

Kommunalt  
tilsyn  
(ordinært)

Plejecenter  
Violskrænten og  
Grønnegården

20. december  
2023

## Indhold

Kommunalt tilsyn på Plejecenter Violskrænten og Grønnegården (ordinært tilsyn) .....	3
<b>Datagrundlag for ordinært kommunalt tilsyn 2023</b> .....	<b>4</b>
Præsentation af enheden.....	5
Tilsynets samlede vurdering.....	8
<b>Opsamling – dette års tilsyn:</b> .....	<b>8</b>
<b>Opfølgning på sidste års tilsyn:</b> .....	<b>8</b>
Borgernes vurdering af kvaliteten af de leverede ydelser .....	10
Bilag 1: Opfølgning på sidste års tilsyn .....	13
Bilag 2: Enhedens handleplaner.....	18

## Kommunalt tilsyn på Plejecenter Violskrænten og Grønnegården (ordinært tilsyn)

Det kommunale tilsyn i Sundhed og Omsorg udføres jf. Norddjurs Kommunes tilsynspolitik for kommunale tilsyn (<https://www.norddjurs.dk/norddjurs/politikker-og-planer/sundhed-og-omsorg-politikker>). Politikken er godkendt af Voksen- og Plejeudvalget den 22. november 2023.

Tilsynet leveres af konsulenter ansat i Sundhed og Omsorg under ansvar af aftaleholder for Visitation, hjælpemidler og kvalitetssikring.

Tilsynet har afsæet servicelovens § 151, der angiver at kommunen har pligt til at føre tilsyn med kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter følgende paragraffer i serviceloven:

- § 83 (pleje, praktisk hjælp og madservice)
- § 83a (korterevarende rehabiliteringsforløb)
- § 86 (genoptræning og vedligeholdende træning).

Derudover er det besluttet i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune, at også kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter følgende paragraffer i sundhedsloven, indgår i det kommunale tilsyn:

- § 138 (vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenviisning)
- §140 (vederlagsfri genoptræning ved lægefagligt begrundet behov efter udskrivning fra sygehus).

Det kommunale tilsyn i Sundhed og Omsorg, Norddjurs Kommune er delt op i:

1) **Det kommunale tilsyn (ordinært)**, der gennemføres hvert år på enhederne i Sundhed og Omsorg som et uanmeldt tilsyn. Her indsamles, afrapporteres og følges op på data for at belyse kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter serviceloven (§§ 83, 83a og 86)

2) **Det udvidede kommunale tilsyn**, der gennemføres hvert andet år på enhederne i Sundhed og Omsorg, som et supplement til Det kommunale tilsyn (ordinært). Det udvidede kommunale tilsyn indsamler, afrapporteres og følges op på data for at belyse kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter sundhedsloven (§§ 138 og 140).

**Hvis der er gjort fund ved et tilsyn på en enhed, følges der op på disse fund, ved tilsynet det følgende år på enheden.** Det vil sige, at hvis der er gjort et fund i forhold til varetagelsen af de kommunale opgaver efter sundhedsloven et år, bliver der fulgt op på dette fund ved det følgende års tilsyn – også selvom det følgende års tilsyn er et ordinært tilsyn, der ellers kun har fokus på de kommunale opgaver efter serviceloven.

### I tilsynet skelnes der mellem disse fire typer fund:

**Patientkritisk fund** – markeres med en rød farve i rapporten

Tilsynet udfører et gentilsyn inden for en afgrænset periode

OBS – denne vurdering gives kun ved tilsyn på opgaver efter sundhedsloven

**Fund af betydning for den leverede kvalitet** – markeres med en orange farve i rapporten

Der er en henstilling til enheden om at udarbejde en handleplan for det pågældende område. Tilsynet følger op på handleplanen ved interview med ledelsen og dataindsamling ved tilsynet året efter

**Fund af mindre betydning for den leverede kvalitet – markeres med en gul farve i rapporten**  
Der er en anbefaling om, at enheden arbejder med det pågældende område fremadrettet  
Tilsynet følger ikke op

**Ingen fund af betydning for den leverede kvalitet – markeres med farven grøn i rapporten**  
Tilsynet følger ikke op

## Datagrundlag for ordinært kommunalt tilsyn 2023

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

### Datagrundlag for denne rapport

**Datagrundlag: Ordinært tilsyn 2023** – indsats efter servicelovens paragraffer: 83, 83A og 86

- Interviews med otte beboere. Interviewene handler om beboernes mulighed for indflydelse og deres tilfredshed med rammerne på plejecenteret og kvaliteten af den leverede indsats.

**Datagrundlag: Opfølgning på tilsyn 2022** (præsenteres i Bilag 1)

- Dataindsamling og ledelsesinterview til opfølgning på de fund, der blev gjort ved det kommunale tilsyn på enheden i 2022 hvor der var henstilling om, at enheden udarbejdede en handleplan inden for følgende områder<sup>1</sup>:
  - *Sundhedsfaglig dokumentation* (tilsynets dataindsamling til opfølgning på fund fra tilsyn 2022: **Gennemgang af 6 journaler**)
  - *Kendskab til instrukser og retningslinjer* (tilsynets dataindsamling til opfølgning på fund fra tilsyn 2022: **Interview med 5 medarbejdere**)

<sup>1</sup> Her nævnes kun de områder, der går tilsyn på jf. tilsynspolitikken 2023

## Præsentation af enheden

### Plejecenter Violskrænten og Grønnegården

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 visitationsenheden. Som en del af besparelser i Sundhed og Omsorg, er der midlertidigt lukket 10 lejligheder på plejecenteret. Ud over disse 10 lejligheder, er der aktuelt 6 ledige lejligheder (2 på senhjerneske bo-enhed D og 4 på de andre bo-enheder. Generelt har vi i 2023 haft få ledige lejligheder i forhold til de sidste år.

Lederteamet består af:

Espen Cramer Korsvold, plejecenterleder.

Helle Schmidt Kjeldgaard, afdelingsleder.

Mette Gert Nielsen, afdelingsleder.

Sandie Skaaning, afdelingsleder.

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. 120 faste medarbejdere og ca. 40 midlertidigt ansatte og timelønnede vikarer hen over et år. Medarbejderne er fordelt på følgende faggrupper: sygeplejersker, ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælper, pædagoger, uuddannede hjælpere, ernæringsassistenter, husassistenter, tekniske servicemedarbejdere, aktivitetsmedarbejdere, spirer og ledere. Derudover har vi et varierende antal af elever: sosu-elever, sygeplejestuderende, ergoterapeut studerende, IGU-elever og psykomotorik studerende. Vi har ligeledes et varierende antal af forskellige personer i praktik.

#### **Fremmødeprofil**

Dagvagt: ca. 40 medarbejdere i hele huset (social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælper, sygeplejersker, ergoterapeuter, pædagoger, husassistenter og elever. Herudover teknisk servicemedarbejder, ernæringsassistenter og ledere.)

Weekend dagvagt: ca. 24 medarbejdere

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

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

#### **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 løse vilkår.

Her i december 2023 oplever vi stadig rekrutteringsudfordringer, og den aktuelle personalemangel betyder, at vi umiddelbart mangler 5 medarbejdere.

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.

Vi oplever, at den gennemsnitlige tid beboerne bor 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. Det forekommer at dokumentationen ikke prioriteres så højt, som ønsket. Vi arbejder struktureret med at få dokumentationen op på det ønskede niveau.

#### **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. Denne organisationsændring har umiddelbart haft den ønskede effekt, og derfor arbejder vi videre med den.

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

Vi har stadig en teknisk udfordring i forbindelse med netværket i vores hus, og her er IT afdeling ind over som support. Lige nu er vi usikre på hvad næste skridt i løsningen af denne udfordring er.

I 2022 søgte vi finansiering, som vi fik bevilget, til en miljørigtig opdatering af lysanlægget på fællesområderne på Violskrænten 13. Projektet er nu ved at være afsluttet. Det betyder, at vi nu kan styre lysene digitalt i forhold til behov og tid på døgnnet. Det medfører, at der om natten er dæmpet kraftigt ned for lyset på gange og i opholdsrum. På den måde hjælper vi vores beboere til at fastholde deres døgnrytme. Det er en mere personvenlig belysning til glæde og gavn for både beboere og medarbejdere. Samtidig er anlægget meget mere energibesparende og levetiden for lyskilderne er meget længere end det var i det gamle anlæg.

Vi har deltaget i et europæisk projekt, HALT 4, der fokuserer på brugen af antibiotika på de europæiske plejecentre. Vi afventer en tilbagemeldings-rapport fra Statens Seruminstitut med data på følgende 4 niveauer; vores plejecenter, de deltagende plejecentre i Norddjurs kommune, en national status og en europæisk status. Disse rapporter vil give infektionsfaglige og sygeplejefaglige indikationer og anbefalinger, som vi kan bruge i vores hverdag, til gavn for beboerne.

For os er det meget vigtigt at være et plejecenter, hvor der er aktiviteter, der giver beboerne livsindhold og livskvalitet, og en effekt heraf er, at personale får en bedre trivsel når beboerne har det godt. Vi har haft koncerter og andre aktiviteter, der giver livskvalitet og glæde til vores beboere.

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

Vi er meget privilegerede, da vi har en stor og aktiv gruppe af frivillige, som laver mange arrangementer og deltager aktivt i livet på plejecenteret.

Vi har også dagplejebørn der kommer en gang om ugen og et samarbejde med flere børnehaver. Jul er vores travleste tid med aktiviteter, hvor vi blandt andet har; Lucia med en børnehave, fredsllys, julefrokost, julebanko, FDF spiller julemusik og meget mere ud over de faste aktiviteter.

### **Overordnede indsatsområder som vi aktuelt er startet op med og som vi vil arbejde med fremover;**

Vi arbejder med 3 overordnede indsatsområder hvor vores 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 samt bæredygtighed både i forhold til drift, arbejdsmiljø og miljø.

For at skabe et bedre arbejdsmiljø, større trivsel, bedre kvalitet og bedre udnyttelse af ressourcer, til gavn for personale, beboere og organisationen, har vi valgt at indgå et samarbejde med firmaet INKU omkring et 2-årigt forløb for alle medarbejdere der kaldes KAMPUS.

Fleere af kommunens andre plejecentre er i gang med KAMPUS-forløbet, og de oplever en forbedring på mange af de ønskede parametre, herunder øget trivsel, øget arbejdsglæde, bedre samarbejde og reduceret sygefravær. På den baggrund ser vi meget frem til forløbet, og de positive konsekvenser vi forventer at få. Alle fastansatte medarbejdere/ledere skal deltage i KAMPUS der blandt andet består af 12 hele uddannelsesdage over de 2 år. Antal dage og deltagere betyder, at det kræver en stor fælles indsats for at KAMPUS kan gennemføres, både af dem der er af sted den pågældende dag, men også af dem der er tilbage på arbejdet.

## Tilsynets samlede vurdering

Her er en samlet oversigt over tilsynets vurdering.

Vurderingen er delt i to:

- 1) En vurdering af de data der indsamlet ved **dette års tilsyn** til at belyse kvaliteten i enhedens varetagelse af de kommunale opgaver efter serviceloven (§§ 83, 83a og 86)
- 2) En vurdering af de data, der er indsamlet som **opfølgning på de fund, der er gjort ved sidste års tilsyn.**

Vurderingen er i begge tilfælde udtryk for et øjebliksbillede på baggrund af en mindre stikprøve.

### Opsamling – dette års tilsyn:

Hvert år gennemføres det ordinære kommunale tilsyn på enhederne i Sundhed og Omsorg for at belyse kvaliteten i løsningen af de kommunale opgaver efter serviceloven (§§ 83, 83a og 86). Tilsynet er baseret på følgende data: Interviews med otte beboere tilknyttet enheden. I interviewet spørges beboerne til deres tilfredshed med de fysiske rammer, leveringen af personlig pleje, leveringen af den praktiske hjælp, maden, samarbejdet med personalet, organisering af hjælpen, beboerens oplevelse af at blive inddraget i indsatsen og beboerens tilfredshed med at bo på plejecenteret samlet set.

**Tilsynet vurderer, at der ikke er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet på baggrund af beboernes vurdering**

I Afsnittet: 'Borgernes vurdering af kvaliteten af de leverede ydelser' er datagrundlag og tilsynets vurdering af data præsenteret.

### Opfølgning på sidste års tilsyn:

Ved sidste års tilsyn, blev der, udover borgernes vurdering af den leverede kvalitet, også gået tilsyn på en række andre områder på enheden, herunder:

- Dokumentation,
- Medicinhåndtering,
- Arbejdet med utilsigtede hændelser,
- Magtanvendelser,
- Delegation og Kompetencer,
- Kendskab til retningslinjer og instrukser,
- Rehabilitering,
- E-læring,
- Arbejdsmiljø.

Her blev der gjort fund af betydning for den leverede kvalitet med henstilling om at udarbejde en handleplan i forhold til enkelte punkter indenfor følgende områder: *Dokumentation og Kendskab til retningslinjer og instrukser*

Ved dette års tilsyn er ledelsen blevet interviewet om, hvordan de har arbejdet med deres handleplaner og der er blevet indsamlet data, med henblik på at vurdere den aktuelle kvalitet inden for disse punkter:

**Samlet vurdering på opfølgning i forhold til Dokumentation baseret på seks journalaudits**

**Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet**



Henstilling om udarbejdelse af handleplan for hvordan enheden inden for en afgrænset periode sikrer

- At det er beskrevet, hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages ved delegerede opgaver
- At borgerens samtykke til behandling og pleje efter sundhedsloven fremgår af handlingsanvisninger

**Enheden har udarbejdet de pågældende handleplaner, som tilsynet har godkendt.** Handleplanerne ligger i Bilag 2.

Samlet vurdering på opfølgning i forhold til **Kendskab til instrukser og retningslinjer** baseret på interview med fem medarbejdere

**Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet**

## Borgernes vurdering af kvaliteten af de leverede ydelser

I tilsynet indsamles data for at belyse om kvaliteten af de ydelser, der leveres af enheden efter servicelovens § 83 og § 83a lever op til kommunens kvalitetsstandarder på området.

I oversigten nedenfor præsenteres data fra interview med otte tilfældigt udvalgte beboere, der er tilknyttet enheden. I interviewet spørges beboerne til deres tilfredshed med de fysiske rammer, leveringen af personlig pleje, leveringen af den praktiske hjælp, maden, samarbejdet med personalet, organisering af hjælpen, beboerens oplevelse af at blive inddraget i indsatsen og beboerens tilfredshed med at bo på plejecenteret samlet set.

Interviews med 8 beboere	Tilsynets vurdering	Kommentarer <sup>2</sup>
Hvor tilfreds er du med din bolig?		
Hvor tilfreds er du med fællesarealerne?		
Hvor tilfreds er du med udendørsarealerne?		
Hvor tilfreds er du med de daglige aktiviteter?		
Hvor tilfreds er du med arrangementerne?		
Hvor tilfreds er du samlet set med den hjælp og støtte du får?		
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til at komme i bad?		Relevant for 1 af de interviewede beboere
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til at vaske dig?		Relevant for 5 af de interviewede beboere
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til af- og påklædning?		Relevant for 5 af de interviewede beboere
Hvor tilfreds er du med den hjælp og støtte, du får til toiletbesøg?		Relevant for 4 af de interviewede beboere
<b>Praktisk hjælp</b>		
Hvor tilfreds er du med rengøringen af din bolig?		Relevant for 8 af de interviewede beboere
Hvor tilfreds er du med rengøringen af fællesarealer?		
Hvor tilfreds er du med hjælpen til tøjvask?		Relevant for 6 af de interviewede beboere
Hvor tilfreds er du med den hjælp, du får til indkøb?	Kan ikke vurderes	Ikke relevant for nogle af de interviewede borgere
<b>Maden</b>		
Hvor tilfreds er du med maden?		Relevant for 8 af de interviewede borgere

<sup>2</sup> De kommentarer, der er anført her, angiver kun den enkelte borgers udsagn, og repræsenterer derfor ikke nødvendigvis de øvrige informanternes holdning.

		En beboer ville ønske man havde en "ønskebrønd" til at foreslå til mad.
Er du tilfreds med den hjælp du får til måltidet?	Kan ikke vurderes	Ikke relevant for nogle af de interviewede beboere
<b>Personalet</b>		
Personalet lytter til, hvad jeg har behov for?		
Personalet udviser respekt over for mig?		
Omgangstonen mellem personalet og mig er god?		<ul style="list-style-type: none"> <li>- En beboer fortæller at noget personale er svært at forstå og kommunikere med (pga. sprogvanskeligheder).</li> <li>- En beboer mener at omgangstonen til tider kan være hård.</li> </ul>
Personalet ved hvad de skal, når de kommer for at hjælpe dig?		
<b>Praktiske forhold</b>		
Du får den hjælp og støtte, der er aftalt?		
Du får den hjælp og støtte du har behov for?		
Personalet tager hensyn til, hvordan du gerne vil have din døgnrytme?		
Du deltager i de ting, du kan og ønsker at deltage i?		
Bliver din hjælp nogle gange aflyst?		
<b>Inddragelse og målfastsættelse</b>		
Deltager du i udførelsen af hjælpen?		
Personalet støtter dig i at klare flest mulige dagligdagsting?		
Har du været med til at beslutte, hvad du skal kunne selvstændigt i dagligdagen?		
<u>Samlet vurdering i forhold til Brugertilfredshed</u> Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet		

#### Forklaring: Farven i kolonnen 'Tilsynets vurdering'

Hvis 30 % eller flere af de interviewede borgere svarer med en af de negative svarkategorier på et spørgsmål, så markeres feltet: 'Tilsynets vurdering' ud for det pågældende spørgsmål med farven orange og der angives en svarfordeling.

Hvis 30 % eller flere af de interviewede borgere svarer med en af de negative svarkategorier *og/eller* med mellemkategorien på et spørgsmål, så markeres feltet 'Tilsynets vurdering' ud for det pågældende spørgsmål med farven gul og der angives en svarfordeling

Hvis færre end 30 % af de interviewede borgere svarer med en af de negative svarkategorier eller mellemkategorien, så markeres feltet 'Tilsynets vurdering' ud for det pågældende spørgsmål med farven grøn

## Bilag 1: Opfølgning på sidste års tilsyn

I dette afsnit præsenteres de områder, hvor der blev gjort fund ved sidste års tilsyn og hvor der var en henstilling om, at enheden udarbejdede en handleplan.

Derefter præsenteres de opfølgende data bestående af:

- Ledelsesinterview om hvordan der er blevet arbejdet med handleplanen siden sidste tilsyn
- De data der er indsamlet for at følge op på de fund, er blev gjort ved sidste års tilsyn

### Opfølgning: Dokumentation

**Ved det kommunale tilsyn 2022 fik enheden en henstilling om** at udarbejde en handleplan for, hvordan det inden for en begrænset periode kunne sikres at:

- Der oprettes de relevante handlingsanvisninger og at det angives heri hvornår fagperson kontaktes
- Der udarbejdes en forflytningsvejledning, hvor relevant<sup>3</sup>
- Der oprettes opgave til myndighedsopfølgning på alle tilstande<sup>4</sup>
- Borgerens samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart dokumenteres

#### Enheden har udarbejdet følgende handleplan i forbindelse med tilsynet år 2022:

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.

Faglig koordinator gennemgår rette procedure for oprettelse af fyldestgørende handlingsanvisning med alle SSA og sygeplejersker.

#### Af interview med ledelsen ved opfølgende tilsyn 2023 fremgår det:

Alle sygeplejersker og assistenter er undervist jf. planen

Det er en fortløbende proces at gennemgå alle journaler for at sikre, at der er oprettet de relevante handlingsanvisninger

Beboerne er gennemgået med egen læge for at lægge plan for kontakt til autoriserede personale

Dette er en proces, der fortsat pågår.

<sup>3</sup> Dette bliver der ikke fulgt op på ved dette tilsyn, da forhold vedrørende arbejdsmiljø ikke indgår i tilsynet 2023

<sup>4</sup> Dette bliver der ikke fulgt op på ved dette tilsyn, da KL har meldt ud om, at der ikke er krav om dette ved indsatser efter sundhedsloven

Der afsættes 1 time til denne undervisning og kan afhængig af driften foregå i forum med flere af gangen eller 1:1.

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.

Sygeplejersken kontakter egen læge ved behov for fastsættelse af plan for kontakt til tredjepart, hvor dette er nødvendigt.

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

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.

Alle SSA og sygeplejersker tjekker handlingsanvisningerne igennem og tilføjer samtykke til behandlingen, hvor dette ikke er dokumenteret. Det italesættes dagligt til stop op møde i SSA/sygeplejeteamet, at der skal dokumenteres samtykke ved kontakt til

Dette har ikke altid kunnet lade sig gøre, på grund af personalemangel og derfor er assistenter med i morgenplejen

Der er foretaget journalaudits jf planen – og der er blevet fulgt op på resultatet ved ledelsen

Dette foregår stadig løbende

3. part. Lederen er ansvarlig for denne italesættelse.	
SSA og sygeplejerskerne aftaler indbyrdes i temaet hvem der gennemgår hvilke borgere. Der bookes medarbejderaftale med dokumentationstid på kørelisten til opgaverne.	Dette foregår stadig løbende
Lederen deltager i stop op møde for SSA/sygeplejersker jævnligt, hvor dokumentation af samtykke italesættes.	Dette foregår ikke systematisk og dagligt men er et løbende fokus
Kravene for dokumentation af informeret samtykke samt videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart gennemgår med alle SSA og sygeplejersker.	Dette er iværksat
Sygeplejerfaglig koordinator er ansvarlig for dette og foretager en rundring bl.a. SSA og sygeplejersker hvor de informeres ad hoc.	
Journalaudit ved sygeplejerfaglig koordinator i forhold til dokumentation af samtykke – 10 journaler hver 2. måned.	Dette er iværksat

Opfølgende dataindsamling 2023: Journalaudit på seks journaler	Vurdering	Kommentarer
---	-----------	-------------

Oprettet relevante handlingsanvisninger		
Beskrevet, hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages ved delegerede opgaver	Ikke gennemgående beskrevet i 3 ud af 6 journaler	Beskrevet rigtig fint i enkelte handlingsanvisninger – men ikke gennemgående
Borgers samtykke ved videregivelse af helbredsoplysninger dokumenteret*	Ikke opfyldt i 2 ud af 5 journaler	Anført systematisk i 3 journaler – og ikke i 2 journaler

**Samlet vurdering på opfølgning i forhold til Dokumentation**

**Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet**

Henstilling om udarbejdelse af handleplan for hvordan enheden inden for en afgrænset periode sikrer

- At det er beskrevet, hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages ved delegerede opgaver
- At borgerens samtykke til behandling og pleje efter sundhedsloven fremgår af handlingsanvisninger

**Enheden har udarbejdet de pågældende handleplaner, som tilsynet har godkendt.** Handleplanerne ligger i Bilag 2.

## Opfølgning: Kendskab til instrukser og retningslinjer

Ved det kommunale tilsyn 2022 fik enheden en henstilling om at udarbejde en handleplan for, hvordan det inden for en begrænset periode kan sikres:

1. At medarbejderne får et øget kendskab til, hvordan og hvornår VAR skal anvendes

Enheden har udarbejdet følgende handleplan i forbindelse med tilsynet år 2022:	Af interview med ledelsen ved opfølgende tilsyn 2023 fremgår det:
Alle nyansatte undervises i VAR i forbindelse med introduktion af nyansatte.	Dette er iværksat
Der linkes til VAR hvor relevant i alle handlingsanvisninger.	Dette er iværksat
VAR anvendes aktivt ved delegering af opgaver samt i forbindelse med introduktion i bo-enheden.	Dette er iværksat
Der iværksættes undervisning i brugen af VAR i hver bo-enhed – rundering hver formiddag i en bo-enhed 1 uge i træk, hvor der laves side-by-side undervisning.	Dette er iværksat
<ul style="list-style-type: none"><li>- Faglig koordinator forestår undervisning og laver undervisning lokalt i hver bo-enhed, fx i forbindelse med daglig stop-op møde efter morgenplejen.</li><li>-</li></ul>	Dette er foregået af to runder
Alle SSA og sygeplejersker informeres om arbejdsgangen med at anvende VAR i forbindelse med oplæring og introduktion til nye procedurer.	Er iværksat
<ul style="list-style-type: none"><li>- Faglig koordinator runderer på daglig SSA/spl. møde og introducerer til den nye arbejdsgang.</li></ul>	Den faglige koordinator er rundt i huset på skift
VAR anvendes som en del af undervisningen, når der planlægges intern undervisning for alle medarbejdere.	Dette er iværksat
<ul style="list-style-type: none"><li>- Faglig koordinator planlægger og afholder undervisning i forskellige emner x 4 årligt.</li></ul>	Dette er iværksat
	Dette er iværksat



<p>Efter rundering i alle bo-enheder udarbejdes quiz med præmie hvor hver medarbejder kan afprøve deres viden indenfor brugen af VAR.</p> <p>1. Lederteamet har ansvaret for at følge op på, om sygeplejefaglig koordinator igangsætter og gennemfører de planlagte tiltag. Sygeplejefaglig koordinator følger op i hver bo-enhed med quiz og spørgsmål, som indikerer, hvorvidt anvendes eller ej ved tvivlsspørgsmål.</p>	Er iværksat	
Opfølgende dataindsamling 2023: Interview med fem medarbejdere	Vurdering	Kommentarer
Anvender du VAR når du er i tvivl om en procedure?		
<p>Samlet vurdering på opfølgning i forhold til <b>Kendskab til instrukser og retningslinjer</b>  <b>Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet</b></p>		

## Bilag 2: Enhedens handleplaner

<b>Beskrivelse / titel</b>	Dokumentation – oprettelse af handlingsanvisninger
<b>Enhed / afdeling:</b>	Plejecenter Violskrænten og Grønnegården
<b>Ansvarlig for udfyldelse:</b>	Pernille Nielsen
<b>Ledelsesansvarlig:</b>	Espen Cramer Korsvold
<b>Dato:</b>	19.12.2023
<b>TEMA</b> Hvilket område omhandler planen	Oprettelse af fyldestgørende handlingsanvisninger
<b>UDGANGSPUNKT</b> Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Ved journalaudit ses: - At der mangler tydelig angivelse af, hvornår autoriseret eller anden fagperson skal inddrages i de oprettede handlingsanvisninger. -Der mangler angivelse af borgerens samtykke til pleje og behandling efter sundhedsloven.
<b>MÅL</b> Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt. SMARTE mål	At der er oprettet fyldestgørende handlingsanvisninger til alle oprettede tilstande jf. sundhedsloven.  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. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvordan skal der konkret handles og af hvem?</li> <li>- Hvem følger op?</li> <li>- At det er beskrevet, hvornår den ansvarlige autoriserede sundhedsperson eller evt. anden fagperson skal inddrages ved delegerede opgaver</li> </ul>
<b>HVAD?</b> Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	Alle SSA og sygeplejersker skal have en "brush-up i, hvordan handlingsanvisninger udarbejdes fyldestgørende jf. ovenstående mål. Der er efter sidste tilsyn lavet en skabelon for oprettelsen af fyldestgørende handlingsanvisning.  Vi skal forsætte og videreudvikle implementering af de standardiserede skabeloner for handlingsanvisninger, som vi har lavet efter sidste tilsyn.  Alle SSA og sygeplejersker gennemgår løbende journalerne for "egne beboere" mhp. at få oprettet fyldestgørende handlingsanvisninger.

	SSA og sygeplejerskerne gennemgår relevante beboere med egen læge mhp. fastsættelse af plan for kontakt til autoriseret personale, der hvor der kræves kontakt til tredje part.
<b>HVORDAN?</b> Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	Vi fortsætter arbejdet hvor den faglig koordinator gennemgår rette procedure for oprettelse af fyldestgørende handlingsanvisning samt brug af nyoprettede skabeloner, med alle SSA og sygeplejersker. Der arbejdes løbende med emnet blandt andet på stop op møde ugentlig mellem SSA og sygeplejersker. De ugentlige møder er et nyt tiltag siden sidste tilsyn.  KMD nexusplanlæggerne booker så vidt muligt medarbejderaftale på køreplanen med dokumentationstid ved SSA og sygeplejerske dagligt.  Sygeplejersken tager kontakt til egen læge ved behov for fastsættelse af plan for kontakt til tredjepart, hvor dette er nødvendigt.
<b>HVORNÅR?</b> Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Starttidspunkt: 19.12.2023 Sluttidspunkt: fortløbende arbejdet.
<b>DOKUMENTATION</b> Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. 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.</li> <li>4. Resultaterne fra journalaudits drøfte med SSA og sygeplejersker på efterfølgende ugentlige stop op møder.</li> <li>5. 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.</li> </ol>
<b>HVEM?</b> Hvem er ansvarlig for igangsættelse, gennemførelse og hvem er ansvarlig for opfølgning på tiltagene?	Ansvarlig for igangsættelse: Lederteamet Ansvarlig for udførelse: Sygeplejefaglig koordinator Pernille Nielsen og SSA + sygeplejerskerne Ansvarlig for opfølgning: Sygeplejefaglig koordinator Pernille Nielsen og lederteamet
<b>OPFØLGNING</b>	

<b>Beskrivelse / titel</b>	Informeret samtykke samt samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger
<b>Enhed / afdeling:</b>	Plejecenter Violskrænten og Grønnegården
<b>Ansvarlig for udfyldelse:</b>	Pernille Nielsen
<b>Ledelsesansvarlig:</b>	Espen Cramer Korsvold
<b>Dato:</b>	19.12.2023
<b>TEMA</b> Hvilket område omhandler planen	Informeret samtykke samt samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger
<b>UDGANGSPUNKT</b> Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	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. Der mangler generelt dokumentation af samtykke til den aktuelle pleje og behandling samt kontakt til og videregivelse af helbredsoplysninger til 3. part.
<b>MÅL</b> Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt. SMARTE mål	At det er tydelig angivet i Helbredsoplysninger, om borgeren ikke kan, delvist kan eller selv kan varetage egne helbredsmæssige interesser ved alle borgere.  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.  At der er dokumenteret i Særlig opmærksomhed, hvem der har stedfortrædende samtykke hos borgere, som ikke kan eller kun delvist kan varetage egne helbredsmæssige interesser.  At der konsekvent dokumenteres samtykke i alle handlingsanvisninger.  At der konsekvent dokumenteres samtykke i Observationsnotatet og korrespondancer ved kontakt til 3. part
<b>HVAD?</b> Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	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 Særlig opmærksomhed.  Alle SSA og sygeplejersker tjekker handlingsanvisningerne igennem og tilføjer

	<p>samtykke til behandlingen, hvor dette ikke er dokumenteret.</p> <p>Det italesættes løbende i teamet, samt på det ugentlige stop op møde, at der skal dokumenteres samtykke ved kontakt til 3. part.</p> <p>Lederen er ansvarlig for italesættelse i teamet, og faglig koordinator er ansvarlig på stop op møderne.</p>
<p><b>HVORDAN?</b> 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 så vidt muligt medarbejderaftale med dokumentationstid på kørelisten til opgaverne.</p> <p>Kravene for dokumentation af informeret samtykke samt videregivelse af helbredsoplysninger til tredjepart gennemgås med alle SSA og sygeplejersker.</p> <p>Sygeplejerfaglig koordinator er ansvarlig for dette på stop op møderne.</p>
<p><b>HVORNÅR?</b> Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?</p>	<p>Starttidspunkt: 19.12 2023 Sluttidspunkt: Det er en løbende proces.</p>
<p><b>DOKUMENTATION</b> Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?</p>	<p>Journalaudit ved sygeplejefaglig koordinator i forhold til dokumentation af samtykke – 10 journaler hver 2. måned.</p>
<p><b>HVEM?</b> 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, SSA og Sygeplejerskerne Ansvarlig for opfølgning: Sygeplejefaglig koordinator Pernille Nielsen og lederteamet</p>
<p><b>OPFØLGNING</b></p>	<p>Ved tilsyn 2024 vurderes om der er tilfredsstillende dokumentation af samtykke.</p>