

Plejecenter
Glesborg
Kommunalt
tilsyn

5. juli
2021

Indhold

| | |
|--|----|
| Målepunkter i det kommunale tilsyn | 4 |
| Datagrundlaget for det kommunale tilsyn | 4 |
| Rapportens opbygning | 5 |
| Enhedens egen præsentation | 6 |
| Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set..... | 8 |
| Sammenfatning | 9 |
| Patientsikkerhed | 11 |
| Oversigt over tilsynets vurdering | 11 |
| Den sundhedsfaglige dokumentation | 11 |
| Medicinkontrol | 14 |
| Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) | 14 |
| Magtanvendelser..... | 16 |
| Hygiejne..... | 16 |
| Brugertilfredshed..... | 17 |
| Oversigt over tilsynets vurdering | 17 |
| Brugertilfredshed..... | 17 |
| Omgangsform og rengøring | 18 |
| Faglighed..... | 20 |
| Oversigt over tilsynets vurdering | 20 |
| Delegation og kompetencer | 20 |
| Kendskab til instrukser og retningslinjer | 22 |
| Rehabilitering | 23 |
| E-læring..... | 24 |
| Organisation..... | 25 |
| Oversigt over tilsynets vurdering | 25 |
| APV | 25 |
| Samarbejde..... | 26 |
| Sygefravær..... | 26 |
| Budgetoverholdelse..... | 26 |
| Opsamling på andre/tidligere tilsyn | 27 |
| Bilag 1: Oversigt: Journalaudit | 28 |
| Bilag 2: Oversigt: Enhedens handleplan i forbindelse med kommunalt tilsyn 2021 | 29 |
| Bilag 3: Kommentarer til tilsynsrapporten fra bruger og pårørenderådet..... | 32 |

Indledning

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

Tilsynet leveres af Sundheds og Omsorgs myndighedsafdeling og varetages af konsulenter ansat i afdelingens kvalitetsteam. Konsulenterne har som udgangspunkt en sundhedsfaglig baggrund.

Der vurderes på de enkelte underområder i hvert af de fire måleområder og drages konklusion ud fra de opstillede kvalitetsmål.

Tilsynet er udført ved både et anmeldt og et uanmeldt besøg

Det uanmeldte besøg omfatter både dataindsamling på et ikke kendt tidspunkt for 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: Glesborg plejecenter

- Journalaudit på seks 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 10 beboere vedrørende deres mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede service.
- Spørgeskemaundersøgelse hos alle relevante medarbejdere ansat i enheden vedrørende de faglige rammer for deres arbejde. Spørgeskemaet er sendt ud til 77 medarbejdere og 38 har

svaret, hvilket giver en svarprocent på 48 %. En svarprocent på 48 % kan karakteriseres som betænkelig lav. Men svarprocenten for de medarbejdergrupper, der indgår i denne afrapportering (hjælpere, assistenter, terapeuter og sygeplejersker) er tilfredsstillende 68 %. Det vil sige, at øvrige personalegrupper ikke indgår i afrapporteringen.

- Stikprøvekontrol af en dispensering og fire borgeres medicinbeholdning
- Udtræk fra indberetningssystem 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. maj 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.

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

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 afgrænset tidsramme.

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 egen præsentation

Plejecenter Glesborg er et kommunalt plejecenter, med 60 lejligheder. Plejecenteret er delt i 2 identiske afdelinger. Hus øst og Hus vest.

Der er i alt ansat 55 medarbejdere.

Ledelse:

Aftaleholder: Tove Jensen

Afdelingsleder Susan Bach

2 sygepl., 1 ergoterapeut, 11 social og sundhedsassistenter, 33 sosu-hjælpere, 4 ernæringsassistenter, 1 planlægger, 2 husassistenter samt 1 teknisk serviceleder. 4 timelønnede afløsere.

Fremmødeprofil i de enkelte enheder:

| | Dag | Weekend | Aften | Nat |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Hus øst | 4-5 sosu hjælpere 2-3 sosu ass | 4 sosu hjælper 0,5 sosu ass | 3 sosu hjælper 0,5 ass | 1 hjælper 1 assistent |
| Hus Vest | 4-5 sosu hjælpere 2-3 sosu ass | 4 sosu hjælper 0,5 sosu ass | 3 sosu hjælper 0,5 ass | |
| Ud over | | | | |
| 1-2 sygepl 2-3 ernæringsass 1 ergoterapeut 1 teknisk serviceleder 2 husassistenter | | | | |

Plejecenteret har 1 vakant sygeplejerske-stilling. Den har været opslået, men der var ingen ansøgere. Den genopslås til december 21. Situationen pt omkring sygeplejerskerne er, at en er sygemeldt og en er på vej tilbage efter langtidsfravær. Dette gør os uhyre sårbare på dokumentationsområdet, da den fratrådte sygeplejerske var superbruger samt nøgleperson sammen med delvis rask sygeplejerske.

Vi får rigtig mange uopfordrede ansøgninger. Vi har et godt ry ude i samfundet. Det lyder, "at her er rart at arbejde", "her er man ordentlig ved hinanden", "godt samarbejde". Vi har også et godt ry som uddannelsessted på sosu-skolen. Vi har valg at have 1 fuldtidsvejleder for at ensarte niveauet for læring. Dette har givet den kvalitet, som vi ønskede. Vi får stor ros fra elever omkring dette. Vi har lige nu sat i værk, at alle elever fast har 2 aftenvagter om ugen samt at alle elever på skift har 2 9-17 vagt. Dette er valgt, da vi har rigtig mange elever og har brug for, at alle kan have samme mulighed for læring, da vi også har mange ledige lejligheder. Så den forskønnelse, det er at have elever, også kommer aftenvagten til gode.

Vi har samlet alle sygeplejersker i dagvagt. Tidligere var en af sygeplejerskerne i aftenvagt. Hun er fra 1. okt. 20 flyttet i dagvagt for at kunne lave den bedst mulige indsats, der kan komme alle vagthold til gode. Nu er der sygeplejefagligt overlap med aftenvagten hver dag i tidsrummet 15-15.30, for at højne kvaliteten.

Vi har slået sygeplejersker og assistenter sammen til en gruppe, der hver morgen planlægger, hvilke opgaver der skal løses af hvem. Dette har styrket fagligheden og kvaliteten for beboerne.

Vores delvise raske sygeplejerske er indgået i en ny opgave som omhandler at udvikle på vores kvalitet, udvikle kompetencer hos hjælpere samt assistenter. Hun er lige nu i gang med at kompetenceafklare alle og derfra planlægges kompetenceudvikling. Herunder også i forhold til dokumentation.

Vi har valgt at få husassistenter ansat. En husassistent i hvert hus for at sikre en god kvalitet på denne opgave - både hos den enkelte beboer men også i forhold til vores fællesarealer. Det har været en stor succes. Beboerne oplever en bedre rengøring og får samtidig lidt snak med én, som ikke har med plejen at gøre. Dette skal også ses i lyset af, at det var en dyr løsning, at plejetimer skulle bruges på rengøring.

Corona: Vi har formået at skabe aktiviteter med beboerne, trods restriktioner. Så der har været gymnastik, busture og spil af forskellig art. Disse 3 aktiviteter har været tilgængelige for hvert hus en gang ugentligt. Derudover bankospil cirka en gang månedligt.

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set

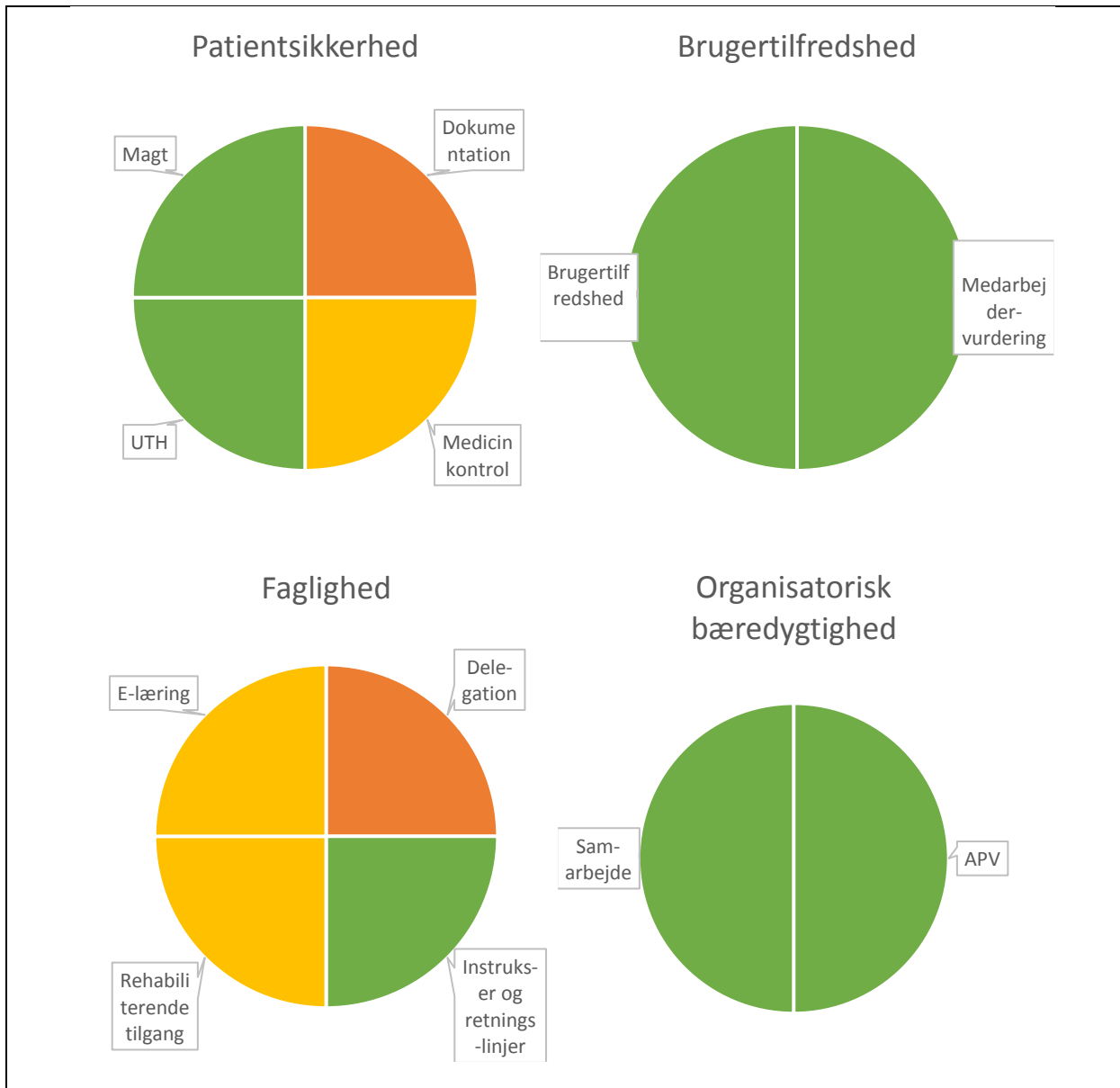
Figuren nedenfor illustrerer tilsynets vurdering af enhedens arbejde med områderne: Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisatorisk bæredygtighed.

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 den leverede kvalitet.



Sammenfatning

Patientsikkerhed: Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med den sundhedsfaglige dokumentation, medicin håndtering, utilsigtede hændelser¹ (UTH'er) og magtanvendelser: *At der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på:

I forhold til *dokumentation*

- At der i alle de gennemgåede journaler er eksempler på, at den sundhedsfaglige dokumentation har mangler, i forhold til at sikre, at plan for behandling og pleje er fyldestgørende og entydigt beskrevet.
- At der mangler en eller flere handlingsanvisninger i den enkelte journal og at de oplysninger, der ifølge retningslinjerne i Norddjurs kommune skulle have været i handlingsanvisningerne, kan være beskrevet andre steder - men at det ikke er tydeligt hvor i journalen, de er beskrevet.
- At borgerens samtykke ikke konsekvent dokumenteres i handlingsanvisning og korrespondance med tredjepart.
- At der mangler flere udredninger.

I forhold til *medicin håndtering*

- At der er observeret manglende persondata på borgernes medicinæsker.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der ses flere og forskelligartede indberetninger af UTH'er.
- At der er et ledelsesmæssigt fokus på det systematiske arbejde med læring af UTH'er og udbredelsen af denne læring.
- At der er en overvejende positiv besvarelse fra medarbejderne på spørgsmålene om enhedens kultur, i forhold til, at understøtte arbejdet med UTH.
- At over halvdelen af medarbejderne svarer positivt i spørgeskemaet på de spørgsmål, der handler om kulturen på arbejdspladsen ift. at understøtte UTH arbejdet.

Tiltag: Enheden har udarbejdet en handleplan i forhold til vurderingen vedrørende dokumentation. Se bilag 2.

Samlet vurdering ift. dokumentation: Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan rette op på forholdene og opnå det ønskede resultat i inden for en afgrænset periode. Tilsynet følger op på dette i marts 2022.

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

I den samlede vurdering er der lagt vægt på:

- At de interviewede beboere overvejende giver udtryk for tilfredshed med den leverede praktiske hjælp og personlige pleje, med maden, med leveringen af hjælpen og relationen til medarbejderne.
- At medarbejderne overvejende svarer positivt, i forhold til rammerne for at levere indsatsen og at der foregår en løbende kvalitetssikring.

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.

Faglighed: Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med at understøtte, at den nødvendige og relevante faglige viden samt 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:

I forhold til *delegation*

- At 24 % af medarbejderne, der deltog i spørgeskemabesvarelsen, ikke angiver at kende proceduren for delegation.
- At 62 % af medarbejderne svarer, at de ikke har en opdateret kompetenceprofil.
- At der ved ledelsesinterviewet ikke beskrives en konsekvent og systematisk tilgang til opfølgning på de delegerede indsatser.

I forhold til *den rehabiliterende tilgang*

- 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.

I forhold til gennemførelse af obligatorisk *e-læring*

- At kun 75% af de tilmeldte medarbejdere har gennemført de obligatoriske kurser om magtanvendelse og medicinhåndtering for social og sundhedshjælpere.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der er påbegyndt et udviklingsarbejde i forhold til kompetenceprofilen, introduktion til nye medarbejdere og proceduren for delegation.
- At en høj procentdel af medarbejderne angiver at kende retningslinjer for anvendelsen af VAR og MyMedCards.
- At der er oparbejdet en ny kommunikationsvej (nyhedsbrev), for at sikre en systematisk videreformidling af nye og relevante retningslinjer mm.
- At beboernes besvarelse viser, at der er et rehabiliterende fokus, i den måde hjælpen tilrettelægges på ved beboeren.
- At medarbejderne angiver en høj grad af kendskab til den enkelte beboers livshistorie og handleplan. Ligesom borgerens perspektiv, mål og ressourcer mm dokumenteres gennemgående, fremgår af borgerjournalen.

Tiltag: Enheden har udarbejdet en handleplan i forhold til vurderingen vedrørende delegation. Se bilag 2.

Samlet vurdering ift. delegation: Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan rette op på forholdene og opnå det ønskede resultat i inden for en afgrænset periode. Tilsynet følger op på dette i marts 2022.

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 for alle beboere har været en APV i journalen.
- At der er gennemført en trivselsmåling, hvor der er planlagt en opfølgning.
- At størstedelen af medarbejderne angiver, at der er et godt samarbejde internt, på tværs af faggrupper og i forhold til ledelse.

Patientsikkerhed

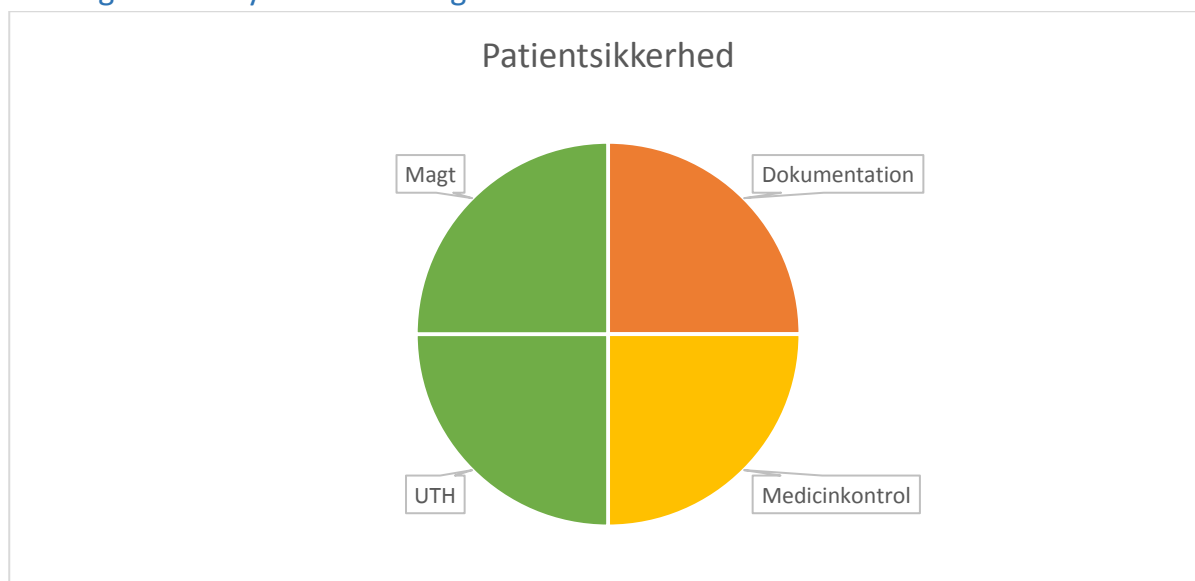
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med den sundhedsfaglige dokumentation og de sundhedsfaglige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

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

Den sundhedsfaglige dokumentation

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens sundhedsfaglige dokumentation bygger på:

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

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund²:

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

I forhold til opfølgning på forværring i borgers tilstand

- At der generelt rigtig fint og tydeligt dokumenteres opfølgning på observationer og målinger, der viser en forværring i borgerens helbred, men at der også ses observationer, hvor det ikke er tilfældet – dog ikke i forhold til forværringer af patientkritisk karakter. Der er ikke en konsekvent struktur for opfølgning med konklusion på observationsnotater, men der følges gennemgående op, på målinger uden for borgerens normalværdier.

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

- At helbredsoplysningerne fremstår overskuelige og temaopdelte, men at de også er meget uddybende beskrevet. Dette betyder, at der ses dobbeltdokumentation i forhold til det faglige notat eksempelvis. En mere uddybende beskrivelse kan dog være relevant for problematikker, hvor der ikke er oprettet en tilstand, som det også ses. Tilsynet finder, at der er angivet oplysninger om at borgeren eksempelvis får risikosituationsmedicin, har nødkald etc. – men at dette ikke er konsekvent og derfor – udover at være dobbeltdokumentation – også kan være misvisende.
- At der generelt er oprettet de relevante tilstande, både i forhold til funktionsevne og helbred, og at disse er opdaterede. Tilsynet finder i enkelte tilfælde tilstande, der mangler. I en journal ses det omvendt, at der er oprettet uforholdsmæssigt mange tilstande (32), med deraf følgende risiko for forringet overblik.
- Beskrivelserne i tilstandspræciseringen er meget omfattende for helbredstilstandene, da plan (og historik for plan) i noget omfang beskrives her, i stedet for i handlingsanvisningen. Derved bliver det mindre entydigt, hvor hvilke typer oplysninger kan findes. Funktionstilstandene er beskrevet kortfattet men ikke helt ensartet. Der ses en tendens til, at der laves beskrivelse af handling og hvad borger har behov for hjælp til – men ikke en beskrivelse af hvad borgeren kan/ikke kan og årsagen til dette.
- At der gennemgående mangler de relevante udredninger
- At der gennemgående mangler flere relevante handlingsanvisninger
- At der gennemgående er oprettet opgaver til opfølgning på tilstand og indsats

I forhold til sammenhæng og systematik

- Der mangler flere relationer, så der skabes sammenhæng særligt mellem målinger, observationsnotater og tilstande.
- Det er ikke helt entydigt, hvor planen er beskrevet, da handlinger beskrives flere steder. I størstedelen af de journaler tilsynet har auditeret ses et eller flere eksempler på, at planen ikke er ajourført, fremstår selvmodsigende eller helt mangler.
- Der er forskellig praksis på enheden i forhold til, om afsluttede helbredstilstande gemmes som 'Ikke relevante' eller som 'Inaktive', således at historikken i borgerens forløb fremstår uklart.

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

I forhold til *understøttelse af borgerens retsstilling*

- Borgers informerede samtykke til den aktuelle pleje og behandling er dokumenteret i ca. halvdelen af de relevante handlingsanvisninger.
- Borgers samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger dokumenteres i mindre omfang. Ifølge lovgivningen og Norddjurs Kommunes instruks om informeret samtykke, skal samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart, dokumenteres i eksempelvis korrespondancen - hvis ikke der er dokumenteret et informeret samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger i forbindelse med borgerens aktuelle behandlingsforløb i handlingsanvisningen.

Af den kommunale tilsynsrapport for enheden 2020 fremgår følgende:

- *Der blev henstillet til:* At der udarbejdes en handleplan for at sikre, at der på en ensartet og systematisk måde følges op på målinger og observationsnotater, der indikerer en forværring i borgerens tilstand.
- *Der blev henstillet til:* At det sikres, at borgerens samtykke dokumenteres systematisk – både i forhold til videregivelse af helbredsoplysninger og i forhold til den aktuelle pleje og behandling.
- *Det blev anbefalet:* At der dokumenteres ud fra anvisningerne i manualen, herunder at felterne "Helbredsoplysninger" og "Faglige notater" udfyldes kort og præcist jf. manualens anvisninger.
- *Det blev anbefalet:* At handlingsanvisninger beskriver handlinger og hvordan der skal handles ved hvilke afvigelser – herunder hvem der skal kontaktes og hvad der er aftalt med behandlingsansvarlig læge.

Af ledelsesinterviewet fremgår det:

- At der er blevet arbejdet med anbefalingerne fra den kommunale tilsynsrapport 2020 vedrørende dokumentation af borgers samtykke.
- At der aktuelt opleves et behov for undervisning i dokumentation, da der har været udskiftning i medarbejdergruppen – herunder i funktionen som dokumentations-nøgleperson.

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: At der er gjort fund af mindre betydning for kvaliteten af dokumentationen. At der i alle de gennemgåede journaler er eksempler på, at den sundhedsfaglige dokumentation har mangler i forhold til at sikre, at plan for behandling og pleje er fyldestgørende og entydigt beskrevet og der er ikke en konsekvent systematik for, hvor man kan finde de enkelte oplysninger. Endelig er borgers samtykke ikke dokumenteret gennemgående.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der mangler en eller flere handlingsanvisninger i den enkelte journal, at de oplysninger der skulle være i handlingsanvisningerne, er beskrevet andre steder. Men at det ikke altid er tydeligt hvor. At flere udredninger mangler, ligesom borgerens samtykke ikke konsekvent dokumenteres i handlingsanvisning og korrespondance med tredjepart. I vurderingen er der også lagt vægt på, at der ses en mere systematisk praksis i forhold til opfølgning på observationer og tilstande, dokumentation af samtykke samt at dokumentationen fremstår lidt mindre omfangsrig og mere præcis end ved sidste års tilsyn.

Tilsynet henstiller til:

- At de relevante handlingsanvisninger og udredningsskemaer gennemgående oprettes og anvendes i overensstemmelse med Norddjurs Kommunes retningslinjer for sundhedsfaglig dokumentation.
- At der er et fortsat fokus på at få dokumenteret borgerens samtykke systematisk.

Tilsynet anbefaler

- At der arbejdes på at skabe en ensartet praksis for, hvor de enkelte typer af oplysninger dokumenteres – både i forhold til tilstandene i den enkelte journal, men også på tværs af journaler i enheden.

Medicinkontrol

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

- Tilsynsenhedens observation af en dispensering
- Tilsynsenhedens gennemgang af fire beboeres medicinbeholdning
- Interview med ledelse
- Tilsynets uanmeldte journalaudit på seks tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved observation af dispensering og gennemgang af medicinbeholdning finder tilsynet:

- At der ved tre beboere findes manglende personidentifikation på en eller flere vitaminpræparater.

Ved ledelsesinterviewet fremgår:

- At der er arbejdet med medicin siden sidste kommunale tilsyn 2020. Særligt assistenterne har arbejdet meget med instrukserne på området. En assistent har været på medicinkursus. Assistenten har herefter foretaget den faste medicindispensering, hvilket har medvirket til færre fejl, men også at der er informationer, der går tabt, fordi de øvrige medarbejdere ikke i samme grad kender borgerens sygdomsbillede og forløbs historik.

Ved gennemgang af journalaudit finder tilsynet;

- At der ses enkelte tilfælde, hvor der følges op på pn-medicinadministration i medicinnotater i stedet for i observationsnotater, som det ellers er beskrevet i Norddjurs Kommunes instrukser.

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: at der er fundet forhold af mindre betydning for patientsikkerheden.

Tilsynet anbefaler:

At der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:

- At alle borgernes præparater inklusiv vitaminer får påført persondata.

Tilsynet fremhæver:

- At der ved alle medicinkontroller er angivelse af anbrudsdato på medicinske cremer, insulin, øjendråber samt inhalationer.
- At der observeres korrekt personidentifikation ved alle kontrollerede medicinæsker.
- At der ses en god orden i medicinskabene samt en korrekt og tydelig adskillelse af borgerens aktuelle og pauserede medicin.

Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)

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

- Udtræk fra indrapporteringssystemet DPSD, der viser hvor mange utilsigtede hændelser, der er indrapporteret på enheden inden for det seneste år, fordelt på måneder og hvilke typer af utilsigtede hændelser, der er indrapporteret (se Bilag 2).
- 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 blandt hjælpere, assistenter og sygeplejersker

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af dataudtrækket fremgår det:

- At størstedelen af de indberettede UTH'er vedrører medicin.
- 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:

- At arbejdet med UTH er med i introduktionsprogrammet for nye medarbejdere.
- At der indberettes UTH'er på tværs af hele huset, i alle vagter og blandt alle personale-faggrupper.
- At der i behandlingen af hændelserne er fokus på identificere de forskellige temaer af indberetningsmønstre, der kan arbejdes med.
- At der arbejdes med de indberettede hændelser på teammøderne med deltagelse af ledelsen, og at assistenterne er den gruppe, som breder den nye viden videre ud i organisationen.
- At medarbejderen tilkendegiver, at det er givtigt og lærerigt at deltage i kerneårsagsanalyser. Det opleves dog nogle gange, at det er svært at overføre læring fra en hændelse og videre ind i dagligdagen på plejecentret.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 97 % af medarbejderne besvarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ved hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse.
- 66 % af medarbejderne ved 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' hvordan der arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen.
- 72 % af medarbejderne angiver, at enheden håndterer utilsigtede hændelser på en hensigtsmæssig måde.
- 84 % af medarbejderne er 'helt enige' og delvis enige' i at de ville føle sig trygge som beboere i deres enhed.
- 82 % af medarbejder angiver, at de er 'helt enige' eller 'delvis enig' i, at de ved, hvor de kan få svar på spørgsmål om patientsikkerheden.
- 66 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at de får passende tilbagemeldinger på, hvordan de klarer deres arbejdsopgaver.
- 47 % af medarbejderne er 'helt uenige' eller 'delvist uenige' i, at det er svært at diskutere utilsigtede hændelser på deres arbejdsplads.
- 53 % af medarbejderne er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at kollegaer opfordrer dem til at sige til, hvis de er bekymrede for patientsikkerheden.
- 63 % er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at kulturen gør det nemt at lære af andres utilsigtede hændelser.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at der ses flere og forskelligartede indberetninger af UTH'er. At der er et ledelsesmæssigt fokus på det systematiske arbejde med læring af UTH'er og udbredelsen af denne læring samt en overvejende positiv besvarelse fra medarbejderne, på spørgsmålene om enhedens kultur i forhold til at understøtte arbejdet med UTH.

Tilsynet anbefaler:

- At der er fokus på tilgange til at udbrede læring af UTH'er på enheden.
- At der er fokus på at medarbejderne opfordres til og understøttes i at diskutere og sætte spørgsmålstejn ved enhedens UTH'er og patientsikkerhed.

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 ingen af de journaler, der blev auditeret af tilsynet, var der indberettet magtanvendelser.
- At den seneste magtindberetning er registreret rettidigt.

Af interview med ledelsen fremgår det:

- At de pårørende altid involveres, hvis det vurderes, at det kunne være hensigtsmæssigt med et velfærdsteknologisk hjælpemiddel.

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 borgernes hjem.

Sammenfatning af observationer:

Ved observation i enhedens lokaler og borgernes lejligheder:

- At personale overholder retningslinjer for at anvende ringe, armbånd og ure.
- At uniformsetiketten overholdes blandt de observerede medarbejdere.
- At der er opsat sæbe og spritdispenserer på personaletoaletter og i lejligheder.
- At der ikke gennemgående er opsat instruktion i korrekt håndvask ved alle personalehåndvaske
- At der observeres enkelte tilfælde, hvor der ikke udføres håndhygiejne imellem handskeskift samt ved afslutning af opgaven, i relation til medicin.
- At der ses korrekt hånddesinfektion, når medarbejderen træder ind i borgers lejlighed.

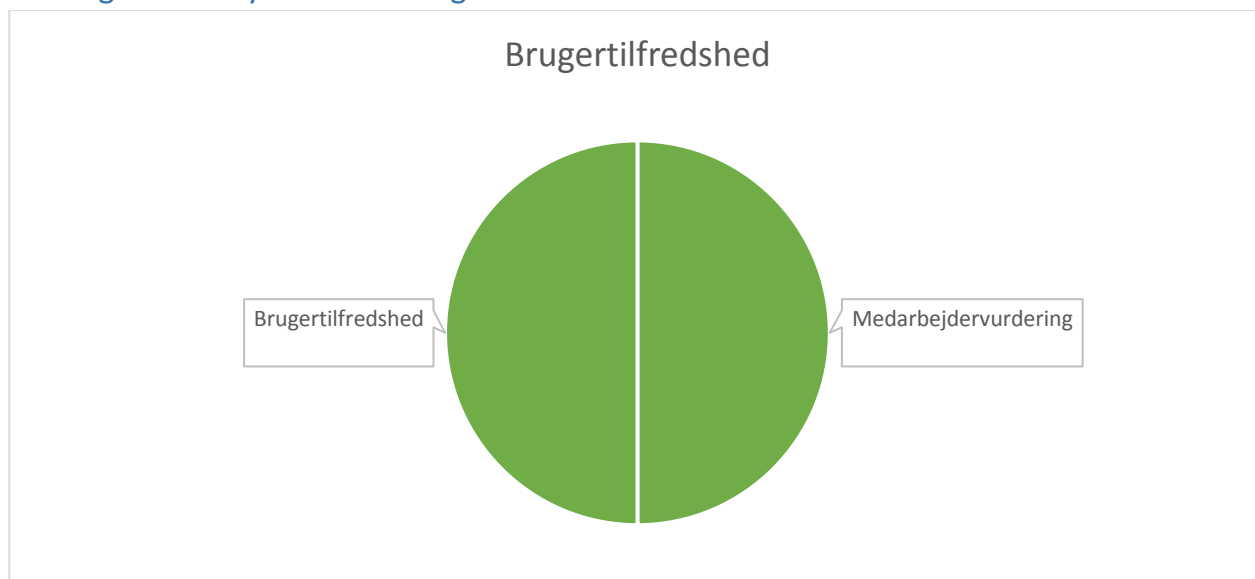
Brugertilfredshed

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 den leverede kvalitet.

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med brugertilfredshed og klager/bekymringshenvendelser: *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 Plejecenter Glesborg bygger på:

- Interviews med 10 beboere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewene⁴ fremgår det, at:

³ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

- De 10 beboere giver overordnet udtryk for stor tilfredshed med *de fysiske rammer på plejecenteret*. Beboerne giver udtryk for tilfredshed med deres bolig på plejecenteret, med plejecenterets fællesarealer og med de udendørs arealer.
- Beboerne er tilfredse med *aktiviteter og socialt samvær på plejecenteret*. Nogle af beboerne ønskede ikke at bruge de daglige aktiviteter på plejecenteret og arrangementerne på plejecenteret. De beboere som anvender disse tilbud, giver udtryk for at være enten 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse'.
- Beboerne er gennemgående tilfredse med *hjælpen til den personlige pleje*. De 10 beboere får ikke alle hjælp til alle aktiviteterne indenfor personlig pleje. De beboere, som modtager hjælpen angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse', med hjælpen til at komme i bad, blive vasket, af- og påklædning samt toiletbesøg.
- De 10 beboere er samlet set tilfredse med *den praktiske hjælp*. Beboere er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med rengøringen af egen bolig og fællesarealerne. Størstedelen af beboerne er 'meget tilfredse' med hjælp til tøjvask.
- Majoriteten af beboerne vurderer *maden* som 'meget god' eller 'god'. Ingen beboere vurderer, at maden er 'dårlig' eller 'meget dårlig'. Flere beboere giver udtryk for, at de må være vanskeligt, at lave mad, som falder i alles smag.
- Beboerne fortæller, at de er meget glade for *personalet*. Alle beboere er 'helt enige' eller 'enig' i udsagnene: 'Personalet udviser respekt for mig' og 'Omgangstonen mellem mig og personalet er god'. Langt de fleste af beboerne er 'helt enige' og 'enige' i udsagnet: Personalet lytter til hvad jeg har behov for, samt at: Hjælpen er lige god uanset hvilken hjælper, der kommer.
- Der er også en høj grad af tilfredshed i vurderingen af *de praktiske forhold vedrørende hjælpen*. Størstedelen af beboerne angiver 'i meget høj grad' til spørgsmålet, om de får den hjælp, de har behov for, og om de deltager i de ting, de kan og ønsker at deltage i og om personalet tager hensyn til, hvordan de gerne vil have deres døgnrytme'. Ingen af beboerne angiver, at deres hjælp bliver aflyst.

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 ingen, der svarer 'i meget høj grad', 47 % der svarer 'i høj grad' 41 % der svarer 'i nogen grad' og 6 % der svarer 'i mindre grad'.
- 47 % 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. 44 % af medarbejderne svarer 'i nogen grad', mens de resterende 6 % svarer 'i mindre grad'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at de interviewede beboere overvejende giver udtryk for tilfredshed med den leverede praktiske hjælp og personlige pleje, med maden, leveringen af hjælpen og relationen til medarbejderne. I vurderingen er der også lagt vægt på, at medarbejderne overvejende svarer positivt i forhold til rammerne for at levere indsatsen samt at der foregår en løbende kvalitetssikring.

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 borgernes hjem.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved observation i enhedens lokaler og hjemme ved borgeren ses det at:

- Borgernes hjem, fremstår rene og ryddelige
- Fællesområderne fremstår rene og ryddelige
- At hjælpemidler fremstår rene
- At der observeres en god omgangstone mellem personale og borger, borgerne imellem og personalet imellem

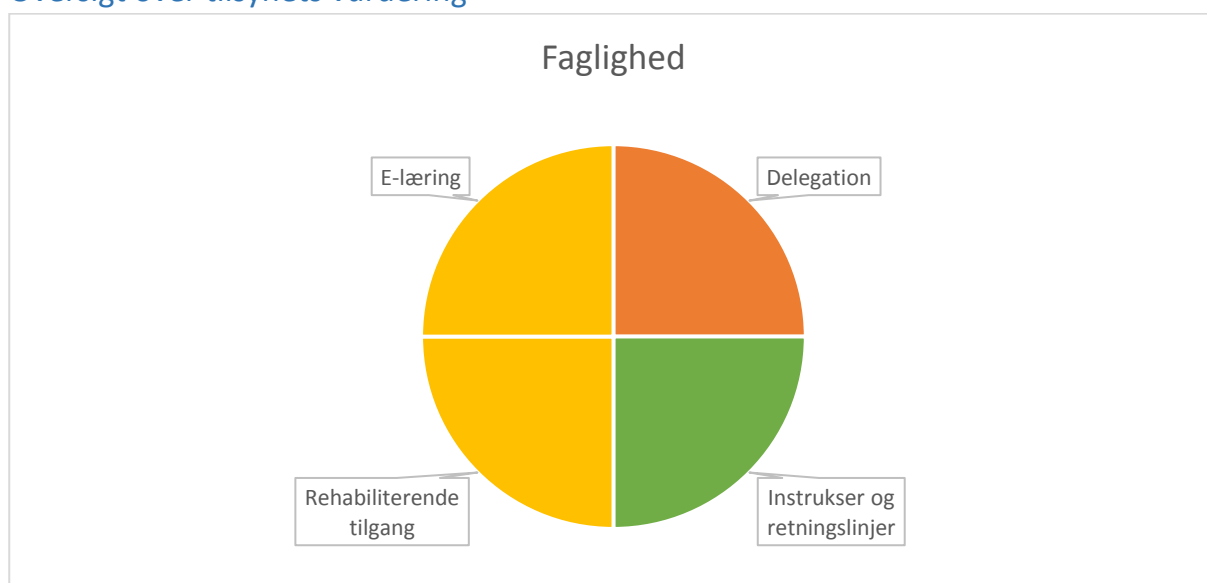
Faglighed

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 den leverede kvalitet.

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 obligatorisk 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 til stede ved alle opgaver og at kommunens retningslinjer for delegation efterleves, bygger på:

- Interview med ledelsen
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Ved ledelsesinterviewet fremgår det:

- At en sygeplejerske på enheden kun arbejder med kompetenceudvikling i sin arbejdstid og der er påbegyndt en kompetenceafklaring på samtlige medarbejdere.
- At der er et arbejde undervejs med at opkvalificere intro-programmer for nyansatte, så der afsættes flere ressourcer samt tid til oplæring i dokumentation og kompetenceafklaring og etableres en mentorordning.
- At det aktuelt er sygeplejersken, som oplærer i de borgerspecifikke kompetencer. Det er ønsket, at assistenterne på sigt også skal kunne delegerer, men det er besluttet, at hele processen omkring delegering skal være kendt af alle assistenterne, før opgaverne kan blive delegeret af denne gruppe.
- At der rykkes på medarbejderen på tværs af huset, for at sikre, at de rette kompetencer er til stede i alle afdelinger i huset. Der angives også at være en god kultur for at bruge nøglepersonerne og deres kompetencer aktivt i hverdagen.
- At der ikke redegøres for, hvordan der systematisk føres tilsyn med, at medarbejderne er instrueret og oplært i opgaverne.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

I forhold til *oplæring af nye medarbejdere*:

- At 75 % af medarbejderne angiver at være 'helt enige i' eller 'delvist enige i', at nyt personale får en god introduktion.
- At 63 % 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.

I forhold til *procedure for delegation*:

- At 71 % af medarbejderne svarer, at de kender proceduren for delegation til medarbejdere.
- At 77 % af disse medarbejdere angiver, at de 'I meget høj grad' eller 'i høj grad' følger procedureerne for delegation.

I forhold til *kompetenceprofil*:

- At 88 % 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?'
- At 22 % af medarbejderne svarer, at de har en opdateret kompetenceprofil. 63 % svarer nej, mens 13 % svarer 'ved ikke'.

I forhold til *tilgængelige kompetencer*:

- At 72 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i udsagnet: 'Mit team har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag'.

Tilsynets vurdering: At der er gjort fund i forhold til, hvordan enheden sikrer, at kommunens retningslinjer for delegation efterleves.

I vurderingen er der lagt vægt på, at 29 % af medarbejderne, der deltog i spørgeskemabesvarelsen, ikke angiver at kende proceduren for delegation. 63 % svarer, at de ikke har en opdateret kompetenceprofil, og at der ved ledelsesinterviewet ikke beskrives en konsekvent og systematisk tilgang til opfølgning på de delegerede indsatser. I tilsynets vurdering er der også lagt vægt på, at der er påbegyndt et udviklingsarbejde i forhold til kompetenceprofilen, introduktion til nye medarbejdere og proceduren for delegation.

Tilsynet henstiller til:

- At der sikres en systematisk procedure for delegation af indsatser og opfølgning på denne

- At der arbejdes med at opdatere medarbejdernes kompetenceprofiler

Tiltag: Enheden har udarbejdet en handleplan i forhold til vurderingen vedrørende delegation. Se bilag 2.

Samlet vurdering ift. delegation: Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan rette op på forholdene og opnå det ønskede resultat i inden for en afgrænset periode. Tilsynet følger op på dette i marts 2022.

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 51 unikke brugere af MyMedCards.

Af ledelsesinterview fremgår det, at:

- Siden sidste kommunale tilsyn er ledelsen begyndt at udsende et ugentlig nyhedsbrev, der blandt andet indeholder faglige nyheder.
- De medarbejdere, der er på arbejde om fredagen samles, hvor nyeste information videreformidles – særligt i forhold til COVID-19.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

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

- At 44 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' i, at de normalt har adgang til alle de oplysninger, de har brug for, for at kunne træffe beslutninger om pleje og behandling. 41 % angiver at de er 'delvist enige'.

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

- At 94 % af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for hvordan de skal bruge VAR (database over sundhedsfaglige procedurer). 62 % svarer, at de 'i meget høj grad' og 'i høj grad' følger disse retningslinjer, 34 % angiver i nogen grad.
- 94 % af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for, hvordan de skal bruge MyMedCards og 64 % svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' følger disse retningslinjer. 30 % svarer i nogen grad.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at en høj procentdel af medarbejderne angiver at kende retningslinjer for anvendelsen af VAR og MyMedCards. I vurderingen er der også lagt vægt på, at der er oparbejdet en ny kommunikationsvej (nyhedsbrev), for at sikre en systematisk videreformidling af nye og relevante retningslinjer mm.

Rehabilitering

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

- Interview med 10 beboere
- Ledelsesinterview
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser
- Enhedens og tilsynets audit af i alt 14 borgerjournaler

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved interview med borgere fremgår det at:

- Hovedparten af beboerne angiver 'i meget høj grad' i forhold til, om de deltager i de ting, som de ønsker at deltage i og om personalet støtter dem i at klare flest mulige dagligdagsting. Der er større forskel i beboernes besvarelser i forhold til, om de deltager i udførelsen af hjælpen. Her angiver beboerne 'i meget høj grad', 'i høj grad' og 'i nogen grad'.
- Langt de fleste af beboerne svarer, at de 'slet ikke' har været med til at sætte mål for hjælpen eller arbejde efter de aftalte mål.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- 87 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad', 'i høj grad' eller 'i nogen grad' kender borgernes livshistorie og handleplaner.
- 50 % af medarbejderne angiver, at de 'i høj grad' aktivt inddrager borgerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter. 41 % svarer 'i nogen grad'

Af ledelsesinterview fremgår det at:

- Der er ikke udarbejdet en handleplan som opfølgning på rehabiliteringsugen⁵. Men ugen har affødt diskussioner i personalegruppen om forståelsen af rehabiliteringsbegrebet og den rehabiliterende kultur på enheden.

Af journalaudit fremgår det at:

- Inddragelse af borgers perspektiv ses i størstedelen af de auditerede journaler. Det vil sige, at felterne vedr. borgers motivation, mestring og ressourcer gennemgående er udfyldt. Der er oprettet indsatsmål og disse er i de fleste tilfælde målbare. Borgerens vurdering er udfyldt under funktionstilstande - dog i et enkelt tilfælde med en helt enslydende vurdering for alle funktionstilstande. Borgerens vurdering er i mindre omfang dokumenteret under helbredstilstande.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne ikke giver udtryk for at kende til de mål, der er sat for indsatsen eller at de inddrages i arbejdet med at nå målene. I vurderingen er der også lagt vægt på, at borgernes besvarelser viser, at der er et rehabiliterende fokus i den måde hjælpen tilrettelægges på, ved borgeren, og at medarbejderne angiver en høj grad af kendskab til den enkelte borgers livshistorie og handleplan. At borgerens perspektiv, mål og ressourcer mm dokumenteres gennemgående, fremgår af borgerjournalen.

Tilsynet anbefaler

- At borgere i højere grad og så vidt muligt inddrages i fastsættelsen af de mål, der er for indsatsen.

⁵ Rehabiliteringsugen er en årligt tilbagevendende begivenhed i Sundhed og Omsorg, hvor der er fokus på enhedernes rehabiliterende kultur, blandt andet ved journalaudit og observationer i de enkelte enheder.

E-læring

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

Udtræk fra e-læringsportalen Plan2Learn, der dog kun skal ses som vejledende⁶

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved udtræk fra Plan2Learn fremgår det at:

- Ud af de 56 medarbejdere, der var tilmeldt e-læring om magtanvendelser, har 33 medarbejdere gennemført kurset. 9 medarbejdere er påbegyndt kurset og 14 medarbejder har ikke gennemført det.
- 16 medarbejdere er tilmeldt kurset: Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Ud af de 16 medarbejdere har 9 medarbejdere gennemført kurset. 2 medarbejdere er påbegyndt kurset, men har ikke gennemført det. 3 medarbejdere er tilmeldt kurset, men har hverken påbegyndt eller gennemført kurset.
- 39 medarbejdere er tilmeldt kurset: Medicinhåndtering for social- og sundhedshjælpere. Ud af de 39 medarbejdere har 19 medarbejdere gennemført kurset. 6 medarbejdere er påbegyndt kurset og 8 medarbejdere er tilmeldt kurset, men har ikke påbegyndt eller gennemført kurset.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at kun 75% af de tilmeldte medarbejdere har gennemført de obligatoriske kurser om magtanvendelse og medicin håndtering for social og sundhedshjælpere

Tilsynet anbefaler

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

⁶ 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.

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 14 ud af 14 journaler i audit havde udfyldt APV-skema.

Ved ledelsesinterview fremgår det:

- At der blev gennemført en intern trivselsmåling med hjælp fra HR i foråret. Ledelsen har indkaldt til personalemøde, hvor resultaterne fremlægges.
- At der blev gennemført en psykisk APV i 2019. Efterfølgende er der arbejdet videre med risikovurderinger hos borger, for at skabe sikkerhed for medarbejderne og der har været et fokus på at legitimere behovet for pauser. Der er ligeledes udarbejdet diverse politikker om håndtering af vold eksempelvis.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at der for alle beboere, har været en APV i journalen. I vurderingen lægges der også vægt på, at der er gennemført en trivselsmåling, hvor der er planlagt en opfølgning.

Samarbejde

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

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 60 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. Ingen medarbejdere svarer, at der er et 'dårlig' eller 'meget dårligt' samarbejde.
- 72 % af medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne internt. Ingen medarbejdere svarer, at der er et 'dårlig' eller 'meget dårligt' samarbejde.
- 79 % af medarbejderne angiver, at have et 'meget godt' eller 'godt' forhold til ledelsen. Ingen medarbejdere svarer, at der er et 'dårlig' 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 angiver, at der er et godt samarbejde internt, på tværs af faggrupper og i forhold til ledelse.

Sygefravær

Vurderingen af Glesborg Plejecenters sygefravær, bygger på:

- Oversigt over sygefraværprocenten i perioden 1. juni 2020 til 31. maj 2021

Af sygefraværsoversigten fremgår det:

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

Budgetoverholdelse

Tilsynet vurderer at der aktuelt ikke er udfordringer med budgetoverholdelsen. Det aktuelle merforbrug skyldes udgifter pga. COVID-19.

Vurderingen af Plejecenter Glesborgs overholdelse af budgettet bygger på forventet regnskab for 2021 og den løbende dialog mellem aftaleholder og økonomimedarbejder, samt sundheds- og omsorgschefen.

Organisationen er økonomisk veldrevet, og der forventes på nuværende tidspunkt budgetoverholdelse i 2021, når der ses bort fra de afledte COVID-19 udgifter, som opgøres særskilt.

Organisationen drives aktuelt stramt, da der er udfordringer med at rekruttere de nødvendige sygeplejerskeressourcer. Der har i en længere periode været en del ledige boliger, da borgerne i længere tid har været tilbageholdende med at søge plejecenter pga. tidligere besøgsrestriktioner. Dette har vanskeliggjort en optimal drift. Der arbejdes aktuelt med de nødvendige nedjusteringer i fremmødeprofilen pga. effektiviseringsbidraget.

Opsamling på andre/tidligere tilsyn

Enheden har haft besøg af Arbejdstilsynet d. 14. september 2020. På baggrund af dette tilsyn, har enheden har fået en grøn smiley på Arbejdstilsynets hjemmeside.

Bilag 1: Oversigt: Journalaudit

Antal journaler hvor følgende er opfyldt:

| <i>Opfølgning på forværring i borgers tilstand</i> | Tilsynets audit på 6 borgere | Enhedens audit på 8 borgere |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| Opfølgning på observationer | 5 ud af 8 | 7 ud af 8 |
| Opfølgning på målinger uden for tærskelværdi | 7 ud af 8 | 7 ud af 8 |
| <i>Opdateret beskrivelse af og plan for borgers helbreds- og funktionstilstande</i> | | |
| Relevante helbredsoplysninger | 4 ud af 6 | 7 ud af 8 |
| Taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser | 6 ud af 6 | 6 ud af 7 |
| Alle relevante helbredstilstande valgt | 4 ud af 6 | 8 ud af 8 |
| Fyldestgørende faglige notater | 4 ud af 6 | 6 ud af 8 |
| Alle relevante funktionstilstande valgt | 5 ud af 6 | 7 ud af 7 |
| Oprettet relevante handlingsanvisninger | 1 ud af 6 | 8 ud af 8 |
| Henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant | 3 ud af 5 | 3 ud af 7 |
| Døgnrytmeplan opdateret | 4 ud af 6 | 4 ud af 8 |
| Ingen ubehandlede korrespondancer på borgeren? (MedCom) | 6 ud af 6 | 7 ud af 8 |
| Hvis relevant: En aktuell forflytningsvejledning for borgeren | 6 ud af 6 | 7 ud af 7 |
| Er relevante udredninger oprettet og udfyldt? | 1 ud af 6 | 8 ud af 8 |
| Oprettet opgaver på alle tilstande mindst en gang årlig | 5 ud af 6 | 8 ud af 8 |
| <i>Sammenhæng og systematik</i> | | |
| Oprettet relationer så der skabes sammenhæng | 1 ud af 6 | 5 ud af 8 |
| <i>Understøttelse af borgers retsstilling</i> | | |
| Borgersens samtykke fremgår af handleanvisningen | 2 ud af 6 | 3 ud af 8 |
| Borgers samtykke ved videregivelse af helbredsoplysninger | 1 ud af 5 | 3 ud af 8 |
| Tidsfrist for indberetning af magtanvendelse overholdt | - | 1 ud af 1 |
| <i>Understøttelse af rehabiliterende tilgang</i> | | |
| Beskrivelse af borgers motivation | 5 ud af 6 | 6 ud af 8 |
| Beskrivelse af borgers mestring | 5 ud af 6 | 7 ud af 8 |
| Beskrivelse af borgers ressourcer | 5 ud af 6 | 6 ud af 8 |
| Borgers vurdering ved helbredstilstande | 3 ud af 6 | 2 ud af 8 |
| Borgers vurdering ved funktionstilstande | 6 ud af 6 | 8 ud af 8 |
| Oprettet indsatsmål | 4 ud af 6 | 5 ud af 8 |
| Feltet 'Borgers indsats' udfyldt i Døgnrytmeplan | 5 ud af 6 | 7 ud af 8 |

Bilag 2: Oversigt: Enhedens handleplan i forbindelse med kommunalt tilsyn 2021

| Henstilling | Handleplan | Tidsplan | Tilsynets opfølgning |
|---|--|---|---|
| <p>At de relevante handlingsanvisninger og udredningskemaer gennemgående oprettes og anvendes i overensstemmelse med Norddjurs Kommunes retningslinjer for sundhedsfaglig dokumentation</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Vi har udpeget en ny nøgleperson (vores praktikvejleder, hun skal lige klædes på) det giver god mening at hun sammen med sygepl. har dette sammen . Der skal ligges plan for hvem der dokumenterer hvad . Dette har tilsynet sagt at de gerne vil hjælpe os med • Manual bruges i det daglige arbejde • Lave audit på medicin samt pixi udgave fra jer 2 x årligt for at tage tp på hvor vi er | <p>Der vil hen over efteråret 21 blive holdt undervisning for ssa samt ssh i den dokumentation der er brug for</p> <p>Sikre at nye får den fornødne oplæring i dokumentation .</p> <p>opstart efterår , fortsætter i 22</p> | <p>Tilsynet følger op ved journalaudit på seks journaler marts 2022</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • At der er et fortsat fokus på at få dokumenteret borgerens samtykke systematisk | <p>////////////////////////////////////</p> | <p>////////////////////////////////////</p> <p>////</p> | <p>Tilsynet følger op ved journalaudit på seks journaler marts 2022</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • At der sikres en systematisk procedure for delegation af indsatser og opfølgning på denne • | <ul style="list-style-type: none"> • Der er lavet eller bliver lavet stammer efter hvilke opgaver og kompetencer det kræver også til de ufaglærte , dette gør også at der kan borgerspecefikt kan oplæres i de | <p>Dette er en proces som er sat i gang som forventes at blive udbredt senere på året. I 21 arbejde med at få lavet en god proces som kan tages i anvendelse i forår 22</p> | <p>Tilsynet følger op med telefoninterview af ledelsen marts 2022</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | <p>opgaver der skal løses .</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sygepl + assistent er med i en arbejdsgruppe med digterparken for at lave en "opskrift" på hvad der skal være opfyldt for at en opgave er delegeret • Der er lavet kontaktpersons funktionsbeskrivelse, der er iværksat "at lave stammer" både dag og aften . Dette vil forandre sig hele tiden og skal tilrettes . • Delegationsbegrebet skal i talesættes i dagligdagen da der er tvivl om betydningen , dette gøres med det samme | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • At der arbejdes med at opdatere medarbejdernes kompetenceprofiler | <ul style="list-style-type: none"> • Der iværksættes udredning af alle samt iværksættes udviklingsplan , det kan være i grupper eller sidemandsoplæring . Herefter igangsættes hvordan en opgave skal delegeres og af hvem | <p>Start for 2 mrd siden , fortsætter løbende . Der skal også tænkes ind at der op til ferieperioder tilrettelægges oplæring i borger specifikke kompetencer både til faglærte samt ufaglærte 2 medarbejdere herfra er med i en arbejdsgruppe med digterparken for at lave en "opskrift" på hvad der skal være opfyldt for at en opgave er delegeret</p> | <p>Tilsynet følger op med interview af to til fire medarbejdere marts 2022</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | Der vil i 21 være en kortlægning af kompetencerne I 22 vil der kunne etableres et mere systematisk redskab til brug for udvikling samt ajour føring af kompetencer, udvikling af års hjul . | |
|--|--|--|--|

Bilag 3: Kommentarer til tilsynsrapporten fra bruger og pårørenderådet

Tilsynsrapporten for Plejecenter Glesborg har været i høring i bruger- og pårørenderådet for Plejecenter Glesborg d.26. august 2021.

Tilstedeværende i Plejecenter Glesborgs bruger- og pårørenderåd:

Bruger- og pårørenderepræsentanter: Kristian Kæmpe (beboer), Gydda Thyme (pårørende), Lise Kæmpe (pårørende), Lars Gleerup (pårørende).

Ældrerådets repræsentant: Ingeborg Kyed Pedersen

Ledelsesrepræsentant: Susan Bach (afdelingsleder), Tove Jensen (plejecenterleder)

Medarbejderrepræsentant: Gitte Hviid

På mødet, blev der udtrykt ønske om, at de pårørende bliver inddraget i tilsynet fremadrettet - for eksempel som pårørende i forbindelse med brugertilfredshedsundersøgelsen ved borger med demens eller andre kognitive problemstillinger, så også perspektivet fra denne gruppe borgere kan blive inddraget i vurderingen.

På mødet vurderede deltagerne i bruger- og pårørenderådet, at enheden havde fået en overordnet set god vurdering i tilsynsrapporten.

Da bruger- og pårørenderådet ikke havde tilstrækkelig tid til at læse tilsynsrapporten, blev det aftalt, at eventuelle kommentarer skulle sendes til tilsynsenheden.

Efterfølgende er der sendt kommentarer til tilsynsenheden fra enkeltmedlemmer af rådet, hvorfor kommentarerne ikke nødvendigvis repræsenterer alle deltageres holdning.

Der blev sendt kommentarer om:

- At det ses som positivt, at tilsynet foregår uanmeldt.
- At UTH'er i forbindelse med medicingivning anses for bekymrende.
- At det anses som vigtigt, at der er handlet på de forhold, som kom frem i trivselsmålingen i foråret.