

Kommunalt
tilsyn
Plejecenter
Violskrænten &
Grønnegården

30. juni

2022

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	8
Sammenfatning	9
Patientsikkerhed.....	13
Oversigt over tilsynets vurdering.....	13
Den sundhedsfaglige dokumentation.....	14
Medicinkontrol	17
Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH).....	18
Magtanvendelser.....	20
Hygiejne.....	20
Brugertilfredshed	21
Oversigt over tilsynets vurdering.....	21
Brugertilfredshed.....	21
Omgangsform og rengøring.....	23
Faglighed.....	24
Oversigt over tilsynets vurdering.....	24
Delegation og kompetencer	24
Kendskab til instrukser og retningslinjer	26
Rehabilitering	27
E-læring.....	28
Organisation	29
Oversigt over tilsynets vurdering.....	29
APV	29
Samarbejde.....	30
Sygefravær.....	30
Budgetoverholdelse.....	31
Opsamling på andre/tidligere tilsyn	31
Bilag 1: Oversigt: Journalaudit	32
Bilag 2: Enhedens handleplaner.....	33
Bilag 2: Referat: Høring af tilsynsrapport i Beboer- og pårørenderådet.....	42

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>).

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, budgetoverholdelse og øvrige tilsyn

Datagrundlaget for det kommunale tilsyn

I forbindelse med det kommunale tilsyn på enheden, har tilsynsenheden indsamlet, analyseret og vurderet følgende data:

Oversigt over datagrundlag i det kommunale tilsyn 2022 på enheden

- Journalaudit på seks journaler
- Enheden har udført en lokal journalaudit på otte journaler
- Interview med ledelsen om, hvordan der er blevet fulgt op på henholdsvis sidste års kommunale tilsyn og sidste års rehabiliteringsuge
- Interview med 10 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 131 medarbejdere. 58 medarbejdere har svaret på spørgeskemaet. Dette giver en svarprocent på 44 %¹. Grundet den lave svarprocent skal resultaterne tolkes med forsigtighed.
- Stikprøvekontrol af dispensering af medicin til en beboer samt gennemgang af seks beboeres medicinbeholdning.
- Udtræk fra indberetningssystem vedrørende enhedens indrapportering af UTH'er omfattende de tre hovedområder – medicinfejl, patientuheld samt infektioner.
- Oversigt over sygefraværsprocenten pr 1. april 2022.
- Kommentarer til forventet budgetoverholdelse for regnskabsåret 2022.

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.

¹ På grund af nyt mailsystem har flere medarbejdere ikke modtaget spørgeskemaet. Fejlen er efterfølgende blevet rettet og der er givet forlænget svarfrist og sendt flere rykkere til medarbejderne.

Præsentation af enheden

Plejecenter Violskrænten og Grønnegården er et kommunalt plejecenter med 126 plejeboliger beliggende på 2 adresser. Af de 126 er 3 lejligheder midlertidige aflastningsboliger med visitation fra visitationenheden. Gennem Covid-19 har vi mod sædvane oplevet at have et større antal ledige lejligheder – gennemsnitlig ca. 18 ledige. Aktuelt er der 13 ledige lejligheder.

Lederteamet består af:

Espen Cramer Korsvold, plejecenterleder.

Helle Schmidt Kjeldgaard, afdelingsleder.

Sandie D. Skaaning, konstitueret afdelingsleder til 1. august og er fastansat derefter

Pernille Larsen, konstitueret afdelingsleder til 1. august hvor hun afløses af Mette G. Nielsen.

Plejecenteret er opdelt i tre huse og medarbejderne er organiseret i 14 teams, heraf 9 plejeteams. De øvrige teams løser opgaver på tværs af de tre huse og er et rengøringssteam, et sygeplejeteam, et aktivitetsteam, et køkkenteam og et leder-/administrativt team.

Der er ansat ca. 130 faste medarbejdere og ca. 40 vikarer hen over et år. Medarbejderne er fordelt på følgende faggrupper: sygeplejersker, ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, pædagoger, uuddannede hjælpere, ernæringsassistenter, husassistenter, teknisk servicemedarbejdere, aktivitetsmedarbejdere, spirer og ledere. Derudover har vi et varieret antal af elever: sosu-elever, sygeplejestuderende, ergoterapeut studerende, IGU-elever og psykomotorik studerende. Vi har ligeledes et varieret antal af forskellige personer i praktik.

Fremmødeprofil

Dagvagt: ca. 45 medarbejdere i hele huset (social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygeplejersker, ergoterapeuter, pædagoger, husassistenter og elever. Herudover teknisk servicemedarbejder, ernæringsassistenter og ledere.)

Weekend dagvagt: ca. 25 medarbejdere

Aftenvagt: 15 medarbejdere i hele huset (social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og pædagoger)

Nattevagt: 3 i hele huset (social- og sundhedsassistent og social- og sundhedshjælpere)

Enhedens præsentation af aktuelle rammer og vilkår for arbejdet.

Vi har gennem de sidste år oplevet en tiltagende udfordring med at rekruttere det ønskede antal faglærte medarbejdere – gælder alle faggrupper og alle vagtlag men specielt gældende for aftenvagt. Vi har fokus på at ansætte kvalificerede medarbejdere og har valgt ikke at gå på kompromis med fagligheden. Vi har derfor også ansat kompetente uuddannede hjælpere i kortere vikariater. Det er typisk medarbejdere i forskellige aldersgrupper, der samler erfaring for at komme på en sundhedsfaglig uddannelse. Vi har ligeledes fået tilknyttet medarbejdere, der tidligere er stoppet i arbejdslivet, men nu ønsker ansættelse på løsere vilkår. Vi har ansat servicemedarbejdere, der skal aflaste plejepersonalet, så de kan koncentrere sig om direkte pleje og omsorg. Servicemedarbejderne løser f.eks oprydning, dække/rydde af bord, madsituationer, lettere beboeropgaver og hjælper plejepersonalet med plejeopgaver. Erfaringerne med denne nye gruppe, er så langt, rigtig positive.

Her i foråret 2022 oplever vi stadig rekrutteringsudfordringer, og den aktuelle personalemangel betyder, at vi umiddelbart ikke har personale til at bemande ca. 8 ledige lejligheder.

Rekrutteringsudfordringen har flere konsekvenser. Det belaster arbejdsmiljøet og økonomien og risikoen er, at vi kommer ind i en negativ spiral. Det faktum, at vi ofte ikke har det ønskede personalefremmøde, betyder, at arbejdspresset på dem, der er på arbejdet stiger. For at afhjælpe denne belastning bruger vi en del vikarer fra vikarbureau. Det har økonomiske konsekvenser og samtidigt leverer en vikar ikke den samme kvalitet og pleje hos vores beboere. Så derfor er, trods relativt højt vikarforbrug, arbejdsmiljøet belastet for vores medarbejdere. Denne udfordring ses indenfor vores området generelt og trods en massiv rekrutteringsindsats, er det stadig en alvorlig udfordring for os.

Der er stadig en COVID-19 træthed på vores plejecenter. Vi blev voldsomt ramt med smitte og sygdom fra januar 2022 og et par måneder frem. I den periode havde vi ca. 100 smittede medarbejdere og ca. 70 smittede beboere. Vi var helt oppe i at mangle ca. 25 medarbejdere enkelte dage. Heldigvis blev de fleste smittet med Delta eller Omikron varianten, så vi havde meget få alvorlige forløb. Men sygdom, isolation og et højt antal test har sat sine spor hos både beboere og personale.

Vi oplever, at den gennemsnitlige tid for beboerne på plejecentret bliver kortere. De nye beboere er ved indflytning tiltagende dårligere og har et øget behov for hjælp. Der er stor udskiftning og det stiller krav til medarbejdernes kompetencer og ikke mindst til dokumentationen. Der er ved indflytning ofte en stor opgave med at få dokumentationen op på det rette niveau. Det faktum at vi ofte ikke er det antal medarbejdere til stede på arbejdet som ønsket, har også medført at pleje og omsorg prioriteres samt at det forekommer at dokumentationen ikke prioriteres så højt, som ønsket. Vi arbejder struktureret med at få dokumentationen op på det ønskede niveau.

Vi har oplevet et "babyboom" således, at vi lige nu har 4 assistenter og 1 sygeplejerske på barsel, og vi har ikke kunne rekruttere barselsvikarer til disse stillinger.

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

For at styrke fagligheden og styrke den sundhedsfaglige indsats - både på opgaver og dokumentation - har vi lavet en ny organisering af vores sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. De er hus-vis knyttet til et fælles team og løser samlet de sundhedsfaglige opgaver i huset.

Vi har sat fokus på den sundhedsfaglige dokumentation og arbejder intensivt på, at den hver dag prioriteres og at der sker fremskridt i den sundhedsfaglige dokumentation og at der dagligt følges op i dokumentationen ved ændring i beboernes tilstand.

Vi har ligeledes en indsats i forhold til opfølgning og egenkontrol på medicindosering. Vi ser tydelig effekten af denne indsats nu, og vi har valgt at fastholde indsatsen.

Vi arbejder stadig på at introducere kørelister og brug af tablets til alle medarbejder i plejeopgaverne. Det giver overblik til den enkelte medarbejder over dagens opgaver, giver mulighed for tidstro dokumentation på f.eks. målinger og notater samt kvittering på de løste opgaver af den respektive medarbejder. Med brugen af tablet har den enkelte medarbejder også den nødvendige viden "lige ved hånden" når den skal bruges. Vi har en teknisk udfordring ifm netværket i vores hus, og her er IT afdeling ind over som support. Vi håber på at have en løsning på problemet en gang efter sommerferien.

Gennem tiden med Covid-19 har vi haft stort fokus på at give beboerne gode oplevelser, 1 – 1 og i små fællesskaber, som de forskellige restriktioner har givet mulighed for. Vi har ligeledes været med til at udvikle redskabet ”værktøjskassen” til brug i forbindelse med den rehabiliterende tilgang.

Vi har også haft koncerter og andre aktiviteter der giver livskvalitet og glæde til vores beboere. Beboerne og os oplever et tomrum efter de mange aktiviteter, der blev afholdt sidste efterår på baggrund af puljemidler.

Vi har lige haft en meget velbesøgt sommerfest for beboere og pårørende. Der var mange smilende ansigter hos beboere, pårørende og personalet, på den skønne solrige dag.

Enhedens præsentation af overordnede indsatsområder som vi aktuelt er startet op med og som vi vil arbejde med fremover.

Vi arbejder med 3 overordnede indsatsområder hvor vore beboeres livskvalitet og gode liv er omdrejningspunktet, sammen med kommunens værdier. De 3 områder er fastholdelse og rekruttering, kvalitetssikring og udvikling samt bæredygtighed.

Disse indsatsområder indeholder både nye elementer og elementer vi allerede arbejder med. Som eksempler på del-elementer kan nævnes udvikling og understøttelse af et bæredygtigt arbejdsmiljø, der blandt andet indeholder autonomi, kompetence og relationer. En forsat indsats på dokumentation og på medicinområdet. Samt bæredygtighed både i forhold til drift, arbejdsmiljø og miljø.

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med de fire områder samlet set

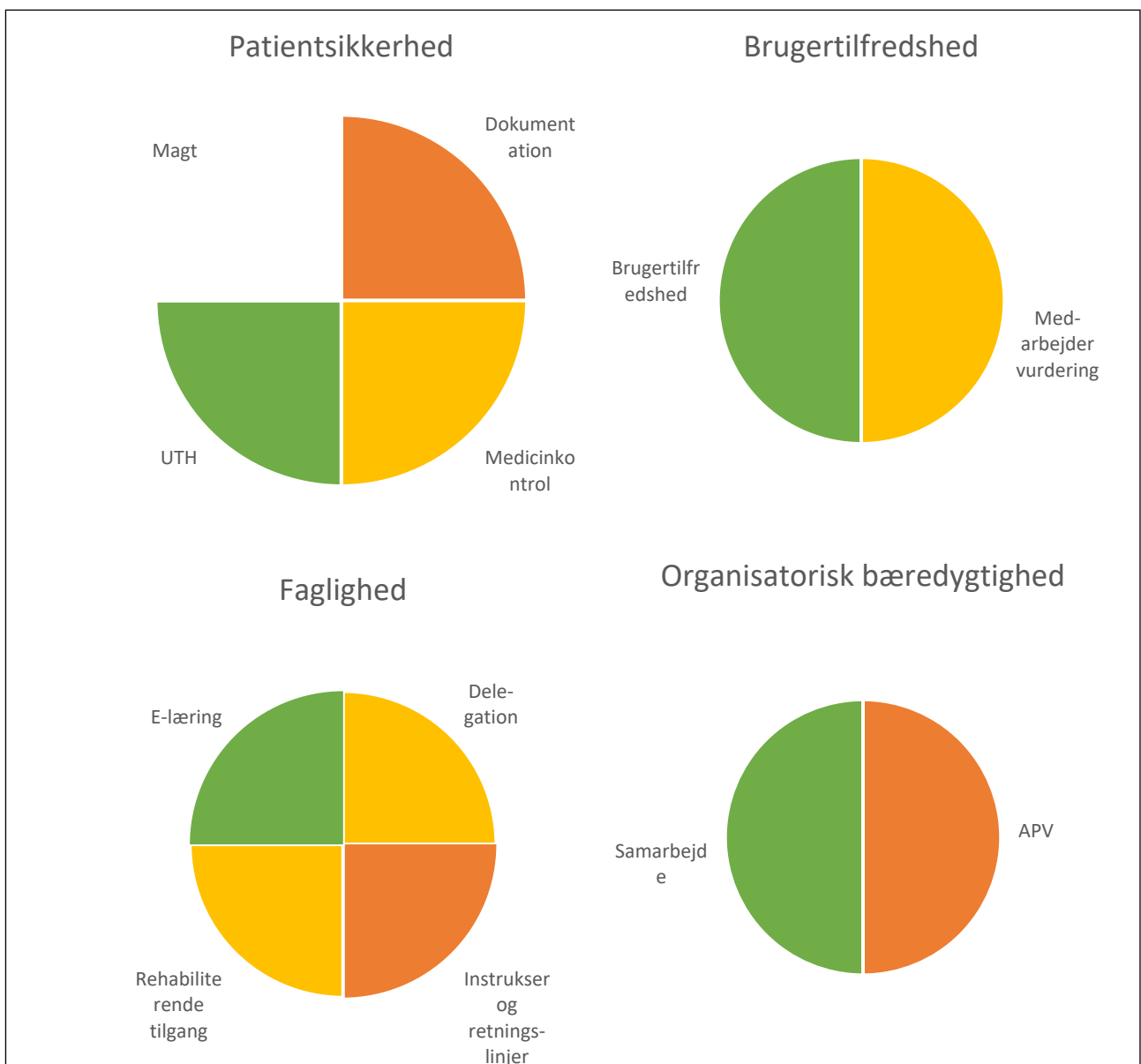
Figuren nedenfor illustrerer tilsynets vurdering af enhedens arbejde med områderne: Patientsikkerhed, Brugertilfredshed, Faglighed og Organisatorisk bæredygtighed.

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 seks tilfældigt udvalgte borgerjournaler og enhedens egen gennemgang af otte borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

Ledelsen fortæller, at der er blevet fulgt op på de handleplaner enheden udarbejdede på baggrund af sidste års tilsyn – men at enkelte nye arbejdsgange ikke er blevet iværksat alligevel på grund af arbejdspress.

Det bemærkes, at der ses et markant kvalitetsløft i dokumentationen i forhold til tilsynet sidste år

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at der har været over en tredjedel af borgerjournalerne, som ikke har levet op til et eller flere af kvalitetskriterierne for dokumentationen i Sundhed og Omsorg². Tilsynet har derfor henstillet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan den i løbet af det næste år vil arbejde med de gjorte fund. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanerne ligger i Bilag 2.

Medicin håndtering: På baggrund af tilsynets uanmeldte gennemgang af seks beboeres medicinbeholdning, observation af en medicindispensering³, samt tilsynets gennemgang af dokumentationen vedrørende medicin i seks borgerjournaler vurderer tilsynet *at der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at det har været enkeltstående fund i forhold til proceduren for medicin håndtering i Sundhed og Omsorg⁴, og at fundene ikke vurderes at have sundhedsmæssige konsekvenser for borgerne. Tilsynet anbefaler derfor enheden at skabe arbejdsgange og procedurer, der sikrer en systematisk overholdelse at de pågældende procedurer fremadrettet.

Arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH): På baggrund af medarbejdernes⁵ spørgeskemabesvarelser om arbejdet med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser⁶, vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

² Se afsnittet **Error! Reference source not found.** for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort og se Bilag 1 for en oversigt over antallet af fund i henholdsvis tilsynets og enhedens egen gennemgang af borgerjournalerne

³ Proces hvor medarbejder optæller/tilbereder borgerens ordinerede medicin, for eksempel lægger borgerens tabletter i doseringsæsker for en 14-dages periode

⁴ Se afsnittet Medicinkontrol for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort.

⁵ 44 % af medarbejderne har besvaret spørgeskemaet

⁶ Se afsnittet Arbejdet med utilsigtede hændelser for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

Ledelsen fortæller, at der er arbejdet med handleplanen fra sidste års tilsyn, således at der er fulgt op på medarbejdernes besvarelser ved tilsynet og at sygeplejersker og assistenter nu udarbejder analyser af borgerspecifikke UTH'er som fald etc.

I vurderingen 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.

BRUGERTILFREDSHED:

Inden for området *Brugertilfredshed* ser tilsynet på, om enheden understøtter, at beboeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser⁷. 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 beboere om deres tilfredshed med de fysiske rammer på enheden, den personlige pleje og praktiske hjælp, leveringen af den personlige pleje og praktiske hjælp, maden, personalet og opholdet samlet set. Medarbejderne spørges til deres vurdering af de rammer de har for at levere deres indsats.

Brugertilfredshed: På baggrund af interview med 10 beboere⁸ vurderer tilsynet, *at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at størstedelen af beboerne er tilfredse med den hjælp og støtte de modtager.

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

I vurderingen er der blevet lagt vægt på, at 30 % af medarbejderne svarer, at hverdagen 'I mindre grad' eller 'slet ikke' giver mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandard. Tilsynet anbefaler derfor enheden at afdække og arbejde med årsagen til, at 30 % af medarbejderne giver udtryk for ovenstående.

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 delegation⁹, sikrer at medarbejderne i fornødent omfang introduceres til deres opgaver, at medarbejderne har adgang til den relevante viden for at udføre deres opgaver, at medarbejderne har fokus på den rehabiliterende tilgang og at medarbejderne gennemfører den obligatoriske e-læring¹⁰

⁷ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

⁸ Se afsnittet **Error! Reference source not found.** for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

⁹ Delegation er det begreb der anvendes, når en sundhedsfaglig opgave overdrages fra lægen til andre faggrupper

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

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 32 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til om deres personlige kompetenceafklaringskema er opdateret og at 39 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til, om deres skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer er opdateret.

Ledelsen fortæller, at der er arbejdet med handleplanerne fra sidste års tilsyn, men at initiativet til opfølgning på de delegerede indsatser ikke er sat systematisk i værk og at der fortsat er et udviklingsområde i forhold til en mere systematisk dokumentation på hver medarbejders delegeringsskema.

Det bemærkes, at et af de fund, der blev gjort ved sidste års tilsyn også ses ved dette års tilsyn – men i mindre omfang.

Tilsynet har derfor anbefalet at enheden arbejder med at sikre, at der er en plan for, hvordan medarbejdere får kendskab til og løbende anvender kompetenceafklaringskemaerne.

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

I vurderingen er der lagt vægt på at 40 % af medarbejderne svarer 'nej' til, at de bruger VAR¹³, når de er i tvivl om en procedure. Tilsynet har derfor henstillet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det inden for en afgrænset periode sikres, at medarbejderne får et øget kendskab til, hvordan og hvornår VAR skal anvendes. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanerne ligger i Bilag 2

Rehabilitering: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser, interview med 10 beboere og gennemgang af i alt 16 borgerjournaler vurderer tilsynet, *at der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.*

I vurderingen er der lagt vægt på, at beboernes perspektiv ikke fremgår helt systematisk af borgerjournalen. Tilsynet har derfor anbefalet, at enheden skaber arbejds gange så det sikres, at borgerens perspektiv fremgår af journalen.

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

Det bemærkes, at der blev gjort fund ved sidste års tilsyn, der ikke genfindes ved dette års tilsyn

Ledelsen fortæller, at der har været afholdt e-læringscafeer, hvor medarbejderne har haft fred og ro til at gennemgå e-læringsmaterialet samt har kunnet stille spørgsmål ved tekniske udfordringer

¹¹ Se afsnittet **Error! Reference source not found.** for en beskrivelse af de konkrete fund, der er gjort

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

¹³ VAR er en database med sygeplejefaglige procedurer der kan tilgås digitalt fra medarbejdernes computer og tablets

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

I tilsynets vurdering er der lagt vægt på, at størstedelen af medarbejderne har gennemført de obligatoriske kurser om 'Magtanvendelse', 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter' og 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere'.

ORGANISATION:

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

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

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

I tilsynets vurdering er der lagt vægt på, at der ikke er udfyldt APV-skemaer i halvdelen af de auditerede borgerjournaler.

Tilsynet har derfor henstillet til, at enheden udarbejder en handleplan for, hvordan den i løbet af en afgrænset periode vil sikre at der er opdaterede APV-skemaer for beboerne. Enheden har efterfølgende udarbejdet en handleplan, som tilsynet har godkendt. Handleplanen ligger i Bilag 2: Enhedens handleplaner

SAMARBEJDE: På baggrund af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser¹⁷ 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' eller 'meget godt' samarbejde med øvrige medarbejdere og med ledelsen.

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

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

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

Patientsikkerhed

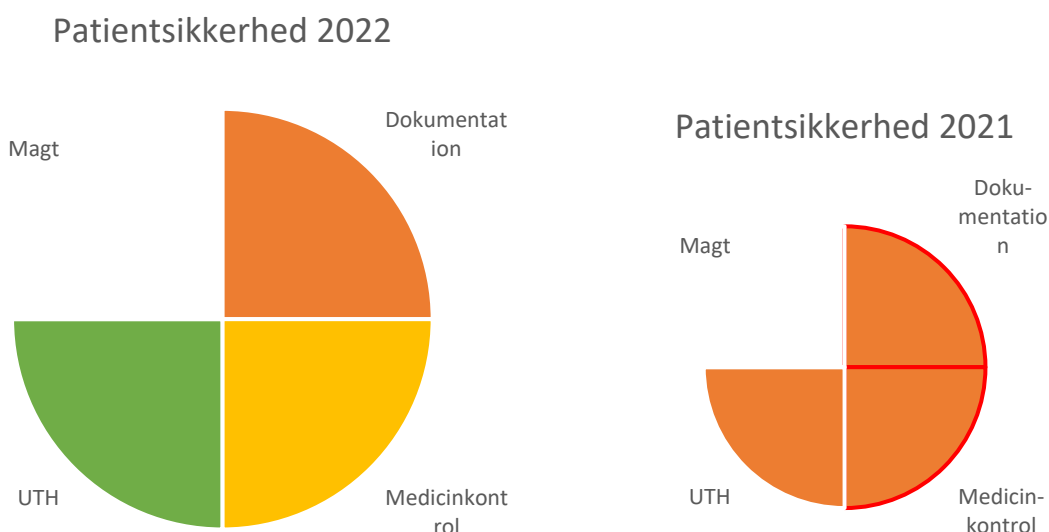
Inden for området *Patientsikkerhed* ses der på, om enheden arbejder systematisk for *at forbedre patientsikkerheden*, så det understøttes, at borgerne får et trygt, effektivt og sammenhængende forløb. Herunder ses der på, hvordan enheden arbejder med den sundhedsfaglige dokumentation og de sundhedsfaglige procedurer for at forebygge utilsigtede hændelser – UTH'er. En UTH er en hændelse, hvor sundhedspersoner uforvarende forvolder fejl og skader, når borgerne behandles eller på anden måde er i kontakt med enheden.

Under dette område ses der også på, om enheden lever op til sundhedslovens bestemmelser i forhold til at sikre, at borgerens integritet og selvbestemmelsesret respekteres.

Tilsynets vurdering af enhedens arbejde med patientsikkerhed bygger på følgende målepunkter:

- Den sundhedsfaglige dokumentation på enheden
- Enhedens arbejde med at forebygge og lære af utilsigtede hændelser
- Enhedens medicinhåndtering
- 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. Ved tilsynet sidste år, blev der ved tilsynet og det første gentilsyn gjort fund af kritisk betydning for patientsikkerheden. Ved andet tilsyn blev der gjort fund af betydning for kvaliteten – men ikke fund af kritisk betydning for patientsikkerheden. Derfor den røde kant.

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

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

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med den sundhedsfaglige dokumentation, medicinhåndtering, utilsigtede hændelser (UTH'er) og magtanvendelser: *At der er gjort et eller flere fund af 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 seks tilfældigt udvalgte borgerjournaler i forhold til en række vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.
- Enhedens lokale journalaudit på 10 af deres borgerjournaler i forhold til de samme vurderingskriterier vedr. journalføringens kvalitet.

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund¹⁸:

Af tilsynets og enhedens journalaudit fremgår det:

I forhold til *opfølgning på forværring i borgers tilstand*

- At der i de auditerede journaler er set et enkelt tilfælde, hvor der er en manglende opfølgning på en observation, der beskriver en forværring. Men den manglende opfølgning er ikke af patientkritisk karakter og gennemgående afspejler observationsnotaterne et stort fokus på rettidig opfølgning.
- At der ikke er set tilfælde, hvor der ikke er fulgt op på målinger uden for tærskelværdier.

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

- At helbredsoplysninger er af en meget forskelligartet kvalitet. Der ses et tilfælde, hvor helbredsoplysninger er kopieret ind fra epikrisen, så det kan være svært at vurdere borgerens aktuelle situation. Der ses to tilfælde, hvor der mangler væsentlige oplysninger om borgerens tilstande (at borgeren sidder i kørestol, at borgeren er psykisk syg etc.) Andre beskrivelser af helbredsoplysninger er derimod præcise og fyldestgørende
- At der gennemgående er taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser. Men at der ses to tilfælde, hvor det er angivet, at borgeren delvist kan varetage egne helbredsmæssige interesser, men hvor der ikke er en tilstand eller handlingsanvisning der beskriver i hvilke situationer/tidspunkter, borger kan give samtykke eller ej.
- At der i et tilfælde ikke er foretaget en sygeplejefaglig udredning.
- At der ses præcise og fyldestgørende faglige notater på helbredstilstande, men at der også er notater af meget forskelligartet kvalitet.
 - I en journal er plan for behandling og pleje skrevet ind i helbredstilstandene og borgerens samtykke er ikke angivet.
 - I en journal er der oprette tilstande, der minder om hinanden. For eksempel er tilstandene 'problemer med mave og tarm' og 'problemer med afføringskontinens' oprettet. Men den problematik, der beskrives i begge tilstande, vedrører kun den ene tilstand 'problemer med mave og tarm.
 - I en journal er der valgt 'periodevise smerter' selvom borger er i fast smertebehandling
 - I en journal er helbredstilstandene ikke opdaterede og derfor ikke retvisende længere – for eksempel tilstanden 'kognitive problemer'
- At der er oprettet de relevante funktionsevnetilstande og at de faglige notater er fyldestgørende og præcises

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

- At der mangler udredninger.
- At der mangler at blive oprettet flere handlingsanvisninger og at ikke alle handlingsanvisninger er fyldestgørende. Generelt er der en tydelig angivelse af, hvad der skal observeres for i handlingsanvisningerne, ligesom aftale med behandlingsansvarlig læge fremgår. Der mangler dog gennemgående en beskrivelse af, hvornår autoriseret medarbejder/fagperson skal kontaktes - for eksempel hvornår diætist skal kontaktes ved vægttab.
- At der gennemgående ikke er oprettet opgaver til opfølgning på tilstande.
- At døgnrytmeplanerne fremstår relevante og udførlige – men at døgnrytmeplanerne ikke er opdaterede i alle tilfælde for aftenvagten.
- At der mangler flere forflytningsvejledninger.

I forhold til *sammenhæng og systematik*

- At alle helbredstilstande gemmes som 'inaktive' i stedet for at gemme dem, der tidligere har været 'aktuelle' som 'inaktive' og de øvrige som 'ikke relevante', så det på denne måde bliver lettere at følge historikken i borgerens tilstande.
- At der i enkelte tilfælde er relateret til de forkerte tilstande

I forhold til *understøttelse af borgerens retsstilling*

- At borgerens samtykke til den aktuelle pleje og behandling er dokumenteret, bortset fra et tilfælde
- At borgerens samtykke ikke gennemgående angives ved videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart

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

- At der med afsæt i sidste års handleplan er iværksat følgende:
 - At assistenter mødes hver morgen for at følge op på hvad der skal gøres den pågældende dag. Der bliver læst rapport.
 - At sygeplejeteamet har gennemgået alle beboere sammen med egen læge mhp. fastsættelse af relevante referenceværdier samt plan ved overskridelse af tærskelværdierne.
 - At dagvagterne informeres af ledelsen på et af de daglige stop- op møder. Ledelsen er på skift i de enkelte bo-enheder. Overlappet mellem dag- og aftenvagt, og aften- og nattevagter foregår mellem assistenterne og der er overlap mellem natte- og dagvagt.
 - At KMD nexusplanlæggerne booker tid til dokumentation hos assistenter og sygeplejersker. I handleplanen var ambitionen at det skulle være dagligt, dette har ikke kunnet lade sig gøre hver dag, men de dage, hvor der er mulighed for det, bliver det gjort.
 - At der er indkøbt ekstra bærbar computere som er tilgængelige i særskilt mødelokale, hvor dokumentationen kan foregå i fred og ro.
 - At ved indflytning af ny borger skulle der laves en plan for ajourføring af borgerjournal i løbet af de første 14 dage efter indflytning, hvilket skulle bookes på køreplan og planlægges på lige fod med indflytningsamtale. I praksis har dette ikke kunnet lade sig gøre, da enheden har været udfordret af stor udskiftning i beboerne. Assistenter er derimod blevet booket en hel dag med jævne mellemrum, for at ajourføre de nyindflyttede beboeres dokumentation

- At sygeplejerskerne skulle foretage 10 journalaudits hver anden måned for at vurdere om der blev fulgt op på observationsnotater og målinger. Dette er ikke blevet gennemført, da det er blevet prioriteret at få opdateret nyindflyttede borgeres journaler.
- At alle handlingsanvisninger ikke er gennemgået mhp. at dokumentere beboerens samtykke, men der er et øget fokus blandt medarbejderne på dette

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der mangler flere relevante handlingsanvisninger
- At der mangler dokumentation af samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger i halvdelen af de gennemgåede journaler
- At der ikke er oprettet opgaver på tilstande (myndighedsopfølgning)
- At der mangler flere forflytningsvejledninger
- At der ikke er en tydelig angivelse i handlingsanvisningerne af, hvornår autoriseret eller anden fagperson skal inddrages
- At der mangler enkelt sygeplejefaglig udredning
- At der ses journaler, hvor der ikke er de relevante helbredstilstande og hvor det faglige notat ikke er helt opdateret og retvisende
- At der mangler beskrivelse af hvordan samtykke indhentes ved beboere, der kun delvist kan varetage egne helbredsmæssige interesser
- At borgerens samtykke til pleje og behandling ikke er dokumenteret helt gennemgående
- At der mangler flere udredninger
- At der ses enkelte tilfælde hvor døgnrytmeplan ikke er helt opdateret

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

- At der gennemgående ses en rettidig og relevant opfølgning på forværring i borgerens tilstand
- At der ses et markant kvalitetsløft i dokumentationen i forhold til tilsynet sidste år

Tilsynet henstiller til

At enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det inden for en afgrænset periode sikres, at:

- Der oprettes de relevante handlingsanvisninger og at det angives heri hvornår fagperson kontaktes
- Der udarbejdes en forflytningsvejledning, hvor relevant
- Der oprettes opgave til myndighedsopfølgning på alle tilstande
- Borgerens samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart dokumenteres

Tilsynet anbefaler:

At der skabes arbejdsgange så det sikres, at:

- Der altid foretages en sygeplejefaglig udredning inden for de tre første dage efter en beboer er flyttet ind
- Helbredstilstande, handlingsanvisninger og døgnrytmeplaner altid fremstår opdaterede
- Der oprettes en tilstand og handlingsanvisning for hvordan borgeren kan give samtykke, for de borgere, der kun delvist kan varetage egne helbredsmæssige interesser

- Det dokumenteres, hvem der har udleveret ikke-doserbar medicin og hvornår (f.eks påsmøring af lægeordineret creme)
- Borgerens samtykke til pleje og behandling dokumenteres
- Alle relevante udredninger oprettes og udfyldes
- Kun tilstande, der ikke er aktuelle længere gemmes som inaktive.

Enhedens tiltag: Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstillinger. Se Bilag 2 **Error! Reference source not found.**

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

Medicinkontrol

Tilsynets vurdering af kvaliteten i enhedens medicin håndtering bygger på:

- Tilsynsenhedens uanmeldte gennemgang af seks beboeres medicinbeholdning
- Tilsynsenhedens uanmeldte observation af en medicindispensering
- Tilsynets journalaudit på seks 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 medicinskabene samt en korrekt og tydelig adskillelse af borgernes aktuelle og pauserede medicin
- At samtlige doseringsæsker har påført personidentifikation
- At alle medicinpræparater inklusiv håndkøbsmedicin har påført personidentifikation
- At der ved alle medicingennemgange er angivet anbrudsdato på medicinske dråber, cremer, inhalation samt insulin
- At der ses korrekt opbevaring af ikke-anbrudt insulin, som skal opbevares på køl
- At enheden anvender et mobilt medicindoseringsbord til medicindispensering. Bordet bidrager med den nødvendige plads og er med til at skabe overblik over medicinpræparater og doseringsæsker.

Ved gennemgang af journalaudit finder tilsynet;

- At der mangler angivelse af risikosituationsmedicin i medicinlisten ved to beboere
- At der ikke konsekvent følges op med observationsnotat efter udlevering af PN-medicin
- At det ikke dokumenteres hvem der dispenseret ikke-doserbar medicin

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

- At der med afsæt i sidste års handleplan er iværksat følgende:
 - Medicindoseringer fordeles ud over alle ugedage, så der ikke er for mange doseringer på samme dag.
 - Der er et løbende fokus på at dosisdispenseret medicin leveres til 14 dage ad gangen. Leveringen fordeles, så nogle beboere får leveret i lige uger og nogle får leveret i ulige uger.
 - Så mange borgere som muligt er forsøgt at komme på på dosisdispenseret medicin

- Medicindosering er være i de store doseringsæsker (borger/pårørende informeres ved indflytningssamtale).
- I forhold til kvalitetssikring doserer sygeplejersken minimum 1 gang om ugen hos en beboer i eget HUS
- Ved hver dosering laves en kontroloptælling af 2. person. Dette behøver ikke nødvendigvis at være en SSA eller sygeplejerske, det handler blot om at tælle efter for at sikre rette optælling. Dette er især iværksat ved komplicerede doseringer – ellers er der kun doseret til en uge ad gangen
- Alle SSA og sygeplejersker får endnu gennemgået retningslinjerne for medicindispensering af ledelsen ved stop-op møde i december 2021. Det præciseres her, at medicindoseringer prioriteres højt, således at man har den rette tid og ro til dispensering. Dette er iværksat i mindre grupper
- MyMedCards instruks for medicindispenseres printes og lamineres og lægges på alle medicinborde, så instruksen er lettilgængelig.
- Alle SSA og sygeplejersker er undervist i medicininstrukserne i foråret 2021. Hver SSA blev undervist individuelt af en sygeplejerske i forbindelse med gennemførelse af medicinaudit. Til hver undervisningsseance var der afsat 1 time.
- Alle sygeplejersker gennemfører nu 1 medicinaudit om ugen, således at alle borgeres medicin gennemgås minimum 1 gang om året. Dette tager ca 1 time. I forbindelse med ugentlig medicinaudit, følger sygeplejersken op med ansvarlig SSA, såfremt der ses fund, som der bør handles på. Ledelsen informeres i disse tilfælde, og følger op med medarbejderen.
- Der er blevet evalueret på de ovenstående tiltag og arbejdsgange og de vurderes at fungere efter hensigten

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: At der er gjort fund af mindre betydning i forhold til medicin håndtering.

I vurderingen er der lagt vægt på, at

- At der ikke konsekvent følges op med observationsnotat efter udlevering af PN-medicin
- At det ikke dokumenteres hvem der har dispenseret ikke-doserbar medicin
- At der mangler angivelse af risikosituationsmedicin i medicinlisten ved to beboere

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At der ved alle medicingennemgange ses orden i medicinskabene
- At samtlige præparater og doseringsæsker har påsat personidentifikation
- At alle cremer, inhalationer, injektionspenne har påført anbrudsdato
- At der ses et markant kvalitetsløft i forhold til tilsynet sidste år

Tilsynet anbefaler:

At der skabes arbejdsgange/procedurer, så det sikres:

- At der i medicinlisten foretages den nødvendige dokumentation af risikosituationsmedicin
- At der konsekvent følges op med observationsnotat efter udlevering af PN-medicin
- At det dokumenteres hvem der har dispenseret ikke-doserbar medicin

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, men at der indberettes flere forskellige typer af UTH.

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det at:

- 84 % medarbejdere svarer, at de enten 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ved, hvordan man indberetter en utilsigtet hændelse eller ved hvem man kan gå til for at få hjælp til det. 8% svarer 'i nogen grad'.
- 64 % af medarbejderne svarer, at der 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' arbejdes på at forebygge, at de samme utilsigtede hændelser sker igen. 24 % svarer 'i nogen grad'.
- 58 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' ville føle sig trygge som beboere i deres enhed. 32 % svarer 'i nogen grad'.
- 50 % af medarbejderne svarer, at kulturen 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' gør det nemt at lære af utilsigtede hændelser. 34 % svarer i nogen grad'.

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

- At der er samlet op på input fra medarbejderne på de tværfaglige beboerkonferencer med henblik på at lave en plan for, hvordan der kan skabes en kultur for at øge patientsikkerheden
- Bo-enhedens utilsigtede hændelser gennemgås på tværfaglig beboerkonference, som finder sted hver 3. uge mhp. at invitere til en åben dialog om patientsikkerhed og forebyggelse af utilsigtede hændelser – og medarbejdernes oplevelse af om kulturen på enheden understøtter patientsikkerheden. Ledelsen fortæller at der ved borgerspecifikke UTH'er som fald, nu udarbejdes analyser af assistenter og sygeplejersker.
- Der er blevet samlet op i lederteamet på de kommentarer medarbejderne har haft til hvordan de oplever kulturen på enheden i forhold til patientsikkerhed og ud fra dette udarbejdes en plan for, hvordan kulturen for at understøtte patientsikkerheden kan øges, og hvordan medarbejderne kan bidrage til den ønskede kultur. På baggrund af medarbejdernes kommentarer konkluderes, at medarbejderne kender proceduren for indberetning og arbejdet med UTH og billedet fra sidste års tilsynsrapport kan ikke genkendes.

På baggrund af ovenstående vurderer tilsynet: At der ikke er gjort fund af betydning for kvaliteten af enhedens arbejde med UTH'er.

I vurderingen er der lagt vægt på:

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

Magtanvendelser

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

Hygiejne

Tilsynets kommentering af, hvorvidt enheden overholder de gældende retningslinjer for hygiejne og uniformsetikette er baseret på:

- Observationer ud fra tjekskema i enhedens lokaler og i forbindelse med medicinkontrol og interviews i beboernes hjem

Sammenfatning af observationer:

Ved observation i enhedens lokaler og i beboernes hjem fremgår det:

- At uniformsetiketten efterkommes blandt de observerede medarbejdere
- At medarbejderne overholder retningslinjer for anvendelse af ringe, armbånd og ure
- At der foretages hånddesinfektion forud for en ny opgave ved borgeren

Brugertilfredshed

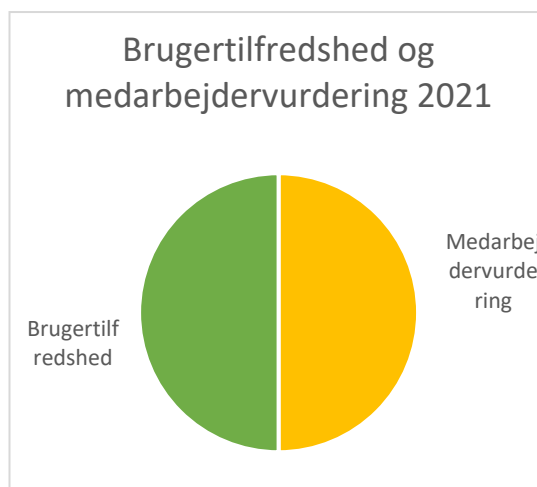
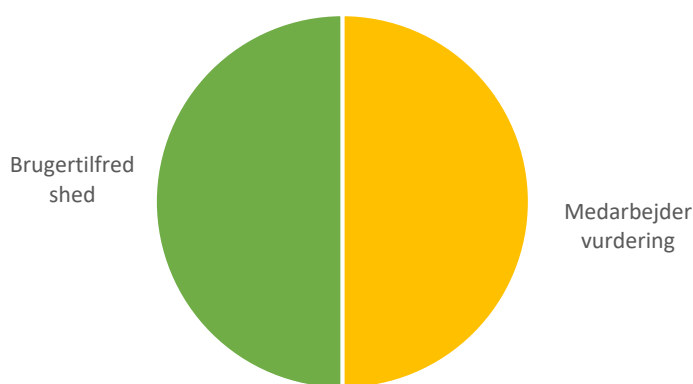
I hovedområdet *Brugertilfredshed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at borgeren kan have et trygt, aktivt og værdigt liv på egne præmisser¹⁹. Under dette område ses der også på, om enheden lever op til kommunens standarder for god kvalitet i indsatsen efter lov om social service §§ 83, 83a og 86.

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

- Brugertilfredshed og medarbejdervurdering

Oversigt over tilsynets vurdering

Brugertilfredshed og medarbejdervurdering 2022



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

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

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

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

Tilsynet vurderer, på baggrund af en gennemgang af enhedens arbejde med brugertilfredshed: *At der er gjort fund af mindre 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 10 beboere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af interviewet²⁰ fremgår det, at:

I forhold til *de fysiske rammer*:

¹⁹ Ældrepolitik for Norddjurs kommune 2017-2021

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

- Alle beboerne giver udtryk for at være 'meget tilfredse' med deres bolig.
- 70 % af beboerne giver udtryk for at være 'meget tilfredse' med enhedens fællesarealer. 20 % af beboerne giver udtryk for, at spørgsmålet er 'ikke relevant' for dem.
- 70 % af beboerne, som anvender de udendørs arealer, giver udtryk for at være 'meget tilfredse' med dem. 20 % af beboerne giver udtryk for, at spørgsmålet er 'ikke relevant' for dem.

I forhold til *aktiviteter og socialt samvær*:

- 86 % beboere angiver at være 'meget tilfreds' eller 'delvis tilfreds' med de daglige aktiviteter på plejecenteret.
- Alle beboerne 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, blive vasket og 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.
- 90 % af beboerne, som modtager hjælp til rengøringen af egen bolig er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- Alle beboerne, som modtager hjælp til tøjvasken er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med hjælpen.
- 86 % af beboere er 'meget tilfredse' eller 'delvis tilfredse' med rengøringen af fællesarealerne.

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

- Alle beboerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at de får den hjælp og støtte, der er aftalt.
- 90 % af beboerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at de får den hjælp og støtte, de har behov for.
- 80 % af beboerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Det er oftest de samme hjælpere, der kommer hos dig'.
- 90 % af beboerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Personalet tager hensyn til, hvordan du gerne vil have din døgnrytme'.
- 90 % af beboerne svarer, at de er 'helt enige' eller 'enige' i udsagnet: 'Du deltager i de ting, du kan og ønsker at deltage i'.
- 90 % af beboerne svarer, at de 'aldrig' oplever, at hjælpen bliver aflyst.

I forhold til *maden*:

- 90 % af beboerne angiver at være 'meget tilfredse', 'tilfredse' eller 'både og' med maden.
- Alle de beboere, som modtager hjælp til måltidet, angiver at være 'meget tilfredse'.

I forhold til *personalet*:

- Alle beboerne giver udtryk for at være 'helt enige' i udsagnet: 'Personalet lytter til, hvad jeg har behov for'.
- 80 % af beboerne giver udtryk for at være 'helt enige' i udsagnet: 'Personalet udviser respekt over for mig'.
- 90 % af beboerne giver udtryk for at være 'helt enige' eller 'enig' i udsagnet: 'Omgangstonen mellem personalet og mig er god'.
- 80 % af beboerne giver udtryk for at være 'helt enige' eller 'enig' i udsagnet: 'Personalet ved hvad de skal, når de kommer for at hjælpe dig'.

Overordnet set:

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

Af medarbejdernes spørgeskemabesvarelser fremgår det, at:

- Ved spørgsmålet 'Giver hverdagen mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandard?' er der 14 % der svarer 'i høj grad', 56 % der svarer 'i nogen grad'. 30 % af medarbejderne svarer 'I mindre grad' eller 'slet ikke'.
- 44 % af medarbejderne svarer, at der 'i høj grad', arbejdes med at skabe forbedringer af plejen og aktiviteter hos borgerne. 36 % svarer 'i nogen grad'.
- 54 % af medarbejderne angiver, at de i 'meget høj grad' eller 'i høj grad' kender handlingsanvisninger for de borgere, du har opgaver ved. 35 % angiver 'i nogen grad'.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At 30 % af medarbejderne svarer, at hverdagen 'I mindre grad' eller 'slet ikke' giver mulighed for at levere den pleje og aktivitet, der er beskrevet i kvalitetsstandard.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At størstedelen af beboerne er tilfredse med den hjælp og støtte de modtager.
- At størstedelen af medarbejderne angiver at der arbejdes med at skabe forbedring af plejen og aktivitet hos borgerne.

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

Tilsynet anbefaler:

- At enheden afdækker, hvorfor så stor en andel af medarbejderne ikke oplever at have rammerne til at levere den indsats, der er beskrevet i kvalitetsstandard.
- At enheden med afsæt i ovenstående afdækning, arbejder for at sikre, at medarbejderne har rammerne for at levere den indsats, der er beskrevet i kvalitetsstandard.

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

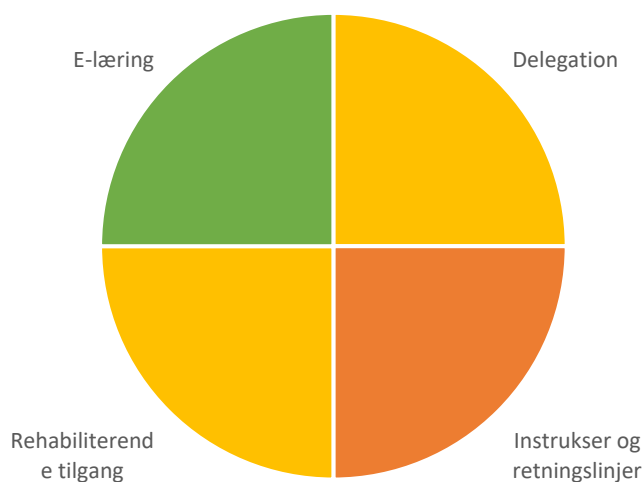
I hovedområdet *Faglighed* ses der på, hvorvidt enheden understøtter, at den nødvendige og relevante faglige viden og medarbejderkompetencer er til stede i enheden i forhold til de opgaver, der skal løses.

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

Faglighed 2022



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 42 % af medarbejderne angiver, at nyt personale 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får en god introduktion. 34 % angiver 'i nogen grad'.
- At 35 % af medarbejderne svarer, at personale der skal oplæres i nye opgaver 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' får den nødvendige sparring. 41 % svarer 'i nogen grad'.

I forhold til *kompetenceprofil*:

- At 87 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de kender kompetence- og overdragelsesskemaet. Af disse medarbejdere svarer 41 %, at de 'i høj grad' bruger dette skema i hverdagen ved behov. 22 % svarer 'i nogen grad' og 24 % svarer 'i mindre grad'.
- At 72 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de har et personligt kompetenceafklaringskema. Af disse medarbejdere svarer 58 % 'ja' til at skemaet er opdateret, 32 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- At 52 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de har et skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer. Af disse medarbejdere svarer 61 % 'ja' til at skemaet er opdateret, 39 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'.
- At 81 % af medarbejderne svarer 'nej' til spørgsmålet 'Har du inden for de seneste tre måneder udført en eller flere opgaver, du ikke havde kompetencerne til ifølge kompetenceprofilen?'.

I forhold til *tilgængelige kompetencer*:

- At 64 % af medarbejderne svarer, at deres team 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' har de rette kompetencer tilgængeligt hver dag'. 26 % svarer 'i nogen grad'.

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

- At der med afsæt i sidste års handleplan er iværksat følgende:
 - Instruksen for delegation gennemgås i forbindelse med introduktion af nye medarbejdere.
 - Instruksen for delegation danner rammen for selve delegationen af en opgave fra en medarbejder til en anden.
 - SSA og sygeplejerskerne får gennemgået instruksen, så de kan tage den med ved delegering af diverse opgaver. På denne måde opnår de øvrige faggrupper også kendskab til instruksen.
 - Ligeledes danner kompetence- og overdragelsesskemaet rammen for delegering af opgaver – dette skema anvendes til at se, hvilke opgaver som må delegeres.
 - Af handleplanen fremgik, at sygeplejerskerne følger med i plejen 2-3 dage om måneden mht. kvalitetssikring af det faglige niveau. Dette er ikke iværksat systematisk.
 - KMD nexus planlæggerne anvender delegeringsmappen hver dag i forbindelse med planlægning af kørelister. Kørelisterne laves med udgangspunkt i, hvem der kan løse hvilke opgaver.
 - Hvis en medarbejder mangler oplæring for eksempel i forhold til ny borger bookes dette på køreplanen, så der afsættes tid til delegering.
 - Delegeringsmappen tages med på beboerkonference, hvis der er tvivlsspørgsmål i forhold til delegering af opgaver.
 - Tid til delegation planlægges i dagligdagen. Delegationen foregår allerede men der skal ske en mere systematisk dokumentation på hver medarbejders delegeringskema

Tilsynets vurdering: At der er gjort fund af mindre betydning for, hvordan enheden sikrer, at kommunens retningslinjer for anvendelse af kompetenceafklaringskemaer efterleves.

I vurderingen er der lagt vægt på, at:

- At 32 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til om deres personligt kompetenceafklaringskema er opdateret.
- At 39 % af medarbejderne svarer 'nej' eller 'ved ikke' til om deres skema for erhvervede borgerspecifikke kompetencer er opdateret.

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

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

Tilsynet anbefaler

At enheden arbejder med at sikre:

- Der er en plan for, hvordan medarbejdere får kendskab til og løbende anvender kompetenceafklaringskemaerne.

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 73 % 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. 23 % svarer 'i nogen grad'.

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

- At 72 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR.
- At 67 % svarer, at de har adgang til at anvende, VAR i deres daglige arbejde hos borgeren²².
- At 60 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de bruger VAR, når de er i tvivl om en procedure. 40 % svarer 'nej' eller 'ved ikke'. Af disse medarbejdere svarer 20 %, at de bruger VAR 'hver uge', 6 % svarer 'hver anden uge' og 14 % svarer '1-2 gange om måneden'.
- At 86 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende MyMedCards.
- At 83 % svarer, at de har adgang til at anvende MyMedCards i deres daglige arbejde hos borgeren.
- At 33 % af medarbejderne svarer at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' bruger MyMedCards. 33 % svarer 'i nogen grad' og 33 % svarer 'i mindre grad'. Af disse medarbejdere svarer 23 % at de

²¹ I dette spørgsmål afrapporteres kun besvarelser fra de relevante faggrupper, dvs. besvarelser fra sygeplejersker, assistenter og hjælpere – 45 besvarelser i alt.

²² Ledelsen fortæller, at dette evt. kan skyldes, at der er en dårlig netværksforbindelse på enheden

bruger MyMedCards 'hver uge', 21% svarer 'hver anden uge', 21 % svarer '1-2 gange om måneden' og 19 % svarer '1-2 gange i kvartalet.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At 40 % af medarbejderne svarer 'nej' til, at de bruger VAR, når de er i tvivl om en procedure.

I vurderingen er der også lagt vægt på:

- At 93 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende VAR.
- At 96 % af medarbejderne svarer 'ja' til, at de ved hvordan de skal anvende MyMedCards.

Tilsynet henstiller til

At enheden udarbejder en handleplan for, hvordan det inden for en afgrænset periode sikres, at medarbejderne får et øget kendskab til, hvordan og hvornår VAR skal anvendes.

Enhedens tiltag: Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstillinger. Se Bilag 2

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

Rehabilitering

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

- Interviews med 10 borgere
- Medarbejdernes spørgeskemabesvarelser
- Enhedens og tilsynets audit af i alt 16 borgerjournaler

Ved interview med beboere fremgår det at:

- 78 % af beboerne angiver at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at de deltager i udførelsen af hjælpen.
- 89 % af beboerne angiver at de er 'helt enige' eller 'enige' i, at personalet støtter dem i at klare flest mulige dagligdagsting.
- 78 % af 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:

- 22 % af medarbejderne angiver, at de i 'meget høj grad' eller 'i høj grad' kender borgernes livshistorie. 52 % angiver 'i nogen grad', 22 % angiver 'i mindre grad' og 6 % angiver 'slet ikke'.
- 58 % af medarbejderne angiver, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' aktivt inddrager borgerne i planlægning og udførelse af pleje og aktiviteter. 24 % angiver 'i nogen grad'.

Af journalaudit fremgår det at:

- Borgers mål gennemgående ikke er angivet ved helbredstilstande
- Borgers vurdering gennemgående ikke er angivet ved funktionstilstande
- Borgers mestring, motivation og ressourcer ikke konsekvent er dokumenteret
- Der er oprettet indsatsmål for alle relevante tilstande – men også for flere, hvor der ikke er krav om indsatsmål. Flere indsatsmål er af ældre dato og indsatsmålene er ikke altid formuleret, så det er målbart om borgeren har nået målet

- Borgers indsats er gennemgående beskrevet i døgnrytmeplanen

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

I vurderingen er der lagt vægt på at:

- Borgers mål gennemgående ikke er angivet ved helbredstilstande
- Borgers vurdering gennemgående ikke er angivet ved funktionstilstande
- Borgers mestring, motivation og ressourcer ikke konsekvent er dokumenteret

I vurderingen er også lagt vægt på, at:

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

Tilsynet anbefaler

- At beboernes vurdering i forhold til udførelse og betydning af udførelse i forhold til funktionstilstande dokumenteres konsekvent

E-læring

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

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

- 98 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Magtanvendelse'. Ud af de 98 medarbejdere har 83 medarbejdere gennemført kurset. 15 medarbejder er tilmeldt kurset, men ikke gennemført kurset.
- 27 medarbejdere er tilmeldt kurset 'Medicin håndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter'. Ud af de 27 medarbejdere har 25 medarbejdere gennemført kurset. 2 medarbejder er tilmeldt kurset, men har ikke gennemført kurset.
- 57 medarbejder er tilmeldt kurset 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere'. Ud af de 57 medarbejdere har 49 medarbejdere gennemført kurset. 4 medarbejdere har tidligere gennemført kurset, men kurset er udløbet og kræver en recertificering. 4 medarbejder er tilmeldt kurset, men har ikke gennemført kurset.

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

- At der med afsæt i sidste års handleplan er iværksat følgende
 - At der har været afholdt e-læringscafeer, hvor medarbejderne har haft fred og ro til at gennemgå e-læringsmaterialet samt kunne stille spørgsmål ved tekniske udfordringer

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

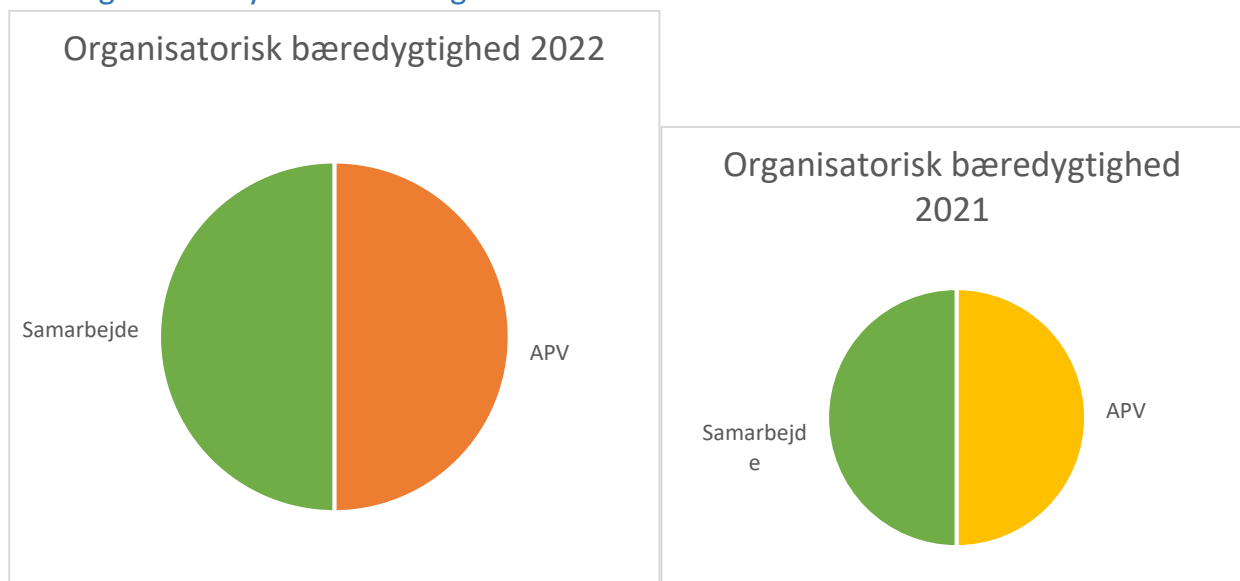
- At størstedelen af medarbejderne har gennemført det obligatoriske kursus om 'Magtanvendelse', 'Medicin håndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter' og 'Medicinadministration for social- og sundhedshjælpere'.

Organisation

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

- APV
- Samarbejde
- Budgetoverholdelse
- Sygefravær
- Eksterne tilsyn

Oversigt over tilsynets vurdering



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

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

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

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

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

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

APV

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

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

Sammenfatning af tilsynsenhedens fund:

Af journalaudit fremgår det:

- At der ikke er et opdateret APV-skema i halvdelen af de auditerede borgerjournaler

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At der ikke er et opdateret APV-skema i halvdelen af de auditerede journaler

Tilsynet anbefaler

- At der udarbejdes en handleplan der indenfor en afgrænset periode sikrer, at der er opdaterede APV-skemaer for alle beboere

Enhedens tiltag: Enheden har udarbejdet en handleplan på baggrund af tilsynets henstillinger. Se Bilag 2

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

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:

- 59 % af medarbejderne angiver, at samarbejdet på tværs af plejegrupper/afdelinger er 'meget godt' eller 'godt'. 40 % af medarbejdere svarer, at der er 'både og'.
- 72 % af medarbejderne angiver, at det er et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde mellem faggrupperne på arbejdspladsen. 28 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
- 75 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med eget team. 23 % angiver 'både og'.
- 58 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med andre enheder i Sundhed og Omsorg. 33 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
65 % af medarbejderne angiver at have et 'meget godt' eller 'godt' samarbejde med ledelsen. 23 % af medarbejdere svarer, at der er et 'både og'.
- 81 % af medarbejderne angiver at de 'i meget høj grad' og 'i høj grad' kan spørge deres kollegaer til råds, hvis de er i tvivl om noget.

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

I vurderingen er der lagt vægt på:

- At størstedelen af medarbejderne svarer, at de har et 'godt' eller 'meget godt' samarbejde mellem medarbejderne.

Sygefravær

Vurderingen af enhedens sygefravær, bygger på:

Af sygefraværsoversigten fremgår det:

- At sygefraværsp procenten for enheden har været på 9,06 % i perioden.

Budgetoverholdelse

Tilsynet vurderer at der er udfordringer med budgetoverholdelsen på plejecenter Violskrænten/Grønnegården. Den aktuelle udfordringer kan dog alene henføres til en særlig dyr sag omkring en enkelt borger, der kræver en massiv ressourceanvendelse. Det er vurderingen, at plejecentret er veldrevet og ville være i økonomisk balance foruden den særlige sag.

Den forventede økonomiske balance på den almindelige drift opnås ved en kontinuerlig tilpasning af driften, idet plejecenteret Violskrænten/Grønnegården – som andre driftsenheder – er presset af rekrutteringssituationen.

Opsamling på andre/tidligere tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed: Risikobaseret tilsyn d. 16. november 2021

Vurdering: Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden.

Henstilling om at:

- Behandlingsstedet skal sikre, at der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand
- Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke
- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser om patienten er vurderet helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling

Brandsyn d. 25. maj 2022: Påbud om dokumentation af vedligeholdelse af brandtekniske installationer jf. nyt regelsæt.

Bilag 1: Oversigt: Journalaudit

Antal journaler hvor følgende er opfyldt:

<i>Opfølgning på forværring i borgers tilstand</i>	Tilsynets audit på 4 borgere	Enhedens audit på 4 borgere
Opfølgning på observationer	5 ud af 6	9 ud af 10
Opfølgning på målinger uden for tærskelværdi	2 ud af 2	2 ud af 3
<i>Opdateret beskrivelse af og plan for borgers helbreds- og funktionstilstande</i>		
Relevante helbredsoplysninger	4 ud af 6	10 ud af 10
Taget stilling til, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser	6 ud af 6	10 ud af 10
Sygeplejefaglig udredning	5 ud af 6	10 ud af 10
Alle relevante helbredstilstande valgt	6 ud af 6	10 ud af 10
Fyldestgørende faglige notater for helbredstilstande	5 ud af 6	7 ud af 10
Alle relevante funktionstilstande valgt	6 ud af 6	10 ud af 10
Oprettet relevante handlingsanvisninger	3 ud af 6	9 ud af 10
Henvisning til aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor relevant	6 ud af 6	7 ud af 7
Er det beskrevet, hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages?	1 ud af 3	7 ud af 8
Er handlingsanvisningerne opdaterede?	5 ud af 6	9 ud af 9
Døgnrytmeplan opdateret	5 ud af 6	10 ud af 10
Afspejler døgnrytmeplanen borgerens daglige behov for pleje og borgerens aktiviteter?	6 ud af 6	10 ud af 10
Hvis relevant: En aktuel forflytningsvejledning for borgeren	1 ud af 3	0 ud af 10
Oprettet opgaver på alle tilstande mindst en gang årlig	3 ud af 6	7 ud af 10
<i>Understøttelse af borgerens retsstilling</i>		
Borgerens samtykke fremgår af handleanvisningen	5 ud af 6	6 ud af 9
Borgers samtykke ved videregivelse af helbredsoplysninger	2 ud af 4	4 ud af 10
Tidsfrist for indberetning af magtanvendelse overholdt	-	-
<i>Understøttelse af rehabiliterende tilgang</i>		
Beskrivelse af borgers motivation	4 ud af 6	4 ud af 10
Beskrivelse af borgers mestring	4 ud af 6	2 ud af 9
Beskrivelse af borgers ressourcer	4 ud af 6	6 ud af 10
Borgers mål udfyldt i helbredstilstand	1 ud af 6	6 ud af 10
Borgers vurdering ved funktionstilstande	2 ud af 6	5 ud af 10
Oprettet indsatsmål	6 ud af 6	9 ud af 10
Feltet 'Borgers indsats' udfyldt i Døgnrytmeplan	5 ud af 5	7 ud af 10

Bilag 2: Enhedens handleplaner

Beskrivelse / titel	Dokumentation – oprettelse af handlingsanvisninger
Enhed / afdeling:	Plejecenter Violskrænten og Grønnegården
Ansvarlig for udfyldelse:	Lederteamet
Ledelsesansvarlig:	Espen Cramer Korsvold
Dato:	24.06.2022
TEMA Hvilket område omhandler planen	Oprettelse af fyldestgørende handlingsanvisninger
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Ved journalaudit ses: - At der mangler flere handlingsanvisninger - At der mangler tydelig angivelse af, hvornår autoriseret eller anden fagperson skal inddrages i de oprettede handlingsanvisninger
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt. SMARTE mål	At der er oprettet handlingsanvisning til alle oprettede helbredstilstande. At de oprettede handlingsanvisninger beskriver en klar plan for, hvordan det beskrevne mål opnås. Herunder også en beskrivelse af, hvornår og hvordan der handles, hvis målet ikke opnås. - Hvordan skal der konkret handles og af hvem? - Hvem følger op? - Plan for evaluering samt evt. inddragelse af autoriseret fagperson til sparring mhp. iværksættelse af nye tiltag.
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	Alle SSA og sygeplejersker undervises i, hvordan handlingsanvisninger udarbejdes fyldestgørende jf. ovenstående mål. Alle SSA og sygeplejersker gennemgår alle journaler mhp. at få oprettet fyldestgørende handlingsanvisninger til enkel tilstand. Sygeplejerskerne gennemgår relevante beboere med egen læge mhp. fastsættelse af plan for kontakt til autoriseret personale, der hvor der kræves kontakt til tredje part.
HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	Faglig koordinator gennemgår rette procedure for oprettelse af fyldestgørende handlingsanvisning med alle SSA og sygeplejersker. Der afsættes 1 time til denne undervisning og kan afhængig af driften foregå i forum med flere af gangen eller 1:1.

	<p>KMD nexusplanlæggerne booker medarbejderaftale på køreplanen med dokumentationstid ved SSA og sygeplejerske dagligt – afhængig af dagens bemanning trækkes SSA så vidt muligt ud af morgenplejen, så de har tid til dokumentation.</p> <p>Sygeplejersken tager kontakt til egen læge ved behov for fastsættelse af plan for kontakt til tredjepart, hvor dette er nødvendigt.</p>
<p>HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?</p>	<p>Starttidspunkt: 01.08.2022 Sluttidspunkt: 01.08.2023</p>
<p>DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faglig koordinator laver løbende journalaudit – 10 journaler hver 2. måned. Viser journalaudit, at der ikke sker fremdrift i oprettelsen af handlingsanvisninger evalueres med ledelsen mhp. evt. igangsættelse af nye tiltag. 2. Følges der op på de oprettede handlingsanvisninger og opnås målene mhp. afslutning af tilstande? Dette gennemgås ligeledes ved samme journalaudit – 10 journaler hver 2. måned.
<p>HVEM? Hvem er ansvarlig for igangsættelse, gennemførelse og hvem er ansvarlig for opfølgning på tiltagene?</p>	<p>Ansvarlig for igangsættelse: Lederteamet Ansvarlig for udførelse: Sygeplejefaglig koordinator Pernille Larsen og SSA + sygeplejerskerne Ansvarlig for opfølgning: Sygeplejefaglig koordinator Pernille Larsen og lederteamet</p>
OPFØLGNING	

Beskrivelse / titel	Informeret samtykke samt samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger
Enhed / afdeling:	Plejecenter Violskrænten og Grønnegården
Ansvarlig for udfyldelse:	Lederteamet
Ledelsesansvarlig:	Espen Cramer Korsvold
Dato:	24.06.2022
TEMA Hvilket område omhandler planen	Informeret samtykke samt samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	<p>Der mangler en entydig dokumentation af borgerens informerede samtykke, herunder hvordan den indhentes i de tilfælde hvor borgeren ikke eller kun delvist kan varetage egne helbredsmæssige interesser.</p> <p>Der mangler generelt dokumentation af samtykke til den aktuelle pleje og behandling samt kontakt til og videregivelse af helbredsoplysninger til 3. part.</p>

<p>MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt. SMARTE mål</p>	<p>At det er tydelig angivet i Helbredsoplysninger, om borgeren ikke kan, delvist kan eller selv kan varetage egne helbredsmæssige interesser ved alle borgere.</p> <p>At der er oprettet en tilstand med mere uddybende dokumentation af, hvorfor en borger ikke kan eller kun delvist kan varetage egne helbredsmæssige interesser. Samt i hvor høj grad borgeren delvist kan varetage egne helbredsmæssige interesser.</p> <p>At der er dokumenteret i generelle oplysninger, hvem der har stedfortrædende samtykke hos borgere, som ikke kan eller kun delvist kan varetage egne helbredsmæssige interesser.</p> <p>At der konsekvent dokumenteres samtykke i alle handlingsanvisninger.</p> <p>At der konsekvent dokumenteres samtykke i Observationsnotatet og korrespondancer ved kontakt til 3. part</p>
<p>HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?</p>	<p>Alle SSA og sygeplejersker gennemgår alle borgerens Helbredsoplysninger og dokumenterer, hvorvidt borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser eller ej. Dette suppleres med en tilstand med en uddybende beskrivelse, samt dokumentation af, hvem der har stedfortrædende samtykke i generelle oplysninger.</p> <p>Alle SSA og sygeplejersker tjekker handlingsanvisningerne igennem og tilføjer samtykke til behandlingen, hvor dette ikke er dokumenteret.</p> <p>Det italesættes dagligt til stop op møde i SSA/sygeplejeteamet, at der skal dokumenteres samtykke ved kontakt til 3. part. Lederen er ansvarlig for denne italesættelse.</p>
<p>HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?</p>	<p>SSA og sygeplejerskerne aftaler indbyrdes i temaet hvem der gennemgår hvilke borgere. Der bookes medarbejderaftale med dokumentationstid på kørelisten til opgaverne.</p> <p>Lederen deltager i stop op møde for SSA/sygeplejersker jævnligt, hvor dokumentation af samtykke italesættes.</p> <p>Kravene for dokumentation af informeret samtykke samt videregivelse af helbredsoplysninger til</p>

	tredjepart gennemgår med alle SSA og sygeplejersker. Sygeplejerfaglig koordinator er ansvarlig for dette og foretager en rundring bl.a. SSA og sygeplejersker hvor de informeres ad hoc.
HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Starttidspunkt: 1. juni 2022 Sluttidspunkt: 1. juni 2023
DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	Journalaudit ved sygeplejerfaglig koordinator i forhold til dokumentation af samtykke – 10 journaler hver 2. måned.
HVEM? Hvem er ansvarlig for igangsættelse, gennemførelse og hvem er ansvarlig for opfølgning på tiltagene?	Ansvarlig for igangsættelse: Lederteamet Ansvarlig for udførelse: Sygeplejerfaglig koordinator, SSA og Sygeplejerskerne Ansvarlig for opfølgning: Sygeplejerfaglig koordinator Pernille Larsen og lederteamet
OPFØLGNING	Ved tilsyn 2023 vurderes om der er tilfredsstillende dokumentation af samtykke.

Beskrivelse / titel	Udarbejdelse af forflytningsvejledninger
Enhed / afdeling:	Plejecenter Violskrænten og Grønnegården
Ansvarlig for udfyldelse:	Lederteamet
Ledelsesansvarlig:	Espen Cramer Korsvold
Dato:	24.06.2022
TEMA Hvilket område omhandler planen	Udarbejdelse af forflytningsvejledning
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Ved journalaudit findes, at der mangler flere forflytningsvejledninger i journalerne.
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt. SMARTE mål	At alle beboer, som får hjælp til forflytning, har en forflytningsvejledning.
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	Husets forflytningsvejledere tildeles en gruppe beboere, som de er ansvarlige for at udarbejde forflytningsvejledninger til. Ved nyindflytning sender SSA/spl. Mail til bo-enhedens forflytningsvejleder mhp. udarbejdelse af forflytningsvejledning indenfor de første 14 dage. Forflytningsvejleder deltager i morgenplejen x 1 sammen med kontaktperson indenfor de første 14 mhp. udarbejdelse af forflytningsvejledning.
HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	Sygeplejerfaglig koordinator laver oversigt over, hvilke beboere der mangler forflytningsvejledninger. De respektive forflytningsvejledere planlægger i samarbejde med KMD nexus planlæggerne, hvornår

	de kan lave de manglende forflytningsvejledninger. Tid hertil planlægges med hensyntagen til driften og bookes på køreplanen.
HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Starttidspunkt: 1. juni 2022 Sluttidspunkt: 15. september 2022
DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sygeplejefaglig koordinator laver journalaudit på 10 journaler x 1 hver måned. 2. Sygeplejefaglig koordinator drøfter med boenhedens personale, om det er tydeligt, hvordan en beboer skal forflyttes og om der opleves problemer hermed.
HVEM? Hvem er ansvarlig for igangsættelse, gennemførelse og hvem er ansvarlig for opfølgning på tiltagene?	Ansvarlig for igangsættelse: Lederteamet Ansvarlig for udførelse: Sygeplejefaglig koordinator og forflytningsvejlederne Ansvarlig for opfølgning: Sygeplejefaglig koordinator og lederteamet
OPFØLGNING	Ved tilsynet 2023 vurderes, om der er forflytningsvejledninger i alle journaler, hvor det er relevant.

Beskrivelse / titel	Opgaver på myndighedsopfølgning
Enhed / afdeling:	Plejecenter Violskrænten og Grønnegården
Ansvarlig for udfyldelse:	Lederteamet
Ledelsesansvarlig:	Espen Cramer Korsvold
Dato:	24.06.2022
TEMA Hvilket område omhandler planen	Oprettelse af opgaver til myndighedsopfølgning på tilstande.
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Af journalaudit ses, at der mangler oprettelse af opgaver på tilstande. Opgaver på tilstande oprettes med angivelse af, hvornår man forventer, at en tilstand er afsluttet. Der sikres således opfølgning på alle tilstande ved oprettelse af opgaver til myndighedsopfølgning.
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt. SMARTE mål	Målet er, at alle tilstande har en relateret opgave til myndighedsopfølgning.
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	Det igangsatte fokus på oprettelse af opgaver fortsættes <ul style="list-style-type: none"> - Behov for brush-up til SSA og sygeplejersker i forbindelse med tidligere undervisning, som opfølgning på tidligere undervisning. Der er kommet ny funktion i Nexus, så fremadrettet oprettes opgaven automatisk ved aktivering af tilstand. Dette formodes at løse meget af problemet fremadrettet.

	SSA og sygeplejerske gennemgår alle journaler mhp. oprettelse af de opgaver som mangler på beboerens tilstande.
HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	Faglig koordinator gennemgår rette procedure for oprettelse af opgaver med alle SSA og sygeplejersker. Der afsættes 1 time til denne undervisning og kan afhængig af driften foregå i forum med flere af gangen eller 1:1. Opstartes midt august 2022. KMD nexusplanlæggerne booker medarbejderaftale på køreplanen med dokumentationstid ved SSA og sygeplejerske dagligt – afhængig af dagens bemanning trækkes SSA så vidt muligt ud af morgenplejen, så de har tid til dokumentation.
HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Starttidspunkt: 01.08.2022 Sluttidspunkt: 01.08.2023 Efter 3 mnd laves en "stop op" med lederteamet.
DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	3. Dokumentationsansvarlig sygeplejerske laver løbende journalaudit – 10 journaler hver 2. måned. Viser journalaudit, at der ikke sker fremdrift i oprettelsen af opgaver på tilstande evalueres med ledelsen mhp. evt. igangsættelse af nye tiltag. 4. Følges der op på de oprettede tilstande, er de stadigvæk relevante og opnås målene mhp. afslutning af tilstande? Dette gennemgås ligeledes ved samme journalaudit – 10 journaler hver 2. måned.
HVEM? Hvem er ansvarlig for igangsættelse, gennemførelse og hvem er ansvarlig for opfølgning på tiltagene?	Ansvarlig for igangsættelse: Lederteamet Ansvarlig for udførelse: Sygeplejefaglig koordinator Pernille Larsen og SSA + sygeplejerskerne Ansvarlig for opfølgning: Sygeplejefaglig koordinator Pernille Larsen og lederteamet
OPFØLGNING	

Beskrivelse / titel	VAR
Enhed / afdeling:	Plejecenter Violskrænten og Grønnegården
Ansvarlig for udfyldelse:	Lederteamet
Ledelsesansvarlig:	Espen Cramer Korsvold
Dato:	24.12.2022
TEMA Hvilket område omhandler planen	Kendskab til og anvendelse af VAR

UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Ved tilsyn 2022 fandt man, at 40% af medarbejderne ikke anvender VAR, når de er i tvivl om en procedure.
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt. SMARTE mål	At personale anvender VAR, når de er i tvivl om en procedure. At alle medarbejdere kender VAR og ved hvordan og hvornår de skal anvende det.
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	Alle nyansatte undervises i VAR i forbindelse med introduktion af nyansatte. Der linkes til VAR hvor relevant i alle handlingsanvisninger. VAR anvendes aktivt ved delegering af opgaver samt i forbindelse med introduktion i bo-enheden.
HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	Der iværksættes undervisning i brugen af VAR i hver bo-enhed – rundring hver formiddag i en bo-enhed 1 uge i træk, hvor der laves side-by-side undervisning. <ul style="list-style-type: none"> - Faglig koordinator forestår undervisning og laver undervisning lokalt i hver bo-enhed, fx i forbindelse med daglig stop-op møde efter morgenplejen. Alle SSA og sygeplejersker informeres om arbejdsgangen med at anvende VAR i forbindelse med oplæring og introduktion til nye procedurer. <ul style="list-style-type: none"> - Faglig koordinator runderer på daglig SSA/spl. møde og introducerer til den nye arbejdsgang. VAR anvendes som en del af undervisningen, når der planlægges intern undervisning for alle medarbejdere. <ul style="list-style-type: none"> - Faglig koordinator planlægger og afholder undervisning i forskellige emner x 4 årligt. Efter rundring i alle bo-enheder udarbejdes quiz med præmie hvor hver medarbejder kan afprøve deres viden indenfor brugen af VAR.
HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Starttidspunkt: 01.08.2022 Sluttidspunkt: 01.01.2023
DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lederteamet har ansvaret for at følge op på, om sygeplejefaglig koordinator igangsætter og gennemfører de planlagte tiltag. 2. Sygeplejefaglig koordinator følger op i hver bo-enhed med quiz og spørgsmål, som

	indikerer, hvorvidt anvendes eller ej ved tvivlsspørgsmål.
HVEM? Hvem er ansvarlig for igangsættelse, gennemførelse og hvem er ansvarlig for opfølgning på tiltagene?	Ansvarlig for igangsættelse: Sygeplejefaglig koordinator og lederteamet Ansvarlig for udførelse: Sygeplejefaglig koordinator Ansvarlig for opfølgning: Sygeplejefaglig koordinator og lederteamet
OPFØLGNING	Ved tilsyn 2023 vurderes, om medarbejderne anvender VAR, når de er i tvivl om en procedure.

Beskrivelse / titel	Udarbejdelse af APV
Enhed / afdeling:	Plejecenter Violskrænten og Grønnegården
Ansvarlig for udfyldelse:	Lederteamet
Ledelsesansvarlig:	Espen Cramer Korsvold
Dato:	24.06.2022
TEMA Hvilket område omhandler planen	Udarbejdelse af APV
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Ved journalaudit findes, at der mangler opdaterede APV'er i journalerne.
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt. SMARTE mål	At alle journaler har en opdateret APV
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	Husets AMR'er tildeles en gruppe beboere, som de er ansvarlige for at udarbejde af APV på i samarbejde med kontaktperson. Ved nyindflytning sender SSA/spl. mail til bo-enhedens AMR mhp. udarbejdelse af APV indenfor de første 14 dage. Ved behov for opdatering af APV tager kontaktperson kontakt til AMR.
HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	AMR laver oversigt over, hvilke beboere der mangler opdateret APV. De respektive AMR'er planlægger i samarbejde med KMD nexus planlæggerne, hvornår de kan lave de manglende APV'er. Tid hertil planlægges med hensyntagen til driften og bookes på køreplanen. AMR aftaler med kontaktperson hvornår og hvem af dem, der udarbejder APV – dette gøres indenfor de første 14 dage efter indflytning og efterfølgende ved ændringer eller min. X 1 årligt.
HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Starttidspunkt: 01.06.2022 Sluttidspunkt: 15.09.2022

<p>DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sygeplejefaglig koordinator laver journalaudit på 10 journaler x 1 hver måned. 2. Sygeplejefaglig koordinator drøfter med bo-enhedens personale, om relevante problemer med APV er tydeligt beskrevet i journalen.
<p>HVEM? Hvem er ansvarlig for igangsættelse, gennemførelse og hvem er ansvarlig for opfølgning på tiltagene?</p>	<p>Ansvarlig for igangsættelse: Lederteamet Ansvarlig for udførelse: Sygeplejefaglig koordinator og AMR Ansvarlig for opfølgning: Sygeplejefaglig koordinator og lederteamet</p>
<p>OPFØLGNING</p>	<p>Ved tilsynet 2023 vurderes, om der er en opdateret APV i alle journaler.</p>

Bilag 2: Referat: Høring af tilsynsrapport i Beboer- og pårørenderådet

Tilsynsrapporten har været i høring i Beboer og - pårørenderådet for Plejecenter Violskrænten og Grønnegården d. 30. august 2022.

Medlemmer af Plejecenter Violskrænten og Grønnegårdens Beboer- og pårørenderåd:

- Jytte Sørensen (pårørende og formand),
- Lene Udengaard (pårørende og næstformand),
- Ruth Nyhuus (pårørende),
- Jonna Thomsen (beboer),
- Benthe Andersen (ældrerådsrepræsentant),
- Espen Cramer Korsvold (plejecenterleder)
- Helle S. Kjeldgaard (afdelingsleder).

Beboer- og pårørenderådet vurderer, at tilsynsrapporten afspejler, at beboerne er tilfredse med at bo på Plejecenter Violskrænten og Grønnegården og at medarbejderne gør et rigtig godt stykke arbejde inden for de gældende retningslinjer.

Beboer- og pårørenderådet anerkender, at der er sket et stort og flot løft i kvaliteten i forhold til sidste års tilsynsrapport.

Beboer- og pårørenderådet udtrykker bekymring for, at medarbejderne bliver pressede på grund af de økonomiske rammer, der er for deres arbejde.