

Plejecenter
Violskrænten og
Grønnegården

Kommunalt tilsyn
D. 12. oktober 2021

Gentilsyn
D. 3. november 2021

Opfølgende tilsyn
D. 11. februar 2022

Indhold

Målepunkter i det kommunale tilsyn	3
Datagrundlaget for det kommunale tilsyn	3
Rapportens opbygning	4
Enhedens præsentation	5
Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set.....	7
Sammenfatning	8
Patientsikkerhed	12
Oversigt over tilsynets vurdering	12
Den sundhedsfaglige dokumentation	13
Medicinkontrol	17
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)	19
Magtanvendelser.....	21
Hygiejne	21
Brugertilfredshed.....	23
Oversigt over tilsynets vurdering	23
Brugertilfredshed.....	23
Omgangsform og rengøring	25
Faglighed.....	26
Oversigt over tilsynets vurdering	26
Delegation og kompetencer	26
Kendskab til instrukser og retningslinjer	28
Rehabilitering	29
E-læring.....	30
Organisation.....	32
Oversigt over tilsynets vurdering	32
APV	32
Samarbejde.....	33
Sygefravær.....	33
Budgetoverholdelse.....	33
Opsamling på andre/tidligere tilsyn	34
Bilag 1: Oversigt: Journalaudit	35
Bilag 2: Handleplan på henstillinger fra Kommunalt tilsyn 2021.....	36
Bilag 3: Referat: Høring ift. tilsynsrapport i beboer og pårørenderådet den 29. marts 2022	47

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>).

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 aftaleenheden 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: Behandling af klager og bekymringshenvendelser og brugertilfredshed hos borgere/beboere
- 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 2021 på enheden

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Journalaudit på otte journaler (og opfølgende journalaudit i forhold til enkelte områder i 12 journaler)• Enheden har udført en lokal journalaudit på 12 journaler• Interview med ledelsen om det lokale arbejde med sikring og udvikling af henholdsvis patientsikkerhed, brugertilfredshed, faglighed og organisatorisk bæredygtighed |
|---|

- Interview med 15 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 127 medarbejdere. 50 medarbejdere har svaret på hele spørgeskemaet, og 4 medarbejdere har svaret på nogle af spørgsmålene. Dette giver en svarprocent på 43 %, hvilket giver en betænkelig lav svarprocent, så resultaterne skal tolkes med forsigtighed.
- Stikprøvekontrol af to dispenseringer og otte beboeres medicinbeholdning (og opfølgende kontrol af i alt otte beboeres medicinbeholdning)
- Udtræk fra indberetningsystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er omfattende de tre hovedområder – medicinfejl, fald, infektioner
- Udtræk fra medarbejder-app'en MyMedCards af hvor mange medarbejdere, der har set/læst hvilke instrukser og retningslinjer
- Oversigt over sygefraværprocenten pr 1. september 2021
- Opgørelse af forventet budgetoverholdelse for regnskabsåret 2021

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 op på resultatet af enhedens tiltag inden for en periode på seks måneder

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

Enhedens præsentation

Plejecenter Violskrænten og Grønnegården er et kommunalt plejecenter med 126 plejeboliger beliggende på 2 adresser. Gennem det sidste halvandet år med Covid-19 har vi mod sædvane oplevet, at have et større antal ledige lejligheder – gennemsnitlig ca. 18 ledige. Aktuelt er der 9 ledige lejligheder. Vi har senest konverteret 3 lejligheder til midlertidige aflastningsboliger med visitation fra visitationsenheden.

Lederteamet består af:

Espen Cramer Korsvold, plejecenterleder pr. 3. januar.

Helle Schmidt Kjeldgaard, afdelingsleder. Helle var konstitueret plejecenterleder i perioden 1. august 21 til 1 februar 22. I forbindelse med konstituering til plejecenterleder løste Helle ligeledes opgaver i tilknytning til den tidligere ansættelse som afdelingsleder.

Sandie D. Skaaning, konstitueret afdelingsleder pr. 1. august 21

Pernille Larsen, konstitueret afdelingsleder pr. 1. august 21

Plejecenteret er opdelt i tre huse og medarbejderne er organiseret i 12 teams, heraf syv plejeteams. De øvrige teams løser opgaver på tværs af de tre huse og er et rengøringssteam, et sygeplejeteam, et aktivitetsteam, et køkkenteam og et leder/administrativteam.

Der er ansat ca. 130 faste medarbejdere og ca. 40 vikarer hen over et år. Medarbejderne er fordelt på følgende faggrupper: sygeplejersker, ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, pædagoger, uddannede hjælpere, ernæringsassistenter, husassistenter, teknisk servicemedarbejdere, aktivitetsmedarbejdere, spirer og ledere. Derudover har vi et varieret antal af elever: sosu-elever, sygepleje studerende, ergoterapeut studerende, IGU-elever og psykomotorik studerende. Vi har ligeledes et varieret antal af forskellige personer i praktik.

Fremmødeprofil

Dagvagt: ca. 50 medarbejdere i hele huset (social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygeplejersker, ergoterapeuter, pædagoger, husassistenter og elever. Herudover teknisk servicemedarbejder, ernæringsassistenter og ledere.)

Weekend dagvagt: ca. 25 medarbejdere

Aftenvagt: 14 medarbejdere i hele huset (social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og pædagoger)

Nattevagt: 3 i hele huset (social- og sundhedsassistent og social- og sundhedshjælpere)

Enhedens præsentation af aktuelle rammer og vilkår for arbejdet.

Vi har gennem de sidste år oplevet en tiltagende udfordring med at rekruttere det ønskede antal faglærte medarbejdere – gælder alle faggrupper og alle vagtlag. Vi har fokus på at ansætte kvalificerede medarbejdere og har valgt ikke at gå på kompromis med fagligheden. Vi har derfor også ansat kompetente uddannede hjælpere i kortere vikariater. Det er typisk medarbejdere i forskellige aldersgrupper, der samler erfaring for at komme på en sundhedsfaglig uddannelse. Vi har ligeledes fået tilknyttet medarbejdere, der tidligere er stoppet arbejdslivet, men nu ønsker ansættelse på løsere vilkår. Sommeren 2021 var en stor udfordring i forhold til at opretholde det ønskede fremmøde, da vi havde store problemer med at rekruttere det nødvendige antal kvalificerede ferieafløsere i kombination med opsigelser blandt de faste medarbejdere.

Her i starten af 2022 oplever vi stadig rekrutteringsudfordringer, og den aktuelle personalemangel betyder at vi umiddelbart ikke har personale til at bemande de 9 ledige lejligheder.

Vi oplever, at den gennemsnitlige tid for beboerne på plejecentret bliver kortere. De nye beboere er ved indflytning tiltagende dårligere og har et øget behov for hjælp. Der er stor udskiftning og det stiller krav til medarbejdernes kompetencer og ikke mindst til dokumentationen. Der er ved indflytning ofte en stor opgave med at få dokumentationen op på det rette niveau.

Vi har de sidste år oplevet en større mængde langtidssyge medarbejdere, der for fleres vedkommende er endt i opsigelser. Vi har også som noget nyt været ude i, at opsagte medarbejdere af jobcenteret vurderes at være arbejdsduelige til anden funktion, hvorfor vi ikke har modtaget refusion for fraværet.

Enhedens præsentation af aktuelle udviklingsinitiativer og hvad de er lykkedes med inden for det seneste års tid.

For at styrke fagligheden og styrke den sundhedsfaglige indsats - både på opgaver og dokumentation - har vi lavet en ny organisering af vores sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. De er hus-vis knyttet til et fælles team og løser samlet det sundhedsfaglige opgaver i huset.

Vi har sat fokus på den sundhedsfaglige dokumentation og arbejder intensivt på, at den hver dag prioriteres og at der sker små fremskridt i den sundhedsfaglige dokumentation og at der dagligt følges op i dokumentationen ved ændring i beboernes tilstand.

Vi har ligeledes en indsats i forhold til opfølgning og egenkontrol på medicindosering.

Vi har gennem det sidste år introduceret kørelister og brug af tablets til alle medarbejder i plejeopgaverne. Det giver overblik til den enkelte medarbejder over dagens opgaver, giver mulighed for tidstro dokumentation på f.eks. målinger og notater samt kvittering på de løste opgaver af den respektive medarbejder. Med brugen af tablet har den enkelte medarbejder også den nødvendige viden "lige ved hånden" når den skal bruges.

Gennem tiden med Covid-19 har vi haft stort fokus på at give beboerne gode oplevelser, 1 – 1 og i små fællesskaber, som de forskellige restriktioner har givet mulighed for. Vi har ligeledes været med til at udvikle redskabet "værktøjskassen" til brug i forbindelse med den rehabiliterende tilgang.

Enhedens præsentation af overordnede indsatsområder som vi aktuelt er startet op med og som vi vil arbejde med fremover.

Vi arbejder med 3 overordnede indsatsområder hvor vore beboeres livskvalitet og gode liv er omdrejningspunktet, sammen med kommunens værdier. De 3 områder er fastholdelse og rekruttering, kvalitetssikring og udvikling samt bæredygtighed.

Disse indsatsområder indeholder både nye elementer og elementer vi allerede arbejder med. Som eksempler på dele elementer kan nævnes udvikling og understøttelse af et bæredygtig arbejdsmiljø, der blandt andet indeholder autonomi, kompetence og relationer. En forsat indsats på dokumentation og medicin området. Samt bæredygtighed både i forhold til drift, arbejdsmiljø og miljø.

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set

Figuren nedenfor illustrerer tilsynets seneste 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: På baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med den sundhedsfaglige dokumentation, medicinbehandling, utilsigtede hændelser¹ (UTH'er) og magtanvendelser vurderer det opfølgende og seneste tilsyn d. 11. februar 2022 *at der ikke er gjort fund af kritisk betydning for patientsikkerheden.*

Ved det første tilsyn på enheden d. 12. oktober 2021 og ved gentilsyn d. 3. november 2021 blev der gjort fund af patientkritisk betydning.

Ved 1. tilsyn d. 12. oktober 2021 blev der gjort fund af kritisk betydning for patientsikkerheden.

I vurderingen blev der lagt vægt på, at:

- At der ikke blev dokumenteret opfølgning på observationer, der løbende viste en forværring i borgerens helbred.
- At der ikke blev dokumenteret opfølgning på flere overskridelser af den handlingskrævende tærskelværdi for blodsukkeret ved en borger med diabetes.
- At der blev observeret anvendelse af et antipsykotika, hvor holdbarhedsdatoen var overskredet med seks måneder.

Ved gentilsyn i november 2021 gennemgik tilsynet otte journaler med særskilt fokus på enhedens dokumentation af opfølgning på observationer, der indikerede en forværring og målinger uden for tærskelværdier. Tilsynet gennemgik også fire beboeres medicinbeholdning med særskilt fokus på præparaternes holdbarhedsdato. *Tilsynet fandt ved gentilsyn at der blev gjort patientkritisk fund* I vurderingen blev der lagt vægt på:

- At der manglede dokumentation af opfølgning på observationer og målinger, der indikerede en forværring i de otte journaler.
- At der var præparater i anvendelse med en overskreden holdbarhedsdato.

Ved opfølgende tilsyn februar 2022 gennemgik tilsynet fire journaler med særskilt fokus på enhedens dokumentation af opfølgning på observationer, der indikerede en forværring og målinger uden for tærskelværdier. Tilsynet gennemgik også fire beboeres medicinbeholdning med særskilt fokus på præparaternes holdbarhed. *Tilsynet fandt ved opfølgende tilsyn, at der ikke blev gjort fund af patientkritisk karakter*

I vurderingen blev der lagt vægt på:

- At der blev set et tydeligt kvalitetsløft og en gennemgående systematik i dokumentation af opfølgning på observationer og målinger, der indikerede en forværring i de fire journaler. I et enkelt tilfælde savnes der en opfølgning, men det vurderes ikke at være af patientkritisk karakter.
- At der blev set et tydeligt kvalitetsløft og en gennemgående orden i forhold til at sikre holdbarheden af præparaterne i beboernes medicinbeholdning og der ikke blev gjort fund af patientkritisk karakter.

Sammenfattende konklusion: Der er ikke gjort fund af patientkritisk karakter ved opfølgende gentilsyn d. 11. februar 2022 i forhold til dokumentation og medicinkontrol

¹ En UTH er en hændelse, hvor sundhedspersoner uforvarende forvolder fejl og skader, når borgerne behandles eller på anden måde er i kontakt med enheden.

I den samlede vurdering af området patientsikkerhed er der derudover lagt vægt på, at der blev gjort følgende ikke-patientkritiske fund ved det første tilsyn d. 12. oktober 2021:

I forhold til *dokumentation*

- At der overvejende mangler at blive oprettet de relevante handlingsanvisninger ligesom flere af de handlingsanvisninger, der er oprettet, ikke er opdaterede. Derudover fremstår flere af handlingsanvisninger uklare.
- At der ikke er tærskelværdier for alle målinger, hvor der, ifølge Norddjurs Kommunes retningslinjer, skal være tærskelværdier og der er ikke entydige beskrivelser af, hvad der skal sættes i værk ved overskridelse af tærskelværdier.
- At der ses eksempler på, at journalen ikke giver et entydigt billede af, hvad der er den aktuelle plan for en tilstand. Beskrivelsen i tilstandspræciseringen, stemmer ikke altid overens med indsatserne.
- At der gennemgående mangler de relevante relationer.
- At der mangler en entydig dokumentation af, hvordan der indhentes samtykke i de tilfælde, hvor borger ikke er i stand til eller kun delvist er i stand til at varetage egne helbredsmæssige interesser.
- At der gennemgående mangler dokumentation af borgers informerede samtykke til den aktuelle pleje og behandling samt af borgers samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger.
- At der ses et eksempel på, at den lægefaglige indikation for fravalg af genoplivning ikke er dokumenteret umiddelbart tilgængeligt.
- At der ses helbredsoplysninger, der ikke er opdaterede.
- At der ses aktuelle helbredstilstande, der skulle være gjort inaktive.
- At der ses helbredstilstande, hvor tilstandspræciseringen mangler, ikke er opdateret eller fremstår uklar.
- At der mangler flere udredninger.
- At flere af de mangler, der ses i dokumentationen også blev påpeget ved det kommunale tilsyn 2020

I forhold til *arbejdet med UTH*

- At under 50 % af medarbejderne svarer positiv på, at de får passende tilbagemeldinger på, hvordan de klarer deres arbejdsopgaver.
- At under 50 % af medarbejderne svarer positiv på, at kollegaer opfordrer dem til at sige til, hvis de er bekymrede for patientsikkerheden.
- At under 50 % af medarbejderne svarer positiv på at kulturen gør det nemt at lære af andres utilsigtede hændelser.
- At under 50 % af medarbejderne er uenige i udsagnet om, at det er svært at diskutere utilsigtede hændelser på deres arbejdsplads.

I den samlede vurdering er der også lagt vægt på, at der ved det første tilsyn d. 12. oktober 2021 blev set:

- Et tydeligt kvalitetsløft i journalernes tilstandspræciseringer i forhold til tilsynet sidste år.
- Flere og forskelligartede indberetninger af UTH'er
- At størstedelen af medarbejderne angiver, at de ved, hvordan man indberetter UTH'er og at BSK'eren er opsøgende i forhold til at sikre sig, at alle medarbejderne ved, hvordan man gør.
- At der er iværksat flere initiativer for at skabe læring og nye arbejdsgange i enheden på baggrund af UTH'er.

Tilsynets samlede vurdering ift. dokumentation og medicinhåndtering:

På baggrund af tilsynets opfølgende gentilsyn, hvor der ikke blev gjort fund af patientkritisk karakter – og hvor der blev set et tydeligt kvalitetsløft i dokumentation af opfølgning på forværringer i borgerens tilstand og medicinhåndteringen konkluderer tilsynet, **at der ikke er gjort fund af patientkritisk karakter**. Enheden har udarbejdet en handleplan (bilag 2) for de områder, hvor tilsynet har henstillet til, at der skal udarbejdes en handleplan. Tilsynet vurderer, at enhedens handleplaner er tidsafgrænsede, realistiske og at de udgør en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat i forhold til den sundhedsfaglige dokumentation og medicinhåndteringen.

Brugertilfredshed: Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af borgernes tilkendegivelser i tilfredshedsundersøgelsen og medarbejdernes spørgeskemabesvarelser: *At der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

I den samlede vurdering er der lagt vægt på, at:

- 47 % af medarbejderne svarer 'i mindre grad' eller 'slet ikke' på spørgsmålet om, hvorvidt hverdagen giver mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandarder.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- De interviewede borgere overvejende giver udtryk for tilfredshed med den leverede praktiske hjælp og personlige pleje, med maden, leveringen af hjælpen og relationen til medarbejderne.
- Størstedelen af medarbejderne angiver, at der foregår en løbende kvalitetssikring.

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: *At der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

I forhold til *delegation*.

- Der ikke foreligger en konkret plan for, hvordan enheden sikrer systematisk opfølgning på delegerede opgaver.
- 26 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til om de kender proceduren for delegation til medarbejdere
- 59 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til at de har en opdateret kompetenceprofil.

I forhold til *kendskab til instrukser, retningslinjer og procedurer*

- Over 20 % af medarbejderne angiver ikke at kende retningslinjerne for anvendelsen af MyMedCards og VAR.

I forhold til gennemførelse af obligatorisk *e-læring*

- Ca. 66 % af de tilmeldte medarbejdere ikke har gennemført det obligatoriske kursus om magtanvendelse
- Ca. 40 % af medarbejderne ikke har gennemført det obligatoriske kursus om 'medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'
- Kun 32 % har gennemført 'Medicinhåndtering for social- og sundhedshjælpere'.

I forhold til *den rehabiliterende tilgang*

- Beboerne ikke giver udtryk for at kende til de mål, der er sat for indsatsen, eller at de inddrages i arbejdet med at nå målene.
- Beboernes perspektiv kun fremgår af ca. halvdelen af journalerne.

I vurderingen er der også lagt vægt på, at:

- Beboernes besvarelser viser, at der er et rehabiliterende fokus i den måde hjælpen tilrettelægges på ved borgeren

Tilsynets samlede vurdering ift. delegation, kendskab til instrukser og retningslinjer og e-læring:

- Enheden har udarbejdet en handleplan (bilag 2) for de områder, hvor tilsynet har henstillet til, at der skal udarbejdes en handleplan. Tilsynet vurderer, at enhedens handleplaner er tidsafgrænsede, realistiske og at de udgør en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

I forhold til APV

- Der manglede en APV på tre ud af 20 beboere.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- Der har været en psykisk APV inden for de sidste tre år, og der har været arbejdet videre med resultatet af denne.
- Størstedelen af medarbejderne svarer, at samarbejdet er 'godt' eller 'både og'.

Patientsikkerhed

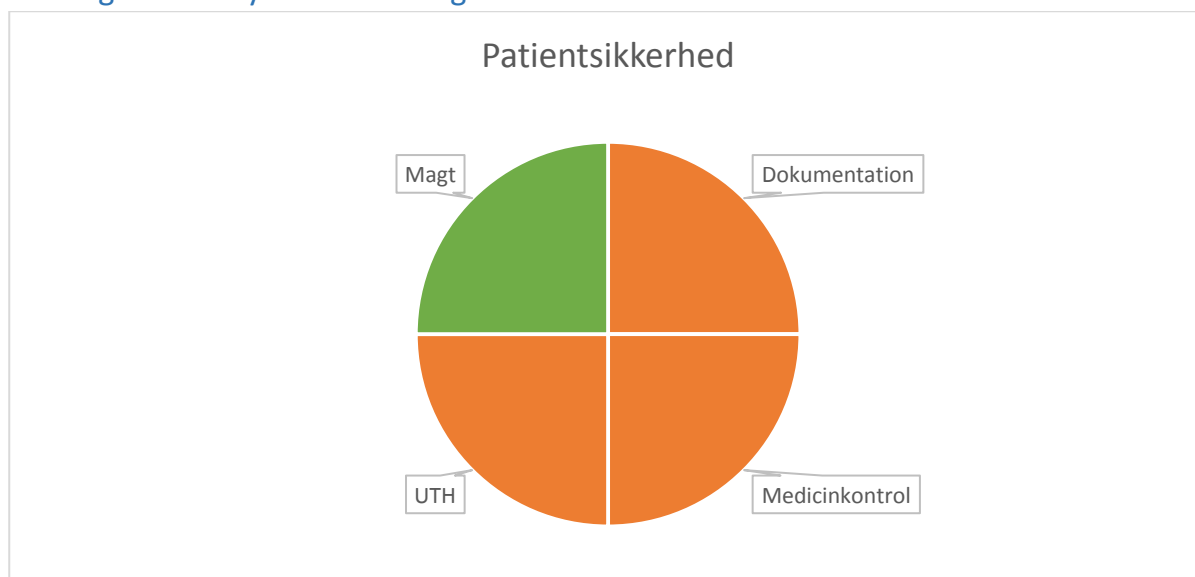
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med den sundhedsfaglige dokumentation og de sundhedsfaglige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

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

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

- Den sundhedsfaglige dokumentation på enheden
- Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser
- Enhedens medicin håndtering
- Enhedens arbejde med at forebygge magtanvendelser

Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

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

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

Den sundhedsfaglige dokumentation

Det første tilsyn d. 12. oktober 2021 vurderer kvaliteten i enhedens sundhedsfaglige dokumentation på:

- Tilsynets uanmeldte journalaudit på otte tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til 52 vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Enhedens lokale journalaudit på 12 af deres borgerjournaler ud fra 68 kriterier.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund² ved det første tilsyn d. 12. oktober 2021:

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

I forhold til *opfølgning på forværring i borgers tilstand*

- At der ses flere eksempler på, at der ikke dokumenteres opfølgning på observationer, der viser en forværring i borgerens helbred – heller ikke i forhold til forværringer af patientkritisk karakter. Der er således ikke fulgt op med en faglig konklusion og plan for, det videre forløb på en borger med et løbende væggtab på 10 kg over ni måneder. Der ses heller ikke opfølgende observationsnotater på en borger med formodet obstipation.
- Der er også gjort et patientkritisk fund i forhold til målinger, hvor den handlingskrævende tærskelværdi for blodsukkeret ved en borger med diabetes ikke fremgår entydigt af journalen. Den tærskelværdi, der er angivet under målinger, stemmer ikke overens med anvisning i MedCom. Der er flere målinger uden for begge de to forskellige tærskelværdier, der ikke følges op på. Handlingsanvisningen for hvad der skal gøres ved meget høje blodsukkerværdier ved den pågældende borger, stemmer ikke overens med den aktuelle ordinationen på FMK (Det Fælles Medicinkort).

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

- At helbredsoplysningerne overvejende fremstår relevante og opdaterede, men at der ses eksempler på helbredsoplysninger, hvor aktuelt sygdomsforløb ikke er angivet eller hvor ikke relevant historik fremgår. Derudover er der ikke en helt konsekvent angivelse af, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser.
- At der overvejende er oprettet de relevante tilstande, både i forhold til funktionsevne og helbred – men at der også ses enkelte eksempler på helbredstilstande, der skulle være afsluttet, da problematikken ikke er aktuel længere.
- At beskrivelserne i tilstandspræciseringen for både helbreds- og funktionstilstande gennemgående er relevante og fyldestgørende, men at der i enkelte tilfælde mangler beskrivelser eller beskrivelserne fremstår lidt rodede i deres opbygning, hvor flere problemstillinger knytter sig til den pågældende tilstand, så det er uklart, hvad der er den aktuelle status for alle de beskrevne problematikker.
- At der overvejende er oprettet de relevante udredninger – men at dette ikke er helt gennemgående og at der ses enkelte journaler, hvor der mangler flere udredninger.
- At der overvejende mangler at blive oprettet de relevante handlingsanvisninger ligesom flere af de handlingsanvisninger, der er oprettet, ikke er opdaterede. Derudover fremstår flere handlingsanvisninger uklare. De mangler eksempelvis en tydelig angivelse af, hvornår handlinger skal sættes i værk. Der ses også eksempler på, at de angivelser af handlinger, der skal sættes i værk ikke stemmer overens med den øvrige dokumentation. Dette betyder, at det ikke konsekvent

² Se Bilag 1 for en opgørelsen over, hvor mange journaler, der lever op til de enkelte målepunkter

fremgår klart og entydigt, hvordan en forværring i borgers tilstand skal identificeres og hvilke tiltag, der i givet fald skal sættes i værk.

- At muligheden for at angive tærskelværdier i målinger anvendes usystematisk. Der er ikke tærskelværdier for alle målinger, hvor der ifølge Norddjurs Kommunes retningslinjer, skal være tærskelværdier og der er ikke entydige beskrivelser af, hvad der skal sættes i værk ved overskridelse af tærskelværdier. Der ses journaler, hvoraf det fremgår, at der skal foretages daglige registreringer (VAS og Bristol) uden at dette ses af målinger, eller at det er angivet, at disse registreringer føres i papirform.
- At der ses eksempler på, at journalen ikke giver et entydigt billede af, hvad der er den aktuelle plan for en given tilstand. Beskrivelsen i tilstandspræciseringen, stemmer ikke altid overens med de indsatser, der er oprettet og der kan i enkelte tilfælde stå tilsyneladende modsatrettede anvisninger: Eksempelvis at borger skal tabe sig og at borger skal nødes til at spise.
- At der helt gennemgående ikke er oprettet opgaver til opfølgning på indsatser og tilstande.
- At døgnrytmeplanerne fremstår relevante og opdaterede.

I forhold til *sammenhæng og systematik*

- At der gennemgående mangler de relevante relationer, hvorved den røde tråd i journalen fremstår mangelfuld og der ses således ikke en tydelig sammenhæng mellem beskrivelserne af borgerens helbredsmæssige problemstillinger, planen for disse og den løbende opfølgningen på problemstillingerne.
- At 'ikke relevante' helbredstilstande gemmes som 'inaktive', hvilket betyder, at det ikke er muligt at skelne mellem, hvilke problemstillinger borgeren tidligere har eller ikke har haft tidligere.

I forhold til *understøttelse af borgerens retsstilling*

- At der mangler en entydig dokumentation af, hvordan der indhentes samtykke i de tilfælde, hvor borger ikke er i stand til eller kun delvist i stand til at varetage egne helbredsmæssige interesser.
- At der gennemgående mangler dokumentation af borgers informerede samtykke til den aktuelle pleje og behandling samt borgers samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger.
- At der ses et eksempel på, at den lægefaglige indikation for fravalg af genoplivning fremgår af et observationsnotat fremfor det skema, der er til denne oplysning, så der er risiko for, at oplysningen ikke fremstår tilgængelig i en akut situation.

Af den kommunale tilsynsrapport for tilsyn i enheden 2020 fremgik følgende:

- At den sygeplejefaglige dokumentation i flere journaler er mangelfuld med henvisning til, at der mangler oprettelse af flere aktuelle helbredstilstande, mål samt indsatser.
- At der i journalerne ikke er en ensartet og systematisk måde at følge op på målinger og observationsnotater, der indikerer en forværring i borgerens tilstand.
- At borgerens samtykke i forhold til videregivelse af helbredsoplysninger og i forhold til den aktuelle pleje og behandling ikke dokumenteres systematisk.

Af ledelsesinterviewet fremgår det, at:

- Siden sidste kommunale tilsyn i 2020 er det blevet et fast punkt i introduktionsforløbet, at alle nyansatte modtager to timers undervisning i dokumentation.
- Man er begyndt på at forsøge at planlægge på kørelisterne, så der er dokumentationstid, hvor der er afsat tid til, at assistenterne og hjælperne kan opdatere dokumentationen. Det lykkes ikke at få til at gå op hver dag, men det er en løbende opmærksomhed. Derudover er der sat et initiativ i

værk, hvor assistenterne på skift sidder to timer ad gangen på den dokumentationsansvarliges kontor og dokumenterer, så der er mulighed for fordybelse og de kan få sparring undervejs.

Hensigten har været dels at klæde de enkelte medarbejdere bedre på i forhold til, hvordan der skal dokumenteres og dels at signalere til medarbejderne, at dokumentation tager tid og prioriteres.

- Alle vagtlag af hjælpere har fået undervisning i at arbejde med tablets og 'køreruter'. Det er nu vurderet, at der er behov for yderligere undervisning enkeltvis eller i mindre grupper.
- På de tværfaglige beboerkonferencer, der bliver afholdt i hver bo-enhed hver tredje uge, bliver dokumentationen også gennemgået. Her er alle vagtlag og faggrupper repræsenteret.
- Ved sidste kommunale tilsyn blev der påpeget, at der i journalerne ikke var en ensartet og systematisk måde at følge op på målinger og observationsnotater, der indikerede en forværring i borgerens tilstand. Derfor har enheden udarbejdet en handleplan, hvor der siden sidste tilsyn er blevet arbejdet med, hvordan enheden systematisk skal følge op på beboernes væg, herunder hvem der har ansvar herfor og hvad man skal gøre, når borger bliver dårlig, herunder foretage en TOBS-måling, hvilket også hjælperne er blevet undervist i.

Ved det første tilsyn d. 12. oktober 2021 blev der lagt vægt på, følgende:

- Der er gjort et patientkritisk fund, da der ikke dokumenteres opfølgning på observationer, der løbende viser en forværring i borgerens helbred.
- Der er gjort et patientkritisk fund, da der ikke er dokumenteret opfølgning på flere overskridelser af den handlingskrævende tærskelværdi for blodsukkeret ved en borger med diabetes.
- Der overvejende mangler at blive oprettet de relevante handlingsanvisninger ligesom flere af de handlingsanvisninger, der er oprettet, ikke er opdaterede. Derudover fremstår flere handlingsanvisninger uklare.
- Der er ikke tærskelværdier for alle målinger, hvor der, ifølge Norddjurs Kommunes retningslinjer, skal være tærskelværdier og der er ikke entydige beskrivelser af, hvad der skal sættes i værk ved overskridelse af tærskelværdier.
- Der ses eksempler på, at journalen ikke giver et entydigt billede af, hvad der er den aktuelle plan for en given tilstand. Beskrivelsen i tilstandspræciseringen, stemmer ikke altid overens med indsætterne
- Der gennemgående mangler de relevante relationer.
- Der mangler en entydig dokumentation af, hvordan der indhentes samtykke i de tilfælde, hvor borger ikke er i stand til eller kun delvist er i stand til at varetage egne helbredsmæssige interesser.
- Der gennemgående mangler dokumentation af borgers informerede samtykke til den aktuelle pleje og behandling samt af borgers samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger.
- Der ses et eksempel på, at den lægefaglige indikation for fravalg af genoplivning ikke er dokumenteret umiddelbart tilgængeligt.
- Der ses helbredsoplysninger, der ikke er opdaterede.
- Der ses aktuelle helbredstilstande, der skulle være gjort inaktive.
- Der ses helbredstilstande, hvor tilstandspræciseringen mangler, ikke er opdateret eller fremstår uklar.
- Der mangler flere udredninger.
- Flere af de mangler, der ses i dokumentationen også blev påpeget ved det kommunale tilsyn 2020

I vurderingen blev der også lagt vægt på:

- At der ses et tydeligt kvalitetsløft i tilstandspræciseringerne i forhold til tilsynet sidste år.

Det første tilsyn d. 12. oktober 2021 henstillede til gentilsyn for at sikre:

- At enheden har etableret en systematisk og konsekvent dokumentationspraksis, der understøtter patientsikkerheden ved opfølgning på observationer og målinger, der viser en forværring.

Derudover henstillede det første tilsyn d. 12. oktober 2021 til:

- At enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det sikres, at der er oprettet opdaterede handlingsanvisninger for alle relevante tilstande med entydig angivelse af handling og indikation for handling.
- At enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det sikres, at der er angivet tærskelværdier, hvor relevant og at der er entydige beskrivelser af, hvad der skal sættes i værk ved overskridelse af tærskelværdier.
- At enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det sikres, at der er en sammenhæng mellem oplysningerne i tilstandspræciseringen, indsatserne, handlingsanvisningerne og målingerne.
- At enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det sikres, at der er oprettet de relevante relationer i journalerne.
- At enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det sikres, at der er en entydig dokumentation af, hvordan der indhentes samtykke i de tilfælde, hvor borger ikke er i stand til eller kun delvist er i stand til at varetage egne helbredsmæssige interesser.
- At enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det sikres, at borgers informerede samtykke til den aktuelle pleje og behandling samt samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger dokumenteres konsekvent og gennemgående.

Det første tilsyn d. 12. oktober 2021 havde følgende anbefalinger:

- At den lægefaglige indikation for fravalg af genoplivning dokumenteres efter anvisningerne i Norddjurs Kommunes instruks.
- At enheden sikrer at alle helbredsoplysninger fremstår opdaterede
- At enheden sikrer at ikke aktuelle helbredstilstande inaktiveres
- At enheden sikrer at der er udfyldt tilstandspræcisering for alle helbredstilstande og at teksten i tilstandspræciseringen bliver mere tydelig opdelt, hvis der beskrives flere problematikker
- At enheden sikrer, at der oprettes alle de relevante udredninger.

Tilsynets opfølgning på gentilsyn:

Ved gentilsyn i november 2021 gennemgik tilsynet otte journaler med særskilt fokus på enhedens dokumentation af opfølgning på observationer, der indikerer en forværring og målinger uden for tærskelværdier.

Tilsynet finder ved gentilsyn:

- At der fortsat mangler dokumentation af opfølgning på observationer og målinger, der indikerer en forværring i de otte journaler.

Tilsynet vurderer på baggrund af gentilsynet, *at der er gjort fund af kritisk betydning for patientsikkerheden* og der foretages derfor et opfølgende tilsyn primo februar 2022

Ved opfølgende tilsyn februar 2022 gennemgik tilsynet fire journaler med særskilt fokus på enhedens dokumentation af opfølgning på observationer, der indikerer en forværring og målinger uden for tærskelværdier.

Tilsynet finder ved det opfølgende tilsyn:

- At der ses et tydeligt kvalitetsløft og en gennemgående systematik i dokumentation af opfølgning på observationer og målinger, der indikerer en forværring i de fire journaler. I et enkelt tilfælde savnes der en opfølgning, men det vurderes *ikke at være af patientkritisk karakter*.

Samlet vurderes der på baggrund af det seneste og opfølgende tilsyn d. 11. februar 2022: At der ikke er gjort fund af kritisk betydning for patientsikkerheden.

Enheden har udarbejdet en handleplan (bilag 2) for de områder, hvor tilsynet har henstillet til, at der skal udarbejdes en handleplan. Tilsynet vurderer, at enhedens handleplan er tidsafgrænset, realistisk og at den udgør en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat i forhold til den sundhedsfaglige dokumentation.

Medicinkontrol

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicin håndtering ved første tilsyn d. 12. oktober 2021 bygger på:

- Tilsynsenhedens observation af to dispenseringer inklusiv medicinbeholdningen
- Tilsynsenhedens gennemgang af yderligere seks beboeres medicinbeholdning
- Tilsynets uanmeldte journalaudit på otte tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund ved det første tilsyn d. 12. oktober 2021:

Ved observation af dispensering af medicin samt ved gennemgang af medicinbeholdninger finder tilsynet;

- At der ses en god orden i medicinskabene samt en korrekt og tydelig adskillelse af borgerens aktuelle og pauserede medicin
- At enheden anvender et mobilt medicindoseringsbord til medicindispensering. Bordet bidrager med den nødvendige plads og er med til at skabe overblik over medicinpræparater og doseringsæsker. Medarbejderne bærer desuden gul vest under dispenseringen, hvilket signalerer til omgivelserne, at medarbejderen ikke må forstyrres i aktiviteten
- At alle medicinæskerne er korrekt mærket med navn og personnummer
- At alle injektionspræparater, dråber samt cremer, på nær en enkelt, har angivet anbrudsdato
- At der ses relevant opfølgning på effekten af den medicinske behandling
- At der ved to beboere findes manglende personidentifikation på en eller flere vitaminpræparater
- At der ved en borger observeres brug af et antipsykotika, hvor holdbarhedsdatoen er overskredet med seks måneder. Dette kan have den konsekvens, at medicinen ikke har den ønskede effekt eller virkning
- At der ses en doseringsfejl ved en beboer i form af en ekstra tablet i morgenmedicinen
- At der mangler angivelse af 'risikomedicin' ved to morfika-præparater hos en beboer
- At der ses anbrud af to identiske beholdere med øjendråber. Dette kan skabe tvivl hos medarbejderen omkring, hvilken beholder der skal anvende
- At der er foretaget årlig medicingennemgang ved en borger, men hvor det ikke er dokumenteret, at lægen har givet sin accept til en konkret håndkøbsmedicin

Ved gennemgang af journalaudit finder tilsynet;

- At der ved seks ud af otte journaler ses et eller flere tilfælde, hvor der ved pn-medicinering ikke følges op på effekt via et observationsnotat.
- At den årlige medicingennemgang ikke dokumenteres det samme sted i journalerne på enheden.
- At der i to ud af otte journaler ses, at læge har ordineret PN uden angivelse af max.

Ved ledelsesinterviewet fremgår det:

- At enheden, som opfølgning på det kommunale tilsyn i 2020, hvor der blev gjort fund af betydning for patientsikkerheden ved tilsynets medicinkontrol, har udarbejdet en handleplan for at sikre patientsikkerheden ved enhedens medicinbehandling. Enheden har udarbejdet et medicinauditskema og sygeplejerskerne gennemførte medicinaudit i begyndelsen af 2021 på udvalgte borgere. Denne audit viste, at der var behov for yderligere tiltag, så en sygeplejerske er gået med hver enkelt assistent og har gennemgået auditskemaet: Hvad man skal være opmærksom på, når man doserer. Hvad skal man være opmærksom på, når man dokumenterer. Osv. Efterfølgende har assistenterne også foretaget medicinaudits og gennemgået beboernes medicinbeholdning. Herved er det blevet tydeligt for assistentgruppen, hvad man skal tjekke og følge op på i forbindelse med en dosering (eksempelvis medicinlisten og borgers medicinbeholdning). Der er endnu ikke blevet fulgt op med en anden auditrunde.

Ved det første tilsyn d. 12. oktober 2021 blev der lagt vægt på, følgende:

- At fundene har været af patientkritisk karakter, idet der er observeret anvendelse af et antipsykotika, hvor holdbarhedsdatoen er overskredet med seks måneder.
- At der er et relativt stort antal af fund af forskelligartet karakter.

I vurderingen blev der også lagt vægt på:

- At der ses en god orden i medicinskabene samt en korrekt og tydelig adskillelse af borgerens aktuelle og pauserede medicin
- At samtlige medicinæsker ved medicingennemgang er korrekt mærket med navn og personnummer

Det første tilsyn d. 12. oktober 2021 henstillede til gentilsyn for at sikre:

- At enheden har etableret en systematisk og konsekvent arbejdsgang, der understøtter patientsikkerheden ved at sikre at der ikke dispenseres medicin med overskreden holdbarhedsdato.

Det første tilsyn d. 12. oktober 2021 henstillede derudover til:

At der udarbejdes en plan for, hvordan der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:

- At alle borgernes medicinpræparater inklusiv vitaminer og anden håndkøbsmedicin får påført persondata.
- At al medicin, både aktuelt, pauseret og seponeret medicin, med faste mellemrum kontrolleres, så præparater med overskreden holdbarhedsdato fjernes og destrueres.
- At der ved dispensering af medicin sker en kvalitetssikring, sådan at dispenseringsfejl undgås.
- At alle lokalt oprettede ordinationer er godkendt af den behandlingsansvarlige læge og dokumenteret i borgerens journal.

Tilsynets opfølgning på gentilsyn:

Ved gentilsyn i november 2021 gennemgik tilsynet fire beboeres medicinbeholdning med særsomt fokus på præparaternes holdbarhedsdato.

Tilsynet finder:

- At der fortsat er præparater i anvendelse med en overskreden holdbarhedsdato.

Tilsynet vurderer på baggrund af gentilsynet, *at der er gjort et fund af kritisk betydning for patientsikkerheden* og der foretages derfor et opfølgende tilsyn primo februar 2022

Ved opfølgende tilsyn februar 2022 gennemgik tilsynet fire beboeres medicinbeholdning med særsomt fokus på præparaternes holdbarhed.

Tilsynet finder ved det opfølgende tilsyn:

- At der ses et tydeligt kvalitetsløft og en gennemgående orden i forhold til at sikre holdbarheden af præparaterne i beboernes medicinbeholdning og *der er ikke gjort fund af patientkritisk karakter.*

Samlet vurderes der på baggrund af det seneste og opfølgende tilsyn d. 11. februar 2022: At der ikke er gjort fund af kritisk betydning for patientsikkerheden.

Enheden har udarbejdet en handleplan (bilag 2) for de områder, hvor tilsynet har henstillet til, at der skal udarbejdes en handleplan. Tilsynet vurderer, at enhedens handleplan er tidsafgrænset, realistisk og at den udgør en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat i forhold til medicinbeholdningen.

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.
- Dialog med ledelsen om organiseringen af og strategien for arbejdet med utilsigtede hændelser på enheden.
- 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, men at der indberettes flere forskellige typer af UTH.
- At enheden indberetter en god mængde UTH'er i forhold til sin størrelse, hvilket er i overensstemmelse med Norddjurs Kommunes strategi for læring i forhold til patientsikkerheden.

Af ledelsesinterviewet fremgår det:

I forhold til sikring af medarbejdernes kendskab til hvordan man indberetter UTH'er

- At der er udarbejdet et nyt introduktionsprogram for nye medarbejdere, hvor det er et fast punkt, hvor der er afsat en time til at gennemgå, hvordan enheden arbejder med UTH'er og hvordan man konkret indberetter en UTH.
- At det ses, at der indberettes mange flere og flere forskellige typer af UTH'er og at et bredt udsnit af medarbejdere i flere forskellige funktioner indberetter.
- At hvis en gruppe medarbejdere ikke indberetter UTH'ere, for eksempel nattevagten, så opsøger BSK'eren nattevagten for at sikre sig, at medarbejderne ved, hvordan man indberetter. Ligeledes er BSK'eren opsøgende, hvis BSK'eren ser, at der er mangelfulde indberetninger.

I forhold til sikring af lokal læring på baggrund af UTH'er

- At den lokale UTH-sagsbehandler (borgersikkerhedskordinator (BSK)) behandler enhedens UTH'er minimum en gang månedligt. BSK'eren tager fat i de enkelte teams, hvis der har været en personspecifik UTH - et fald eksempelvis - og sikrer opfølgning.
- At der på baggrund af UTH'er om urinvejsinfektioner er blevet iværksat et undervisningsforløb af en uges varighed om forebyggelse af urinvejsinfektioner. Sygeplejerskerne har efterfølgende sikret opfølgning på bo-enhederne. Ligeledes har enheden udarbejdet en handleplan for medicinhåndtering på baggrund af utilsigtede hændelser.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 94% medarbejdere svarer, at de enten 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ved, hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse.
- 64 % af medarbejderne ved 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' hvordan der arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen. 24 % svarer 'i nogen grad'.
- 66 % af medarbejderne angiver, at være 'helt enig' eller 'delvis enig' i at enheden håndterer utilsigtede hændelser på en hensigtsmæssig måde. 10% svarer 'hverken enig eller uenig'.
- 66 % af medarbejderne er 'helt enige' og delvis enige' i, at de ville føle sig trygge som beboere i deres enhed. 18% svarer 'Hverken enig eller uenig'.
- 64 % af medarbejderne angiver, at de er 'helt enige' eller 'delvis enig' i, at de ved, hvor de kan få svar på spørgsmål om patientsikkerheden. 12% svarer 'Hverken enig eller uenig'.
- 42 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at de får passende tilbagemeldinger på, hvordan de klarer deres arbejdsopgaver. 22% svarer 'Hverken enig eller uenig' og 34% svarer 'delvis uenig eller 'helt uenig'.
- 46 % af medarbejderne er 'helt uenige' eller 'delvist uenige' i, at det er svært at diskutere utilsigtede hændelser på deres arbejdsplads. 24% svarer 'Hverken enig eller uenig'.
- 40 % af medarbejderne er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at kollegaer opfordrer dem til at sige til, hvis de er bekymrede for patientsikkerheden. 28% svarer 'Hverken enig eller uenig'.
- 30 % er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at kulturen gør det nemt at lære af andres utilsigtede hændelser. 26% svarer 'hverken enig eller uenig' og 22% svarer 'delvis uenig' eller 'helt uenig'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At under 50 % af medarbejderne svarer positiv på, at de får passende tilbagemeldinger på, hvordan de klarer deres arbejdsopgaver.
- At under 50 % af medarbejderne svarer positiv på, at kollegaer opfordrer dem til at sige til, hvis de er bekymrede for patientsikkerheden.
- At under 50 % af medarbejderne svarer positiv på at kulturen gør det nemt at lære af andres utilsigtede hændelser.
- At under 50 % af medarbejderne er uenige i udsagnet om, at det er svært at diskutere utilsigtede hændelser på deres arbejdsplads.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der ses flere og forskelligartede indberetninger af UTH'er
- At størstedelen af medarbejderne angiver, at de ved, hvordan man indberetter UTH'er og at BSK'eren er opsøgende i forhold til at sikre sig, at alle medarbejderne ved, hvordan man gør.

- At der er iværksat flere initiativer for at skabe læring og nye arbejdsgange i enheden på baggrund af UTH'er.

Tilsynet henstiller til:

- At der udarbejdes en plan for, hvordan det afdækkes, hvad der ligger bag, at medarbejderne har svaret som de har gjort i forhold til sikkerhedskulturen på enheden og at der på baggrund af denne afklaring udarbejdes en plan for, hvordan enheden fremadrettet kan sikre en kultur blandt medarbejderne, der understøtter patientsikkerheden. Herunder, at medarbejderne opfordres hinanden til at give udtryk for bekymring i forhold til patientsikkerheden. At medarbejderne opfordres til og gives mulighed for at diskutere utilsigtede hændelser på arbejdspladsen. At medarbejderne har et kendskab til, hvordan processen er på enheden i forhold til at lære af utilsigtede hændelser og at medarbejderne oplever, at der bliver givet passende tilbagemeldinger på, hvordan de klarer deres arbejdsopgaver.

Tilsynets samlede vurdering ift. arbejdet med UTH:

Enheden har udarbejdet en handleplan (bilag 2) for de områder, hvor tilsynet har henstillet til, at der skal udarbejdes en handleplan. Tilsynet vurderer, at enhedens handleplan er tidsafgrænset, realistisk og at den udgør en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat i forhold til arbejdet med UTH.

Magtanvendelser

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med at forebygge og håndtere magtanvendelser bygger på:

- Journalaudit
- Interview med ledelse

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

- At af de journaler, der blev auditeret af tilsynet, var der ikke indberettet magtanvendelser

Af interview med ledelsen fremgår det:

- At når der er magtanvendelser ude i bo-enhederne, er det assistenternes ansvar at kontakte de pårørende.

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: At der ikke er gjort fund i forhold til enhedens håndtering af magtanvendelser.

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 er opsat sæbe og spritdispensere på personaletoiletter.
- At der mangler instruktion i korrekt håndvask ved personalehåndvaske.
- At der i fornuftig omfang udføres korrekt hånddesinfektion forud for og ved afslutning af en opgave hos borgerne.
- At der benyttes handsker i forbindelse med direkte medicin håndtering.
- At der i enkelte tilfælde ikke foretages hånddesinfektion, når medarbejderen træder ind i beboers hjem samt før og efter handskeskift.

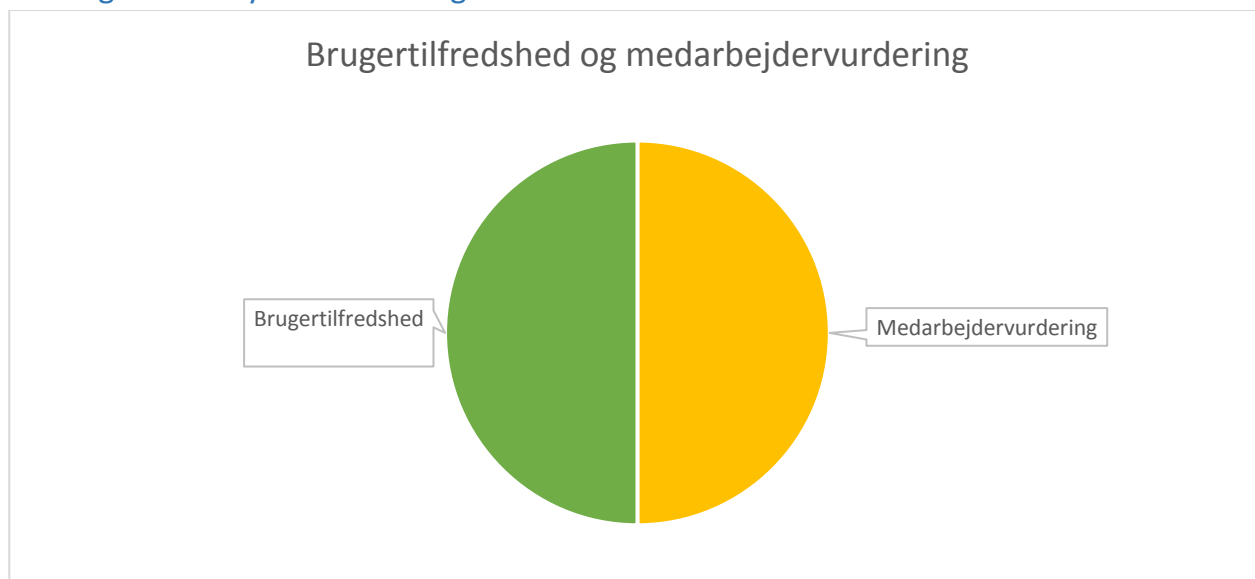
Brugertilfredshed

I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser³. 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 og klager/bekyringshenvendelser: *At der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

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

Brugertilfredshed

Tilsynets vurdering af brugertilfredsheden på enheden bygger på:

- Interviews med 15 beboere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewet⁴ fremgår det, at:

I forhold til *de fysiske rammer*:

³ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

⁴ I afrapporteringen er der fokus på at sikre, at den enkelte beboers besvarelser ikke vil kunne blive genkendt.

- 87 % af beboerne giver udtryk for, at være 'meget tilfreds' eller 'delvis tilfreds' med deres bolig på plejecenteret.
- 67 % af beboerne giver udtryk for at være 'meget tilfreds' eller 'delvis tilfreds' med plejecenterets fællesarealer og med de udendørs arealer.

I forhold til *aktiviteter og socialt samvær*:

- De beboere, som anvender de daglige aktiviteter på plejecenteret og arrangementerne på plejecenteret er hovedsagelig 'meget tilfreds' eller 'delvis tilfreds'. 40 % af beboerne anvender ikke de daglige aktiviteter og 47 % anvender ikke arrangementer på plejecenteret.

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

- 93 % af beboerne er samlet set 'meget tilfreds' eller 'delvis tilfreds' med den hjælp og støtte de modtager på plejecenteret.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til at komme i bad, blive vasket, af- og påklædning og toiletbesøg, angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- 80 % af beboere er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med rengøringen af egen bolig og hjælp til tøjvask.
- 67 % af beboerne er 'meget tilfreds' med rengøringen af fællesarealerne. De resterende af beboerne svarer 'ved ikke/kan ikke svare' eller 'ikke relevant'.

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

- Alle beboerne svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får den hjælp, de har behov for.
- 73 % af beboerne svarer, at de ikke oplever, at hjælpen bliver aflyst. 20 % svarer 'i mindre grad'.
- 80 % af beboerne angiver, at personalet tager hensyn til, hvordan de gerne vil have deres døgnrytme.
- Alle beboerne svarer, at de deltager i de ting, de kan og ønsker at deltage i.

I forhold til *maden*:

- 80 % af beboerne angiver, at maden er 'meget god' eller 'god'.

I forhold til *personalet*:

- Alle beboerne giver udtryk for, at være 'helt enig' eller 'enig' i udsagnene: 'Personalet udviser respekt for mig' og 'Personalet lytter til hvad jeg har behov for'.
- 93 % af beboerne angiver, at være 'helt enig' eller 'enig' i 'at omgangstonen mellem dem og personalet er god'.
- 53 % af beboerne svarer, at de er 'helt enig' eller 'enig' i, at hjælpen er lige god uanset hvilken hjælper, der kommer. 33 % er 'uenig' i dette udsagn.

Overordnet set:

- Alle beboerne giver udtryk for samlet set at være 'meget tilfredse' eller 'tilfredse' med at bo på Plejecenter Violskrænten og Grønnegården.
- Alle beboerne giver udtryk for, at de 'i høj grad' føler sig trygge og tilpasse på plejecenteret.

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 6 % der svarer 'i meget høj grad', eller 'i høj grad', 44 % der svarer 'i nogen grad', 37 % der svarer 'i mindre grad' og 10 % svarer nej, 'slet ikke'.
- 21% af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' og 'i høj grad', løbende arbejdes med kvalitetsudvikling- og sikring i forhold til pleje og aktiviteter. 37 % af medarbejderne svarer 'i nogen grad' og 23 % svarer 'mindre grad'.

Tilsynets vurdering: At der ikke er gjort fund i forhold til brugertilfredsheden, men at der er gjort fund i forhold til medarbejdernes vurdering af deres mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandarden.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At 47 % af medarbejderne svarer 'i mindre grad' eller 'slet ikke' på spørgsmålet om, hvorvidt hverdagen giver mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandarden.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At de interviewede borgere overvejende giver udtryk for tilfredshed med den leverede praktiske hjælp og personlige pleje, med maden, leveringen af hjælpen og relationen til medarbejderne.
- At størstedelen af medarbejderne angiver, at der foregår en løbende kvalitetssikring.

Tilsynet anbefaler:

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

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.

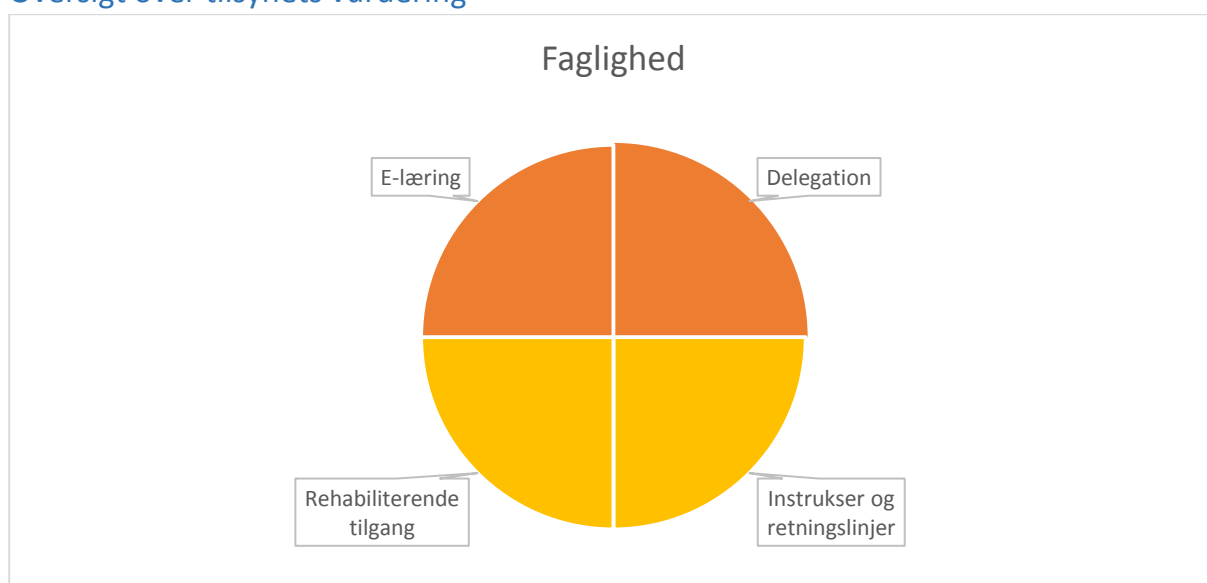
Faglighed

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 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 tilstede ved alle opgaver og at kommunens retningslinjer for delegation efterleveres, bygger på:

- Interview med ledelsen
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Ved ledelsesinterviewet fremgår det:

I forhold til at sikre, at medarbejderne har de rette kompetencer til opgaven:

- At indtil de nye kompetenceskemaer er færdige, har enheden en delegationsmappe i hver bo-enhed, hvor hver medarbejder har et skema over de delegerede opgaver, de har.
- At nye medarbejdere introduceres til Norddjurs Kommunes kompetence- og overdragelsesskema.
- At medarbejderne introduceres til de opgaver, der er i deres enhed afhængigt af om det er en generel eller en borgerspecifik kompetence for deres faggruppe. Proceduren fra VAR bliver gennemgået med dem, de ser sygeplejersken eller assistenten, der lærer dem op, udføre proceduren og sygeplejersken eller assistenten observerer medarbejderen udfører proceduren selv. Derefter noteres det i delegationsskemaet, at medarbejderen har fået den pågældende borgerspecifikke kompetence.
- At der er en løbende dialog i forhold til og tillid til at assistenter selv er opsøgende, hvis de har behov for genopfriskning af en kompetence.
- At det sikres ved planlægning af weekendvagten, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til, de opgaver der er.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

I forhold til *oplæring af nye medarbejdere*:

- At 40 % af medarbejderne angiver at være 'helt enige i' eller 'delvist enige i' at nyt personale får en god introduktion. 20% angiver 'både og' og 32% angiver 'delvis uenig' og 'helt uenig'.
- At 35 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at personale der er under oplæring inden for deres fagområde, får den nødvendige supervision. 29% svarer 'hverken enig eller uenig' og 22% svarer 'delvis uenig' og 'helt uenig'.

I forhold til *procedure for delegation*⁵:

- At 63 % af medarbejderne svarer, at de kender proceduren for delegation til medarbejdere. 26 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- 58 % angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' følger procedurerne for delegation. 32% angiver 'i nogen grad'.

I forhold til *kompetenceprofil*:

- At 73 % 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?' 16 % svarer 'ja' eller 'ved ikke'.
- At 33 % af medarbejderne svarer, at de har en opdateret kompetenceprofil, 45 % svarer nej, mens 14 % svarer 'ved ikke'.

I forhold til tilgængelige kompetencer:

- At 58 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i udsagnet 'Mit team har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag'. 16% svarer 'hverken enig eller uenig'.

Tilsynets vurdering: At der er gjort fund af betydning i forhold til, hvordan enheden sikrer, at kommunens retningslinjer for delegation efterleves og hvor vidt medarbejderne har en opdateret kompetenceprofil.

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- Der ikke foreligger en konkret plan for, hvordan enheden sikrer systematisk opfølgning på delegerede opgaver.

⁵ I afrapporteringen af medarbejderbesvarelserne ved dette spørgsmål er der kun taget udgangspunkt i besvarelser fra hhv. sygeplejersker, assistenter og hjælpere – 54 besvarelser i alt

- 26 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til om de kender proceduren for delegation til medarbejdere
- 59 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til at de har en opdateret kompetenceprofil.

Tilsynet henstiller til:

- At der udarbejdes en plan for, hvordan kendskabet til for proceduren for delegation bliver kendt af alle relevante medarbejdere.
- 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 synligt bekymring eller behov.

Tilsynet anbefaler

- At medarbejdernes kompetenceprofil opdateres.

Tilsynets samlede vurdering ift. arbejdet med delegation og kompetencer:

Enheden har udarbejdet en handleplan (bilag 2) for de områder, hvor tilsynet har henstillet til, at der skal udarbejdes en handleplan. Tilsynet vurderer, at enhedens handleplan er tidsafgrænset, realistisk og at den udgør en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat i forhold til arbejdet med delegation og kompetencer.

Kendskab til instrukser og retningslinjer

Tilsynets vurdering af om det 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
- Ledelsesinterview
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

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

- At der er 105 unikke brugere af MyMedCards på enheden i perioden 1. september 2020 og til 31. august 2021

Af ledelsesinterview fremgår det, at:

- Der i det nye introduktionsprogram er afsat en dag til introduktion og to opfølgingsdage. I løbet af den første måned medarbejderne er ansat.
- Når der er relevante opdateringer i MyMedCards, orienterer ledelsen medarbejderne med en mail om, hvad der er ændret og et link til den nye instruks. Hvis det skønnes nødvendigt suppleres med mundtlig information ved stop-op-møder, hvis det eksempelvis er kompleks viden, eller en større ændring af aktuelle praksis. Det sikres at alle vagtlag orienteres i overlappet
- Det er en fast del af introduktionsprogrammet for nye medarbejdere, at de bliver undervist i VAR (en sundhedsfaglig procedure-database), hvordan VAR skal anvendes og i MyMedCards.
- Der er en gennemgående kultur, hvor man ved spørgsmål henviser til henholdsvis VAR og MyMedCards: 'Har du set om det står dér?'
- Medarbejderne er introduceret til, at de skal forholde sig til de nye opdateringer i MyMedCards, når der kommer en 'pop-up' meddelelse om opdateringer.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fremgår det:

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

- At 66 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enig' i, at de normalt har adgang til alle de oplysninger, de har brug for, for at kunne træffe beslutninger om pleje og behandling. 12 % angiver at de er 'hverken enig eller uenig'.

I forhold til *retningslinjer for anvendelsen af MyMedCards og VAR*⁶:

- At 71 % af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for hvordan de skal bruge VAR (database over sundhedsfaglige procedurer). 24 % angiver 'ved ikke'.
- 54 % af medarbejderne svarer, at de i 'meget høj grad' og 'i høj grad' følger disse retningslinjer, 40 % angiver i nogen grad.
- 72 % af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for, hvordan de skal bruge MyMedCards. 22 % angiver 'ved ikke'.
- 67 % af medarbejderne svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' følger disse retningslinjer. 31 % svarer i nogen grad.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At over 20 % af medarbejderne angiver ikke at kende retningslinjerne for anvendelsen af MyMedCards og VAR.

Tilsynet anbefaler:

- At der arbejdes med at sikre, at medarbejderne kender retningslinjerne for anvendelsen af MyMedCards og VAR.

Rehabilitering

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

- Interview med 12 beboere
- Ledelsesinterview
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser
- Enhedens og tilsynets audit af i alt 14 borgerjournaler

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved interview med beboere fremgår det at:

- Hovedparten af beboerne angiver 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' i forhold til, om 'de deltager i de ting, som de ønsker at deltage i', 'om personalet støtter dem i at klare flest mulige dagligdagsting' og 'de deltager i udførelsen af hjælpen'.
- 80 % af beboerne svarer, at de 'slet ikke' har været med til at 'sætte mål for hjælpen', eller 'arbejder efter de aftalte mål'.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

⁶ I dette spørgsmål afrapporteres kun besvarelser fra de relevante faggrupper, dvs. besvarelser fra sygeplejersker, assistenter og hjælpere – 45 besvarelser i alt.

- 31 % af medarbejderne angiver, at de i 'meget høj grad' eller 'i høj grad' kender borgernes livshistorie og handleplaner. 42 % angiver 'i nogen grad' og 23 % angiver 'i mindre grad' eller 'slet ikke' til dette spørgsmål.
- 25 % af medarbejderne angiver, at de i 'høj grad' aktivt inddrager borgerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter. 40 % angiver 'i nogen grad' og 21 % angiver i 'mindre grad'.

Af ledelsesinterview fremgår det at:

- Et fokuspunkt fra sidste rehabiliteringsuge var at få udfyldt de generelle oplysninger i beboers journal. Derudover er det et vedvarende opmærksomhedspunkt, at beboerne skal have lov til at gøre det, de selv kan og at enheden understøtter, at beboerne kan så meget som muligt selv og fastholder deres funktionsniveau. Hvis det observeres, at en beboer har et dalende funktionsniveau, ser en terapeut på vedkommende og foretager en ADL-vurdering og så bliver det taget op på næste beboerkonference så de medarbejdere, der er omkring beboeren, ved hvordan de skal understøtte beboeren. En del af enhedens rehabiliterende fokus er også på individniveau i forhold til den enkelte beboers ønsker.

Af journalaudit fremgår det at:

- Inddragelse af borgers perspektiv fremgår i ca. halvdelen af de auditerede journaler. Dette gælder felterne vedr. borgers motivation, mestring og ressourcer, der er udfyldt i ca. halvdelen af de auditerede journaler, ligesom der er oprettet indsatsmål for ca. halvdelen af de relevante tilstande og disse er i ca. halvdelen af tilfældene målbare. Borgers vurdering er også dokumenteret i ca. halvdelen af de oprettede tilstande.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At beboerne ikke giver udtryk for at kende til de mål, der er sat for indsatsen, eller at de inddrages i arbejdet med at nå målene.
- At beboernes perspektiv kun fremgår af ca. halvdelen af journalerne.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At beboernes besvarelser viser, at der er et rehabiliterende fokus i den måde hjælpen tilrettelægges på ved borgeren

Tilsynet anbefaler

- At beboerne i højere grad og så vidt muligt inddrages i fastsættelsen af de mål, der er for indsatsen.
- At beboernes perspektiv i højere grad kommer til at fremgå af journalerne.

E-læring

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

Udtræk fra e-læringsportalen Plan2Learn, der dog kun skal ses som vejledende⁷

⁷ Data i læringsportalen Plan2Learn trækkes fra "Løn og Personale", hvilket betyder, at der ikke er taget højde for, om medarbejdere er nyansatte og ikke påbegyndt deres arbejde, på barsel, orlov eller er langtidssygemeldte.

- 102 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Magtanvendelse'. Ud af de 102 medarbejdere har 67 medarbejdere gennemført kurset. 17 medarbejdere er påbegyndt kurset, men har ikke gennemført det. 18 medarbejder er tilmeldt kurset, men har hverken påbegyndt eller gennemført kurset.
- 35 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'. Ud af de 35 medarbejdere har 14 medarbejdere gennemført kurset. 4 medarbejdere er påbegyndt kurset, men har ikke gennemført det. 3 medarbejder er tilmeldt kurset, men har hverken påbegyndt eller gennemført kurset. 14 medarbejdere har tidligere gennemført kurset, men kurset er udløbet og kræver en recertificering.
- 66 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinhåndtering for social- og sundhedshjælpere'. Ud af de 66 medarbejdere har 21 medarbejdere gennemført kurset. 3 medarbejdere er påbegyndt kurset og 9 medarbejdere er tilmeldt kurset, men har ikke påbegyndt eller gennemført kurset. 32 medarbejdere har tidligere gennemført kurset, men kurset er udløbet og kræver en recertificering.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At over ca. 66 % af de tilmeldte medarbejdere ikke har gennemført de obligatoriske kursus om magtanvendelse
- At ca. 40 % af medarbejderne ikke har gennemført de obligatoriske kurser om 'medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'
- At kun 32 % har gennemført 'Medicinhåndtering for social- og sundhedshjælpere'.

Tilsynet henstiller til

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

Tilsynets samlede vurdering ift. e-læring:

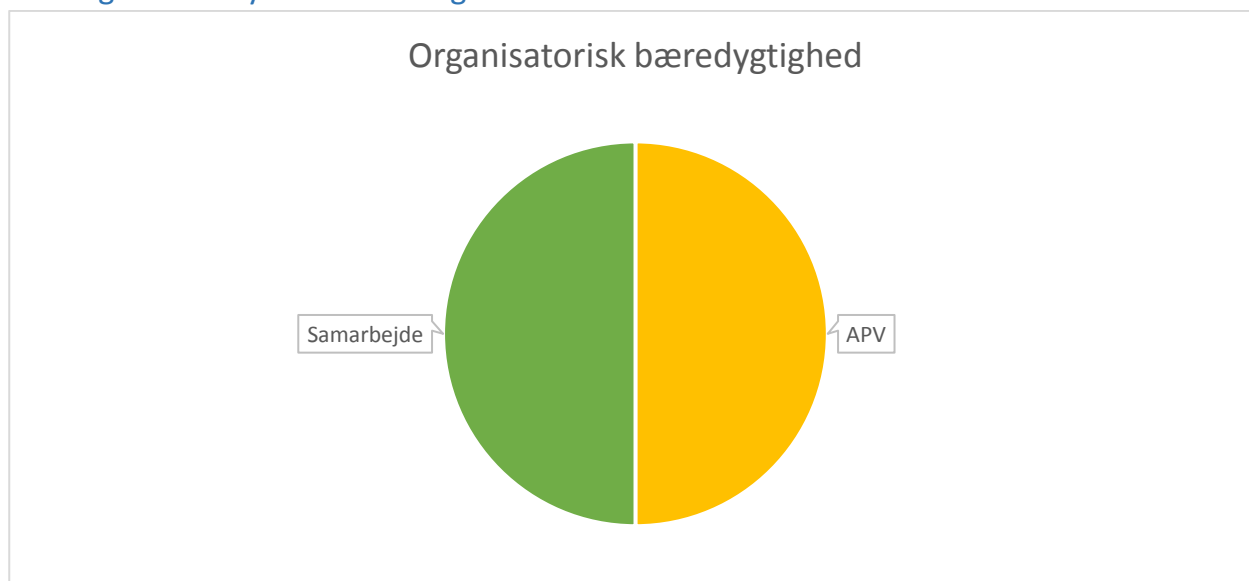
Enheden har udarbejdet en handleplan (bilag 2) for de områder, hvor tilsynet har henstillet til, at der skal udarbejdes en handleplan. Tilsynet vurderer, at enhedens handleplan er tidsafgrænset, realistisk og at den udgør en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat i forhold til medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring.

Organisation

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

- APV
- Samarbejde
- Budgetoverholdelse
- Sygefravær
- Eksterne tilsyn

Oversigt over tilsynets vurdering



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 i forhold til 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.
- Ledelsesinterview vedrørende opfølgning på den psykiske APV.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

- At 17 ud af 20 journaler i audit havde udfyldt APV-skema

Ved ledelsesinterview fremgår det:

- At enheden sidst have en psykisk APV for medarbejderne for tre år siden og at enheden påbegynder processen med at planlægge den psykiske APV til efteråret og at den vil foregå først i det nye år.
- At den sidste APV gav et pænt resultat, men at der var to tilbagemeldinger, der blev arbejdet videre med. Den ene af disse tilbagemeldinger handlede om mobning, den anden om det fysiske arbejdsmiljø.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der manglede en APV på tre ud af 20 beboere

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der har været en psykisk APV inden for de sidste tre år, og der har været arbejdet videre med resultatet af denne.

Samarbejde

Tilsynets vurdering af om medarbejderne er tilfredse med samarbejdet i enheden bygger på:

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

- 43 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. 44 % af medarbejdere svarer, at der er 'både og' og 10 % svarer at det er et 'dårligt' eller 'meget dårligt' samarbejde.
- 63 % af medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne internt. 31% af medarbejdere svarer, at der er et 'både og' samarbejde.
- 42 % af medarbejderne angiver, at have et 'meget godt' eller 'godt' forhold til ledelsen. 40 % angiver, at det er 'både og' og 18 % af medarbejderne svarer, at der er et 'dårligt' eller 'meget dårligt' samarbejde.

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 samarbejdet er 'godt' eller 'både og'.

Sygefravær

Vurderingen af enhedens sygefravær, bygger på:

- Oversigt over sygefraværsprocenten i perioden 1. september 2020 til 31. august 2021

Af sygefraværsoversigten fremgår det:

- At sygefraværsprocenten i perioden 1. september 2020 til 31. august 2021 i gennemsnit har været på 9,3 %. Til sammenligning er sygefraværsprocenten i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune i samme periode på 6,7 %

Budgetoverholdelse

Tilsynet vurderer

Opsamling på andre/tidligere tilsyn

Arbejdstilsynet har d. 7. september 2020 givet enheden en grøn smiley, der betyder, at enheden ikke har noget udestående med Arbejdstilsynet.

Beredskab og Sikkerhed har d. 23. juni 2021 kontrolleret, at bestemmelserne om brandsikkerhed var overholdt. Brandsynet gav ikke anledning til bemærkninger.

Bilag 1: Oversigt: Journalaudit

Antal journaler hvor følgende er opfyldt:

<i>Opfølgning på forværring i borgers tilstand</i>	Tilsynets audit på 8 borgere	Enhedens audit på 12 borgere
Opfølgning på observationer	3 ud af 7	5 ud af 12
Opfølgning på målinger uden for tærskelværdi	0 ud af 1	4 ud af 11
<i>Opdateret beskrivelse af og plan for borgers helbreds- og funktionstilstande</i>		
Relevante helbredsoplysninger	6 ud af 8	12 ud af 12
Taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser	6 ud af 8	12 ud af 12
Alle relevante helbredstilstande valgt	7 ud af 8	9 ud af 12
Fyldestgørende faglige notater for helbredstilstande	7 ud af 8	3 ud af 12
Alle relevante funktionstilstande valgt	8 ud af 8	11 ud af 12
Oprettet relevante handlingsanvisninger	3 ud af 8	8 ud af 12
Henvielse til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant	4 ud af 5	6 ud af 12
Døgnrytmeplan opdateret	8 ud af 8	7 ud af 12
Ingen ubehandlede korrespondancer på borgeren? (MedCom)	8 ud af 8	9 ud af 12
Hvis relevant: En aktuell forflytningsvejledning for borgeren	6 ud af 7	5 ud af 7
Er relevante udredninger oprettet og udfyldt?	5 ud af 8	5 ud af 12
Oprettet opgaver på alle tilstande mindst en gang årlig	0 ud af 8	6 ud af 12
<i>Sammenhæng og systematik</i>		
Oprettet relationer så der skabes sammenhæng	0 ud af 8	7 ud af 12
<i>Understøttelse af borgers retsstilling</i>		
Borgersens samtykke fremgår af handleanvisningen	1 ud af 8	1 ud af 11
Borgers samtykke ved videregivelse af helbredsoplysninger	0 ud af 6	0 ud af 12
Tidsfrist for indberetning af magtanvendelse overholdt	-	1 ud af 1
<i>Understøttelse af rehabiliterende tilgang</i>		
Beskrivelse af borgers motivation	3 ud af 8	4 ud af 12
Beskrivelse af borgers mestring	4 ud af 8	5 ud af 12
Beskrivelse af borgers ressourcer	4 ud af 8	4 ud af 12
Borgers vurdering ved helbredstilstande	5 ud af 8	3 ud af 12
Borgers vurdering ved funktionstilstande	4 ud af 8	4 ud af 12
Oprettet indsatsmål	4 ud af 7	10 ud af 12
Feltet 'Borgers indsats' udfyldt i Døgnrytmeplan	5 ud af 8	6 ud af 12

Bilag 2: Handleplan på henstillinger fra Kommunalt tilsyn 2021

Beskrivelse/titel:	Dokumentation af opfølgning på observationer/målinger der viser en forværring samt angivelse af tærskelværdier.		
Enhed/afdeling:	Plejecenter Violskrænten/grønnegården	10.11-21 Dato:	
Ansvarlig for udfyldelse:	Pernille Larsen og Helle Schmidt Kjeldgaard	Ledelsesansvarlig: Helle Schmidt Kjeldgaard	
TEMA Hvilket område omhandler planen	Patientsikkerhed – sundhedsfaglig dokumentation		
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	<ul style="list-style-type: none"> • Der ses ved journalaudit flere eksempler på, at der ikke dokumenteres opfølgning på observationer, der viser en forværring i borgerens tilstand. • Der ses ligeledes manglende tydelighed i forhold til angivelse af tærskelværdier samt instruks for, hvordan der skal handles ved overskridelse af tærskelværdierne. Dette medfører eksempler på manglende dokumentation og opfølgning på overskridelse af tærskelværdier. 		
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål	<p>At der ses en opfølgning på alle målinger/observationer der viser en forværring enten med:</p> <p>1) et observationsnotat/måling der viser en forbedring eller</p> <p>2) et observationsnotat, der beskriver, hvad der skal sættes i værk og hvordan der følges op på det – oprettelse af tilstand, indsats, mål, handlingsanvisning og opgaver.</p> <p>At der er angivet tærskelværdier hvor dette er relevant jf. instrukserne, samt præcis instruktion af, hvordan der skal handles ved overskridelse af tærskelværdier.</p>		
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	<p>RAPPORTLÆSNING:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ethvert observationsnotat kalder på et svar, som viser, hvordan der handles og følges op. - Ved hver rapportlæsning stoppes op og reflekteres over det læste notat - den medarbejder som læser rapport, uddelegerer ansvaret for at følge op på det læste notat. - SSA er hovedansvarlig for rapportlæsning og uddelegering af opfølgning. Ved fravær af SSA læses rapport af faglært personale. <p>OBSERVATIONER:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der skal dokumenteres opfølgning på observationer, der viser en forværring i beboerens tilstand - alle faggrupper er ansvarlige for at dokumenterer men SSA og sygeplejerske er ansvarlig for evt. uddelegering af opfølgningen til anden faggruppe. - Der skal følges op på gentagne observationsnotater med en tilstand, indsats, mål, handleanvisning og opgave - SSA og sygeplejerske er ansvarlig. - Der skal dokumenteres opfølgning og plan i de tilfælde, hvor tærskelværdierne er overskredet - SSA og sygeplejerske er ansvarlig. <p>MÅLINGER:</p>		

Faste arbejdsgange i forhold til måling af værdier - hvornår måles værdier, hvornår og hvordan handles der på de målte værdier? Herunder

- Dokumentation af ordinationer fra egen læge mht. hyppighed af måling af værdier samt fastsættelse af referenceværdier. Gælder alle værdier, fx blodprøver, vægt, blodtryk, blodsukker mm. Sygeplejeteamet er ansvarlig for sammen med egen læge, at lave en plan for måling af værdier samt fastsættelse af referenceværdier og ordinationer ved overskridelse af tærskelværdier.
- Målinger visiteres som en Indsats og bookes som en ydelse på køreplanen, således at det er tydeligt, hvornår målingerne udføres. Målinger kan delegeres til al oplært personale jf. kompetenskemaerne.
- Opfølgning på målinger visiteres ligeledes som en Indsats og bookes på køreplanen som en ydelse. Opfølgning udføres af SSA eller sygeplejerske, som efterfølgende iværksætter relevant handling i forhold til bl.a. overskridelse af evt. tærskelværdier.

MEDARBEJDEROVERBLIK:

Dagligt tjek af Medarbejder overblik i Nexus af SSA og sygeplejerske i forbindelse med rapportlæsning.

- Håndtering af evt. opgaver bookes som en ydelse på kørelisten hver dag - bookes på SSA eller sygeplejeruten.
- Diverse opgaver fordeles i sygepleje/SSA teamet i Huset ved dagligt stop op møde i dagvagten.
- Medcom tjekkes minimum x 1 i hver vagt i alle vagtlag

<p>HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?</p>	<p>Opfølgning italesættes og uddelegeres til relevante medarbejdere i forbindelse med rapportlæsning fra vagtens start.</p> <p>Alle SSA og sygeplejersker skal instrueres i den nye arbejdsgang og opfølgning herpå, hvilket kræver tid til information.</p> <p>Sygeplejeteamet gennemgår alle beboere sammen med egen læge mhp. fastsættelse af relevante referenceværdier samt plan ved overskridelse af tærskelværdierne.</p> <p>Dagvagterne kan informeres af ledelsen på et af de daglige stop- op møder. Aftenvagten informeres på aftenvagtsmøde som afholdes af to timers varighed. I nattevagten er der brug for særskilt information, som der planlægges og afsættes tid til 2 morgener efter endt nattevagt – ca. 1 time per hold.</p> <p>KMD nexusplanlæggerne booker tid til dokumentation hos SSA og sygeplejersker dagligt – afhængig af dagens bemanding trækkes SSA så vidt muligt ud af plejen, så de har tid til dokumentation.</p> <p>Der er indkøbt ekstra bærbar computere som er tilgængelige i særskilt mødelokale, hvor dokumentationen kan foregå i fred og ro.</p> <p>Ved indflytning af ny borger laves en plan for ajourføring af borgerjournal i løbet af de første 14 dage efter indflytning – dette bookes på køreplan og planlægges på lige fod med indflytningssamtale.</p> <p>FSIII ændres per medio januar, så relationerne oprettes automatisk ved indgang gennem tilstandshjulet.</p>
<p>HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?</p>	<p>Starttidspunkt: 1. oktober 2021</p> <p>Sluttidspunkt: 1. juni, hvor vi forventer at arbejdsgangen er fuldt implementeret.</p>
<p>DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?</p>	<p>Journalaudit ved sygeplejerskerne i forhold til opfølgning på observationsnotater og målinger – 10 journaler hver 2. måned og skal vise:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afholdes der dagligt stop- op møde mellem SSA og sygeplejersker i dagvagt hvor Medarbejderoverblikket tjekkes? - Bliver alle opfølgninger delegeret ved vagtens start og bliver der dokumenteret opfølgning? - Er alle medcoms håndteret retmæssigt i alle vagtlag? - Er alle Opgaver behandlet? - Er der dokumenteret observationsnotat ved overskridelse af tærskelværdier? - Er alle relevante adviser håndteret? - Er alle relevante tilstande aktiveret og er de opdateret med tilhørende indsatser, mål og handlingsanvisninger.
<p>HVEM? Hvem er ansvarlig for igangsættelse, gennemførelse og hvem er ansvarlig for opfølgning på tiltagene?</p>	<p>Ansvarlig for igangsættelse: Ledelsen</p> <p>Ansvarlig for udførelse: SSA og Sygeplejerskerne</p> <p>Ansvarlig for opfølgning: Ledelsen</p>

OPFØLGNING	Ved tilsyn 2022 vurderes om der er opfølgning på målinger/observationer, der indikerer en forværring.
-------------------	---

Beskrivelse / titel	Informeret samtykke samt dokumentation af dette
Enhed / afdeling:	Plejecenter Violskrænten og Grønnegården
Ansvarlig for udfyldelse:	Pernille Larsen og Helle Schmidt Kjeldgaard
Ledelsesansvarlig:	Helle Schmidt Kjeldgaard
Dato:	27.12.2021
TEMA Hvilket område omhandler planen	Informeret samtykke
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Der mangler en entydig dokumentation af borgerens informerede samtykker, herunder hvordan den indhentes i de tilfælde hvor borgeren ikke eller kun delvist kan varetage egne helbredsmæssige interesser. Der mangler generelt samtykke til den aktuelle pleje og behandling samt kontakt til og videregivelse af helbredsoplysninger til 3. part.
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt. SMARTE mål	At det er tydelig angivet i Helbredsoplysninger, om borgeren ikke kan, delvist kan eller selv kan varetage egne helbredsmæssige interesser ved alle borgere. At der er oprettet en tilstand med mere uddybende dokumentation af, hvorfor en borger ikke kan eller kun delvist kan varetage egne helbredsmæssige interesser. Samt i hvor høj grad borgeren delvist kan varetage egne helbredsmæssige interesser. At der er dokumenteret i Særlig opmærksomhed, hvem der har stedfortrædende samtykke hos borgere, som ikke kan eller kun delvist kan varetage egne helbredsmæssige interesser. At der konsekvent dokumenteres samtykke i alle handlingsanvisninger. At der konsekvent dokumenteres samtykke i korrespondancen ved kontakt til 3. part.
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	Alle SSA og sygeplejersker gennemgår alle borgerens Helbredsoplysninger og dokumenterer, hvorvidt borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser eller ej. Dette suppleres med en tilstand med en uddybende beskrivelse, samt dokumentation af, hvem der har stedfortrædende samtykke i Særlig opmærksomhed.

	<p>Alle SSA og sygeplejersker tjekker handlingsanvisningerne igennem og tilføjer samtykke til behandlingen, hvor dette ikke er dokumenteret.</p> <p>Det italesættes dagligt til stop op møde i SSA/sygeplejeteamet, at der skal dokumenteres samtykke ved kontakt til 3. part. Lederen er ansvarlig for denne italesættelse.</p>
<p>HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?</p>	<p>SSA og sygeplejerskerne aftaler indbyrdes i temaet hvem der gennemgår hvilke borgere. Der afsættes tid på kørelisten til opgaverne.</p> <p>Lederen deltager i stop op møde for SSA/sygeplejersker minimum 2 gange om ugen, hvor dokumentation af samtykke italesættes.</p>
<p>HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?</p>	<p>Starttidspunkt: 1. januar 2022 Sluttidspunkt: 1. juni 2022</p>
<p>DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?</p>	<p>Journalaudit ved sygeplejerskernes i forhold til dokumentation af samtykke – 10 journaler hver 2. måned.</p>
<p>HVEM? Hvem er ansvarlig for igangsættelse, gennemførelse og hvem er ansvarlig for opfølgning på tiltagene?</p>	<p>Ansvarlig for igangsættelse: Pernille Larsen, Sandie Skaaning og Helle Schmidt Kjeldgaard. Ansvarlig for udførelse: SSA og Sygeplejerskerne Ansvarlig for opfølgning: Pernille Larsen, Sandie Skaaning og Helle Schmidt Kjeldgaard.</p>
<p>OPFØLGNING</p>	<p>Ved tilsyn 2022 vurderes om der er tilfredsstillende dokumentation af indhentning af samtykke.</p>

Beskrivelse/titel:	Procedure for sikring af korrekt medicinbehandling, herunder bl.a. sikring af medicinens holdbarhed		
Enhed/afdeling:	Plejecenter Violskrænten/grønnegården	10.11-21 Dato:	
Ansvarlig for udfyldelse:	Pernille Larsen og Helle Schmidt Kjeldgaard	Ledelsesansvarlig: Helle Schmidt Kjeldgaard	
TEMA Hvilket område omhandler planen	Patientsikkerhed – medicinbehandling		
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Ved medicinaudit findes æske med medicin, hvis holdbarhed er overskredet. Der ses desuden håndkøbspræparater som ikke er påført persondata samt godkendt af egen læge ved oprettelse.		
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål	At instruks for medicindispensering følges – herunder at det før alle medicindispenseringer tjekkes om medicinens holdbarhedsdato er overskredet.		
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	<p>Medicindispensering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruks for medicindispensering følges - Der dispenseres kun medicin ved medicinbordene. - Al medicin i skuffen gennemgås i forbindelse med dosering / udlevering af dosispakning. Skuffen tømmes hver gang, så det sikres, at alt medicingennemgås. Herunder særligt fokus på holdbarhedsdatoer frem mod næste dosering, samt persondata påført alle præparater. - FMK opdateres og det sikres, at der er en plan for al pauseret medicin samt alt lokal oprettet medicin er godkendt af egen læge. - Medicinen dispenseres i fred og ro, enten i beboers lejlighed eller andet sted, hvor det kan foregå uforstyrret. Personen, som dispenserer, slukker telefon og påtager sig gul vest inden man går i gang, hvilket signalerer, at man ikke må forstyrres. - Medicindoseringer fordeles ud over alle ugedage, så der ikke er for mange doseringer på samme dag. - Dosisdispenseret medicin leveres til 14 dage ad gangen. Leveringen fordeles, så nogle beboere får leveret i lige uger og nogle får leveret i ulige uger. - Så mange borgere som muligt forsøges at få på dosisdispenseret medicin - Medicindosering skal være i de store doseringsæsker (borger/pårørende informeres ved indflytningssamtale). - SSA henvender sig til spl. ved tvivlsspørgsmål - I forhold til kvalitetssikring doserer sygeplejersken minimum 1 gang om ugen hos en beboer i eget HUS. 		

	<p>- Ved hver dosering laves en kontroloptælling af 2. person. Dette behøver ikke nødvendigvis at være en SSA eller sygeplejerske, det handler blot om at tælle efter for at sikre rette optælling.</p> <p>- Alle SSA og sygeplejersker får endnu gennemgået retningslinjerne for medicindispensering af ledelsen ved stop-op møde i december 2021. Det præciseres her, at medicindoseringer prioriteres højt, således at man har den rette tid og ro til dispensering.</p> <p>- MyMedCards instruks for medicindispenseres printes og lamineres og lægges på alle medicinborde, så instruksen er lettilgængelig.</p>
HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	<p>Alle SSA og sygeplejersker er undervist i medicininstrukserne i foråret 2021. Hver SSA blev undervist individuelt af en sygeplejersker i forbindelse med gennemførelse af medicinaudit. Til hver undervisningsseance var der afsat 1 time.</p> <p>Alle sygeplejersker gennemfører nu 1 medicinaudit om ugen, således at alle borgeres medicin gennemgås minimum 1 gang om året. Dette tager ca 1 time. I forbindelse med ugentlig medicinaudit, følger sygeplejersken op med ansvarlig SSA, såfremt der ses fund, som der bør handles på. Ledelsen informeres i disse tilfælde, og følger op med medarbejderen.</p>
HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	<p>Processen er allerede i gang, opstartet i august 2021. Der evalueres i 1. kvartal 2022, og implementeringsprocessen forventes herefter at kunne afsluttes og arbejdsgangen forventes at være fuldt implementeret.</p>
DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	<p>Afdelingslederne har ansvaret for en gang hver måned at følge op på:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Har sygeplejersken minimum 1 dosering på deres køreplan hver uge? - Dispenseres der ved medicinbord efter aftalte rammer for dosering – hvad ser vi i dagligdagen? - Får SSA og sygeplejersker lov til at dosere uforstyrret? - Er alle doseringer fordelt ud over alle ugedag – gennemgang af kørelisterne? - Hvad ser vi på de medicinaudits, som sygeplejerskerne gennemfører – ses der en forbedring?
HVEM? Hvem er ansvarlig for igangsættelse, gennemførelse og hvem er ansvarlig for opfølgning på tiltagene?	<p>Ansvarlig for igangsættelse: Ledelsen</p> <p>Ansvarlig for udførelse: SSA og Sygeplejersker</p> <p>Ansvarlig for opfølgning: Ledelsen</p>
OPFØLGNING	<p>Ved tilsyn 2022 vurderes om der er fund af medicin med overskreden holdbarhed.</p>

Beskrivelse / titel	Utilsigtede hændelser
Enhed / afdeling:	Plejecenter Violskrænten og Grønnegården
Ansvarlig for udfyldelse:	Pernille Larsen, Sandie Skaaning, Helle Schmidt Kjeldgaard og Espen Cramer Korsvold
Ledelsesansvarlig:	Espen Cramer Korsvold
Dato:	11.02.2022

TEMA Hvilket område omhandler planen	Patientsikkerhed – utilsigtede hændelser
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Der ses behov for en mere åben dialog omkring arbejdet med patientsikkerhed, heriblandt behandlingen af enhedens utilsigtede hændelser. Medarbejderne indberetter mange og forskelligartede utilsigtede hændelser, men de er ikke tilstrækkelig oplyst om det videre arbejde med at forebygge lignende utilsigtede hændelser.
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt. SMARTE mål	At alle medarbejdere løbende under afholdelse af borgerkonferencerne inddrages i dialog om arbejdet med patientsikkerhed, herunder hvordan vi kan opnå at medarbejderne oplever; <ul style="list-style-type: none"> • at de får passende tilbagemeldinger på, hvordan de klarer deres arbejdsopgaver. • at kollegaer opfordrer dem til at sige til, hvis de er bekymrede for patientsikkerheden. • At kulturen gør det nemt at lære af andres utilsigtede hændelser. • At det er naturligt at diskutere utilsigtede hændelser på deres arbejdsplads. Og at der samles op på input fra medarbejderne med henblik på at lave en plan for, hvordan der kan skabes en kultur for at øge patientsikkerheden. Denne plan foreligger ultimo maj 2022
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	Bo-enhedens utilsigtede hændelser gennemgås på tværfaglig beboerkonference, som finder sted hver 3. uge mhp. at invitere til en åben dialog om patientsikkerhed og forebyggelse af utilsigtede hændelser – og medarbejdernes oplevelse af om kulturen på enheden understøtter patientsikkerheden <p>Der samles op i lederteamet på de kommentarer medarbejderne har haft til hvordan de oplever kulturen på enheden i forhold til patientsikkerhed og ud fra dette udarbejdes en plan for, hvordan kulturen for at understøtte patientsikkerheden kan øges, og hvordan medarbejderne kan bidrage til den ønskede kultur.</p> Planen sættes i værk september 2022
HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	Afdelingslederen og sygeplejersken har ansvaret for at samle op på kommentarer fra medarbejderne på tværfaglig beboerkonference.

	Ledelsen har ansvaret for at udarbejde en plan for at understøtte en 'patientsikkerhedskultur' og planlægge tids- og handleplan for den
HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Starttidspunkt: Marts 2022. Sluttidspunkt: 1 januar 2023.
DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	Ad 1) Der udarbejdes en plan for hvordan patientsikkerhedskulturen kan understøttes ved udgangen af maj 2022. Den udarbejdes ud fra en opsamling på medarbejdernes kommentarer og I planen beskrives hvad der skal iværksættes for at ændre kulturen omkring utilsigtede hændelser. Ad 2) Der følges op med dialog med medarbejderne på beboerkonferencer ift om de oplever en mere patientsikkerhedsunderstøttende kultur i efteråret 2022. Der følges op ved næste års tilsyn
HVEM? Hvem er ansvarlig for igangsættelse, gennemførelse og hvem er ansvarlig for opfølgning på tiltagene?	Ansvarlig for igangsættelse: Ledelsen Ansvarlig for udførelse: BSK, sygeplejerskerne og ledelsen Ansvarlig for opfølgning: Ledelsen
OPFØLGNING	Ved tilsyn 2022 vurderes, om medarbejderne i højere grad oplever en kultur der understøtter patientsikkerheden og hvordan de har bidraget til den positive udvikling.

Beskrivelse / titel	Delegation
Enhed / afdeling:	Plejecenter Violskrænten og Grønnegården
Ansvarlig for udfyldelse:	Pernille Larsen og Helle Schmidt Kjeldgaard
Ledelsesansvarlig:	Helle Schmidt Kjeldgaard
Dato:	27.12.2022
TEMA Hvilket område omhandler planen	Faglighed - delegation
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Ved kommunalt tilsyn i oktober 2021 ses, at medarbejderne ikke har tilstrækkelig kendskab til deres kompetenceprofiler samt instruksen vedr. delegation.
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt. SMARTE mål	At alle medarbejder har et opdateret delegeringskema. At alle medarbejdere kender instruksen for delegation.

	<p>At alle medarbejdere kende kompetenceprofilen for deres fagområde.</p> <p>At alle medarbejder kender kompetence- og overdragelsesskemaet.</p> <p>At alle medarbejders faglige niveau og kompetencer holdes ajour.</p>
<p>HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?</p>	<p>Instruksen for delegation gennemgås i forbindelse med introduktion af nye medarbejdere.</p> <p>Instruksen for delegation danner rammen for selve delegationen af en opgave fra 1 medarbejder til en anden.</p> <p>SSA og sygeplejerskerne får gennemgået instruksen, så de kan tage den med ved delegering af diverse opgaver. På denne måde opnår de øvrige faggrupper også kendskab til instruksen.</p> <p>Ligeledes danner kompetence- og overdragelsesskemaet rammen for delegering af opgaver – dette skema anvendes til at se, hvilke opgaver som må delegeres.</p> <p>Sygeplejerskerne følger med i plejen 2-3 dage om måneden mht. kvalitetssikring af det faglige niveau – et forslag.</p> <p>KMD nexus planlæggerne anvender delegeringsmappen hver dag i forbindelse med planlægning af kørelister. Kørelisterne laves med udgangspunkt i, hvem der kan løse hvilke opgaver. Hvis en medarbejder mangler oplæring bookes dette på køreplanen, så der afsættes tid til delegering. Delegeringsmappen tages med på beboerkonference, hvis der er tvivlsspørgsmål i forhold til delegering af opgaver.</p>
<p>HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?</p>	<p>Tid til delegation planlægges i dagligdagen.</p> <p>Delegationen foregår allerede men der skal ske en mere systematisk dokumentation på hver medarbejders delegeringsskema.</p>
<p>HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?</p>	<p>Starttidspunkt: 1. januar 2022</p> <p>Sluttidspunkt: 1. juni 2022</p>
<p>DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?</p>	<p>KMD nexusplanlæggerne holder delegeringsmapperne ajour og sikrer, at alle medarbejdere har et delegeringsskema, som er opdateret.</p>
<p>HVEM? Hvem er ansvarlig for igangsættelse, gennemførelse og hvem er ansvarlig for opfølgning på tiltagene?</p>	<p>Ansvarlig for igangsættelse: Ledelsen</p> <p>Ansvarlig for udførelse: Sygeplejerskerne og KMD nexus planlæggerne</p> <p>Ansvarlig for opfølgning:</p>
<p>OPFØLGNING</p>	<p>Ved tilsyn 2022 vurderes om medarbejderne kender instruksen for delegation.</p>

Beskrivelse / titel	E-læring
Enhed / afdeling:	Plejecenter Violskrænten og Grønnegården
Ansvarlig for udfyldelse:	Pernille Larsen og Helle Schmidt Kjeldgaard
Ledelsesansvarlig:	Helle Schmidt Kjeldgaard
Dato:	27.12.2022
TEMA Hvilket område omhandler planen	Faglighed – E-læring
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Ved gennemgang af Plan2learn ses, at over halvdelen af medarbejderne mangler at forny ét eller flere kurser.
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt. SMARTE mål	At alle medarbejdere har gennemgået alle relevante kurser i Plan2learn 1 gang om året.
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	Mail om recertificering ønskes udsendt til alle medarbejdere – Betina undersøger om dette er muligt. Betina gennemgår Plan2learn 1 gang om måneden og udsender mail til KMD nexusplanlæggerne med besked om de medarbejdere, som skal have afsat tid til at forny et kursus. KMD nexusplanlæggerne booker tid på køreplanen til recertificering – medarbejderne er selv ansvarlig for at aftale ny tid, hvis den bookedede ydelse ikke gennemføres.
HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	Der planlægges tid til e-læring i den enkelte medarbejders kalender på dage, hvor der er medarbejdere på arbejde til at dette er muligt. Hvis medarbejderen ønsker at sidde hjemme med e-læring, gives der løn for dette (time-til-time betaling).
HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Starttidspunkt: 27. december 2021 Sluttidspunkt: 1. juni 2022
DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	Betina følger op 1 gang om måneden de næste 5 måneder.
HVEM? Hvem er ansvarlig for igangsættelse, gennemførelse og hvem er ansvarlig for opfølgning på tiltagene?	Ansvarlig for igangsættelse: Ledelsen Ansvarlig for udførelse: Betina og KMD nexusplanlæggerne Ansvarlig for opfølgning: Betina og ledelsen
OPFØLGNING	Ved tilsyn 2022 vurderes om alle medarbejdere har gennemgået relevante kurser i plan2learn.

Bilag 3: Referat: Høring ift. tilsynsrapport i beboer og pårørenderådet den 29. marts 2022

Tilsynsrapporten for Plejecenter Violskrænten og Grønnegården har været i høring i beboer- og pårørenderådet for Plejecenter Violskrænten og Grønnegården den 29. marts 2022.

Tilstedeværende i Plejecenter Violskrænten og Grønnegårdens beboer- og pårørenderåd:

Beboer- og pårørenderrepræsentanter: Jytte Sørensen (pårørende og formand), Lene Udengaard (pårørende og næstformand), Ruth Nyhuus (pårørende), Annette Knudsen (pårørende), Jonna Thomsen (beboer), Benthe Andersen (repræsentant fra ældrerådet).

Beboer- og pårørenderådet angiver:

- At tilsynsrapportens konklusioner skal ses i lyset af, at der har været særligt vanskelige vilkår på plejecenteret i tilsynsåret på grund af coronapandemien. Vilkår der har betydet, at udbuddet af aktiviteter og samværsmuligheder for beboerne har være begrænsede ligesom medarbejdere har været ramt af sygdom med flere personaleskift til følge. Derudover har Plejecenter Violskrænten og Grønnegården også haft udfordringer med at rekruttere tilstrækkelig og kvalificeret arbejdskraft.

Derudover bemærker medlemmer af bruger- og pårørenderådet⁸:

- At der er en oplevelse af, at en stor del af personalegruppen fortæller, at de ikke har den fornødne tid og at mange handleplaner og meget undervisning sættes i gang.
- At rapporten giver det indtryk, at der er mange fejl og mangler på plejecenteret – også i forhold til tilsynet sidste år.
- At rapporten er meget omfattende og ikke så læsevenlig for ikke-fagpersoner.
- At det ud af rapporten fremgår, at der arbejdes meget med at gøre forholdene bedre, både for beboere og medarbejdere.

⁸ Kommentarerne herunder er udtryk for de enkelte medlemmers holdninger og ikke et udtryk for bruger- og pårørenderådets samlede tilkendegivelse. Da medlemmerne af bruger- og pårørenderådet ikke havde haft lejlighed til at se rapporten før mødet, blev det aftalt, at de hver især måtte sende deres kommentarer til tilsynsenheden, efter de havde læst rapporten.