

Plejecenter
Møllehjemmet
Kommunalt
tilsyn

9. december
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	11
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)	12
Magtanvendelser.....	13
Hygiejne	14
Brugertilfredshed.....	15
Oversigt over tilsynets vurdering	15
Brugertilfredshed.....	15
Omgangsform og rengøring	17
Faglighed.....	18
Oversigt over tilsynets vurdering	18
Delegation og kompetencer	18
Kendskab til instrukser og retningslinjer	20
Rehabilitering	21
E-læring.....	22
Organisation.....	24
Oversigt over tilsynets vurdering	24
APV	24
Samarbejde.....	25
Sygefravær.....	26
Budgetoverholdelse.....	26
Opsamling på andre/tidligere tilsyn	26
Bilag 1: Oversigt: Journalaudit	27
Bilag 2: Referat: Høring ift. tilsynsrapport i bruger og pårørenderådet	28

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: Brugertilfredshed hos borgere/beboere i forhold til den leverede indsats og medarbejdernes tilfredshed, med de vilkår de har for at levere indsatsen.
- 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 fire journaler
- Enheden har udført en lokal journalaudit på otte journaler
- Interview med ledelsen om det lokale arbejde med sikring og udvikling af henholdsvis patientsikkerhed, brugertilfredshed, faglighed og organisatorisk bæredygtighed
- Interview med syv 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 35 medarbejdere. 21

medarbejdere har svaret på hele spørgeskemaet. Dette giver en svarprocent på 60 %, hvilket er en tilfredsstillende svarprocent.

- Stikprøvekontrol af fire 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 anvender MyMedCards.
- Oversigt over sygefraværsprocenten pr 1. september 2021.
- Kommentarer til 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 patientkrisiske 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 Møllehjemmet er et kommunalt plejecenter med 32 plejeboliger.

Lederteamet består af 1 afdelingsleder og 1 aftaleholder

Fremmødeprofil

Dagvagt: 11

Weekend dagvagt: 6

Aftenvagt: 4

Nattevagt: 2

Enhedens præsentation af aktuelle rammer og vilkår for arbejdet

-Ledelse: Der har manglet 1 afdelingsleder i 3 måneder, dette har haft betydning i forhold til faglig ledelse.

- Der ses en træt organisation både medarbejdere 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 Møllehjemmet opstartet med:

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

Farsøthuset/Møllehjemmet: Opstartet med at arbejde mere fokuseret på ernæringsindsatsen

Farsøthuset/Møllehjemmet: Arbejder med kommunens værdiord-implementering

Farsøthuset/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 hændelser¹ (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 *medicinkontrol*

- At der ses tilfælde i en journal, hvor der ved pn-medicingivning ikke følges op på effekt med et observationsnotat
- At der mangler angivelse af risikosituationslægemiddel i medicinlisten
- At holdbarhedsdatoen er overskredet for et pn-præperat.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

I forhold til *dokumentation*

- At der gennemgående ses en opfølgning på forværring i borgers tilstand
- At der gennemgående er en opdateret beskrivelse af og plan for borgers helbreds- og funktionstilstande
- At der gennemgående er en sammenhæng og systematik i journalen
- At borgerens retsstilling understøttes gennemgående ved dokumentation af det indhentede samtykke.

I forhold til *medicinkontrol*

- At enheden dispenserer og opbevarer beboernes medicin jf. kommunens instrukser på området
- At anbrudsdato og persondata på ikke-dosérbar medicin er anført
- At medicinordinationerne i medicinoversigten er indskrevet korrekt og entydigt.

I forhold til *arbejdet med UTH*

- 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 mindre betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

I forhold til *delegation og kompetencer*

- Der ikke foreligger en konkret plan for, hvordan enheden sikrer systematisk opfølgning på delegerede opgaver.

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

- 21 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til om de kender proceduren for delegation til medarbejdere

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:

I forhold til *delegation og kompetencer*

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

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

- At langt størstedelen af medarbejderne angiver at kende retningslinjerne for anvendelsen af MyMedCards og VAR.
- At der er en konsekvent og systematisk tilgang til at formidle ny viden til medarbejderne

I forhold til *den rehabiliterende tilgang*

- 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.

I forhold til *e-læring*

- At langt størstedelen af medarbejderne har gennemført de relevante kurser.

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

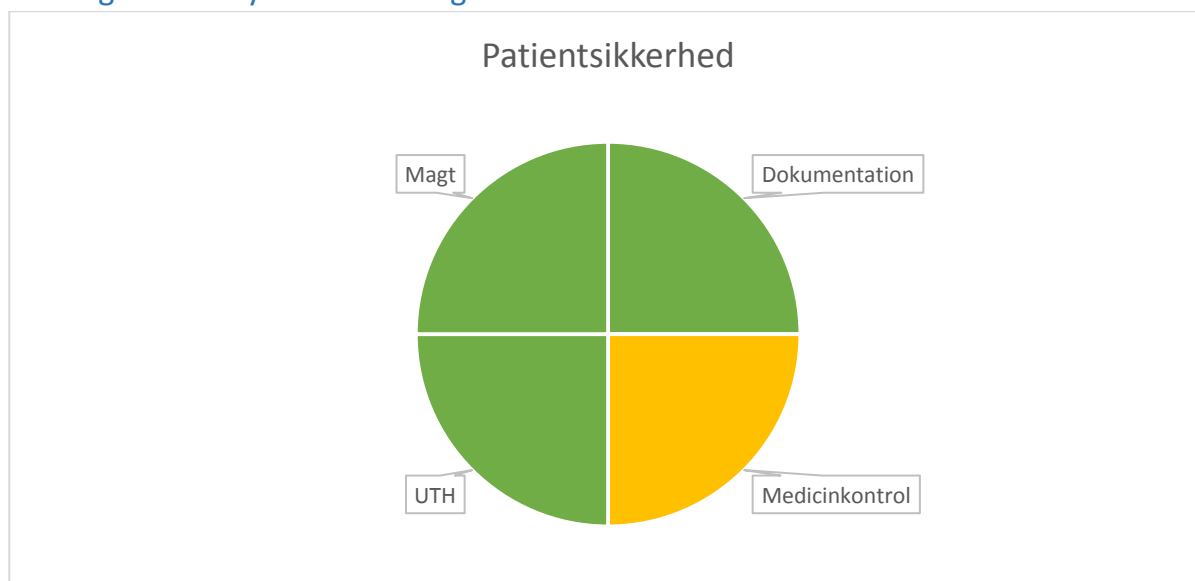
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for at forbedre *patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med den sundhedsfaglige dokumentation, medicinhåndteringen 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 medicinhåndtering
- Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser
- 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, medicinhåndtering, utilsigtede hændelser (UTH'er) og magtanvendelser: *At der er gjort et eller flere 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 fire tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til 52 vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Enhedens lokale journalaudit på otte af deres borgerjournaler ud fra 68 kriterier.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund²:

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

I forhold til *opfølgning på forværring i borgers tilstand*

- At der 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.
- At der overvejende er oprettet de relevante udredninger.
- 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 udførlige.
- At der er oprettet alle relevante forflytningsvejledninger.

I forhold til *sammenhæng og systematik*

- At der er en gennemgående systematik i journalerne, så det er let og hurtigt at orientere sig i og få overblik over hver enkelt journal.
- At der i en enkelt journal fremstår lidt uklart, hvordan indsatsen skal tilrettelægges, da det fremgår, at beboeren "ikke ønsker vægtmåling" og "ikke ønsker yderligere tiltag" ift. forstoppelse.
- At de relevante relationer er oprettet.
- At observationsnotater er både relevante, tydelige og præcise.

I forhold til *understøttelse af borgerens retsstilling*

- At borgerens samtykke til den aktuelle pleje og behandling samt videregivelse af helbredsoplysninger er dokumenteret korrekt i handlingsanvisning jf. Norddjurs Kommunes instruks.

Af ledelsesinterviewet fremgår det, at:

- Dokumentationsgruppen, der består af nøglepersoner på tværs af de to plejecentre Farsøthaus og Møllehjemmet, mødes fast fire gange årligt og derudover mødes gruppen ad hoc for eksempel i forbindelse med tilsyn, eller hvis der er noget, der skal sættes ekstra fokus på. Gruppen er nedsat for at der kan drages læring af erfaringerne på tværs af de to centre. Medarbejderne i dokumentationsgruppen er gode til at undervise og tilpasse formidlingen til de enkelte medarbejdere og de supplerer hinanden godt, da de repræsenterer forskellige faggrupper.

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

- Ved sidste års tilsyn var der henstilling om at udarbejde en handleplan for at sikre dokumentation af borgers samtykke og dokumentationsgruppen har sammen udarbejdet en handleplan i forhold til dette. Der er blevet sat tid af til undervisning af medarbejderne og der er derudover sat tid af til 1:1 gennemgang af systemet, hvor medarbejderen kan få hjælp og sparring til dokumentationen.
- Dokumentation ses som et kontinuerligt fokusområde og dokumentationsgruppen laver løbende tjek af journalerne ud fra auditskema med henblik på at vurdere kvaliteten af dokumentationen og hvor der måske skal sættes ind med undervisning – for eksempel i forbindelse med beboernes årlige medicingennemgang.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- Der ses en gennemgående opfølgning på forværring i borgers tilstand
- Der gennemgående er en opdateret beskrivelse af og plan for borgers helbreds- og funktionstilstande
- Der gennemgående er en sammenhæng og systematik i journalen
- At borgerens retsstilling understøttes gennemgående ved dokumentation af det indhentede samtykke

Tilsynet fremhæver

- At enheden har en 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 medicinhåndtering bygger på:

- Tilsynsenhedens uanmeldte gennemgang af fire beboeres medicinbeholdning
- Tilsynets journalaudit på fire tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til vurderingskriterier relateret til medicin.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved gennemgang af medicinbeholdninger finder tilsynet:

- At der ved medicingennemgang ses et enkelt pn-præparat (viskøse øjendråber), hvor holdbarhedsdatoen er overskredet. Præparatet har ikke været anvendt, efter at holdbarhedsdatoen er overskredet, hvorfor det ikke har haft nogen konsekvens for borgeren
- At der ses en god orden i medicinskabene samt en korrekt og tydelig adskillelse af borgernes aktuelle og pauserede medicin
- At samtlige doseringsæsker har påført personidentifikation
- At der ved alle fire medicingennemgange er angivet anbrudsdato på medicinske dråber, insulin samt inhalationer
- At ikke-anbrudt insulin retmæssigt er opbevaret på køl
- At enheden anvender et mobilt medicindoseringsbord til medicindispensering, som medvirker til øget ro omkring opgaven samt sikrer den nødvendige plads til medicindispenseringen

Ved gennemgang af journalaudit finder tilsynet:

- At der i en enkelt journal ses tre tilfælde, hvor der ved pn-medicinering ikke følges op på effekt med et observationsnotat
- At der i et enkelt tilfælde mangler angivelse af 'risikomedicin' i medicinlisten ved en beboer, som får et morfika-præparat.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- At der ses tilfælde i en journal, hvor der ved pn-medicinering ikke følges op på effekt med et observationsnotat
- At der mangler angivelse af risikosituationslægemiddel i medicinlisten
- At holdbarhedsdatoen er overskredet for et pn-præparat.

I vurderingen er der også lagt vægt på, at:

- Enheden dispenserer og opbevarer beboernes medicin jf. kommunens instrukser på området
- At anbrudsdato og persondata på ikke-doserbar medicin er anført
- At medicinordinationerne i medicinoversigten er indskrevet korrekt og entydigt.

Tilsynet anbefaler:

At der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:

- At al medicin, både aktuelt, pauseret og seponeret medicin, med faste mellemrum kontrolleres, så præparater med overskredet holdbarhedsdato fjernes og destrueres.
- At der altid følges op på effekten af pn-medicin via et observationsnotat.

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, patientuheld og infektioner, 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 det er en del af introduktionen for nye medarbejdere, at man får at vide, hvordan utilsigtede hændelser indberettes blandt andet i intro-pjecer, der er målrettet den enkelte faggruppe (assistent eller hjælper).

- At der er en BSK'er (borgersikkerhedskoordinator der varetager den lokale UTH-sagsbehandling), for både Plejecenter Møllehjemmet og Farsøhthaus. BSK'eren ser på de indberettede UTH'er og vurderer (sammen med ledelsen og medarbejdere) om der er nogle mønstre, der skal arbejdes med – for eksempel ved en fælles faglig workshop om medicindispensering.
- At efter at der er kommet medicinmoduler på tablets, er antallet af UTH'er i forbindelse med medicingivning mindsket.
- At der igennem længere tid er arbejdet med triage (en tilgang til at prioritere indsatsen blandt beboerne ud fra faste kriterier til at vurdere alvorligheden af helbredstilstanden). Der afholdes tragemøde hver dag for alle faggrupper, hvor man mødes ti minutter for at høre, om der er noget, man skal være opmærksom på. Triage-tavlen og tragemøderne bruges også til et systematisk og lærende arbejde med UTH'er.

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

- At der tidligere er blevet afholdt workshops om nedre hygiejne eksempelvis for at imødegå UTH'er i forbindelse med Urinvejsinfektioner. Ved disse workshops viser erfarne medarbejdere, hvilke arbejdsgange, der kan øge hygiejnen og alle medarbejdere kan tilmelde sig.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 84 % medarbejdere svarer, at de enten 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ved, hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse.
- 69 % af medarbejderne ved 'i meget høj grad' eller 'i høj grad', hvordan der arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen. 26 % svarer 'i nogen grad'.
- Alle medarbejderne angiver, at være 'helt enige' eller 'delvis enige' i at enheden håndterer utilsigtede hændelser på en hensigtsmæssig måde.
- 89 % af medarbejderne er 'helt enige' og delvis enige' i, at de ville føle sig trygge som beboere i deres enhed.
- 84 % af medarbejderne angiver, at de er 'helt enige' eller 'delvis enig' i, at de ved, hvor de kan få svar på spørgsmål om patientsikkerheden.
- 69 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at de får passende tilbagemeldinger på, hvordan de klarer deres arbejdsopgaver. 21 % svarer 'Hverken enig eller uenig'.
- 58 % af medarbejderne er 'helt uenige' eller 'delvist uenige' i, at det er svært at diskutere utilsigtede hændelser på deres arbejdsplads. 21 % 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. 37 % svarer 'Hverken enig eller uenig'.
- 73 % er 'helt enige' eller 'delvis enige' i, at kulturen gør det nemt at lære af andres utilsigtede hændelser. 16 % 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

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 ledelsen altid involveres i magtanvendelsen, da de skal skrive under på indberetningen og her sikrer ledelsen sig, at pårørende er blevet orienteret om hændelsen.

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 foretages hånddesinfektion forud for en ny opgave ved borgeren
- At der er opsat sæbe og spritdispensere på personaletoiletter

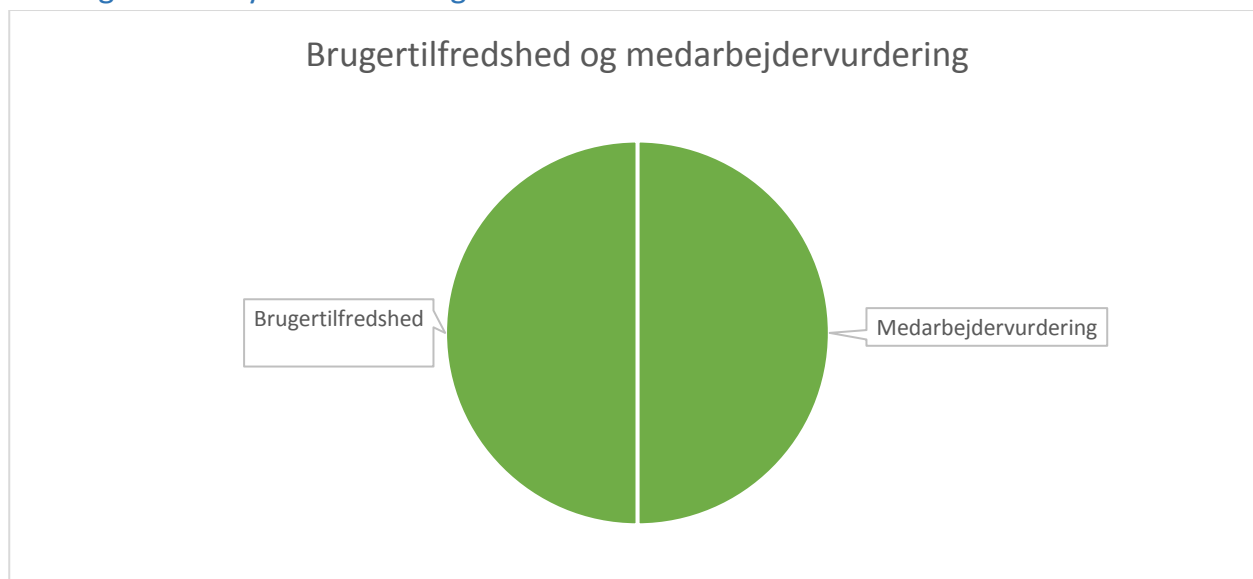
Brugertilfredshed

I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser³. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social service §§ 83, 83a og 86.

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

- Brugertilfredshed og medarbejdervurdering

Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med brugertilfredshed: *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 8 beboere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewet⁴ fremgår det, at:

I forhold til *de fysiske rammer*:

³ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

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

- 75 % af beboerne giver udtryk for, at være 'meget tilfredse' med deres bolig på plejecenteret. De resterende er 'delvis tilfredse'.
- 80 % af beboerne giver udtryk for at være 'meget tilfredse' med plejecenterets fællesarealer. De resterende er 'delvis tilfredse'.
- 80 % af beboerne giver udtryk for at være 'meget tilfredse' med de udendørs arealer. De resterende er 'delvis tilfredse'.

I forhold til *aktiviteter og socialt samvær*:

- 80 % beboere angiver, at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med de daglige aktiviteter på plejecenteret. 20 % angiver 'hverken eller'.
- Alle beboerne angiver, at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med arrangementerne på plejecenteret.

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

- Alle beboerne er samlet set 'meget tilfredse' 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' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- 76 % af beboere er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med rengøringen af egen bolig. 13 % svarer 'hverken eller'.
- Alle beboerne er 'meget tilfredse' med rengøringen af fællesarealerne og hjælp til tøjvask.

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

- 86 % af 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.
- 87 % af beboerne angiver, at personalet 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' tager hensyn til, hvordan de gerne vil have deres døgnrytme.
- Alle beboerne svarer, at de deltager i de ting, de kan og ønsker at deltage i.

I forhold til *maden*:

- 51 % af beboerne angiver, at maden er 'meget god' eller 'god'. 37 % angiver 'hverken eller', mens 12 % angiver at maden er 'dårlig'.

I forhold til *personalet*:

- Alle beboerne giver udtryk for, at være 'helt enige' eller 'enige' i udsagnene: 'Personalet udviser respekt for mig', 'Personalet lytter til, hvad jeg har behov for' og 'Omgangstonen mellem mig og personalet er god'.
- 57 % af beboerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at hjælpen er lige god uanset hvilken hjælper, der kommer. 15 % svarer 'hverken eller' og 28 % svarer 'uenig'.

Overordnet set:

- Alle beboerne giver udtryk for samlet set at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med at bo på Plejecenter Møllehjemmet.
- 75 % beboerne giver udtryk for, at de 'i høj grad' føler sig trygge og tilpasse på plejecenteret, imens de resterende svarer 'i nogen grad'.

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 33 % der svarer 'i høj grad' og 62 % der svarer 'i nogen grad'.
- 48 % 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. 48 % 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 generelt giver udtryk for tilfredshed med den leverede praktiske hjælp og personlige pleje, 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.

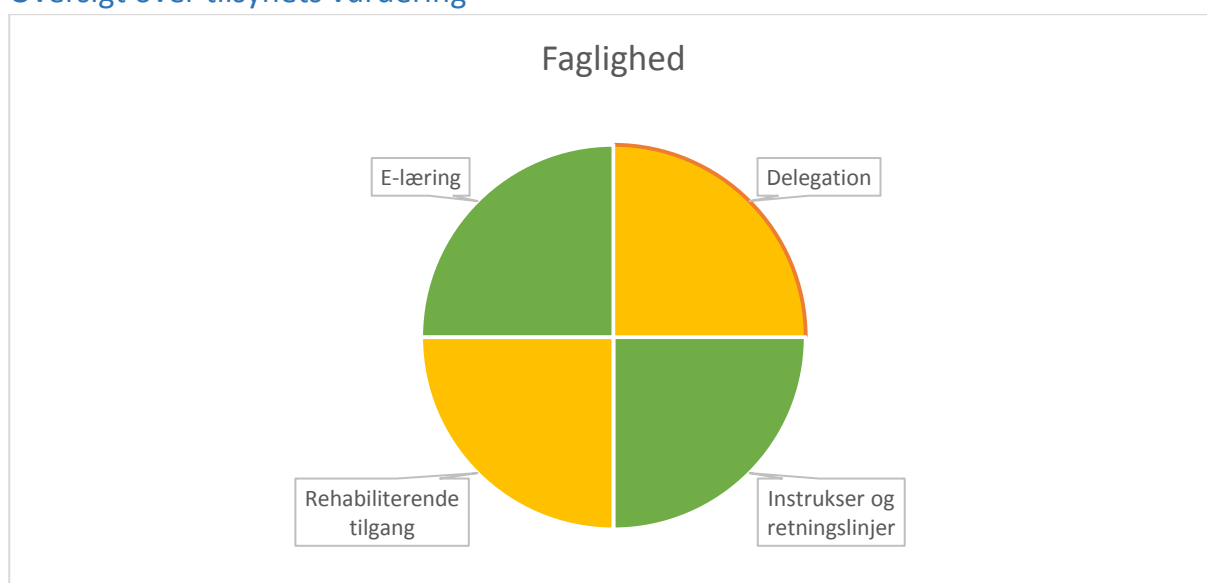
Faglighed

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 mindre 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 det sikres, at de rette kompetencer er tilgængelige i medarbejdergruppen. Medarbejderne oplæres af sygeplejerskerne, så de opgaver, der er, kan varetages hele døgnet rundt.
- At der i samarbejde med sygeplejersken vurderes, hvem der kan varetage hvilke opgaver. Det vil sige, at selv om medarbejderen har den fornødne faglige baggrund, er det ikke sikkert, at vedkommende vurderes til at kunne varetage opgaven – for eksempel hvis medarbejderen er nyuddannet.
- At der er krav om, at alle medarbejdere skal have en underskrift fra vedkommende, der har oplært dem i en kompetence på Møllehjemmet, før de må udføre den pågældende opgave. Oplæringen omfatter at få vist proceduren i VAR (et online opslagsværk over sygeplejefaglige procedurer), få proceduren vist i praksis og derefter selv vise det i praksis.
- At der er en kontinuerlig italesættelse af, at medarbejderen skal spørge om hjælp, hvis der er en opgave, de er usikre på frem for at udføre opgaven alligevel.
- At observationsnotater læses - også med henblik på at sikre en fordeling af medarbejdernes kompetencer, efter hvilke behov der er i beboergruppen.
- At hvis beboeren får mere komplekse problemstillinger søges hjælp ved nøglepersoner, sygeplejerske eller terapeut afhængigt af problemstilling og medarbejderne oplæres, hvis relevant.
- At der er udarbejdet en lokal instruks for det ledelsesmæssige tilsyn, der beskriver, at der skal være en kompetenceafklaring af medarbejderne hvert andet år med udgangspunkt i de gældende kompetenceprofiler, at der føres et delegeringsskema over delegerede opgaver og at sygeplejersker og assistenter mindst en gang årligt får gennemgået instruks om delegation og kompetenceskemaer med henblik på at sikre, at de er orienterede om lovgivningen på området.
- At af interviewet fremgår også, at der pågår en løbende sikring af medarbejdernes kompetencer ved medicinkontrol, 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 67 % af medarbejderne angiver at være 'helt enige i' eller 'delvist enige i' at nyt personale får en god introduktion. 10 % angiver 'hverken enig eller uenig' og 20 % angiver 'delvis uenig' og 'helt uenig'.
- At 71 % 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. 10 % svarer 'hverken enig eller uenig'.

I forhold til *procedure for delegation*⁵:

- At 79 % af medarbejderne svarer, at de kender proceduren for delegation til medarbejdere. 21 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- 80 % angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' følger procedurerne for delegation.

⁵ I afrapporteringen af medarbejderbesvarelserne ved dette spørgsmål er der kun taget udgangspunkt i besvarelser fra hhv. sygeplejersker, assistenter og hjælpere.

I forhold til *kompetenceprofil*:

- At 83 % 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?'. 17 % svarer 'ja'.
- At 50 % af medarbejderne svarer, at de har en opdateret kompetenceprofil. 39 % svarer 'nej'.

I forhold til *tilgængelige kompetencer*:

- At 69 % af medarbejderne svarer, at de er 'helt enige' eller 'delvis enige' i udsagnet 'Mit team har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag'. 16 % svarer 'hverken enig eller uenig'.

Tilsynets vurdering: At der er gjort fund af mindre betydning for, 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.
- 21 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til om de kender proceduren for delegation til medarbejdere

I vurderingen er der også lagt vægt på, at:

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

Tilsynet anbefaler:

- At der udarbejdes en plan for, hvordan kendskabet til 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 delegerede opgaver, de varetager – også hvor der ikke er en synligt bekymring eller behov.

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 25 unikke brugere af MyMedCards på enheden i perioden 1. december 2020 og til 30. december 2021

Af ledelsesinterview fremgår det, at:

- Der udsendes et nyhedsbrev ugentligt, hvor tilbagemeldingen er, at det bliver læst. Det der bliver sendt ud skriftligt følges der altid op på mundtligt, for eksempel på de daglige morgenmøder, hvor alle mødes. Sygeplejersken, har jævnligt overlapsvagter, hvor information videregives eller medarbejderne i de øvrige vagtlag undervises.

- Når nye medarbejdere bliver ansat, så er der intromateriale, en introperiode og opfølgning med leder bagefter.
- Når der er instrukser og retningslinjer henvises der til MyMedCards og det sikres løbende ved dialog på morgenmøde, at medarbejderne ved, hvordan de kan finde relevant information i MyMedCards.
- Ledelsen sikrer, at der er en opfølgning på alle vagtlag ved jævnligt at have overlap til enten aften eller nattevagt. Overlap planlægges i kalenderen efter en fast struktur, så det sikres, at der altid er overlap og alle medarbejderne – uanset hvornår de har vagt - får de nødvendige informationer.
- Et gennemgående fokus på morgenmøder og ved overlap er at sikre, at medarbejderne er bekendt med arbejdsgange og instrukser, men også at de ved, hvor de kan finde disse eller få hjælp til dette. Medarbejderne opfordres til at spørge kollegaer eller ledelse, når der er noget de ikke ved.

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*⁶:

- At 90 % af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for hvordan de skal bruge VAR (database over sundhedsfaglige procedurer).
- 72 % af medarbejderne svarer, at de i 'meget høj grad' og 'i høj grad' følger disse retningslinjer, 22 % angiver i nogen grad.
- 95 % af medarbejderne angiver, at der er retningslinjer for, hvordan de skal bruge MyMedCards.
- 63 % af medarbejderne svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' følger disse retningslinjer. 32 % 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 langt størstedelen af medarbejderne angiver at kende retningslinjerne for anvendelsen af MyMedCards og VAR.
- At der er en konsekvent og systematisk tilgang til at formidle ny viden til medarbejderne

Rehabilitering

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

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

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'.

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

- 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:

- 62 % af medarbejderne angiver, at de i 'meget høj grad' eller 'i høj grad' kender borgernes livshistorie og handleplaner. 38 % angiver 'i nogen grad'.
- 52 % af medarbejderne angiver, at de i 'meget høj grad' eller 'høj grad' aktivt inddrager borgerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter. 48 % angiver 'i nogen grad'.

Af ledelsesinterview fremgår det at:

- Siden forrige rehabiliteringsuge har der været fokus på at udarbejde SMARTE mål samt at dokumentere beboerinddragelsen herunder også beboernes ønsker og drømme.
- Der arbejdes med, at det bliver naturligt for medarbejdergruppen at tænke rehabiliterende – men også, at det dokumenteres, at der er en rehabiliterende tilgang til borgeren.

Af journalaudit fremgår det at:

- Inddragelse af borgers perspektiv fremgår overvejende 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 medicinhåndtering, vurderes ud fra:

Udtræk fra e-læringsportalen Plan2Learn, der dog kun skal ses som vejledende⁷

- 32 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Magtanvendelse'. Alle medarbejdere har gennemført kurset.
- 8 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'. Alle medarbejdere har gennemført kurset.

⁷ 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.

- 24 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere'. Ud af de 24 medarbejdere har 20 medarbejdere gennemført kurset. 4 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 langt størstedelen af medarbejderne har gennemført de relevante kurser.

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 12 ud af 12 journaler i audit havde udfyldt APV-skema

Ved ledelsesinterview fremgår det:

- At enheden sidst have en psykisk APV for medarbejderne i december 2019 på tværs af de to plejecentre Møllehjemmet og Farsøhthaus og at der efterfølgende er blevet samlet op, først i LMU og derefter i TRIO-regi, for at se, hvad der skulle arbejdes med på det enkelte center. Alle medarbejderne har været med i det videre arbejde.
- At der var en rimelig høj svarprocent og at APV'en ikke afspejlede, at der var væsentlige problematikker.

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:

- Interview med ledelse
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af ledelsesinterview fremgår det, at:

- At der ved det kommunale tilsyn sidste år blev interviewet tre medarbejdere, hvor af to angav, at der var problemer med samarbejdet på tværs af afdelinger, faggrupper og ledelsen. Siden har der været en målrettet indsats med kommunikationen. Der er arbejdet med det i TRIO-sammenhæng, der er blevet udarbejdet en fælles handleplan, som er hængt op, så alle kan se den. Medarbejderne giver udtryk for, at det går meget bedre i forhold til problemstillingen i forhold til samarbejde og trivsel – men det er et fortsat et fokusområde fra ledelsens side, som har lagt vægt på at være tilgængelig for medarbejderne og have en løbende dialog med AMR og TR.
- At der fælles for de to centre er igangsat et SPARK-forløb⁸ med henblik på at få defineret den fælles kerneopgave på de to centre og dermed bidrage til at øge den psykiske trivsel.
- At der er lavet en visuel oversigt, hvor begreberne fra trivselsarbejdet er sat i sammenhæng med Norddjurs Kommune værdibegreber

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fremgår det, at:

- 81 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. 19 % af medarbejdere svarer, at der er 'både og'.
- 81 % af medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne internt. 19 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
- 76 % af medarbejderne angiver, at have et 'meget godt' eller 'godt' forhold til ledelsen. 24 % angiver, at det er 'både og'.

Tilsynet vurderer at: der ikke er gjort fund i forhold til det interne samarbejde i enheden.

⁸ SPARK er et forløb for kommunale arbejdspladser, der udbydes af Viden på Tværs, der er ejet af KL og Forhandlingsfællesskabet.

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:

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

Af interview med ledelse fremgår det:

- At der har været en del sygefravær, hvoraf noget har været langtidssygemeldinger. At ledelsen har en løbende dialog med de sygemeldte. Det er aftalt i LMU, at lederen ringer op den første eller anden sygedag. Der er udarbejdet en fraværspjece, hvor det er beskrevet. Nye medarbejdere får udleveret fraværspjecen.

Af sygefraværsoversigten fremgår det:

- At sygefraværsprocenten i perioden 1. september 2020 til 31. august 2021 i gennemsnit har været på 10,04 %. Til sammenligning er sygefraværsprocenten i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune i samme periode på 6,7 %

Budgetoverholdelse

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

Der udnyttes samdriftsmuligheder mellem Plejecentrene Farsøhthuset 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

Tilsynet har ikke fundet rapporter fra eksterne tilsyn på enheden.

Bilag 1: Oversigt: Journalaudit

Antal journaler hvor følgende er opfyldt:

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

Bilag 2: Referat: Høring ift. tilsynsrapport i bruger og pårønderrådet

Tilsynsrapporten for Plejecenter Møllehjemmet har været i høring i beboer- og pårønderrådet for Plejecenter Møllehjemmet den 20. december 2021.

Tilstedeværende i Plejecenter Møllehjemmets beboer- og pårønderråd:

Beboer- og pårønderrepræsentanter: Anne Grethe Nielsen (pårørende og formand), Inger Brøndum (beboer og næstformand), Karin Schmidt (pårørende)

Ældrerådsrepræsentant: Knud Sejersen

Beboer- og pårønderrådet angiver:

- At det opleves som betryggende, at der udarbejdes så grundig en tilsynsrapport en gang årligt.
- At der er store krav til personalet - også i forhold til dokumentation.
- Det opleves, at personalet gør det fantastisk godt - også i forhold til omsorgen for beboerne.
- At det undrer, at medarbejdernes besvarelsesprocent i forhold til medarbejderspørgeskemaet er så lav. Ledelsen påpeger, at dette kan skyldes, at det er første gang, at medarbejderne får et spørgeskema i forbindelse med tilsyn.
- At det vurderes at være en meget fin og anerkendelsesværdig vurdering Plejecenter Møllehjemmet får i tilsynsrapporten, hvor der ses kun ses mindre problemstillinger af begrænset omfang
- At det bemærkes, at der er et højt sygefravær blandt medarbejderne. Der spørges til, om det er på grund af langtidssygemeldinger og det er det, medgiver ledelsen
- At det anbefales, at Plejecenter Møllehjemmet for at sikre tilstrækkeligt med personale, arbejder målrettet med rekruttering men også fastholdelse af medarbejdere.