

Plejecenter
Glesborg

Kommunalt
tilsyn

3. september
2020

Indhold

Indledning	3
Målepunkter i det kommunale tilsyn	3
Datagrundlaget for det kommunale tilsyn	3
Rapportens opbygning	4
Præsentation af enheden	5
Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set.....	6
Sammenfatning	7
Patientsikkerhed	9
Oversigt over tilsynets vurdering	9
Den sundhedsfaglige dokumentation	9
Medicinkontrol	11
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)	11
Opsamling på andre/tidligere tilsyn	15
Brugertilfredshed.....	13
Oversigt over tilsynets vurdering	13
Brugertilfredshed.....	13
Klager/bekyringshenvendelser.....	15
Faglighed.....	16
Oversigt over tilsynets vurdering	16
Delegation og kompetencer	16
Kendskab til instrukser og retningslinjer	17
Organisation.....	19
Oversigt over tilsynets vurdering	19
Budgetoverholdelse.....	19
Arbejds miljø	20
Opsamling på andre/tidligere tilsyn,	21
Bilag 1- Oversigt over indberettede utilsigtede hændelser	21

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>)

Målepunkter i det kommunale tilsyn

Det kommunale tilsyn vurderer kvaliteten på Plejecenter Glesborg i forhold til følgende områder:

- Patientsikkerhed
 - Herunder: Den sundhedsfaglige dokumentation, arbejdet med utilsigtede hændelser og medicin håndtering
- Brugertilfredshed
 - Herunder: Behandling af klager og bekymringshenvendelser og brugertilfredshed,
- Faglighed
 - Herunder: Arbejdet med delegation og kompetencer og medarbejdernes kendskab til relevante instrukser, procedurer og retningslinjer.
- Organisatoriske forhold.
 - Herunder: Budgetoverholdelse, arbejdsmiljø og øvrige tilsyn

Datagrundlaget for det kommunale tilsyn

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

Oversigt over datagrundlag i det kommunale tilsyn 2020 på Plejecenter Glesborg

- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere om det lokale arbejde med sikring og udvikling af henholdsvis patientsikkerhed, brugertilfredshed, faglighed og organisatorisk bæredygtighed
- Fokusgruppeinterview med tre beboere vedrørende deres mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede service på Plejecenter Glesborg. Enheden har udvalgt de interview-deltagere, der har ønsket at medvirke, ud fra en liste over relevante beboere udarbejdet af tilsynsenheden
- Interview med fem medarbejdere vedrørende arbejdsmiljø og de faglige rammer for deres arbejde. De interviewede har været fem tilfældigt udvalgte medarbejdere, der har været på arbejde den dag, hvor tilsynet fandt sted
- Stikprøvekontrol af en dispensering og en borgers medicinbeholdning
- Uanmeldt journalauditering på otte borgerjournaler i forhold til 63 vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet
- Enheden har udført en lokal journalaudit på otte af deres borgerjournaler (otte fra plejecenteret og fire fra korttidsafdelingen) ud fra de samme 63 kriterier.
- Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er
- Oversigt over antallet af klager og bekymringshenvendelser modtaget af forvaltningen siden 01.01.2019
- Udtræk fra medarbejder-app'en MyMedCards i forhold til hvilke medarbejdere, der har set/læst hvilke instrukser og retningslinjer.
- Opgørelse pr. 01.07.2020 af forventet budgetoverholdelse for regnskabsåret 2020
- Oversigt over sygefraværsprocenten

- Tilsynsrapporter for Plejecenter Glesborg for eksterne tilsyn udført i perioden januar 2019 september 2020

Rapportens opbygning

I afsnittet **Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set** er en grafisk oversigt over og et resume af tilsynets samlede vurdering af kvaliteten i enhedens arbejde med Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisatorisk bæredygtighed

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

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

Tilsynet henstiller til angiver, at der er krav om, at enheden i løbet af høringsperioden udarbejder en handleplan for et eller flere forhold, som tilsynet har fundet handlingskrævende.

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

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

Præsentation af enheden

Plejecenter Glesborg er en kommunal plejeenhed med 60 boliger – heraf 10 ledige (pr. 01.09.2020).

- Plejecenteret er opdelt i fire huse med 15 boliger i hvert hus. Medarbejderne er organiseret i to teams og hvert team er tilknyttet de to huse.
- Ledelsen varetages af Plejecenterleder Tove Jensen og afdelingsleder Susan Bach
- Plejecenter Glesborg har ansat cirka 65 medarbejdere fordelt på følgende faggrupper: sygeplejersker, ergoterapeut, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ufaglærte, ernæringsassistenter, husassistent, teknisk servicemedarbejder.

Fremmødeprofil

- Dagvagt: 16 medarbejdere i hele huset (social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygeplejersker, ergoterapeuter, husassistenter og elever.) Herudover teknisk servicemedarbejder, ernæringsassistenter og ledere.
- Aftenvagt: Syv medarbejdere i hele huset (social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ergoterapeut)
- Nattevagt: To i hele huset (social- og sundhedsassistent og social- og sundhedshjælper)

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 Organisatoriske bæredygtighed.

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

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

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



Sammenfatning

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

I den samlede vurdering er der lagt vægt på:

- at der ikke er en ensartet og systematisk måde at følge op på målinger og observationsnotater, der indikerer en forværring i borgerens tilstand
- at borgerens samtykke i forhold til videregivelse af helbredsoplysninger og i forhold til den aktuelle pleje og behandling ikke dokumenteres systematisk.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- at der på enheden arbejdes med en grundig og systematisk dokumentation, der kommer hele vejen omkring borgerens helbreds mæssige problemstillinger
- at der generelt er oprettet de relevante tilstande, udredninger, indsatser, observationer og opgaver til indsatser.
- at der er gjort flere mindre fund i medicinkontrollen, men at disse fund ikke har været af patientkritisk karakter
- at der indberettes en god mængde UTH'er og der arbejdes systematisk med at skabe læring på baggrund af de indberettede UTH'er.

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

I den samlede vurdering er der lagt vægt på:

- at størstedelen af beboerne giver udtryk for tilfredshed. Hyppigheden af rengøring er i overensstemmelse med den politisk fastsatte kvalitetsstandard og det begrænsede udbud af aktiviteter ses i lyset af de restriktioner, COVID-19 har medført.
- at plejecenteret i sin tilgang til klager både sikrer, at der passes på personalet ved en tydelig ansvarsfordeling og at de indgivne klager angives at blive behandlet sagligt og blive taget til efterretning.

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

I den samlede vurdering er der lagt vægt på:

- at der ikke er tydelige og kendte informationsveje, når nye retningslinjer mm. skal formidles til relevante medarbejdere.

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.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- at budgettet forventes overholdt
- at udfyldelse og opdatering af APV-skemaer (arbejdspladsvurderingsskemaer) prioriteres
- at sygefraværet er faldet
- at de fleste af de interviewede medarbejdere fortæller om et godt samarbejde med kolleger og ledelse
- at påbud fra eksterne tilsyn er efterlevet.

Patientsikkerhed

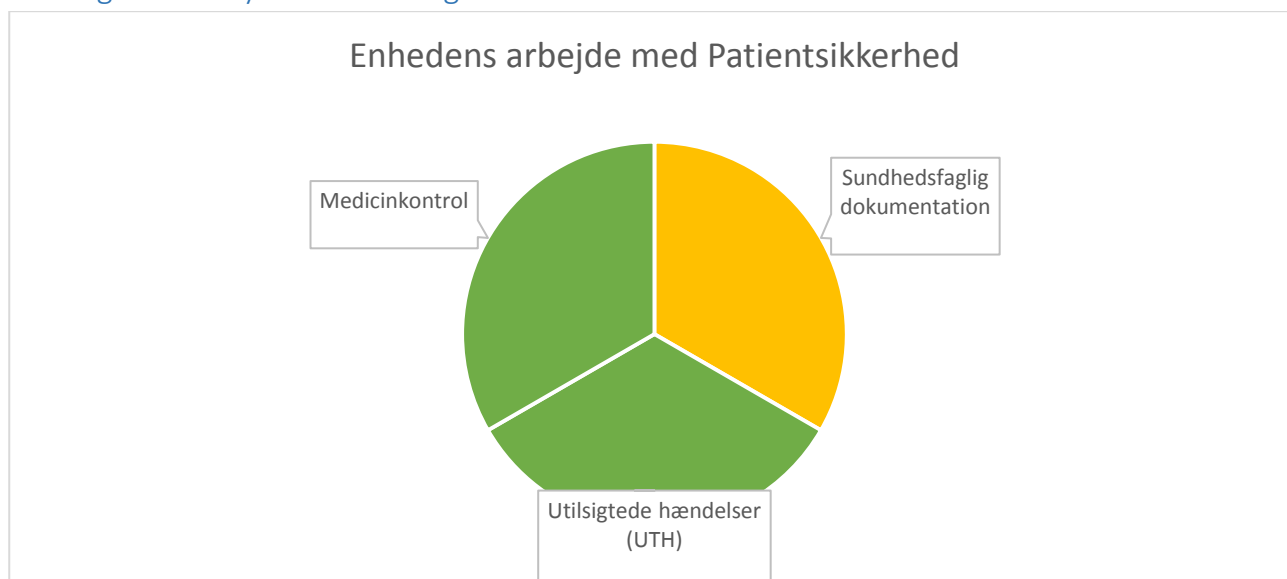
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med sundhedsfaglige procedurer for at forebygge utilsigtede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

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

Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

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

Den sundhedsfaglige dokumentation

Tilsynets vurderingen af kvaliteten i enhedens sundhedsfaglige dokumentation bygger på:

- Tilsynsenhedens uanmeldte journalaudit på otte tilfældigt udvalgte² borgerjournaler i forhold til 63 vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet
- Enhedens lokale journalaudit på otte af deres borgerjournaler ud fra de samme 63 kriterier.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Enheden og tilsynsenheden finder gennemgående ved journalaudit

At der mangler dokumentation for opfølgning på målinger uden for tærskelværdi og for opfølgning på observationsnotater, hvilket tilsynet vurderer gør det vanskeligt at overtage en opgave alene på baggrund af oplysningerne i journalen.

Dokumentationen er mangelfuld i forhold til borgerens retssikkerhed. Der er således ikke gennemgående, at der er dokumenteret samtykke til pleje og behandling og til videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart. Der mangler også henvisning til korrespondance fra borgers læge med en vurdering af, hvis borgeren ikke kan varetage egne helbredsmæssige interesser

Tilsynet vurderer, at journalen fremstår mindre overskuelig. Der er gennemgående en meget omfattende beskrivelse af borgerens helbredsoplysninger og borgerens helbredstilstand, som tilsynet vurderer ikke bidrager til at give det nødvendige overblik samt øger risikoen for, at de samme oplysninger fremgår flere gange af journalen. Der mangler flere relationer mellem tilstande, udredninger, observationer og målinger, hvilket ligeledes bidrager til at vanskeliggøre overblikket. Derudover afsluttes helbredstilstande som 'ikke relevante' i stedet for som 'inaktive', hvilket gør det svært at orientere sig i forhold til afsluttede tilstande og genfinde data i journalen.

I forhold til at understøtte den rehabiliterende tilgang finder tilsynet, at felterne med borgers vaner, ønsker og mål ikke altid er udfyldt i skemaet 'Generelle oplysninger' og at der mangler at blive oprettet flere indsatsmål og at formulere disse mål som SMARTE (Specifikke, Målbare, Attraktive, Realistiske, Tidstro, Evaluerbare), så det bliver muligt at vurdere, om målet er nået efterfølgende.

Tilsynet finder også, at der på enheden arbejdes med en grundig og systematisk dokumentation, der kommer hele vejen omkring borgerens helbredsmæssige problemstillinger og at der generelt er oprettet de relevante tilstande, udredninger, indsatser, observationer og opgaver til indsatser.

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: At der er mindre problemer af betydning for patientsikkerheden.

I vurderingen er der lagt vægt på, at fundene af den manglende systematik i dokumentation for opfølgning på observationsnotater og målinger samt dokumentation af samtykke ikke har været af patientkritisk karakter.

Tilsynet henstiller 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.
- At det sikres, at borgerens samtykke dokumenteres systematisk – både i forhold til videregivelse af helbredsoplysninger og i forhold til den aktuelle pleje og behandling.

² Disse journaler er tilfældigt udvalgt ved hjælp af et computerprogram: En tilfældighedsgenerator

Tilsynet anbefaler:

- At der dokumenteres ud fra anvisningerne i manualen, herunder at felterne "Helbredsoplysninger" og "Faglige notater" udfyldes kort og præcist jf. manualens anvisninger.
- 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.

Medicinkontrol

Tilsynets vurderingen af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

- Tilsynsenhedens observation af en dispensering
- Tilsynsenhedens gennemgang af en borgers medicinbeholdning

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved observation af dispensering og gennemgang af medicinbeholdning finder tilsynet;

- At kosttilskud ikke opbevares ved den rette temperatur,
- At pauseret medicin opbevares sammen med aktuelt medicin
- At ikke alle borgerens præparater har labels med borgerdata
- At dispenseringen blev afbrudt, da der ikke var medicin nok til alle dage
- At det ved en borger, hvor det var nødvendigt at anvende flere æsker til vedkommendes medicin ikke var tydeligt, hvilke æsker der var til først på dagen og hvilke, der var til sidst på dagen

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at fundene ikke har været af patientkritisk karakter, men at der er gjort flere mindre fund trods stikprøvens lille størrelse

Tilsynet anbefaler:

At der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:

- At kosttilskud opbevares ved den rette temperatur
- At pauseret medicin ikke opbevares sammen med aktuelt medicin
- At alle borgernes præparater har labels med borgerdata
- At det tjekkes inden dispenseringen, om der er medicin nok til hele dispenseringen.
- At hvis borgeren får medicin flere gange om dagen end de fire gange, der er mulighed for i standardæskerne, så det bliver nødvendigt at anvendes flere æsker, så **skal** disse markeres, så det er tydeligt hvilke æsker, der er til først på dagen og hvilke der er til sidst på dagen.

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 Plejecenter Glesborg inden for set seneste år fordelt på måneder og hvilke typer af utilsigtede hændelser, der er indrapporteret (se Bilag 1)
- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere om organiseringen af og strategien for arbejdet med utilsigtede hændelser på enheden

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af dataudtrækket fremgår det:

- At der indrapporteres en god mængde UTH'er på Plejecenter Glesborg
- At langt størstedelen af de indberettede UTH'er vedrører medicinering

Af dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fremgår det:

- At det er ledelse og medarbejders oplevelse, at stort set alle UTH'er vedrørende medicin indberettes, og at de fleste medarbejdere kan indberette selvstændigt eller kontakte kollega ved behov.
- At der udarbejdes kerneårsagsanalyser i et tværfagligt forum
- At på grund af situationen med COVID-19 er den tidligere praksis med at gennemgå UTH'er på teammøder med henblik på læring i hele personalegruppen sat i bero.
- At arbejdet med UTH'er har betydet, at der er iværksat ændrede arbejdsgange blandt andet på baggrund af mange dispenseringsfejl indberettet som UTH, så man nu forsøger i en prøveperiode, at det i videst muligt omfang er samme assistent der varetager flest mulige af dispenseringerne. Dette skulle gerne medvirke til færre afbrydelser hos den enkelte medarbejder, da der nu er skabt mere ro og ændrede arbejdsvilkår for den dispenserende assistent, så vedkommende ikke har kaldtelefon samtidig med dispenseringen. Tiltaget evalueres i den kommende tid.

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: at der ikke er gjort fund i forhold til arbejdet med UTH'er.

Tilsynets vurdering bygger på, at der indberettes en god mængde UTH'er og der arbejdes systematisk med at skabe læring på baggrund af de indberettede UTH'er

Tilsynet anbefaler

- At praksis med at gennemgå UTH'er på teammøder med henblik på læring i hele personalegruppen, genoptages, så snart det er muligt.
- At der kommer et systematisk fokus på at indberette andre typer af utilsigtede hændelser end utilsigtede hændelser relateret til medicinering – for eksempel utilsigtede hændelser relateret til infektion og fald.
- At der skal være tydelige rammer for ansvaret og kommunikationsvejene i forhold til, hvem der har ansvaret for at observere for medicinens virkninger og eventuelle bivirkninger ved den nye arbejdsgang, hvor en assistent varetager dispenseringen.

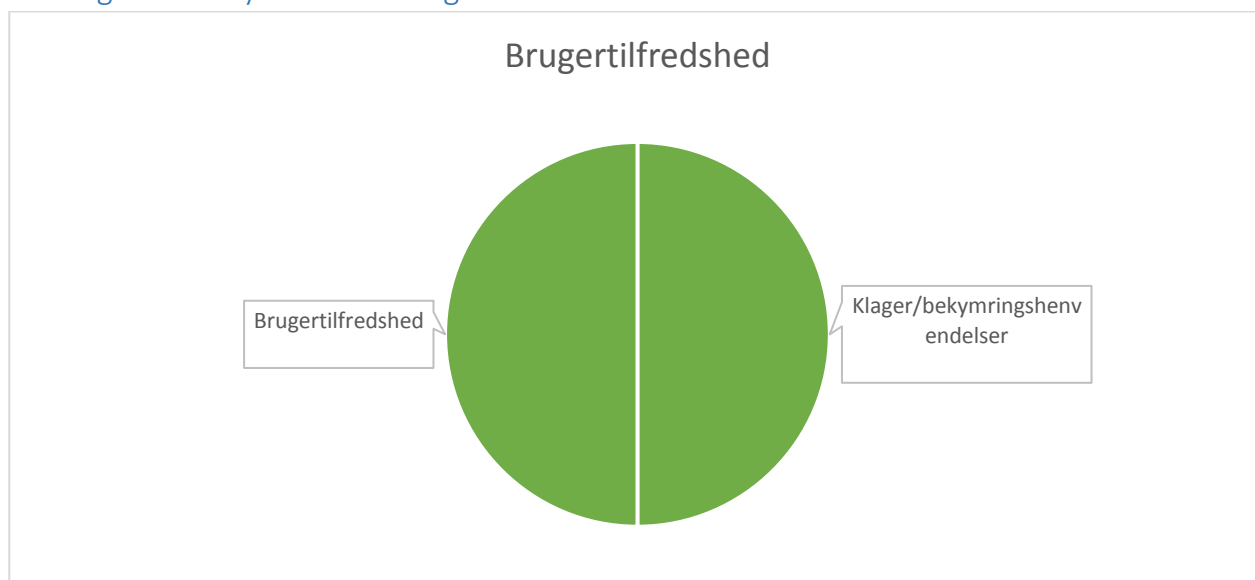
Brugertilfredshed

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 services §§ 83, 83a og 86.

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

- Brugertilfredshed
- Klager/bekymringshenvendelser
- Eksternt tilsyn

Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

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

Brugertilfredshed

Tilsynets vurdering af brugertilfredsheden på Plejecenter Glesborg bygger på:

- Fokusgruppeinterview med tre beboere

³ Ældrepolitik for Norddjurs kommunes 2017-2021

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewet⁴ fremgår det, at:

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

Der er en lidt større spredning i vurderingen af *aktiviteter og socialt samvær på plejecenteret*. Adspurgte om de tre beboere er tilfredse med de daglige aktiviteter på plejecenteret og arrangementerne på plejecenteret, bliver der både givet udtryk for enten 'meget tilfreds' eller 'tilfreds' og 'både og'. De tre beboere fortæller, at de savner de daglige aktiviteter på tværs i huset, men at de har forståelse for, at tingene er anderledes grundet COVID-19.

De tre beboere er gennemgående tilfredse med *hjælpen til den personlige pleje*. Beboerne angiver således at være 'meget tilfredse' eller 'tilfredse' med hjælpen til at komme i bad, blive vasket, af- og påklædning og toiletbesøg. Alle tre beboere angiver at være 'tilfredse' med hjælpen til den personlige pleje samlet set.

De tre beboere er samlet set lidt mindre tilfredse med *den praktiske hjælp*. Alle tre beboere er 'meget tilfredse' med rengøringen af fællesarealerne, 'meget tilfredse' eller 'tilfredse' med hjælp til tøjvask og mindst tilfredse med rengøring af deres bolig, hvor de angiver at være 'tilfredse' eller 'både og'. De tre beboere fortæller, at de ønsker, at der kunne blive gjort rent oftere end hver 3. uge. Beboerne angiver at være 'tilfredse' eller 'både og' i forhold til den praktiske hjælp samlet set.

Alle tre beboere vurderer *maden* som 'meget god'.

Beboerne fortæller, at de er meget glade for *personalet*. Alle tre beboere er 'helt enige' i udsagnene: 'Personalet udviser respekt for mig' og 'Omgangstonen mellem mig og personalet er god'. De tre beboere er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: Personalet lytter til hvad jeg har behov for og alle tre beboere er 'enige' i udsagnet: 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*. Alle tre beboere angiver 'ja, i høj grad' til, at de får den hjælp de har behov for og til at de deltager i de ting, de kan og ønsker at deltage i. Beboerne angiver 'ja, i høj grad' og 'ja, i nogen grad' i forhold til om personalet tager hensyn til, hvordan de gerne vil have deres døgnrytme. Beboerne angiver 'ja, i høj grad' til at hjælpen de bliver lovet flyttes til et andet tidspunkt – men de fortæller samstemmende, at de får hjælpen, den aflyses ikke.

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

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

⁴ Da der kun er interviewet tre beboere beskrives svarene ikke detaljeret for at sikre, at den enkelte beboers besvarelser ikke vil kunne blive genkendt.

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

I vurderingen er lagt vægt på, at de interviewede beboerne giver udtryk for tilfredshed. Hyppigheden af rengøring er i overensstemmelse med den politisk fastsatte kvalitetsstandard og det begrænsede udbud af aktiviteter ses i lyset af de restriktioner, COVID-19 har medført.

Klager/bekymringshenvendelser

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

- Oversigt over antallet af klager og bekymringshenvendelser modtaget af forvaltningen siden 01.01.2020
- Dialog med ledelse og udvalgte medarbejdere

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af oversigten over klager fremgår det:

- At forvaltningen har modtaget klager/bekymringshenvendelser på vegne af en beboer i 2019 og på vegne af en beboere i første halvdel af 2020

Ved dialog med ledelse og udvalgte medarbejdere fortælles det:

- At Plejecenter Glesborg har nedsat et team, som varetager kontakten til en konkret borger og de pårørende og der arbejdes aktivt med at skabe en saglig og faglig dialog med de pårørende

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

I vurderingen er der lagt vægt på antallet af klager i forhold til antallet af beboere på Plejecenter Glesborg. Og at plejecenteret i sin tilgang både sikrer, at de indgivne klager behandles sagligt og tages til efterretning.

Tilsynet anbefaler

- At der er fokus på at inddrage borgeren i arbejdet med mål for indsatsen

Opsamling på andre/tidligere tilsyn

Ældretilsyn 2019:

Ved Ældretilsynet 2019 blev det vurderet, at der var mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, da der var oplysninger om specifik indsats og et observationsskema der ikke var opdaterede. Dette resulterede i, at Styrelsen for Patientsikkerhed henstillede til, at Plejecenter Glesborg sikrede, at forebyggende social og plejefaglige indsatser bliver beskrevet

Der er efterfølgende oprettet og gennemført handleplan i forhold til dette.

Tilsynets vurdering: Enheden har taget tilsynenes henstillinger til efterretning og har efterlevet disse efterfølgende.

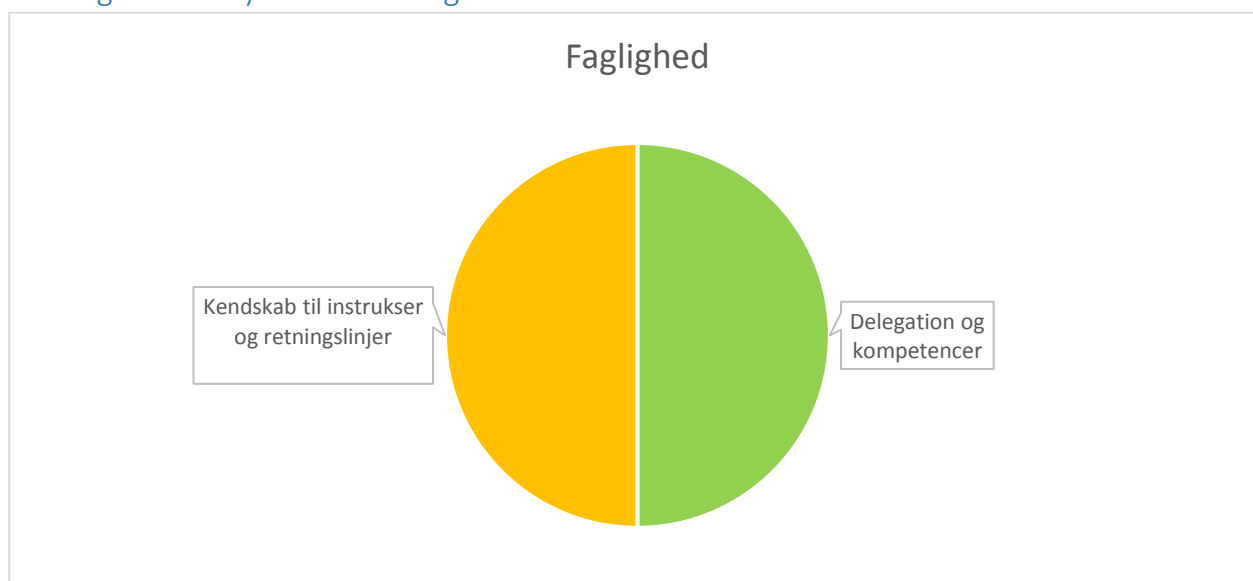
Faglighed

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

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

- Delegation og kompetencer
- Kendskab til instrukser og retningslinjer

Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

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

Delegation og kompetencer

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

- Dialog med ledelse og udvalgte medarbejdere

Ved dialog med ledelse og udvalgte medarbejdere fortælles det:

- At enheden sikrer, at vagtplanlægger kender og tager højde for medarbejdernes kompetencer ved udarbejdelsen af køreliste og at ledelsen kontaktes, hvis vagten ikke hænger sammen.
- At enheden har en kultur, hvor medarbejderne siger fra, hvis de ikke kan udføre opgaven/der er nye ukendte opgaver, og det er fast praksis, at hvis der mangler kompetencer, lånes der i huset, trækkes på hjemmesygeplejen eller tilkaldes akutsygeplejerske.
- At medarbejderne fortæller, at de føler sig klædt på ved delegation: At der er tydelige handleanvisninger og at medarbejderne er opsøgende i forhold til spørgsmålene: Hvad er planen? Hvad er planen ved afvigelse? og Hvem gør hvad?

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

Tilsynet anbefaler:

- At enheden gennemfører den fremlagte plan om en gennemgang af alle medarbejdernes kompetencer ud fra kompetenceskemaet for at se, om der er mønstre, der skal være fokus på fremadrettet. Det er planen, at der ikke bare krydses af, men at medarbejderes spørges ind til deres konkrete erfaringer. Formålet er at sikre, at medarbejderne har de generelle kompetencer og ved hvor de skal spørge om hjælp.

Kendskab til instrukser og retningslinjer

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

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

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

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

- At sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er de faggrupper, hvor den største procentdel har orienteret sig i nye instrukser og retningslinjer i MyMedCards i forhold til social- og sundhedshjælpere.
- At de kort, der er med i udtrækket er blevet set af mellem to og 24 sundhedsfaglige medarbejdere

Ved dialog med ledelse og medarbejdere fortælles det:

- At der ikke er retningslinjer for eller en systematik i, hvordan det sikres, at medarbejderne bliver informeret om, hvornår der er nye instrukser og arbejdsgange i medarbejder-app'en MyMedCards

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at der ikke er tydelige og kendte informationsveje, når nye retningslinjer mm. skal formidles til relevante medarbejdere.

Tilsynet henstiller til:

- At enheden udarbejder en plan for at sikre, at medarbejderne bliver informeret om, hvornår der er nye instrukser og arbejdsgange i medarbejder-app'en MyMedCards, som det forventes, at de aktuelle medarbejdere skal have kendskab til og kan orientere sig i, når relevant

Organisation

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

- Budgetoverholdelse
- Arbejdsmiljø
- Eksterne tilsyn

Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

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

Budgetoverholdelse

Vurderingen af Plejecenter Glesborgs overholdelse af budgettet, bygger på:

- Oversigt over forventet regnskab for 2020

Af budgetoversigten fremgår det:

- At der pr. 1. december 2020 forventes et merforbrug på ca. 0,6 mio. kr. Merforbruget vedrører primært merudgifter afledt af corona. Herudover skyldes merforbruget, at der har været flere langtidssygemeldinger.

Tilsynet vurderer at plejecentret er økonomisk veldrevet. Det aktuelle merforbrug skyldes udgifter relateret til Covid-19, som forventes at blive dækket af statslig kompensation.

Det merforbrug som ikke vedrører Covid-19 afholdes inden for sundheds- og omsorgsområdets samlede ramme.

Arbejds miljø

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

- Tilsynsenhedens uanmeldte journalaudit på 8 borgerjournaler og enhedens egen lokale audit på 8 borgerjournaler i forhold til, om der er udfyldt APV'er (Arbejdspladsvurderingsskemaer vedrørende de borgerrelaterede forhold - herunder adgangsforhold og hjælpemidler i hjemmet) for alle
- Opsummering i forhold til arbejdstilsynet
- Oversigt over sygefravær i perioden 01.08.2019 – 31.07.2020
- Interview med 5 medarbejdere
- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

- At 15 ud af 16 journaler i audit havde udfyldt APV-skema.

Af opsummering i forhold til arbejdstilsynet fremgår det:

- At der ikke har været tilsyn fra arbejdstilsynet 2019 eller 2020

Af oversigt over sygefravær, ses det:

- At enheden har en fraværsprocent på 7,29 i perioden 01.01.2020 – 31.07.2020 og der er et gennemsnitligt fald på 5,22 % ift. fraværsprocenten sidste år

Ved dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fremgår det:

- At fald i sygefraværsprocenten kan skyldes at sygemelding vedr. COVID-19 registreres andetsteds og at der aktuelt er færre langtidssygemeldinger sammenlignet med sidste år

Af medarbejderinterviews fremgår det:

- At fire ud af fem var tilfredse med deres arbejde og oplevede, at de kunne leve op til kvalitetsstandarderne i forhold til pleje og aktivitet. En enkelt medarbejder oplevede, at det var vanskeligt, at nå sine opgaver
- At alle fem medarbejdere oplevede, at have et godt samarbejde med de pårørende.
- At fire ud af fem medarbejdere oplevede, at der var fokus på den faglige udvikling. En enkelt medarbejder ønskede en mere proaktiv indsats i forhold til faglig udvikling og mere systematik i udvikling og oplæring af nyt personale
- At fire ud af fem medarbejderne oplevede, at samarbejdet på tværs af afdelinger, faggrupper og ledelsen var godt eller meget godt

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at udfyldelse og opdatering af APV-skemaer prioriteres, at sygefraværet er faldet og at fire ud af fem af de interviewede medarbejdere fortæller om et godt samarbejde med kolleger og ledelse.

Opsamling på andre/tidligere tilsyn,

Levnedsmiddelkontrol 2020:

Manglende dokumentation af opvarmningstemperatur selvom det fremgår som et punkt i egenkontrollen. Efterfølgende bragt i orden.

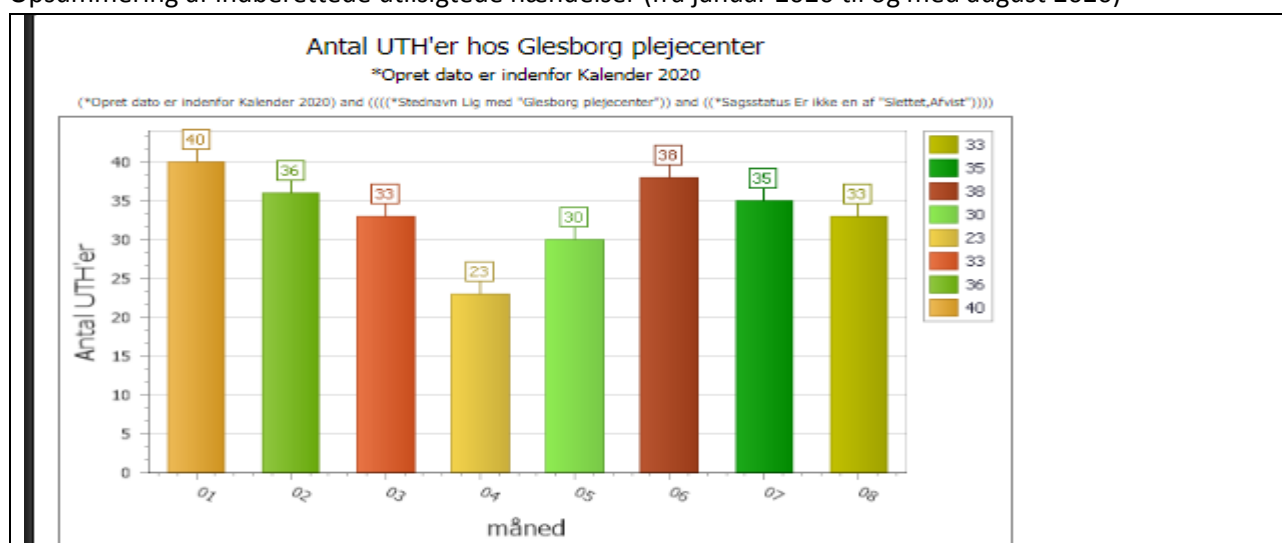
Brandtilsyn 2019:

Plejecenter Glesborg har fået et påbud vedrørende følgende forhold: Døre mellem gange og trapper og selvlukkende døre skal udstyres med ABDL-anlæg

Der er efterfølgende oprettet og gennemført handleplan som varetages af ejendomsgruppen.

Bilag 1- Oversigt over indberettede utilsigtede hændelser

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



Opsummering af indberettede utilsigtede hændelser

DPSD hovedgrupper	
Count of *Sagsnummer	DPSD Hovedgruppe
14	Behandling og Pleje
3	Infektioner
4	Overlevering af information, ansvar, dokumentation
214	Medicinering herunder væsker
8	Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader
1	Selvskade og selvmord
1	IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.
4	Medicinsk udstyr, hjælpemidler, Røntgen mv.
19	Anden utilsigtet hændelse

Glesborg har ingen UTH'er, som har overskredet behandlingsfristen på 90 dage.

