- At der benyttes handsker ved direkte kontakt med lægemidler

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:

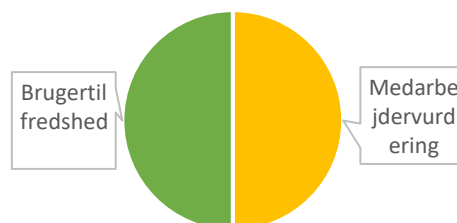
- Brugertilfredshed og medarbejdervurdering

Oversigt over tilsynets vurdering

Brugertilfredshed og medarbejdervurdering 2022



Brugertilfredshed og medarbejdervurdering 2021



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

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

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

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

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

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

Brugertilfredshed

Tilsynets vurdering af brugertilfredsheden på enheden bygger på:

- 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 er 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*:

- 83 % af beboerne giver udtryk for at være 'meget tilfredse' med deres bolig.
- 83 % af beboerne giver udtryk for at være 'meget tilfredse' med enhedens fællesarealer.
- 83 % af beboerne, som anvender de udendørs arealer, giver udtryk for at være 'meget tilfredse' med dem.

I forhold til *aktiviteter og socialt samvær*:

- Alle beboere, som deltager i aktiviteterne, angiver at være 'meget tilfreds' med de daglige aktiviteter på plejecenteret.
- Alle 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*:

- Alle beboerne angiver samlet set at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med den hjælp og støtte de modtager.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til at komme i bad, blive vasket og af- og påklædning, angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til toiletbesøg, angiver at være 'meget tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til rengøringen af egen bolig er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til tøjvasken er 'meget tilfredse' med hjælpen.
- 80 % 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' eller 'enige' i, at de får den hjælp og støtte, der er aftalt.
- Alle beboerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at de får den hjælp og støtte, de har behov for.
- Alle 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'.
- Alle beboerne svarer, at de 'aldrig' oplever, at hjælpen bliver aflyst.

I forhold til *maden*:

- 80 % af beboerne angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse'.
- Alle de beboere, som modtager hjælp til måltidet, angiver at være 'meget tilfredse'.

I forhold til *personalet*:

- 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 udsagnet: 'Personalet udviser respekt over for mig'.
- Alle beboerne giver udtryk for at være 'helt enige' i udsagnet: 'Omgangstonen mellem personalet og mig er god'.

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 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 Fuglsanggården.
- 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 kvalitetsstandard?' er der 21 % der svarer 'i høj grad', 48 % der svarer 'i nogen grad'. 31 % af medarbejderne svarer 'I mindre grad' eller 'slet ikke'.
- 39 % af medarbejderne svarer, at der i 'meget høj grad' eller 'i høj grad', arbejdes med at skabe forbedringer af plejen og aktiviteter hos borgerne. 36 % svarer 'i nogen grad'.
- 65 % af medarbejderne angiver, at de i 'meget høj grad' eller 'i høj grad' kender handlingsanvisninger for de borgere, du har opgaver ved. 28 % angiver 'i nogen grad'.

Tilsynets vurdering: At der er gjort mindre fund af betydning i for brugertilfredsheden

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At 31 % af medarbejderne svarer, at hverdagen 'I mindre grad' eller 'slet ikke' giver mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandard.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At beboerne er tilfredse med den hjælp og støtte de modtager
- At andelen af beboere, der er tilfredse med maden er steget siden sidste tilsyn, hvor over 30% var utilfredse med maden

Tilsynet anbefaler:

- At enheden afdækker, hvorfor så stor en andel af medarbejderne ikke oplever at have rammerne til at levere den indsats, der er beskrevet i kvalitetsstandard.
- At enheden med afsæt i ovenstående afdækning, arbejder for at sikre, at medarbejderne har rammerne for at levere den indsats, der er beskrevet i kvalitetsstandard.

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.

Sammenfatning af observationer:

Ved observation i enhedens lokaler og beboernes hjem ses det:

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

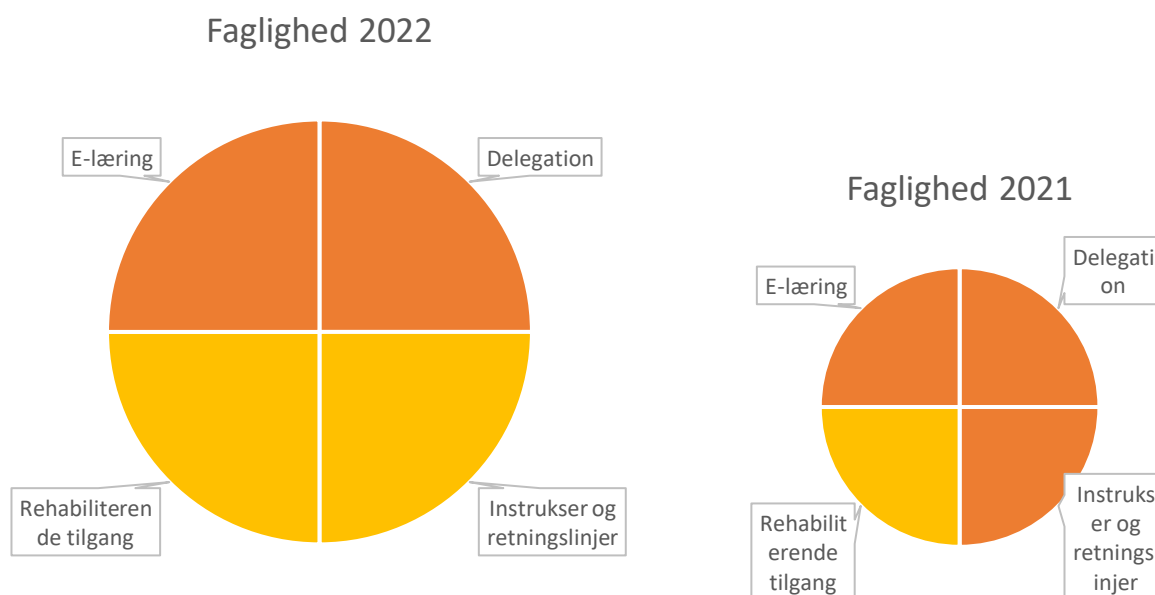
Faglighed

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.

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 mindre 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 17 % af medarbejderne angiver, at nyt personale 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får en god introduktion. 31 % angiver 'i nogen grad' og 52 % angiver 'i mindre grad' eller 'slet ikke'.
- At 10 % af medarbejderne svarer, at personale der skal oplæres i nye opgaver 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får den nødvendige sparring. 47 % svarer 'i nogen grad' og 43 % angiver 'i mindre grad' eller 'slet ikke'.

I forhold til *kompetenceprofil*:

- At 88 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de kender kompetence- og overdragelseskemaet. Af disse medarbejdere svarer 15 %, at de 'i høj grad' bruger dette skema i hverdagen ved behov. 20 % svarer 'i nogen grad' og 65 % svarer 'i mindre grad' eller 'slet ikke'.
- At 74 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de har et personligt kompetenceafklaringskema. Af disse medarbejdere svarer 25 % 'ja' til at skemaet er opdateret, 75 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- At 50 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de har et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer. Af disse medarbejdere svarer 45 % 'ja' til at skemaet er opdateret, 55 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- At 89 % 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 50 % af medarbejderne svarer, at deres team 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag'. 35 % 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:

- At der fortsat pågår et arbejde med at sikre en fyldestgørende introduktion af nye medarbejdere – og at dette arbejde prioriteres

Tilsynets vurdering: At der er gjort fund af betydning for, hvordan enheden sikrer, at kommunens retningslinjer for introduktion af nye medarbejdere, oplæring i nye opgaver og opdatering af personligt kompetenceafklaringskemaer efterleves.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- At 52 % af medarbejderne angiver, at nyt personale 'i mindre grad' eller 'slet ikke' får en god introduktion.
- At 43 % af medarbejderne svarer, at personale der skal oplæres i nye opgaver 'i mindre grad' eller 'slet ikke' får den nødvendige sparring
- At 75 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til om deres personligt kompetenceafklaringskema er opdateret

I vurderingen er også lagt vægt på:

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

Tilsynet henstiller til

At enheden arbejder med at sikre:

- Der følges op på medarbejdernes negative besvarelser i forhold til introduktion og supervision af nye medarbejdere
- Der følges op med medarbejderne i forhold til at sikre opdatering af deres personlige kompetenceafklaringskema

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
- Interview med ledelsen

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fremgår det:

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

- At 76 % af medarbejderne svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' har adgang til de oplysninger, de har brug for, for at kunne udføre deres arbejde hos borgerne. 17 % svarer 'i nogen grad'.

I forhold til *retningslinjer for anvendelsen af MyMedCards og VAR*²¹:

- At 79 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR.
- At 84 % svarer, at de har adgang til at anvende, VAR i deres daglige arbejde hos borgeren²².
- At 68 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de bruger VAR, når de er i tvivl om en procedure. 32 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'. Af disse medarbejdere svarer 7 %, at de bruger VAR 'hver uge', 7 % svarer 'hver anden uge', 32 % svarer '1-2 gange om måneden'.
- At 81 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende MyMedCards.
- At 84 % svarer, at de har adgang til at anvende MyMedCards i deres daglige arbejde hos borgeren.
- At 29 % af medarbejderne svarer at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' bruger MyMedCards. 62 % svarer 'i nogen grad' og 10 % svarer 'i mindre grad' eller 'slet ikke'. Af disse medarbejdere svarer 24 % at de bruger MyMedCards 'hver uge', 19 % svarer 'hver anden uge', 38 % svarer '1-2 gange om måneden' og 14 % svarer '1-2 gange i kvartalet'.

Af interview med ledelsen fremgår det:

- At alle medarbejdere siden sidste tilsyn har fået tablet og dermed lettere adgang til at tilgå MyMedCards og VAR

²¹ I dette spørgsmål afrapporteres kun besvarelser fra de relevante faggrupper, dvs. besvarelser fra sygeplejersker, assistenter og hjælpere.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At 32 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til, om de bruger VAR, når de er i tvivl om en procedure.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At 79 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR.
- At 81 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende MyMedCards.

Tilsynet anbefaler:

At enheden arbejder med at sikre, at medarbejderne får et øget kendskab til, hvordan og hvornår VAR skal anvendes.

Rehabilitering

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

- Interviews med 6 borgere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser
- Enhedens og tilsynets audit af i alt 16 borgerjournaler

Ved interview med beboere fremgår det at:

- Alle beboerne angiver at de er 'helt enige' eller 'enige' i, 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:

- 40 % af medarbejderne angiver, at de i 'meget høj grad' eller 'i høj grad' kender borgernes livshistorie. 40 % angiver 'i nogen grad', 20 % angiver 'i mindre grad'.
- 65 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' aktivt inddrager borgerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter. 23 % angiver 'i nogen grad'.

Af journalaudit fremgår det at:

- Borgers vurdering gennemgående ikke er angivet ved funktionstilstande
- Borgers mål ikke er angivet konsekvent ved helbredstilstande
- Borgers motivation ikke konsekvent er dokumenteret
- Der er oprettet indsatsmål for alle relevante tilstande
- Borgers indsats er gennemgående beskrevet i døgnrytmeplanen

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

I vurderingen er der lagt vægt på at:

- Borgers vurdering gennemgående ikke er angivet ved funktionstilstande

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

- 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 medicin håndtering, vurderes ud fra:

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

- 53 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Magtanvendelse'. Ud af de 53 medarbejdere har 43 medarbejdere gennemført kurset. 10 medarbejder er tilmeldt kurset, men ikke gennemført kurset.
- 19 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicin håndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'. Ud af de 19 medarbejdere har 7 medarbejdere gennemført kurset. 3 medarbejder er tilmeldt kurset, men har ikke gennemført kurset. 9 medarbejdere har tidligere gennemført kurset, men kurset er udløbet og kræver en recertificering.
- 32 medarbejder er tilmeldt kurset 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere'. Ud af de 32 medarbejdere har 25 medarbejdere gennemført kurset. 2 medarbejdere har tidligere gennemført kurset, men kurset er udløbet og kræver en recertificering. 5 medarbejder er tilmeldt kurset, men har ikke gennemført kurset.

Af interview med ledelsen om arbejdet med handleplanen på baggrund af henstilling fra sidste års tilsyn fremgår det:

- At der bliver tjekket op hvem der mangler at gennemføre e-læring, så de kan blive sat i gang

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

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

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

Tilsynet henstiller til

- At der iværksættes en indsats for at få alle relevante medarbejdere til at gennemføre de obligatoriske e-læringskurser.

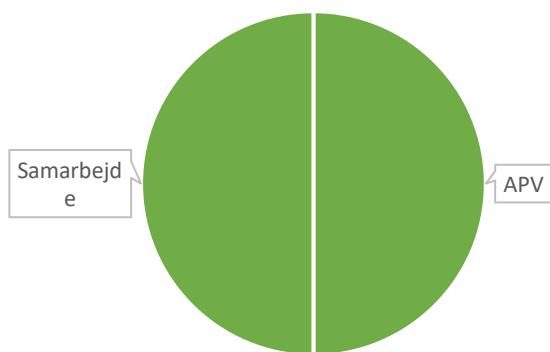
Organisation

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

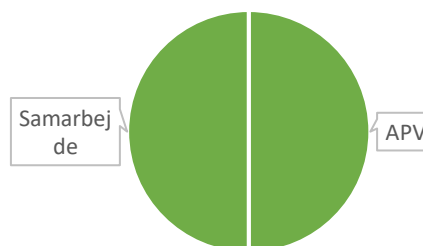
- APV
- Samarbejde
- Budgetoverholdelse
- Sygefravær
- Eksterne tilsyn

Oversigt over tilsynets vurdering

Organisatorisk bæredygtighed
2022



Organisatorisk bæredygtighed
2021



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

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

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

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

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

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

APV

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

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

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

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

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

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:

- 48 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. 48 % af medarbejdere svarer, at der er 'både og'.
- 72 % af medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne på arbejdspladsen. 25 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
- 70 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med eget team. 22 % angiver 'både og'.
- 73 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med andre enheder i Sundhed og Omsorg. 27 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
75 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med ledelsen. 21 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
- 82 % 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 er et 'godt' eller 'meget godt' samarbejde mellem medarbejderne mellem.

Sygefravær

Vurderingen af enhedens sygefravær, bygger på:

Af sygefraværsoversigten fremgår det:

- At sygefraværsprocenten for enheden har været på 4,44 % i perioden.

Budgetoverholdelse

Tilsynet vurderer, at der er udfordringer med budgetoverholdelsen på Demenscentret. Udfordringerne skyldes især, at centeret har været belastet af langvarig sygdom og en del personaleafgang. Endvidere har den seneste periode været præget, at der er kommet flere komplekse borgere (udadreagerende/vandrende), som har krævet en betydelig indsats i de først uger indtil borgeren er faldet til.

Det forventede årsresultat i 2022 for Demenscenteret, som omfatter både plejeboliger og dagtilbuddet, er et merforbrug på cirka 0,9 mio. kr.

Bilag 1: Oversigt: Journalaudit

Antal journaler hvor følgende er opfyldt:

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

Bilag 2: Enhedens handleplaner

Handleplan - dokumentation

Vi fortsætter nu med at lave journalaudit fast hver 3 måned på 4 borgere. Næste gang bliver januar 2023. Dokumentationsansvarlig har opgaven. Sygeplejersker og demenskoordinatorer vender tilbage, hvis de finder fejl og mangler ved nye indflytninger til kontaktassistent samt nævnes ovenstående udviklingsområder, på det næste teammøde af afdelingsleder, Janne Press Andersen. Forflytningsvejleder er bedt om at gennemgå alle borgere med forflytninger og AMR er tovholder på der foreligger APV og forflytningsbeskrivelser. Der tages hånd om, en håndtering af samtykke fra svært Kognitivt skadede beboere og inddragelse af stedfortrædende samtykke skal kunne ses i dokumentationen.

På alle dokumentationsdage/aftner samt fælles assistentmødet vil vi tillige opridse rammer og krav til vores dokumentation. Aftaleholder, Helle Thomsen er ansvarlig.

Handleplan – delegation og kompetencer

Der er blevet udformet et udførligt og relevant materiale i forhold til introduktion af nye medarbejdere. Selvom materialet er blevet gennemgået og godkendt af LMU mangler det dog fortsat at blive omsat til praksis.

Janne Press Andersen vil genbesøge introduktionsmaterialet og gøre det levende ved at sætte dato og tid på de enkelte elementer. Vi vil i lederteamet ligeledes lave specifikt materiale til dels mentorer, nøglepersoner og ledere i forhold til hvilken introduktion materialet giver anledning til. Vi vil ligeledes veksle mellem praktisk introduktion og faglig introduktion – herunder kurser og vidensdeling af relevant karakter.

Det vil kunne give mening at udpege mentorer som klædes på til netop denne opgave,

Det er vores oplevelse at det i perioder (sommerferien) har været kompliceret at komme på højde med kravene på arbejdspladsen. Vi tror at vi vil kunne imødekomme kravene til grundig introduktion ved at lave fælles intro og fælles kurser til og af vores nye medarbejdere/ afløsere.

Vi drøfter muligheden for at udpege mentorer

Vi udformer intromateriale til mentorer, nøglepersoner og ledere

Vi planlægger i vagtplanen hvornår nye medarbejdere introduceres for dels det praktisk - og dels det faglige og teoretiske arbejde

Vi ansætter i "klumper" og introducerer nye medarbejdere/ afløsere til ældre – og demensområdet

Der udleveres ved ansættelsen et delegeringsskema med afsæt i kompetenceafklaringskemaet. Som udfyldes og efterfølgende følges op årligt ved MUS-samtalen eller ved aktuelle borgerspecifikke ydelser, og deles med kollegaer på teammøde, når alle er igennem. Vi har ikke gennemført MUS i 2022 - men har planlagt det skal finde sted ultimo 2023.

Handleplan - e-learning.

Alle medarbejder vil blive bedt om at tage de obligatoriske kurser. Der vil blive lagt tid til dette ind i vagtplanen alternativt vil det være muligt at tage kurserne i fritiden mod ekstratimer. Medicinkurserne vil fortløbende blive lagt i den enkelte medarbejders arbejdsplan. Nye medarbejdere skal tage kurserne indenfor 14 dage. Kurserne lægges ind i introprogrammet.

Ovenstående blev meldt ud på stormøde den 27.9 og alle der mangler har fået en personlig mail.

Bilag 3: Referat: Høring af kommunal tilsynsrapport i Beboer- og pårørenderådet den 27. oktober 2022

Tilsynsrapporten for Plejecenter Fuglsanggården har været i høring i Beboer- og pårørenderådet for Plejecenter Fuglsanggården den 27. oktober 2022.

Tilstedeværende: Beboer- og pårørenderepræsentanter: Grethe Bøje (næstformand og pårørende), Lisette Bak Thorsen (pårørende)

Repræsentant for Ældrerådet: Hans Erik Nielsen

Medarbejderrepræsentant: Rikke Eriksen

Ledelsesrepræsentant: Helle Thomsen (Plejecenterleder)

Beboer- og pårørenderådet angiver:

- At de genkender billedet af, at medarbejderne har været pressede i sommeren 2022 – men udover i denne periode, opleves medarbejderne ikke at være pressede.
- At de har en meget positiv opfattelse af plejecenteret
- At de har indtryk af, at Plejecenter Fuglsanggården handler relevant på de udfordringer der er
- At der er afholdes gode arrangementer med stor tilslutning på plejecenteret
- At man på plejecenteret er gode til at understøtte det sociale