

Plejecenter  
Digterparken  
Kommunalt  
tilsyn

7. juli  
2021

## Indhold

Målepunkter i det kommunale tilsyn .....	3
Datagrundlaget for det kommunale tilsyn .....	3
Rapportens opbygning .....	4
Præsentation af enheden .....	5
Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set.....	7
<b>Sammenfatning</b> .....	<b>8</b>
Patientsikkerhed .....	11
<b>Oversigt over tilsynets vurdering</b> .....	<b>11</b>
Den sundhedsfaglige dokumentation .....	12
Medicinkontrol .....	13
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) .....	14
Magtanvendelser.....	16
Hygiejne .....	17
Brugertilfredshed.....	18
<b>Oversigt over tilsynets vurdering</b> .....	<b>18</b>
Brugertilfredshed.....	18
Omgangsform og rengøring .....	20
Faglighed.....	21
<b>Oversigt over tilsynets vurdering</b> .....	<b>21</b>
Delegation og kompetencer .....	21
Kendskab til instrukser og retningslinjer .....	23
Rehabilitering .....	24
E-læring.....	25
Organisation.....	27
<b>Oversigt over tilsynets vurdering</b> .....	<b>27</b>
APV .....	27
Samarbejde.....	28
Sygefravær.....	28
Budgetoverholdelse.....	28
Opsamling på andre/tidligere tilsyn .....	29
Bilag 1: Oversigt: Journalaudit .....	30
Bilag 2: Enhedens handleplaner.....	31
Bilag 3: Referat: Høring ift. tilsynsrapport i bruger og pårørenderådet d. 26. august 2021:.....	33

## 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: Arbejds miljø, budgetoverholdelse og øvrige tilsyn

## Datagrundlaget for det kommunale tilsyn

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

Oversigt over datagrundlag i det kommunale tilsyn 2021 på enheden

- Journalaudit på otte journaler
- Enheden har udført en lokal journalaudit på 12 journaler
- Interview med ledelsen om det lokale arbejde med sikring og udvikling af henholdsvis patientsikkerhed, brugertilfredshed, faglighed og organisatorisk bæredygtighed
- Interview med 12 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 114 medarbejdere. 58 medarbejdere har svaret, heraf 45 sygeplejersker, assistenter, hjælpere og ufaglærte. OBS dette giver en svarprocent på 50 %, hvilket er acceptabelt i forhold til at indblik i medarbejdernes vurdering, men en større svarprocent ville øge resultaternes styrke.
- Stikprøvekontrol af to dispenseringer og syv beboeres 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 sygefraværsprocenten 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 viderefordre til andre enheder.

## Præsentation af enheden

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

Lederteamet består af en plejecenterleder og to afdelingsledere.

Udover at være leder for afdelingslederne er plejecenterlederen leder for al personale på Korttidsafdelingen samt terapeuter og sygeplejersker i plejeboligerne. Serviceteamet er også tilknyttet plejecenterlederne – i alt 29 personale

De to afdelingsledere er fordelt således:

- 1: 1. sal, køkken og nattevagterne – i alt 33 personale
- 2: Stuen, 2. sal, rengøringsteamet samt afløsere – i alt 48 personaler

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

Fremmødeprofil

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

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

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

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

*Enhedens præsentation af aktuelle rammer og vilkår for arbejdet*

- Den største udfordring i Digterparken er rekruttering af både sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. Der har bl.a. manglet min. 1 sygeplejerske i knapt 1 år på Korttidsafdelingen
- Der har været en større udskiftning end sædvanligt
- Den seneste periode har været præget af corona, hvilket har stillet store krav til at være omstillingsparat i en uforudsigelige tid. Der mærkes nu en mæthed
- Der opleves et dilemma i forhold til kravet om dokumentation og behovet for direkte beboerkontakt. Tidsmæssigt kan det give udfordringer i at nå begge dele tilfredsstillende.
- Vi har mangeartede ønsker til maden. Ønskerne er indimellem modstridende, og på den måde svære at imødekomme

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

- Vi har øget kvaliteten og systematikken i indflytnings- og opfølgende samtaler med beboere og pårørende
- Det er øget involvering af beboere i menuplanlægning via Kostudvalg
- Der er øget fokus på tilbagemeldinger fra beboerne i forhold til maden og en systematisk gennemgang af denne med køkkenteamet

- Fokus på fælles læring i stedet for individuel læring i køkkenteamet
- Kontinuerligt fokus på arbejdsgange omkring opsporing og forebyggelse af uplanlagt væggtab. Bl.a. via kosttavler.
- Der er ekstra stort fokus på dokumentation. Vi har flere ugentlige møder med undervisning og sparring omkring dokumentation med ledelse og nøglepersoner.
- Vi har skabt øget opmærksomhed omkring rehabilitering og synliggørelse af dette i dokumentationen – bl.a. via rehabiliteringskonferencer i plejeboligerne
- Vi er blevet bedre til at prioriterer plejekonferencer – og har derfor en højere gennemførelse af disse.
- Der er udarbejdet en arbejdsgangsbeskrivelse for vagtstart
- Vi har stillet endnu mere skarpt på oplæring af nyt personale – herunder også afløsere.
- Vi er lykket med at vigtigt information kommer ud via Nyhedsbrev
- Øget fokus på UTH'er via UTH-tavler og tavlemøder i plejeboligerne samt kerneårsagsanalyse
- Undersøgt trygheden i læringsmiljøerne, som viser stor tryghed i de enkelte teams, hvor den faglige sparring til daglige foregår. Undersøgelsen har været på LMU, som finder resultatet positivt. Dog er der besluttet at lave en indsats i forhold til trygheden mellem vagterne.
- Vi har haft fokus på fravær. Vi er lykket med at fastholde flere sygemeldte medarbejdere via individuelle planlagte forløb
- Øget fleksibilitet i forhold til ansættelses og fastholdelse af medarbejdere: Ændret timetal, nye opgaver, intern flytning i huset
- Ny metode til arbejdsmiljøtjek har skabt en højere medarbejderinvolvering
- Stor succes med studieunit for elever og studerende

## 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 hændelser<sup>1</sup> (UTH'er) og magtanvendelser: *At der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på:

I forhold til *medicin håndtering*

- At der ved tre borgere findes manglende personidentifikation på en eller flere vitamin- eller håndkøbspræparater.
- At der ved en borger ses uoverensstemmelse i ordinationsdetaljerne på et enkelt præparat, hvor en angivet doseringsmængde og tidspunkt ikke stemmer overens med administrationsplanen, som medarbejderen udleverer medicin ud fra.
- At der benyttes en arbejdsgang, hvor handelsnavn på et givent præparat ikke konsekvent stemmer overens med den udprintede medicinliste.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der ses en opfølgning på patientkritiske observationer og målinger.
- At journalerne gennemgående fremstår opdaterede og fyldestgørende.
- At der er oprettet de relevante tilstande, handlingsanvisninger, indsatsmål, udredninger mm.
- At beboerens samtykke dokumenteres systematisk.
- 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.

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

I den samlede vurdering er der lagt vægt på:

- At de interviewede borgere overvejende giver udtryk for tilfredshed med den leverede praktiske hjælp og personlige pleje, 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.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der ses en stor spredning i forhold til spørgsmålet om maden, hvor 25 % af beboerne svarer, at maden er 'dårlig' eller 'meget dårlig'.

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

---

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



I vurderingen er der lagt vægt på:

I forhold til *delegation*

- At der ikke foreligger en konkret plan for, hvordan enheden sikrer systematisk opfølgning på delegerede opgaver.
- At 30 % af medarbejderne ikke angiver at de kender proceduren for delegation.
- At kun 64 % af de medarbejdere, der angiver, at de kender proceduren for delegation, svarer, at de følger proceduren for delegation.

I forhold til gennemførelse af obligatorisk *e-læring*

- At over 60 % af de tilmeldte medarbejdere ikke har gennemført de obligatoriske kurser om medicinhåndtering for social og sundhedshjælpere.
- At omkring 40 % af medarbejderne ikke har gennemført de obligatoriske kurser om medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og kurset om magtanvendelse.

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

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

I forhold til *den rehabiliterende tilgang*

- 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 der, ud fra den triagerings-tilgang enheden har implementeret, er faste kriterier for, hvornår medarbejderne skal søge sparring ved assistent eller sygeplejerske.
- At borgernes besvarelse viser, at der er et rehabiliterende fokus i den måde hjælpen tilrettelægges på, ved borgeren.
- At medarbejderne angiver en høj grad af kendskab til den enkelte borgers livshistorie og handleplan.
- At borgerens perspektiv, mål og ressourcer gennemgående fremgår af borgerjournalen.
- At der er faste mødefora hvor det rehabiliterende perspektiv er i fokus.
- At der er en intern rehabiliteringsgruppe med fokus på dokumentationen.

**Enhedens tiltag:**

- Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende enhedens arbejde med delegation og e-læring. Se bilag 2.

**Tilsynets samlede vurdering ift. delegation og e-læring:**

- Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan rette op på områderne og opnå det ønskede resultat. Der følges op på dette inden for en nærmere fastsat periode.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

I forhold til APV

- At der for alle beboere, i tilsynets audit, har været en APV i journalen, men at denne i et tilfælde ikke var udfyldt.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At medarbejderne har været tæt inddraget i arbejdet med resultaterne af den seneste psykiske APV. I forhold til *samarbejde*
- At størstedelen af medarbejderne angiver, at der er et godt samarbejde internt, på tværs af faggrupper og i forhold til ledelse.

## Patientsikkerhed

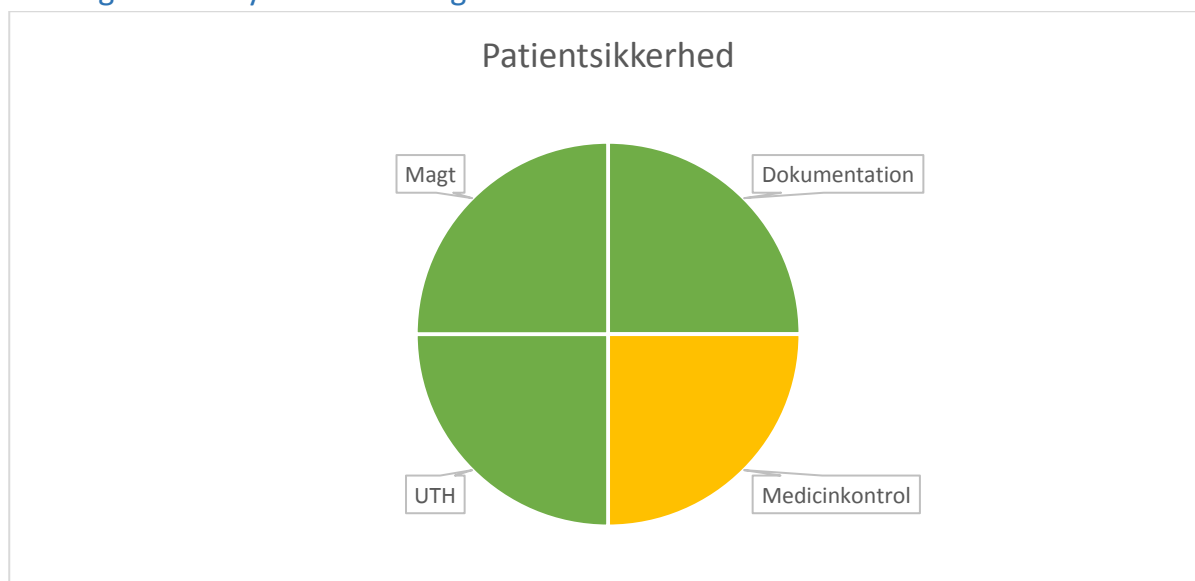
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med den sundhedsfaglige dokumentation og de sundhedsfaglige 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 er gjort fund af mindre 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 otte tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til 52 vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Enhedens lokale journalaudit på 12 af deres borgerjournaler ud fra 68 kriterier.

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

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

#### I forhold til *opfølgning på forværring i borgers tilstand*

- At der generelt dokumenteres opfølgning på observationer og målinger, der viser en forværring i borgerens helbred, men at der også ses enkelte observationer og målinger over tærskelværdier, hvor det ikke er tilfældet – dog ikke i forhold til forværringer af patientkritisk karakter.

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

- At helbredsoplysningerne fremstår relevante og udførlige.
- At der generelt er oprettet de relevante tilstande, både i forhold til funktionsevne og helbred, og at disse er opdaterede.
- Beskrivelserne i tilstandspræciseringen er struktureret efter et gennemgående princip. Plan beskrives også konsekvent i tilstandspræcisering, i stedet for i handlingsanvisningen. Derved bliver det mindre entydigt, hvor hvilken type af oplysninger kan findes.
- Tilstandspræciseringen for Funktionstilstandene beskriver ikke tilstanden (årsag og hvad borgeren kan/ikke kan) men kun den praktiske hjælp, borgeren har behov for.
- At der gennemgående er oprettet de relevante udredninger, de relevante handlingsanvisninger og de relevante opgaver til opfølgning på tilstandene.

#### I forhold til *sammenhæng og systematik*

- At der gennemgående er de relevante relationer.
- At det ikke er entydigt, hvor planen er beskrevet, da handlinger beskrives flere steder – blandt andet i tilstandspræciseringen. Oplysningerne i handlingsanvisningerne bliver derfor sparsomme, og der dokumenteres ikke borgerens informerede samtykke til pleje og behandling, hvor pleje og behandling er beskrevet.
- 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.
- Der ses eksempel på fin og vedholdende korrespondance, hvor svar efterspørges ved borgerens læge tre gange.

#### I forhold til *understøttelse af borgers retsstilling*

- Borgers informerede samtykke til den aktuelle pleje og behandling er dokumenteret i stort set alle relevante handlingsanvisninger.
- Borgers samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger dokumenteres i stort set alle korrespondancer.

---

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

Af den kommunale tilsynsrapport for udvidet tilsyn i enheden 2020 fremgår følgende:

- *Der blev henstillet til:* At der udarbejdes en handleplan for at sikre en ensartet og systematisk procedure for opdatering af det faglige notat – og helbredstilstande generelt.
- *Der blev henstillet til:* At der udarbejdes en handleplan for at sikre, at borgerens samtykke dokumenteres systematisk – både i forhold til videregivelse af helbredsoplysninger og i forhold til den aktuelle pleje og behandling

Af ledelsesinterviewet fremgår det:

- At der er arbejdet med kvaliteten af dokumentation siden sidste tilsynsbesøg: Nøglepersoner for dokumentation underviser aktuelt hjælpere og assistenter en gang om ugen i dokumentation. Sygeplejersker og assistenter for sig og hjælpere for sig. Aftenvagter undervises to gange månedligt. Det er ledelsens oplevelse, at dette fokus på dokumentation har medvirket til en øget forståelse for dokumentationen i social- og sundhedshjælpergruppen
- At der er ansat en 'Dokumentationsagent'. Medarbejderen skal ansættes i foreløbigt seks måneder og have fokus på at understøtte dokumentationen på tværs af huset og have en opsøgende funktion for at sikre en ensartet dokumentationskultur.
- At der er udarbejdet en arbejdsgangsbeskrivelse for vaktens begyndelse – hvem gør hvad og hvornår.

**På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet:** At der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten af dokumentationen.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der ses en opfølgning, på patientkritiske observationer og målinger. Derudover er der lagt vægt på, at journalerne gennemgående fremstår opdaterede og fyldestgørende: At der er oprettet de relevante tilstande, handlingsanvisninger, indsatsmål, udredninger mm. og at beboerens samtykke dokumenteres systematisk. I vurderingen er der også lagt vægt på, at dele af planen fremgår af tilstandspræciseringen frem for handlingsanvisningen, som det ellers er beskrevet i Norddjurs Kommunes retningslinjer.

#### **Tilsynet anbefaler**

- At planen for den sundhedsfaglige behandling, pleje og opfølgning beskrives et sted i journalen.

#### **Tilsynet fremhæver**

- At der er sket et stort kvalitetsløft i enhedens dokumentationen siden sidste tilsyn - særligt i forhold til sidste tilsyns henstillinger om opdatering af det faglige notat og dokumentation af borgerens samtykke.

## **Medicinkontrol**

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

- Tilsynets observation af to dispenseringer.
- Tilsynets observation i forbindelse med modtagelse og kontrol af en dosisdispenseret medicinrulle.
- Tilsynets gennemgang af syv beboeres medicinbeholdning.
- Tilsynets uanmeldte journalaudit på otte tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin.

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

Ved observation af dispensering af medicin, kontrol af dosisdispenseret medicinrulle samt ved gennemgang af medicinbeholdninger finder tilsynet:

- At der ved tre borgere findes manglende personidentifikation på en eller flere vitamin- eller håndkøbspræparater.
- At der ved en borger ses uoverensstemmelse i ordinationsdetaljerne på et enkelt præparat, hvor en angivet doseringsmængde og tidspunkt ikke stemmer overens med administrationsplanen, som medarbejderen udleverer medicin ud fra.
- At der benyttes en arbejdsgang, hvor handelsnavn på et givent præparat ikke konsekvent stemmer overens med den udprintede medicinliste.

Ved gennemgang af journalaudit finder tilsynet;

- At der ses to tilfælde, hvor der følges op på pn-medicin 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 flere forhold af mindre betydning for kvaliteten inden for området

### **Tilsynet anbefaler:**

At der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:

- At alle borgernes præparater inklusiv vitaminer og anden håndkøbsmedicin får påført persondata
- At ordinations- og administrationsoplysningerne til enhver tid er opdateret, så der ikke er tvivl om, hvilken dosis medicin borgeren skal have udleveret.
- At handelsnavn på et præparat altid stemmer overens med den udprintede medicinliste i medicinskabet.

### **Tilsynet fremhæver:**

- At der ved alle medicinkontroller er angivelse af anbrudsdato på medicinske cremer, insulin, dråber 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.
- At plejecenter Digterparken foretager systematisk egenkontrol af alle beboernes medicinbeholdning en gang månedligt.
- At der observeres en relevant opfølgning og dokumentation vedrørende nedtrapning af et vanedannende præparat samt vedrørende vurdering af effekt af en behandling med en medicinsk creme.

### **Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)**

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

- Udtræk fra indrapporteringssystemet DPSD, der viser hvor mange utilsigtede hændelser, der er indrapporteret på enheden inden for det seneste år fordelt på måneder og hvilke typer af utilsigtede hændelser, der er indrapporteret.

- Dialog med ledelsen om organiseringen af og strategien for arbejdet med utilsigtede hændelser på enheden.
- Spørgeskemabesvarelser om arbejdet med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser.

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af dataudtrækket fremgår det:

- At størstedelen af de indberettede UTH'er vedrører medicin, men at der indberettes flere forskellige typer af UTH.
- At enheden indberetter en god mængde UTH'er i forhold til sin størrelse, hvilket er i overensstemmelse med Norddjurs Kommunes strategi for læring i forhold til patientsikkerheden.

Af ledelsesinterviewet fremgår det:

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

- At introduktionen til hvordan man indberetter en UTH er en del af det faste introduktionsprogram for nye medarbejdere. Medarbejderne hjælpes til at få lagt link til indberetningssystemet på deres hjemmeskærm eller på deres arbejdstablet.
- At det ses, at der indberettes UTH'er på tværs af hele huset, faggrupper og vagtlag.

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

- At enheden har lavet en undersøgelse af trygheden i læringsmiljøet i foråret 2021. Undersøgelsen viste, at trygheden er til stede i teamene, hvor den faglig sparring til daglige foregår. Undersøgelsen har været på LMU, der fandt resultatet positivt. Det er dog besluttet at lave en indsats i forhold til at sikre medarbejdernes følelse af tryghed over for hinanden mellem vagterne. Initiativer er omkring arbejds gange ved overlap er igangsat.
- At der følges op på UTH'er på plejekonferencer ugentligt samt på teammøder.
- At der er opsat tavler på alle tre etager, hvor type af UTH'er fremgår. Centersygeplejerskerne er ansvarlige for tavlerne og der opleves en god effekt af tavlerne på 1. sal, men at der fortsat pågår et arbejde med at øge systematikken i anvendelsen af tavlerne på 2. sal og i stuen.
- At to teams aktuelt afprøver et tiltag, hvor den medarbejder, der er direkte involveret i UTH'en også er den medarbejder, der indberetter. Kollegerne informerer den pågældende medarbejder, hvis de opdager en UTH. Der er en oplevelse af, at medarbejderne får direkte respons på, om de har gjort en fejl.
- At man på baggrund af flere UTH'er vedrørende 'glemt medicin' har afprøvet en arbejdsgang, hvor det er én medarbejder, der udleverer medicin til alle beboere i enheden ved middagstid. Denne arbejdsgang vurderes at have ført til færre indberetninger på glemt medicin.
- At der - ligeledes på baggrund af et mønster i de indberettede UTH'er - er ekstra fokus på at beboerens medicinskab skal låses, når medarbejderen forlader lejligheden.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- Alle medarbejdere svarer, at de enten 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ved, hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse.
- 88 % af medarbejderne ved 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' hvordan der arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen.
- 89 % af medarbejderne angiver, at enheden håndterer utilsigtede hændelser på en hensigtsmæssig måde.
- 85 % af medarbejderne er 'helt enige' og delvis enige' i, at de ville føle sig trygge som beboere i deres enhed.
- 87 % af medarbejderne angiver, at de er 'helt enige' eller 'delvis enig' i, at de ved, hvor de kan få svar på spørgsmål om patientsikkerheden.

- 73 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at de får passende tilbagemeldinger på, hvordan de klarer deres arbejdsopgaver.
- 56 % af medarbejderne er 'helt uenige' eller 'delvist uenige' i, at det er svært at diskutere utilsigtede hændelser på deres arbejdsplads.
- 60 % af medarbejderne er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at kollegaer opfordrer dem til at sige til, hvis de er bekymrede for patientsikkerheden.
- 73 % 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 og endelig, at der er en overvejende positiv besvarelse fra medarbejderne på spørgsmålene om enhedens kultur i forhold til at understøtte arbejdet med UTH.

**Tilsynet anbefaler:**

- At der fortsat er et fokus på, at medarbejderne opfordres til og understøttes i at diskutere og sætte spørgsmålstejn ved patientsikkerheden og enhedens arbejde med UTH'er.

**Tilsynet fremhæver:**

- At der er et systematisk arbejde med at skabe overblik over hvilke typer af UTH'er der indberettes og med at afprøve initiativer, der kan forebygge at disse UTH'er sker igen.
- At enheden selv har lavet en undersøgelse af tryghed i læringsmiljøerne, der viser, at der er en stor tryghed i de enkelte teams. Der er påbegyndt initiativer til forbedring af medarbejdernes oplevelse af tryghed mellem vagterne.

## 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 en af de journaler, der blev auditeret af tilsynet, var der indberettet magtanvendelser og at denne er registreret rettidigt.

Af interview med ledelsen fremgår det:

- At personalet i de forskellige teams henvender sig til demensnøglepersonen, hvis de ser et behov for tryghedsskabende velfærdsteknologi.
- At der kun er få tilfælde af magtanvendelse ved en borger, hvor pårørende med stedfortrædende samtykke orienteres efterfølgende.

**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 fremgår det:

- At der ikke observeres personale, der ikke overholder retningslinjer for at anvende ringe, armbånd og ure.
- At uniformsetiketten efterkommes blandt de observerede medarbejdere.
- At der er opsat sæbe og spritdispensere på personaletoiletter og i lejlighederne.
- At der ikke gennemgående er opsat instruktion i korrekt håndvask ved alle personalehåndvaske.
- At der udføres korrekt hånddesinfektion forud for og ved afslutning af en opgave.
- At der i enkelte tilfælde ikke foretages hånddesinfektion, når medarbejderen træder ind i borgers lejlighed.

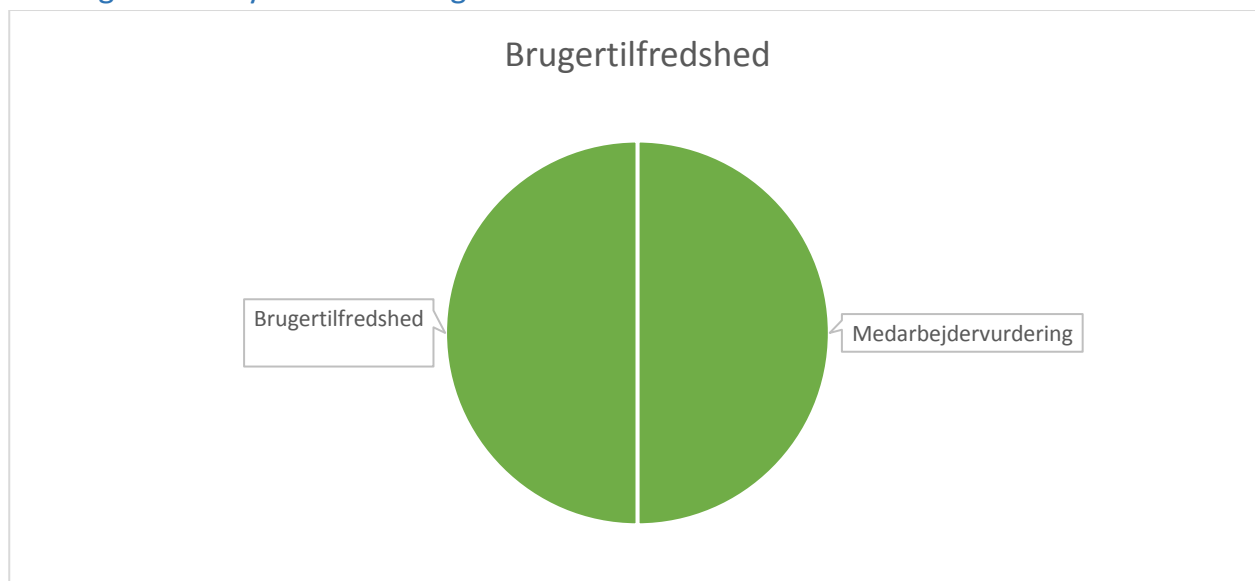
## Brugertilfredshed

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

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

- Brugertilfredshed og medarbejdervurdering

### Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

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.*

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

### Brugertilfredshed

Tilsynets vurdering af brugertilfredsheden på enheden bygger på:

- Interviews med 12 beboere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

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

Af interviewet<sup>4</sup> fremgår det, at:

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

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

- Generelt giver de 12 beboere overordnet udtryk for 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. Omkring halvdelen af beboerne gør ikke brug af muligheden for at deltage i 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 12 beboere får ikke alle hjælp til alle aktiviteterne indenfor personlig pleje. Langt størstedelen af beboerne, som modtager hjælpen angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen til at komme i bad, blive vasket, af- og påklædning og toiletbesøg.
- De 12 beboere, som modtager praktisk hjælp, 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.
- Der er større spredning i hvordan beboerne vurderer maden. Lidt over halvdelen af beboerne vurderer maden som 'meget god' eller 'god'. De resterende beboere vurderer, at maden er 'hverken eller', 'dårlig' eller 'meget dårlig'.
- Beboerne giver udtryk for, at de er glade for personalet. Størstedelen af beboerne er 'helt enige' i udsagnene: 'Personalet udviser respekt for mig', 'Omgangstonen mellem mig og personalet er god og 'Personalet lytter til hvad jeg har behov for'. Langt de fleste af beboerne er 'helt enige' og '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. Størstedelen af beboerne angiver 'i meget høj grad' til at: 'Du får den hjælp de har behov for', 'Du deltager i de ting, du kan og ønsker at deltage i og 'Personalet tager hensyn til, hvordan du gerne vil have din døgnrytme'. Ingen af beboerne angiver, at deres hjælp bliver aflyst.
- Næsten alle beboerne giver udtryk for samlet set at være 'meget tilfredse' eller 'tilfredse' med at bo på Plejecenter Digterparken samt at størstedelen af beboerne giver udtryk for at de 'i høj grad' føler sig trygge og tilpasse på plejecenteret.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- Ved spørgsmålet 'Giver hverdagen mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandard?' er der 42 % der svarer 'i meget høj grad', eller 'i høj grad', 52 % der svarer 'i nogen grad' og 6 % der svarer 'i mindre grad' eller 'slet ikke'.
- 56% 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. 25 % af medarbejderne svarer 'i nogen grad', 10 % svarer 'mindre grad' og de resterende 8 % svarer 'ikke relevant for mig'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at de interviewede borgere overvejende giver udtryk for tilfredshed med den leverede praktiske hjælp og personlige pleje, med maden, leveringen af hjælpen og relationen til medarbejderne. Der er også lagt vægt på, at der ses en stor spredning i forhold til spørgsmålet om maden, hvor 25 % af beboerne svarer, at maden er 'dårlig' eller 'meget dårlig'. Derudover er der lagt vægt på, at medarbejderne overvejende svarer positivt i forhold til rammerne for at levere indsatsen og at der foregår en løbende kvalitetssikring.

**Tilsynet anbefaler:** At enheden arbejder med at identificere årsagen til, at relativt mange beboere er kritisk indstillet over for maden på enheden.

### 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 observationer:**

Ved observation i enhedens lokaler og beboernes lejligheder ses det:

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

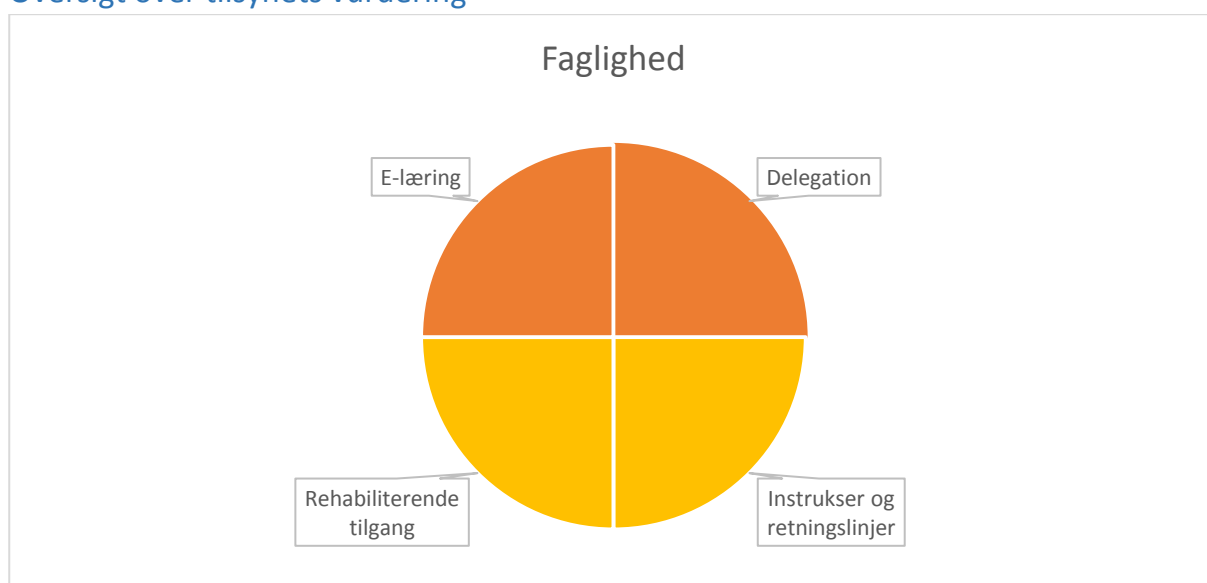
## Faglighed

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 den obligatoriske e-læring: *At der er gjort fund af betydning for den faglige kvalitet.*

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

### Delegation og kompetencer

Tilsynets vurdering af om det sikres på enheden, at de rigtige kompetencer er til stede ved alle opgaver og at kommunens retningslinjer for delegation efterleves, bygger på:

- Interview med ledelsen
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Ved ledelsesinterviewet fremgår det:

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

- At hver medarbejder har et udfyldt kompetenceskema, som revideres hver gang, der oparbejdes en ny kompetence. I samarbejde med et andet plejecenter i kommunen iværksættes der projekt om kompetenceudvikling og hvad det indebærer at have den pågældende kompetence, med henblik på at øge fokus på begreberne: delegering og kompetencer.
- At der ikke aktuelt er en systematisk opfølgning på kompetenceskema, og der kan være tvivl om, hvorvidt de er opdaterede ved alle medarbejdere.
- At der ikke er en systematisk opfølgning på medarbejdernes kompetencer ved delegation. Sygeplejersken foretager supervision af de medarbejdere og opgaver, hvor der umiddelbart vurderes at være et behov. Det opleves, at der er en kultur for at henvende sig til lederne, kollegerne eller sygeplejerskerne for sparring og ved bekymringer.

I forhold til at sikre en oversigt over kompetencer (ift planlægning)

- At der i planlægningen aktivt benyttes kompetenceskema for at vurdere, hvem der må hvad.
- At introduktion til afløserne har fået et løft på baggrund af seneste tilsyn. Ferieafløserne ansættes tidligere på året end før og der afholdes ferieplanlægningsmøder med teamet, vagtplanlægger og afdelingsleder. Her bliver der med afsæt i borgernes behov gennemgået, hvem og hvor mange af medarbejderne, der skal oplæres. Lederne holder ligeledes ferie forskudt, så der altid er mulighed for at kontakte en leder ved behov. Desuden laves vagtplanen/ferieplanen ud fra de kompetencer der er på stedet. Dette er mere tydeligt nu også for medarbejdere.

I forhold til at sikre den borgerspecifikke og generelle delegation

- At centersygeplejerskerne har undervist alle medarbejdere i, hvilke kompetencer der er skal-kompetencer og hvilke kompetencer, der er borgerspecifikke. Medarbejderne er også undervist i, hvornår de skal videregive et forløb til en assistent/sygeplejerske med afsæt i enhedens tilgang til triagering (der er en tilgang til vurdering af alvorlighedsgrad af borgers tilstand ud fra fast definerede kriterier).

I forhold til at sikre nye medarbejderes kompetencer

- Der benyttes den generelle introduktion fra kommunen – den lokalt udarbejdede introduktion er under revision. Men alle nye medarbejdere introduceres til kompetenceskemaer.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

I forhold til oplæring af nye medarbejdere:

- At 76 % af medarbejderne angiver at være 'helt enige i' eller 'delvist enige i' at nyt personale får en god introduktion.
- At 73 % 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<sup>5</sup>:

- At 84% af medarbejderne svarer, at de kender proceduren for delegation til medarbejdere.
- At 95 % af medarbejderne angiver, at de 'I meget høj grad' eller 'i høj grad' følger procedurerne for delegation.

---

<sup>5</sup> I afrapporteringen af medarbejderbesvarelserne ved dette spørgsmål er der kun taget udgangspunkt i besvarelser fra hhv. sygeplejersker, assistenter og hjælpere – 45 besvarelser i alt

I forhold til *kompetenceprofil*:

- At 98 % 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 64 % af medarbejderne svarer, at de har en opdateret kompetenceprofil, 16 % svarer nej, mens 20 % svarer 'ved ikke' eller 'ikke relevant for mig'.

I forhold til tilgængelige kompetencer:

- At 83 % 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 af betydning i forhold til, hvordan enheden sikrer, at kommunens retningslinjer for delegation efterleveres. I vurderingen er der lagt vægt på, at der ikke foreligger en konkret plan for, hvordan enheden sikrer systematisk opfølgning på delegerede opgaver. I vurderingen er der også lagt vægt på, at 84 % af de relevante medarbejdere kender proceduren for delegation og at 95 % af dem, der kender proceduren, også følger den. At der ud fra enhedens triagerings-tilgang er faste kriterier for, hvornår der skal søges sparring ved assistent eller sygeplejerske og at der er iværksat en mere grundig og omfattende oplæring af ferie afløser end det har været tilfældet hidtil.

**Tilsynet henstiller til:**

- At der udarbejdes en plan for, hvordan medarbejdernes faglige niveau og refleksion løbende sikres i forhold til de opgaver, de varetager – også hvor der ikke er en synligt bekymring eller behov.

**Enhedens tiltag:**

- Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende enhedens arbejde med delegation. Se bilag 3.

**Tilsynets samlet vurdering ift. delegation:**

- Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan rette op på området og opnå det ønskede resultat. Der følges op på dette i næste års tilsynsrapport.

## 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 83 unikke brugere af MyMedCards

Af ledelsesinterview fremgår det, at:

- Nyhedsbreve benyttes til formidling af ny viden – særligt mht. COVID-nyheder. Sendes ud af lederne.
- Centersygeplejerskerne er ansvarlige for at videreformidle nyeste viden på eksempelvis faglige instrukser ved MMC og VAR.
- Al ny viden og information videreformidles og følges op på ved overlap i vagterne eller på teammøder eller plejekonferencer.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

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

- At 94 % 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. 26 % angiver at de er 'delvist enige'.

I forhold til *retningslinjer for anvendelsen af MyMedCards og VAR*<sup>6</sup>:

- At 93 % af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for hvordan de skal bruge VAR (database over sundhedsfaglige procedurer) og 83 % svarer, at de i 'meget høj grad' og 'i høj grad' følger disse retningslinjer, 14 % angiver i nogen grad.
- 77 % af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for, hvordan de skal bruge MyMedCards. 61 % svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' følger disse retningslinjer. 19 % 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 over 20 % af medarbejderne angiver ikke at kende retningslinjerne for anvendelsen af MyMedCards. I vurderingen er der også lagt vægt på, at der beskrives en fast kommunikationspraksis og ansvarsfordeling i forhold til dette for at sikre en systematisk videreformidling af nye og relevante retningslinjer mm.

**Tilsynet anbefaler:**

- At der udarbejdes en plan for, hvordan det sikres, at medarbejderne kender retningslinjerne for anvendelsen af MyMedCards.

## Rehabilitering

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

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

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved interview med 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', 'om personalet støtter dem i at klare flest mulige dagligdagsting' og 'de deltager i udførelsen af hjælpen'.
- Alle beboerne svarer, at de 'slet ikke' har været med til at 'sætte mål for hjælpen', eller 'arbejder efter de aftalte mål'.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- 54 % af medarbejderne angiver, at de i 'meget høj grad' eller 'i høj grad' kender borgernes livshistorie og handleplaner. 40 % angiver 'i nogen grad'.

---

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



- 41 % af medarbejderne angiver, at de i 'høj grad' eller 'i meget høj grad' aktivt inddrager borgerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter. 38 % angiver 'i nogen grad'.

Af ledelsesinterview fremgår det at:

- Der er en intern rehabiliteringsgruppe, som arbejder med dokumentationen omkring rehabilitering. Der er tilknyttet en terapeut på hver etage, som understøtter plejegruppen i den rehabiliterende tilgang.
- Rehabiliteringstilgangen indgår i indflytningssamtale, hvor der spørges til, hvad borger drømmer om selv at kunne igen.
- Der er to typer plejekonferencer på de fleste etager, hvor alle i teamet samt sygeplejerske, terapeut og eventuel leder deltager. Den ene konference tager afsæt i det sundheds- og sygeplejefaglige, hvor den anden har et mere rehabiliterende fokus – og er etableret på baggrund af rehabiliteringsugen.

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. Borgers vurdering er i mindre omfang dokumenteret under funktionstilstande end ved 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 borgerens perspektiv, mål og ressourcer mm gennemgående fremgår af borgerjournalen. Og endelig at der er faste mødefora, hvor det rehabiliterende perspektiv er i fokus, ligesom der er en intern rehabiliteringsgruppe med fokus på den rehabiliterende kultur og dokumentationen heraf.

#### **Tilsynet anbefaler**

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

#### **E-læring**

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

Udtræk fra e-læringsportalen Plan2Learn, der dog kun skal ses som vejledende<sup>7</sup>

- 79 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Magtanvendelse'. Ud af de 79 medarbejdere har 45 medarbejdere gennemført kurset. 16 medarbejdere er påbegyndt kurset, men har ikke gennemført det. 18 medarbejder er tilmeldt kurset, men har hverken påbegyndt eller gennemført kurset.
- 35 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'. Ud af de 35 medarbejdere har 19 medarbejdere gennemført kurset. 4 medarbejdere er påbegyndt kurset, men har ikke gennemført det. 7 medarbejder er tilmeldt

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

kurset, men har hverken påbegyndt eller gennemført kurset. 5 medarbejdere har tidligere gennemført kurset, men kurset er udløbet og kræver en recertificering.

- 36 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinhåndtering for social- og sundhedshjælpere'. Ud af de 36 medarbejdere har 14 medarbejdere gennemført kurset. 7 medarbejdere er påbegyndt kurset og 9 medarbejdere er tilmeldt kurset, men har ikke påbegyndt eller gennemført kurset. 6 medarbejdere har tidligere gennemført kurset, men kurset er udløbet og kræver en recertificering.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at over 60 % af de tilmeldte medarbejdere ikke har gennemført de obligatoriske kurser om medicinhåndtering for social og sundhedshjælpere, at ca. 40 % af medarbejderne ikke har gennemført de obligatoriske kurser om 'medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter' og 'magtanvendelse'.

#### **Tilsynet henstiller til**

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

#### **Enhedens tiltag:**

- Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstilling vedrørende enhedens arbejde med e-læring. Se bilag 3.

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

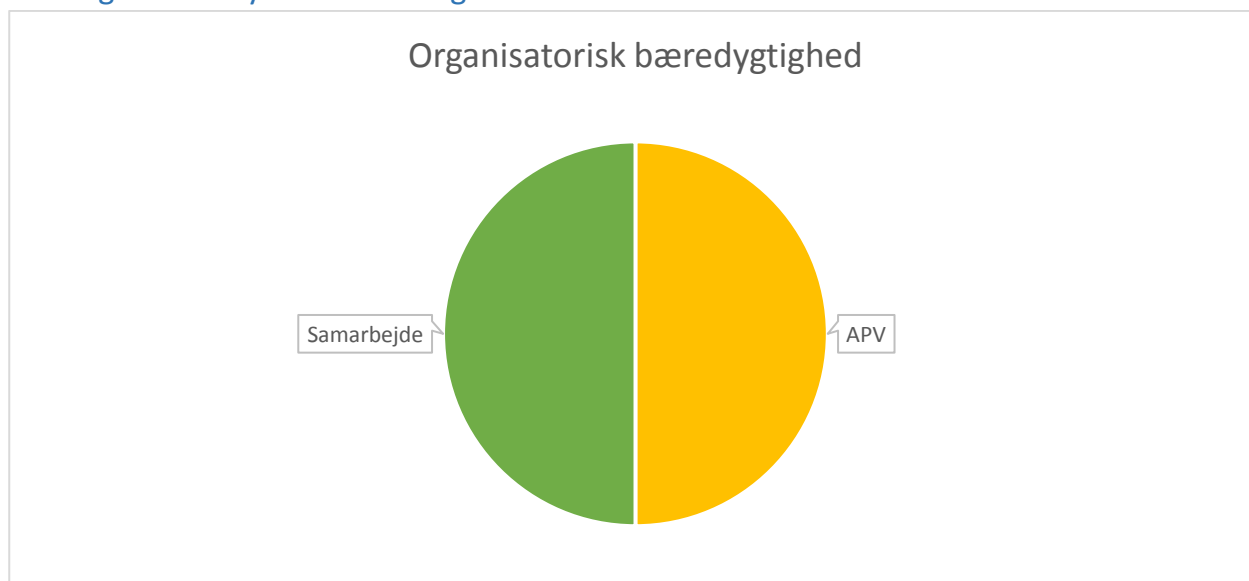
- Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan rette op på området og opnå det ønskede resultat. Der følges op på dette i næste års tilsynsrapport.

## Organisation

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

- APV
- Samarbejde
- Budgetoverholdelse
- Sygefravær
- Eksterne tilsyn

### Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med APV og medarbejdernes vurdering af det interne samarbejde: *At der er gjort fund af mindre betydning i forhold til enhedens arbejde med APV*

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 18 ud af 20 journaler i audit havde udfyldt APV-skema
- En af de oprettede APV'er var helt tom

Ved ledelsesinterview fremgår det:

- At der blev gennemført en psykisk APV sidst i foråret 2019 (det er aftalt på LMU at den gennemføres hver 3. år). Rapporten er efterfølgende gennemgået på LMU og der er besluttet, at hver team skulle gennemgå deres resultater på teammøde og iværksætte de relevante handlinger. Dette var for at sikre, at indsatserne kom tæt på medarbejderne og at de blev involveret i beslutningerne. Indsatserne er løbende blevet evalueret på teammøder og blev afsluttet på TUS afholdt i efteråret 2019/foråret 2020.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at der for alle beboere, i tilsynets audit, har været en APV i journalen, men at denne i et tilfælde ikke var udfyldt. I vurderingen er der også lagt vægt på, at medarbejderne har været tæt inddraget i arbejdet med resultaterne af den seneste psykiske APV.

## 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:

- 61 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. 6 % af medarbejdere svarer, at der er et 'dårlig' eller 'meget dårligt' samarbejde.
- 74 % af medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne internt. 4 % af medarbejdere svarer, at der er et 'dårlig' eller 'meget dårligt' samarbejde.
- 69 % af medarbejderne angiver, at have et 'meget godt' eller 'godt' forhold til ledelsen. 6 % af medarbejderne 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 – og kun meget få medarbejdere vurderer samarbejdet som dårligt.

## Sygefravær

Vurderingen af Plejecenter Digterparkens 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 7,2 %. 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 Digterparkens 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 til især akutafsnittet. Afledt af effektiviseringsbidraget arbejdes aktuelt med de nødvendige nedjusteringer i arbejdsgange, som skal mindske fremmøde og hermed vikarforbrug ved sygdom mv.

### Opsamling på andre/tidligere tilsyn

Der har være *Brandtilsyn* på enheden d. 23. juni 2021, hvilket har givet anledning til følgende særlige bemærkninger, hvor der er krav om, at der skal fremsendes dokumentation for udbedring af fejl til brandmyndighederne:

- Der er fundet fejl på sikkerhedsbelysning af ExitZone.
- Der kunne ikke fremvises attest fra autoriseret el- installatør på ABDL systemet.
- Der blev konstateret branddøre, der ikke lukkede tæt.

## Bilag 1: Oversigt: Journalaudit

Antal journaler hvor følgende er opfyldt:

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

## Bilag 2: Enhedens handleplaner

<b>E-learning</b>	Mål	Metode	Tid	Ansvarlig	Tilsynets opfølgning
At der iværksættes en indsats for at få alle relevante medarbejdere til at gennemføre de obligatoriske e-læringskurser	Alle gennemført e-learning til tiden	Det følges op ved 1. opfølgningssamtale mellem leder og nyansatte  Hver 3 mdr. tjekker leder for gennemførelsesgraden og evt. sender reminder ud	Opstart juli 2021	Lederteamet	Primo marts 2022 laves et udtræk i forhold til gennemførelsesgraden i plan2larn.

<b>Kompetence skemaer</b>	Mål	Metode	Tid	Ansvarlig	Tilsynets opfølgning
At der udarbejdes en plan for, hvordan medarbejdernes faglige niveau og refleksion løbende sikres i forhold til de opgaver de varetager – også hvor der ikke er en synligt bekymring eller behov	1. Alle medarbejdere har et opdateret kompetenceeskema  2. Kvalitetstjek ved stikprøvekontrol	1. Ved gennemgang med centersygeplejerske/ Forløbskoordinator skal kompetenceeskemaet bruges aktivt  2. Centersygeplejersken tjekker 1 kompetenceeskema hver måned i hver team, for at se om det stemmer overens med de opgaver der udføres.	Efter næste centersygeplejerskemøde*	Lene	Primo marts 2022 følger tilsynet op med ledelsen for at høre om fremdrift i implementeringen af tiltaget
	2. Synliggøre vores nuværende metode for kompetenceafklaring i forhold til at få de	Udarbejde en beskrivelse af vores nuværende metode for kompetenceafklaring.  Dette gøres i samarbejde med	Efter næste centersygeplejerskemøde*	Lene	Primo marts 2022 følger tilsynet op med ledelsen for at høre om fremdrift i implementeringen af tiltaget

	<p>rette kompetencer på rette sted:</p> <p>-</p> <p>Centersygeplejerskens ansvar i forhold til kompetenceafklaring ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Indflytning</li> <li>✓ Udskrivelse fra sygehuset</li> <li>✓ Ændring i Triage</li> </ul>	<p>centersygeplejersker og forløbskoordinator</p>			
<p>At der gøres yderligere tiltag for at sikre medarbejdernes kendskab til procedure vedrørende delegation</p>	<p>1. Alle medarbejdere i plejen har kendskab til proceduren</p> <p>2. Al nyt personale introduceres til proceduren</p>	<p>1. Nyhedsbrev med link til MMC og til g-drev</p> <p>2. sættes på intro-skema</p>	<p>1. Er gjort</p> <p>2. opstart juli 2021</p>	<p>1. Lene</p> <p>2. Lisbeth</p>	<p>Primo marts 2022</p> <p>Opfølgende interview med tre til fem medarbejdere</p>

\*Der afholdes centersygeplejerske 1 x pr. mdr.



## Bilag 3: Referat: Høring ift. tilsynsrapport i bruger og pårønderådet d. 26. august 2021:

Tilsynsrapporten for Plejecenter Digterparken og Digterparkens Korttidsafdeling har været i høring i bruger- og pårønderådet for Plejecenter Digterparken d.26. august 2021.

Tilstedeværende i Plejecenter Digterparkens bruger- og pårønderåd:

Bruger- og pårøndererepræsentanter: Pårørende Søren Langholm; Pårørende Eva Grouleff (næstformand), beboer Jytte Degn, beboer Kirsten, Sylvang, beboer John Rasmussen (formand).

Ældrerådets repræsentant: Hans Erik Nielsen.

Ledelsesrepræsentant: Lene Ballegaard

Medarbejderrepræsentant: Anni Mikkelsen

Bruger- og pårønderådet angiver:

- At det anses for vigtigt, at medarbejderne giver en positiv vurdering af deres rammer og vilkår for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandard
- At det anses som tilsvarende vigtigt, at medarbejderne oplever, at der er et godt samarbejde mellem faggrupperne
- At der er forskellige oplevelser af, om medarbejderne har tid og mulighed for at sidde og snakke med de borgere, der har demens under eksempelvis måltiderne - men dette anses som vigtigt
- At der er en anerkendelse af, at der er en svær personalesituation på Plejecenter Digterparken i forhold til medarbejderrekruttering og mangel på ferieafløser
- At der er tillid til, at Plejecenter Digterparken får rettet op på de forhold, der er henstilling om i tilsynsrapporten