

Plejecenter  
Fuglsanggården  
Kommunalt  
tilsyn

10. december  
2021

## Indhold

Målepunkter i det kommunale tilsyn .....	3
Datagrundlaget for det kommunale tilsyn .....	3
Rapportens opbygning .....	4
Præsentation af enheden .....	5
Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set.....	7
Sammenfatning .....	8
Patientsikkerhed .....	11
Oversigt over tilsynets vurdering .....	11
Den sundhedsfaglige dokumentation .....	12
Medicinkontrol .....	13
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) .....	14
Magtanvendelser.....	16
Hygiejne.....	17
Brugertilfredshed.....	18
Oversigt over tilsynets vurdering .....	18
Brugertilfredshed.....	18
Omgangsform og rengøring .....	20
Faglighed.....	21
Oversigt over tilsynets vurdering .....	21
Delegation og kompetencer .....	21
Kendskab til instrukser og retningslinjer .....	24
Rehabilitering .....	25
E-læring.....	26
Organisation.....	28
Oversigt over tilsynets vurdering .....	28
APV .....	28
Samarbejde.....	29
Sygefravær.....	29
Budgetoverholdelse.....	29
Opsamling på andre/tidligere tilsyn .....	30
Bilag 1: Oversigt: Journalaudit .....	31
Bilag 2: Handleplan på henstillinger fra Kommunalt tilsyn 2021.....	32
Bilag 3: Referat: Høring ift. tilsynsrapport i bruger og pårørenderådet .....	36

## 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 måle områder 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

- Journalaudit på fire journaler
- Enheden har udført en lokal journalaudit på otte journaler
- Interview med ledelsen om det lokale arbejde med sikring og udvikling af henholdsvis patientsikkerhed, brugertilfredshed, faglighed og organisatorisk bæredygtighed
- Interview med seks 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 66 medarbejdere. 28 medarbejdere har svaret på hele spørgeskemaet, og 8 medarbejdere har svaret på nogle af spørgsmålene. Dette giver en svarprocent på 55 %, hvilket er en acceptabel svarprocent.
- Stikprøvekontrol af dispensering af medicin til fire beboere samt gennemgang af fem beboeres medicinbeholdning (de samme fire beboeres medicinbeholdning samt endnu en beboers).
- Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er omfattende de tre hovedområder – medicinfejl, patientuheld samt 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.
- Kommentarer til 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.

## Præsentation af enheden

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

Lederteamet består af aftaleholder Helle Thomsen og pr. 1.1-2022 Tina Andersen som afdelingsleder.

Der er ansat følgende faggrupper: social og sundhedsassistenter, sygeplejersker, pædagoger, ergoterapeut, psykoterapeut, pædagogiske assistenter, psykomotoriske terapeuter, sygehjælpere, social og sundhedshjælpere, teknisk serviceleder, motionsven, og 2 ufaglærte afløsere (timeløn)

Fremmødeprofil inklusiv elever 71 ansatte (Her af er de 11 udekørende) + afløsere.

*Dagvagt: 7-8 i demensteam og 5-6 i almene plejeboliger/Gårdteam*

*Weekend dagvagt: 7 i demensteam og 4 i Gårdteam*

*Aftenvagt: 5 demensteam +3 i Gårdteam*

*Nattevagt: 2*

**Enhedens præsentation af aktuelle rammer og vilkår for arbejdet.** *FSG har haft et hårdt år igen med Corona og flere perioder med et arbejdspress grundet ferie, fravær (mange med seniordage) og særlig komplekse plejeforløb og har haft fuld belægning i 98 % af tiden. FSG har ikke rekrutterings udfordringer – men har været udfordret på manglende afdelingsleder i den sidste del af året – og en ny afdelingsleder i den første del af året.*

*Vi har sagt farvel til køkkenområdet den 1.3. Budgetmæssig har det været adskilt siden 2017. Personalet i specielt gårdteamet har oplevet, at det har betydet mere arbejde i boenhederne og at selve madproduktionen, samarbejdet og kvaliteten er blevet væsentlig anderledes.*

*Alle assistenter og sygeplejersker har valgfrie timer til dokumentation, som de kan ligge ind som ekstra timer, når det passer. Vi har først fået undervisning i den nye nexusopbygning her i november og forventer alle er oplært inden 1.2 2022.*

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

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

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

*Vi har fået gennemført de planlagte kurser og har haft mange gode puljepenge til oplevelser, aktiviteter og underholdning, på de præmisser det var muligt.*

*Vi har holdt visionsseminar for demensteamet og vi har fortsat kunne fastholde medarbejdere, og der har været en meget lav medarbejder-omsætning på det faste personale.*

*Vi har udarbejdet kørelister der fungerer efter LEAN princippet.*

*Vi har uddannet en IT/tablet ansvarlig og fået oprustet med en kontinens nøgleperson.*

*Vi har haft familieaften og demensaften med fuld hus og har fået valgt et nyt beboer og pårørenderåd, som vi ser frem til at samarbejde med.*

*Vi har ikke haft brug for ekstern vikarbistand og har en lang række faste afløsere, der både kender stedet og beboerne godt. Det giver en god kontinuitet og tryghed for beboere og personale. Samarbejde med frivillige er fortsat en succes og opbakningen fra lokalområdet er stor.*

## Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set

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

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

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

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

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



## Sammenfatning

**Patientsikkerhed:** Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med den sundhedsfaglige dokumentation, medicin håndtering, utilsigtede hændelser<sup>1</sup> (UTH'er) og magtanvendelser: *At der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

I forhold til *dokumentation*

- Beboerens samtykke (eller et stedfortrædende samtykke) overvejende ikke er dokumenteret – hverken i forhold til behandling og pleje eller i forhold til videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart.
- Der ikke er oprettet opdaterede opgaver til opfølgning på tilstande
- Der ses ikke en gennemgående systematik i dokumentationen af, hvordan der *skal* følges op på forværringer eller hvordan der *er blevet* fulgt op på forværringer i beboerens tilstand.
- Der ses eksempler på, at oplysninger af relevans for den faglige indsats, er dokumenteret i 'besøgsnotater' i stedet for i observationer.
- Der ses eksempler på, at der ikke dokumenteres opfølgning på prøvebehandlinger, så det fremstår uklart, hvad der er den aktuelle plan for indsatsen.
- Der mangler flere relationer.
- Der mangler at blive oprettet enkelte udredninger og handlingsanvisninger.

I forhold til *arbejdet med UTH*

- At over halvdelen af medarbejderne ikke svarer positivt på spørgsmålet, om de oplever, at deres kolleger opfordrer dem til at sige til, hvis de er bekymrede for patientsikkerheden.
- At kun ca. halvdelen af medarbejderne svarer, at de er helt eller delvist enige i, at kulturen gør det nemt at lære af andres utilsigtede hændelser.
- At kun lidt over halvdelen af medarbejderne svarer, at de får passende tilbagemeldinger på deres arbejdsopgaver.

I forhold til *medicinkontrol*

- At udlevering af pn-medicin er dokumenteret 'skjult' i et besøgsnotat.
- At der mangler personidentifikation i enkelte tilfælde.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

I forhold til *dokumentation*

- At der er velbeskrevne og fyldestgørende tilstandspræciseringer – særligt for funktionstilstande.
- At helbredsoplysninger, tilstande og døgnrytmeplaner fremstår opdaterede og relevante.

I forhold til *arbejdet med UTH*

- At et overvejende flertal af medarbejdere svarer at de ved, hvordan man indberetter en UTH.
- At enheden har arbejdet videre med de opmærksomhedspunkter i forhold til UTH-arbejdet, der blev påpeget i sidste års kommunale tilsynsrapport.

I forhold til *medicinkontrol*

- Enheden dispenserer og opbevarer beboernes medicin jf. kommunens instrukser på området
- Anbrudsdato og persondata på doseringsæsker er anført
- Medicinordinationerne i medicinoversigten er indskrevet korrekt og entydigt.

---

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



*Tilsynets samlede vurdering ift. dokumentation og 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.

**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 vurderingen er der lagt vægt på:

- At det kun er 60 % af de interviewede beboere, der er tilfredse med de daglige aktiviteter på centeret
- At 33 % af beboerne angiver, at maden er 'dårlig'
- At 33 % af beboerne er uenige i, at hjælpen er lige god uanset, hvilken hjælper der kommer

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

- Beboerne generelt giver udtryk for tilfredshed med den leverede praktiske hjælp og personlige pleje, leveringen af hjælpen og relationen til medarbejderne.

**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 og kompetencer*

- Der ikke foreligger en konkret plan for, hvordan enheden sikrer systematisk opfølgning på delegerede opgaver.
- 43 % af medarbejderne svarer 'delvis uenig' eller 'helt uenig' til at nyt personale får en god introduktion
- 47 % af medarbejderne svarer 'delvis uenig' eller 'helt uenig' til at nyt personale får den nødvendige supervision
- 34 % af medarbejderne svarer 'ved ikke' eller 'nej' til, om de kender proceduren for delegation
- 11 % af medarbejderne svarer, at de er 'delvist uenige' i, at deres team har de rette kompetencer til stede hver dag

I forhold til *kendskab til instrukser og retningslinjer*

- 50 % af medarbejderne angiver 'ved ikke' i forhold til, om der er retningslinjer for, hvordan de skal anvende MyMedCards
- 22 % af medarbejderne svarer 'ved ikke' til, om der er retningslinjer for, hvordan de skal anvende VAR

I forhold til *e-læring*

- Under 50 % af medarbejderne har gennemført det obligatoriske kursus om 'medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'
- Under 50 % har gennemført det obligatoriske kursus 'Medicinhåndtering for social- og sundhedshjælpere'.
- Under 75 % af de tilmeldte medarbejdere har gennemført det obligatoriske kursus om magtanvendelse.

I forhold til *den rehabiliterende tilgang*

- Størstedelen af beboerne giver ikke udtryk for at kende til de mål, der er sat for indsatsen, eller at de inddrages i arbejdet med at nå målene.
- Der er ikke oprettet alle de relevante indsatsmål og borgerens perspektiv er ikke beskrevet i alle tilstandspræciseringer.

I vurderingen er der også lagt vægt på, at:

I forhold til *delegation og kompetencer*

- Størstedelen af medarbejderne angiver, at de følger proceduren for delegation og ikke udfører opgaver, som de ikke har kompetencerne til ifølge deres kompetenceprofil.

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

- At langt størstedelen af medarbejderne angiver at kende retningslinjerne for anvendelsen af MyMedCards og VAR.
- At der er en konsekvent og systematisk tilgang til at formidle ny viden til medarbejderne

I forhold til *den rehabiliterende tilgang*

- At beboernes besvarelser viser, at der er et rehabiliterende fokus i den måde hjælpen tilrettelægges på ved borgeren.
- At der er en inddragende tone i beskrivelsen af indsatsen, hvor der er et gennemgående fokus på at spørge ind til, hvad borgeren ønsker.

*Tilsynets samlede vurdering ift. delegation og kompetencer, 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 handleplan er tidsafgrænset, realistisk og at den 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 ikke er gjort fund af betydning for den organisatoriske bæredygtighed*

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der er udfyldt APV for alle borgere
- At der har været en psykisk APV inden for de sidste tre år, og der har været arbejdet videre med resultatet af denne.
- At størstedelen af medarbejderne svarer, at forholdet til ledelsen er 'meget godt' eller 'godt'.

## Patientsikkerhed

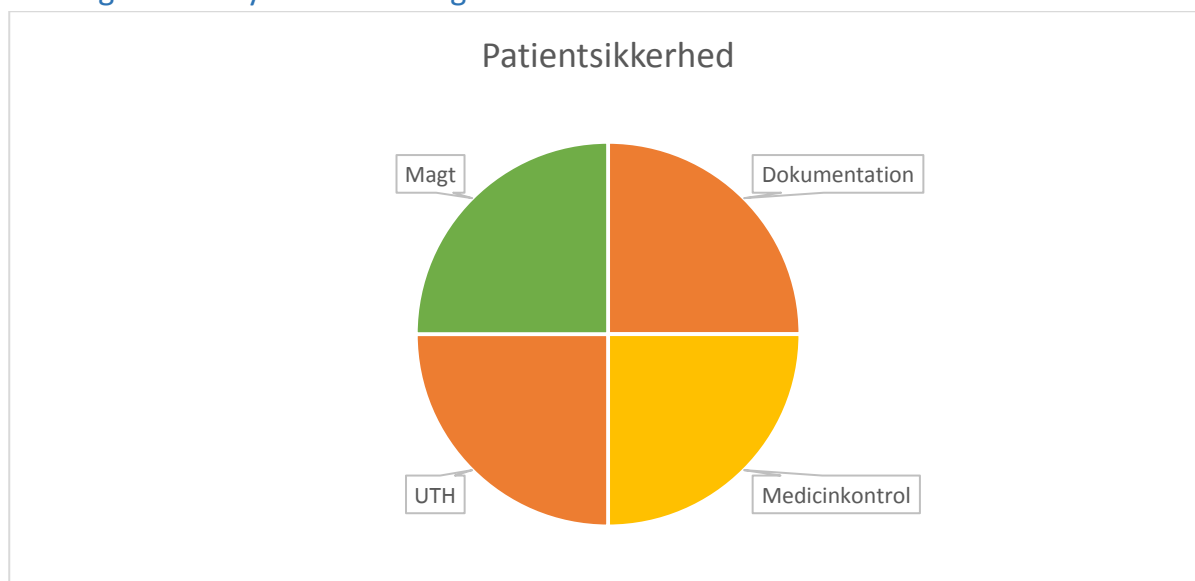
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med den sundhedsfaglige dokumentation og de sundhedsfaglige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

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

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

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

### Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

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

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

## Den sundhedsfaglige dokumentation

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens sundhedsfaglige dokumentation bygger på:

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

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund<sup>2</sup>:

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

I forhold til *opfølgning på forværring i borgers tilstand*

- At der i de auditerede journaler ikke er set tilfælde, hvor der er en manglende opfølgning på observationer, der beskriver en forværring af patientkritisk karakter.
- At der ikke er set tilfælde, hvor der ikke er fulgt op på målinger uden for tærskelværdier – men at der ikke er en tydelig og entydig dokumentation af, hvordan der skal følges op ved målinger uden for tærskelværdi eller hvordan der er blevet fulgt op i det konkrete tilfælde.

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

- At der er oprettet de relevante tilstande, både i forhold til funktionsevne og helbred.
- At beskrivelserne i tilstandspræciseringen – særligt for funktionstilstande - er relevante, præcise og fyldestgørende.
- At der mangler at blive oprettet enkelte udredninger.
- At der mangler at blive oprettet enkelte handlingsanvisninger og at enkelte handlingsanvisninger ikke er opdaterede. Der står for eksempel, at en prøvehandling sættes i gang – men der er ikke opfølgning på resultatet af prøvehandlingen, selvom evalueringen skulle have fundet sted.
- At der ikke er oprettet opdaterede opgaver til opfølgning på tilstande.
- At døgnrytmeplanerne fremstår relevante og udførlige.

I forhold til *sammenhæng og systematik*

- At der ses en begrænset systematik i opdateringen af journalerne, blandt andet ved, at der i flere tilfælde ikke skrives konklusion og fremadrettede plan efter prøvehandling. Derved fremstår det uklart, hvad resultatet af en prøvehandling er og hvad den nuværende praksis er.
- At der er dokumenteret i forhold til en stomi i 'Besøgsnotater', der ellers kun skal anvendes til oplysninger af praktisk karakter i forbindelse med planlægningen af indsatsen.
- At der mangler flere relevante relationer – særligt ved indsatser.
- At alle helbredstilstande gemmes som 'inaktive' i stedet for at gemme dem, der tidligere har været 'aktuelle' som 'inaktive' og de øvrige som 'ikke relevante', så det på denne måde bliver lettere at følge historikken i borgers tilstande.

I forhold til *understøttelse af borgers retsstilling*

- At borgers samtykke til den aktuelle pleje og behandling samt videregivelse af helbredsoplysninger gennemgående ikke er dokumenteret.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

---

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

- Beboerens samtykke (eller et stedfortrædende samtykke) overvejende ikke er dokumenteret – hverken i forhold til behandling og pleje eller i forhold til videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart.
- Der ikke er oprettet opdaterede opgaver til opfølgning på tilstande
- Der ses ikke en gennemgående systematik i dokumentationen af, hvordan der *skal* følges op på forværringer eller hvordan der *er blevet* fulgt op på forværringer i beboerens tilstand.
- Der ses eksempler på, at oplysninger af relevans for den faglige indsats, er dokumenteret i 'besøgsnotater' i stedet for i observationer.
- Der ses eksempler på, at der ikke dokumenteres opfølgning på prøvehandlinger, så det fremstår uklart, hvad der er den aktuelle plan for indsatsen.
- Der mangler flere relationer.
- Der mangler at blive oprettet enkelte udredninger og handlingsanvisninger.

I vurderingen er der også lagt vægt på, at:

- At der er velbeskrevne og fyldestgørende tilstandspræciseringer – særligt for funktionstilstande.
- At helbredsoplysninger, tilstande og døgnrytmeplaner fremstår opdaterede og relevante.

### **Tilsynet henstiller til**

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

- Der er oprettet opgaver til opfølgning på alle tilstande
- Der er oprettet de relevante relationer
- Beboerens samtykke dokumenteres ved overlevering af helbredsoplysninger til tredjepart og i forhold til aktuel behandling og pleje.

### **Tilsynet anbefaler:**

At der skabes arbejds gange så det sikres, at:

- Der oprettes de relevante handlingsanvisninger
- Der oprettes de relevante udredninger
- Der kun dokumenteres praktiske forhold vedrørende planlægning af indsatsen i besøgsnotater
- Der dokumenteres opfølgning på prøvehandlinger: Hvad fandt vi ud af? Hvilken betydning får det for planen fremadrettet – og efterfølgende opdatering af døgnrytmeplan mm så den røde tråd sikres.

### **Enhedens tiltag:**

- Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende dokumentation (Se bilag 2).

### **Tilsynets samlede vurdering ift. dokumentation:**

- Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat.

## **Medicinkontrol**

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

- Tilsynsenhedens uanmeldte observation af fire dispenseringer inklusiv medicinbeholdningen
- Tilsynsenhedens uanmeldte gennemgang af yderligere en beboers medicinbeholdning
- Tilsynets journalaudit på fire tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin

### **Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:**

Ved gennemgang af medicinbeholdninger finder tilsynet;

- At der ses en god orden i medicinskabene samt en korrekt og tydelig adskillelse af borgernes aktuelle og pauserede medicin
- At samtlige doseringsæsker har påført personidentifikation
- At der ved alle fem medicinggennemgange er angivet anbrudsdato på medicinske cremer, insulin samt inhalationer
- At ikke-anbrudt insulin retmæssigt er opbevaret på køl

Tilsynsenheden finder desuden:

- At der ved en borger mangler personidentifikation på omslaget til doseringsæskerne
- At der ved en borger mangler personidentifikation på to slags håndkøbsmedicin
- At der i et enkelt tilfælde mangler angivelse af 'risikomedicin' i medicinlisten ved en beboer, som får et morfika-præparat

Ved gennemgang af journalaudit finder tilsynet;

- At der ved en borger systematisk indskrives udlevering af pn-medicin i et 'besøgsnotat' frem for i et 'medicinnotat'. Konsekvensen kan være, at man overser, at borgeren allerede har fået pn-medicin, fordi dokumentationen er udført et 'skjult' sted. Herved er der risiko for, at borgeren overmedicineres

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At udlevering af pn-medicin er dokumenteret 'skjult' i et besøgsnotat.
- At der mangler personidentifikation i enkelte tilfælde.

I vurderingen er der også lagt vægt på, at:

- Enheden dispenserer og opbevarer beboernes medicin jf. kommunens instrukser på området
- Anbrudsdato og persondata på doseringsæsker er anført
- Medicinordinationerne i medicinoversigten er indskrevet korrekt og entydigt.

### **Tilsynet anbefaler:**

At der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:

- At udlevering af pn-medicin indskrives i et medicinnotat, sådan at medicinforbruget kan monitoreres kontinuerligt
- At alle borgerens medicinpræparater inklusiv vitaminer og anden håndkøbsmedicin får påført persondata

### **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 og patientuheld, 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 sidste års tilsynsrapport fremgik det:

- At det blev anbefalet at enheden fik et øget fokus på: 1) at indberette andre typer af UTH'er end medicinering – eksempelvis UTH'er i forhold til infektioner 2) at gennemgangen af UTH'er og læring udtaget af UTH'er blev et fast punkt på de løbende møder for medarbejdere og 3) at der blev arbejdet systematisk med forbedringstiltag på baggrund af de indrapporterede UTH'er

Af ledelsesinterviewet fremgår det:

- At der er et omfattende intro-program til nye medarbejdere, hvor de også introduceres til UTH-arbejdet – herunder indberetning.
- At der tidligere har været en arbejdsgang, hvor den der havde afstedkommet den utilsigtede hændelse, selv skulle indberette den. Sidenhen er enheden blevet informeret om, at det var den, som fandt fejlen, der skulle indberette den. Men denne arbejdsgang har betydet, at medarbejderen ofte ikke selv var klar over, at de havde afstedkommet en UTH. Derfor har man indført, at alle får tilsendt UTH-indrapporteringerne, hvor man kan se, hvad der er sket og hos hvem.
- Medarbejderne opfordres til at gå til den lokale BSK'er (lokal UTH-sagsbehandler), hvis de har spørgsmål.
- At der afholdes to årlige stormøder, hvor alle deltager og her tales der om blandt andet om, hvilke UTH'er der har været siden sidst.
- At der på nogle teammøder drøftes aktuelle UTH'er
- At den lokale BSK'er, taler med de medarbejdere/teams, hvor der er sket en UTH
- At enheden har haft faste procedurer for medicin håndtering, men de UTH'er der sker i forbindelse med medicingivning ofte vedrører borgere, der ikke ønsker at tage deres medicin. Her har der særligt været fokus på at dokumentere en registrering af ydelsen, som en form for kvittering.
- At udover medicingivning er en anden gruppe af UTH'er, de har flere af på enheden: Fald. Her arbejdes også med forebyggende initiativer.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 87 % medarbejdere svarer, at de enten 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ved, hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse.
- 73 % af medarbejderne ved 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' hvordan der arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen. 18 % svarer 'i nogen grad'.
- 80 % af medarbejderne angiver, at være 'helt enig' eller 'delvis enig' i at enheden håndterer utilsigtede hændelser på en hensigtsmæssig måde.
- 75 % af medarbejderne er 'helt enige' og delvis enige' i, at de ville føle sig trygge som beboere i deres enhed. 15 % svarer 'Hverken enig eller uenig'.
- 75 % af medarbejderne angiver, at de er 'helt enige' eller 'delvis enig' i, at de ved, hvor de kan få svar på spørgsmål om patientsikkerheden. 10 % svarer 'Hverken enig eller uenig'.
- 55 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at de får passende tilbagemeldinger på, hvordan de klarer deres arbejdsopgaver. 20 % svarer 'Hverken enig eller uenig' og 20 % svarer 'delvis uenig eller 'helt uenig'.

- 65 % af medarbejderne er 'helt uenige' eller 'delvist uenige' i, at det er svært at diskutere utilsigtede hændelser på deres arbejdsplads. 15 % svarer 'Hverken enig eller uenig'.
- 45 % af medarbejderne er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at kollegaer opfordrer dem til at sige til, hvis de er bekymrede for patientsikkerheden. 35 % svarer 'Hverken enig eller uenig'.
- 50 % er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at kulturen gør det nemt at lære af andres utilsigtede hændelser. 20 % svarer 'hverken enig eller uenig' og 15 % svarer 'delvis uenig' eller 'helt uenig'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At over halvdelen af medarbejderne ikke svarer positivt på spørgsmålet, om de oplever, at deres kolleger opfordrer dem til at sige til, hvis de er bekymrede for patientsikkerheden.
- At kun ca. halvdelen af medarbejderne svarer, at de er helt eller delvist enige i, at kulturen gør det nemt at lære af andres utilsigtede hændelser.
- At kun lidt over halvdelen af medarbejderne svarer, at de får passende tilbagemeldinger på deres arbejdsopgaver.

I vurderingen er også lagt vægt på:

- At et overvejende flertal af medarbejdere svarer at de ved, hvordan man indberetter en UTH.
- At enheden har arbejdet videre med de opmærksomhedspunkter i forhold til UTH-arbejdet, der blev påpeget i sidste års kommunale tilsynsrapport.

#### **Tilsynet henstiller til**

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

- Det afdækkes hvorfor medarbejderne har svaret, som de har i forhold til den oplevede patientsikkerhedskultur

#### **Enhedens tiltag:**

- Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende arbejdet med UTH (Se bilag 2).

#### **Tilsynets samlede vurdering ift. arbejdet med UTH:**

- Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat.

### **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 i de journaler, der blev auditeret i forbindelse med tilsynet, var magtanvendelser indberettet rettidigt.

Af interview med ledelsen fremgår det:

- At ledelsen altid involveres i magtanvendelsen, da de skal skrive under på indberetningen og her sikrer ledelsen sig, at pårørende er blevet orienteret om hændelsen.



**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 foretages hånddesinfektion forud for en ny opgave ved borgeren

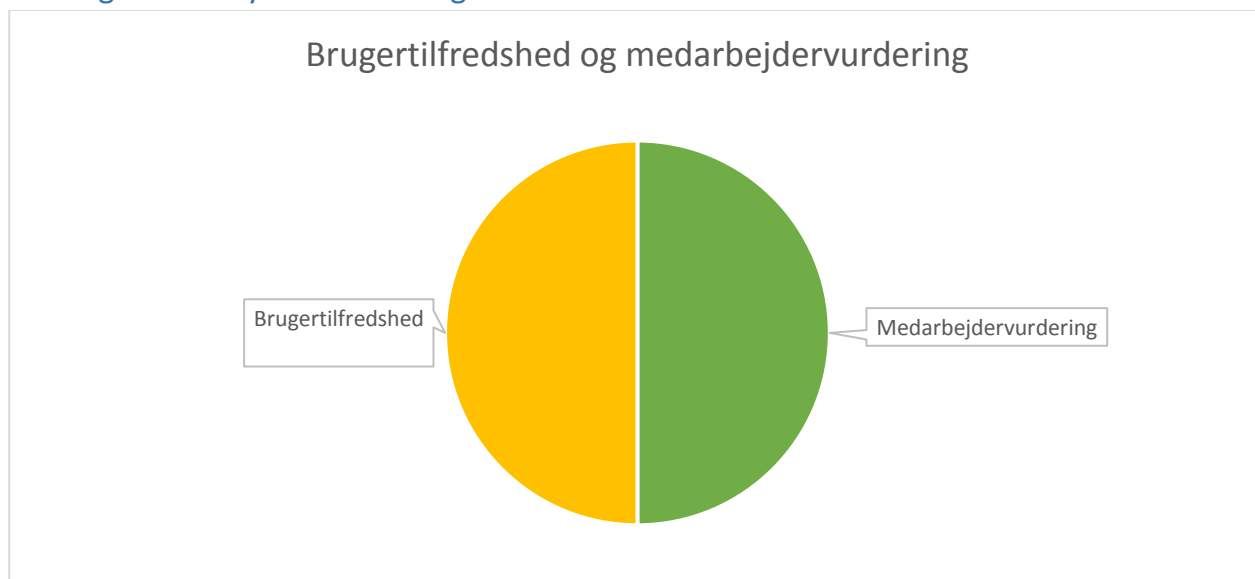
## Brugertilfredshed

I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser<sup>3</sup>. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social service §§ 83, 83a og 86.

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

- Brugertilfredshed og medarbejdervurdering

### Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med brugertilfredshed: *At der er gjort fund af 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 seks beboere<sup>4</sup>
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

<sup>3</sup> Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

<sup>4</sup> Der er kun blevet interviewet seks beboere fra en afdeling, da beboerne i de øvrige afdelinger ikke har haft de kognitive forudsætninger for at blive interviewet.

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewet<sup>5</sup> fremgår det, at:

I forhold til *de fysiske rammer*:

- 100 % af beboerne giver udtryk for, at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med deres bolig på plejecenteret.
- 67 % af beboerne giver udtryk for at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med plejecenterets fællesarealer og med de udendørs arealer.

I forhold til *aktiviteter og socialt samvær*:

- 60 % af beboerne<sup>6</sup> giver udtryk for at være 'meget tilfredse' med de daglige aktiviteter på plejecenteret.
- Alle borgerne giver udtryk for at være 'meget tilfredse' med arrangementerne på plejecenteret. Flere af beboerne anvender ikke aktiviteterne eller arrangementerne.

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

- 84 % af beboerne er samlet set 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med den hjælp og støtte de modtager på plejecenteret.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til at komme i bad og blive vasket, angiver at være 'meget tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til af- og påklædning og toiletbesøg, angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboere er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med rengøringen af egen bolig, rengøringen af fællesarealerne og hjælp til tøjvask.

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.
- 83 % af beboerne svarer, at de ikke oplever, at hjælpen bliver aflyst. 17 % svarer 'i mindre grad'.
- Alle beboerne angiver, at personalet 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' tager hensyn til, hvordan de gerne vil have deres døgnrytme.
- Alle beboerne svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' deltager i de ting, de kan og ønsker at deltage i.

I forhold til *maden*:

- 67 % af beboerne angiver, at maden er 'meget god' eller 'god'. 33 % angiver, at maden er 'dårlig'.

I forhold til *personalet*:

- Alle beboerne giver udtryk for, at være 'helt enige' i udsagnet: 'Personalet udviser respekt for mig'.
- 83 % af beboerne giver udtryk for, at være 'helt enige' i udsagnet: 'Personalet lytter til hvad jeg har behov for'.
- Alle beboerne angiver, at være 'helt enige' eller 'enige' i 'at omgangstonen mellem dem og personalet er god'.
- 50 % af beboerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at hjælpen er lige god uanset hvilken hjælper, der kommer. 17 % svarer 'hverken eller' og 33 % er 'uenige' i dette udsagn.

Overordnet set:

- Alle beboerne giver udtryk for samlet set at være 'meget tilfredse' med at bo på Plejecenter Fuglsanggården.

---

<sup>5</sup> I afrapporteringen er der fokus på at sikre, at den enkelte beboers besvarelser ikke vil kunne blive genkendt.

<sup>6</sup> Den dag hvor beboerne blev interviewet, var gymnastik netop blevet aflyst på grund af sygdom for anden gang i træk.

- 83 % af 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 9 % der svarer 'i høj grad', 65 % der svarer 'i nogen grad' og 22 % der svarer 'i mindre grad'.
- 34 % 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. 48 % af medarbejderne svarer 'i nogen grad' og 13 % svarer 'mindre grad'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At det kun er 60 % af de interviewede beboere, der er tilfredse med de daglige aktiviteter på centeret
- At 33 % af beboerne angiver, at maden er 'dårlig'
- At 33 % af beboerne er uenige i, at hjælpen er lige god uanset, hvilken hjælper der kommer

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

- Beboerne generelt giver udtryk for tilfredshed med den leverede praktiske hjælp og personlige pleje, leveringen af hjælpen og relationen til medarbejderne.

## 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.

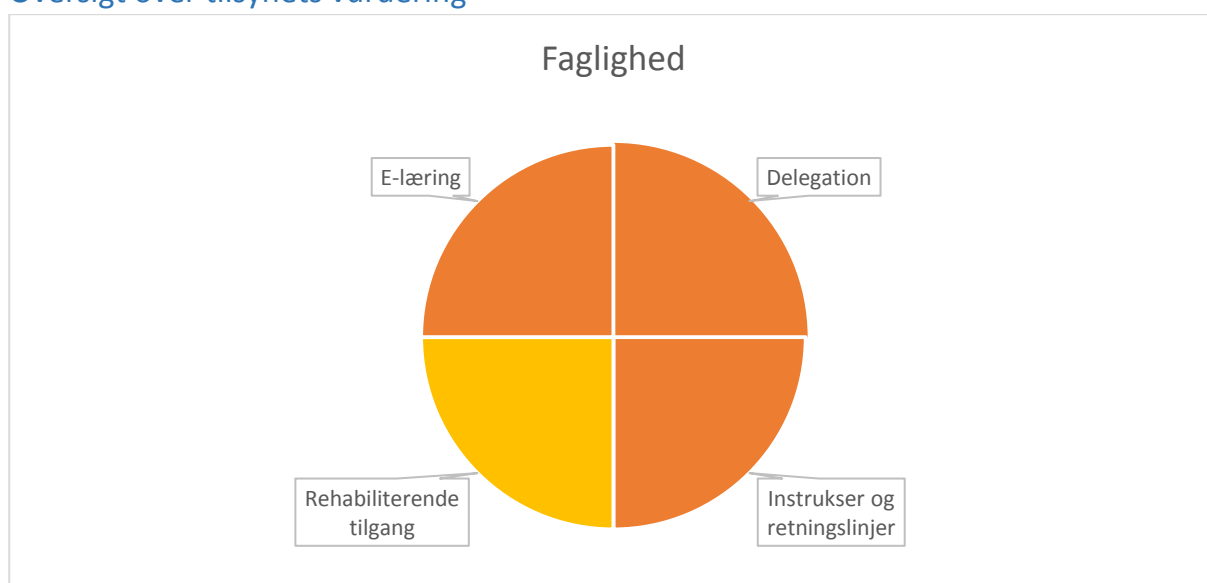
## Faglighed

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 kender deres ansvar og kompetenceområde:

- At det er en del af introduktionsforløbet, at nye medarbejdere introduceres til kompetenceskemaet. Det nyudviklede introduktionsmaterialet har været i høring i hele medarbejdergruppen til d. 29. november 2021.
- At der er mange højtuddannede og forskellige fagligheder ansat på enheden og at det er ledelsens vurdering, at medarbejderne har en høj reflektiv kompetence i forhold til at vurdere, hvilke opgaver de må/ikke må varetage.
- At alle medarbejdere godt ved, hvad de må og hvad de ikke må - hvornår man må dryppe et øje på en ny beboer eksempelvis. Medarbejderne ved også hvilke medarbejder der har de fornødne funktioner til at kunne hjælpe dem videre med praksis. Det er en meget stabil medarbejdergruppe, der derfor er fortrolige med enhedens procedure for delegation.
- At kørelisterne er med til at tydeliggøre, hvad medarbejderne må, da de er delt op i en sygeplejerske/assistent-liste til opgaver, der kun må løses af disse to faggrupper, en køreliste med delegerede opgaver og en liste med ydelser efter serviceloven.
- At alle medarbejdere har et kompetenceskema og at den enkelte medarbejders kompetenceskema gennemgås minimum en gang årligt ved en MUS eller TUS samtale.
- At det er en alment kendt aftale på enheden, at hvis en medarbejder ikke føler sig tryk ved en opgave – at måle blodsukker eksempelvis - så behøver vedkommende ikke at udføre denne opgave.
- At der er en sygeplejerske i hvert hus, der har det overordnede ansvar for det sygeplejefaglige område.
- At der ikke føres et systematisk tilsyn med de medarbejdere, der varetager delegerede opgaver, når de først er oplært. Det er ledelsens vurdering, at da man arbejder i blandede vagter, ville det blive både set og påpeget af de øvrige medarbejdere, hvis en medarbejder ikke havde de fornødne kompetencer til opgaven, da der er en stor åbenhed og faglig stolthed blandt medarbejderne.
- At der bliver foretaget årlige kvalitetstjek på medicinskabene og dokumentationen vedrørende medicin, for at sikre, at medarbejderne kender og følger retningslinjerne, men ellers er der en kultur på enheden præget af tillid til, at medarbejderne siger til og fra over for opgaverne, afhængigt af deres kompetencer.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

I forhold til *oplæring af nye medarbejdere*:

- At 25 % af medarbejderne angiver at være 'helt enige i' eller 'delvist enige i' at nyt personale får en god introduktion. 14 % angiver 'hverken enig eller uenig' og 43 % angiver 'delvis uenig' og 'helt uenig'.
- At 18 % 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. 21 % svarer 'hverken enig eller uenig'. 47 % angiver 'delvis uenig' og 'helt uenig'.

I forhold til *procedure for delegation*<sup>7</sup>:

---

<sup>7</sup> I afrapporteringen af medarbejderbesvarelserne ved dette spørgsmål er der kun taget udgangspunkt i besvarelser fra hhv. sygeplejersker, assistenter og hjælpere.

- At 63 % af medarbejderne svarer, at de kender proceduren for delegation til medarbejdere. 34 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- 83 % angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' følger procedurene for delegation. 12 % svarer i nogen grad. Der er ingen, der svarer 'i mindre grad' eller slet ikke'

I forhold til *kompetenceprofil*:

- At 89 % af medarbejderne svarer 'nej' til spørgsmålet 'Har du inden for de seneste tre måneder udført en eller flere opgaver, du ikke havde kompetencerne til ifølge kompetenceprofilen?'. 4 % svarer 'ja'.
- At 33 % af medarbejderne svarer, at de har en opdateret kompetenceprofil. 37 % svarer 'nej'.

I forhold til *tilgængelige kompetencer*:

- At 67 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i udsagnet 'Mit team har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag'. 14 % svarer 'hverken enig eller uenig'. 11 % svarer 'delvis uenig'.

**Tilsynets vurdering:** At der er gjort fund af betydning for, hvordan enheden sikrer, at kommunens retningslinjer for delegation efterleves og hvor vidt medarbejderne har de rette kompetencer til opgaven.

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- Der ikke foreligger en konkret plan for, hvordan enheden sikrer systematisk opfølgning på delegerede opgaver.
- 43 % af medarbejderne svarer 'delvis uenig' eller 'helt uenig' til at nyt personale får en god introduktion
- 47 % af medarbejderne svarer 'delvis uenig' eller 'helt uenig' til at nyt personale får den nødvendige supervision
- 34 % af medarbejderne svarer 'ved ikke' eller 'nej' til, om de kender proceduren for delegation
- 11 % af medarbejderne svarer, at de er 'delvist uenige' i, at deres team har de rette kompetencer til stede hver dag

I vurderingen er der også lagt vægt på, at:

- Størstedelen af medarbejderne angiver, at de følger proceduren for delegation og ikke udfører opgaver, som de ikke har kompetencerne til ifølge deres kompetenceprofil.

#### **Tilsynet henstiller til**

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

- Der er en plan for, hvordan der kan sikres et tilsyn med delegerede opgaver
- Der følges op på medarbejdernes negative besvarelser i forhold til introduktion og supervision af nye medarbejdere.
- Der følges op med medarbejderne i forhold til at kende enhedens procedure for delegation

#### **Tilsynet anbefaler:**

At der følges op med medarbejderne i forhold til deres besvarelse på spørgsmålet om deres team har de rette kompetencer tilgængelige hver dag.

#### **Enhedens tiltag:**

- Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende delegation og kompetencer (Se bilag 2).

#### **Tilsynets samlede vurdering ift. delegation og kompetencer:**

- Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat.

## 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 hvor mange unikke brugere der er på enheden.
- Ledelsesinterview
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

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

- At der er 40 unikke brugere af MyMedCards på enheden i perioden 1. december 2020 og til 30. november 2021

Af ledelsesinterview fremgår det, at:

- Nye medarbejdere skal igennem et meget omfattende introduktionsprogram, der bygger både på det fælles intro-materiale fra sundhed og omsorg og lokalt materiale fra enheden. Medarbejderne introduceres her til de informationsplatforme, der er; herunder MyMedCards (MMC - medarbejder app med lokale instrukser og retningslinjer for Norddjurs Kommune) og VAR (en database med sygeplejefaglige procedurer), enhedens lokale instrukser og Demensskammeraten, der er en interaktiv skærm til at skabe overblik og vidensdeling blandt medarbejderne. Introduktionsprogrammet er netop udsendt til alle 70 medarbejdere for at de skal gennemgå det og se, om de mangler opdatering.
- Alle fastansatte får udleveret en tablet, hvor der blandt andet er adgang til MMC og VAR.
- Der er fokus på, at medarbejderne får viden om, hvor de kan finde de forskellige typer af informationer, til når de har brug for denne viden frem for at sende informationen ud på mail, hvor den hurtigt drukner eller bliver svær at genfindes, når den er aktuel.
- Der udsendes månedlige nyhedsbreve fra ledelsen i forhold til personalenyt, hvis der kommer nye instrukser etc.
- At alle medarbejdere har ansvar for egen læring og for at gennemføre introduktionsprogram og egen viden.
- At der sendes en oversigt ud med billeder af hvem der har hvilke specialfunktioner til alle medarbejdere. Nøglepersonerne har opfølgingspligt.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fremgår det:

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

- At 85 % 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.

I forhold til *retningslinjer for anvendelsen af MyMedCards og VAR*<sup>8</sup>:

---

<sup>8</sup> I dette spørgsmål afrapporteres kun besvarelser fra de relevante faggrupper, dvs. besvarelser fra sygeplejersker, assistenter og hjælpere – 45 besvarelser i alt.



- At 22 % af medarbejderne svarer 'ved ikke' til, om der er retningslinjer for at anvende VAR (database over sundhedsfaglige procedurer). 74 % af medarbejderne svarer 'ja'. Af disse medarbejdere svarer 70 %, at de i 'meget høj grad' og 'i høj grad' følger disse retningslinjer, 5 % angiver 'i nogen grad' og 15 % 'i mindre grad'.
- 43 % af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for, hvordan de skal bruge MyMedCards. 50 % svarer 'ved ikke'. Af disse medarbejdere, svarer 58 % af medarbejderne, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' følger disse retningslinjer. 25 % svarer 'i nogen grad' og 17 % svarer 'i mindre grad'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At 50 % af medarbejderne angiver 'ved ikke' i forhold til, om der er retningslinjer for, hvordan de skal anvende MyMedCards
- At 22 % af medarbejderne svarer 'ved ikke' til, om der er retningslinjer for, hvordan de skal anvende VAR

### **Tilsynet henstiller til**

At enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det inden for en afgrænset periode sikres, at medarbejderne får et øget kendskab til, hvordan og hvornår MyMedCards skal anvendes

### **Tilsynet anbefaler:**

At der arbejdes med at udbrede kendskabet blandt medarbejderne til, hvordan og hvornår VAR skal anvendes.

### **Enhedens tiltag:**

- Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende *kendskab til instrukser og retningslinjer* (Se bilag 2).

### **Tilsynets samlede vurdering ift. kendskab til instrukser og retningslinjer:**

- Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat.

## **Rehabilitering**

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

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

Ved interview med beboere fremgår det at:

- Alle 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'.
- 17 % af beboerne svarer, at de 'i høj grad' har været med til at 'sætte mål for hjælpen', eller 'arbejder efter de aftalte mål'. De øvrige beboere svarer 'slet ikke'.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- 37 % af medarbejderne angiver, at de i 'meget høj grad' eller 'i høj grad' kender borgernes livshistorie og handleplaner. 48 % angiver 'i nogen grad'. 7 % svarer 'i mindre grad'
- 31 % af medarbejderne angiver, at de i 'høj grad' aktivt inddrager borgerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter. 52 % angiver 'i nogen grad'. 14 % svarer 'i mindre grad'.

Af ledelsesinterview fremgår det at:

- Der er en medarbejder, der er tovholder på Fuglsanggården for det videre arbejde med resultatet af rehabiliteringsugen – herunder at sikre, at dokumentationen afspejler en rehabiliterende tilgang.

Af journalaudit fremgår det at:

- Der er ikke oprettet indsatsmål på alle indsats, og de indsatsmål der er, er ikke opdaterede. Borgerens vurdering er ikke konsekvent beskrevet under tilstandspræcisering. Men felterne vedr. borgers motivation, mestring og ressourcer er gennemgående udfyldt. Derudover ses en meget respektfuld og inddragende tone i beskrivelsen af indsatsen, hvor der er et gennemgående fokus på at spørge ind til, hvad borgeren ønsker.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At størstedelen af 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 der ikke er oprettet alle de relevante indsatsmål og at borgerens perspektiv ikke er beskrevet i alle i tilstandspræciseringer.

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.
- At der er en inddragende tone i beskrivelsen af indsatsen, hvor der er et gennemgående fokus på at spørge ind til, hvad borgeren ønsker.

**Tilsynet anbefaler**

- At beboerne i højere grad og så vidt muligt inddrages i fastsættelsen af de mål, der er for indsatsen.
- At der arbejdes med at oprette indsatsmål og dokumentere borgerens perspektiv i tilstandspræciseringen

## 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 vejledende<sup>9</sup>

- 69 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Magtanvendelse'. Ud af de 69 medarbejdere har 51 medarbejdere gennemført kurset. 9 medarbejdere er påbegyndt kurset, men har ikke gennemført det. 9 medarbejder er tilmeldt kurset, men har hverken påbegyndt eller gennemført kurset.

<sup>9</sup> 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.

- 27 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'. Ud af de 27 medarbejdere har 12 medarbejdere gennemført kurset. 2 medarbejdere er tilmeldt kurset, men har hverken påbegyndt eller gennemført kurset. 13 medarbejdere har tidligere gennemført kurset, men kurset er udløbet og kræver en recertificering.
- 41 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinhåndtering for social- og sundhedshjælpere'. Ud af de 41 medarbejdere har 17 medarbejdere gennemført kurset. 7 medarbejdere er tilmeldt kurset, men har ikke påbegyndt eller gennemført kurset. 4 medarbejdere er påbegyndt kurset, men har ikke gennemført det. 13 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 under 75 % af de tilmeldte medarbejdere ikke har gennemført det obligatoriske kursus om magtanvendelse.
- At under 50 % af medarbejderne har gennemført det obligatoriske kursus om 'medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'
- At under 50 % har gennemført det obligatoriske kursus 'Medicinhåndtering for social- og sundhedshjælpere'.

#### **Tilsynet henstiller til**

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

#### **Tilsynet anbefaler**

- At der iværksættes en indsats for at få alle medarbejdere til at gennemføre kursus om magtanvendelse.

#### **Enhedens tiltag:**

- Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende *e-læring* (Se bilag 2).

#### **Tilsynets samlede vurdering ift. kendskab til e-læring:**

- Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat.

## 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 ikke er gjort fund af betydning for den organisatoriske bæredygtighed.*

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

### APV

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

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

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

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

Ved ledelsesinterview fremgår det:

- At enheden sidst have en psykisk APV for medarbejderne i 2019. der var nogle ting, der skulle arbejdes med og som der er arbejdet med siden – også i arbejdsmiljøgruppen og TRIO.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der er udfyldt APV for alle borgere
- 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:

- Interview med ledelse
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fremgår det, at:

- 40 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. 46 % af medarbejdere svarer, at der er 'både og' og 7 % svarer, at det er 'dårligt'.
- 71 % af medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne internt. 25 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og' og 4 % svarer, at det er 'dårligt'.
- 79 % af medarbejderne angiver, at have et 'meget godt' eller 'godt' forhold til ledelsen. 18 % angiver, at det er 'både og' og 4 % angiver, at det er 'dårligt'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At størstedelen af medarbejderne svarer, at de har et god eller meget godt forhold til ledelsen.

## 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 2,11 %. Til sammenligning er sygefraværsprocenten i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune i samme periode på 6,7 %

## Budgetoverholdelse

**Tilsynet vurderer at:** Der sker i dette kalenderår en adskillelse af økonomien mellem Kostorganisationen og Fuglsanggården, som vil betyde et mere gennemskueligt budget og gennemskuelig drift i 2022. Der har været enkelte situationer, med behov for fast vagt, som har udfordret økonomien. Organisationen forventes at have et mindre merforbrug i budget 2021.

### Opsamling på andre/tidligere tilsyn

Tilsynet har ikke fundet eksterne tilsynsrapporter fra det seneste år.

## Bilag 1: Oversigt: Journalaudit

Antal journaler hvor følgende er opfyldt:

<i>Opfølgning på forværring i borgers tilstand</i>	Tilsynets audit på 4 borgere	Enhedens audit på 8 borgere
Opfølgning på observationer	3 ud af 4	4 ud af 8
Opfølgning på målinger uden for tærskelværdi	1 ud af 3	6 ud af 6
<i>Opdateret beskrivelse af og plan for borgers helbreds- og funktionstilstande</i>		
Relevante helbredsoplysninger	4 ud af 4	8 ud af 8
Taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser	4 ud af 4	8 ud af 8
Alle relevante helbredstilstande valgt	4 ud af 4	8 ud af 8
Fyldestgørende faglige notater for helbredstilstande	4 ud af 4	8 ud af 8
Alle relevante funktionstilstande valgt	4 ud af 4	8 ud af 8
Oprettet relevante handlingsanvisninger	3 ud af 4	8 ud af 8
Henvielse til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant	3 ud af 3	8 ud af 8
Døgnrytmeplan opdateret	4 ud af 4	8 ud af 8
Ingen ubehandlede korrespondancer på borgeren? (MedCom)	4 ud af 4	8 ud af 8
Hvis relevant: En aktuell forflytningsvejledning for borgeren	-	2 ud af 2
Er relevante udredninger oprettet og udfyldt?	3 ud af 4	8 ud af 8
Oprettet opgaver på alle tilstande mindst en gang årlig	0 ud af 4	4 ud af 8
<i>Sammenhæng og systematik</i>		
Oprettet relationer så der skabes sammenhæng	1 ud af 4	4 ud af 8
<i>Understøttelse af borgerens retsstilling</i>		
Borgerens samtykke fremgår af handleanvisningen	0 ud af 4	1 ud af 8
Borgers samtykke ved videregivelse af helbredsoplysninger	1 ud af 4	1 ud af 8
Tidsfrist for indberetning af magtanvendelse overholdt	-	1 ud af 1
<i>Understøttelse af rehabiliterende tilgang</i>		
Beskrivelse af borgers motivation	3 ud af 4	8 ud af 8
Beskrivelse af borgers mestring	3 ud af 4	8 ud af 8
Beskrivelse af borgers ressourcer	4 ud af 4	8 ud af 8
Borgers vurdering ved helbredstilstande	2 ud af 4	8 ud af 8
Borgers vurdering ved funktionstilstande	2 ud af 4	7 ud af 8
Oprettet indsatsmål	1 ud af 4	7 ud af 8
Feltet 'Borgers indsats' udfyldt i Døgnrytmeplan	4 ud af 4	8 ud af 8

## Bilag 2: Handleplan på henstillinger fra Kommunalt tilsyn 2021

Handleplan på tilsyn Plejecenter Fuglsanggården (FSG)

### Tilsynet anbefaler:

At der skabes arbejdsgange så det sikres, at:

- Der oprettes de relevante handlingsanvisninger
- Der oprettes de relevante udredninger
- Der kun dokumenteres praktiske forhold vedrørende planlægning af indsatsen i besøgsnotater
- Der dokumenteres opfølgning på prøvehandling: Hvad fandt vi ud af? Hvilken betydning får det for planen fremadrettet – og efterfølgende opdatering af døgnrytmeplan mm så den røde tråd sikres.

Vi har løbende dokumentationsaften – læringsplatforme og interne assistent og sygeplejemøder. Der vil vi straks tage fat i ovenstående emner. Der er fokus på, at selvom medarbejdere er fastansatte og kender alle borgerne indgående – så skal dokumentationen være på plads på alle parameter. I april 2022 laver dokumentationsansvarlig Sandra Schou 5 audit i huset og melder tilbage til afdelingsleder Tina Andersen som der er fundet fravigelser på anbefalinger.

### Tilsynet anbefaler:

At der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:

- At udlevering af pn-medicin indskrives i et medicinnotat, sådan at medicinforbruget kan monitoreres kontinuerligt
- At alle borgerens medicinpræparater inklusiv vitaminer og anden håndkøbsmedicin får påført persondata

Der er indkommet en meddelelse om, at en ny i huset har påført PN det forkerte sted. Men der har ikke været risiko forbundet med den opgave, eftersom der kun er en person på dagene, der kan foretage den udlevering. Men det ER opdaget, og rettet - så det påføres det korrekte sted. Alt medicin kommer ikke ud af beboernes lejligheder og er låst inde og derfor er risikoen minimal for, der kan forbyttes medicin. Men vi kender lovgivning og den skal følges.

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

- Det afdækkes hvorfor medarbejderne har svaret, som de har i forhold til den oplevede patientsikkerhedskultur

Det er godt og læse, at der er en god indberetningskultur og vores oplevelser er, at de behovet for feed back kan forbedres. De rapporter som udsendes, er først sket efter der har været et spørgeskema fremsendt – så den indsats var de ikke bekendt med, da de svarede. På stormøde bliver der gennemgået de vigtigste indberetninger/læring af aftaleholder og BSK. Der er lavet kvittering for medicin både i FMK og i booking. Alle nyansatte får en brochure om UTH. Heidi (BSK) og Helle (aftaleholder) gennemgår tilsynsrapportens detaljer den 14.12 kl. 11.00 og udarbejder en plan for undersøgelse af de svar, der er fremkommet.



### **Tilsynet henstiller til**

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

- Der er oprettet opgaver til opfølgning på alle tilstande.
- Der er oprettet de relevante relationer.
- Beboerens samtykke dokumenteres ved overlevering af helbredsoplysninger til tredjepart og i forhold til aktuel behandling og pleje.

Vi har først fået undervisning tilbudt i november og derfor er FSG ikke opdateret på disse måleenheder. Alle medarbejdere skal undervises i det nye tilstandshjul, og senest den 1.2-2022 skal alle være igennem og klar på de nye tiltag i nexus /FSIII, og herunder får de også undervisning i brugen af opgaver samt information om vigtigheden af, at der dannes relevante relationer i systemet. Der er deadline den 25. januar.

Dokumentationsansvarlig (Sandra) på FSG afsætter tid til, at kigge alle beboeres journaler igennem fra den 25.januar til den 1. februar for at se om opgaverne er oprettet/tilknyttet korrekt og tilstandshjulet bliver brugt som det skal. Hvis det ikke er tilfældet, tager Sandra fat i kontaktpersonerne og hører om årsager hertil – samt hjælper dem videre på vej. Sandra følger selv op på alle beboere indtil det er løst og hvis ikke kontaktes afdelingsleder Tina Andersen.

Ift. Samtykke:

I forbindelse med undervisning den 15.12 er der planlagt med ekstern underviser, og demens nøgleperson ift konkrete regler – vi inddrager lige denne retningslinje og der sendes en meddelelse ud til alle, at de skal læse op på reglerne om samtykke incl. overlevering af helbredsoplysninger til tredjepart ift. aktuel behandling og pleje. Alle journaler gennemgås på de kommende assistent/sygeplejemøder fra 1. januar til 1. marts skal alle beboerne være opdateret og afdelingsleder følger op i samarbejde med dokumentationsansvarlig på samtlige beboere også nyankommen er journaliseret korrekt.

### **Tilsynet anbefaler:**

At der arbejdes med at udbrede kendskabet blandt medarbejderne til, hvordan og hvornår VAR skal anvendes.

-Dette kan også flettes ind ved undervisning i tilstandshjul eftersom det er med direkte link. Tror det er fortolkninger af spørgsmål som gør at svaret fremkommer. Sandra følger op.

### **Tilsynet henstiller til**

At enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det inden for en afgrænset periode sikres, at medarbejderne får et øget kendskab til, hvordan og hvornår MyMedCards skal anvendes.

### **OPFØLGNING:**

FSG har brugt meget tid på MMC, og der oplyses, at nogen bedre kan åbne end andre, i stedet for, at de selv logger ind. Der er flere der siger, at de godt ved hvordan de bruger MMC, men de kender ikke retningslinjer for brugen? Samme som med VAR - Så måske er det et fortolkningsspørgsmål. I dagtilbuddet har de en iPad til deling og derfor er der 9 brugere som ikke alle logger på hver for sig. Fra den 10. december og frem til den 23. december vil Helle Thomsen tage en runde og bede 15 medarbejdere åbne MMC og finde f.eks. brug af værnemidler ved corona. Men emnet oplyses ikke på forhånd. Denne indsats følges op – hvis der er flere end 3 der ikke kan åbne.

**Tilsynet anbefaler:**

At der følges op med medarbejderne i forhold til deres besvarelse på spørgsmålet om deres team har de rette kompetencer tilgængelige hver dag.

Pkt. tages på LMU den 16.12.

**Tilsynet henstiller til**

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

- Der er en plan for, hvordan der kan sikres et tilsyn med delegerede opgaver
- Der følges op på medarbejdernes negative besvarelser i forhold til introduktion og supervision af nye medarbejdere.
- Der følges op med medarbejderne i forhold til at kende enhedens procedure for delegation

Afdelingsleder gennemgår ved den årlige MUS/TUS den individuelle delegation. Seddel udleveres ved ansættelsen og følges op af afdelingsleder 1. gang årligt. Fremgår af både MUS samtale og introduktionsprogram. Der laves stikprøver af aftaleholder på 10 medarbejdere om året, for at se om alle kender deres eget kompetenceskema. Sygeplejerskerne har ansvaret for at sikre delegerede opgaver i enheden er opdateret på kompetenceskemaet. Alle assistenter har ansvaret for at hjælpere/elever oplæres i nye opgaver. Afdelingsleder skal fremover sikre, at alle har de rette kompetencer på dagen i teamet, til opgaverne og påse de også kan udføre dem korrekt.

Fuglsanggården har i oktober fået udarbejdet et omfattende introduktionsprogram til nyansatte. Programmet har været i høring i hele medarbejdergruppen frem til 29. november. Det er ikke gennemført endnu, men 3 nyansatte i januar skal være de første. Vi laver evaluering med dem/opfølgning i TRIO ved det først møde i februar (Der er møde den første tirsdag i måneden)

**Tilsynet anbefaler**

- At beboerne i højere grad og så vidt muligt inddrages i fastsættelsen af de mål, der er for indsatsen.
- At der arbejdes med at oprette indsatsmål og dokumentere borgerens perspektiv i tilstandspræciseringen.

På Fuglsanggården bor mange borgere med demens. De inddrages i det omfang det er muligt, de inddrages på baggrund af deres ønsker og drømme og livshistorie, og her og nu behov. Deres familier inddrages i det omfang det er muligt og ønskeligt. De vil aldrig kunne redegøre for mål og tilstandspræcisering. Men det vil være oplagt, at det er dokumenteret af personalet. Vi mener ikke denne indsats/målemetode er realistisk ift. 80 % af beboerne.

**Tilsynet henstiller til**

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

**Tilsynet anbefaler**

- At der iværksættes en indsats for at få alle medarbejdere til at gennemføre kursus om magtanvendelse.

Afdelingsleder har haft opgaven med at sikre, at alle har gennemført. Der oplyses, at der har været tvivl om de skulle følges op hvert år. Ved gennemgang af listen af medarbejdere, der ikke har taget e-læring, kan vi se – flere ikke er ansat, og skal fjernes. 98 % har taget kurserne tidligere, og dem der er nye er i gang, men har ikke været klar over deadline. Alle har mulighed for at skrive EX på planen- når det ikke kan nås i den normale arbejdstid. Det ligger også implicit i det nye introduktionsprogram – så man ikke kommer på bagkant. Vi forventer alle er opdateret herfra senest den 1. februar 2022. Mette Salling kommer på kursus primo januar – da Sarah er på barsel. Afdelingsleder følger op 15. februar sammen med Mette Salling. Helle Sender reminder ud uge 50.

## Bilag 3: Referat: Høring ift. tilsynsrapport i beboer- og pårørenderådet den 16 december 2021

Tilsynsrapporten for Plejecenter Fuglsanggården har været i høring i beboer- og pårørenderådet for Plejecenter Fuglsanggården den 16. december 2021.

Tilstedeværende:

Beboer- og pårørenderepræsentanter: Benny Busk (formand og pårørende), Grethe Bøje (næstformand og pårørende), Lisette Bak Thorsen (pårørende), Pia Grønberg (pårørende)

Repræsentant for ældrerådet: Hans Erik Nielsen

Medarbejderrepræsentant: Rikke Eriksen

Ledelsesrepræsentant: Helle Thomsen (Plejecenterleder)

Beboer- og pårørenderådet angiver:

- At de har et godt indtryk af Plejecenter Fuglsanggården: Medarbejderne gør et fantastisk stykke arbejde, der er en god stemning og beboerne virker glade.
- At det opleves som betryggende at der udarbejdes så omfattende en tilsynsrapport, men at rapporten også opleves som tung læsning, så det kunne være ønskeligt med en læsevejledning.
- At det opleves som betryggende, at der i Norddjurs Kommune og på Plejecenter Fuglsanggården er fokus på et lærende perspektiv i tilgangen til de utilsigtede hændelser (UTH'erne).
- At det ses afspejlet i rapporten, at maden ikke længere har den kvalitet som den tidligere har haft efter den nye organisatoriske konstruktion er trådt i kraft, hvor køkkenproduktionen nu varetages af en anden enhed i kommunen end Plejecenter Fuglsanggården. Helle Thomsen (plejecenterleder) fortæller at hun arbejder for, at der er rettet op på situationen til d. 1. februar 2022.