

Kommunalt
tilsyn
Plejecenter
Møllehjemmet

23. maj

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	10
Oversigt over tilsynets vurdering.....	10
Den sundhedsfaglige dokumentation	11
Medicinkontrol	12
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH)	13
Magtanvendelser	13
Hygiejne.....	13
Brugertilfredshed.....	15
Oversigt over tilsynets vurdering.....	15
Brugertilfredshed.....	15
Omgangsform og rengøring	17
Faglighed	18
Oversigt over tilsynets vurdering.....	18
Delegation og kompetencer	18
Kendskab til instrukser og retningslinjer.....	19
Rehabilitering	20
E-læring	21
Organisation.....	22
Oversigt over tilsynets vurdering.....	22
APV.....	22
Samarbejde.....	23
Bilag 1: Oversigt: Journalaudit	24
Bilag 2. Enhedens handleplan	25
Bilag 3: Referat: Dialogmøde om kommunal tilsynsrapport i Beboer- og Pårørenderådet den 15. juni 2023 .	27

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 2023 på enheden

- Journalaudit på fire journaler
- Enheden har udført en lokal journalaudit på seks journaler
- Interview med 4 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 40 medarbejdere. 18 medarbejdere har svaret på spørgeskemaet. Dette giver en svarprocent på 45 %. Svarprocenten er lav, og resultaterne skal tolkes med forsigtighed.

- Gennemgang af fire beboeres medicinbeholdning.
- Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er omfattende de flere hovedområder – primært medicin, patientuheld og infektioner.

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.

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

Præsentation af enheden

Plejecenter Møllehjemmet er et kommunalt plejecenter med 32 plejeboliger.

Lederteamet består af 1 afdelingsleder og 1 aftaleholder

Fremmødeprofil

Dagvagt: 10

Weekend dagvagt: 6

Aftenvagt: 4

Nattevagt: 2

Aktuelle rammer og vilkår for arbejdet

Vi har i 2023 haft held til at rekruttere rette faglige kompetencer

Der opleves at Beboerne som flytter ind på plejecenteret, er mere plejekrævende og med større kompleksitet end tidligere.

Aktuelle udviklingsinitiativer og hvad vi er lykkedes med inden for det seneste års tid

Vi har på Møllehjemmet opstartet med:

Forløb om motivation og samarbejde.

Desuden arbejdes der konkret med at øge medarbejdernes fleksibilitet imellem afdelingerne, så alle kender hele huset, og fagligheden altid kan fordeles optimalt.

Vi har gang i smartere planlægning, hvor regelmæssig medicingennemgang via SSA bliver fast planlagt i vagtplanen, desuden regelmæssig intern journalaudit i samarbejde mellem SSH og SSA, for at styrke læring og den røde tråd.

Og der arbejdes ihærdigt med rekruttering af frivillige til etablering af flere aktiviteter, hvilket allerede begynder at lykkes.

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 etc..

-Arbejder mere fokuseret på ernæringsindsatsen i forhold til det gode måltid.

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

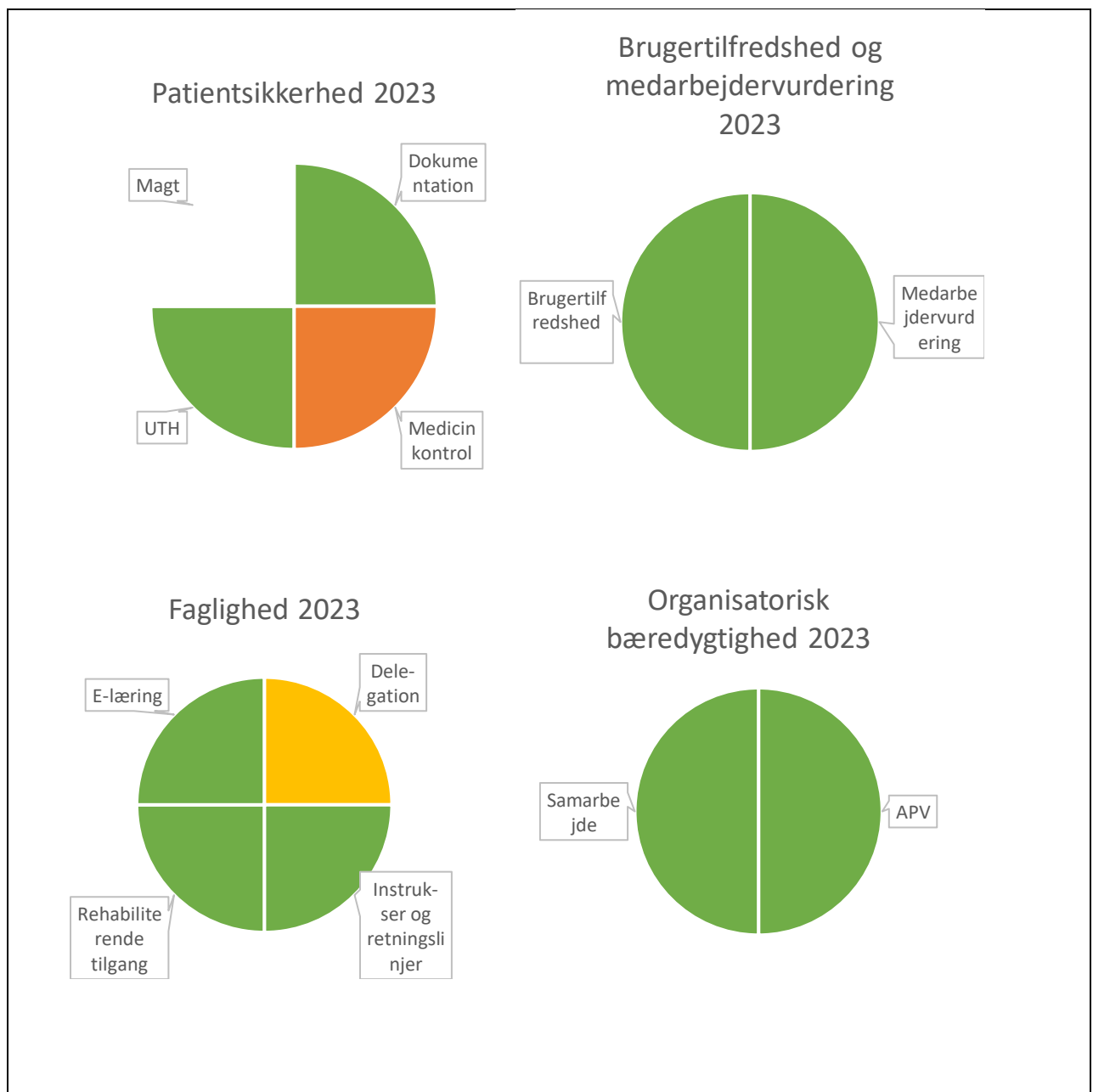
Figuren nedenfor illustrerer tilsynets vurdering af enhedens arbejde med områderne: Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisatorisk bæredygtighed.

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 seks 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 ses enkelte områder, hvor der ikke gennemgående dokumenteres i overensstemmelse med lovgivningen og retningslinjerne i Norddjurs Kommune¹. Tilsynet har derfor anbefalet, at der skabes arbejdsgange til at sikre en gennemgående systematik fremadrettet.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at der observeres en insulin-pen uden anbrudsdato. Der er ligeledes lagt vægt på, at enheden ikke har foretaget selvstændig medicingennemgang ved alle beboerne, hvorfor der er observeret seponeret medicin, hvor holdbarhedsdatoen er overskredet.

Tilsynet har derfor henstillet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan der rettes op på dette. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanen ligger i Bilag 2

Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH): På baggrund af medarbejdernes³ spørgeskemabesvarelser om arbejdet med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser⁴ (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 49 % af medarbejderne har besvaret spørgeskemaet

⁴ 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 præmisser⁵. 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 fire beboere⁶ vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at alle beboerne giver udtryk for, at de er 'helt enige' i at de føler sig tilpas på enheden.

Medarbejdervurdering: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet*

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 delegation⁷, 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 VAR⁸ og MyMedCards⁹), at medarbejderne har fokus på den rehabiliterende tilgang og at medarbejderne gennemfører den obligatoriske e-læring¹⁰

Delegation: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser¹¹ vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at der er gjort fund af betydning for, hvordan enheden sikrer, at kommunens retningslinjer for opdatering af det personlige kompetenceafklaringskema efterleves. Tilsynet anbefaler derfor, at enheden arbejder med at sikre, at skemaerne er opdaterede.

⁵ Ældrepolitik for Norddjurs Kommune 2017-2021

⁶ Se afsnittet Brugertilfredshed for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

⁷ Delegation er det begreb der anvendes, når en sundhedsfaglig opgave overdrages fra lægen til andre faggrupper

⁸ VAR er en database med sygeplejefaglige procedurer, der kan tilgås digitalt fra medarbejdernes computer og tablets

⁹ MyMedCards er en app med lokale informationer, retningslinjer og instrukser til medarbejderne

¹⁰ E-læring (elektronisk læring) er kompetenceudvikling, der kan foregå på computer, tablet eller smartphone.

¹¹ Se afsnittet Delegation og kompetencer for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

Kendskab til instrukser og retningslinjer: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser¹² vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at størstedelen af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR og MyMedCards.

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

I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerens perspektiv gennemgående fremgår af journalen, at alle beboerne giver udtryk for at blive inddraget i indsatsen og at størstedelen af medarbejderne angiver, at de inddrager beboerne i indsatsen

E-læring: På baggrund af en oversigt over, hvor mange medarbejdere der har gennemført de obligatoriske e-lærings-kurser¹³, vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at størstedelen af medarbejderne har gennemført de obligatoriske kurser.

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-skema¹⁴ for hver enkelt borger og om medarbejderne oplever, at de har et godt samarbejde med kolleger og ledelse.

APV: På baggrund af tilsynets gennemgang af fire borgerjournaler¹⁵ vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I tilsynets vurdering er der lagt vægt på, at der er udfyldt APV-skemaer for alle beboere.

SAMARBEJDE: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser¹⁶ vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I tilsynets vurdering er der lagt vægt på, at størstedelen af medarbejderne svarer, at de oplever at have et godt samarbejde med ledelsen og hinanden.

¹² Se afsnittet: Kendskab til instrukser og retningslinjer for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

¹³ Se afsnittet E-læring for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

¹⁴ I APV-skemaer (arbejdspladsvurderingsskema) gennemgås og opstilles handleplaner for de arbejdsmiljømæssige problematikker, der kan være i forhold til den enkelte borgers hjem og adfærd.

¹⁵ Se afsnittet APV for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

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

Patientsikkerhed

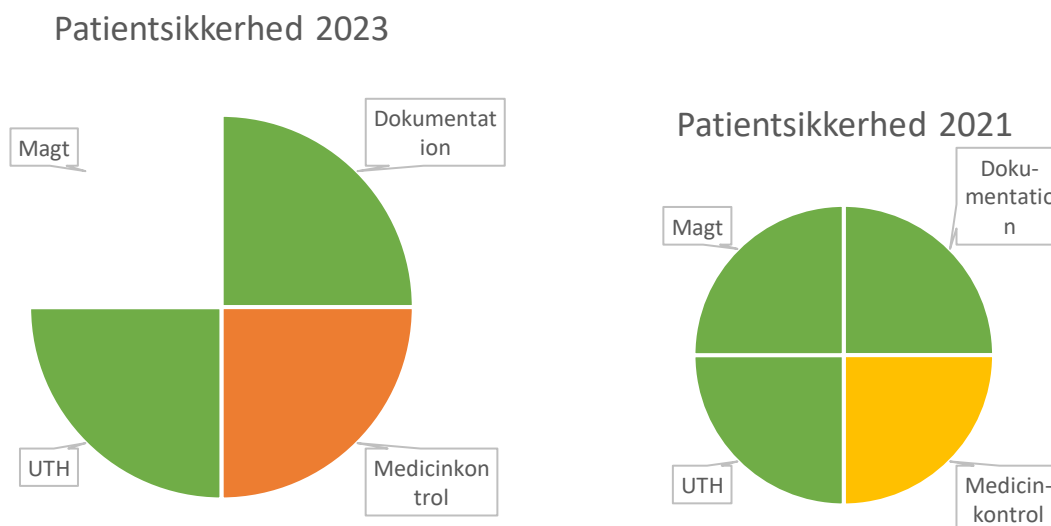
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med den sundhedsfaglige dokumentation og de sundhedsfaglige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

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund¹⁷:

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

I forhold til *opfølgning på forværring i borgers tilstand*

- At der i de auditerede journaler ikke er set tilfælde, hvor der er en manglende opfølgning på en observation, der beskriver en forværring. Men at der derimod er en gennemgående og relevant opfølgning på observationsnotater.
- At der er set et enkelt tilfælde, hvor der ikke er fulgt op på en måling uden for tærskelværdierne, men at den manglende opfølgning opdages, kommenteres og der følges op med ekstra måling.

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

- At helbredsoplysninger er opdaterede og relevante
- At der gennemgående er foretaget en sygeplejefaglig udredning.
- At der ses præcise og fyldestgørende faglige notater på helbredstilstande, men at der i visse tilfælde ses dobbeltdokumentation, hvor plan for pleje og behandling også er skrevet ind i notatet.
- At der er oprettet de relevante funktionsevnetilstande og at de faglige notater er fyldestgørende og præcise
- At der gennemgående er oprettet opgaver til myndighedsopfølgning på tilstande.
- At døgnrytmeplanerne fremstår relevante og udførlige.

I forhold til *sammenhæng og systematik*

- At der i et enkelt tilfælde er angivet to forskellige typer af kateter ved en borger i henholdsvis helbredstilstand og handlingsanvisning

I forhold til *understøttelse af borgerens retsstilling*

- At borgerens samtykke til den aktuelle pleje og behandling er dokumenteret
- At borgerens samtykke ikke gennemgående 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:

- At borgerens samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger ikke er dokumenteret gennemgående

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

- At der gennemgående ses en omhyggelig og opdateret dokumentation

¹⁷ Se Bilag 1 for en opgørelse over, hvor mange journaler, der lever op til de enkelte målepunkter

Tilsynet anbefaler:

At der skabes arbejdsgange så det sikres, at:

- Borgerens samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger dokumenteres

Medicinkontrol

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicinbehandling bygger på:

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

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Ved gennemgang af medicinbeholdninger finder tilsynet;

- At der 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 enheden har en instruks for kvartalsvis medicingennemgang ved alle beboere. Det konstateres dog, at den kvartalsvise medicingennemgang i begrænset omfang udføres. Enheden tilskriver dette til personalemangel, idet der pga. sygdom/efterløn har været svær mangel på sygeplejersker på enheden det forgangne halve år.
- At der observeres et seponeret præparat (medicinske øjendråber), hvor holdbarhedsdatoen er overskredet. Præparatet har ikke været anvendt, efter at holdbarhedsdatoen er overskredet, hvorfor det ikke har haft nogen konsekvens for borgeren
- At der mangler anbrudsdato på en aktuel insulin-pen. Dette kan potentielt resultere i, at borger får medicin, som pga. begrænset holdbarhed ikke har den tilsigtede effekt. Der ses anbrudsdato på alle andre kontrollerede insulin-penne, dråber, inhalationer samt cremer.
- At der ses enkelte præparater ved to separate beboere, hvor der mangler persondata
- At enheden anvender et mobilt medicindoseringsbord til medicindispensering, som medvirker til øget ro omkring opgaven samt sikrer den nødvendige plads til medicindispenseringen

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: At der er gjort et eller flere fund af betydning for den leverede kvalitet

I vurderingen er der lagt vægt på, at der observeres en insulin-pen uden anbrudsdato. Der er ligeledes lagt vægt på, at enheden ikke har foretaget selvstændig medicingennemgang ved alle beboerne, hvorfor der er observeret seponeret medicin, hvor holdbarhedsdatoen er overskredet.

Tilsynet henstiller til:

At der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:

- At der angives anbrudsdato på insulin, som har en begrænset holdbarhed

Tilsynet anbefaler:

At der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:

- At samtlige medicinpræparater inklusive håndkøbspræparater har påført personidentifikation
- At beboerne medicinbeholdning gennemgås kvartalsvis, så der ikke forefindes hverken aktuel eller seponeret medicin, hvor holdbarhedsdatoen er overskredet

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 infektioner, men at der indberettes flere forskellige typer af UTH.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 93 % 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.
- 87 % af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen.
- 74 % 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'.
- 87 % af medarbejderne svarer, at kulturen 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' gør det nemt at lære af utilsigtede hændelser.

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

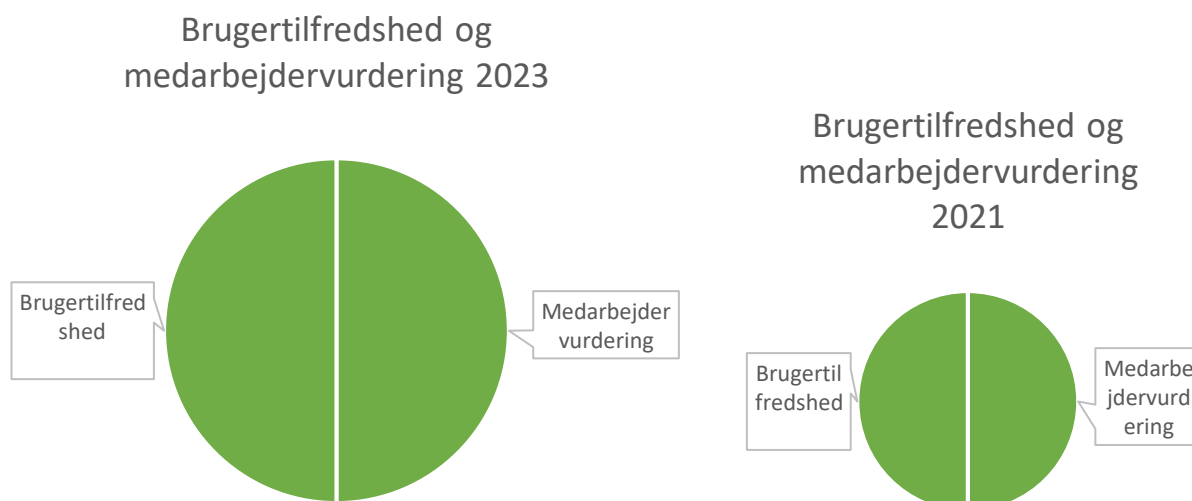
Brugertilfredshed

I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser¹⁸. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social service §§ 83, 83a og 86.

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

- Brugertilfredshed og medarbejdervurdering

Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

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

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

Brugertilfredshed

Tilsynets vurdering af brugertilfredsheden på enheden bygger på:

- Interviews med 4 beboere.
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewet¹⁹ fremgår det, at:

I forhold til *de fysiske rammer*:

¹⁸ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

¹⁹ I afrapporteringen er der fokus på at sikre, at den enkelte beboers besvarelser ikke vil kunne blive genkendt.

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

I forhold til *aktiviteter og socialt samvær*:

- Alle beboerne, som deltager i aktiviteterne, angiver at være 'meget tilfreds' eller 'delvis tilfreds' med de daglige aktiviteter på plejecenteret.
- 75 % 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*:

- Alle beboerne angiver samlet set at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med den hjælp og støtte de modtager.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til at komme i bad, angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til at blive vasket, angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til af- og påklædning, angiver at være 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til toiletbesøg, angiver at være 'meget tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til rengøringen af egen bolig, er 'meget tilfredse' med hjælpen.
- 83 % beboerne, som modtager hjælp til tøjvasken, er 'meget tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboerne er 'meget 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.
- Alle beboerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Det er oftest de samme hjælpere, der kommer hos dig'.
- Alle beboerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Personalet tager hensyn til, hvordan du gerne vil have din døgnrytme'.
- Alle beboerne svarer, at de er 'helt enige' i udsagnet: 'Du deltager i de ting, du kan og ønsker at deltage i'.
- 75 % af beboerne svarer, at de 'aldrig' oplever, at hjælpen bliver aflyst. 25 % svarer 'ved ikke'.

I forhold til *maden*:

- Alle 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' i udsagnene: 'Personalet lytter til, hvad jeg har behov for', 'Personalet ved hvad de skal, når de kommer for at hjælpe dig', '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' med at bo på Plejecenter Møllehjemmet.
- Alle beboerne giver udtryk for, at de er 'helt enige' 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 31 % der svarer 'i høj grad'. 56 % der svarer 'i nogen grad'.
- 63 % af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' eller 'i høj grad', arbejdes med at skabe forbedringer af plejen og aktiviteter hos borgerne. 31 % svarer 'i nogen grad'.
- 69 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' kender handlingsanvisninger for de borgere, du har opgaver ved. 19 % angiver 'i nogen grad'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- Alle beboerne giver udtryk for samlet set at være 'meget tilfredse' med at bo på Plejecenter Møllehjemmet

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.

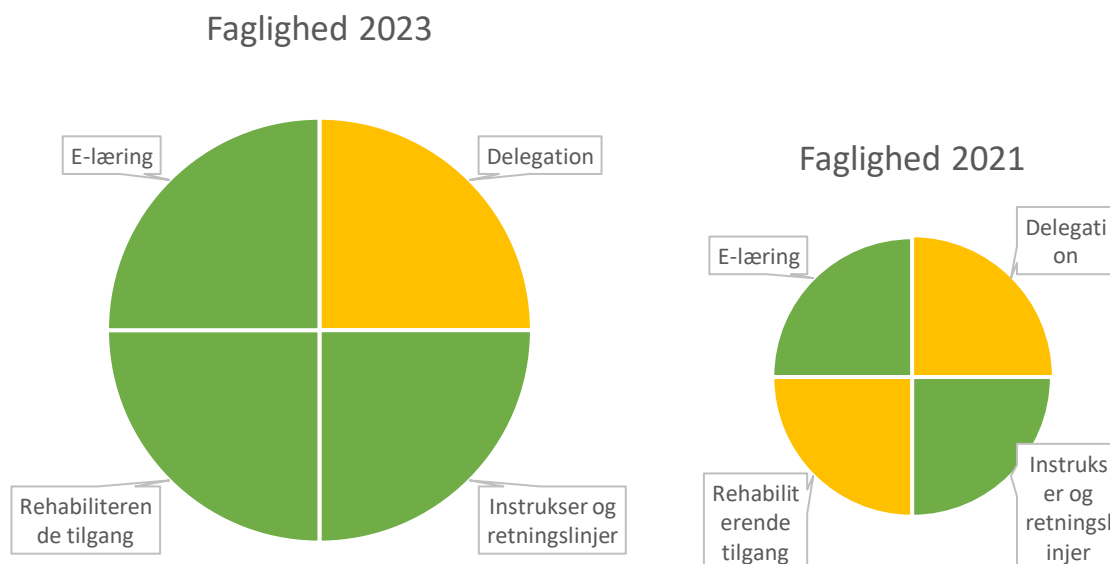
Faglighed

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 75 % af medarbejderne angiver, at nyt personale 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får en god introduktion. 19 % angiver 'i nogen grad'.
- At 69 % af medarbejderne svarer, at personale der skal oplæres i nye opgaver 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får den nødvendige sparring. 25 % svarer 'i nogen grad'.
- I forhold til *kompetenceprofil*:
- 93 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de kender kompetence- og overdragelseskemaet. Af disse medarbejdere svarer 62 %, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' bruger dette skema i hverdagen ved behov. 23 % svarer 'i nogen grad'.
- At 93 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de har et personligt kompetenceafklaringskema. Af disse medarbejdere svarer 69 % 'ja' til at skemaet er opdateret og 31 % svarer 'nej'.
- At 64 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de har et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer. Af disse medarbejdere svarer 78 % 'ja' til at skemaet er opdateret og 22 % svarer 'nej'.
- At alle 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 87 % af medarbejderne svarer, at deres team 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag'.

Tilsynets vurdering: At der er gjort fund af mindre betydning for, hvordan enheden sikrer, at kommunens retningslinjer for opdatering af det personlige kompetenceafklaringskema.

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- At 31 % af medarbejderne svarer 'nej' til om det personlige kompetenceafklaringskema er opdateret.

Tilsynet anbefaler

- At det personlige kompetenceafklaringskema opdateres jævnfør kommunens retningslinjer.

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 87 % 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*²⁰:

- Alle medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR.
- 87 % af medarbejderne svarer, at de har adgang til at anvende, VAR i deres daglige arbejde hos borgeren²¹.
- At 71 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de bruger VAR, når de er i tvivl om en procedure. Af disse medarbejdere svarer 13 % svarer 'hver uge', 20 svarer 'hver anden uge', 27 % svarer '1-2 gange om måneden' 27 % svarer '1-2 gange i kvartalet' og 13 % svarer 'sjældnere'.
- 94 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende MyMedCards.
- Alle medarbejderne svarer, at de har adgang til at anvende MyMedCards i deres daglige arbejde hos borgeren.
- At 40 % af medarbejderne svarer at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' bruger MyMedCards. 33 % svarer 'i nogen grad' og 20 % svarer 'i mindre grad'. Af disse medarbejdere svarer 20 % at de bruger MyMedCards 'hver uge', 20 % svarer 'hver anden uge', 27 % svarer '1-2 gange om måneden', 20 % svarer '1-2 gange i kvartalet og 13 % svarer 'sjældnere'.

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 ved hvordan de skal anvende VAR og MyMedCards.

Rehabilitering

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

- Interviews med 4 beboere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser
- Enhedens og tilsynets audit af fire borgerjournaler

Ved interview med beboere fremgår det at:

- At alle beboerne angiver at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at de deltager i udførelsen af hjælpen.
- Alle beboerne angiver, at de er 'helt enige' eller '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:

- 44 % af medarbejderne angiver, at de i 'høj grad' kender beboernes livshistorie og 50 % angiver 'i nogen grad'.
- 76 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' aktivt inddrager beboerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter og 19 % angiver 'i nogen grad'.

Af journalaudit fremgår det at:

- Borgers mål gennemgående er angivet ved helbredstilstande

²⁰ I dette spørgsmål afrapporteres kun besvarelser fra de relevante faggrupper, dvs. besvarelser fra sygeplejersker, assistenter og hjælpere.

- Borgers vurdering gennemgående er angivet ved funktionstilstande
- Borgers mestring, motivation og ressourcer er dokumenteret konsekvent
- 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 ikke er gjort fund af betydning for den faglige kvalitet på enheden.

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

E-læring

Tilsynets vurdering af, om enheden sikrer at medarbejderne løbende vedligeholder deres kendskab til lovgrundlag for magtanvendelser og procedurer for medicinhåndtering, vurderes ud fra:

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

- 35 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Magtanvendelse'. Ud af de 35 medarbejdere har 32 medarbejdere gennemført kurset. 3 medarbejdere har ikke gennemført kurset.
- 11 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'. Alle medarbejdere gennemført kurset.
- 26 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere'. Ud af de 26 medarbejdere har 24 medarbejdere gennemført kurset. 2 medarbejdere 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

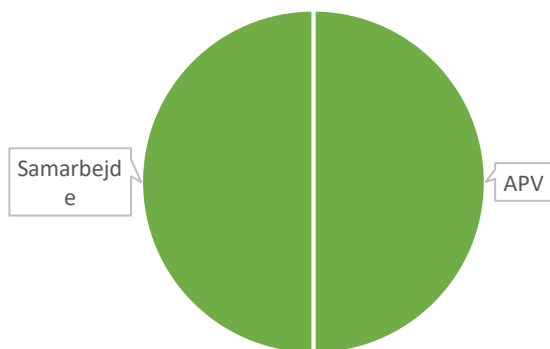
Organisation

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

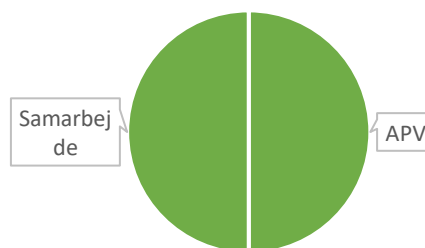
- APV
- Samarbejde

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

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

APV

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

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

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

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:

- 81 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. 19 % af medarbejdere svarer, at der er 'både og'.
- 94 % af medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne på arbejdspladsen.
- 81 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med eget team.
- 56 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med andre enheder i Sundhed og Omsorg. 44 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
- 81 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med ledelsen.
- Alle 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 ikke er gjort fund i forhold til det interne samarbejde i enheden.

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At størstedelen af medarbejderne angiver at have et godt samarbejde med kollegaerne og ledelsen.

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

Bilag 2. Enhedens handleplan

Beskrivelse/titel:	Medicin håndtering		
Enhed/afdeling:	Farsøhthaus/Møllehjemmet	Dato: 11/5-23	
Ansvarlig for udfyldelse:	Dokumentationsgruppen	Ledelsesansvarlig:Laila Frederiksen	

EMNE		
TEMA Hvilket område omhandler planen		Manglende anbrudsdato Medicingennemgange
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?		Der skal altid være anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed efter åbning, da det ellers risikeres, at der gives for gammel medicin uden korrekt effekt
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål		At sikre borgerne får den ordinerede medicin korrekt dagligt. At der altid er anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhedsdato
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?		Fokus ved medicingennemgang hver 3. måned af assistenter Ved opstart af behandling med medicin med begrænset holdbarhed, italesættes proceduren for medicin håndtering ifm. triage.
HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?		Nøglepersoner i dokumentation genopfrisker retningslinjer for medicin håndtering. Spl. og assistenter har fokus ifm. triage
HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?		Det er en kontinuerlig proces. Øget fokus i 2. kvartal 2023.
DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?		Til alle møder i dokumentationsgruppen (4 gange årligt) følges op på handleplanen.

HVEM? Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene?		Dokumentationsgruppen
RESULTAT Hvad er resultatet af udviklingsprocessen? Udfyldes ved sluttidspunktet for planen.		

Bilag 3: Referat: Dialogmøde om kommunal tilsynsrapport i Beboer- og Pårørenderådet den 15. juni 2023

Den kommunale tilsynsrapport for Plejecenter Møllehjemmet 2023 har været på dialogmøde i Beboer- og pårørenderådet den 15. juni 2023.

Deltagere i dialogmødet fra Beboer- og pårørenderådet: Inger Brøndum beboerrepræsentant og formand; Karin Schmidt, pårørenderepræsentantrepræsentant; Vitta Johansen, pårørenderepræsentant; Birgitte Kvistgård, medarbejderrepræsentant; Laila Frederiksen, ledelsesrepræsentant.

Deltagerne på dialogmødet kan genkende billedet, som tilsynsrapporten viser af Plejecenter Møllehjemmet

De to pårørenderepræsentanter angiver, at det giver utryghed blandt beboerne, at der er en omrokering af de interne medarbejdere, men pårørenderepræsentanterne udtrykker også, at de har forståelse for, at det kan være nødvendigt for at undgå, at der i stedet er vikarer