



LANGELAND  
KOMMUNE

# Udkast Tilsynsrapport fra uanmeldt kommunalt tilsyn

## Danahus Plejecenter

Uanmeldt kommunalt tilsynsbesøg d.15. december 2022.

## Indhold

1. Baggrund for tilsynet.....	3
2. Læsevejledning .....	3
3. Tilsynsdato, tidspunkt og tilsynsførende.....	4
4. Samlet konklusion og anbefalinger.....	4
5. Aktuelle forhold på tilsynsdagen .....	5
5.1. Kvalitetsforbedrende opfølgning siden sidste tilsyn .....	5
5.2. Kort beskrivelse af plejecentret .....	5
6. Dialog med ledelse .....	5
6.1. Personalesammensætning, ledige stillinger, sygefravær .....	5
6.2. Kompetenceudvikling .....	6
6.3. Ideer til kompetenceudvikling .....	6
6.4. Utsigtede hændelser.....	6
6.5. Sundhedsfaglig dokumentation .....	6
6.6. Kommende initiativer .....	7
7. Borgere .....	7
7.1. Borgernes tilfredshed med kvaliteten af og kontinuiteten i udførelsen af plejeopgaverne .....	7
7.2. Udbud af aktiviteter træning og rehabilitering .....	7
7.3. Værdighed i plejen .....	8
7.4. Måltider.....	8
7.5. Praktisk hjælp.....	8
8. Journalaudit.....	8

# 1. Baggrund for tilsynet

Langeland Kommune er en del af velfærdsaftalen og dermed frisat fra § 151 i Lov om Social Service om et årligt uanmeldt tilsyn på plejecentre.

Langeland Kommune har alligevel valgt at føre tilsyn på plejecentre, men i en anden form end tidligere, hvor ledelse, personale og borgere deltog i et dialogbaseret tilsyn.

Tilsynet på Danahus Plejecenter er således en prøvehandling på et uanmeldt kommunalt tilsyn. Det består af tre dele: dialog med ledelsen, interview med borgere og deres pårørende og journalaudit på de interviewede borgere sammen med sygeplejerske og kontaktpersoner. Forud for tilsynet er der tilfældigt udvalgt tre borgere og deres pårørende er kontaktet og tilbudt at deltage i interviewet. Pårørende til alle tre borgere ville gerne deltage og indvilgede i at undlade at oplyse hverken borgeren eller personalet på Danahus Plejecenter om aftalen om interview, da det ville betyde, at tilsynet ikke længere var uanmeldt.

## 2. Læsevejledning

Rapporten indledes med en samlet konklusion, anbefalinger fra tilsynet samt begrundelser herfor.

Alle oplysninger i rapporten er tilvejebragt gennem interview af leder, borgere og pårørende, medarbejdere i forbindelse med journalaudit samt tilsynets observationer.

Alle emner i rapporten tager udgangspunkt i Langeland Kommunes værdier – helhed i opgaveløsningen, borgeren i centrum, læring og udvikling, trivsel – samt i principper for rehabilitering og respekt for det enkelte menneskes vaner, ønsker og selvbestemmelsesret.

Ved rehabilitering forstås en tværfaglig indsats, hvor borgeren trænes for at modvirke funktionstab eller genvinde tabte færdigheder.

Træningen foregår i dagligdagen ved personalet og/eller rehabiliteringsterapeut eller træningsterapeut og tager altid udgangspunkt i det, der giver mening for borgeren.

Derefter gennemgås de overordnede ansvarsområder.

- Ledelsesmæssige i form af bl.a. kvalitetsforbedrende indsatser, introduktion, ansvars- og kompetence, utilsigtede hændelser og dokumentation.
- Personalemæssige i form af bl.a. kendskab til og dokumentation af borgerens helbredstilstand, vaner og ønsker og trivsel.

Borgerne og evt. deres pårørende interviewes og dialogen retter sig imod deres oplevelse af bl.a. deres tilfredshed med kontinuitet, personaletilknytning, udbud af aktiviteter, værdighed i plejen og måltider.

Tilsynet observerer ydelserne i relation til lovgivning, kvalitetsstandarder og tildeling.

Der vil blive udført tilsyn stikprøvevis af 3 borgere og hvis det er muligt, deltager en eller flere pårørende i interviewet. På den måde sikres, at borgere, som pga. kognitive udfordringer kan have svært ved at deltage aktivt i interviewet også bliver hørt, med de pårørende som deres "stemme". Under tilsynet gøres observationer hos langt flere borgere, for eksempel under ophold på fællesarealer, hvor flere borgere er til stede.

Bedømmelsesskalaen består af 3 trin: **Ingen bemærkninger**

Dette betyder, at det observerede lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instrukser, rutiner, værdier, kvalitetsstandarder og almen faglig standard.

**Mindre mangler**

Dette betyder, at det observerede overordnet lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instrukser, værdier, rutiner, kvalitetsstandarder og almen faglig standard. Dog er der forhold, som kan give anledning til råd og vejledning

fra Tilsynet, som kan evalueres ved det efterfølgende anmeldte tilsyn.

Det kan eksempelvis dreje sig om, at der ikke foreligger introduktionsprogram for nye medarbejdere eller at der ikke foretages systematisk egenkontrol af den sundhedsfaglige dokumentation.

### **Betydende mangler**

Det betyder, at det observerede på flere områder ikke lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instrukser, værdier, rutiner, kvalitetsstandarder og almen faglig standard. På baggrund af tilsynets anbefalinger udarbejder plejecentret/ældreboligerne en tids- og handlingsplan

for at få rettet op på de påpegede mangler indenfor **10 dage**.

Handlingsplanen sendes til tilsynsførende, som herefter kan foretage de nødvendige opfølgingsbesøg.

## 3. Tilsynsdato, tidspunkt og tilsynsførende

Tilsynet blev gennemført d. 15. december 2022 af sundhedsfaglig konsulent Birgitte Fridal fra Sundhedshedssekretariatet.

## 4. Samlet konklusion og anbefalinger

Tilsynet vurderer, at Danahus Plejecenters metoder og arbejdsgange giver **bedømmelsen "Mindre mangler, der har betydning for kvaliteten af pleje og omsorg."**

Det betyder, at det observerede overordnet lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instrukser, værdier, rutiner, kvalitetsstandarder og almen faglig standard. Dog er der forhold, som kan give anledning til råd og vejledning fra tilsynet, som ledelse og medarbejdere kan arbejde videre med.

Ved tilsynet var der god stemning både blandt borgere, personale og ledelse. Borgerne og deres pårørende, der medvirkede ved tilsynet, var overvejende meget tilfredse med kvaliteten af plejen og tilgangen til borgerne på Danahus Plejecenter. Især en pårørende havde meget på hjerte og så frem til et planlagt møde med kontaktperson.

Medarbejderne var åbne og lydhøre ifm. journalaudit og det gav anledning til konstruktive drøftelser af arbejdsgange i pleje og omsorg og dokumentationspraksis. Tilsynsførende blev mødt med venlighed og imødekommenhed og der var en meget positiv tilgang til tilsynet.

Der er planlagt en del kvalitetsforbedrende tiltag i den kommende tid og de vil forhåbentlig bevirke, at de fejl og mangler, der er fundet ved tilsynet, bliver udbedret.

I forhold til dokumentationen blev der foretaget journalaudit hos de 3 interviewede borgere med hhv. en sygeplejerske, en ufaglært hjælper og en sosu-hjælper.

Dokumentationspraksis fremstår generelt usystematisk og af svingende kvalitet.

To af døgnrytmeplanerne er ikke systematisk udfyldt og mangler opdateringer.

Der blev konstateret mangler ift. beskrivelser af ressourcer og motivation i skemaet generelle oplysninger og ingen af de tre journaler indeholder ønsker til den sidste tid.

Utilsigtede hændelser er ikke blevet systematisk indrapporteret i en periode, der er sat fornyet fokus på området.

### **Anbefalinger:**

- Find en arbejdsgang, hvor tavs viden om borgeren bliver dokumenteret i journalen, så alle medarbejdere kan drage nytte af den.

- Tænk også over hvem der har ansvaret for, at journalen er opdateret ift. borgerens funktionsevneniveau.
- Sæt samtalen om den sidste tid på dagsordenen.

Rapporten er d. 4.1.2023 sendt til høring hos plejecenterleder og hun har givet tilbagemelding på rapporten d. 11.1.2023 med få faktuelle rettelser vedr. vikarbrug, personalesammensætning og planer for undervisning v. sygeplejerske. Rapporten er frigivet til offentliggørelse på Plejehjemsoverigten.dk, plejecentrets hjemmeside og opslagstavler d. 12.1.2023.

## 5. Aktuelle forhold på tilsynsdagen

### 5.1. Kvalitetsforbedrende opfølgning siden sidste tilsyn

Ledelsen oplyser, om der er foretaget kvalitetsforbedrende opfølgning af fokusområder på baggrund af sidste års tilsyn. Hvordan er der fulgt op på eventuelle kritikpunkter?

Leder af Danahus Plejecenter var ikke ansat ved seneste kommunale tilsyn og har ikke fået overleveret konklusionen fra seneste tilsynsrapport af tidligere leder. Tilsynsførende oplyser, at der ved seneste tilsyn i 2020 blev givet følgende anbefalinger:

- At der laves en fast procedure, så man sikrer at døgnrytmeplaner ajourføres som minimum årligt.
- At det sikres at alle relationer mellem indsats, indsatsmål og handlingsplaner bliver lavet.
- Få løst problematikken med for få telefoner til personalet snarest.
- At fortsætte med at arrangere og tilpasse aktiviteter, så flest muligt får glæde af dem.
- At fortsætte med det tværfaglige samarbejde, der er etableret

Ledelsen oplyser, at der har været fokus på personcentreret omsorg og at udfordringen med for få telefoner er løst.

### 5.2. Kort beskrivelse af plejecentret

Danahus Plejecenter rummer i alt 38 plejeboliger og 12 midlertidige døgndækkede pladser. De fleste boliger er beliggende i stueplan og 7 lejligheder på 1. sal. Der er et stort fælles opholdsrum, hvor beboerne kan spise deres måltider og mindre opholdsrum i alle afdelinger. Der er en gårdhave i midten af plejecenteret og terrasse på østsiden ved den store fælles opholdsstue med udsigt over grønne områder.

Alle lejligheder indeholder eget badeværelse og tekøkken. Boligerne fremstår lyse og pæne og er godt indrettede. Der er postkasser og navneskilte ved alle døre.

Fællesarealer er rengjorte og ryddelige, og der er ikke observeret forhold, som personalet skal tage sig af. Der er pyntet til jul i opholdsstuer og på gangene.

## 6. Dialog med ledelse

### 6.1. Personalesammensætning, ledige stillinger, sygefravær

Ledelsen redegør for personale-situationen.

Danahus Plejecenter er aktuelt godt bemanded efter en periode, hvor der har været store vanskeligheder med at få rekrutteret personale til ledige stillinger. Sommeren blev udfordret af, at de afløsere, der var oplært i maj og klar til at dække vagter, når sommerferieafviklingen skulle finde sted, alle forlod Danahus og der måtte ansættes nye, som skulle oplæres samtidig med sommerferieafvikling.

Personalet er sammensat af sygeplejersker, social-og sundhedsassistenter, social-og sundhedshjælpere, ufaglærte og 3 spirer. Derudover køkkenpersonale, vaskeri- og rengøringspersonale  
Ledelsen oplyser at der er ingen ledige stillinger.

Der er 5 langtidssygemeldinger og 3 medarbejdere på nedsat tid. Sygemeldingerne er ikke arbejdsrelaterede. Vagterne dækkes af faste afløsere og vikarer fra bureau.  
Indsatstemaet fra jobcenteret har bidraget med et forløb for at nedbringe sygefraværet først og fremmest blandt aftenvagter og dernæst blandt dagvagter.

## 6.2. Kompetenceudvikling

Ledelsen oplyser om der det seneste år er sket kompetenceudvikling

Ledelsen oplyser, at assistenter og sygeplejersker er undervist i medicinmodulet.

Det har været vanskeligt at gennemføre at sygeplejersker underviser hjælpere pga. meget fravær.

Der har været afviklet et forløb med VISO (Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation)

Foreligger der introduktionsprogram for nyt personale der tager udgangspunkt i den enkeltes faglighed og kompetencer?

Oplæring af nye medarbejdere har været kaotisk pga. personalemangel, men der er planer om, at en sygeplejerske, som forventes ansat, skal stå for det. Nye medarbejdere går med som føl med fast medarbejder.

Alle nye medarbejdere deltager i Nexus-kursus.

## 6.3 Planlagt kompetenceudvikling

Der er planer om at ansætte en sygeplejerske, som skal stå for undervisning af fast og nyt personale mhp. at medarbejderne opnår de kompetencer, der er behov for iflg. kompetenceskemaet.

Der er planlagt undervisning i samtykke for sygeplejersker og assistenter.

## 6.4. Utilsigtede hændelser (UTH)

Ledelsen oplyser, at utilsigtede hændelser i en periode ikke er blevet systematisk registreret og indrapporteret, men det er der kommet fornyet fokus på og UTH'er drøftes på gangmøder og personalemøder mhp. at lære af dem. De fleste UTH'er drejer sig om ikke-givet medicin, men der er også sket fald og UTH'er i sektorovergang fra sygehus til midlertidig døgn-dækket plads

Ledelsen vurderer, at antallet af UTH'er uforandret.

## 6.5. Sundhedsfaglig dokumentation

Superbrugere på journalsystemet Nexus har været sygemeldt, så derfor er personalet ikke fuldt opdateret i at anvende Nexus. Man forsøger at undervise ad hoc.

## 6.6. Kommende initiativer

- Beboerkonferencer sættes i system igen i 2023 efter at have været ikkeeksisterende i næsten 3 år pga. corona.
- Kontaktpersonordningen bliver genopfrisket i 2023
- Ergoterapeut skal på sigt iværksætte aktiviteter på individuelt niveau.

## 6.7. Aktiviteter og træning

Alle beboere tilbydes at deltage i f.eks. banko, musikarrangementer, gudstjenester medmindre, der er behov for at blive skærmet.

Ergoterapeut træner lidt med få beboere. Ledelsen vurderer, at der er for få ressourcer til rådighed.

Aktivitetsmedarbejder er sparet væk og i stedet varetages fælles aktiviteter f.eks. stolegymnastik af en flexjobber to gange om ugen. Derudover laver 3 unge spirer forskellige aktiviteter på individuel basis med beboerne.

# 7. Borgere

## 7.1. Borgernes tilfredshed med kvaliteten af og kontinuiteten i udførelsen af plejeopgaverne

Ud fra borgerinterview afdækkes, om der er tilfredshed med ovenstående.

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

De interviewede borgere og pårørende giver udtryk for at der er (for) mange nye medarbejdere, som ikke altid ved hvordan de skal hjælpe den enkelte borger. Det faste personale løser pleje- og omsorgsopgaverne godt.

To ud af tre interviewede borgere oplever, at der indimellem er meget lang svartid på nødkald.

En pårørende har gentagne gange oplevet, at medicin som skal tages kl. 14 ikke er blevet givet.

## 7.2. Udbud af aktiviteter træning og rehabilitering

Tilsynet vurderer gennem borgerinterview, om der er et tilpas udbud af hverdagsaktiviteter, samt mulighed for deltagelse i disse. Hverdagsaktiviteter kan også ses som deltagelse i almindelige daglige hverdagsgøremål.

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

To ud af tre interviewede borgere ønsker ikke at deltage i f.eks. banko, gudstjeneste eller stolegymnastik og det respekterer medarbejderne fuldt ud.

En af borgere deltager i banko sammen med sine døtre.

En af borgerne ønsker sig, at månedens aktivitetskalender blev printet ud til hende.

Ingen af de adspurgte får træning eller har en rehabiliterende indsats.

Ingen af de adspurgte tilbydes dagligt en gåtur eller anden træning, to af dem går rundt med ganghjælpemiddel i lejligheden og til elevator og en borger mobiliseres til siddende på sengekant.

### 7.3 Værdighed i plejen

Tilsynet vurderer gennem borgerinterview, om den enkelte borger oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv. Er der i dagligdagen fokus på, hvad der er vigtigt og giver mening for den enkelte borger.

To af de interviewede borgere oplever i høj grad at have selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv, en anden af de interviewede borgere og deres pårørende i varierende grad oplever at medarbejderne giver borgerne selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv. Specifikke aftaler ses ikke altid overholdt og der er en oplevelse af at personalet ikke tager sig tid til at sætte sig ned og tale med borgerne.

Alle tre borgere omtaler personalet som søde og rare, tonen er fin og ordentlig.

Én borger ud af tre ved hvem der er kontaktperson og har et rigtig godt samarbejde med vedkommende. Det er pårørendes håb, at et møde der er aftalt, vil resultere i mere kontinuitet i plejen.

### 7.4. Måltider

Gennem interview og observation vurderes det, om borgerne oplever tilfredshed med den valgte kost, og om borgerne får den hjælp, der evt. er behov for til indtagelse af mad.

Borgernes oplevelse af måltiderne, herunder hvordan og hvor der serveres, mulighed for at indflydelse på menuen.

De interviewede borgere oplever at maden er god og portionerne er passende. Borgerne oplever fuldkommen selvbestemmelse mht. hvor man ønsker at spise sine måltider. En pårørende fortæller, at når der tilbydes eftermiddagskaffe, har der været udfordringer med at få andre drikkevarer end de, der står noteret på listen ud for den pågældende borger, helt konkret havde borgeren lyst til kakao, men da der stod saftvand på listen, lod det sig ikke gøre.

En pårørende undrer sig over at de indgåede aftaler om at borger ikke længere skal tilbydes suppe men i stedet dagens menu i lang tid ikke blev overholdt, hvilket resulterede i mange dage med suppe. Der er tillige en undrer over hvorvidt beskeder i kontaktbog bliver læst.

### 7.5. Praktisk hjælp

Ud fra borgerinterview afdækkes, om der er tilfredshed med kvaliteten af den praktiske hjælp.

De interviewede borgere og deres pårørende udtrykker tilfredshed med kvaliteten af den praktiske hjælp i form af rengøring og tøjvask.

## 8. Journalaudit

Ingen af de tre journaler er uden mangler. Der er ingen alvorlige mangler vedrørende indsatser iht serviceloven, men der ses en tendens til, at viden omkring borgerne ikke er systematisk dokumenteret, så



andre medarbejdere inklusive vikarer kan få gavn af den og dermed give borgeren den bedst mulige pleje og omsorg.

En ud af tre døgnrytmeplaner er opdateret, to døgnrytmeplaner mangler beskrivelse af hvorledes borgeren er mobiliseret, hvordan borgeren bedst indtager sin medicin og medarbejderens opgaver er generelt mangelfuldt udfyldt.

En aftendøgnrytmeplan er udfyldt af en ufaglært afløser og den er et skoleeksempel på, hvordan det skal gøres, meget flot !

To ud af tre journaler indeholder tilstande, som ikke er opdateret, så de stemmer overens med borgerens aktuelle funktionsevneniveau.

I en journal er skemaet generelle oplysninger ikke er opdateret siden indflytning på Danahus i januar 2021. Ingen af de tre journaler afspejler, at borgerne er spurgt om der er særlige ønsker til den sidste tid for at sikre borgeren en værdig død.

Borgerens forventninger og mål er stort set ikke udfyldt på indsatser i de tre journaler.

I en journal mangler der oplysninger om hvorvidt borgeren ønsker genoplivning.