

Plejecenter  
Møllehjemmet  
Kommunalt  
tilsyn

18. september  
2020

## Indhold

Indledning.....	3
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
<b>Sammenfatning</b> .....	<b>7</b>
Patientsikkerhed.....	9
Oversigt over tilsynets vurdering.....	9
Den sundhedsfaglige dokumentation.....	10
Medicinkontrol .....	11
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH).....	12
Brugertilfredshed .....	13
Oversigt over tilsynets vurdering.....	13
Brugertilfredshed.....	13
Klager/bekymringshenvendelser .....	15
Faglighed.....	15
Oversigt over tilsynets vurdering.....	16
Delegation og kompetencer .....	16
Kendskab til instrukser og retningslinjer .....	17
Organisation .....	17
Oversigt over tilsynets vurdering.....	18
Budgetoverholdelse.....	18
Arbejdsmiljø .....	18
Opsamling på andre/tidligere tilsyn .....	20
Bilag 1 .....	21
BILAG 2: Høringssvar: Bruger- og pårørenderådet, Plejecenter Møllehjemmet .....	23

## Indledning

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

## 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 og medicin håndtering
- Brugertilfredshed
  - Herunder: Behandling af klager og bekymringshenvendelser og brugertilfredshed
- Faglighed
  - Herunder: Arbejdet med delegation og kompetencer og medarbejdernes kendskab til relevante instrukser, procedurer og retningslinjer
- Organisatoriske forhold
  - Herunder: Budgetoverholdelse, arbejdsmiljø 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 2020 på enheden

- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere om det lokale arbejde med sikring og udvikling af henholdsvis patientsikkerhed, brugertilfredshed, faglighed og organisatorisk bæredygtighed
- Interview med fire beboere vedrørende deres mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med kvaliteten af den leverede service på enheden. Beboerne er udvalgt ved, at tilsynsenheden har sendt en liste over relevante beboere<sup>1</sup> til enheden og enheden efterfølgende har indhentet samtykke fra de beboere på listen, der ønskede at deltage i interviewet
- Interview med tre medarbejdere vedrørende arbejdsmiljø og de faglige rammer for deres arbejde. De interviewede har været tilfældigt udvalgte medarbejdere, der har været på arbejde den dag, hvor tilsynet fandt sted
- Stikprøvekontrol af en medicindispensering og to beboeres medicinbeholdning
- Uanmeldt journalauditering på syv borgerjournaler i forhold til 63 vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet
- Enheden har udført en lokal journalaudit på otte af deres borgerjournaler ud fra de samme 63 kriterier
- Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er
- Oversigt over antallet af klager og bekymringshenvendelser modtaget af forvaltningen siden 01.01.2019
- Udtræk fra medarbejder-app'en MyMedCards i forhold til hvilke medarbejdere, der har set/læst hvilke instrukser og retningslinjer
- Opgørelse pr. 01.11.2020 af forventet budgetoverholdelse for regnskabsåret 2020

<sup>1</sup> Relevante beboere er beboere, der på baggrund af deres journaloplysninger vurderes at have de kognitive og fysiske forudsætninger for at deltage i interviews.

- Oversigt over sygefraværprocenten
- Tilsynsrapporter fra eksterne tilsyn på enheden udført i perioden januar 2019 til september 2020

## Rapportens opbygning

I afsnittet **Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set** er en grafisk oversigt over og et resume af tilsynets samlede vurdering af kvaliteten i enhedens arbejde med patientsikkerhed, brugertilfredshed, faglighed og organisatorisk bæredygtighed.

I afsnittet **Enhedens arbejde fremadrettet** er en grafisk oversigt over og et resume af tilsynets samlede vurdering af enhedens handleplaner for de områder, hvor tilsynet har henstillet til, at der udarbejdes en handleplan.

**Resten af tilsynsrapporten** er delt op i fire hovedafsnit, der hvert belyser et hovedområde af betydning for vurderingen af den samlede kvalitet på enheden. De fire hovedområder er: *Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisation.*

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

**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.

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

## Præsentation af enheden

Plejecenter Møllehjemmet er en kommunal plejeenhed med 32 boliger – heraf ingen ledige (pr. 01.09.20)

- Plejecenter Møllehjemmet har ansat cirka 40 medarbejdere fordelt på følgende faggrupper: sygeplejersker, ergoterapeut, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ernæringsassistenter, pædagoger, ufraglærte og teknisk servicemedarbejder
- Plejecenteret er opdelt i to afdelinger med 13 boliger i hver afdeling og derudover er der Elmebo med seks boliger. Medarbejderne er organiseret i to teams, der er tilknyttet en afdeling hver/går på tværs af afdelingerne. Elmebo har et demensteam
- Ledelsen varetages af plejecenterleder Laila Frederiksen og afdelingsleder Heidi Hass Madsen

Fremmødeprofil

- Dagvagt: 12 i hele huset/husene inklusiv elever. Herudover teknisk servicemedarbejdere, ernæringsassistenter og ledere
- Aftenvagt: fire i hele huset/husene (assistent, hjælper)
- Nattevagt: to i hele huset/husene (hjælper, assistent)

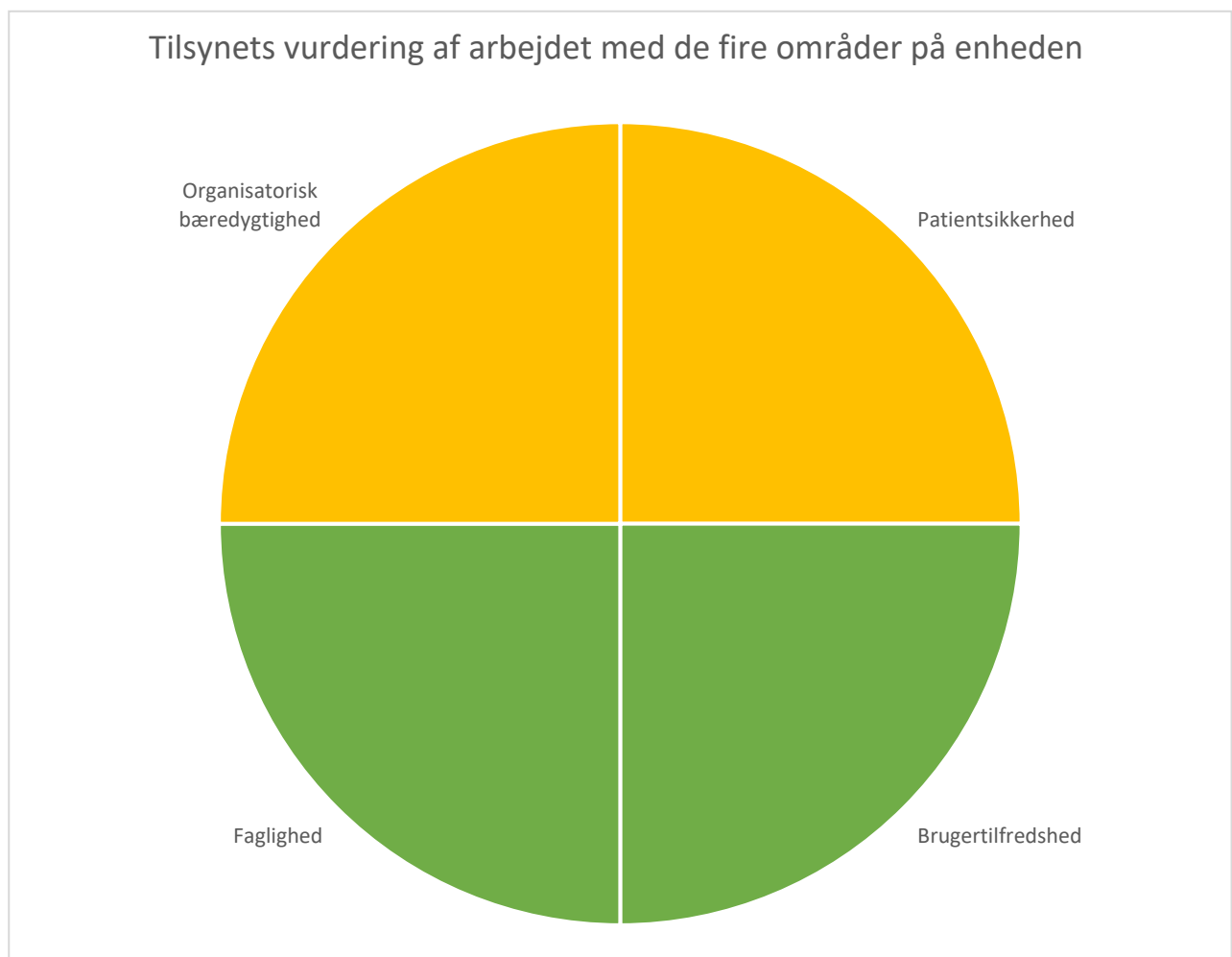
## Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set

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

**En rød farve** viser, at der er fundet et eller flere kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden/kvaliteten inden for det pågældende område.

**En gul farve** viser, at der er fundet et eller flere forhold af mindre betydning for patientsikkerheden/kvaliteten inden for det pågældende område.

**En grøn farve** viser, at der ikke er fundet et eller flere forhold af betydning for patientsikkerheden/kvaliteten inden for det pågældende område.



## Sammenfatning

**Patientsikkerhed:** Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med den sundhedsfaglige dokumentation, medicin håndtering og utilsigtede hændelser<sup>2</sup> (UTH'er): *At der er gjort fund af mindre betydning for patientsikkerheden.*

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At dokumentationen mangler borgerens perspektiv. Både ved samtykke generelt - men også ift. beskrivelse af motivation, mestring mm. og ved borgerens vurdering i tilstandspræciseringen
- At medicingivningen var blevet tidsmæssigt forskudt, så der var risiko for overmedicinering, og at der var en fejl i doseret medicin ved borger, så borger ville få dobbeltdosis af præparat

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At dokumentationen gennemgående er meget struktureret og velordnet, hvor opfølgning dokumenteres systematisk
- At medicindispensering foregår uden forstyrrelser og med en orden og en fast struktur
- At der er et løbende fokus på at få indberettet UTH'er
- At der følges op i forhold til de typer af UTH'er, der indberettes
- At der er en opmærksomhed på at skabe arbejdsvilkår, der imødegår fremtidige UTH'er

**Brugertilfredshed:** Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med at håndtere klager og bekymringshenvendelser og beboernes tilkendegivelser i tilfredshedsundersøgelsen: *At der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten af den leverede kvalitet og service.*

I den samlede vurdering er der lagt vægt på:

- At de interviewede beboere giver udtryk for tilfredshed
- At det begrænsede udbud af aktiviteter ses i lyset af de restriktioner, COVID-19 har medført

**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 samt medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer: *At der ikke er gjort fund af betydning for den leverede faglighed.*

I den samlede vurdering er der lagt vægt på:

- At der arbejdes løbende og systematisk med kompetenceafklaringskemaet i forhold til hver enkelt medarbejder
- At der er arbejdsgange, der understøtter sikringen af, at de fornødne kompetencer er til stede ved opgaverne
- At der er tydelige og kendte kommunikationsveje og at der sikres en systematisk videreformidling af nye og relevante retningslinjer mm.

**Organisatorisk bæredygtighed:** Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens budgetoverholdelse, eksterne tilsyn og arbejdet med at understøtte arbejdsmiljøet: *At der er gjort mindre fund i forhold til den organisatoriske bæredygtighed.*

---

<sup>2</sup> En UTH er en hændelse, hvor sundhedspersoner uforvarende forvolder fejl og skader, når borgerne behandles eller på anden måde er i kontakt med enheden.

I den samlede vurdering er der lagt vægt på:

- At budgettet for indeværende år forventes overholdt
- APV'er (Arbejdspladsvurderingsskemaer vedrørende de borgerrelaterede forhold - herunder adgangsforhold og hjælpemidler i beboerens hjem/lejlighed)
- At medarbejderne giver udtryk for at opleve en meget travl hverdag
- At to ud af de tre interviewede medarbejdere angiver, at der er udfordringer med samarbejdet på tværs af afdelinger, faggrupper og ledelsen

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At ledelsen er bekendt med medarbejdernes perspektiv og arbejder aktivt i forhold til dette
- At der efter tilsyn er blevet arbejdet systematisk med APV'er i den elektroniske omsorgsjournal



## Patientsikkerhed

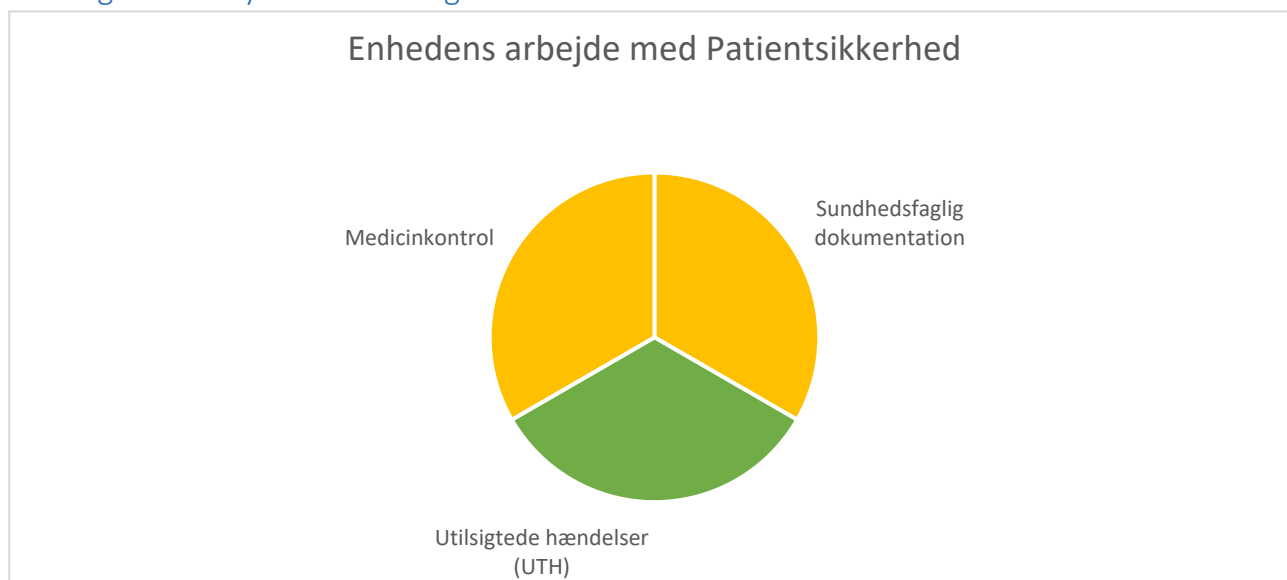
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med sundhedsfaglige procedurer for at forebygge utilsigtede 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 medicinhåndtering
- Tilsynsrapporter fra perioden januar 2019 til september 2020

### Oversigt over tilsynets vurdering



**En rød farve** viser, at der er fundet et eller flere kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

**En gul farve** viser, at der er fundet et eller flere forhold af mindre betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

**En grøn farve** viser, at der ikke er fundet et eller flere forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med den sundhedsfaglige dokumentation, medicinhåndtering og utilsigtede hændelser (UTH'er): *At der er gjort fund af mindre betydning for patientsikkerheden.*

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

## Den sundhedsfaglige dokumentation

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens sundhedsfaglige dokumentation bygger på:

- Tilsynsenhedens uanmeldte journalaudit på syv tilfældigt udvalgte<sup>3</sup> borgerjournaler i forhold til 63 vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet
- Enhedens lokale journalaudit på otte af deres borgerjournaler ud fra de samme 63 kriterier

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

*Enheden og tilsynsenheden finder gennemgående:*

- At borgerens samtykke til behandling og pleje ikke dokumenteres systematisk
- At borgerens indsats/perspektiv ikke fremgår af handlingsanvisning
- At handlingsanvisningerne er meget sparsomt udfyldt
- At borgerens perspektiv og vurdering mangler
- At det fremstår uklart, hvilke målinger der føres på separat papirskema (f.eks. afføringsskema) (også punkt fra tidligere tilsyn)
- At det ikke er helt konsekvent at alle relevante indsatsmål er udfyldt
- At aftaler typisk er under det faglige notat i stedet for i handlingsanvisninger

*Tilsynsenheden finder også:*

- At generelt er de relevante tilstande valgt - særligt ift. det somatiske. Kognitive og psykiske problemstillinger er ofte under én tilstand: 'Problemer med hukommelse'. Det kan betyde, at der ikke kommer tilstrækkelig stringens i udredning og behandlingsplan ift. problemstillingerne (også et punkt ved sidste års tilsynsbesøg)
- At der er en manglende stringens i det faglige notat, så der mangler en ensartethed i, hvad der er beskrevet her og der er ligeledes ikke en opdateret beskrivelse af, hvordan tilstanden kommer til udtryk aktuelt. Fokus på behandling fremfor beskrivelse af tilstanden (her er der forskel i vurderingen mellem tilsynsenheden og enheden)
- At der mangler standardudredning af smerte og mave-tarm-problemer (her er der forskel på vurderingerne mellem tilsynsenhed og enheden)
- At der ikke oprettes observationsnotat ved udlevering af PN (set i tre ud af syv journaler)
- At generelle baggrundsoplysninger ikke har en retvisende dato for opdatering (her er der forskel i vurderingen mellem enhederne)

*Derudover ses det:*

- At helbredsoplysninger er meget strukturerede, dækkende og relevante
- At der følges op på afvigende målinger ved korrespondance med læge
- At indsatser er relevante og opdaterede
- At indsatsmål er forholdsvis specifikke og konkrete - men ikke målbare
- At alle relevante handlingsanvisninger er oprettet
- At observationerne er relevante og der bliver fulgt op på observationer, hvor der angives 'forværringer'
- At der er en rigtig fin struktur med opgaver til alle indsatser og tilstande
- At der er et rigtig fint og gennemgående overblik

---

<sup>3</sup> Disse journaler er tilfældigt udvalgt ved hjælp af et computerprogram

- At der er meget fine døgnrytmeplaner hvor borgeren træder frem og der er fokus på borgerens ønsker og en rehabiliterende tilgang

*Af dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fremgår det:*

- At målinger fremover føres i den elektroniske omsorgsjournal
- At opfølgninger på afvigende målinger fremover fremgår som en kommentar til målinger
- At der løbende afholdes møder om dokumentation medarbejderne imellem, så flere er klædt på til at dokumentere og ansvaret for dokumentationen ikke kun ligger ved én medarbejder
- At journaler auditeres jævnligt med afsæt i auditskemaet udviklet i forbindelse med tilsyn
- At alle nyansatte får introduktion til dokumentation i Nexus indenfor de første ansættelsesdage
- At alle medarbejdere, både hjælpere, assistenter og sygeplejersker ved, hvilken dokumentationspligt de har: Hvor de hver især har et ansvar i journalen for at ajourføre

**På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet:** At der ikke er gjort et fund af betydning for patientsikkerheden, men at den sundhedsfaglige dokumentation har mangler i forhold til at understøtte borgerens retsstilling jf. sundhedsloven.

I vurderingen er der lagt vægt på, at dokumentationen mangler borgerens perspektiv. Både ved samtykke generelt - men også ift. beskrivelse af motivation, mestring mm. og ved borgerens vurdering i tilstandspræciseringen. Der er også lagt vægt på, at dokumentationen gennemgående er meget struktureret og velordnet, hvor opfølgning dokumenteres systematisk.

**Tilsynet henstiller til:**

- At borgers samtykke, eller et stedfortrædende samtykke, dokumenteres systematisk i forbindelse med pleje og behandling og videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart

**Tilsynet anbefaler:**

- At det dokumenteres mere tydeligt, hvordan der skal handles fremadrettet – konkret og handlingsanvisende (hvem gør hvad og hvornår?)

**Tilsynet fremhæver:**

- At der er en gennemgående systematik, struktur og ensartethed i dokumentationen

## Medicinkontrol

Tilsynets vurderingen af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

- Tilsynsenhedens observation af en dispensering
- Tilsynsenhedens gennemgang af to borgeres medicinbeholdning

**Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:**

Ved observation af dispensering og gennemgang af medicinbeholdning finder tilsynet:

- At borger først fik morgenmedicin kl. 10.15 og skulle have samme type medicin igen kl. 12, hvilket indebærer en risiko for overmedicinering. Sygeplejersken angiver i den forbindelse, at fejlen ville blive opdaget, da hjælperne er gode til at kontakte en assistent eller sygeplejerske, hvis medicin bliver forskudt og at hjælperne henter sparring og ikke handler på egen hånd, når der skal tages stilling til medicin

- At der var en fejl i doseret medicin ved borger: Natmedicin lå i aftendosering, så borger ville få dobbeltdosis af præparatet
- At der ikke er bemærkninger ift. medicindispensering, som foregår ved dispenseringsbord og foregik i ro og med en fast struktur
- At der ses en gennemgående orden og systematik i dispenseringen og i borgerens medicinbeholdning

**På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet:** At der er gjort fund af mindre betydning for patientsikkerheden.

I vurderingen er der lagt vægt på, at medicingivningen var blevet forskudt, så der var risiko for overmedicinering, og at der var en fejl i doseret medicin ved borger, så borger ville få dobbeltdosis af præparatet. I vurderingen er der også lagt vægt på, at medicindispensering foregår uden forstyrrelser og med en orden og en fast struktur.

### 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 (se Bilag 1)
- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere om organiseringen af og strategien for arbejdet med utilsigtede hændelser på enheden

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af dataudtrækket fremgår det:

- At der har været fokus på indberetning siden marts måned 2020, hvilket også ses af tal for indberetning
- At enheden indberetter forholdsvis mange infektioner i forhold til sin størrelse – det vil sige, at der er bevidsthed om at indberette infektioner blandt medarbejderne
- At enheden indberetter forholdsvis mange UTH'er i forhold til sin størrelse sammenlignet med øvrige plejecentre i kommunen

Af dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fremgår det:

- At der udsendes et nyhedsbrev månedligt med fokus på UTH'er i forhold til aktuelle problemstillinger
- At der aktuelt arbejdes med dispensering og administration med afsæt i læring fra indberettede UTH'er. Sygeplejerske giver eksempelvis sparring til assistenter, der dispenserer og telefon afleveres ved dispensering
- At alle medarbejdere ved, hvordan UTH'er indberettes
- At fra d. 1. september 2020 har alle medarbejderne tablets, så de kan tilgå FMK (Fælles Medicinkort) løbende, hvilket vurderes at nedbringe antallet af UTH'er i forbindelse med medicingivning

**På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet:** At der ikke er gjort fund i forhold til enhedens arbejde med UTH'er.

Tilsynets vurdering bygger på, at der er et løbende fokus på at få indberettet UTH'er, at der følges op i forhold til de typer af UTH'er, der indberettes og at der er en opmærksomhed på at skabe arbejdsvilkår, der imødegår fremtidige UTH'er.

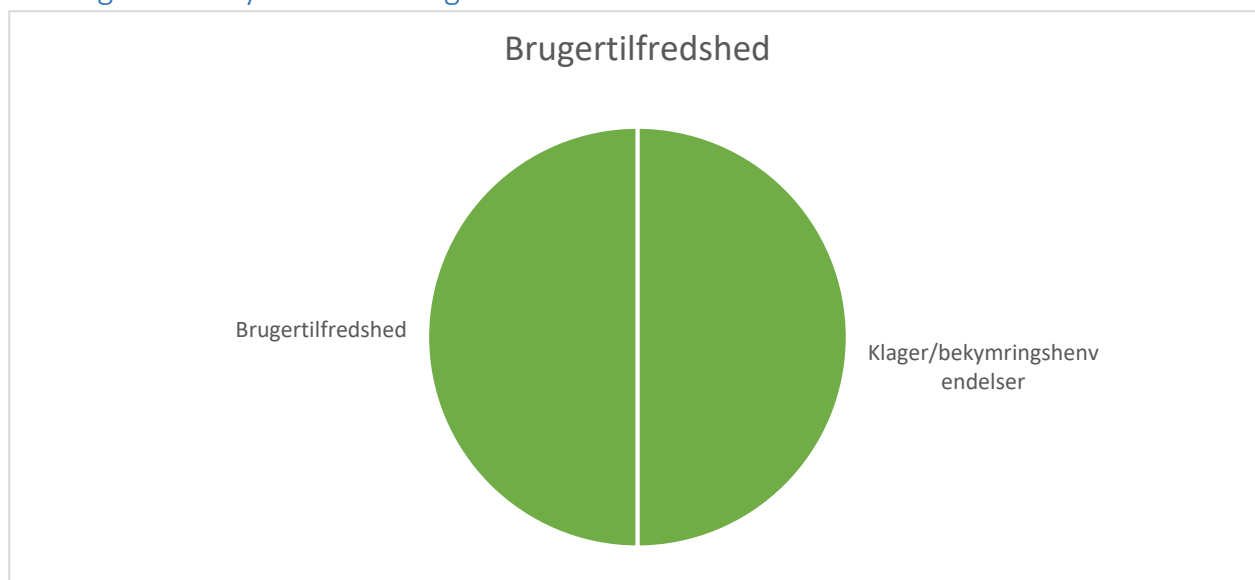
## Brugertilfredshed

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

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

- Klager/bekymringshenvendelser
- Brugertilfredshed

### Oversigt over tilsynets vurdering



**En rød farve** viser, at der er fundet et eller flere kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

**En gul farve** viser, at der er fundet et eller flere forhold af mindre betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

**En grøn farve** viser, at der ikke er fundet et eller flere forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

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

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

## Brugertilfredshed

Tilsynets vurdering af brugertilfredsheden på enheden bygger på:

- Interview med fire beboere

---

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

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewene<sup>5</sup> fremgår det:

De fire beboere giver helt overordnet udtryk for stor tilfredshed med *de fysiske rammer på plejecenteret*. Beboerne giver udtryk for tilfredshed med deres bolig på plejecenteret, med plejecenterets fællesarealer og med de udendørs arealer.

Der er en lidt større spredning i vurderingen af *aktiviteter og socialt samvær på plejecenteret*. Adspurgt om de fire beboere er tilfredse med de daglige aktiviteter på plejecenteret og arrangementerne på plejecenteret, bliver der både givet udtryk for enten 'tilfredshed' og 'både og'. Flere beboere fortæller, at de savner flere daglige aktiviteter og arrangementer.

Beboere er gennemgående tilfredse med *hjælpen til den personlige pleje*. Beboerne angiver således at være 'meget tilfredse' eller 'tilfredse' med hjælpen til at komme i bad, blive vasket, af- og påklædning og toiletbesøg. Alle fire beboere angiver at være 'tilfredse' med hjælpen til den personlige pleje samlet set.

De fire beboere er samlet set tilfredse med *den praktiske hjælp*. Alle fire beboere angiver at være 'meget tilfredse', 'tilfredse' eller 'både og' i forhold til rengøringen af fællesarealerne, "meget tilfredse" eller "tilfredse" med hjælp til tøjvask og med rengøring af deres bolig.

Alle fire beboere vurderer *maden som værende 'god'*.

Alle fire beboere er 'helt enige' og 'enige' i udsagnene: 'Personalet udviser respekt for mig' og 'Omgangstonen mellem mig og personalet er god'. De fire beboere er 'helt enige' i udsagnet: Personalet lytter til hvad jeg har behov for og Hjælpen er lige god uanset hvilken hjælper, der kommer.

Der er en høj grad af tilfredshed i vurderingen af *de praktiske forhold vedrørende hjælpen*. Alle fire beboere angiver 'ja, i høj grad' til, at de får den hjælp, de har behov for, til at de deltager i de ting, de kan og ønsker at deltage i og i forhold til om personalet tager hensyn til, hvordan de gerne vil have deres døgnrytme. Beboerne angiver, at hjælpen de bliver lovet flyttes til et andet tidspunkt på dagen ved travlhed.

Der stilles tre spørgsmål for at afdække om indsatsen opleves at have *et rehabiliterende fokus*. De fire beboere angiver 'ja, i høj grad' i forhold til, om de deltager i udførelsen af hjælpen. Der er størst forskel på beboernes besvarelser i forhold til, om de har været med til at sætte mål for hjælpen. Her svares både 'ja, i høj grad' og 'nej, slet ikke'. Ligeledes er der forskel i besvarelserne i forhold til spørgsmålet, om de arbejder efter de aftalte mål. Her svares både 'ja, i nogen grad' og 'nej, slet ikke'

De fire beboere gav udtryk for *samlet set* at være 'meget tilfredse' eller 'tilfredse' med at bo på Plejecenter Møllehjemmet.

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

I vurderingen er lagt vægt på, at de interviewede beboere giver udtryk for tilfredshed for at bo på plejecenteret. Beboernes hjælp bliver ikke aflyst, men i stedet flyttet til et senere tidspunkt på dagen. Det begrænsede udbud af aktiviteter ses i lyset af de restriktioner COVID-19 har medført.

### Tilsynet anbefaler

---

<sup>5</sup> Da der kun er interviewet fire beboere, beskrives svarene ikke detaljeret for at sikre, at den enkelte beboers besvarelser ikke vil kunne blive genkendt. Bland andet er det undladt at afrapportere besvarelsen 'ved ikke'

- At der så vidt muligt er fokus på at inddrage borgeren i arbejdet med mål for indsatsen

### Klager/bekymringshenvendelser

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med at imødegå og håndtere klager og bekymringshenvendelser bygger på:

- Oversigt over antallet af klager og bekymringshenvendelser modtaget af forvaltningen siden 01.01.2019
- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere

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

Af oversigten over klager fremgår det:

- At i denne periode har forvaltningen modtaget klage eller bekymringshenvendelse på vegne af en beboer i 2019 og på vegne af en beboer i 2020

Ved dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fortælles det:

- At der er stort fokus på, at indgå i dialog med de pårørende med henblik på forventningsafstemning

**Tilsynets vurdering:** At der ikke er gjort fund i forhold til kvaliteten af enhedens håndtering af bekymringshenvendelser og klager.

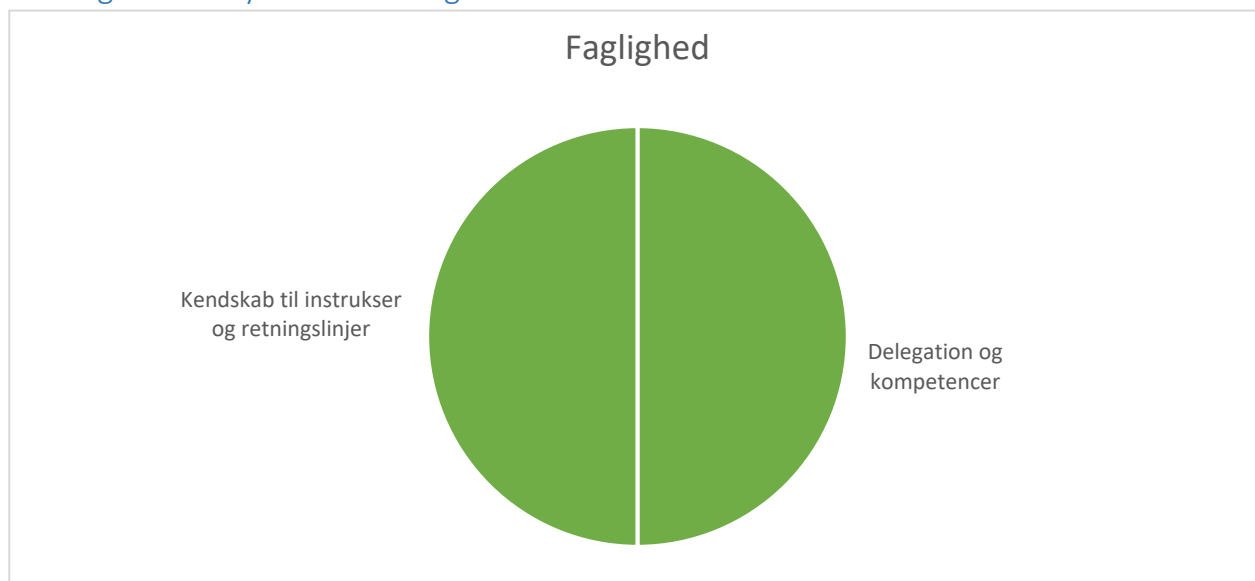
### Faglighed

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

## Oversigt over tilsynets vurdering



**En rød farve** viser, at der er fundet et eller flere kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

**En gul farve** viser, at der er fundet et eller flere forhold af mindre betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

**En grøn farve** viser, at der ikke er fundet et eller flere forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med delegation og kompetencer og medarbejdernes kendskab til instrukser og retningslinjer: *At der ikke er gjort fund af betydning for den leverede faglighed.*

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 efterleves, bygger på:

- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere

Ved dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fortælles det:

- At der arbejdes løbende og efter en fast praksis med kompetenceskemaet for hver enkelt medarbejder
- At der er en gennemgående procedure for, hvordan medarbejderen bliver oplært og får det dokumenteret i kompetenceskemaet
- At der er en ensartet struktur for fordelingen af opgaver hver morgen, hvor det sikres, hvem der har ansvaret og at de pågældende medarbejdere er oplært
- At der ses på hvorvidt borgerens tilstand er stabil/ustabil og kompleks/ukompleks ved fordeling af opgaver

**Tilsynets vurdering:** At der ikke er gjort fund i forhold til, hvordan enheden sikrer, at de rigtige kompetencer er til stede ved alle opgaver og at kommunens retningslinjer for delegation efterleves.



I vurderingen er der lagt vægt på, at der arbejdes løbende og systematisk med kompetenceafklaringskemaet i forhold til hver enkelt medarbejder og at der er arbejdsgange, der understøtter sikringen af, at de fornødne kompetencer er tilstede ved opgaverne.

### Kendskab til instrukser og retningslinjer

Tilsynets vurdering af om det på enheden 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
- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

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

- At alle de udvalgte kort i MyMedCards er blevet set af mindst en medarbejder på enheden inden for de relevante faggrupper

Ved dialog med ledelsen og medarbejdere fortælles det:

- At der er en løbende opmærksomhed på opdateringer i medarbejderapp'en MyMedCards, at disse opdateringer formidles på morgenmøde og at der også sikres overlap til aftenvagten
- At der er faste og kendte kommunikationsveje i forhold til hvilken informationstype, der sendes ud til medarbejderne på mail

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at der er tydelige og kendte kommunikationsveje og, at der sikres en systematisk videreformidling af nye og relevante retningslinjer mm.

## Organisation

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

- Budgetoverholdelse
- Arbejdsmiljø
- Eksterne tilsyn

## Oversigt over tilsynets vurdering



**En rød farve** viser, at der er fundet et eller flere kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

**En gul farve** viser, at der er fundet et eller flere forhold af mindre betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

**En grøn farve** viser, at der ikke er fundet et eller flere forhold af betydning for patientsikkerheden/ kvaliteten inden for det pågældende område.

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens budgetoverholdelse, arbejde med arbejdsmiljø og eksterne tilsyn: *At der er gjort mindre fund af betydning for den organisatoriske bæredygtighed.*

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

### Budgetoverholdelse

Vurderingen af Plejecenter Møllehjemmets overholdelse af budgettet, bygger på:

- Oversigt over forventet regnskab for 2020

Af budgetoversigten fremgår det:

- At der pr. 1. december 2020 forventes et mindreforbrug på ca. 0,150 mio. kr.

Af dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fremgår det:

- At der opleves en udfordring med at besætte ledige stillinger med rette fagligheder.

**Tilsynet vurderer** at plejecentret er økonomisk veldrevet.

### Arbejdsmiljø

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

- Tilsynsenhedens uanmeldte journalaudit på syv borgerjournaler og enhedens egen lokale audit på otte borgerjournaler i forhold til, om der er udfyldt APV'er (Arbejdspladsvurderingsskemaer

vedrørende de borgerrelaterede forhold - herunder adgangsforhold og hjælpemidler i hjemmet) for alle

- Opsummering i forhold til arbejdstilsynet
- Oversigt over sygefravær i perioden 01.08.2019 – 31.07.2020
- Interview med tre medarbejdere
- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere

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

Af journalaudit fremgår det:

- At 10 ud af 15 journaler i audit havde udfyldt APV-skema

Ved dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fortælles det ift. APV:

- At APV hidtil har være i papirform. Skemaerne er nu udfyldt i omsorgsjournalen efter gennemgang af audit

Af opsummering i forhold til arbejdstilsynet fremgår det:

- At der sidst har været tilsyn fra Arbejdstilsynet i 2017

Ved dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fortælles det ift. arbejdstilsynet:

- At enheden efter vejledning fra tilsynsenheden vil bestille besøg fra Arbejdstilsynet

Af oversigt over sygefravær<sup>6</sup>, ses det:

- At enheden har en fraværsprocent på 6,5 % i perioden 01.08.2019 – 31.07.2020
- At der er et mindre fald i sygefraværet i forhold til forrige år

Ved dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fortælles det ift. sygefravær:

- At der aktuelt er en sygemeldt med stress efter travlhed på enheden i sommerperioden og enkelte langtidssygemeldte
- At fastholdelse af sygemeldte medarbejdere er en prioritering

Af medarbejderinterviews fremgår det:

- At alle tre medarbejdere gav udtryk for at have en travl hverdag
- At alle tre medarbejderne angiver "både og" adspurgt om de er tilfredse med det arbejde, de udfører. De giver udtryk for, at de ofte ikke når andet end basisopgaverne grundet travlhed
- At størstedelen af de interviewede medarbejdere oplevede, at der kunne være udfordringer med samarbejdet på tværs af afdelinger, faggrupper og ledelsen

Ved dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fortælles det ift. medarbejdertilfredshed:

- At der har været stor udskiftning i afdelingslederfunktionen de seneste år, hvilket har skabt uro i personalegruppen. Medarbejderne har i processen givet udtryk for, at de vigtigste elementer ved den lokale ledelse skulle være tydelige rammer og synlig ledelse
- Nuværende leder har haft personlige samtaler med alle medarbejdere. Det bliver løbende italesat på eksempelvis personalemøder, at alle er ansvarlige for, at arbejdsmiljøet på stedet er godt
- Lederne angiver, at de vedvarende går ind i problemstillingen omkring travlhed og italesætter forventningerne til arbejdsindsatsen og hvad vi som kommune/personale kan tilbyde borgerne. Lederne tilbyder og inviterer til medarbejdersparring og hjælp til at strukturere dagen

**Tilsynet vurderer at:** der er gjort mindre fund i forhold til arbejdsmiljøet.

I vurderingen er der lagt vægt på, at medarbejderne giver udtryk for at opleve en meget travl hverdag og at to ud af de tre interviewede medarbejdere angiver, at der er udfordringer med samarbejdet på tværs af

---

<sup>6</sup> Tal for sygefraværsprocent er basere på fravær på grund af: Arbejdsskade, Nedsat tjeneste, Delvist syg, Sygdom med § 56-aftale og Sygdom. COVID-19-relateret fravær er ikke med i statistikken

afdelinger, faggrupper og ledelsen. I vurderingen er der også lagt vægt på, at ledelsen er bekendt med medarbejdernes perspektiv og arbejder aktivt i forhold til dette. I vurderingen er også medtaget, at der efter tilsyn er blevet arbejdet systematisk med APV'er i den elektroniske omsorgsjournal.

**Tilsynet henstiller til:**

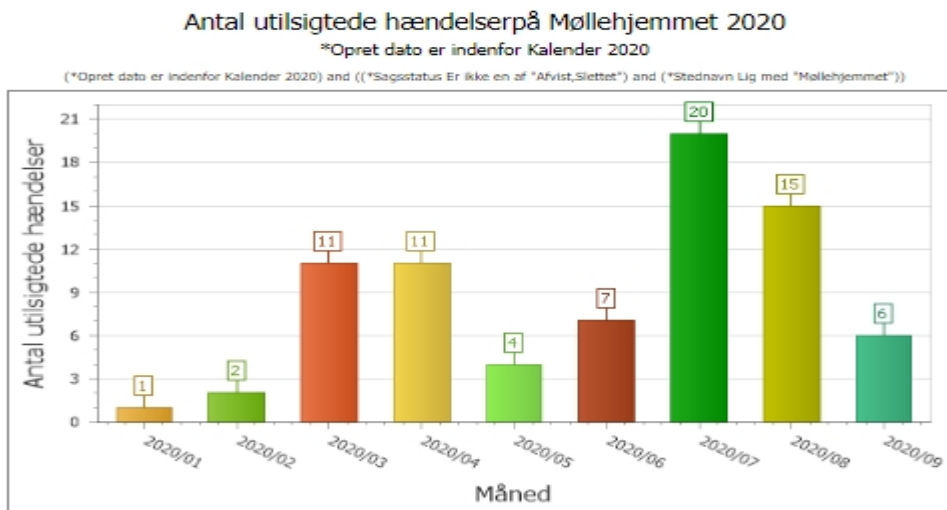
- At det prioriteres at fortsætte arbejdet med at øge medarbejdernes tilfredshed og trivsel

[Opsamling på andre/tidligere tilsyn](#)

- Der er tildelt en elitesmiley ved tilsyn fra Levnedsmiddelstyrelsens kontrol 2019
- Der er givet et påbud ved brandsyn 2019 vedrørende flugtveje – alle forhold er efterfølgende bragt i orden

## Bilag 1

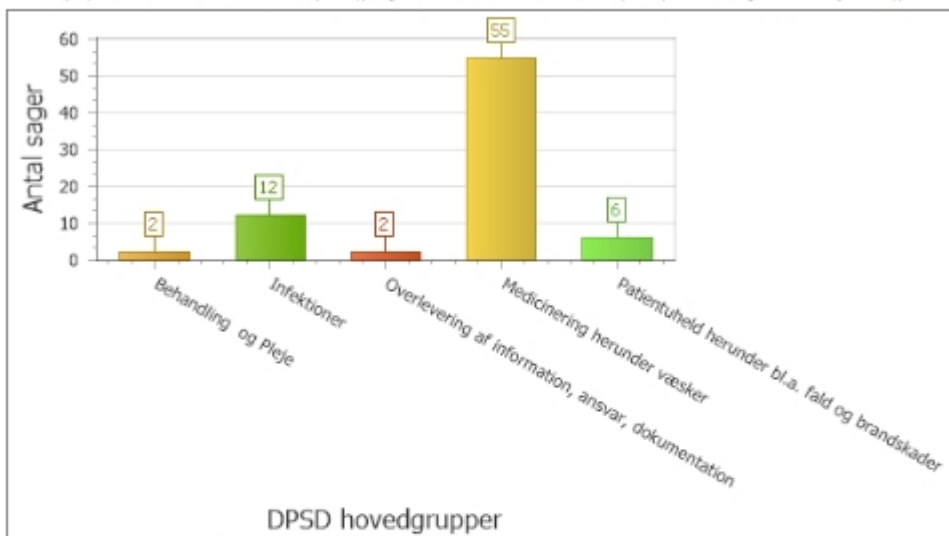
Opsummering af indberettede utilsigtede hændelser (fra januar 2020 til og med august 2020)



## Antal sager fordelt på alvorlighedsgrad

\*Opret dato er indenfor Kalender 2020

(\*Opret dato er indenfor Kalender 2020) and ((\*Sagsstatus Er ikke en af "Slettet,Afvist") and (\*Stednavn Lig med "Møllehjemmet"))



Count of *Sagsnummer	DPSD Hovedgruppe
2	Behandling og Pleje
12	Infektioner
2	Overlevering af information, ansvar, dokumentation
55	Medicinering herunder væsker
6	Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader

## BILAG 2: Høringsvar: Bruger- og pårørenderådet, Plejecenter Møllehjemmet

Rapporten for kommunalt tilsyn ved Plejecenter Møllehjemmet har været i høring i bruger- og pårørenderådet. På grund af den særlige situation med COVID-19 er dette høringssvar indhentet på en anden måde end ved det sædvanlige dialogmøde. Tilsynsrapporten er blevet sendt til alle medlemmer af rådet, der har haft mulighed for at sende deres kommentarer til tilsynsenheden, plejecenterlederen eller formanden. Med afsæt i de indsendte kommentarer er der afholdt et telefonmøde mellem formanden, plejecenterlederen og tilsynet d. 25. maj 2021.

### Deltagere i Plejecenter Møllehjemmets bruger- og pårørenderåd:

Brugerrepræsentanter: Inger Brøndum

Pårørenderrepræsentanter: Leif Andersen, Anna Grete Nielsen (formand), Karin Schmidt

Ældrerådets repræsentant: Knud Sejersen

Ledelsesrepræsentant: Laila Frederiksen, Heidi H Madsen

Medarbejderrepræsentant: Anni Mikkelsen

Bruger- og pårørenderådet angiver,

- At det er en fin, men også meget omfangsrig rapport
- At det har været en meget lang proces fra tilsynet fandt sted og til rapporten er kommet i høring
- At rapporten afspejler meget omfattende krav til dokumentation
- At beboernes angivelse af, at hjælpen er lige god uanset hvilken hjælper der kommer, ikke kan genkendes