

Plejecenter  
Farsøhthus  
Kommunalt  
tilsyn

26. november  
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.....	6
Sammenfatning .....	7
Patientsikkerhed .....	9
Oversigt over tilsynets vurdering .....	9
Den sundhedsfaglige dokumentation .....	10
Medicinkontrol .....	12
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) .....	13
Magtanvendelser.....	14
Hygiejne .....	15
Brugertilfredshed.....	16
Oversigt over tilsynets vurdering .....	16
Brugertilfredshed.....	16
Omgangsform og rengøring .....	18
Faglighed.....	19
Oversigt over tilsynets vurdering .....	19
Delegation og kompetencer .....	19
Kendskab til instrukser og retningslinjer .....	21
Rehabilitering .....	22
E-læring.....	23
Organisation.....	25
Oversigt over tilsynets vurdering .....	25
APV .....	25
Samarbejde.....	26
Sygefravær.....	26
Budgetoverholdelse.....	26
Opsamling på andre/tidligere tilsyn .....	27
Bilag 1: Oversigt: Journalaudit .....	28
Bilag 2: Handleplan på henstillinger fra Kommunalt tilsyn 2021.....	29
Bilag 3: Referat: Høring ift. tilsynsrapport i bruger og pårørenderådet .....	30

## Indledning

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

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

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

Tilsynet er udført ved både et anmeldt og et uanmeldt besøg

Det uanmeldte besøg omfatter både dataindsamling på et ikke kendt tidspunkt for aftaleenheden og et anmeldt fysisk besøg, hvor beboere interviewes og der foretages stikprøvekontrol på eksempelvis rengøring og hygiejne generelt

## Målepunkter i det kommunale tilsyn

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

- Patientsikkerhed
  - Herunder: Den sundhedsfaglige dokumentation, arbejdet med utilsigtede hændelser, medicinhåndtering, hygiejne og forebyggelse af magt
- Brugertilfredshed
  - Herunder: Behandling af klager og bekymringshenvendelser og brugertilfredshed hos borgere/beboere
- Faglighed
  - Herunder: Arbejdet med delegation og kompetencer, medarbejdernes kendskab til relevante instrukser, procedurer og retningslinjer, arbejdet med rehabilitering og medarbejdernes løbende vedligeholdelse af kompetencer (e-læring)
- Organisatoriske forhold
  - Herunder: Arbejdsmiljø, budgetoverholdelse og øvrige tilsyn

## Datagrundlaget for det kommunale tilsyn

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

Oversigt over datagrundlag i det kommunale tilsyn 2021 på enheden

- Journalaudit på seks journaler
- Enheden har udført en lokal journalaudit på 10 journaler
- Interview med ledelsen om det lokale arbejde med sikring og udvikling af henholdsvis patientsikkerhed, brugertilfredshed, faglighed og organisatorisk bæredygtighed
- Interview med 10 beboere vedrørende deres mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede service.

- Spørgeskemaundersøgelse hos alle relevante medarbejdere ansat i enheden vedrørende de faglige rammer for deres arbejde. Spørgeskemaet er sendt ud til 60 medarbejdere. 24 medarbejdere har svaret på hele spørgeskemaet, og 2 medarbejdere har svaret på nogle af spørgsmålene. Dette giver en svarprocent på 43 %, hvilket giver en betænkelig lav svarprocent, så resultaterne skal tolkes med forsigtighed.
- Stikprøvekontrol af to dispenseringer og syv beboeres medicinbeholdning
- Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er omfattende de tre hovedområder – medicinfejl, patientuheld samt infektioner.
- Udtræk fra medarbejder-app'en MyMedCards af hvor mange medarbejdere, der har set/læst hvilke instrukser og retningslinjer.
- Oversigt over sygefraværprocenten pr 1. september 2021.
- 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.

**Den øvrige tilsynsrapport** er delt op i fire hovedafsnit, der belyser hvert af de fire hovedområder: *Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisation.*

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

**Tilsynet udfører gentilsyn** angiver, at der iværksættes et gentilsyn i forhold til et eller flere patientkritiske fund. Hvis denne vurdering gives, foretages der et gentilsyn inden for en periode, som tilsynet fastsætter.

**Tilsynet henstiller til** angiver, at der er krav om, at enheden i løbet af høringsperioden udarbejder en handleplan for et eller flere forhold, som tilsynet har fundet handlingskrævende. **Enhedens tiltag:** beskriver de tiltag enheden har sat i værk på baggrund af tilsynets henstilling og **Tilsynets samlede vurdering:** beskriver tilsynets vurdering af enhedens tiltag. Tilsynsenheden følger op på resultatet af enhedens tiltag inden for en periode på seks måneder

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

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

## Præsentation af enheden

*Plejecenter Farsøhthus* er et kommunalt plejecenter med 53 plejeboliger.

Lederteamet består af 1 afdelingsleder og 1 plejecenterleder

Der er ansat følgende faggrupper: sygeplejersker, SOSU assistenter, SOSU hjælpere, Ergoterapeut, psykomotorisk terapeut, Ernæringsassistent, serviceleder, ufaglærte.

Fremmødeprofil alle faggrupper:

*Dagvagt: 22-23*

*Weekend dagvagt: 11*

*Aftenvagt: 5*

*Nattevagt: 2*

### ***Enhedens præsentation af aktuelle rammer og vilkår for arbejdet***

*-Ledelse: Der har manglet 1 afdelingsleder i 6 måneder, dette har haft betydning i forhold til faglig ledelse.*

*- Der ses en træt organisation både medarbejder og ledere på grund af ekstra arbejde samt øgning af arbejdsopgaver der skal løses. Der udtrykkes bekymring fra ledelsen side med hensyn til det kontinuerlige pres, der opleves.*

*-Der har været/er rekrutteringsudfordringer af uddannet personale*

*-Beboerne som flytter ind på plejecenteret er mere plejekrævende og med større kompleksitet. Der mærkes at der er pres andre steder i organisationen.*

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

*Vi har på Farsøhthus opstartet med:*

*Triagetavle: De forskellige faggrupper mødes x 1 dagligt og gennemgår beboerne i forhold til triage, UTH ect.*

*Farsøhthus/Møllehjemmet: Opstartet med at arbejde mere fokuseret på ernæringsindsatsen*

*Farsøhthus/Møllehjemmet: Arbejder med kommunens værdiord-implementering*

*Farsøhthus/Møllehjemmet: Opstartet et forløb med SPARK omkring kerneopgaven og samarbejde på tværs af centrene.*

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

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

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

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

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

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



## Sammenfatning

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

I forhold til *dokumentation*

- Borgerens samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger, gennemgående ikke er dokumenteret.
- Borgerens samtykke til den aktuelle pleje og behandling ikke er dokumenteret konsekvent.
- Der i flere tilfælde ikke var en opdateret forflytningsvejledning, hvor relevant.

I forhold til *medicinkontrol*

- At der ved to beboere findes manglende personidentifikation på en eller flere doseringsæsker
- At der ved en enkelt beboer ses manglende personidentifikation på omslaget til doseringsæskerne
- At der i enkelte tilfælde ikke følges op med et observationsnotat efter udlevering af pn-medicin

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der ses et markant, gennemgående og tydeligt kvalitetsløft i dokumentationen i forhold til ved sidste års tilsyn.
- At der konsekvent følges op på alle observationer og målinger, der indikerer en forværring.
- At der gennemgående er en opdateret, præcis og relevant beskrivelse af og plan for borgerens helbreds- og funktionstilstande.
- At der er en tydelig og gennemgående systematik og sammenhæng i borgernes journaler.
- At enheden dispenserer og opbevarer beboernes medicin jf. kommunens instrukser på området.
- At det gennemgående ses at anbrudsdato og persondata på ikke-dosérbar medicin er anført, samt at medicinordinationerne i medicinoversigten er indskrevet korrekt og entydigt.
- At der med faste intervaller foretages en medicinaudit i forhold til beboernes medicinbeholdning.
- At der er sket et løft i enhedens medicin håndtering så fund på medicinområdet i 2020 ikke længere gør sig gældende ved tilsynet 2021.
- At der ses flere og forskelligartede indberetninger af UTH'er
- At størstedelen af medarbejderne angiver, at de ved, hvordan man indberetter UTH'er

**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:

- At de interviewede beboere giver udtryk for stor tilfredshed med den leverede praktiske hjælp og personlige pleje, med maden, leveringen af hjælpen og relationen til medarbejderne.

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

---

<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, at:

I forhold til *delegation*.

- Der ikke foreligger en konkret plan for, hvordan enheden sikrer systematisk opfølgning på delegerede opgaver.
- 34 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til om de kender proceduren for delegation til medarbejdere
- At over 20 % er i tvivl eller har - inden for de seneste tre måneder - udført en eller flere opgaver, de ikke havde kompetencerne til ifølge kompetenceprofilen.

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

- At 20 % af de relevante medarbejdere angiver ikke at kende retningslinjerne for anvendelsen af MyMedCards og VAR.

I forhold til *den rehabiliterende tilgang*

- At beboerne ikke giver udtryk for at kende til de mål, der er sat for indsatsen, eller at de inddrages i arbejdet med at nå målene.

I vurderingen er der også lagt vægt på, at:

- At der pågår en løbende sikring af medarbejdernes kompetencer ved medicinkontrol, dokumentationsaudit samt faglige workshops.
- At beboernes besvarelser viser, at der er et rehabiliterende fokus i den måde hjælpen tilrettelægges på ved borgeren.
- At beboernes perspektiv gennemgående fremgår af journalerne.
- At over 75 % af medarbejderne har gennemført de relevante kurser.

*Tilsynets samlede vurdering ift. delegation og kompetencer:*

- Enheden har udarbejdet en handleplan (bilag 2) for de områder, hvor tilsynet har henstillet til, at der skal udarbejdes en handleplan. Tilsynet vurderer, at enhedens handleplan er tidsafgrænset, realistisk og at den udgør en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

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



## Patientsikkerhed

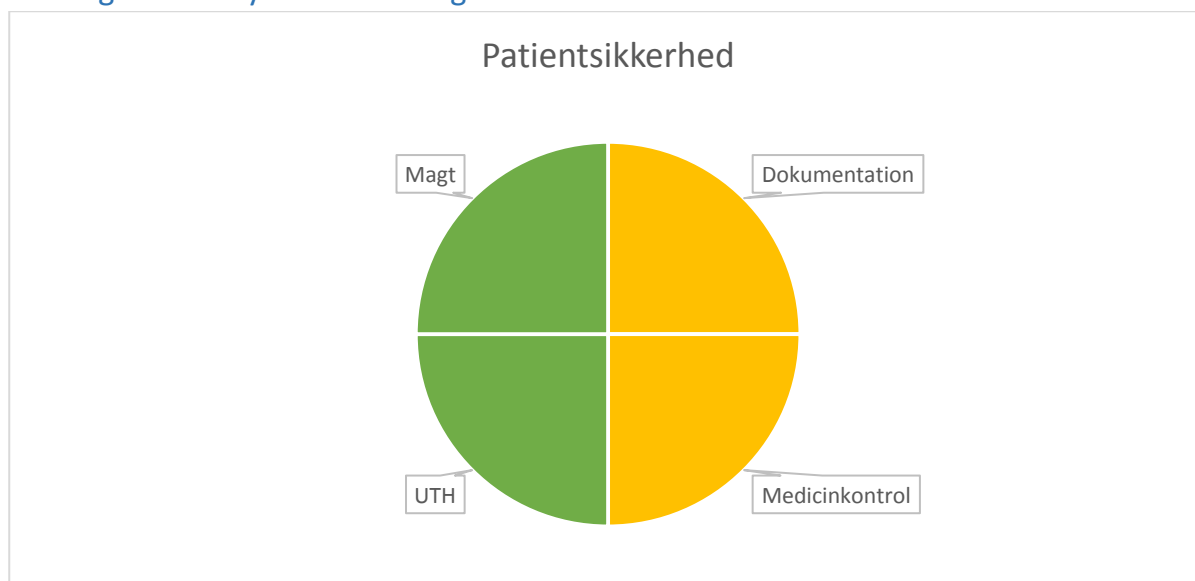
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med den sundhedsfaglige dokumentation og de sundhedsfaglige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

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

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

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

### Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

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

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

## Den sundhedsfaglige dokumentation

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens sundhedsfaglige dokumentation bygger på:

- Tilsynets uanmeldte journalaudit på seks tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til 52 vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Enhedens lokale journalaudit på 10 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 gennemgående ses opfølgning på alle observationer der beskriver en forværring, så det er tydeligt, at der er taget fagligt stilling og handlet på disse.
- At der gennemgående ses fyldestgørende opfølgning på målinger uden for tærskelværdier.

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

- At helbredsoplysningerne gennemgående fremstår relevante, præcise og opdaterede.
- At der er oprettet de relevante tilstande, både i forhold til funktionsevne og helbred.
- At beskrivelserne i tilstandspræciseringen for både helbreds- og funktionstilstande gennemgående er relevante, præcise og opdaterede. Beskrivelserne i helbredsoplysninger er lidt mere opdaterede end beskrivelserne i funktionsevnetilstandene. Strukturen i præciseringen følger kommunens anvisninger. Der er en mindre tendens til at den seneste historik fremgår af præciseringen af helbredstilstande, da tidligere beskrivelser af borgerens aktuelle situation fortsat er beskrevet.
- At der overvejende er oprettet de relevante udredninger, dog ses at udredningen for 'Viden og udvikling' samt smerteudredning ikke konsekvent udfyldes, hvor relevant.
- At der helt gennemgående er oprettet de relevante handlingsanvisninger og at disse er opdaterede.
- At der helt gennemgående er oprettet opgaver til opfølgning på indsatser og tilstande.
- At døgnrytmeplanerne fremstår relevante og opdaterede.
- At der ikke er oprettet alle relevante forflytningsvejledninger.

I forhold til *sammenhæng og systematik*

- At der er en helt gennemgående og gennemført systematik i journalerne, så det er let og hurtigt at orientere sig i og få overblik over hver enkelt journal.
- At alle relevante relationer er oprettet.
- At alle observationsnotater er både relevante, tydelige og præcise. Der ses en opfølgning på alle observationer og en opdatering af den øvrige dokumentation på baggrund af observationerne, således at der er en tydelig rød tråd i, at hvad der bliver beskrevet i observationsnotaterne er i overensstemmelse med den øvrige dokumentation.

I forhold til *understøttelse af borgerens retsstilling*

- At borgerens samtykke til den aktuelle pleje og behandling i de fleste tilfælde er dokumenteret
- At borgerens samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger gennemgående ikke er dokumenteret.

Af den kommunale tilsynsrapport for tilsyn i enheden 2020 fremgik følgende:

At ved tilsynets journalaudit ses det:

---

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

- At der er gjort et enkeltstående fund, hvor der ikke bliver fulgt op på en måling, der indikere en forværring i overgangen mellem hjemmehjælp og plejecenter.
- At der gennemgående mangler henholdsvis: Borgers vurdering i beskrivelsen af helbredstilstanden, udredninger, henvisning til borgers samtykke i korrespondancer, observationsnotat efter PN, borgers samtykke i handlingsanvisninger, opgaver til opfølgning på indsatser og at indsatsmål ikke er formuleret som SMARTE mål (Specifikke, målbare, attraktive, realistiske, tidstro og evaluerbare)
- At der i halvdelen af de auditerede journaler ses: at ikke alle relevante helbredstilstande er oprettet, at borgers ønsker og mål ikke er udfyldt, at 'faglige notat' ikke er helt fyldestgørende, at der ikke er angivelse af tærskelværdier under målinger, at alle ikke-relevante indsatser ikke er afsluttet, at handleanvisningerne ikke er helt tydelige ift. hvad man skal gøre ved afvigelse, at der mangler enkelte relevante handlingsanvisninger, at ikke alle relevante indsatsmål er oprettet og at der ikke er retvisende dato på skemaet 'Generelle oplysninger', at der i feltet 'Helbredsoplysninger' anvendes fagtermer uden forklaring og at helbredsoplysninger ikke beskrives på et overordnet niveau, at feltet 'Særlig opmærksomhed' i døgnrytmeplanen anvendes til lavpraktiske oplysninger, at helbredstilstande markeres som 'inaktive', hvis de er 'ikke-relevante' og at borgers samtykke mangler i handlingsanvisninger.

*Af ledelsesinterviewet fremgår det, at:*

- Der er lavet en handleplan for at sikre at samtykke fremgår systematisk af journalen for at arbejde videre med det, der blev påpeget i sidste års tilsynsrapport. Handleplanen er udarbejdet i samarbejde med dokumentationsnøglepersonen og der har efterfølgende været undervisning af medarbejdere, en løbende italesættelse af problemstillingen og nudging-initiativer, hvor der f.eks. står 'Husk samtykke' på stickers, der hvor medarbejderne dokumenterer.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- Borgerens samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger, gennemgående ikke er dokumenteret.
- Borgerens samtykke til den aktuelle pleje og behandling ikke er dokumenteret konsekvent.
- Der i flere tilfælde ikke var en opdateret forflytningsvejledning, hvor relevant.

I vurderingen er også lagt vægt på:

- At der ses et markant, gennemgående og tydeligt kvalitetsløft i dokumentationen i forhold til ved sidste års tilsyn.
- At der konsekvent følges op på alle observationer og målinger, der indikerer en forværring.
- At der gennemgående er en opdateret, præcis og relevant beskrivelse af og plan for borgerens helbreds- og funktionstilstande.
- At der er en tydelig og gennemgående systematik og sammenhæng i borgernes journaler.

#### **Tilsynet anbefaler**

- At enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det inden for en afgrænset periode sikres, at borgerens samtykke dokumenteres ved overlevering af helbredsoplysninger til tredjepart.
- At borgerens samtykke til aktuel behandling og pleje fremgår systematisk af journalen.

## Tilsynet fremhæver

- At enheden har formået at skabe et så gennemgående kvalitetsløft i dokumentationen siden sidste års tilsyn.
- At enheden har helt gennemført systematik i journalerne, så det er let og hurtigt at orientere sig i og få overblik over hver enkelt journal.
- At der ses en opfølgning på alle observationer og en opdatering af den øvrige dokumentation på baggrund af observationerne, således at der er en tydelig rød tråd i, at hvad der bliver beskrevet i observationsnotaterne er i overensstemmelse med den øvrige dokumentation.

## Medicinkontrol

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

- Tilsynsenhedens observation af to dispenseringer inklusiv medicinbeholdningen
- Tilsynsenhedens gennemgang af fem beboeres medicinbeholdning
- Tilsynets uanmeldte journalaudit på seks tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin
- Interview med ledelse

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved observation af dispensering af medicin samt ved gennemgang af medicinbeholdninger finder tilsynet;

- At der ved to beboere findes manglende personidentifikation på en eller flere doseringsæsker
- At der ved en enkelt beboer ses manglende personidentifikation på omslaget til doseringsæskerne
- At der ved alle syv medicingennemgange er angivet anbrudsdato på medicinske cremer, insulin samt inhalationer
- At ikke-anbrudt insulin retmæssigt opbevares på køl
- At holdbarhedsdato på præparaterne er gældende
- At enheden anvender et mobilt medicindoseringsbord til medicindispensering, som medvirker til øget ro omkring opgaven samt sikrer den nødvendige plads til medicindispenseringen
- At enheden foretager systematisk egenkontrol af alle beboernes medicinbeholdning hver 6. måned

Ved gennemgang af journalaudit finder tilsynet;

- At der i enkelte tilfælde ikke følges op med et observationsnotat efter udlevering af pn-medicin

Ved interview med ledelse

- At der med faste intervaller foretages en medicinaudit i forhold til beboernes medicinbeholdning.

Af den kommunale tilsynsrapport i enheden 2020 fremgår det, at tilsynsenheden i ca. halvdelen af de auditerede journaler fandt:

- At der ikke var angivet max dosis ved pn-medicin (medicin der gives ved behov)
- At 'risikosituationslægemiddel' ikke var angivet i medicinlisten
- At både tilsyn og enhed fandt gennemgående, at der ikke blev fulgt op med observationsnotat ved udlevering af pn-medicin

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der ved to beboere findes manglende personidentifikation på en eller flere doseringsæsker

- At der ved en enkelt beboer ses manglende personidentifikation på omslaget til doseringsæskerne
- At der i enkelte tilfælde ikke følges op med et observationsnotat efter udlevering af pn-medicin

I vurderingen er også lagt vægt på at:

- At enheden dispenserer og opbevarer beboernes medicin jf. kommunens instrukser på området.
- At det gennemgående ses at anbrudsdato og persondata på ikke-dosérbar medicin er anført, samt at medicinordinationerne i medicinoversigten er indskrevet korrekt og entydigt.
- At der med faste intervaller foretages en medicinaudit i forhold til beboernes medicinbeholdning.
- At der er sket et løft i enhedens dokumentation så fund på medicinområdet i 2020 ikke længere gør sig gældende ved tilsynet 2021.

#### **Tilsynet anbefaler:**

At der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:

- At alle doseringsæsker samt omslag hos beboerne får påført personidentifikation
- At enheden konsekvent dokumenterer opfølgning og effekt efter udlevering af pn-medicin

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

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

- Udtræk fra indrapporteringssystemet DPSD, der viser hvor mange utilsigtede hændelser, der er indrapporteret på enheden inden for det seneste år fordelt på måneder og hvilke typer af utilsigtede hændelser, der er indrapporteret.
- 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 enhedens BSK'er (borgersikkerhedskoordinator der varetager den lokale UTH-sagsbehandling), tjekker indberetningerne og følger op.
- At medarbejderne spørger hinanden eller ledelse, hvis de har brug for hjælp til indberetning af en UTH.
- At i introduktionsprogrammet præsenteres de nye medarbejdere, for hvad en UTH er og hvordan den indberettes.
- At det opleves at medarbejderne er gode til at fortælle hinanden, hvis noget skal indberettes som en UTH.

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

- At det nu er en sygeplejerske der varetager funktionen som bsk'er, hvor det tidligere har været en leder. Dette skifte er sket for at understrege over for medarbejderne, at det at indberette en UTH ikke er sanktionsgivende. Bsk'eren sagsbehandler de lokale UTH'er, ved at vurdere om der er

mønstre i indberetningen. Bsk'eren har tovholderfunktionen i forhold til at formidle disse mønstre og at undervise medarbejderne, hvis der vurderes at være behov for det.

- At mønstrene i UTH'erne og hvordan der skal arbejdes videre med dem formidles på personalemøder, assistentmøder etc. Derudover udarbejder ledelsen hver uge et ugebrev, hvor det også nævnes, hvis der er nyt i forhold til UTH. Det sikres derved, at informationen når ud til alle medarbejdere.
- At på baggrund af de gode erfaringer med at skabe et overblik ved brug af triagering<sup>3</sup> på Plejecenter Møllehjemmet, er denne tilgang også ved at blive implementeret på enheden med henblik på at skabe overblik og dermed mindske risikoen for UTH'er.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 92% medarbejdere svarer, at de enten 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ved, hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse.
- 83 % af medarbejderne ved 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' hvordan der arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen. 13 % svarer 'i nogen grad'.
- 88 % af medarbejderne angiver, at være 'helt enig' eller 'delvis enig' i at enheden håndterer utilsigtede hændelser på en hensigtsmæssig måde.
- 96 % af medarbejderne er 'helt enige' og delvis enige' i, at de ville føle sig trygge som beboere i deres enhed.
- 88 % af medarbejderne angiver, at de er 'helt enige' eller 'delvis enig' i, at de ved, hvor de kan få svar på spørgsmål om patientsikkerheden.
- 59 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at de får passende tilbagemeldinger på, hvordan de klarer deres arbejdsopgaver. 13% svarer 'Hverken enig eller uenig'.
- 67 % af medarbejderne er 'helt uenige' eller 'delvist uenige' i, at det er svært at diskutere utilsigtede hændelser på deres arbejdsplads. 13 % svarer 'Hverken enig eller uenig'.
- 58 % af medarbejderne er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at kollegaer opfordrer dem til at sige til, hvis de er bekymrede for patientsikkerheden. 25% svarer 'Hverken enig eller uenig'.
- 59 % er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at kulturen gør det nemt at lære af andres utilsigtede hændelser. 29 % svarer 'hverken enig eller uenig'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der ses flere og forskelligartede indberetninger af UTH'er
- At størstedelen af medarbejderne angiver, at de ved, hvordan man indberetter UTH'er

## Magtanvendelser

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med at forebygge og håndtere magtanvendelser bygger på:

- Journalaudit
- Interview med ledelse

---

<sup>3</sup> Triagering er en vurdering af alvorligheden af borgerens samlede tilstand i tre kategorier.

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

Af journalaudit fremgår det:

- At af de journaler, der blev auditeret af tilsynet, var magtanvendelser indberettet rettidigt.

Af interview med ledelsen fremgår det:

- At der ikke har været magtanvendelser på enheden det sidste år

**På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet:** At der ikke er gjort fund i forhold til enhedens håndtering af magtanvendelser.

### **Hygiejne**

Tilsynets kommentering af, hvorvidt enheden overholder de gældende retningslinjer for hygiejne og uniformsetikette er baseret på:

- Observationer ud fra tjekskema i enhedens lokaler og i forbindelse med medicinkontrol og interviews i beboernes hjem

### **Sammenfatning af observationer:**

Ved observation i enhedens lokaler og i beboernes hjem fremgår det:

- At uniformsetiketten efterkommes blandt de observerede medarbejdere
- At medarbejderne overholder retningslinjer for anvendelse af ringe, armbånd og ure
- At der er opsat sæbe og spritdispensere på personaletoiletter
- At der udføres korrekt hånddesinfektion forud for og ved afslutning af medicindispenseringen ved beboerne.
- At der benyttes handsker i forbindelse med direkte medicin håndtering

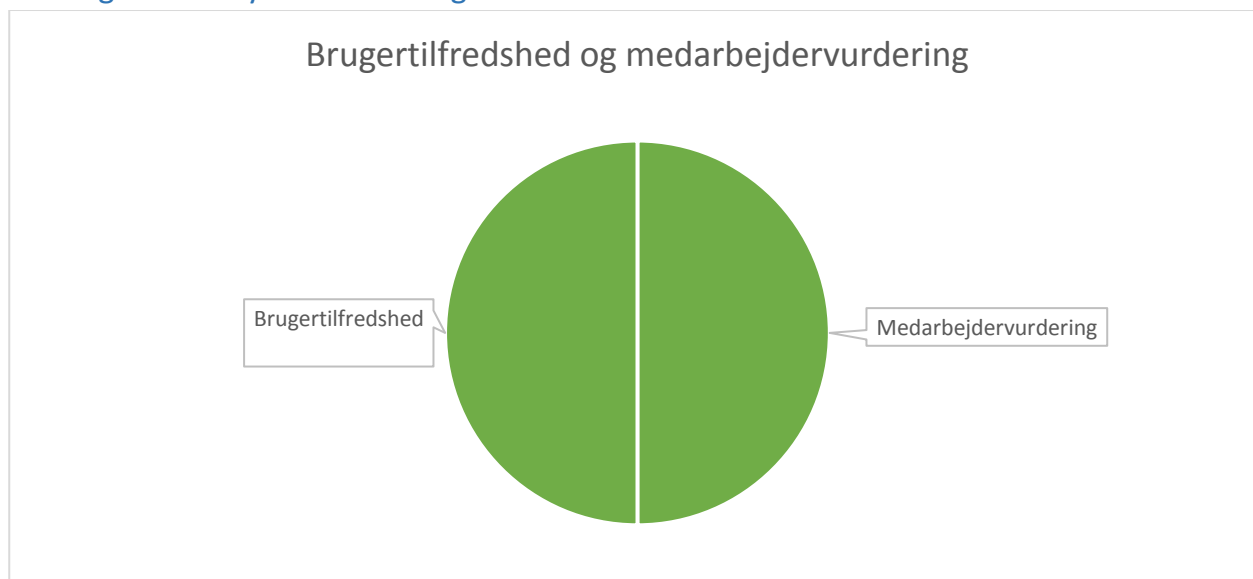
## Brugertilfredshed

I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser<sup>4</sup>. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social service §§ 83, 83a og 86.

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

- Brugertilfredshed og medarbejdervurdering

### Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

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

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

### Brugertilfredshed

Tilsynets vurdering af brugertilfredsheden på enheden bygger på:

- Interviews med 10 beboere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

#### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

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

I forhold til *de fysiske rammer*:

<sup>4</sup> Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

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



- Alle beboerne giver udtryk for, at være 'meget tilfreds' med deres bolig på plejecenteret.
- Alle beboerne giver udtryk for at være 'meget tilfreds' med plejecenterets fællesarealer
- 80 % af beboerne giver udtryk for at være 'meget tilfreds' med de udendørs arealer.

I forhold til *aktiviteter og socialt samvær*:

- 80 % beboere angiver, at være 'meget tilfreds' med de daglige aktiviteter på plejecenteret.
- 90 % af beboerne angiver, at være 'meget tilfreds' med arrangementerne på plejecenteret.

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

- Alle beboerne er samlet set 'meget tilfreds' med den hjælp og støtte de modtager på plejecenteret.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til at komme i bad, blive vasket, af- og påklædning og toiletbesøg, angiver at være 'meget tilfredse' med hjælpen.
- 80 % af beboere er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med rengøringen af egen bolig.
- 90 % af beboerne er 'meget tilfreds' med rengøringen af fællesarealerne og hjælp til tøjvask.

I forhold til *levering af henholdsvis hjælp og pleje*:

- Alle beboerne svarer, at de 'i meget høj grad' får den hjælp, de har behov for.
- Alle beboerne svarer, at de ikke oplever, at hjælpen bliver aflyst.
- Alle beboerne angiver, at personalet tager hensyn til, hvordan de gerne vil have deres døgnrytme og de deltager i de ting, de kan og ønsker at deltage i.
- I forhold til *maden*:
- Alle beboerne angiver, at maden er 'meget god'.

I forhold til *personalet*:

- Alle beboerne giver udtryk for, at være 'helt enig' i udsagnene: 'Personalet udviser respekt for mig', 'Personalet lytter til hvad jeg har behov for' og 'Omgangstonen mellem dem og personalet er god'.
- 90 % af beboerne svarer, at de er 'helt enig' eller 'enig' i, at hjælpen er lige god uanset hvilken hjælper, der kommer.

Overordnet set:

- Alle beboerne giver udtryk for samlet set at være 'meget tilfredse' med at bo på Plejecenter Farsøhthus.
- Alle 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 36 % der svarer 'i meget høj grad', eller 'i høj grad', 40 % der svarer 'i nogen grad' og 20 % der svarer 'i mindre grad'.
- 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. 28 % af medarbejderne svarer 'i nogen grad'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At de interviewede beboere giver udtryk for stor tilfredshed med den leverede praktiske hjælp og personlige pleje, med maden, leveringen af hjælpen og relationen til medarbejderne.

## Omgangsform og rengøring

Tilsynets kommentering af omgangsformen og hvorvidt enheden overholder de gældende kvalitetsstandarder for rengøring er baseret på:

- Observationer på baggrund af tjekskema i enhedens lokaler og i forbindelse med medicinkontrol og interviews i beboernes hjem.

### **Sammenfatning af observationer:**

Ved observation i enhedens lokaler og beboernes hjem ses det:

- At beboernes hjem fremstår rene og ryddelige.
- At hjælpemidler fremstår rene.
- At der observeres en god og anerkendende omgangstone mellem personale og beboere.
- At fællesområder i enheden fremstår rene og ryddelige.

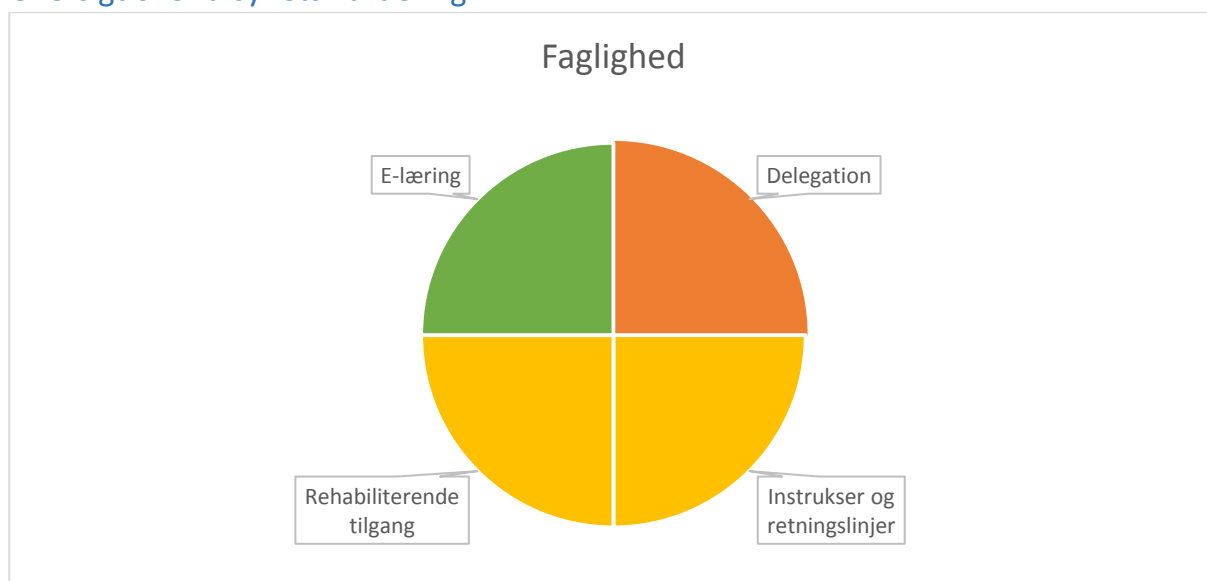
## Faglighed

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

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

- Delegation og kompetencer
- Kendskab til instrukser og retningslinjer
- Enhedens rehabiliterende tilgang
- Medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring

### Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med delegation og kompetencer og medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer, enhedens rehabiliterende tilgang og medarbejdernes gennemførelse af den obligatoriske e-læring: *At der er gjort fund af betydning for den faglige kvalitet.*

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

### Delegation og kompetencer

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

- Interview med ledelsen
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Ved ledelsesinterviewet fremgår det:

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

- At der arbejdes med kompetenceskemaerne, hvor det kan ses, hvilke kompetencer medarbejderne er oplært i lokalt i enheden ved at medarbejderne indhenter dokumentation for dette (en underskrift).
- At der med jævne mellemrum er fokus på den enkelte medarbejders kompetenceskema, hvor medarbejderen tager skemaet med og det gennemgås sammen med ledelsen.
- At det opleves og der opfordres til, at medarbejderne spørger en kollega, hvis de skal udføre en opgave, de er lidt usikre på – for eksempel fordi det er længe siden sidst.
- At der løbende er sygeplejersker, der foretager en medicingennemgang og følger op i forhold til den pågældende medarbejders/medarbejdergruppes medicinhåndtering, hvis der vurderes at være behov for det. Der er her en opmærksomhed på, at medarbejderen ikke oplever dette som en udstilling af vedkommende, men som en læringsituation.
- At der er en oplevelse af, at alle medarbejderne er meget bevidste om, hvilke opgaver de ikke må varetage og at de er gode til at sige fra.
- At der er en oplevelse af, at medarbejderne selv er opsøgende i forhold til råd og vejledning ved nøglepersonerne – for eksempel sårnøglepersonen.
- At af interviewet fremgår også, at der udover den løbende sikring af medarbejdernes kompetencer ved medicinkontrol også gennemføres dokumentationsaudit samt faglige workshops – men at det ikke foregår som en systematisk opfølgning på delegation.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

I forhold til *oplæring af nye medarbejdere*:

- At 72 % af medarbejderne angiver at være 'helt enige i' eller 'delvist enige i' at nyt personale får en god introduktion. 8 % angiver 'både og' og 20 % angiver 'delvis uenig' og 'helt uenig'.
- At 64 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvist enige' i, at personale der er under oplæring inden for deres fagområde, får den nødvendige supervision. 8 % svarer 'hverken enig eller uenig'.

I forhold til *procedure for delegation*<sup>6</sup>:

- At 63 % af medarbejderne svarer, at de kender proceduren for delegation til medarbejdere. 34 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- 93 % angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' følger procedurene for delegation.

I forhold til *kompetenceprofil*:

- At 75 % 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?'. 21 % svarer 'ja' eller 'ved ikke'.
- At 71 % af medarbejderne svarer, at de har en opdateret kompetenceprofil.
- I forhold til tilgængelige kompetencer:
- At 92 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvist enige' i udsagnet 'Mit team har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag'. 16% svarer 'hverken enig eller uenig'.

---

<sup>6</sup> I afrapporteringen af medarbejderbesvarelserne ved dette spørgsmål er der kun taget udgangspunkt i besvarelser fra hhv. sygeplejersker, assistenter og hjælpere.

**Tilsynets vurdering:** At der er gjort fund af betydning i forhold til, hvordan enheden sikrer, at kommunens retningslinjer for delegation efterleves og hvor vidt medarbejderne har en opdateret kompetenceprofil.

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- Der ikke foreligger en konkret plan for, hvordan enheden sikrer systematisk opfølgning på delegerede opgaver.
- 34 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til om de kender proceduren for delegation til medarbejdere
- At over 20 % er i tvivl eller har inden for de seneste tre måneder udført en eller flere opgaver, de ikke havde kompetencerne til ifølge kompetenceprofilen.

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

- At der pågår en løbende sikring af medarbejdernes kompetencer ved medicinkontrol, dokumentationsaudit samt faglige workshops.

**Tilsynet henstiller til:**

- At der udarbejdes en plan for, hvordan kendskabet til for proceduren for delegation bliver kendt af alle relevante medarbejdere.
- 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 delegation og kompetencer. (Se bilag 2.)

**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 områderne og opnå det ønskede resultat.

## Kendskab til instrukser og retningslinjer

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

- Udtræk fra medarbejder-app'en MyMedCards i forhold til hvilke medarbejdere, der har set/læst hvilke instrukser og retningslinjer
- Ledelsesinterview
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

**Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:**

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

- At der er 51 unikke brugere af MyMedCards på enheden i perioden 1. november 2020 og til 31. oktober 2021

Af ledelsesinterview fremgår det, at:

- Medarbejderne forventes at orientere sig i MyMedCards og VAR
- At hvis der er helt nye retningslinjer etc. formidles dette også i enhedens ugentlige nyhedsbrev, på personalemøder eller det daglige morgenmøde.
- At der er en eksplicit forventning fra ledelsen om, at medarbejderne fortæller videre til deres kolleger – for eksempel ved vagtskifte, hvis de er introduceret til noget nyt.

- At ledelsen arbejder med forskudte arbejdstider, så der er et jævnt overlap til aftenvagten og nattevagten og nye informationer kan videregives.
- At der er introduktionsskemaer, der viser, hvad man som ny medarbejder skal introduceres til.
- At der aktuelt er overvejelser over om nye medarbejdere skal have en mentor, der sammen med ledelsen har ansvaret for at den nye medarbejder er opdateret.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fremgår det:

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

- At 96 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enig' i, at de normalt har adgang til alle de oplysninger, de har brug for, for at kunne træffe beslutninger om pleje og behandling.

I forhold til *retningslinjer for anvendelsen af MyMedCards og VAR*<sup>7</sup>:

- At 72 % af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for hvordan de skal bruge VAR (database over sundhedsfaglige procedurer). 20 % angiver 'ved ikke'.
- 87 % af medarbejderne svarer, at de i 'meget høj grad' og 'i høj grad' følger disse retningslinjer, 6 % angiver i nogen grad.
- 64 % af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for, hvordan de skal bruge MyMedCards. 36 % angiver 'ved ikke'.
- 75 % af medarbejderne svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' følger disse retningslinjer. 13 % svarer i nogen grad.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

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

#### **Tilsynet anbefaler:**

- At der arbejdes med at sikre, at medarbejderne kender retningslinjerne for anvendelsen af MyMedCards og VAR.

## Rehabilitering

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

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

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

Ved interview med beboere fremgår det at:

- Alle 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'.
- 90 % af beboerne svarer, at de 'slet ikke' har været med til at 'sætte mål for hjælpen', eller 'arbejder efter de aftalte mål'.

<sup>7</sup> I dette spørgsmål afrapporteres kun besvarelser fra de relevante faggrupper, dvs. besvarelser fra sygeplejersker, assistenter og hjælpere – 45 besvarelser i alt.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- 48 % af medarbejderne angiver, at de i 'meget høj grad' eller 'i høj grad' kender borgernes livshistorie og handleplaner. 36 % angiver 'i nogen grad' og 16 % angiver 'i mindre grad'.
- 64 % af medarbejderne angiver, at de i 'meget høj grad' eller 'høj grad' aktivt inddrager borgerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter. 32 % angiver 'i nogen grad' og 4 % angiver i 'mindre grad'.

Af ledelsesinterview fremgår det at:

- Siden forrige rehabiliteringsuge ses der en fremgang i forhold til, hvordan borgerens perspektiv fremgår af journalen, hvilket også er et område, der er blevet arbejdet med i den mellemliggende periode. Der er blevet arbejdet med SMARTE mål, og kommet en bevidsthed i forhold til tankegangen, men der er også kommet en erkendelse af, at ikke alle mål kan formuleres som SMARTE mål.
- At udover borgerens perspektiv i dokumentationen er der også arbejdet med den rehabiliterende kultur, forstået som den måde man kontinuerligt taler om og har en bevidsthed på, at borgeren skal inddrages indsatsen og gøre mest muligt selv.
- At medarbejderne er blevet opmærksomme på at anvende 'værktøjskassen', der er en række øvelser til borgeren for at forebygge funktionsfald.
- At der er en bevidsthed om, at det at have en rehabiliterende tilgang ikke er ekstra tidskrævende for medarbejderne.
- At nye medarbejdere introduceres til den rehabiliterende tilgang.
- At der afholdes beboermøder, hvor alle beboere i en afdeling høres i forhold til emner af betydning for deres hverdag, eksempelvis maden, aktiviteter etc.

Af journalaudit fremgår det at:

- Inddragelse af borgers perspektiv fremgår gennemgående i de auditerede journaler. Dette gælder både felterne vedr. borgers motivation, mestring og ressourcer og felterne borgerens vurdering i tilstandspræciseringen. Der er ligeledes oprettet indsatsmål og disse er forholdsvis konkrete – men ikke helt konsekvent målbare.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At beboerne ikke giver udtryk for at kende til de mål, der er sat for indsatsen, eller at de inddrages i arbejdet med at nå målene.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At beboernes besvarelser viser, at der er et rehabiliterende fokus i den måde hjælpen tilrettelægges på ved borgeren.
- At beboernes perspektiv gennemgående fremgår af journalerne.

**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 medicin håndtering, vurderes ud fra:

Udtræk fra e-læringsportalen Plan2Learn, der dog kun skal ses som vejledende<sup>8</sup>

- 44 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Magtanvendelse'. Ud af de 44 medarbejdere har 36 medarbejdere gennemført kurset. 8 medarbejdere er tilmeldt kurset, men mangler at gennemføre kurset.
- 13 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'. Ud af de 13 medarbejdere har 10 medarbejdere gennemført kurset. 3 medarbejder er tilmeldt kurset, men mangler at gennemføre kurset.
- 34 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere'. Ud af de 34 medarbejdere har 27 medarbejdere gennemført kurset. 7 medarbejdere er tilmeldt kurset, men mangler at gennemføre kurset.

**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 75 % af medarbejderne har gennemført de relevante kurser.

---

<sup>8</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.



## Organisation

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

- APV
- Samarbejde
- Budgetoverholdelse
- Sygefravær
- Eksterne tilsyn

### Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

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

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

### APV

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

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

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

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

Ved ledelsesinterview fremgår det:

- At enheden sidst have en psykisk APV for medarbejderne i december 2019 og der efterfølgende er blevet samlet op i AMR- og TRIO-regi og set på, hvilke tiltag der kunne gøres og at alle medarbejderne har været med i det videre arbejde.
- At der netop er sat en proces i gang i forhold til samarbejdet mellem de to enheder: Plejecenter Møllehjemmet og Plejecenter Farsøhthus.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der er udfyldt APV for alle borgere
- At der har været en psykisk APV inden for de sidste tre år, og der har været arbejdet videre med resultatet af denne.

## Samarbejde

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

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

**Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:**

- 76 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. 24 % af medarbejdere svarer, at der er 'både og.'
- 84 % af medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne internt. 16 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og' samarbejde.
- 84 % af medarbejderne angiver, at have et 'meget godt' eller 'godt' forhold til ledelsen. 8 % angiver, at det er 'både og' og 8 % af medarbejderne svarer, at der er et 'dårlig' 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 svarer, at samarbejdet er 'meget godt' eller 'godt'.

## Sygefravær

Vurderingen af enhedens sygefravær, bygger på:

- Oversigt over sygefraværsprocenten i perioden 1. september 2020 til 31. august 2021

Af sygefraværsoversigten fremgår det:

- At sygefraværsprocenten i perioden 1. september 2020 til 31. august 2021 i gennemsnit har været på 4,91 %. Til sammenligning er sygefraværsprocenten i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune i samme periode på 6,7 %

## Budgetoverholdelse

**Tilsynet vurderer at:** Plejecenter Farsøhthus er et meget veldrevet plejecenter, hvor der forventes budgetoverholdelse.

Der udnyttes samdriftsmuligheder mellem Plejecentrene Farsøhthus og Møllehjemmet, som på trods af den fysiske afstand fremstår som en samlet enhed, men også med plads til forskellighed. Samtidig er der fokus på driftstilpasninger på det længere sigte.

Der er et tæt samarbejde og involvering mellem ledelse og planlægger, som afspejler sig i, at der er hurtig og smidig tilpasning i driften.

### Opsamling på andre/tidligere tilsyn

**Arbejdstilsynet** har den 11. februar 2021 været på besøg hos enheden og enheden har fået en grøn smiley, der betyder, at enheden ikke har noget udestående med Arbejdstilsynet.

**Beredskab og Sikkerhed** har d. 30. juni 2021 kontrolleret, at bestemmelserne om brandsikkerhed var overholdt. Brandsynet gav ikke anledning til bemærkninger.

## 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 10 borgere
Opfølgning på observationer	6 ud af 6	10 ud af 10
Opfølgning på målinger uden for tærskelværdi	2 ud af 2	5 ud af 5
<i>Opdateret beskrivelse af og plan for borgers helbreds- og funktionstilstande</i>		
Relevante helbredsoplysninger	6 ud af 6	10 ud af 10
Taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser	6 ud af 6	10 ud af 10
Alle relevante helbredstilstande valgt	6 ud af 6	9 ud af 10
Fyldestgørende faglige notater for helbredstilstande	6 ud af 6	10 ud af 10
Alle relevante funktionstilstande valgt	6 ud af 6	10 ud af 10
Oprettet relevante handlingsanvisninger	6 ud af 6	8 ud af 10
Henvielse til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant	5 ud af 5	10 ud af 10
Døgnrytmeplan opdateret	6 ud af 6	10 ud af 10
Ingen ubehandlede korrespondancer på borgeren? (MedCom)	6 ud af 6	10 ud af 10
Hvis relevant: En aktuell forflytningsvejledning for borgeren	2 ud af 4	4 ud af 4
Er relevante udredninger oprettet og udfyldt?	6 ud af 6	7 ud af 10
Oprettet opgaver på alle tilstande mindst en gang årlig	6 ud af 6	8 ud af 10
<i>Sammenhæng og systematik</i>		
Oprettet relationer så der skabes sammenhæng	6 ud af 6	10 ud af 10
<i>Understøttelse af borgers retsstilling</i>		
Borgersens samtykke fremgår af handleanvisningen	4 ud af 6	8 ud af 10
Borgers samtykke ved videregivelse af helbredsoplysninger	0 ud af 6	1 ud af 10
Tidsfrist for indberetning af magtanvendelse overholdt	3 ud af 3	1 ud af 1
<i>Understøttelse af rehabiliterende tilgang</i>		
Beskrivelse af borgers motivation	6 ud af 6	10 ud af 10
Beskrivelse af borgers mestring	6 ud af 6	10 ud af 10
Beskrivelse af borgers ressourcer	5 ud af 6	9 ud af 10
Borgers vurdering ved helbredstilstande	5 ud af 6	10 ud af 10
Borgers vurdering ved funktionstilstande	6 ud af 6	7 ud af 10
Oprettet indsatsmål	5 ud af 6	6 ud af 10
Feltet 'Borgers indsats' udfyldt i Døgnrytmeplan	6 ud af 6	10 ud af 10

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

### 1. Opfølgingsplan

Beskrivelse/titel:	Delegation og kendskab til eget kompetenceområde	
Enhed/afdeling:	Farsøhthaus/Møllehjemmet	Dato: 11/11-21
Ansvarlig for udfyldelse:	Dokumentationsgruppen	Ledelsesansvarlig: Laila Frederiksen

<b>TEMA</b> Hvilket område omhandler planen	Kendskab til proceduren for delegation, kendskab til egne kompetencer samt gældende retningslinjer og instrukser.
<b>UDGANGSPUNKT</b> Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Øget fokus på kendskab til egne kompetencer samt retningslinjer og instrukser for at øge patientsikkerheden.
<b>MÅL</b> Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål	Alle medarbejdere skal have kendskab til egne kompetencer og kompetenceprofil Alle medarbejdere skal kunne begå sig i VAR samt MMC
<b>HVAD?</b> Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Der udarbejde en quiz for hver personalegruppe omhandlende VAR samt MMC</li> <li>2. Ledelsesmæssig opfølgning ifm. MUS-samtaler samt nyansættelser</li> <li>3. Kontinuerlig opfølgning på kompetenceskemaer – særligt fokus ifm. medarbejderrotation</li> <li>4. Der udarbejde en kompetence mappe for hver afdeling samt for aften og nattevagter fremfor en samlet mappe for at sikre overblik</li> </ol>
<b>HVORDAN?</b> Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	Ledelsen
<b>HVORNÅR?</b> Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Det er en kontinuerlig proces.
<b>DOKUMENTATION</b> Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	Til alle MUS-samtaler samt dagligt skabe et overblik over, om rette kompetencer er til stede for at løse dagens opgaver.
<b>HVEM?</b> Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene?	Ledelsen

## Bilag 3: Referat: Høring ift. tilsynsrapport i beboer og pårønderådet 9. december 2021

Tilsynsrapporten for Plejecenter Farsøhthus har været i høring i beboer- og pårønderådet for Plejecenter Farsøhthus den 9. december 2021.

Tilstedeværende i Plejecenter Farsøhthus beboer- og pårønderåd:

Beboer- og pårøndererepræsentanter: Bjarne Skou (beboer og næstformand), Jytte Trabjerg (beboer), Heidi Klemmesen (pårørende og formand), Peter Sørensen (pårørende), Marianne Kolind (pårørende).

Beboer- og pårønderådet angiver:

- At rapporten fremstår grundig og fyldestgørende og at den tegner et positivt billede i sin helhed af et veldrevet center og et godt personale. De problemfelter, der er skitseret i rapporten, vurderes ikke at have en væsentlig betydning for patientsikkerheden og kvaliteten og det bemærkes, at der også foreligger handlingsplaner for disse problemfelter.
- At der er en anerkendelse af, at medarbejderne gør et stort og godt arbejde på Plejecenter Farsøhthus på trods af, at der er udfordringer med både corona og rekruttering
- At det bemærkes, at der er en meget lav besvarelsesprocent af spørgeskemaet til medarbejdere, og at det giver en usikkerhed i forhold til validiteten af svarerne. Der bliver stillet spørgsmål til, hvorfor svarprocenten er så lav og hvordan man kan arbejde for, at der fremover kommer en meget højere svarprocent. Her angiver ledelsesrepræsentant Laila Frederiksen, at fra næste år vil alle medarbejdere have en tablet, hvilket vil gøre det nemmere for medarbejderne at besvare spørgeskemaet.
- At det bemærkes, at der gøres et stort arbejde i forhold til dokumentationen
- At det anses som betryggende, at der arbejdes med utilsigtede hændelser i et læringsperspektiv
- At centeret opleves som et godt sted at være - også for de pårørende, når de kommer på besøg - med smilende personale og beboere
- At der er en oplevelse af, at der foregår gode aktiviteter.
- At der bliver udtrykt bekymring i forhold til arbejdsmiljøet fremadrettet med de nuværende rekrutteringsproblemer og et der er et ønske om, at der udarbejdes en handleplan i forhold til denne problematik både på enheden og centralt i kommunen. Ledelsesrepræsentant Laila Frederiksen fortæller, at dette arbejde allerede pågår.