

Kommunalt
tilsyn
Plejecenter
Farsøhthus
21. februar
2023

Indhold

| | |
|---|----|
| Målepunkter i det kommunale tilsyn..... | 3 |
| Datagrundlaget for det kommunale tilsyn | 3 |
| Rapportens opbygning | 4 |
| Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set | 6 |
| Sammenfatning | 7 |
| Patientsikkerhed | 11 |
| Oversigt over tilsynets vurdering..... | 11 |
| Den sundhedsfaglige dokumentation | 11 |
| Medicinkontrol | 13 |
| Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) | 13 |
| Magtanvendelser | 14 |
| Hygiejne..... | 14 |
| Brugertilfredshed..... | 15 |
| Oversigt over tilsynets vurdering..... | 15 |
| Brugertilfredshed..... | 15 |
| Omgangsform og rengøring | 17 |
| Faglighed | 19 |
| Oversigt over tilsynets vurdering..... | 19 |
| Delegation og kompetencer | 19 |
| Kendskab til instrukser og retningslinjer..... | 21 |
| Rehabilitering | 22 |
| E-læring | 23 |
| Organisation..... | 24 |
| Oversigt over tilsynets vurdering..... | 24 |
| APV..... | 24 |
| Samarbejde..... | 25 |
| Bilag 1: Oversigt: Journalaudit | 26 |
| Bilag 2: Enhedens handleplaner..... | 27 |
| Bilag 3: Referat: Høring af kommunal tilsynsrapport i Beboer- og pårørenderådet den 9. februar 2023 | 30 |

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 enheden 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 og medarbejdernes vurdering af rammer for at levere deres indsats
- 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

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 2022/3 på enheden

- Journalaudit på fire journaler
- Enheden har udført en lokal journalaudit på otte journaler
- Interview med ledelsen om, hvordan der er blevet fulgt op på sidste års kommunale tilsyn
- Interview med 7 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 55 medarbejdere. 33

medarbejdere har svaret på spørgeskemaet. Dette giver en svarprocent på 60 %. Svarprocenten er tilfredsstillende i forhold til at kunne vurdere resultatet

- Stikprøvekontrol af dispensering af medicin til en beboer samt gennemgang af fire beboeres medicinbeholdning.
- Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er omfattende hovedområderne – primært medicin, patientuheld og behandling og pleje.

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 systematisk op på resultatet af enhedens tiltag ved næste års tilsyn

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 ind til enhedens arbejde med disse forhold.

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, Social-og sundhedsassistenter, Social-og sundhedshjælper, Ergoterapeut, psykomotoriskterapeut, Ernæringsassistent, serviceleder, ufaglærte

Fremmødeprofil alle faggrupper:

Dagvagt: 22

Weekend dagvagt: 10

Aftenvagt: 5

Nattevagt: 2

Enhedens præsentation af aktuelle rammer og vilkår for arbejdet

-Ledelse: Der har manglet 1 afdelingsleder i 5 måneder, dette har haft betydning i forhold til faglig ledelse. Vi har været så heldige og få ansat en ny afdelingsleder, som begynder d. 01.03.23

-Der har været/er rekrutteringsudfordringer af uddannet personale

-Beboerne som flytter ind på plejecenteret er mere plejekrævende og med større kompleksitet, hvilket kræver de rette faglige kompetencer.

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

-I 2023 vil vi have fokus på motivation og samarbejde på begge centre.

Vi har arbejdet med og arbejder fortsat med :

Triagetavle: Der arbejdes med de forskellige faggrupper mødes x 1 dagligt og gennemgår beboerne i forhold til triage, UTH, kompetenceskemaer ect.

Farsøhthus/Møllehjemmet: Arbejder mere fokuseret på ernæringsindsatsen

Farsøhthus/Møllehjemmet: Arbejder med kommunens værdiord-implementering

Farsøhthus/Møllehjemmet: I gang med implementeringen af et forløb med SPARK omkring kerneopgaven og samarbejde på tværs af centrene samt arbejdsfællesskaber.

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

Inden for området *Patientsikkerhed* ser tilsynet på, om enheden arbejder systematisk på *at forbedre patientsikkerheden*, så borgerne får et så trygt, effektivt og sammenhængende forløb på enheden som muligt.

Derfor ser tilsynet på, om enheden arbejder hensigtsmæssigt med den sundhedsfaglige dokumentation, medicin håndteringen og med 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 området *patientsikkerhed* ser tilsynet også på, om enheden lever op til sundhedslovens og servicelovens bestemmelser om at sikre, at borgerens integritet og selvbestemmelsesret respekteres.

Dokumentationen: På baggrund af tilsynets gennemgang af fire borgerjournaler og enhedens egen gennemgang af 8 borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten af dokumentationen.*

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at der langt overvejende dokumenteres i overensstemmelse med lovgivningen og retningslinjerne i Norddjurs Kommune¹.

Medicin håndtering: På baggrund af tilsynets uanmeldte gennemgang af fire beboeres medicinbeholdning, observation af en medicindispensering², samt tilsynets gennemgang af dokumentationen vedrørende medicin i seks borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for patientsikkerheden.*

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at der ikke er gjort fund i forhold til proceduren for medicin håndtering i Sundhed og Omsorg³.

Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH): På baggrund af medarbejdernes⁴ spørgeskemabesvarelser om arbejdet med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser⁵ (UTH), vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I tilsynets vurdering er der blandt andet lagt vægt på, at et overvejende flertal af medarbejdere svarer, at de ved, hvordan man indberetter en UTH eller ved hvem man kan gå til for at få hjælp til det.

Magtanvendelse: Enhedens arbejde med at forebygge og håndtere magtanvendelser vurderes ikke ved dette tilsyn, da der ikke har været dokumentation for magtanvendelser i de journaler, tilsynet har auditeret.

¹ Se afsnittet Den sundhedsfaglige dokumentation for en konkret beskrivelse af resultatet af audits.

² Proces hvor medarbejder optæller/tilbereder borgerens ordinerede medicin, for eksempel lægger borgerens tabletter i doseringsæsker for en 14-dages periode.

³ Se afsnittet Medicin håndtering for en konkret beskrivelse af resultatet af medicinkontrollen.

⁴ 49 % af medarbejderne har besvaret spørgeskemaet

⁵ Se afsnittet Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

BRUGERTILFREDSHED:

Inden for området *Brugertilfredshed* ser tilsynet på, om enheden understøtter, at borgerne kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser⁶. 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.

Derfor interviewer tilsynet et udsnit af beboerne, om deres tilfredshed med de fysiske rammer, den personlige pleje og praktiske hjælp, leveringen af den personlige pleje og praktiske hjælp, maden, forholdet til personalet og med at bo på plejecenteret. Medarbejderne spørges til deres vurdering af de rammer, de har for at levere deres indsats.

Brugertilfredshed: På baggrund af interview med syv beboere⁷ vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på at 33 % af beboerne svarer, at de er 'uenige' i udsagnet: 'Personalet tager hensyn til, hvordan du gerne vil have din døgnrytme'. Derfor anbefaler tilsynet, at enheden undersøger, hvad der ligger bag beboernes besvarelser med henblik på at arbejde videre med denne problemstilling.

Medarbejdervurdering: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.* 44 % af medarbejderne har således svaret 'i mindre grad' til spørgsmålet 'Giver hverdagen mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandard?' Og 35 % af medarbejderne har svaret, at der 'i mindre grad' eller 'slet ikke' arbejdes med at skabe forbedringer af plejen og aktiviteter hos borgerne.

Tilsynet har derfor henstillet til, at der udarbejdes en handleplan, med det formål at medarbejderne i højere grad får en oplevelse af, at hverdagen giver mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandard. Tilsynet har også anbefalet, at enheden undersøger, hvorfor 35% af medarbejderne svarer, at der 'i mindre grad' eller 'slet ikke' arbejdes med at skabe forbedringer af plejen og aktiviteter hos borgerne, med henblik på at arbejde videre med denne problemstilling.

Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanerne ligger i Bilag 2

FAGLIGHED:

Inden for området *Faglighed* ser tilsynet på, om enheden sikrer, at den nødvendige faglige viden og de relevante medarbejderkompetencer er til stede i enheden i forhold til de opgaver, der skal løses.

Derfor ser tilsynet på, om enheden efterlever Sundhed og Omsorgs retningslinjer for delegation⁸, sikrer at medarbejderne i fornødent omfang introduceres til deres opgaver, at medarbejderne har adgang til den relevante viden for at udføre deres opgaver (herunder adgang til VAR⁹ og MyMedCards¹⁰), at medarbejderne har fokus på den rehabiliterende tilgang og at medarbejderne gennemfører den obligatoriske e-læring¹¹

⁶ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

⁷ Se afsnittet Brugertilfredshed for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

⁸ Delegation er det begreb der anvendes, når en sundhedsfaglig opgave overdrages fra lægen til andre faggrupper

⁹ VAR er en database med sygeplejefaglige procedurer, der kan tilgås digitalt fra medarbejdernes computer og tablets

¹⁰ MyMedCards er en app med lokale informationer, retningslinjer og instrukser til medarbejderne

¹¹ E-læring (elektronisk læring) er kompetenceudvikling, der kan foregå på computer, tablet eller smartphone.

Delegation: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser¹² vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

Ledelsen fortæller, at der har været arbejdet med, og fortsat pågår et arbejde med, at sikre en systematik i den løbende opfølgning på medarbejdernes kompetencer.

Det bemærkes, at der blev gjort tilsvarende fund ved det kommunale tilsyn sidste år.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der er gjort fund af betydning for, hvordan enheden sikrer, at kommunens retningslinjer for opdatering af personligt kompetenceafklaringskemaer og erhvervede borgerspecifikke kompetencer efterleves og er kendte af medarbejderne. Tilsynet har derfor henstillet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan medarbejdere får kendskab til og systematisk anvender kompetenceafklaringskemaerne. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanerne ligger i Bilag 2

Kendskab til instrukser og retningslinjer: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser¹³ vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på at ca. en tredjedel af medarbejderne ikke angiver at anvende eller være usikre i forhold til, hvordan de skal anvende VAR. Tilsynet anbefaler derfor, at der arbejdes med at sikre, at medarbejderne har adgang til VAR og kender retningslinjerne for anvendelsen af VAR.

Rehabilitering: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser, interview med syv beboere og gennemgang af fire borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at ca. en tredjedel af medarbejderne angiver 'i mindre grad' eller 'slet ikke' at kende borgernes livshistorie. Tilsynet anbefaler derfor, at der arbejdes med at øge kendskabet til borgernes livshistorie

E-læring: På baggrund af en oversigt over, hvor mange medarbejdere der har gennemført de obligatoriske e-lærings-kurser¹⁴, vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

ORGANISATION:

Inden for området *Organisatorisk bæredygtighed* ser tilsynet på, om enheden arbejder for at sikre et godt og trygt arbejdsmiljø.

Derfor ser tilsynet på, om enheden sikrer, at der er et opdateret APV-skema¹⁵ for hver enkelt borger og om medarbejderne oplever, at de har et godt samarbejde med kolleger og ledelse.

APV: På baggrund af tilsynets og enhedens egen gennemgang af samlet set 16 borgerjournaler¹⁶ vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

¹² Se afsnittet Delegation og kompetencer for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

¹³ Se afsnittet: Kendskab til instrukser og retningslinjer for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

¹⁴ Se afsnittet E-læring for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

¹⁵ I APV-skemaer (arbejdspladsvurderingsskema) gennemgås og opstilles handleplaner for de arbejdsmiljømæssige problematikker, der kan være i forhold til den enkelte borgers hjem og adfærd.

¹⁶ Se afsnittet APV for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

I tilsynets vurdering er der lagt vægt på, at der mangler at blive udfyldt APV-skemaer for en fjerdedel af alle beboere.

SAMARBEJDE: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser¹⁷ vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

I tilsynets vurdering er der lagt vægt på, at 30 % af medarbejderne svarer, at de oplever at have et 'dårligt' eller 'meget dårligt' samarbejde med ledelsen.

¹⁷ Se afsnittet Samarbejde for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

Patientsikkerhed

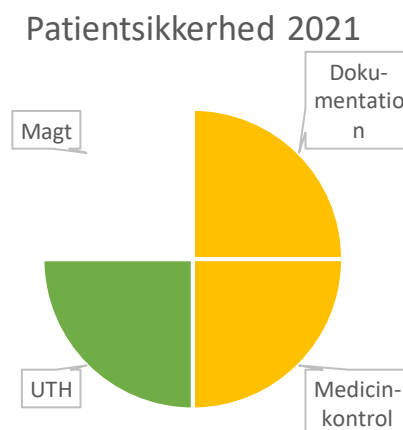
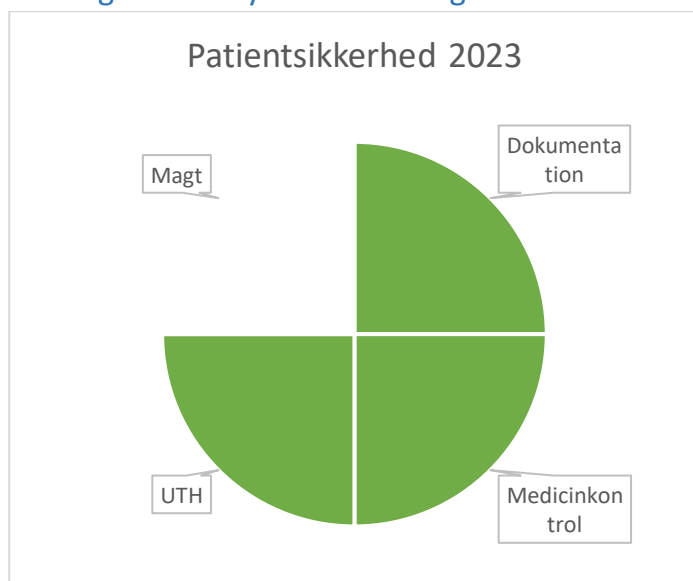
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med den sundhedsfaglige dokumentation og de sundhedsfaglige 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 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 en række vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Enhedens lokale journalaudit på otte af deres borgerjournaler i forhold til de samme vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund¹⁸:

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

I forhold til *opfølgning på forværring i borgers tilstand*

- At der i de auditerede journaler gennemgående er en systematisk opfølgning på forværringer i borgerens helbredstilstand
- At der ikke er set tilfælde, hvor der ikke er fulgt op på målinger uden for tærskelværdier.

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

- At helbredsoplysninger er af korte præcise og fyldestgørende samt fremstår opdaterede
- At der gennemgående er taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser.
- At der gennemgående er foretaget en sygeplejefaglig udredning.
- At der ses præcise, fyldestgørende og opdaterede faglige notater på helbredstilstande, men at der i enkelte notater også er skrevet plan for behandling i notatet, så denne kommer til at stå både her og i handlingsanvisning.
- At der er oprettet de relevante funktionsevnetilstande og at de faglige notater er fyldestgørende og præcises – men at der i enkelte tilfælde ses overlap med hvad der står i døgnrytmeplanen.
- At der er de relevante udredninger.
- At der er oprettet de relevante handlingsanvisninger og at disse er fyldestgørende. Generelt er der en tydelig angivelse af, hvad der skal observeres for i handlingsanvisningerne, ligesom aftale med behandlingsansvarlig læge fremgår.
- At der er oprettet opgaver til opfølgning på tilstande – men i en enkelt journal var der oprettet opgaver på indsatser.
- At døgnrytmeplanerne fremstår relevante, udførlige og opdaterede i alle vagtlag
- At der er oprettet de relevante forflytningsvejledninger.

I forhold til *sammenhæng og systematik*

- At der ses en fin, gennemgående og tydelig systematik – særligt kan fremhæves den systematiske opfølgning og faglige evaluering på borgerens helbredstilstande

I forhold til *understøttelse af borgers retsstilling*

- At borgers samtykke til den aktuelle pleje og behandling er dokumenteret.
- At borgers samtykke gennemgående ikke angives ved videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart

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:

¹⁸ Se Bilag 1 for en opgørelse over, hvor mange journaler, der lever op til de enkelte målepunkter

- At borgerens samtykke ikke helt konsekvent er angivet i forbindelse med videregivelse af oplysninger til tredjepart

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

- At der gennemgående ses en flot systematik ift opfølgning og faglig evaluering
- At stort set samtlige auditeringspunkter kan vurderes som opfyldt

Tilsynet anbefaler:

At der skabes arbejdsgange så det sikres, at:

- Der altid dokumenteres at borger giver samtykke til udveksling af helbredsoplysninger til tredjepart

Medicinkontrol

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

- Tilsynsenhedens uanmeldte gennemgang af fire beboeres medicinbeholdning
- Tilsynsenhedens uanmeldte observation af en medicindispensering
- 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 alle fire medicingennemgange ses korrekt angivelse af persondata og anbrudsdato på medicinske cremer, øjendråber samt insulin
- At der ses en god orden i alle medicinskabene samt en korrekt og hygiejnisk forsvarlig opdeling af aktuel, pauseret og ikke-anbrudt medicin
- At samtlige doseringsæsker har påført personidentifikation
- At der ses korrekt opbevaring af ikke-anbrudt insulin, som skal opbevares på køl

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: At der ikke er fundet forhold af betydning for patientsikkerheden

I vurderingen er der lagt vægt på, at der ses orden i medicinbeholdningerne, og at præparater og doseringsæsker har påsat personidentifikation, samt at injektionspenne samt anden ikke-dosérbar medicin har påført anbrudsdato.

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.
- Medarbejdernes 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 samt behandling og pleje, men at der indberettes flere forskellige typer af UTH.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 97 % medarbejdere svarer, at de enten 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ved, hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse eller ved hvem man kan gå til for at få hjælp til det.
- 67 % af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen. 27 % svarer 'i nogen grad'.
- 76 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ville føle sig trygge som beboere i deres enhed. 20 % svarer 'i nogen grad'.
- 60 % af medarbejderne svarer, at kulturen 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' gør det nemt at lære af utilsigtede hændelser. 30 % svarer 'i nogen grad'.

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 et overvejende flertal af medarbejdere svarer, at de ved, hvordan man indberetter en UTH eller ved hvem man kan gå til for at få hjælp til det.

Magtanvendelser

Enhedens arbejde med at forebygge og håndtere magtanvendelser vurderes ikke ved dette tilsyn, da der ikke har været dokumentation for magtanvendelser i de journaler, tilsynet har auditeret.

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 benyttes handsker ved direkte kontakt med lægemidler

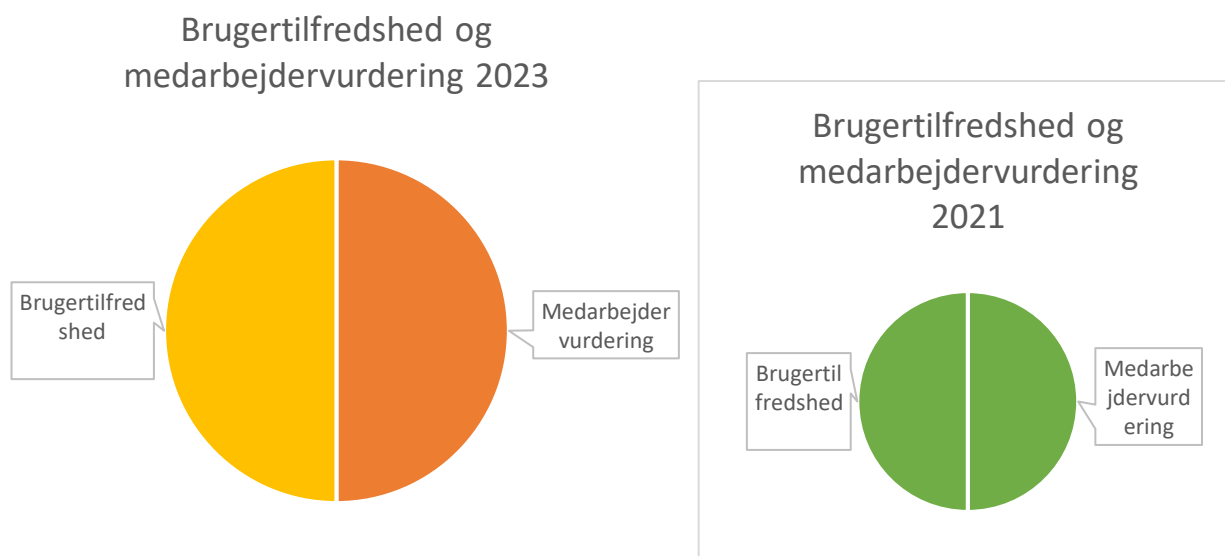
Brugertilfredshed

I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser¹⁹. 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 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 6 beboere.
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewet²⁰ fremgår det, at:

I forhold til *de fysiske rammer*:

¹⁹ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

²⁰ I afrapporteringen er der fokus på at sikre, at den enkelte beboers besvarelser ikke vil kunne blive genkendt.

- 86 % af beboerne giver udtryk for at være 'meget tilfredse' med deres bolig.
- 86 % af beboerne giver udtryk for at være 'meget tilfredse' med enhedens fællesarealer.
- 83 % af beboerne, som anvender de udendørsarealer, giver udtryk for at være 'meget tilfredse' med dem.

I forhold til *aktiviteter og socialt samvær*:

- 86 % af beboerne, som deltager i aktiviteterne, angiver at være 'meget tilfreds' eller 'delvis tilfreds' med de daglige aktiviteter på plejecenteret.
- 86 % af beboerne, som deltager i arrangementerne, angiver at være 'meget tilfreds' eller 'delvis tilfreds' med arrangementerne på plejecenteret.

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

- 72 % af beboerne angiver samlet set at være 'meget tilfredse' med den hjælp og støtte de modtager. 14 % angiver, at være delvis tilfreds.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til at komme i bad, angiver at være 'meget tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til at blive vasket angiver at være 'meget tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til af- og påklædning, angiver at være 'meget tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til toiletbesøg, angiver at være 'meget tilfredse' med hjælpen.
- 72 % af beboerne, som modtager hjælp til rengøringen af egen bolig er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen. 14 % angiver at være 'delvis utilfredse'.
- 83 % beboerne, som modtager hjælp til tøjvasken er 'meget tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboerne er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med rengøringen af fællesarealerne.

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

- Alle beboerne svarer, at de er 'helt enige' i, at de får den hjælp og støtte, der er aftalt.
- Alle beboerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at de får den hjælp og støtte, de har behov for.
- 71 % af beboerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Det er oftest de samme hjælpere, der kommer hos dig'. 29 % af beboerne er 'uenige'
- 67 % af beboerne svarer, at de er 'enige' i udsagnet: 'Personalet tager hensyn til, hvordan du gerne vil have din døgnrytme'. 33 % er uenig i udsagnet.
- Alle beboerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Du deltager i de ting, du kan og ønsker at deltage i'.
- Alle beboerne svarer, at de 'aldrig' eller 'sjældent' oplever, at hjælpen bliver aflyst.

I forhold til *maden*:

- 86 % af beboerne angiver at være 'meget tilfredse' med maden.
- Ingen af beboerne modtager hjælp til måltidet.

I forhold til *personalet*:

- Alle beboerne giver udtryk for at være 'helt enige' eller 'enig' i udsagnene: 'Personalet lytter til, hvad jeg har behov for' og 'Personalet ved hvad de skal, når de kommer for at hjælpe dig'.
- Alle beboerne giver udtryk for at være 'helt enige' i udsagnene: 'Omgangstonen mellem personalet og mig er god' og 'Personalet udviser respekt over for mig'.

Overordnet set:

- Alle beboerne giver udtryk for samlet set at være 'meget tilfredse' eller 'tilfredse' med at bo på Plejecenter Farsøhthus.
- Alle beboerne giver udtryk for, at de er 'helt enig' eller 'enig' i at de føler sig tilpas på enheden.

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 15 % der svarer 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' og 38 % der svarer 'i nogen grad'. 44 % svarer 'i mindre grad'.
- 21 % af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' eller 'i høj grad', arbejdes med at skabe forbedringer af plejen og aktiviteter hos borgerne. 44 % svarer 'i nogen grad'. 35 % svarer 'i mindre grad' eller 'slet ikke'.
- 74 % af medarbejderne angiver, at de i 'meget høj grad' eller 'i høj grad' kender handlingsanvisninger for de borgere, du har opgaver ved. 23 % angiver 'i nogen grad'.

Tilsynets vurdering: At der er gjort fund af betydning i forhold til brugertilfredsheden

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At 33 % af beboerne svarer, at de er 'uendige' i udsagnet: 'Personalet tager hensyn til, hvordan du gerne vil have din døgnrytme'.
- At 44 % af medarbejderne svarer 'i mindre grad' til spørgsmålet 'Giver hverdagen mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandard?'
- At 35 % af medarbejderne svarer, at der 'i mindre grad' eller 'slet ikke' arbejdes med at skabe forbedringer af plejen og aktiviteter hos borgerne.

Tilsynet henstiller til

- At der udarbejdes en plan, så medarbejderne oplever, at hverdagen giver mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandard.

Tilsynet anbefaler

- At enheden undersøger, hvorfor 33 % af beboerne oplever, at der 'i mindre grad' eller 'slet ikke' tages hensyn til hvordan de ønsker deres døgnrytme, med henblik på at arbejde videre med denne problemstilling.
- At enheden undersøger, hvorfor 35 % af medarbejderne svarer, at der 'i mindre grad' eller 'slet ikke' arbejdes med at skabe forbedringer af plejen og aktiviteter hos borgerne, med henblik på at arbejde videre med denne problemstilling.

Enhedens tiltag: Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstillinger. Se Bilag 2 **Fejl!**
Henvisningskilde ikke fundet.

Tilsynets samlede vurdering: Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat. Der følges op på om enheden har efterlevet handleplanen ved næste års tilsyn.

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.

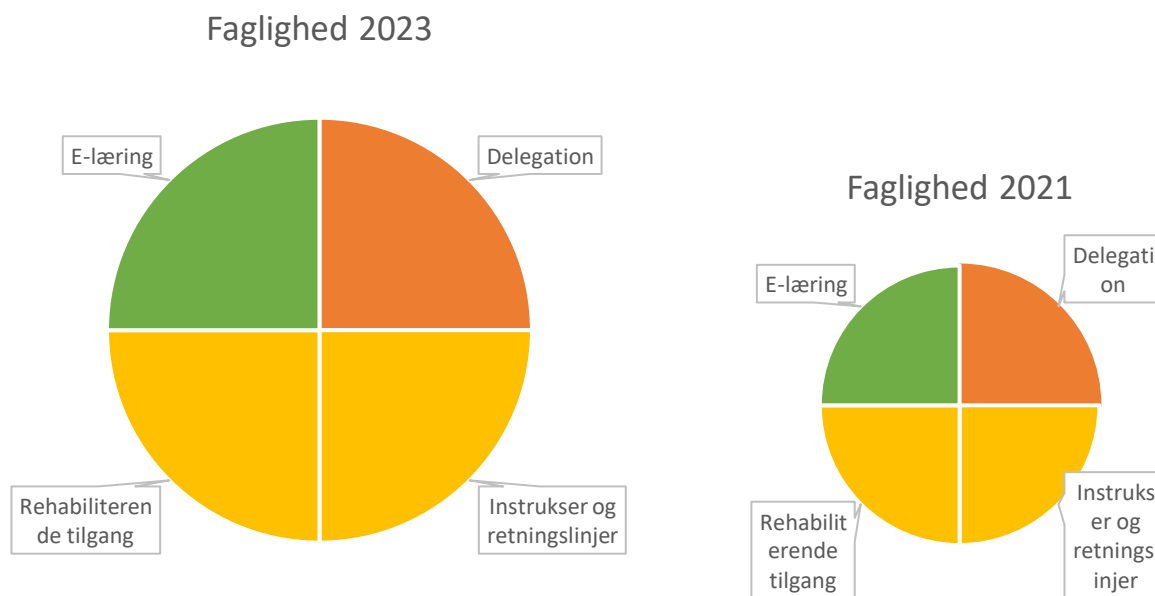
Faglighed

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 til stede ved alle opgaver og at kommunens retningslinjer for delegation efterleves, bygger på:

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det:

I forhold til *oplæring af nye medarbejdere*:

- At 27 % af medarbejderne angiver, at nyt personale 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får en god introduktion. 57 % angiver 'i nogen grad'.
- At 30 % af medarbejderne svarer, at personale der skal oplæres i nye opgaver 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får den nødvendige sparring. 58 % svarer 'i nogen grad'.
- I forhold til *kompetenceprofil*:
- Alle medarbejderne svarer 'ja' til, at de kender kompetence- og overdragelseskemaet. Af disse medarbejdere svarer 63 %, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' bruger dette skema i hverdagen ved behov. 15 % svarer 'i nogen grad'.
- At 78 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de har et personligt kompetenceafklaringskema. Af disse medarbejdere svarer 52 % 'ja' til at skemaet er opdateret, 47 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- At 68 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de har et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer. Af disse medarbejdere svarer 40 % 'ja' til at skemaet er opdateret, 60 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- At 80 % 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?'.

I forhold til *tilgængelige kompetencer*:

- At 53 % af medarbejderne svarer, at deres team 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag'. 37 % svarer 'i nogen grad'.

Af interview med ledelsen vedrørende hvordan der er arbejdet med henstillingerne fra sidste år, fremgår det:

- At der med afsæt i sidste års handleplan er iværksat følgende:
 - Et fortsat systematisk fokus på den enkelte medarbejders kompetencer ved MUS – som dog af personalemæssige årsager (der mangler en afdelingsleder) ikke sker helt systematisk nu. Der er dog også fokus på at det ikke er nok, kun at vende problematikken i dette fora, da det er en vigtig viden for alle medarbejdere og sygeplejersker på enheden. For eksempel bliver medarbejdernes kompetencer inddraget i triage-møderne, hvilket er et nyt tiltag som er sat i værk, fordi det vil være godt med en bred vidensdeling ift dette område. Mappen med medarbejdernes kompetencer står nu fysisk et bestemt sted så de er nemme at gå til for sygeplejersker etc.
 - Nye medarbejdere bliver systematisk spurgt til, om de kender proceduren for delegation – og det er nu iværksat, at den bliver italesat som sådan: Systematisk opfølgning på delegation. Det bliver kontinuerligt italesat, at hvis medarbejderne ikke ved hvad delegation er, kan de se det i MMC
 - Det har været drøftet, hvad kadencen skal være for at følge op på hvilke kompetencer: I forhold til injektion, som foregår forholdsvis sjældent, vil assistenten således skulle oplæres pr gang af sygeplejersken. Men hvis det er en opgave, der udføres jævnligt, da vil der ikke være behov for opfølgning så hyppigt.

Tilsynets vurdering: At der er gjort fund af betydning for, hvordan enheden sikrer, at kommunens retningslinjer for opdatering af skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer og det personlige kompetenceskema efterleves.

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- At 60 % af medarbejderne svarer 'nej' til at skemaet for erhvervede borgerspecifikke kompetencer er opdaterede.
- At 47 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til om det personlige kompetenceafklaringskema er opdaterede.

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

- At størstedelen af medarbejderne svarer nej til spørgsmålet om de inden for de seneste tre måneder har udført en eller flere opgaver, du ikke havde kompetencerne til ifølge kompetenceprofilen

Det bemærkes at der er gjort et tilsvarende fund ved sidste års tilsyn

Tilsynet henstiller til

At enheden udarbejder en handleplan for at sikre:

- At medarbejdernes skemaer for erhvervede borgerspecifikke kompetencer er opdateret
- At medarbejdernes personlige kompetenceafklaringskema er opdateret

Enhedens tiltag: Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstillinger. Se Bilag 2 **Fejl!**
Henvisningskilde ikke fundet.

Tilsynets samlede vurdering: Enhedens handleplan vurderes at være tidsafgrænset, realistisk og at udgøre en troværdig dokumentation for, at enheden kan opnå det ønskede resultat. Der følges op på om enheden har efterlevet handleplanen ved næste års tilsyn.

Kendskab til instrukser og retningslinjer

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

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelse

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fremgår det:

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

- At 90 % af medarbejderne svarer, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' har adgang til de oplysninger, de har brug for, for at kunne udføre deres arbejde hos borgerne.

I forhold til *retningslinjer for anvendelsen af MyMedCards og VAR*²¹:

- 63 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR. 37 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- 67 % af medarbejderne svarer, at de har adgang til at anvende, VAR i deres daglige arbejde hos borgeren²². 33 % svarer 'ved ikke'.

²¹ I dette spørgsmål afrapporteres kun besvarelser fra de relevante faggrupper, dvs. besvarelser fra sygeplejersker, assistenter og hjælpere.

- At 50 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de bruger VAR, når de er i tvivl om en procedure. Af disse medarbejdere svarer 3 % svarer 'hver anden uge', 20 % svarer '1-2 gange om måneden' 20 % svarer '1-2 gange i kvartalet' og 50 % svarer 'sjældnere'.
- 83 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende MyMedCards.
- 87 % af medarbejderne svarer, at de har adgang til at anvende MyMedCards i deres daglige arbejde hos borgeren.
- At 20 % af medarbejderne svarer at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' bruger MyMedCards. 46 % svarer 'i nogen grad' og 27 % svarer 'i mindre grad'. Af disse medarbejdere svarer 19 % at de bruger MyMedCards 'hver uge', 38 % svarer '1-2 gange om måneden' og 23 % svarer '1-2 gange i kvartalet'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At 37 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR.
- At 33 % medarbejderne svarer 'ved ikke' til, om de har adgang til at anvende VAR i daglige arbejde hos borgeren.

Tilsynet anbefaler:

- At der arbejdes med at sikre, at medarbejderne kender retningslinjerne for anvendelsen af VAR.
- At enheden arbejder med at sikre at medarbejderne har adgang til VAR

Rehabilitering

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

- Interviews med 7 borgere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser
- Enhedens og tilsynets audit af i alt 12 borgerjournaler

Ved interview med beboere fremgår det at:

- At alle beboerne angiver at de er 'helt enige', at de deltager i udførelsen af hjælpen.
- Alle beboerne angiver, at de er 'helt enige' i, at personalet støtter dem i at klare flest mulige dagligdagsting.
- Alle beboerne angiver, at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at de har været med til at beslutte, hvad de skal kunne selvstændigt i dagligdagen.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- 6 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' kender borgernes livshistorie. 60 % angiver 'i nogen grad' og 34 % angiver 'i mindre grad' eller 'slet ikke'.
- 66 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' aktivt inddrager borgerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter. 30 % angiver 'i nogen grad'.

Af journalaudit fremgår det at:

- Borgers mål gennemgående er angivet ved helbredstilstande
- Borgers vurdering gennemgående er angivet ved funktionstilstande
- Borgers mestring, motivation og ressourcer konsekvent er dokumenteret
- Der er oprettet indsatsmål for alle relevante tilstande – men også for flere, hvor der ikke er krav om indsatsmål.

- Borgers indsats er gennemgående beskrevet i døgnrytmeplanen

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

I vurderingen er der lagt vægt på at:

- 34 % af medarbejderne angiver, at 'i mindre grad' eller 'slet ikke' kender borgernes livshistorie.

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

- At borgerens perspektiv gennemgående fremgår af journalen
- At alle beboerne giver udtryk for at blive inddraget i indsatsen
- At størstedelen af medarbejderne angiver, at de inddrager beboerne i indsatsen

Tilsynet anbefaler

- At enheden arbejder med at medarbejderne får mulighed for at få et bedre kendskab til borgernes livshistorie.

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:

Af udtræk fra e-læringsportalen Plan2Learn fremgår det, at:

- 42 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Magtanvendelse'. Ud af de 42 medarbejdere har 41 medarbejdere gennemført kurset. 1 medarbejder har ikke gennemført kurset.
- 13 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicin håndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'. Ud af de 13 medarbejdere har 10 medarbejdere gennemført kurset. 3 medarbejdere har ikke gennemført kurset.
- 28 medarbejder er tilmeldt kurset 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere'. Ud af de 28 medarbejdere har 27 medarbejdere gennemført kurset. 1 medarbejder har ikke gennemført 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 størstedelen af medarbejderne har gennemført de obligatoriske kurser

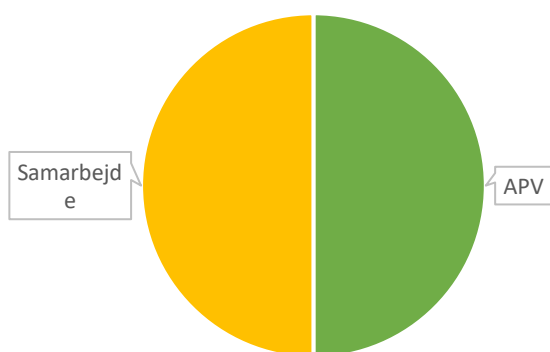
Organisation

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

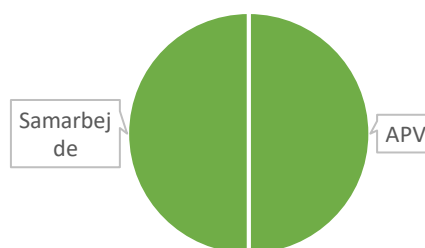
- APV
- Samarbejde
- Budgetoverholdelse
- Sygefravær
- Eksterne tilsyn

Oversigt over tilsynets vurdering

Organisatorisk bæredygtighed
2023



Organisatorisk bæredygtighed
2021



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

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

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

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

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

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

- At der er et opdateret APV-skema i alle de auditerede borgerjournaler

Tilsynet vurderer at: der ikke er gjort fund af betydning for arbejdsmiljøet

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der er et opdateret APV-skema i alle de auditerede journaler

Samarbejde

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

- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelse fremgår det, at:

- 67 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. 30 % af medarbejdere svarer, at der er 'både og'.
- 79 % af medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne på arbejdspladsen. 21 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
- 85 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med eget team.
- 55 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med andre enheder i Sundhed og Omsorg. 45 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
- 39 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med ledelsen. 31 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'. 30 % angiver 'dårligt' eller 'meget dårligt'.
- 99 % af medarbejderne angiver at de 'i meget høj grad' og 'i høj grad' kan spørge deres kollegaer til råds, hvis de er i tvivl om noget.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- 30 % af medarbejderne angiver at have et 'meget dårligt' eller 'dårligt' samarbejde med ledelsen.

Tilsynet anbefaler:

- At der arbejdes på at skabe et bedre samarbejde mellem ledelse og medarbejdere.

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 4 borgere |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| Opfølgning på observationer | 4 ud af 4 | 6 ud af 10 |
| Opfølgning på målinger uden for tærskelværdi | 1 ud af 1 | 3 ud af 3 |
| <i>Opdateret beskrivelse af og plan for borgers helbreds- og funktionstilstande</i> | | |
| Relevante helbredsoplysninger | 4 ud af 4 | 5 ud af 8 |
| Taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser | 4 ud af 4 | 8 ud af 8 |
| Sygeplejefaglig udredning | 4 ud af 4 | 8 ud af 8 |
| Alle relevante helbredstilstande valgt | 4 ud af 4 | 2 ud af 8 |
| Fyldestgørende faglige notater for helbredstilstande | 4 ud af 4 | 4 ud af 8 |
| Alle relevante funktionstilstande valgt | 4 ud af 4 | 8 ud af 8 |
| Oprettet relevante handlingsanvisninger | 4 ud af 4 | 7 ud af 8 |
| Henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant | 4 ud af 4 | 7 ud af 8 |
| Er det beskrevet, hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages? | 3 ud af 3 | 5 ud af 8 |
| Er handlingsanvisningerne opdaterede? | 4 ud af 4 | 6 ud af 8 |
| Døgnrytmeplan opdateret | 4 ud af 4 | 8 ud af 8 |
| Afspejler døgnrytmeplanen borgerens daglige behov for pleje og borgerens aktiviteter? | 4 ud af 4 | 8 ud af 8 |
| Hvis relevant: En aktuell forflytningsvejledning for borgeren | 2 ud af 2 | 3 ud af 4 |
| Oprettet opgaver på alle tilstande mindst en gang årlig | 3 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 | 3 ud af 4 | 3 ud af 8 |
| Tidsfrist for indberetning af magtanvendelse overholdt | - | - |
| <i>Understøttelse af rehabiliterende tilgang</i> | | |
| Beskrivelse af borgers motivation | 4 ud af 4 | 6 ud af 8 |
| Beskrivelse af borgers mestring | 4 ud af 4 | 8 ud af 8 |
| Beskrivelse af borgers ressourcer | 4 ud af 4 | 8 ud af 8 |
| Borgers mål udfyldt i helbredstilstand | 4 ud af 4 | 8 ud af 8 |
| Borgers vurdering ved funktionstilstande | 4 ud af 4 | 6 ud af 8 |
| Oprettet indsatsmål | 4 ud af 4 | 7 ud af 8 |
| Feltet 'Borgers indsats' udfyldt i Døgnrytmeplan | 4 ud af 4 | 8 ud af 8 |

Bilag 2: Enhedens handleplaner

1 Opfølgingsplan

| | | | |
|---------------------------|---|-------------------------------------|--|
| Beskrivelse/titel: | Brugertilfredshed og medarbejdervurdering | | |
| Enhed/afdeling: | Farsøhthus/Møllehjemmet | Dato: 9/2-22 | |
| Ansvarlig for udfyldelse: | Dokumentationsgruppen | Ledelsesansvarlig:Laila Frederiksen | |

| | |
|--|---|
| TEMA Hvilket område omhandler planen | Medarbejdervurdering |
| UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem? | 44% af medarbejderne svarer, at de i mindre grad oplever, at hverdagen ikke giver mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandarder. |
| MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål | Personalet skal få en oplevelse af, at de har mulighed for at levere det, der er beskrevet i de gældende kvalitetsstandarder. |
| HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet? | <ul style="list-style-type: none"> - Ledelsmæssigt er undersøgende på, hvad det er medarbejderne ikke føler det er muligt at levere ift. kvalitetsstandarder og hvilke områder der kræver ledelsesmæssig understøttelse - På næstkommende personalemøde gennemgås kvalitetsstandarder og der bliver gruppesnak/dialoger blandt medarbejderne og lederne om, hvornår det i hverdagen er svært at leve op til kvalitetsstandarderne og hvilke løsninger der kan være. |
| HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen? | En prioritering af ledelsesressourcer og medarbejderressourcer |
| HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt? | Der vil blive afholdt personalemøde i foråret 2023 og det vil være en løbende process, som vi vil arbejde med kontinuerligt. Tidsrammen er afhængig af, hvad der bliver afdækket på personalemødet. |

| | |
|--|--|
| DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning? | Handleplanen tages op til revurdering løbende i dokumentationsgruppen. Der afholdes 4 møder om året. |
| HVEM? Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene? | Ledelsen |
| RESULTAT Hvad er resultatet af udviklings- processen? Udfyldes ved sluttidspunktet for planen. | |

Opfølgingsplan

| | | | |
|---------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Beskrivelse/titel: | Delegation og kendskab til eget kompetenceområde | | |
| Enhed/afdeling: | Farsøhthus/Møllehjemmet | Dato: 9/2-23 | |
| Ansvarlig for udfyldelse: | Dokumentationsgruppen | Ledelsesansvarlig:Laila Frederiksen | |

| | |
|---|--|
| TEMA Hvilket område omhandler planen | Kendskab til proceduren for delegation samt kendskab til egne kompetencer. |
| UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem? | Øget fokus på kendskab til egne kompetencer og opdaterede kompetenskemaer. |
| MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål | Alle medarbejdere skal have kendskab til egne kompetencer og kompetenceprofil |
| HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Undervisning af personalegruppen 2. Ledelsesmæssig opfølgning ifm. MUS-samtaler samt nyansættelser 3. Kontinuerlig opfølgning på kompetenskemaer ifm. triage hver mandag, onsdag og fredag i dagvagt, aftenvagt og nattevagt. |
| HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen? | Ledelsen samt sygeplejersker og assistenter. |

| | |
|--|--|
| <p>HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?</p> | <p>Det er en kontinuerlig proces og der er i løbet af 2022 arbejdet på at skabe større overblik og systematik, i 2023 vil fokus være på synliggørelse af kompetenskemaerne og at få dem opdateret.</p> |
| <p>DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?</p> | <p>Til alle MUS-samtaler samt dagligt skabe et overblik over, om rette kompetencer er til stede for at løse dagens opgaver.</p> |
| <p>HVEM? Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene?</p> | <p>Ledelsen samt der sker opfølgning i dokumentationsgruppen i løbet af de 4 møder, der afholdes årligt.</p> |
| <p>RESULTAT Hvad er resultatet af udviklings- processen? Udfyldes ved sluttidspunktet for planen.</p> | |

Bilag 3: Referat: Høring af kommunal tilsynsrapport i Beboer- og pårørenderådet den 9. februar 2023

Den kommunale tilsynsrapport for Plejecenter Farsøhthus 2023 har været i høring i Beboer- og pårørenderådet den 9. februar 2023.

Deltagere i Beboer- og pårørenderådet: Bjarne Skou (beboerrepræsentant, næstformand), Jytte Trabjerg (beboerrepræsentant), Svend Erik Smidt (beboerrepræsentant), Viggo L Nielsen (beboerrepræsentant), Heidi Klemmensen (pårørende, formand)

Repræsentant for Ældrerådet: Knud Birch Kristensen

Medarbejderrepræsentant: Birthe Andersen

Ledelsesrepræsentant: Laila Frederiksen (plejecenterleder), Line Sørensen (afdelingsleder)

Beboer- og pårørenderådet angiver:

- At rapporten giver et retvisende billede af forholdene på Plejecenter Farsøhthus
- At det vurderes, at medarbejderes manglende oplevelse af tid skyldes de aktuelle rekrutteringsudfordringer
- At plejecenteret opleves som et dejligt sted at komme
- At det vurderes at rapporten er overvejende positiv
- At der er tillid til, at Plejecenter Farsøhthus vil handle relevant ift. de problemstillinger, tilsynsrapporten peger på.