

Plejecenter  
Farsøhthus  
Kommunalt  
tilsyn

14. 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
Sammenfatning .....	6
Patientsikkerhed.....	8
Oversigt over tilsynets vurdering.....	8
Den sundhedsfaglige dokumentation.....	9
Medicinkontrol .....	10
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH).....	11
Eksterne tilsyn .....	12
Brugertilfredshed .....	13
Oversigt over tilsynets vurdering.....	13
Brugertilfredshed.....	13
Klager/bekymringshenvendelser .....	15
Faglighed.....	16
Oversigt over tilsynets vurdering.....	16
Delegation og kompetencer .....	16
Kendskab til instrukser og retningslinjer .....	17
Organisation .....	18
Oversigt over tilsynets vurdering.....	18
Budgetoverholdelse.....	19
Arbejds miljø .....	19
Opsamling på andre/tidligere tilsyn .....	20
Bilag 1 .....	21
Bilag 2 .....	23
Høringssvar: Bruger- og pårørenderådet, Plejecenter Farsøhthaus .....	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 seks 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 fire 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 dispensering og to borgers medicinbeholdning
- Uanmeldt journalauditering på fire 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 sygefraværsprocenten
- 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 Farsøhthus er en kommunal plejeenhed med 53 boliger – heraf otte ledige (pr 01.09.20).

- Plejecenter Farsøhthus har ansat cirka 70 medarbejdere fordelt på følgende faggrupper: sygeplejersker, ergo-/fysioterapeut, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, ernæringsassistenter, ufaglærte, teknisk servicemedarbejder og elever
- Plejecenteret er opdelt i fem afdelinger med 10 boliger i hver afdeling i øst og 11 boliger i hver afdeling i vest. Medarbejderne er organiseret i fem teams, der er tilknyttet en afdeling hver. Medarbejderne arbejder som udgangspunkt på tværs af min. to afdelinger.
- Ledelsen varetages af plejecenterleder Laila Frederiksen og afdelingsleder Jeannett Andreasen

Fremmødeprofil

- Dagvagt: 19 medarbejdere (inklusive elever) i hele huset. Herudover teknisk servicemedarbejdere, ernæringsassistenter og ledere
- Aftenvagt: seks i hele huset (social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere)
- Nattevagt: to i hele huset (social- og sundhedsassistent, social- og sundhedshjælper)

## 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 (UTH'er): *At der ikke er gjort fund af betydning for patientsikkerheden, men at den sundhedsfaglige dokumentation er af en ujævn kvalitet.*

I den samlede vurdering af arbejdet med patientsikkerhed på enheden er der lagt vægt på:

- at der ikke er fundet forhold, der har haft en patientkritisk karakter, men at dokumentationen gennemgående er af en ujævn kvalitet – og at flere af de identificerede opmærksomhedspunkter også blev påpeget ved sidste års tilsyn
- at den dispenserede medicin stemte overens med FMK (medicinlisten) og at der er en gennemgående orden i borgerens medicinbeholdning
- at der er faste mødefora, hvor der er en løbende dialog om, hvordan UTH'er kan forebygges, og der er et stort fokus på at skabe arbejdsvilkår, der understøtter muligheden for at indberette UTH'er og imødegå fremtidige UTH'er

**Brugertilfredshed:** 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 den samlede vurdering er der lagt vægt på:

- at de interviewede beboere giver udtryk for tilfredshed. Det begrænsede udbud af aktiviteter ses i lyset af de restriktioner, COVID-19 har medført og at rengøring hver tredje uge er i overensstemmelse med kommunens kvalitetsstandard
- at der både er fokus på en korrekt håndtering af klager og på at forebygge eventuelle fremtidige klager

**Faglighed:** 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 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 tilstede ved opgaverne ved de enkelte beboere, og at der er et kontinuerligt fokus på at støtte op om en kultur blandt medarbejderne, hvor man kan og bør være åben om faglig usikkerhed
- at der ses en klar arbejdsgang og -fordeling i formidling af ny information

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

I den samlede vurdering er der lagt vægt på:

- at budgettet for indeværende år forventes overholdt
- at der arbejdes systematisk med APV'er, at der er et stort fokus på arbejdsstillinger ved forflytninger, at der er et forholdsvis lavt sygefravær og opmærksomhed på dette

## Patientsikkerhed

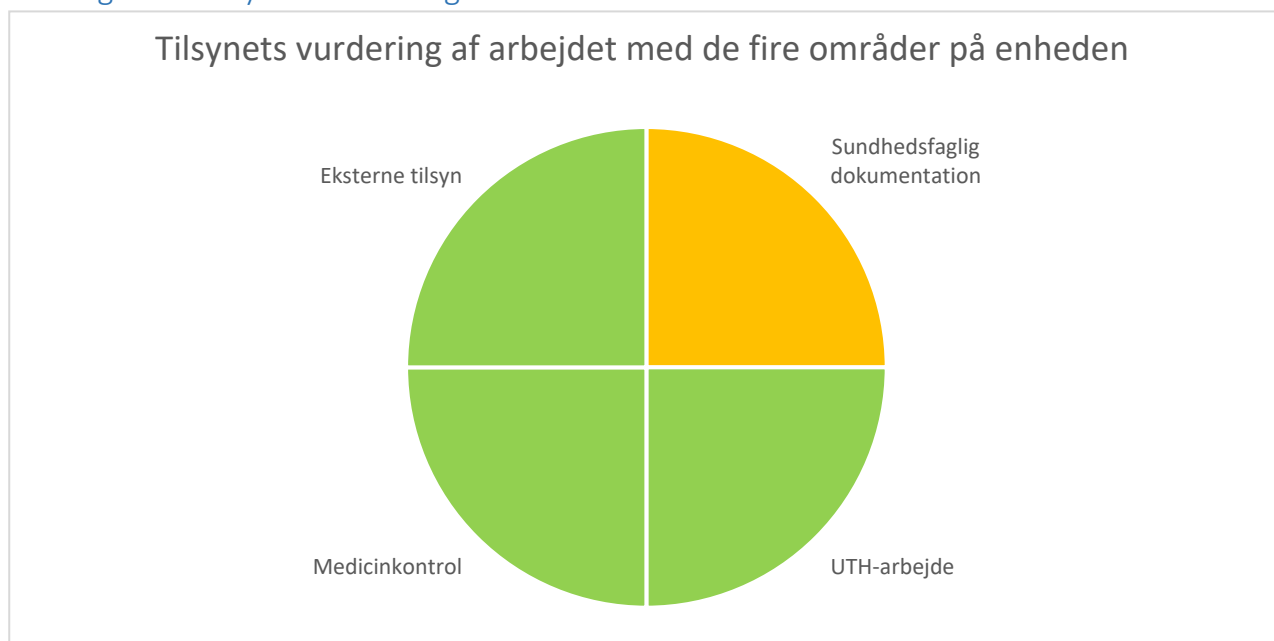
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for at forbedre *patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med sundhedsfaglige procedurer for at forebygge utilsigtede 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 ikke er gjort fund af betydning for patientsikkerheden*, men at den sundhedsfaglige dokumentation er af en ujævn 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:

- Tilsynsenhedens uanmeldte journalaudit på fire tilfældigt udvalgte<sup>2</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 ved journalaudit:

- At borgers vurdering mangler i beskrivelsen af helbredstilstanden
- At der mangler udredninger
- At indsatsmål ikke er formuleret som SMARTE mål (Specifikke, målbare, attraktive, realistiske, tidstro og evaluerbare)
- At henvisning til borgers samtykke mangler i korrespondancer
- At der mangler observationsnotat efter PN
- At borgers samtykke mangler i handlingsanvisninger
- At der ikke oprettes opgaver til opfølgning på indsatser

Enheden og tilsynsenheden finder i ca. halvdelen af de auditerede journaler:

- At ikke alle relevante helbredstilstande er oprettet
- At borgers ønsker og mål ikke er udfyldt
- At 'faglige notat' ikke er helt fyldestgørende
- At der ikke er angivelse af tærskelværdier under målinger
- At alle ikke relevante indsatser ikke er afsluttet

Tilsynsenheden finder i ca. halvdelen af de auditerede journaler:

- At der ikke er angivet max dosis ved PN-medicin (medicin der gives ved behov)
- At 'risikosituationslægemiddel' ikke er angivet i medicinlisten
- At handleanvisningerne ikke er helt tydelige ift. hvad man skal gøre ved afvigelse
- At der mangler enkelte relevante handlingsanvisninger
- At borgers vurdering mangler i tilstandspræciseringen
- At ikke alle relevante indsatsmål er oprettet
- At der ikke er retvisende dato på skemaet 'Generelle oplysninger'
- At der i feltet 'Helbredsoplysninger' anvendes fagtermer uden forklaring og at helbredsoplysninger ikke beskrives på et overordnet niveau
- At feltet 'Særlig opmærksomhed' i døgnrytmeplanen anvendes til lavpraktiske oplysninger
- At helbredstilstande markeres som 'inaktive', hvis de er 'ikke-relevante'
- At borgers samtykke mangler i handlingsanvisninger

Enkeltstående fund:

- At der ikke følges op på måling, der kan indikere en forværring i borgerens tilstand i overgangen mellem hjemmepleje og plejecenter
- At dispenseringsform ikke er angivet ved et lægemiddel

---

<sup>2</sup> Disse journaler er tilfældigt udvalgt ved hjælp af et computerprogram

Af sidste års tilsynsrapport fremgår, at det anbefales:

- At der altid følges op på alle observationer og målinger
- At alle handlingsanvisningerne gøres præcise
- At der dokumenteres i journalen, så den er tilgængelig og alle faggrupper har mulighed for at gøre de relevante og rigtige observationer

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at der ikke er fundet forhold, der har haft en patientkritisk karakter, men at dokumentationen gennemgående er af en ujævn kvalitet – og at flere af de identificerede opmærksomhedspunkter også blev påpeget ved sidste års tilsyn jævnfør også anbefalingerne ovenfor.

**Tilsynet henstiller til:**

- At der ensartet og systematisk dokumenteres opfølgning på målinger, der indikerer en forværring i borgers tilstand
- At borgers samtykke til pleje og behandling og samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart dokumenteres systematisk i journalen
- At det sikres, at de rette tilstande vælges, og at de relevante udredninger, handleplaner og opgaver oprettes
- At der er en fast procedure i forhold til dokumentation af udleveret PN og opfølgning på effekt

**Tilsynet anbefaler:**

- At handleanvisningerne bliver tydelige ift. hvad der skal gøres ved afvigelse
- At borgers perspektiv dokumenteres gennemgående i journalen (motivation, mestring, fremtidsønsker og egenvurdering i forhold til tilstandspræcisering)
- At indsatsmål formuleres som SMARTE mål (Specifikke, målbare, attraktive, realistiske, tidstro og evaluerbare)
- At der efter latinske fagtermer i journalen angives de danske begreber i parentes

## Medicinkontrol

Tilsynets vurdering 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 der blev observeret en fin adskillelse af aktuel og gammel medicin
- At der fremgik persondata af samtlige medicinæsker
- At holdbarhedsdato på præparaterne var gældende
- At den doserede medicin stemte overens med FMK
- At enheden anvender et mobilt medicindoseringsbord til større doseringer, som ifølge medarbejderne både medvirker til øget ro omkring opgaven samt sikrer den nødvendige plads til medicindispenseringen

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at den dispenserede medicin stemte overens med FMK (medicinlisten) og at der er en gennemgående orden i borgerens medicinbeholdning.

#### **Tilsynet fremhæver:**

- At enheden har fundet en metode med doseringsbordet, der ifølge medarbejderne sikrer gode betingelser for arbejdet med medicindispenseringen

#### **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 størstedelen af de indrapporterede UTH'er vedrører medicinering, men at der også indberettes fald, overgange og tryksår.
- At antallet af UTH-indberetninger ser ud til at falde fra marts og frem til august

Af dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fremgår det:

- At UTH drøftes både på generelle personalemøder og på særskilte assistentmøder, hvor der er en løbende dialog om: Hvorfor sker de utilsigtede hændelser? Hvad er de et udtryk for? Arbejdspres? U hensigtsmæssige arbejdsgange?
- At alle medarbejdere nu har tablets med sig, så det er tydeligere på deres køreliste, hvis der er medicinadministration hos borgeren. Dette har måske medvirket til færre UTH'er på medicinfronten
- At der på plejecentret er en kultur for, at man gerne må gå tilbage til en kollega og italesætte en UTH. Læringsperspektivet er i fokus og ikke den enkelte medarbejders fejl
- At assistenterne i foråret har haft sygeplejersker med ude til dosering for at se på deres arbejdsgange og give sparring. Der arbejdes videre med denne form for kompetenceudvikling/faglige sparring, da alle medvirkende personale har givet god feedback på processen
- At alle medarbejdere ved, hvordan UTH indberettes og de indberettes af alle faggrupper og af mange forskellige personer
- At enheden deltager i et pilotprojekt omkring en ny indrapporteringsform, som vil kunne ligge som en app på tabletten

**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 faste mødefora, hvor der er en løbende dialog om, hvordan UTH'er kan forebygges, og der er et stort fokus på at skabe arbejdsvilkår, der understøtter muligheden for at indberette UTH'er og imødegå fremtidige UTH'er.

## Eksterne tilsyn

Ved *det risikobaserede tilsyn* fra Styrelsen for Patientsikkerhed i 2019, blev det vurderet, at der var mindre problemer af betydning for patientsikkerheden på enheden. Dette blev vurderet på baggrund af en instruks, som både var instruks for akut opstået sygdom og for fravalg af livsforlængende behandling. Denne instruks var en fælles overordnet instruks for Sundhed og Omsorg og derfor ikke enhedens ansvar. Derudover fandt tilsynet, at dokumentation af indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge manglede. Den overordnede instruks er efterfølgende blevet opdateret og handleplan for arbejdet med at sikre dokumentation af samtykke er godkendt.

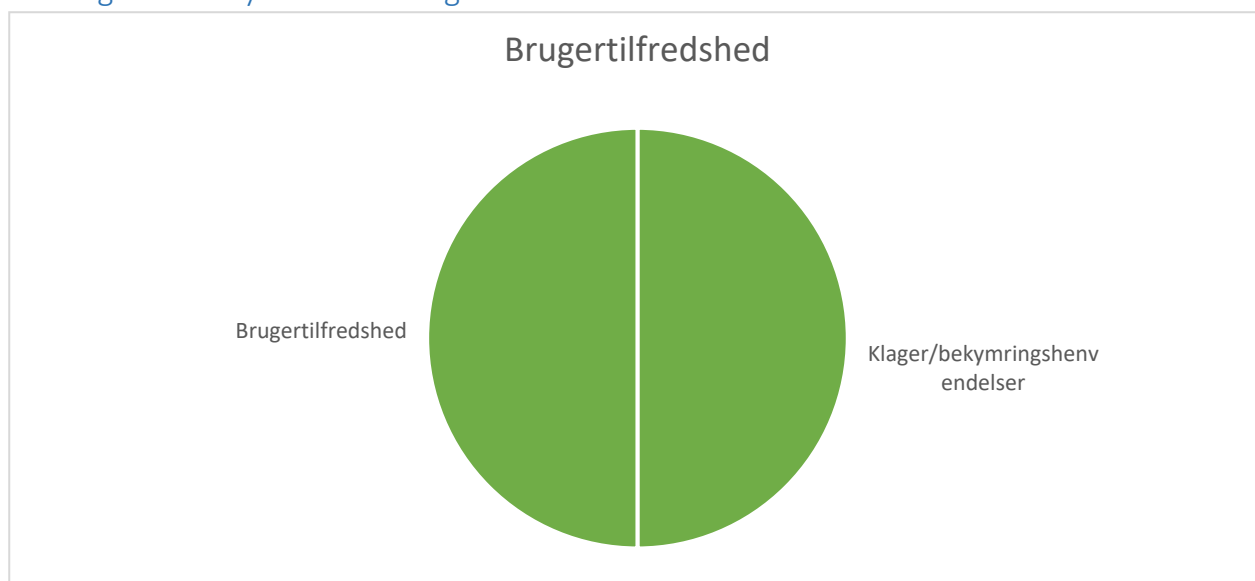
## Brugertilfredshed

I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser<sup>3</sup>. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social services §§ 83, 83a og 86.

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

- Brugertilfredshed
- Klager/bekymringshenvendelser

### 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 seks beboere

<sup>3</sup> Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

### Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewet<sup>4</sup> fremgår det:

De seks beboere giver helt overordnet udtryk for tilfredshed med *de fysiske rammer på plejecenteret*. Beboerne giver udtryk for tilfredshed med deres bolig på plejecenteret. I forhold til plejecenterets fællesarealer inde angiver beboerne at være 'meget tilfredse', 'tilfredse' eller 'både og'. I forhold til plejecenterets udendørs arealer angiver beboerne at være 'meget tilfredse' eller 'tilfredse'.

Adspurgt om vurderingen af *aktiviteter og socialt samvær på plejecenteret* angiver de fire beboere at være 'meget tilfredse', 'tilfredse' eller 'både og' i forhold til de daglige aktiviteter og arrangementerne på plejecenteret. Flere beboere fortæller, at de savner de daglige aktiviteter på tværs i huset og det sociale samvær med andre beboere.

Beboerne 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 og toiletbesøg. De angiver at være 'tilfredse' med hjælpen til af- og påklædning. I forhold til hjælpen til den personlige pleje samlet set fortæller beboerne, at de er 'tilfredse'.

De fire beboere er samlet set mindre tilfredse med *den praktiske hjælp*. Beboere angiver at være 'meget tilfredse', 'tilfredse' og 'både og' med rengøringen af fællesarealerne og egen bolig. Flere giver udtryk for at de ønsker rengøring oftere.

I forhold til hjælpen med tøjvask angiver beboerne at være "meget tilfredse", "tilfredse" eller 'utilfredse' med hjælpen.

Beboerne vurderer *maden* som 'meget god', 'god' eller 'hverken eller'. Hovedparten vurderer at maden er god.

Alle seks beboere er 'helt enige' og 'enige' i udsagnene: 'Personalet udviser respekt for mig', 'Omgangstonen mellem mig og personalet er god' og 'Personalet lytter til, hvad jeg har behov for'. Der er større spredning i svarene på udsagnet: Hjælpen er lige god uanset hvilken hjælper, der kommer. Her angiver beboerne 'helt enig', 'enig' og 'både og'.

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

Beboerne spørges også ind til forhold, der skal afdække, om indsatsen har *et rehabiliterende fokus*. Her svarer de seks beboere 'ja, i høj grad' eller 'i mindre grad' i forhold til, om de deltager i udførelsen af hjælpen. Beboerne svarer 'ja, i nogen grad' i forhold til, om de har været med til at sætte mål for hjælpen og i forhold til spørgsmålet om de arbejder efter de aftalte mål.

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

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

---

<sup>4</sup> Da der kun er interviewet seks beboere beskrives svarene ikke detaljeret for at sikre, at den enkelte beboers besvarelser ikke vil kunne blive genkendt.

I vurderingen er lagt vægt på, at de interviewede beboere giver udtryk for tilfredshed med at bo på plejecentret. 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. En enkelt beboer er utilfreds med hjælpen til tøjvask.

### 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 forvaltningen har modtaget klager eller bekymringshenvendelser på vegne af to beboere på enheden i 2019

Ved dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fortælles det:

- At der er en fast procedure i forhold til hvordan kritiske henvendelser fra pårørende håndteres for at sikre de pårørendes og beboerens retssikkerhed og fremme samarbejdet fremover
- At enheden, for at forbedre samarbejdet og forebygge fremtidige klager, er undervejs med at udarbejde informationsmateriale til den kommende beboer og dennes pårørende, med henblik på at bidrage til en indledende forventningsafstemning<sup>5</sup>
- At der er en opsøgende tilgang til de pårørende, hvis der opleves at være udfordringer, så de pårørende føler sig set og hørt og har lettere ved at henvende sig direkte efterfølgende

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at der både er fokus på en korrekt håndtering af klager og på at forebygge eventuelle fremtidige klager.

---

<sup>5</sup> Enheden oplyser i sit høringssvar d. 12. maj 2021, at indflytningsmaterialet nu er udarbejdet centralt fra som et fælles materiale til alle plejecentre.

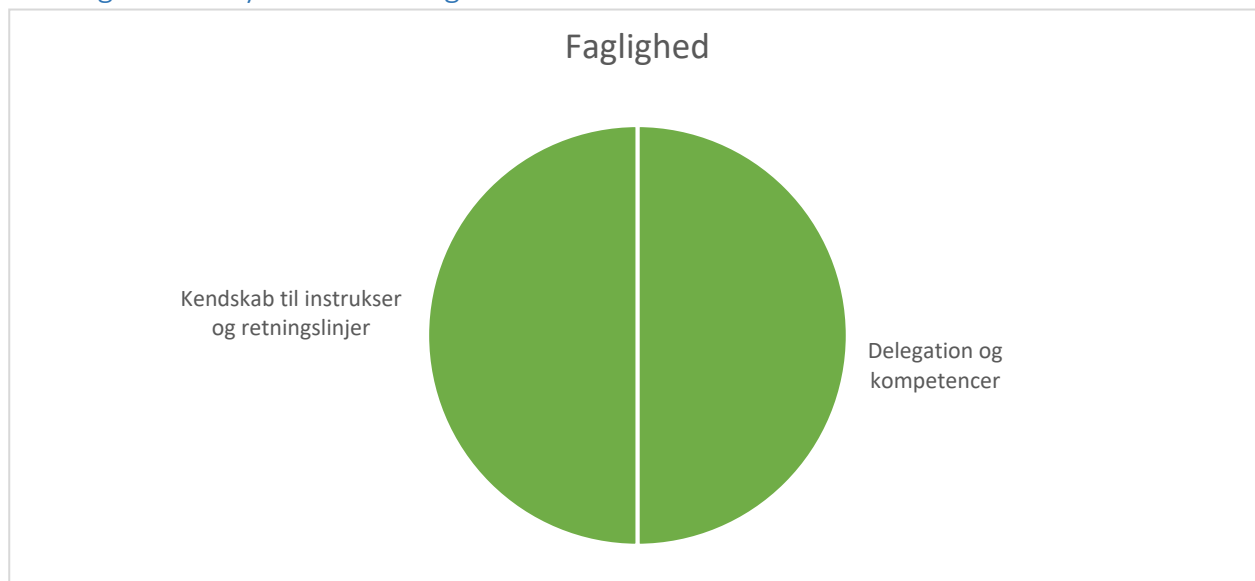
## Faglighed

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 efterleveres, bygger på:

- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere

Ved dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fortælles det:



- At der arbejdes aktivt med kompetenceafklaringskemaet, så alle medarbejdere uanset faggruppe gennemgår kompetenceskemaet med efterfølgende opfølgning i forbindelse med MUS
- At det er fast procedure, at uaglærte oplæres borgerspecifikt ved alle relevante borgere ift. medicinadministration og, at det ikke er hjælpere, der må oplære
- At der udarbejdes et skema for hver beboer i forhold til, hvilke kompetencer blandt medarbejderne, der er nødvendige for at varetage opgaverne
- At vagtplanlægger sikrer sig, at der er de rette kompetencer til stede ved vagt, ellers bliver medarbejderen oplært forud for vagten
- At så mange som muligt oplæres i de enkelte opgaver
- At der er en kultur blandt medarbejderne, der betyder at det er legalt at efterspørge hjælp når man er fagligt usikker
- At det ikke er helt entydigt, hvor det er dokumenteret, hvad medarbejder skal observere for ved delegation

**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, at der er arbejds gange, der understøtter sikringen af, at de fornødne kompetencer er tilstede ved opgaverne ved de enkelte beboere, og at der er et kontinuerligt fokus på at støtte op om en kultur blandt medarbejderne, hvor man kan og bør være åben om faglig usikkerhed.

#### **Tilsynet anbefaler**

- At der etableres en fast praksis for, hvor det er anført i journalen, hvad der skal observeres for ved delegation

#### **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 og højst ni medarbejdere inden for de relevante faggrupper
- At medarbejderne ikke har single sign on, så oversigten over læste kort i MyMedCards-app'en giver ikke et retvisende billede

Ved dialog med ledelsen og medarbejdere fortælles det:

- At der er faste og kendte kommunikationsveje i forhold til hvilken informationstype, der sendes ud og hvordan til medarbejderne – både i forhold til nye retningslinjer generelt og i forhold til retningslinjer angående COVID-19

- Afdelingslederen sikrer formidling af nyeste COVID-information til alle fem afdelinger og der bliver ligeledes informeret ud til medarbejderne via nyhedsbreve

**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 ses en klar arbejdsgang og -fordeling i formidling af ny information.

## 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 ikke er gjort fund af betydning for den organisatoriske bæredygtighed.*

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

## Budgetoverholdelse

Vurderingen af Plejecenter Farsøhthus' overholdelse af budgettet bygger på:

- Oversigt over forventet regnskab for 2020
- Dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere

Af budgetoversigten fremgår det:

- At der pr. 1. december 2020 forventes et mindreforbrug på ca. 0,200 mio. kr.

Af dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere fremgår det:

- At budgetafvigelsen skyldes et markant mindre forbrug af afløsere og ledige stillinger. Der opleves aktuelle udfordringer med at besætte ledige stillinger med den rette faglighed.

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

## Arbejds miljø

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

- Tilsynsenhedens uanmeldte journalaudit på fire 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 12 ud af 12 journaler i audit havde udfyldt APV-skema

Af dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere ift. arbejdet med APV fremgår det:

- At APV gennemgås for hver beboer en gang årligt og ved ændringer i beboers tilstand/behandling, hvor revision af APV er relevant
- At der finder en APV-vurdering sted ved indflytning
- At både den psykiske og den fysiske del af arbejdsmiljøet inddrages ved udarbejdelsen af APV'en
- At medarbejderne er gode til at benytte arbejdsmiljørepræsentanten til sparring

Af opsummering i forhold til arbejdstilsynet fremgår det:

- At der har været tilsyn fra Arbejdstilsynet i 2019, hvor enheden fik et påbud i forhold til forflytninger, men hvor enhedens løsningsforslag efterfølgende er blevet accepteret
- At påbuddet har betydet et efterfølgende øget fokus på arbejdsstillinger ved forflytninger, hvor der nu hyppigere efterspørges sparring fra forflytningsvejleder, der er flere snakke i medarbejdergruppen om, hvordan en forflytning/påklædning kan foregå: Nu anvendes der eksempelvis spilerdug ved påklædning

Af oversigt over sygefraværses det:

- At enheden har en fraværsprocent på ca. 4 % i perioden 01.08.2020 – 31.07.2020, hvilket er en stigning på knap 2 %

Af dialog med ledelsen og udvalgte medarbejdere ift. sygefravær fremgår det:

- At medarbejderne ringes op af afdelingsleder eller inviteres til snak ved sygemelding – også ved første dag. Der spørges til om sygemeldingen er arbejdsrelateret eller har private årsager. Herefter lægges en plan for opstart af afdelingslederen og den sygemeldte, hvor fokus er på en hurtig men skånsom opstart. Denne arbejdsgang er efterhånden formidlet til hele personalegruppen, og opfattes som legitim af medarbejderne

Af medarbejderinterviews fremgår det:

- At alle fire medarbejdere gav udtryk for at have en travl hverdag.
- At tre ud af fire medarbejder de fleste dage var tilfredse med det arbejde de udfører. En enkelt medarbejder var utilfreds med det arbejde vedkommende udfører grundet travlhed.
- Alle fire medarbejdere oplevede, at samarbejdet på tværs af afdelinger, faggrupper og ledelsen var godt.

Ved dialog med ledelsen og medarbejdere fortælles det:

- At der tilsvarende ved sidste tilsyn er en oplevelse blandt medarbejderne af at have meget travlt
- At medarbejderne er blevet pålagt flere rengøringsopgaver, som belaster dem ift. at nå plejeopgaverne
- At det er en udfordring at rekruttere kvalificerede assistenter og til tider også hjælpere. Der er i ledelsen fokus på at få ansat kvalificeret personale hurtigt, så der ikke opleves øget arbejdspress for den resterende personalegruppe ift. de nuværende vakante stillinger
- At der er fokus på at medarbejderne oplever, at de kan komme til ledelsen, hvis de føler sig pressede

**Tilsynet vurderer, at** der ikke er gjort fund i forhold til arbejdsmiljøet.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der arbejdes systematisk med APV'er, at der er et stort fokus på arbejdsstillinger ved forflytninger, at der er et forholdsvis lavt sygefravær og opmærksomhed på dette.

### [Opsamling på andre/tidligere tilsyn](#)

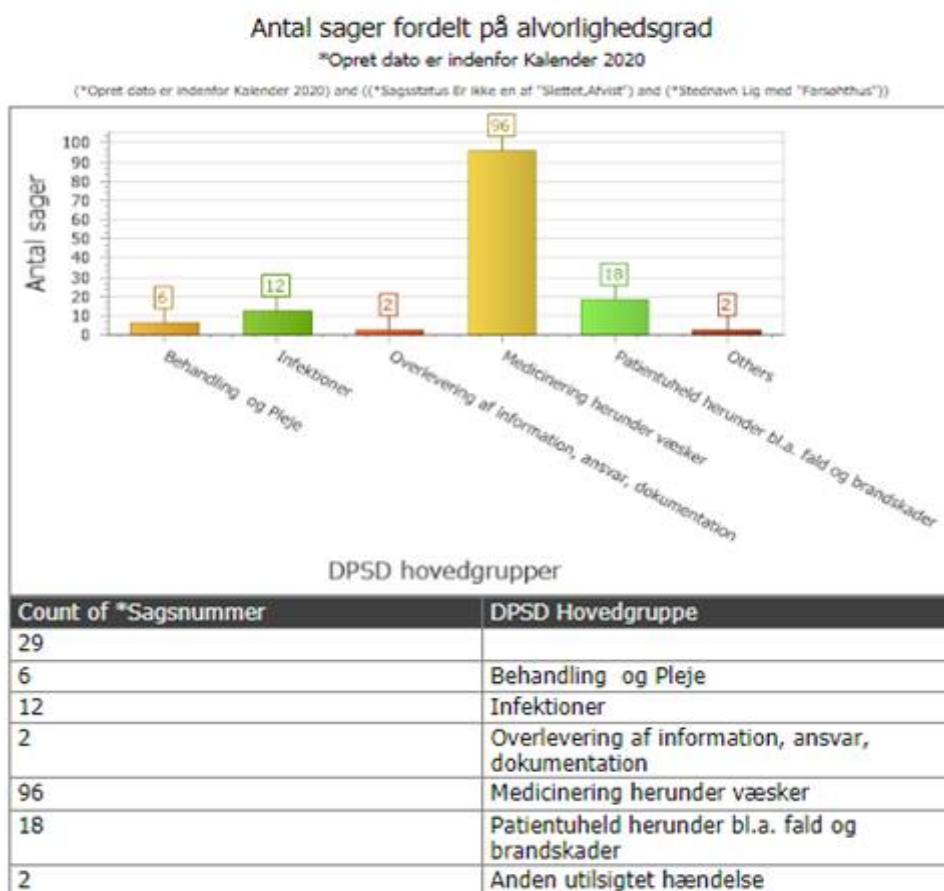
Der er tildelt en elitesmiley ved tilsyn fra Levnedsmiddelstyrelsens kontrol 2020.

Ved Brandtilsyn 2019 er der indgivet en anbefaling om udskiftning af ældre døre og om at ændre ved nuværende konstruktion med intern trappeopgang.

Alle anbefalinger er efterfølgende taget til efterretning og er under udførelse under ansvar af Norddjurs Kommunes bygningskonstruktør.

## Bilag 1

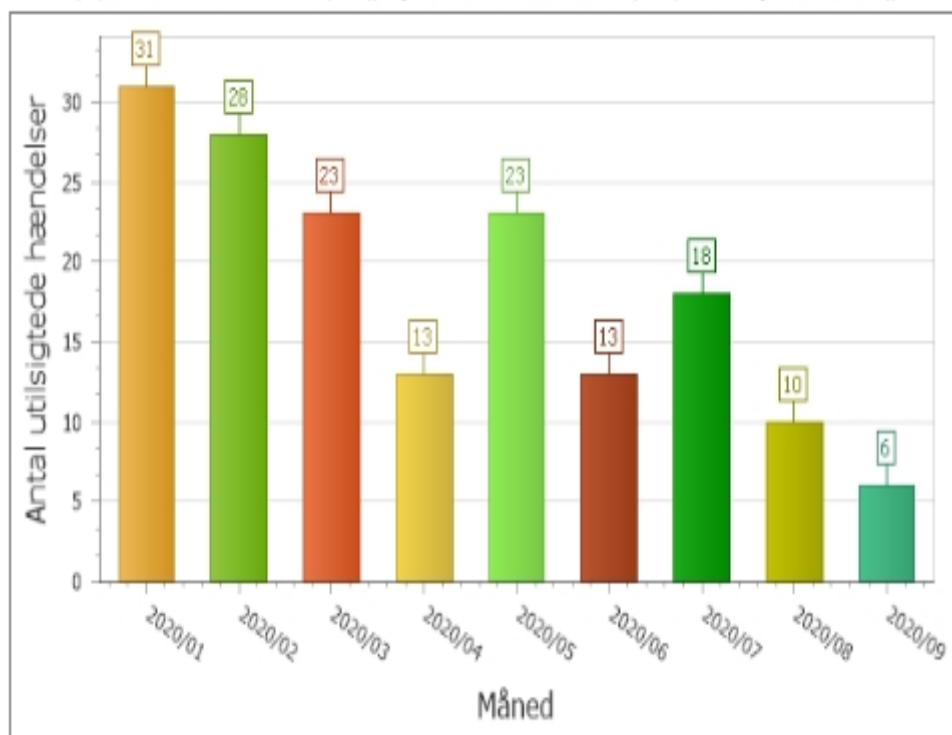
Opsummering af indberettede utilsigtede hændelser (fra januar 2020 til og med medio september 2020)



## Antal utilsigtede hændelser på Farsøhthos 2020

\*Opret dato er indenfor Kalender 2020

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



## Bilag 2

### Høringsvar: Bruger- og pårørenderådet, Plejecenter Farsøhthus

Rapporten for kommunalt tilsyn ved Plejecenter Farsøhthus har været i høring i bruger- og pårørenderådet, Plejecenter Farsøhthus. 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. 17. maj 2021.

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

Beboerrepræsentanter: Leif Drachman, Ulla Parnset

Pårørenderrepræsentanter: Heidi Klemmensen, Marianne Kolind, Peter Sørensen; Jørgen Sørensen

Ældrerådets repræsentant: Ivan Hammer Sørensen

Ledelsesrepræsentanter: Laila Frederiksen

Medarbejderrepræsentant: Birthe Andersen

Bruger- og pårørenderådet angiver, at det er en fin rapport, der tages til efterretning uden yderligere kommentarer.