

Kommunalt
tilsyn
Plejecenter
Digterparken
D. 30. november
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	7
Sammenfatning	8
Patientsikkerhed	11
Oversigt over tilsynets vurdering.....	11
Den sundhedsfaglige dokumentation	12
Medicinkontrol	13
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)	14
Magtanvendelser	15
Hygiejne.....	15
Brugertilfredshed.....	16
Oversigt over tilsynets vurdering.....	16
Brugertilfredshed.....	16
Omgangsform og rengøring	18
Faglighed	19
Oversigt over tilsynets vurdering.....	19
Delegation og kompetencer	19
Kendskab til instrukser og retningslinjer.....	21
Rehabilitering	22
E-læring	23
Organisation.....	24
Oversigt over tilsynets vurdering.....	24
APV.....	24
Samarbejde.....	25
Bilag 1: Oversigt: Journalaudit	26
Bilag 2: Handleplan	27
Bilag 3: Referat: Høring af kommunal tilsynsrapport i Beboer- og pårørenderådet den 2. februar 2023	28

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 seks journaler
- Enheden har udført en lokal journalaudit på 10 journaler
- Interview med ledelsen om, hvordan der er blevet fulgt op på enhedens handleplaner udarbejdet med afsæt i sidste års kommunale tilsyn
- Interview med 10 beboere vedrørende deres mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede service.
- Spørgeskemaundersøgelse hos alle relevante medarbejdere ansat i enheden vedrørende de faglige rammer for deres arbejde. Spørgeskemaet er sendt ud til 105 medarbejdere. 51

medarbejdere har svaret på spørgeskemaet. Dette giver en svarprocent på 49 %. Grundet den lave svarprocent skal resultaterne tolkes med forsigtighed.

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

Rapportens opbygning

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

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

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

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

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

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

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

Præsentation af enheden

Plejecenter Digterparken er et kommunalt plejecenter med 70 plejeboliger og en Korttidsafdeling med 15 pladser.

Lederteamet består af en plejecenterleder og to afdelingsledere:

Plejecenterleder er leder af:

2 afdelingsledere, serviceteamet (består af sygeplejersker, terapeuter i plejeboligerne, pedeller og planlægger), ungarbejdere og Korttidsafdelingen – i alt ca. 35 medarbejdere

De to afdelingsledere er fordelt således:

1: 1. sal, køkken og nattevagterne – i alt ca. 35 medarbejdere – samt afløsere

2: Stuen, 2. sal, rengøringsteamet ca. 35 medarbejdere - samt afløsere

Der ansat følgende faggrupper: Sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter, planlægger ernæringsassistenter, rengøringspersonale, tekniske servicemedarbejdere, teknisk serviceleder, social- og sundhedsassistent, social- og sundhedshjælpere, ufraglærte og ungarbejdere.

Fremmødeprofil Dagvagt: ca. 30 + 2-9 elever/studerende i hele huset (social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygeplejersker, ergoterapeuter, husassistenter, fysioterapeut) Herudover (teknisk servicemedarbejder, ernæringsassistenter, ungarbejdere og ledere og planlægger)

Weekend dagvagt: 16 (social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og sygeplejersker)

Aftenvagt: 12 i hele huset (social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygeplejerske)

Nattevagt: 3 i hele huset (social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygeplejerske)

Aktuelle rammer og vilkår for arbejdet:

- 2022 har været præget af personalemangel, højere fravær end 2021 og et stort behov for ekstern vikardækning.
- Der opleves et dilemma i forhold til kravet om dokumentation og behovet for direkte beboerkontakt. Tidsmæssigt kan det give udfordringer i forhold til at nå begge dele tilfredsstillende. Desuden er der udfordring omkring manglende kontorplads, så der kan skabes arbejdsro.
- Beboerne har mange og forskelligartede ønsker til maden, der indimellem er modstridende og derfor svære at imødekomme.
- Vi har implementeret ny IT i år (tablets og nødkald), som kræver en stor omstillingsparathed.
- Der opleves en stigning i kompleksitet særligt på Korttidsafdelingen, men også i plejeboligerne.

Aktuelle udviklingsinitiativer

- 2-årigt udviklingstiltag i forhold til kommunikation og arbejdsfællesskab for hele personalegruppen.

- Vi arbejder kontinuerligt på at øge kvaliteten og systematikken i indflytnings- og opfølgende samtaler med beboere og pårørende. Herunder også målsamtaler på Korttidsafdelingen.
- Der er et øget fokus på tilbagemeldinger fra beboerne i forhold til maden og en systematisk gennemgang af denne med køkkenteamet
- Kontinuerligt fokus på arbejdsgange omkring opsporing og forebyggelse af uplanlagt væggtab. Bl.a. via kosttavler, mellemmåltids-vogne og måltidsværter
- Der er ekstra fokus på dokumentation. Vi har flere ugentlige møder med undervisning og sparring omkring dokumentation med nøgleperson.
- Vi har skabt øget opmærksomhed omkring rehabilitering og synliggørelse af dette i dokumentationen bl.a. via rehabiliteringskonferencer i plejeboligerne
- Vi prioriterer plejekonferencer, hvor sparring er omdrejningspunktet.
- Vi har stillet endnu mere skarpt på introduktion af nyt personale – herunder også afløsere.
- Vi lykkes med at vigtig information kommer ud via Nyhedsbrev
- Øget fokus på UTH'er via UTH-tavler i alle pleje-teams
- Vi har haft fokus på fravær og forebyggelse heraf.
- Øget fleksibilitet i forhold til ansættelse og fastholdelse af medarbejdere – eksempelvis ændret timetal, nye opgaver og intern flytning i huset.
- Stor succes med studiemiljø. Vi er uddannelsessted for sygeplejersker, ergoterapeuter, sosu-assistenters og sosu-hjælpere, serviceassistent og IGU-elever (integration).
- Vi er virksomhedscenter, og har et godt samarbejde med jobcenter. Vi modtager derfor mange praktikanter

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set

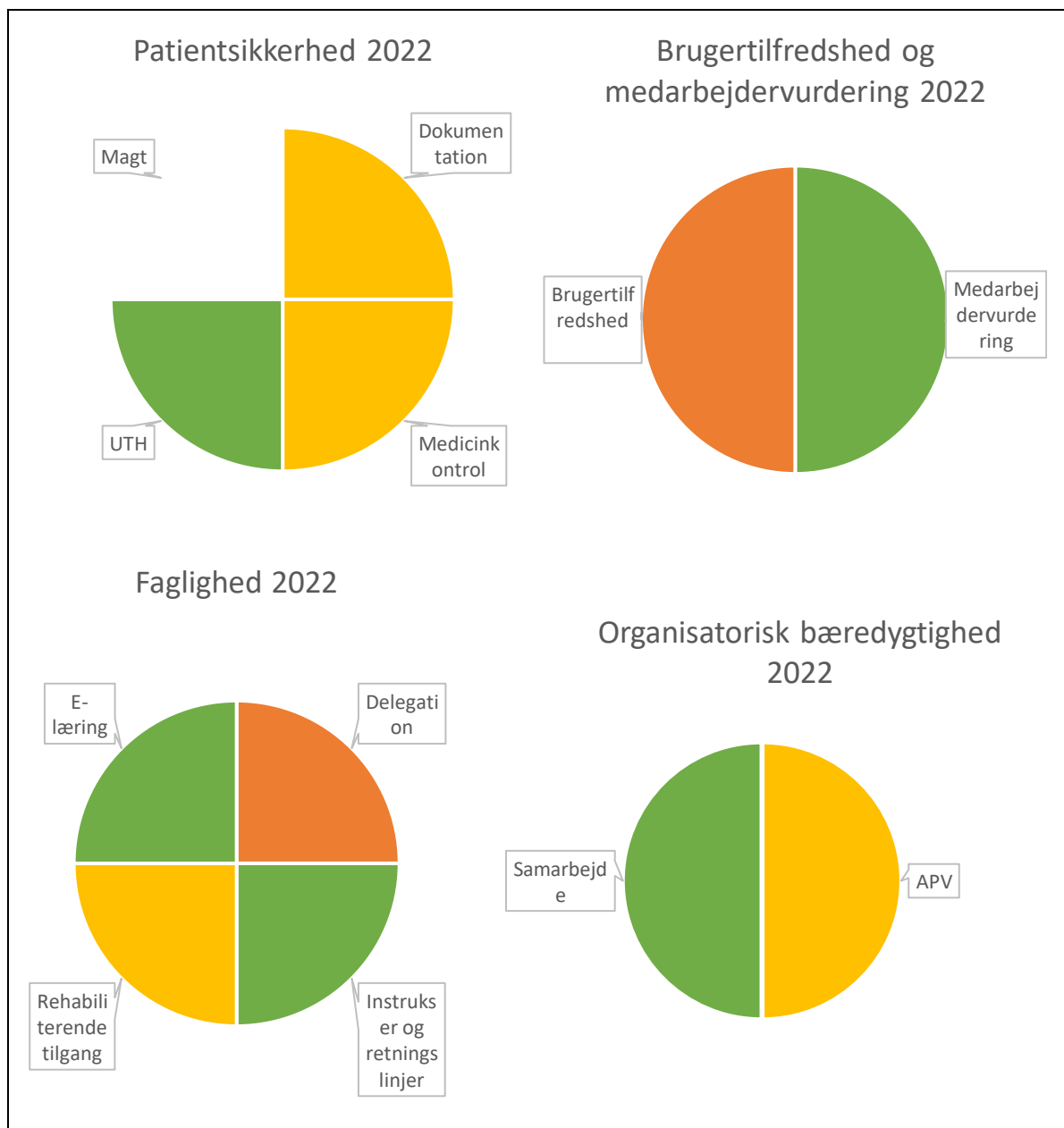
Figuren nedenfor illustrerer tilsynets vurdering af enhedens arbejde med områderne: Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisatorisk bæredygtighed.

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

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

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at der i enkelte tilfælde ses mangler i dokumentation i forhold til lovgivningen og retningslinjerne i Norddjurs Kommune¹. Derfor anbefaler tilsynet, at enheden skaber arbejdsgange og procedurer, der understøtter at dokumentationen fremadrettet lever op til de gældende krav.

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

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at der er gjort mindre fund i forhold til proceduren for medicin håndtering i Sundhed og Omsorg³. Derfor anbefaler tilsynet, at enheden skaber arbejdsgange og procedurer, der understøtter, at medicin håndteringen fremadrettet lever op til de gældende krav.

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

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

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

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

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

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

⁴ 49 % af medarbejderne har besvaret spørgeskemaet

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

BRUGERTILFREDSHED:

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

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

Brugertilfredshed: På baggrund af interview med 10 beboere⁷ vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at 40 % af beboerne svarer, at de er 'helt uenige' eller 'uenige' i udsagnet: 'Det er oftest de samme hjælpere, der kommer hos dig'. I vurderingen er der også lagt vægt på, at beboerne fortæller, at de er tilfredse med den hjælp og støtte de modtager. Tilsynet har derfor henstillet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan der kan skabes kontinuitet i, at beboerne møder de samme hjælpere. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanerne ligger i Bilag 2

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

FAGLIGHED:

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

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

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

Ledelsen fortæller, at der fortsat pågår et arbejde med at sikre en løbende systematisk opfølgning på medarbejdernes kompetencer – 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 er for opdatering af personligt kompetenceafklaringskemaer og erhvervede

⁶ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

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

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

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

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

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

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

borgerspecifikke kompetencer efterleves og er kendte af medarbejderne. Tilsynet har derfor henstillet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan medarbejdere får kendskab til og systematisk anvender kompetenceafklaringskemaerne. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanerne ligger i Bilag 2

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at 92 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR og at 97 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende MyMedCards.

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

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

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

Af interview med ledelsen fremgår det, at alle medarbejdere er tilmeldt kurser og det sikres at nye medarbejdere gennemfører e-læring.

ORGANISATION:

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

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

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

I tilsynets vurdering er der lagt vægt på, at der mangler at blive udfyldt APV-skemaer for en fjerdedel af alle beboere.

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

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

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

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

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

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

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

Patientsikkerhed

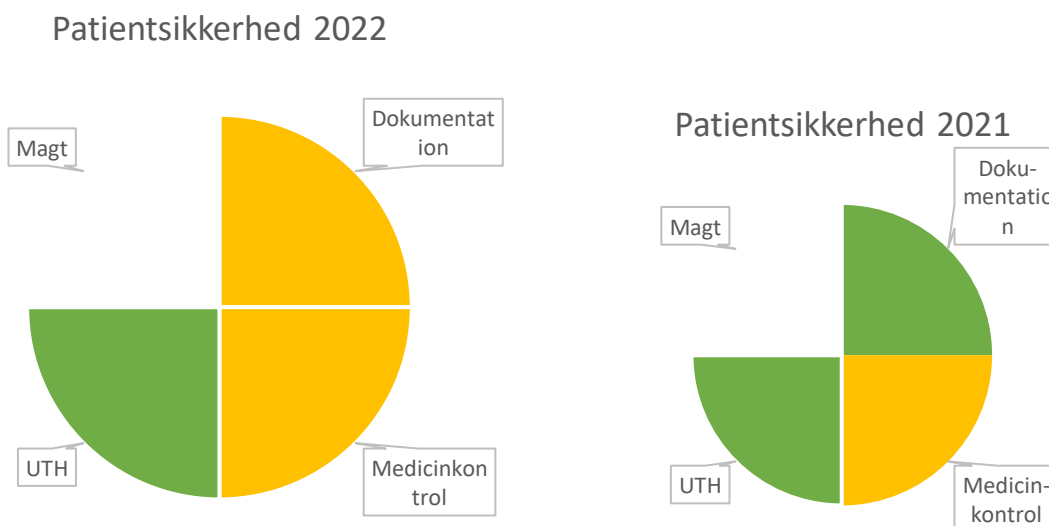
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med den sundhedsfaglige dokumentation og de sundhedsfaglige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

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

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

- Den sundhedsfaglige dokumentation på enheden
- Enhedens medicinhandling
- Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser
- 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, medicinhandling, 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 seks tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til en række vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Enhedens lokale journalaudit på 10 af deres borgerjournaler i forhold til de samme vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund¹⁸:

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

I forhold til *opfølgning på forværring i borgers tilstand*

- At der i en af de auditerede journaler er observationer, der beskriver rødme (tolkes som begyndende tryksår) på nates/ryg. Der er ikke dokumenteret en opfølgning på problemstillingen. Dette vurderes dog ikke at være patientkritisk. Ellers ses gennemgående en relevant, udførlig og systematisk opfølgning.

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

- At helbredsoplysninger gennemgående er præcise, og relevante og fremstår opdaterede.
- At der gennemgående er taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbredsrelevante interesser. Men at der ses et tilfælde, hvor der ikke fremgår dokumentation for, hvorfor borger er vurderet til ikke kan varetage egne helbredsrelevante interesser – altså en henvisning til lægens vurdering.
- At der i et tilfælde ikke er foretaget en sygeplejefaglig udredning.
- At der både ses præcise og fyldestgørende faglige notater på helbredstilstande, men at der også er notater, der ikke er opdaterede.
- At der er oprettet de relevante funktionsevnetilstande og at de faglige notater er fyldestgørende og præcise
- At der er oprettet de relevante handlingsanvisninger, men at ikke alle handlingsanvisninger er fyldestgørende eller opdaterede. Generelt er der ikke en angivelse af, hvad der skal observeres for i handlingsanvisningerne samt hvornår autoriseret sundhedsperson skal kontaktes ved delegerede indsatser
- At der er oprettet flere indsatsmål, men at disse ikke konsekvent er opdaterede eller evaluerbare.
- At der gennemgående er oprettet opgaver til myndighedsopfølgning på tilstande.
- At døgnrytmeplanerne fremstår relevante og udførlige
- At der ses en uoverensstemmelse mellem ordination og faktiske behandling. Lægen har ikke ændret i FMK, men skrevet en MedCom, hvilket ikke er i overensstemmelse med de vedtagne arbejdsgange i Norddjurs Kommune.

I forhold til *sammenhæng og systematik*

- At der ses et tilfælde, hvor der ikke er angivet en primær organisation
- At der ikke er en helt gennemgående og entydig systematik i hvor planen for pleje og behandling er beskrevet eller en sammenhæng i det, der står de forskellige steder: Om planen er anført i tilstandspræcisering handlingsanvisning, døgnrytmen, observationsnotat eller i beskrivelsesfeltet i indsatsen.

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

- At der er flere observationsnotater om bestilling(/modtagelse af medicin, hvilket ikke skulle være nødvendigt.

I forhold til *understøttelse af borgerens retsstilling*

- At borgerens samtykke til den aktuelle pleje og behandling ikke konsekvent er dokumenteret.
- At borgerens samtykke gennemgående angives ved videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart – bortset fra ved en enkelt borger.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At handlingsanvisninger ikke konsekvent er opdaterede, med angivelse af hvad der skal observeres for og hvem der skal kontaktes ved delegerede indsatser
- At borgerens samtykke ikke konsekvent er dokumenteret

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

- At der gennemgående ses en systematisk, rettidig og relevant opfølgning på forværring i borgerens tilstand
- At der ses fyldestgørende, opdaterede og præcise helbredsoplysninger og døgnrytmeplan

Tilsynet anbefaler:

At der skabes arbejdsgange så det sikres, at:

- Handlingsanvisningerne er relevant udfyldt, opdaterede og med angivelse af borgers samtykke
- Der altid foretages en sygeplejefaglig udredning inden for de tre første dage efter en beboer er flyttet ind
- Der er entydig praksis for, hvor beskrivelsen af behandling og pleje er anført
- Det sikres at FMK er opdateret så der er sammenhæng mellem ordination og behandling

Medicinkontrol

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

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

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved gennemgang af medicinbeholdninger finder tilsynet;

- At der ved to beboere ses enkelte præparater, inklusiv en medicinsk næsespray, hvor der ikke er påført personidentifikation
- At der ved en enkelt beboer mangler anbrudsdato på en medicinsk næsespray. Ved medicingennemgang hos øvrige beboere, ses der korrekt angivelse af persondata og anbrudsdato på medicinske cremer og øjendråber
- At der ved en beboer findes to anbrudte halve doser afføringspulver uden anbrudsdato
- At der ved en beboer på korttidsplads observeres en insulinpen, som ikke fremgår af medicinskemaet. Pennen er medfulgt fra hospitalet. Der er ikke persondata eller anbrudsdato på insulin-pennen

- At der ses en god orden i alle medicinskabene samt en korrekt og hygiejnisk forsvarlig opdeling af aktuel, pauseret og ikke-anbrudt medicin
- At samtlige doseringsæsker har påført personidentifikation
- At der ses korrekt opbevaring af ikke-anbrudt insulin, som skal opbevares på køl

Ved gennemgang af journalaudit finder tilsynet;

- At der ved flere beboere mangler angivelse af 'risikosituationspræparat' i den lokale medicinliste

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: At der er gjort fund af mindre betydning for patientsikkerheden i forhold til medicin håndtering.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der observeres enkelte præparater uden tydelig behandlingsplan eller anbrudsdato. Der lægges i vurderingen i øvrigt vægt på, at der observeres en god orden i medicinskabene samt en korrekt opdeling af beboernes aktuelle og pauserede medicin.

Tilsynet anbefaler:

At der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:

- At der angives anbrudsdato på samtlige ikke-doserbare præparater, som har begrænset holdbarhed
- At der fremgår en tydelig plan for alle de medicinske præparater, der opbevares i beboerens medicinskab
- At der mangler angivelse af risikosituationsmedicin i medicinlisten ved to beboere
- At der ikke konsekvent følges op med observationsnotat efter udlevering af PN-medicin
- At det ikke dokumenteres hvem der dispenseret ikke-doserbar medicin

Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)

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

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

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af dataudtrækket fremgår det:

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

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 95 % 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.
- 87 % af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen.
- 83 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ville føle sig trygge som beboere i deres enhed. 12 % svarer 'i nogen grad'.

- 63 % af medarbejderne svarer, at kulturen 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' gør det nemt at lære af utilsigtede hændelser. 25 % svarer i nogen grad'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

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

Magtanvendelser

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

Hygiejne

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

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

Sammenfatning af observationer:

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

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

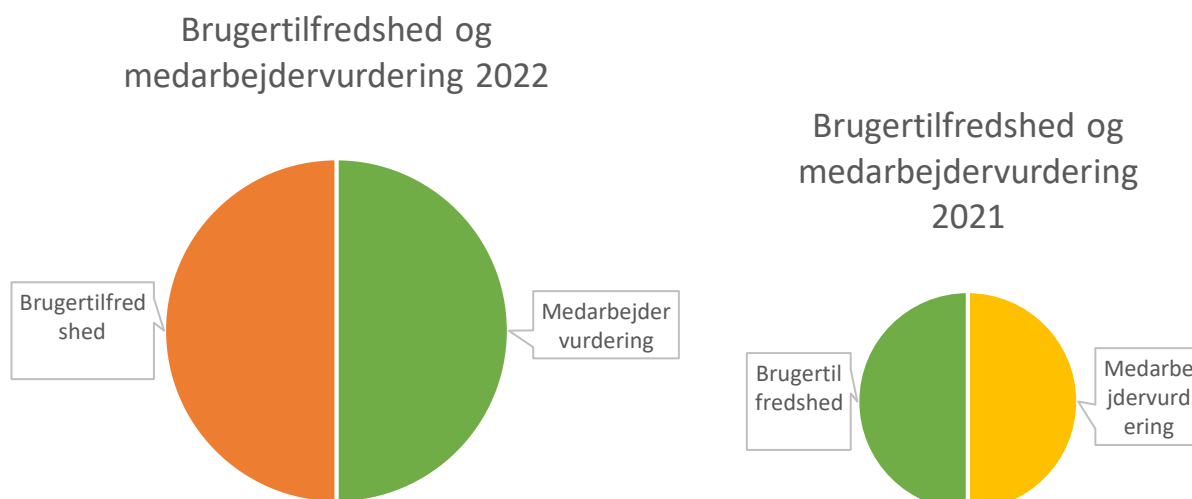
Brugertilfredshed

I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser¹⁹. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social service §§ 83, 83a og 86.

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

- Brugertilfredshed og medarbejdervurdering

Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

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

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

Brugertilfredshed

Tilsynets vurdering af brugertilfredsheden på enheden bygger på:

- Interviews med 6 beboere²⁰.
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

¹⁹ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

²⁰ 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 interviewet²¹ fremgår det, at:

I forhold til *de fysiske rammer*:

- 89 % af beboerne giver udtryk for at være 'meget tilfredse' med deres bolig.
- 80 % af beboerne giver udtryk for at være 'meget tilfredse' med enhedens fællesarealer.
- Alle 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*:

- 90 % af beboerne angiver samlet set at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med den hjælp og støtte de modtager.
- 72 % af beboerne, som modtager hjælp til at komme i bad, angiver at være 'meget tilfredse' med hjælpen. 28 % angiver at være 'delvis utilfredse'.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til at blive vasket angiver at være 'meget tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til af- og påklædning, angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til toiletbesøg, angiver at være 'meget tilfredse' med hjælpen.
- 70 % af beboerne, som modtager hjælp til rengøringen af egen bolig er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen. 10 % angiver at være 'hverken tilfredse eller utilfredse'.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til tøjvasken er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- 75 % 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.
- 40 % af beboerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Det er oftest de samme hjælpere, der kommer hos dig'. 10 % svarer 'hverken eller' og 40 % svarer, at de er 'uenig' eller helt uenig'.
- 89 % af 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' eller 'sjældent' oplever, at hjælpen bliver aflyst.

I forhold til *maden*:

- 66 % af beboerne angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse'. 10 % angiver 'hverken tilfredse eller utilfredse'.
- Alle de beboere, som modtager hjælp til måltidet, angiver at være 'meget tilfredse'.

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

I forhold til *personalet*:

- Alle beboerne giver udtryk for at være 'helt enige' eller 'enig' i udsagnene: 'Personalet lytter til, hvad jeg har behov for', 'Personalet udviser respekt over for mig' og 'Personalet ved hvad de skal, når de kommer for at hjælpe dig'.
- 90 % af beboerne giver udtryk for at være 'helt enige i udsagnet: 'Omgangstone mellem personalet og mig er god'.

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', 54 % der svarer 'i nogen grad'. 25 % af medarbejderne svarer 'I mindre grad' eller 'slet ikke'.
- 45 % af medarbejderne svarer, at der i 'meget høj grad' eller 'i høj grad', arbejdes med at skabe forbedringer af plejen og aktiviteter hos borgerne. 39 % 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. 33 % angiver 'i nogen grad'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- 40 % af beboerne svarer, at de er 'helt uenige' eller 'uenige' i udsagnet: 'Det er oftest de samme hjælpere, der kommer hos dig'.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At beboerne er tilfredse med den hjælp og støtte de modtager.

Tilsynet henstiller til:

- At enheden udarbejder en handleplan for, hvordan der kan arbejdes med at skabe kontinuitet i, at borgeren møder de samme hjælpere.

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

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

Omgangsform og rengøring

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

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

Sammenfatning af observationer:

Ved observation i enhedens lokaler og beboernes hjem ses det:

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

- At fællesområder i enheden fremstår rene og ryddelige.

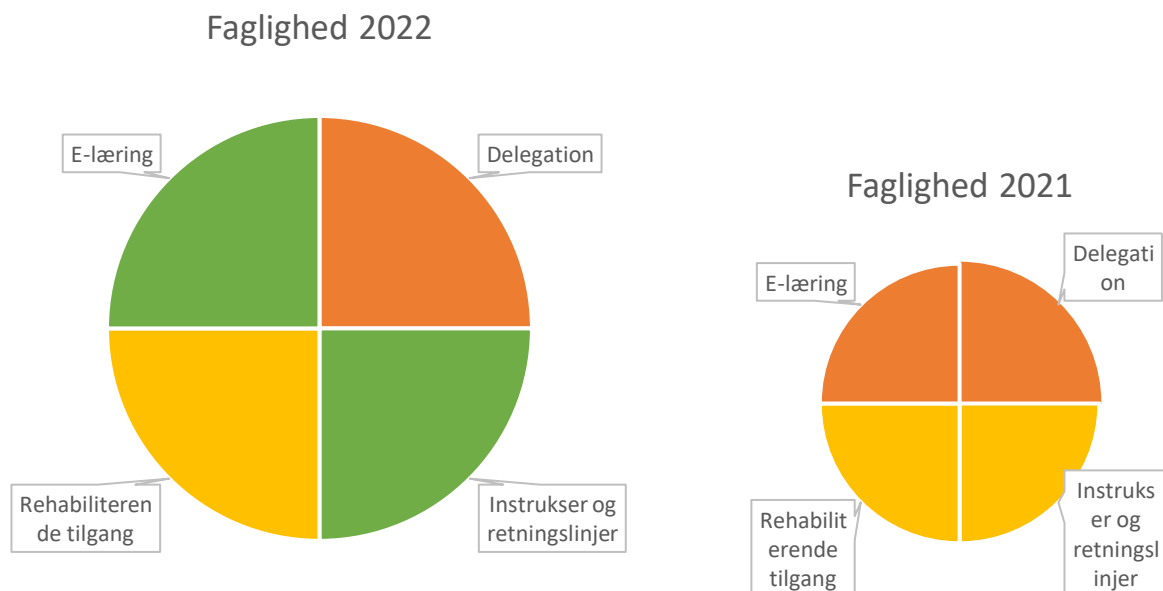
Faglighed

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

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

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

Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

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 efterleveres, bygger på:

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

I forhold til *oplæring af nye medarbejdere*:

- At 49 % af medarbejderne angiver, at nyt personale 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får en god introduktion. 37 % angiver 'i nogen grad' og 14 % angiver 'i mindre grad'.
- At 58 % af medarbejderne svarer, at personale der skal oplæres i nye opgaver 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får den nødvendige sparring. 35 % svarer 'i nogen grad'.
- I forhold til *kompetenceprofil*:
- At 86 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de kender kompetence- og overdragelsesskemaet. Af disse medarbejdere svarer 20 %, at de 'i høj grad' bruger dette skema i hverdagen ved behov. 26 % svarer 'i nogen grad' og 54 % svarer 'i mindre grad' eller 'slet ikke'.
- At 76 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de har et personligt kompetenceafklaringskema. Af disse medarbejdere svarer 54 % 'ja' til at skemaet er opdateret, 46 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- At 63 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de har et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer. Af disse medarbejdere svarer 70 % 'ja' til at skemaet er opdateret, 30 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- At 92 % af medarbejderne svarer 'nej' til spørgsmålet 'Har du inden for de seneste tre måneder udført en eller flere opgaver, du ikke havde kompetencerne til ifølge kompetenceprofilen?'.

I forhold til *tilgængelige kompetencer*:

- At 73 % af medarbejderne svarer, at deres team 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag. 25 % 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:
 - Centersygeplejerske gennemgår en gang månedligt kompetenceskemaerne, som et løbende kvalitetstjek
 - Centersygeplejerske koordinerer undervisning, når medarbejdere mangler de fornødne kompetencer
 - Der er udarbejdet en beskrivelse af metode til systematisk at sikre, at der er de rette kompetencer til stede

Tilsynets vurdering: At der er gjort fund af betydning for, hvordan enheden sikrer, at kommunens retningslinjer for delegation og kompetencer overholdes.

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- At 46 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til at deres personlige kompetenceafklaringskema er opdateret.
- At 30 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til at skemaet for erhvervede borgerspecifikke kompetencer er opdaterede.

I vurderingen er også lagt vægt på:

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

Tilsynet henstiller til

At enheden udarbejder en handleplan med henblik på at sikre:

- At der følges op med medarbejderne i forhold til at sikre opdatering af deres personlige kompetenceafklaringskemaer

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

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

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

Kendskab til instrukser og retningslinjer

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

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fremgår det:

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

- At 94 % 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.

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

- At 92 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR.
- At 94 % svarer, at de har adgang til at anvende, VAR i deres daglige arbejde hos borgeren²³.
- At 89 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de bruger VAR, når de er i tvivl om en procedure. Af disse medarbejdere svarer 24 %, at de bruger VAR 'hver uge', 5 % svarer 'hver anden uge', 39 % svarer '1-2 gange om måneden', 8 % svarer '1.-2 gange i kvartalet' og 24 % 'sjældnere'.
- At 97 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende MyMedCards.
- At 95 % svarer, at de har adgang til at anvende MyMedCards i deres daglige arbejde hos borgeren.

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

- At 27 % af medarbejderne svarer at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' bruger MyMedCards. 39 % svarer 'i nogen grad' og 33 % svarer 'i mindre grad'. Af disse medarbejdere svarer 17 % at de bruger MyMedCards 'hver uge', 22 % svarer 'hver anden uge', 28 % svarer '1-2 gange om måneden' og 8 % svarer '1-2 gange i kvartalet og 28 % svarer 'sjældnere'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At 92 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR.
- At 97 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende MyMedCards.

Rehabilitering

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

- Interviews med 10 borgere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser
- Enhedens og tilsynets audit af i alt 16 borgerjournaler

Ved interview med beboere fremgår det at:

- 90 % af 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.
- 90 % af 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:

- 23 % af medarbejderne angiver, at de i 'meget høj grad' eller 'i høj grad' kender borgernes livshistorie. 53 % angiver 'i nogen grad' og 23 % angiver 'i mindre grad'.
- 70 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' aktivt inddrager borgerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter. 19 % angiver 'i nogen grad'.

Af journalaudit fremgår det at:

- Borgers vurdering (der er obligatorisk ved funktionsevnetilstande) ikke er angivet i størstedelen af de auditerede journaler.
- Borgers mål ikke gennemgående er angivet ved helbredstilstande
- Der er oprettet indsatsmål for alle relevante tilstande – men også for flere, hvor der ikke er krav om indsatsmål. Flere indsatsmål er af ældre dato, ikke opdaterede og indsatsmålene er ikke altid formuleret, så det er målbart om borgeren har nået målet
- 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 ikke er angivet ved de fleste helbredstilstande

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

- At borgerens perspektiv derudover fremgår af journalen
- At alle beboerne giver udtryk for at blive inddraget i indsatsen
- At størstedelen af medarbejderne angiver, at de inddrager beboerne i indsatsen

Tilsynet anbefaler

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

E-læring

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

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

- 82 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Magtanvendelse'. Ud af de 82 medarbejdere har 77 medarbejdere gennemført kurset. 5 medarbejder er tilmeldt kurset, men ikke gennemført kurset.
- 46 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'. Ud af de 46 medarbejdere har 42 medarbejdere gennemført kurset. 4 medarbejdere er tilmeldt kurset, men har ikke gennemført kurset.
- 42 medarbejder er tilmeldt kurset 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere'. Ud af de 42 medarbejdere har 40 medarbejdere gennemført kurset. 2 medarbejder er tilmeldt kurset, men har ikke gennemført kurset.

Af interview med ledelsen fremgår det, at:

- Alle medarbejdere er tilmeldt kurser og det sikres at nye medarbejdere gennemfører e-læring.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At størstedelen af medarbejderne har gennemført det obligatoriske kursus om 'Magtanvendelse', 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter' og 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere'.

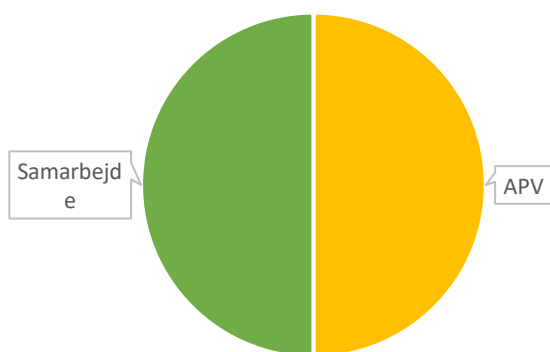
Organisation

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

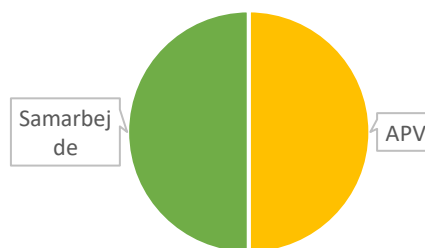
- APV
- Samarbejde

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 er gjort fund af mindre betydning for den organisatoriske bæredygtighed.*

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

APV

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

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

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

- At der ikke er et opdateret APV-skema i en fjerdedel af de auditerede borgerjournaler

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der ikke er et opdateret APV-skema i en fjerdedel af de auditerede journaler

Tilsynet anbefaler

- At der arbejdes med at sikre, at der er opdaterede APV-skemaer for alle beboere

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:

- 68 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. 29 % af medarbejdere svarer, at der er 'både og'.
- 82 % af medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne på arbejdspladsen. 17 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
- 93 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med eget team.
- 64 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med andre enheder i Sundhed og Omsorg. 20 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
83 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med ledelsen. 11 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
- 95 % af medarbejderne angiver at de 'i meget høj grad' og 'i høj grad' kan spørge deres kollegaer til råds, hvis de er i tvivl om noget.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

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

Bilag 1: Oversigt: Journalaudit

Antal journaler hvor følgende er opfyldt:

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

Bilag 2: Handleplan

Handleplan på henstillinger fra Kommunalt tilsyn 2022:

Kontinuitet	Mål	Metode	Tid	Ansvarlig
At skabe kontinuitet i at borgeren møder de samme hjælpere	Borgernes oplever kontinuitet – særlig de mest sårbare borgere	1. Kontaktperson – Så vidt muligt sikres fast personale til de mest sårbare ud fra en løbende faglig vurdering 2. Teaminddeling – så vist det er muligt bevare teaminddeling	Løbende på konferencer, overlevering, planlægning	Centersygeplejersker/assistenter Lederteam

Kompetenceskemaer	Mål	Metode	Tid	Ansvarlig
At der udarbejdes en plan for, hvordan medarbejdernes faglige niveau og refleksion løbende sikres i forhold til de opgaver de varetager – også hvor der ikke er en synlig bekymring eller behov	1. Alle medarbejder har et opdateret kompetenceskema 2. Kvalitetstjek ved stikprøvekontrol	1. Ved gennemgang med centersygeplejerske/ Forløbskoordinator skal kompetenceskemaet bruges aktivt 2. Centersygeplejersken tjekker 1 kompetence skema hver måned i hvert team, for at se om det stemmer overens med de opgaver der udføres.	Efter næste centersygeplejerske møde*	Centersygeplejersker Lene

*Der afholdes centersygeplejerske 1 x pr. mdr.

Bilag 3: Referat: Høring af kommunal tilsynsrapport i Beboer- og pårørenderådet den 2. februar 2023

Den kommunale tilsynsrapport for Plejecenter Digterparken 2022 har været i høring i Beboer- og pårørenderådet den 2. februar 2023.

Deltagere i Beboer- og pårørenderådet: Beboer- og pårørenderepræsentanter: Jytte Degn (beboer), Kirsten Sylvang (beboer)

Repræsentant for Ældrerådet: Else Jacobsen

Medarbejderrepræsentant: Rikke Ferjani

Ledelsesrepræsentant: Lene Ballegaard (plejecenterleder), Lisbeth K. Steffensen (afdelingsleder), Trine Powers (afdelingsleder)

Beboer- og pårørenderådet angiver:

- At det bemærkes, at der er en meget lav svarprocent i medarbejderspørgeskemaet
- At rapporten giver et retvisende billede af Plejecenter Digterparken
- At der er tillid til at Plejecenter Digterparken handler relevant på de udfordringer der er