

Plejecenter
Fuglsanggården
Kommunalt
tilsyn

9. september
2020

Indhold

| | |
|--|----|
| Indledning..... | 3 |
| Målepunkter i det kommunale tilsyn | 3 |
| Datagrundlaget for det kommunale tilsyn..... | 3 |
| Rapportens opbygning..... | 4 |
| Præsentation af enheden..... | 5 |
| Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set..... | 6 |
| Sammenfatning | 7 |
| Patientsikkerhed..... | 9 |
| Oversigt over tilsynets vurdering..... | 9 |
| Den sundhedsfaglige dokumentation..... | 10 |
| Medicinkontrol | 11 |
| Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)..... | 11 |
| Brugertilfredshed | 12 |
| Oversigt over tilsynets vurdering..... | 13 |
| Brugertilfredshed..... | 13 |
| Klager/bekymringshenvendelser | 14 |
| Faglighed..... | 15 |
| Oversigt over tilsynets vurdering..... | 15 |
| Delegation og kompetencer | 16 |
| Kendskab til instrukser og retningslinjer | 16 |
| Organisation | 17 |
| Oversigt over tilsynets vurdering..... | 17 |
| Budgetoverholdelse..... | 17 |
| Arbejds miljø | 18 |
| Opsamling på andre/tidligere tilsyn | 19 |
| Bilag 1 | 20 |
| BILAG 2: Høringssvar: Bruger- og pårørenderådet, Plejecenter Fuglsanggården..... | 22 |

Indledning

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

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 og medicin håndtering
- Brugertilfredshed
 - Herunder: Behandling af klager og bekymringshenvendelser og brugertilfredshed
- Faglighed
 - Herunder: Arbejdet med delegation og kompetencer og medarbejdernes kendskab til relevante instrukser, procedurer og retningslinjer
- Organisatoriske forhold
 - Herunder: Budgetoverholdelse, arbejdsmiljø og øvrige tilsyn

Datagrundlaget for det kommunale tilsyn

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

Oversigt over datagrundlag i det kommunale tilsyn 2020 på enheden

- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere om det lokale arbejde med sikring og udvikling af henholdsvis patientsikkerhed, brugertilfredshed, faglighed og organisatorisk bæredygtighed
- Interview med fire beboere vedrørende deres mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede service på enheden. Beboerne er udvalgt ved, at tilsynsenheden har sendt en liste over relevante beboere¹ til enheden og enheden efterfølgende har indhentet samtykke fra de beboere på listen, der ønskede at deltage i interviewet
- Interview med tre medarbejdere vedrørende arbejdsmiljø og de faglige rammer for deres arbejde. De interviewede har været tilfældigt udvalgte medarbejdere, der har været på arbejde den dag, hvor tilsynet fandt sted
- Stikprøvekontrol af en dispensering og to borgeres medicinbeholdning
- Uanmeldt journalauditering på fire borgerjournaler i forhold til 63 vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet
- Enheden har udført en lokal journalaudit på otte af deres borgerjournaler ud fra de samme 63 kriterier
- Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er
- Oversigt over antallet af klager og bekymringshenvendelser modtaget af forvaltningen siden 01.01.2019
- Udtræk fra medarbejder-app'en MyMedCards i forhold til hvilke medarbejdere, der har set/læst hvilke instrukser og retningslinjer
- Opgørelse pr. 01.11.2020 af forventet budgetoverholdelse for regnskabsåret 2020

¹ Relevante beboere er beboere, der på baggrund af deres journaloplysninger vurderes at have de kognitive og fysiske forudsætninger for at deltage i interviews.

- Oversigt over sygefraværprocenten
- Tilsynsrapporter fra eksterne tilsyn på enheden udført i perioden januar 2019 til september 2020

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.

I afsnittet **Enhedens arbejde fremadrettet** er en grafisk oversigt over og et resume af tilsynets samlede vurdering af enhedens handleplaner for de områder, hvor tilsynet har henstillet til, at der udarbejdes en handleplan.

Resten af tilsynsrapporten er delt op i fire hovedafsnit, der hvert belyser et hovedområde af betydning for vurderingen af den samlede kvalitet på enheden. De fire hovedområder er: *Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisation.*

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

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.

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

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

Præsentation af enheden

Plejecenter Fuglsanggården er en kommunal plejeenhed med 40 boliger – heraf er 15 specialpladser for svær demens, fem er midlertidige pladser og 20 er plejeboliger. Pr. 1. september er der en ledig bolig.

- Plejecenter Fuglsanggården har 90 medarbejdere ansat fordelt på følgende faggrupper: Psykomotorisk terapeuter, sygeplejersker, ergoterapeut, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ernæringsassistenter, pædagoger, pædagogiske assistenter, husassistent, teknisk servicemedarbejder, psykoterapeut og motionsven. Der er tilknyttet et netværk af frivillige.
- Plejecenteret er opdelt i fire afdelinger med 10 boliger i hver afdeling. Medarbejderne er organiseret i to teams, der er tilknyttet to afdelinger hver. Der er dagtilbud, centerdel og køkken samt et udekørende demensteam til hjemmeboende. Alle medarbejdere undtagen centerdel og sygeplejersker arbejder i to-holds skift.
- Ledelsen varetages af plejecenterleder, sygeplejerske, Helle Thomsen og afdelingsleder pr. 1.10 fysioterapeut, Lotte Oldrup Rasmussen.

Fremmødeprofil uden køkken og eksterne enheder. Eleverne indgår i nedenstående tal.

- Dagvagt: 14-16 i hele huset. Blandet faggrupper. En til tre sygeplejersker. Herudover teknisk servicemedarbejder, ernæringsassistenter og ledere.
- Aftenvagt: Otte til ni i hele huset. Blandet faggrupper. To til tre social- og sundhedsassistenter.
- Nattevagt: To i hele huset. En social- og sundhedshjælper og en social- og sundhedsassistent.

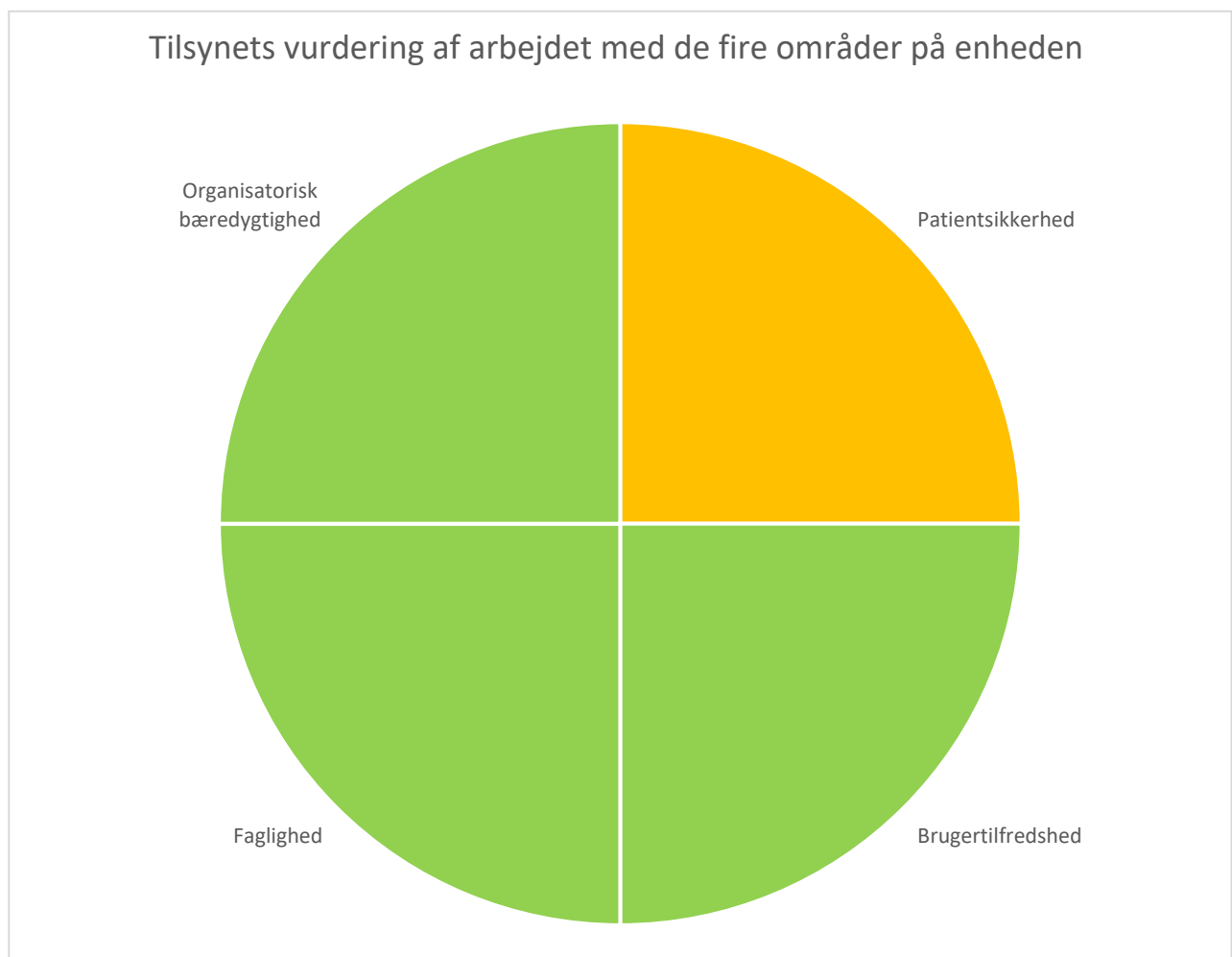
Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set

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

En rød farve viser, at der er fundet et eller flere kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden/kvaliteten inden for det pågældende område.

En gul farve viser, at der er fundet et eller flere forhold af mindre betydning for patientsikkerheden/kvaliteten inden for det pågældende område.

En grøn farve viser, at der ikke er fundet et eller flere forhold af betydning for patientsikkerheden/kvaliteten inden for det pågældende område.



Sammenfatning

Patientsikkerhed: Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med den sundhedsfaglige dokumentation, medicin håndtering og utilsigtede hændelser² (UTH'er): *At der er gjort fund af mindre betydning for patientsikkerheden.*

I den samlede vurdering af arbejdet med patientsikkerhed på enheden er der lagt vægt på:

- At der ikke var dokumentation for, at der er fulgt op på en måling, der indikerede en forværring i en beboers tilstand
- At beboernes samtykke ikke dokumenteres systematisk jævnfør gældende lov på området

I vurderingen af enhedens arbejde med patientsikkerhed er der også lagt vægt på:

- At der gennemgående er en rød tråd i journalerne, hvor der er oprettet de relevante tilstande og opfølgning på observationsnotater
- At der ses en gennemgående orden og systematik i dispenseringen og i borgerens medicinbeholdning
- At der er et løbende fokus på at få indberettet UTH'er
- At der følges op i forhold til de typer af UTH'er, der indberettes
- At der er en opmærksomhed på at skabe rammer for arbejdet, der imødegår fremtidige UTH'er

Brugertilfredshed: Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med at håndtere klager og bekymringshenvendelser og beboernes tilkendegivelser i tilfredshedsundersøgelsen: *At der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten af den leverede kvalitet og service.*

I den samlede vurdering er der lagt vægt på:

- At de interviewede beboere giver udtryk for tilfredshed
- At beboernes tilkendegivelser i forhold til det begrænsede udbud af aktiviteter ses i lyset af de restriktioner, COVID-19 har medført
- At der ikke er modtaget klager eller bekymringshenvendelser i perioden januar 2019 - august 2020

Faglighed: Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med at understøtte, at den nødvendige og relevante faglige viden og medarbejderkompetencer er til stede i enheden i forhold til de opgaver, der skal løses samt medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer: *At der ikke er gjort fund af betydning for den leverede faglighed.*

I den samlede vurdering er der lagt vægt på:

- At der arbejdes løbende og systematisk med kompetenceafklaringskemaet i forhold til hver enkelt medarbejder
- At der er arbejds gange, der understøtter sikringen af, at de fornødne kompetencer er til stede ved opgaverne
- At der er et kontinuerligt fokus på, at støtte op om en kultur blandt medarbejderne, hvor man er forpligtiget til at være åben om faglig usikkerhed
- At der er tydelige og kendte kommunikationsveje

² En UTH er en hændelse, hvor sundhedspersoner uforvarende forvolder fejl og skader, når borgerne behandles eller på anden måde er i kontakt med enheden.

- At der er en proces undervejs i forhold til at sikre en systematisk videreformidling af nye og relevante retningslinjer mm.

Organisatorisk bæredygtighed: Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens budgetoverholdelse, eksterne tilsyn og arbejdet med at understøtte arbejdsmiljøet: *At der er ikke er gjort fund i forhold til den organisatoriske bæredygtighed.*

I den samlede vurdering er der lagt vægt på:

- At budgettet for indeværende år forventes overholdt
- At der arbejdes systematisk med APV'er (Arbejdspladsvurderingsskemaer vedrørende de borgerrelaterede forhold - herunder adgangsforhold og hjælpemidler i beboerens hjem/lejlighed)
- At der er et lavt sygefravær – også i forhold til landsgennemsnittet
- At medarbejderne udtrykke tilfredshed og faglig stolthed ved at arbejde på enheden

Patientsikkerhed

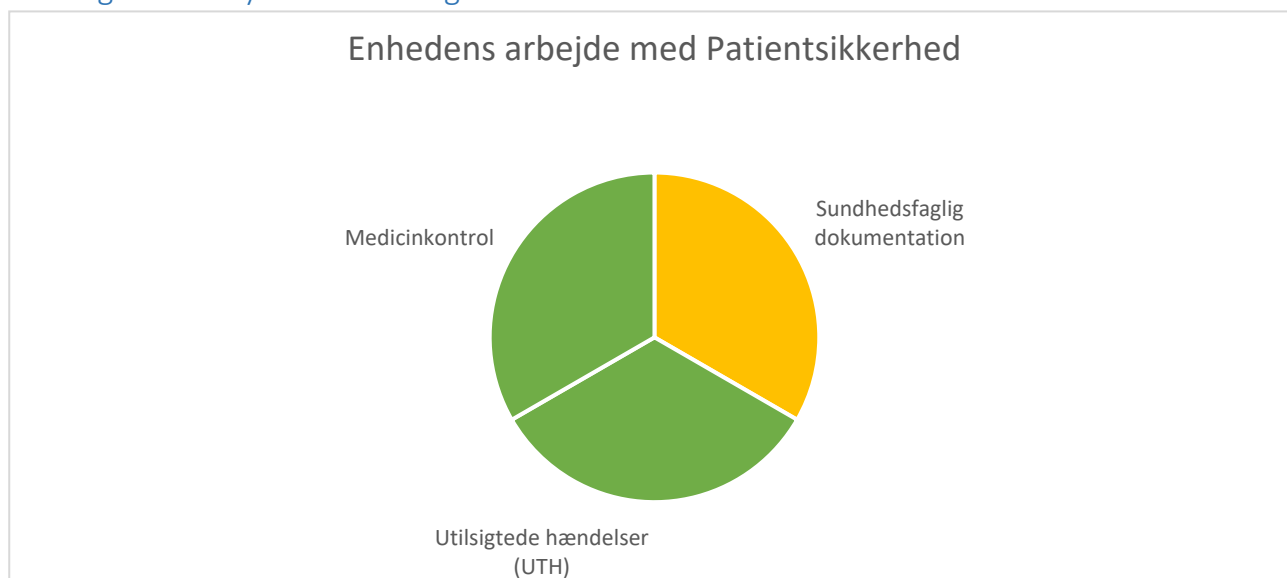
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med sundhedsfaglige procedurer for at forebygge utilsigtede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

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

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

- Den sundhedsfaglige dokumentation på enheden
- Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser
- Enhedens medicin håndtering
- Tilsynsrapporter fra perioden januar 2019 til september 2020

Oversigt over tilsynets vurdering



En rød farve viser, at der er fundet et eller flere kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

En gul farve viser, at der er fundet et eller flere forhold af mindre betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

En grøn farve viser, at der ikke er fundet et eller flere forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

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

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

Den sundhedsfaglige dokumentation

Tilsynets vurderingen af kvaliteten i enhedens sundhedsfaglige dokumentation bygger på:

- Tilsynsenhedens uanmeldte journalaudit på fire tilfældigt udvalgte³ borgerjournaler i forhold til 63 vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet
- Enhedens lokale journalaudit på otte af deres borgerjournaler ud fra de samme 63 kriterier

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Enheden og tilsynsenheden finder gennemgående ved journalaudit:

- At der mangler dokumentation for opfølgning på afvigende målinger
- At borgerens fremtidsønsker ikke er udfyldt under generelle oplysninger
- At der mangler borgers samtykke og borgers perspektiv i handlingsanvisning
- At der mangler angivelse af tærskelværdier i målinger
- At der ikke er henvisning til borgers samtykke i korrespondancer med tredjepart
- At der ikke systematisk følges op med observation af effekt efter PN

Men begge enheder finder også:

- At der generelt er oprettet de relevante tilstande, indsatser, indsatsmål og handlingsanvisninger
- At der følges op på observationer, der angiver en forværring i borgers tilstand – men at der ikke skrives handleanvisende i forhold til dette

Forskelle i enhedernes fund

Tilsynsenhedens finder derudover gennemgående:

- At der mangler vurdering af borgerens evne til at varetage helbredsmæssige interesser
- At der er en varierende kvalitet af de faglige notater – nogle er meget strukturerede, andre er ikke
- At der mangler handlingsanvisende kommunikation i observationsnotater

Ikke-gennemgående fund

Tilsynsenhedens finder derudover enkelte journaler, hvor det ses:

- At der ikke systematisk er angivelse af aktuelle symptomer, så det er muligt at vurdere afvigelse
- At der ikke helt konsekvent er valgt de relevante udredninger
- At der ikke er præcis beskrivelse af, hvad indsatsmålet er
- At der mangler relationer omkring målinger og observationer
- Borgers vurdering fremgår rigtig fint af nogle journaler – men ikke gennemgående

Af sidste års tilsyn fremgår det:

- At det anbefales, at Plejecenter Fuglsanggården tydeliggør, hvordan der følges op på tilstande, for eksempel ved at relatere observationer til tilstanden indtil tilstanden revideres
- At det anbefales, at observationer af forværringer er handleanvisende i forhold til, hvad der skal handles på/hvad man skal være opmærksom på fremadrettet

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at der ikke er dokumentation for, at der er fulgt op på en måling, der indikerer en forværring i beboerens tilstand og at beboernes samtykke ikke dokumenteres systematisk

³ Disse journaler er tilfældigt udvalgt ved hjælp af et computerprogram

jævnfør gældende lov på området. I vurderingen er der også lagt vægt på, at der gennemgående er en rød tråd i journalerne, hvor der er oprettet de relevante tilstande, der er fyldestgørende faglige notater, relevant udfyldte indsatsmål og handlingsanvisninger og opfølgning på observationsnotater.

Tilsynet henstiller til:

- At der ensartet og systematisk dokumenteres opfølgning på målinger, der indikerer en forværring i borgers tilstand
- At borgers samtykke, eller et stedfortrædende samtykke, dokumenteres systematisk i forbindelse med pleje og behandling og videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart

Tilsynet anbefaler:

- At der skrives handleanvisende i observationsnotater – jf. også sidste års anbefalinger

Medicinkontrol

Tilsynets vurderingen af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

- Tilsynsenhedens observation af en dispensering
- Tilsynsenhedens gennemgang af to borgeres medicinbeholdning

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved observation af dispensering og gennemgang af medicinbeholdning finder tilsynet:

- At der ses en gennemgående orden og systematik i dispenseringen og i borgerens medicinbeholdning

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At doseret medicin kontrolleres og sammenholdes med opdateret medicinliste ved udlevering af planlagt medicin
- At ændringer i medicinpræparater registreres og dokumenteres efter retningslinjerne for medicindispensering
- At medicinæsker er korrekt mærket med navn og cpr-nummer

Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)

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

- Udtræk fra indrapporteringssystemet DPSD, der viser hvor mange utilsigtede hændelser, der er indrapporteret på enheden inden for det seneste år fordelt på måneder og hvilke typer af utilsigtede hændelser, der er indrapporteret (se Bilag 1)
- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere om organiseringen af og strategien for arbejdet med utilsigtede hændelser på enheden

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af dataudtrækket fremgår det:

- At størstedelen af de indrapporterede UTH'er vedrører medicinering
- At UTH'er vedrørende infektioner er underrepræsenterede i forhold til det faktiske antal

- At antallet af UTH'er er stabilt hen over året – fraset marts og sommerperioden

Af dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fremgår det:

- At typer af UTH'er og læring udtaget af UTH'er ikke er et fast punkt på de løbende møder for medarbejdere
- At der er et fast fora, hvor der ses på, hvilke typer af UTH'er der indberettes
- At der hovedsageligt er fokus på enkeltstående UTH'er af alvorlig karakter
- At der arbejdes med at undgå forstyrrelser, da de ses som årsag til UTH'er

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: At der ikke er gjort fund i forhold til enhedens arbejde med UTH'er.

Tilsynets vurdering bygger på, at der er et løbende fokus på at få indberettet UTH'er, at der følges op i forhold til de typer af UTH'er, der indberettes og at der er en opmærksomhed på at skabe arbejdsvilkår, der imødegår fremtidige UTH'er.

Tilsynet anbefaler

- At der kommer et øget fokus på at indberette andre typer af UTH'er end medicinering – eksempelvis UTH'er i forhold til infektioner
- At gennemgangen af UTH'er og læring udtaget af UTH'er bliver et fast punkt på de løbende møder for medarbejdere
- At der arbejdes systematisk med forbedringstiltag på baggrund af de indrapporterede UTH'er

Brugertilfredshed

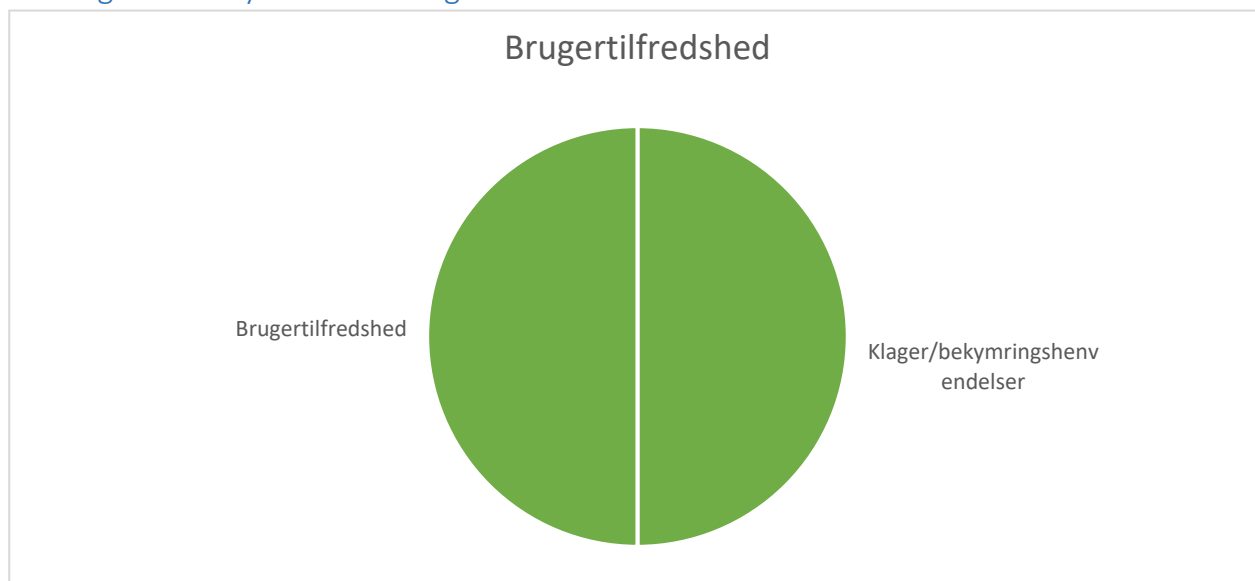
I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser⁴. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social services §§ 83, 83a og 86.

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

- Brugertilfredshed
- Klager/bekymringshenvendelser

⁴ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

Oversigt over tilsynets vurdering



En rød farve viser, at der er fundet et eller flere kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

En gul farve viser, at der er fundet et eller flere forhold af mindre betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

En grøn farve viser, at der ikke er fundet et eller flere forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

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

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

Brugertilfredshed

Tilsynets vurdering af brugertilfredsheden på enheden bygger på:

- Interview med fire beboere

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewet⁵ fremgår det:

De fire beboere giver helt overordnet udtryk for stor tilfredshed med *de fysiske rammer på plejecenteret*. Beboerne giver udtryk for tilfredshed med deres bolig på plejecenteret, med plejecenterets fællesarealer og med de udendørs arealer.

Adspurgt om vurderingen af *aktiviteter og socialt samvær på plejecenteret* angiver de fire beboere at være 'tilfredse' med de daglige aktiviteter og arrangementerne på plejecenteret. Nogle beboere gav udtryk for, at de savnede nogle at tale med i hverdagen. Siden foråret har der været begrænsninger i samværet og aktiviteter på plejecenteret.

⁵ Da der kun er interviewet fire beboere beskrives svarene ikke detaljeret for at sikre, at den enkelte beboers besvarelser ikke vil kunne blive genkendt.

Beboere er gennemgående tilfredse med *hjælpen til den personlige pleje*. De beboere, der får hjælp, angiver således at være 'tilfredse' med hjælpen til at komme i bad, blive vasket, af- og påklædning og toiletbesøg. Beboere angiver at være 'tilfredse' med hjælpen til den personlige pleje samlet set.

De fire beboere er samlet set tilfredse med *den praktiske hjælp*. Alle fire beboere angiver at være 'meget tilfredse' med rengøringen af fællesarealerne, "meget tilfredse" eller "tilfredse" med hjælp til tøjvask og rengøring af deres bolig.

Alle fire beboere vurderer *maden* som 'god' eller 'meget god'.

Alle fire beboere er 'helt enige' og 'enige' i udsagnene: 'Personalet udviser respekt for mig'. 'Omgangstonen mellem mig og personalet er god' 'Personalet lytter til, hvad jeg har behov for'. Der er stor spredning i vurderingen af udsagnet: 'Hjælpen er lige god uanset hvilken hjælper, der kommer'. Her fordeler svarerne sig jævnt over hele skalaen fra 'helt enig' til 'uenig'.

I forhold til vurderingen af *de praktiske forhold vedrørende hjælpen* angiver alle fire beboere 'ja, i høj grad' og 'i nogen grad' til, at de får den hjælp, de har behov for og om, at de deltager i de ting, de kan og ønsker at deltage i. I forhold til om personalet tager hensyn til, hvordan de gerne vil have deres døgnrytme angiver beboerne 'i høj grad' 'i nogen grad' og 'i mindre grad'. Beboerne fortæller, at hjælpen, de bliver lovet, flyttes til et andet tidspunkt på dagen ved travlhed.

Beboerne stilles tre spørgsmål, der skal afdække om indsatsen opleves at have et *rehabiliterende fokus*. Her angiver de fire beboere 'ja, i høj grad' og 'i mindre grad' i forhold til, om de deltager i udførelsen af hjælpen. Der er forskel på beboernes besvarelser af, om de har været med til at sætte mål for hjælpen og om de arbejder efter de aftalte mål. Her svares både 'ja, i nogen grad' og 'nej, slet ikke'.

De fire beboere gav udtryk for *samlet set* at være 'meget tilfredse' eller 'tilfredse' med at bo på Plejecenter Fuglsanggården.

Tilsynets vurdering: At der ikke er gjort fund i forhold til brugertilfredsheden på Plejecenter Fuglsanggården.

I vurderingen er lagt vægt på, at de interviewede beboere giver udtryk for tilfredshed med at bo på plejecentret. Beboernes hjælp bliver ikke aflyst, men kan blive flyttet til et senere tidspunkt på dagen. Det begrænsede udbud af aktiviteter ses i lyset af de restriktioner COVID-19 har medført.

Tilsynet anbefaler

- At der er et fokus på at sikre, at hjælpen opleves som lige god, uanset hvilken hjælper der er tale om
- At der så vidt muligt er fokus på at inddrage borgeren i arbejdet med mål for indsatsen

Klager/bekymringshenvendelser

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med at imødegå og håndtere klager og bekymringshenvendelser bygger på:

- Oversigt over antallet af klager og bekymringshenvendelser modtaget af forvaltningen siden 01.01.2019
- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af oversigten over klager fremgår det:

- At forvaltningen ikke har modtaget klager eller bekymringshenvendelser i perioden

Ved dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fortælles det:

- At enheden ikke har modtaget klager i perioden

Tilsynets vurdering: At der ikke er gjort fund i forhold til kvaliteten af enhedens håndtering af bekymringshenvendelser og klager.

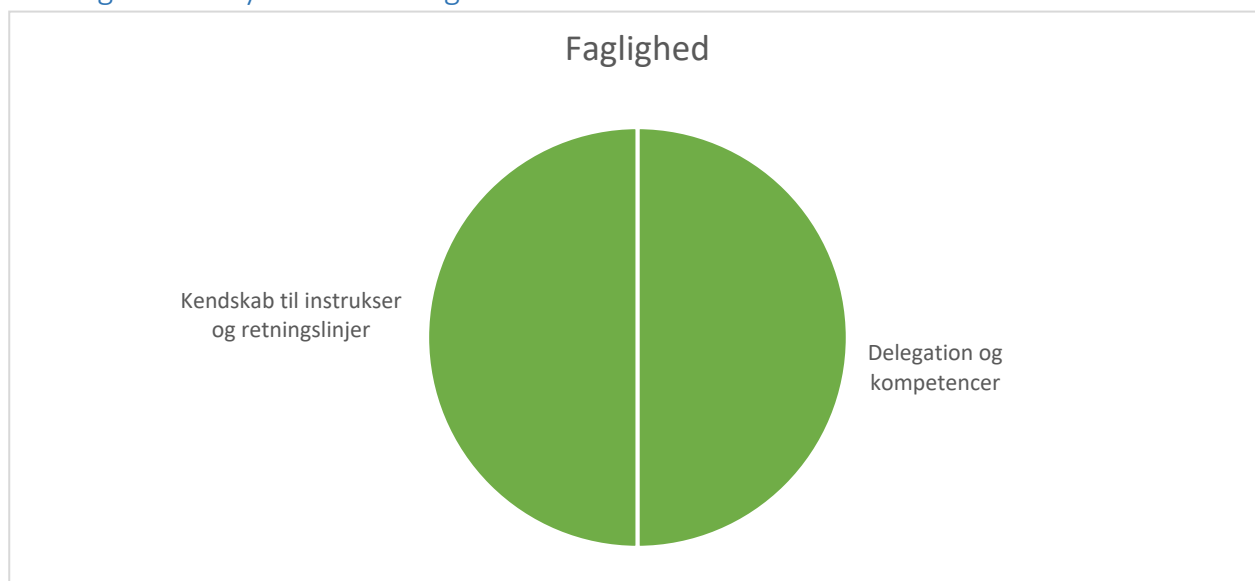
Faglighed

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

Oversigt over tilsynets vurdering



En rød farve viser, at der er fundet et eller flere kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

En gul farve viser, at der er fundet et eller flere forhold af mindre betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

En grøn farve viser, at der ikke er fundet et eller flere forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med delegation og kompetencer og medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer: *At der ikke er gjort fund af mindre betydning for den leverede faglighed.*

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

Delegation og kompetencer

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

- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere

Ved dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fortælles det:

- At der arbejdes aktivt med kompetenceafklaringskemaet, så alle medarbejdere uanset faggruppe gennemgås minimum en gang årligt i forbindelse med MUS/TUS
- At opgaverne ved nye beboere systematisk gennemgås i forhold til medarbejdernes kompetencer
- At medarbejderne understøttes i at søge hjælp fra udekørende sygeplejerske ved tvivlsspørgsmål
- At ledelsen mødes med medarbejdere hver morgen ved vagtstart blandt andet med henblik på at sikre, at der er de fornødne kompetencer tilstede ved dagens opgaver

Tilsynets vurdering: At der ikke er gjort fund i forhold til, hvordan enheden sikrer, at de rigtige kompetencer er til stede ved alle opgaver og at kommunens retningslinjer for delegation efterleves.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der arbejdes løbende og systematisk med kompetenceafklaringskemaet i forhold til hver enkelt medarbejder, at der er arbejdsgange, der understøtter sikringen af, at de fornødne kompetencer er tilstede ved opgaverne, og at der er et kontinuerligt fokus på, at støtte op om en kultur blandt medarbejderne, hvor man kan og bør være åben om faglig usikkerhed.

Kendskab til instrukser og retningslinjer

Tilsynets vurdering af om det på enheden sikres, at medarbejderne har den opdaterede, relevante og nødvendige viden for opgavevaretagelsen bygger på:

- Udtræk fra medarbejder-app'en MyMedCards i forhold til hvilke medarbejdere, der har set/læst hvilke instrukser og retningslinjer
- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

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

- At alle de udvalgte kort i MyMedCards er blevet set af mindst en medarbejder på enheden og højst ni medarbejdere inden for de relevante faggrupper
- At der er færrest der har set kortet: Generelle principper for at undgå smittespredning og flest der har set kortet Action card:COVID-19

Ved dialog med ledelsen og medarbejdere fortælles det:

- At der er faste og kendte kommunikationsveje i forhold til, hvilken informationstype der sendes ud og hvordan til medarbejderne
- At der ikke er en tydelig systematik i forhold til, hvornår medarbejderne orienterer sig i MyMedCards
- At der er en proces undervejs i forhold til at sikre, at medarbejderne systematisk er opdateret i forhold til relevante retningslinjer og procedurer i forhold til deres ansvarsområder og opgaver

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at der er tydelige og kendte kommunikationsveje og der er en proces undervejs i forhold til, at sikre en systematisk videreformidling af nye og relevante retningslinjer mm.

Organisation

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

- Budgetoverholdelse
- Arbejdsmiljø
- Eksterne tilsyn

Oversigt over tilsynets vurdering



En rød farve viser, at der er fundet et eller flere kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

En gul farve viser, at der er fundet et eller flere forhold af mindre betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

En grøn farve viser, at der ikke er fundet et eller flere forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens budgetoverholdelse, arbejde med arbejdsmiljø og eksterne tilsyn: *At der ikke er gjort fund af betydning for den organisatoriske bæredygtighed.*

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

Budgetoverholdelse

Vurderingen af Plejecenter Fuglsanggårds overholdelse af budgettet, bygger på:

- Oversigt over forventet regnskab for 2020

Af budgetoversigten fremgår det:

- At der pr. 1. december 2020 forventes et merforbrug på ca. 0,3 mio. kr. Merforbruget vedrører primært merudgifter afledt af corona. Der er tilsvarende et merforbrug vedrørende driften af cafe og produktionskøkken. Dette er ikke medregnet her.

Tilsynet vurderer at der ikke er udfordringer med budgetoverholdelsen. Det aktuelle merforbrug skyldes udgifter relateret til Covid-19, som forventes at blive dækket af statslig kompensation. Det merforbrug som ikke vedrører Covid-19 afholdes inden for sundheds- og omsorgsområdets samlede ramme.

Arbejds miljø

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

- Tilsynsenhedens uanmeldte journalaudit på fire borgerjournaler og enhedens egen lokale audit på otte borgerjournaler i forhold til, om der er udfyldt APV'er (Arbejdspladsvurderingsskemaer vedrørende de borgerrelaterede forhold - herunder adgangsforhold og hjælpemidler i hjemmet) for alle
- Opsummering i forhold til arbejdstilsynet
- Oversigt over sygefravær i perioden 01.08.2019 – 31.07.2020
- Interview med tre medarbejdere
- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

- At 12 ud af 12 journaler i audit havde udfyldt APV-skema

Af opsummering i forhold til arbejdstilsynet fremgår det:

- At der har været tilsyn fra Arbejdstilsynet i 2019, hvor enheden fik en grøn smiley

Af oversigt over sygefravær, ses det:

- At enheden har en fraværsprocent på 4 % i perioden 01.08.2020 – 31.07.2020

Af medarbejderinterviews fremgår det:

- At de tre medarbejdere var meget tilfredse med deres arbejde. Medarbejderne gav udtryk for, at de godt kunne ønske sig mere tid i hverdagen
- At de tre medarbejdere oplevede, at samarbejdet med de pårørende var godt. To af de tre medarbejdere gav udtryk for, at de oplevede, at anbefalinger om afstand grundet COVID-19 påvirkede deres relation til de pårørende
- At de tre medarbejdere oplevede, at samarbejdet på tværs af afdelinger, faggrupper og ledelsen var godt
- At de tre medarbejdere gav udtryk for stor faglig stolthed over at arbejde på Plejecenter Fuglsanggården.

Ved dialog med ledelsen og medarbejdere fortælles det:

- At der arbejdes med det psykiske arbejdsmiljø på flere og nye måde i forhold til medarbejdernes tilgang til beboerne
- At der ikke opleves problemer med at rekruttere medarbejdere
- At sygefraværet er størst blandt elever – og at ellers opleves der ikke problemer med sygefravær

Tilsynet vurderer at der ikke er gjort fund i forhold til arbejdsmiljøet.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der arbejdes systematisk med APV'er, at der er et meget lavt sygefravær og at medarbejderne udtrykte tilfredshed og faglig stolthed ved at arbejde på enheden.

Tilsynet fremhæver: At der arbejdes systematisk og innovativt med at sikre arbejdsmiljøet i forhold til målgruppen og risikoen for udadreagerende adfærd.

[Opsamling på andre/tidligere tilsyn](#)

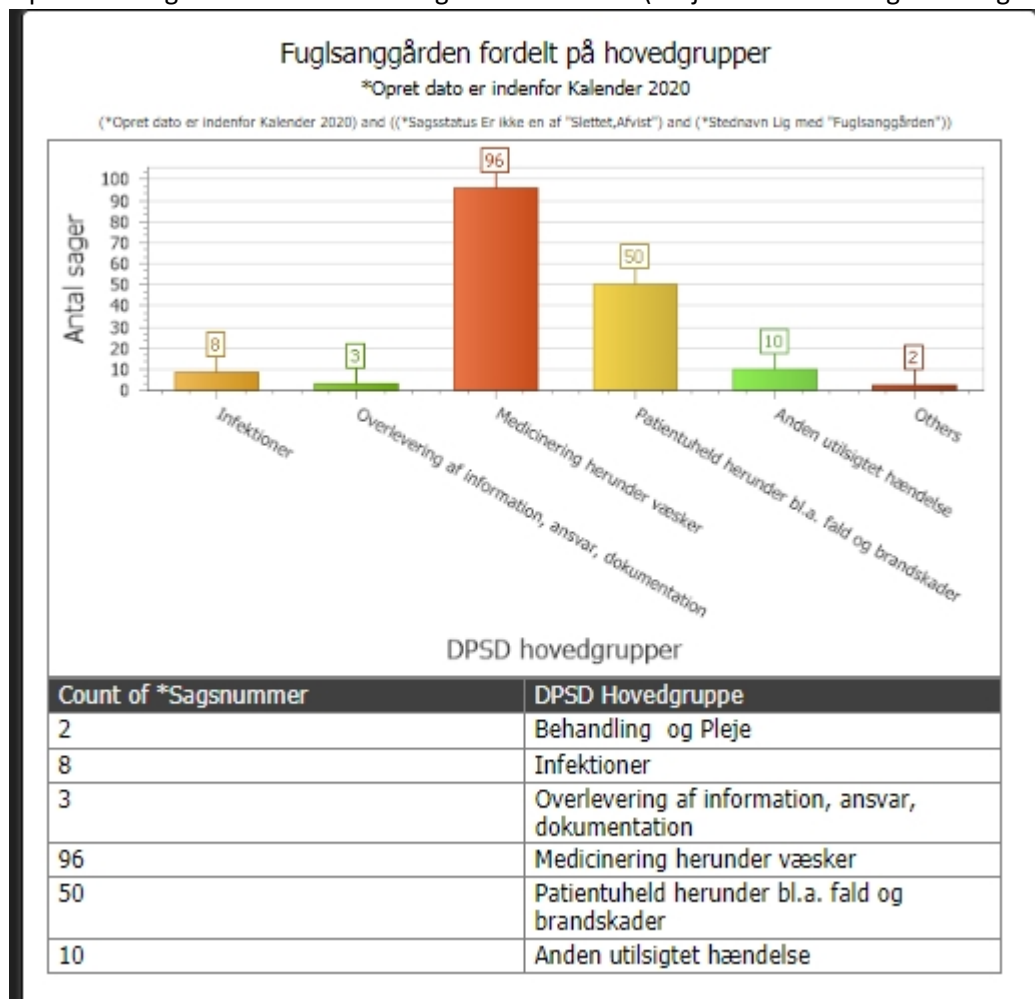
Der er tildelt en elitesmiley ved tilsyn fra Levnedsmiddelstyrelsens kontrol 2020.

Der er givet et påbud ved brandsyn 2020 vedrørende møbler i flugtvej.

Der afventes handleplan som helhed for alle plejecentrene fra Norddjurs Kommunes bygningskonstruktør.

Bilag 1

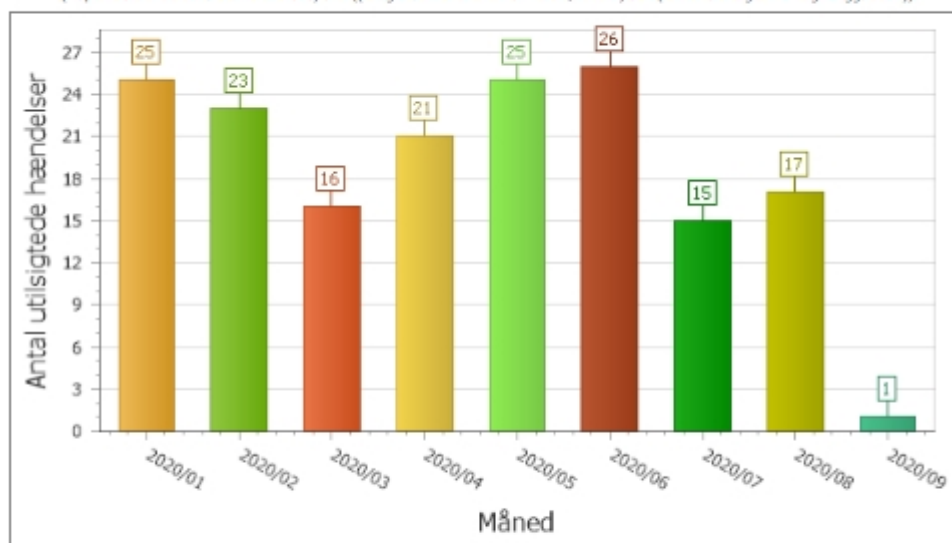
Opsummering af indberettede utilsigtede hændelser (fra januar 2020 til og med august 2020)



Antal utilsigtede hændelser på Fuglsanggården

*Opret dato er indenfor Kalender 2020

(*Opret dato er indenfor Kalender 2020) and ((*Sagsstatus Er ikke en af "Afvist,Slettet") and (*Stednavn Lig med "Fuglsanggården"))



BILAG 2: Høringssvar: Bruger- og pårørenderådet, Plejecenter Fuglsanggården

Rapporten for kommunalt tilsyn ved Plejecenter Fuglsanggården har været i høring i bruger- og pårørenderådet, Plejecenter Fuglsanggården. På grund af den særlige situation med COVID-19 er dette høringssvar indhentet på en anden måde end ved det sædvanlige dialogmøde. Tilsynsrapporten er blevet sendt til alle medlemmer af rådet, der har haft mulighed for at sende deres kommentarer til tilsynsenheden, plejecenterlederen eller formanden. Med afsæt i de indsendte kommentarer er der afholdt et telefonmøde mellem formanden, plejecenterlederen og tilsynet d. 19. maj 2021.

Deltagere i Plejecenter Fuglsanggårdens bruger- og pårørenderåd:

Brugerrepræsentanter:

Pårørenderrepræsentanter: Inge Lise Post, Poul Mahler, Jens Skovmand (formand), Grethe Bøje

Ældrerådets repræsentant: Hans Erik Nielsen

Ledelsesrepræsentant: Helle Thomsen

Medarbejderrepræsentant: Rikke Eriksen

Bruger- og pårørenderådet angiver, at det er en flot rapport, hvor der kun er småting, Plejecenter Fuglsanggården skal følge op på.

Rådet fremhæver, at det fremgår af rapporten:

- At det lave sygefravær blandt personalet, ses som tegn på et godt arbejdsmiljø.
- At personalet er stolte af deres arbejdsplads
- At der er fællesmøde hver morgen med ledelsen, hvor det sikres, at der er de relevante, kompetente medarbejdere på job den fornødne dag
- At personalet har en god indbyrdes faglig sparring, har det godt med hinanden, og er trygge ved at gå til Helle (plejecenterleder) ved behov.
- At der er en god tværfaglighed blandt de ansatte
- At budgettet overholdes
- At arbejdspladsvurdering m.v. er i orden
- At beboerne er tilfredse og roser stedet

Rådet fremhæver også, at Plejecenter Fuglsanggården har formået ovenstående resultater på trods af en svær situation med COVID-19 og deraf følgende restriktioner

Rådet udtrykker tillid til, at Plejecenter Fuglsanggården får rettet op på den påtalte mangelfulde opfølgning af virkningen af PN-medicin (medicin givet efter behov) og de påtalt infektioner