

Kommunalt
tilsyn
(ordinært)

Døgn-
genoptræning
Auning

21. februar
2024

Indhold

Kommunalt tilsyn på Døggenoptræning Auning (ordinært tilsyn).....	3
Datagrundlag for ordinært kommunalt tilsyn 2023	4
Præsentation af enheden.....	5
Tilsynets samlede vurdering.....	6
Opfølgning på sidste års tilsyn:	6
Bilag 1: Opfølgning på sidste års tilsyn	8
Bilag 2: Enhedens handleplan i forbindelse med kommunalt tilsyn 2023.....	12

Kommunalt tilsyn på Døgngenoptræning Auning (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 afsættet 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 følger 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 – indsatser efter servicelovens paragraffer: 83, 83A og 86

- *OBS der har IKKE været foretaget interviews med mere end én borger ved dette års tilsyn.* Dette skyldes, at de borgere, der var tilknyttet enheden på tidspunktet for tilsyn, enten ikke ønskede eller ikke havde forudsætningerne for at kunne deltage i interviews. **Da der kun er et interview, afrapporteres svarerne ikke for at sikre den pågældende borgers anonymitet.**¹

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 områder²:
 - *Sundhedsfaglig dokumentation* (tilsynets dataindsamling til opfølgning på fund fra tilsyn 2022: **Gennemgang af 4 journaler**)
 - *Delegation og kompetencer* (tilsynets dataindsamling til opfølgning på fund fra tilsyn 2022: **Interview med 4 medarbejdere**)
 - *E-læring* (tilsynets dataindsamling til opfølgning på fund fra tilsyn 2022: **Udtræk fra e-læringsportal**)

¹ For at undgå en tilsvarende situation ved næste års tilsyn, med et manglende datagrundlag, vil der i 2024 blive foretaget en løbende dataindsamling på enheden. Det vil sige, at tilsynet foretager interviews over en længere periode, så der er en større gruppe borgere, der har mulighed for at blive interviewet.

² Her nævnes kun de områder, der gås tilsyn på jf. tilsynspolitikken 2023

Præsentation af enheden

Døgngenoptræning Auning

AKTUELLE RAMMER OG VILKÅR:

Præsentation af enheden

Træningscenter Auning, Døgn er en del af Sundhed og Træning, Sundhed og Omsorg.

Aftaleholder er daglig leder for de 8 midlertidige døgnpladser i Træningscenter Auning. Afdelingen dækker hele Norddjurs Kommune og får borgere med genoptræningsplan §140 og §86. Primært borgere med erhvervet hjerneskade.

Fremmødeprofil i Døgn

- Dagvagt: 5 sygeplejersker/SSA, 2-3 ergoterapeuter og 2-3 fysioterapeuter
- Weekendvagter (dag): 2 sygeplejersker/SSA og 1 ergoterapeut/fysioterapeut
- Aftenvagt: 3 SSA
- Nattevagt: 1 SSA

Desuden fast tilknyttet neuropsykolog, hjerneskadekoordinator og logopæd.

Præsentation af enhedens aktuelle vilkår og rammer for arbejdet

I forventning om at Træningscenter Auning, Døgn skulle være en del af et specialiseret hjerneskadecenter har afdelingen siden 2021 haft stor fokus på rekruttering og kompetenceudvikling af personalet til at kunne varetage hjerneskadede borgere med specialiserede genoptræningsplaner. Træningscenter Auning har således i de senere år arbejdet hen imod en specialisering inden for genoptræning og rehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade. Det betyder at afdelingen i dag er i stand til at modtage borgere med genoptræningsplaner på avanceret og specialiseret niveau. Dette på trods af at de fysiske rammer ikke understøtter opgaven.

Planerne om et specialiseret hjerneskadecenter blev i 2023 sat på pause og der har efterfølgende været behov for en tilpasning af driften til de økonomiske rammer, således har ændringer i vagtplanlægning, arbejds gange og øget tværfaglighed været i fokus det seneste år. Derudover har der været fokus på UTH'er og sygefravær.

Der er lavet trivselsmåling i 2023 og der er netop afviklet MUS i 2024, hvor der bl.a. er talt om trivsel, kompetenceudvikling, vidensdeling og samarbejde. Personalet er dedikerede i forhold til de hjerneskadede borgere og optimeringen af deres forløb både under og efter opholdet på Træningscenter Auning, Døgn.

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) - **DENNE DEL UDGÅR I DETTE ÅRS TILSYNSRAPPORT, DA DET IKKE VAR MULIGT AT INDSAMLE ET TILSTRÆKKELIGT ANTAL BORGERINTERVIEWS³**
- 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.

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, Delegation og kompetencer og E-læring*

Ved dette års tilsyn er ledelsen blevet interviewet om, hvordan der er blevet arbejdet med 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**

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 borgerens evne til at varetage egne helbredsmæssige interesser beskrives i journalen
- At der er dokumentation for, at der er foretaget en sygeplejefaglige udredning
- At borgerens samtykke til behandling og pleje fremgår af journalerne

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

³ Se boksen: Datagrundlag side 4. for en uddybning af dette og en beskrivelse af tilsynets tiltag fremadrettet for at imødegå en tilsvarende situation ved tilsynet i 2024

Der er også gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet

Anbefaling om at der arbejdes med:

- At beskrivelser af hvordan der skal handles ved forværring, fremgår på en ensartet måde af journalerne

Samlet vurdering på opfølgning i forhold til E-læring

Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet

Henstilling om at enheden udarbejder en handleplan for at sikre

- At alle relevante medarbejdere gennemfører det obligatoriske kursus 'Magtanvendelse'

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

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
- En vurdering af de data der er indsamlet som opfølgning

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 er en entydig angivelse af, hvad der er en handlingskrævende forværring og hvordan der i givet fald skal følges op
- Der foretages en sygeplejefaglige udredning af borgerne
- Det kun er aktuelle handlingsanvisninger, der gemmes som aktive
- Der oprettes opgaver til opfølgning på alle tilstande⁴
- Fysioterapeutens behandlinger dokumenteres
- Det angives, om borgeren kan varetage egne helbredsmæssige interesser
- Borgerens samtykke til pleje og behandling dokumenteres

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

Der skal altid dokumenteres at behandling/kontakt til 3.person m.m. er efter aftale med borgeren, eller hvis vedkommende ikke er i stand til det, så efter aftale med nærmeste pårørende.

Tages op på plejemøde og aftales.

Der følges op på næste plejemøde, og til næste undervisning ved nøgleperson.

Målene deles op i Indsatsmål, handlingsanvisning, tilknytt relationer der skal være en ensartethed i hvad vi skriver, hvor. F.eks. Hvornår reageres på målinger udenfor normalområdet?

- Indsatsmål på alle sygeplejefaglige handlinger.

Af interview med ledelsen ved opfølgende tilsyn 2023 fremgår det:

Der har været ledelsesskift siden sidste tilsyn.

Der har været fokus på dokumentation. Både hvordan dokumentationspraksis skal udbredes mest hensigtsmæssigt og hvordan vilkårene er for at dokumentere på enheden hvor to faggrupper skal arbejde tæt sammen – men efter fs3-metoden dokumentere forskellige steder.

Der er store forventninger til den kommende forenkling af metoden fra KL

⁴ Der er ikke blevet fulgt op på dette punkt, da KL har meldt ud, at det dette ikke længere er obligatorisk for indsatser efter sundhedsloven.

- Handlingsanvisning, ikke aktuelle gemmes som ikke aktuelle, gemmes ikke som ikke relevant.
- Opfølgning Sæt dato frem i tiden, teamet er ansvarlig.

Teamet omkring borgeren er ansvarlig for dette, alle roller aftales inden målmødet

Alle terapeuter dokumenterer behandlinger

Vi beder om undervisning af Kvaliteamet i forhold til opgaver og opfølgning og andet ovenstående.

Opfølgende dataindsamling 2023: Journalaudit på fire journaler	Vurdering	Kommentarer
Er det beskrevet om borgeren kan varetage egne helbredsmaessige interesser?	Ikke beskrevet i 1 ud af 2 journaler	
Er der dokumentation for at der er foretaget en sygeplejefaglig udredning?	Ikke dokumenteret i 2 ud af 2 journaler	
Dokumentation af borgers samtykke til behandling og pleje?	Ikke opfyldt i 2 ud af 2 journaler	
Kun aktuelle handlingsanvisninger gemt som aktive		
Entydig angivelse af, hvad der er en handlingskrævende forværring?		Beskrivelser af hvordan der skal handles ved forværring fremgår ikke på en ensartet måde i journalerne.
Dokumentation af fysioterapeuts behandling		
<p>Samlet vurdering på opfølgning i forhold til Dokumentation</p> <p>Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet</p> <p>Henstilling om udarbejdelse af handleplan for hvordan enheden inden for en afgrænset periode sikrer</p> <ul style="list-style-type: none"> • At borgerens evne til at varetage egne helbredsmaessige interesser beskrives i journalen • At der er dokumentation for, at der er foretaget en sygeplejefaglige udredning • At borgerens samtykke til behandling og pleje fremgår af journalerne 		
<p>Der er gjort fund af mindre betydning for den leverede kvalitet</p> <p>Anbefaling om at der arbejdes med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At beskrivelser af hvordan der skal handles ved forværring fremgår på en ensartet måde af journalerne 		

Opfølgning: Delegation og kompetencer

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

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

Enheden har udarbejdet følgende handleplan i forbindelse med tilsynet år 2022:	Af interview med ledelsen ved opfølgende tilsyn 2023 fremgår det:	
Alle udfylder et kompetenceskema	Skemaerne er udfyldt og opdaterede. Men skemaerne i deres nuværende form opleves som mindre hensigtsmæssige og svære at få til at leve. For eksempel er der ikke mulighed for at angive medarbejderes spidskompetencer – og søge på disse eller søge på hvilke behov der er for kompetenceudvikling.	
Når vi får nye opgave i afdelingen, arrangeres oplæring.		
Vi beskriver arbejdsgang for kompetenceudvikling i forhold til nye opgaver i afdelingen		
Der udpeges en tovholder/nøgleperson til at sikre dette	Der har ikke været afholdt MUS endnu – men det begynder medio november og så vil skemaerne blive inddraget	
Der følges op på kompetenceskemaer ved MUS		

Opfølgende dataindsamling 2023: Interview med fire medarbejdere	Vurdering	Kommentarer
Anvendes kompetence- og overdragelseskemaet i hverdagen ved behov?		Under fem medarbejdere interviewet, derfor lidt overordnet afrapportering – men størstedelen af medarbejderne anvender skemaet
Er det personlige kompetenceafklaringskema er opdateret?		
Samlet vurdering på opfølgning i forhold til <u>Delegation og kompetencer</u> Der er ikke gjort fund af betydning for den leverede kvalitet		

Opfølgning: E-læring

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 alle medarbejdere gennemfører de obligatoriske e-læringskurser

Enheden har udarbejdet følgende handleplan i forbindelse med tilsynet år 2022:	Af interview med ledelsen ved opfølgende tilsyn 2023 fremgår det:	
<ul style="list-style-type: none"> • Tages op på P-møde i oktober, alle skal have gennemført inden for 1 måned. 	Der er blevet fulgt op så flere medarbejdere nu har taget kurserne	

<ul style="list-style-type: none"> • Vi sikrer at nye medarbejdere har gennemført inden opfølgning på introduktionen efter to måneder. <p>Leder sikrer at alle medarbejdere har adgang til plan2learn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der gives tid i løbet af arbejdsdagen til at tage kurset. 	
Opfølgende dataindsamling 2023: Udtræk fra e-læringsportal	
Kursus om 'Medicinhåndtering for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter' <i>(Kurset skal gennemføres ved ansættelsesstart og derefter hvert 3. år)</i>	
Kursus om magtanvendelse <i>(Kurset skal gennemføres en gang ved ansættelsesstart)</i>	43 % af de relevante medarbejdere har ikke gennemført kurset
<p>Samlet vurdering på opfølgning i forhold til E-læring</p> <p>Der er gjort fund af betydning for den leverede kvalitet</p> <p>Henstilling om at enheden udarbejder en handleplan for at sikre</p> <ul style="list-style-type: none"> • At alle relevante medarbejdere gennemfører det obligatoriske kursus 'Magtanvendelse' 	

Bilag 2: Enhedens handleplan i forbindelse med kommunalt tilsyn 2023

Disse handleplaner er udarbejdet med henblik på at udbedre fund af betydning for den leverede kvalitet fra kommunal tilsynsrapport d. 21 februar 2024.

Enheden har valgt, at vi fokuserer på at arbejde med at udbedre fund af betydning for den leverede kvalitet. Hvis enheden ved evaluering d. 10. maj 2024 har opnået målene i nedenstående handleplaner, vil vi dernæst fokusere på fund af mindre betydning for den leverede kvalitet.

Beskrivelse/titel:	Handleplan for gennemførelse af E-læring		
Enhed/afdeling:	Døgngenoptræning Auning	Dato:	31/1-24
Ansvarlig for udfyldelse:	Louise og Charlotte	Ledelsesansvarlig:	Charlotte Klitnæs

TEMA Hvilket område omhandler planen	Planen omhandler gennemførelse af E-læringskursus i 'Magtanvendelse'
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	43 % af relevante medarbejdere har ikke gennemført E-læring i Magtanvendelse. Dette er et problem, fordi enheden skal sikre, at alle relevante medarbejdere gennemfører obligatoriske E-læringskurser. Derudover ønsker enheden at understøtte og motivere til, at personalet gennemfører ikke-obligatoriske E-læringskurser.
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål	<ol style="list-style-type: none"> 1. 90 % af fastansatte medarbejdere skal gennemføre obligatoriske E-læringskurser inden 3 måneder fra udrulning. 2. Nyansatte skal ligeledes gennemføre obligatoriske E-læringskurser inden 3 måneder. 3. Afløsere skal gennemføre obligatoriske E-læringskurser inden 6 måneder fra ansættelse.
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der iværksættes tema-uger med fokus på afvikling af E-læringskurser 1 gang i hvert kvartal. 2. Afvikling af E-læring tilføjes som et punkt på enhedens daglige tavlemøder 3. Faste afløsere får ved ansættelse udleveret en tjekliste for intro, hvor E-læring indgår som et punkt 4. Handleplanerne præsenteres på næste personalemøde i april 2024.
HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	Der er daglige tavlemøder på afdelingen, hvor alt personale på afdelingen deltager. Der er en koordinerende sygeplejerske på afdelingen, som kan understøtte de øvrige ansatte med at afvikle kurserne. Der er bærbare computere på afdelingen, så personalet kan sætte sig uforstyrret og gennemføre E-læringskurserne.
HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Planen iværksættes 26.02.24. Sluttidspunkt er d. 01.09.24

DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	1. + 2. Charlotte følger sammen med Louise op på, om vi er i gang med at gennemføre planlagte tiltag senest d. 10.05.24. Her gennemgår vi også, om tiltaget ser ud til at have den ønskede virkning.
HVEM? Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene?	Louise Bertelsen og Charlotte Klitnæs
RESULTAT Hvad er resultatet af udviklingsprocessen? Udfyldes ved sluttidspunktet for planen.	

Beskrivelse/titel:	Handleplan for Dokumentation af borgerens evne til at varetage egne helbredsmæssige interesser		
Enhed/afdeling:	Døggenoptræning Auning	Dato:	31/1-24
Ansvarlig for udfyldelse:	Louise Bertelsen og Charlotte Klitnæs	Ledelsesansvarlig:	Charlotte Klitnæs

TEMA Hvilket område omhandler planen	Planen omhandler, hvordan enheden sikrer beskrivelse af borgerens evne til at varetage egne helbredsmæssige interesser		
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Enheden dokumenterer ikke borgerens evne til at varetage egne helbredsinteresser på en stringent og fyldestgørende måde.		
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål	Samtlige journaler skal inden 2 uger efter borgerens ankomst indeholde en beskrivelse af borgerens evne til at varetage egne helbredsmæssige interesser.		
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der iværksættes en tema-uge med fokus på dokumentation 1 gang i hvert kvartal. I tema-ugerne italesættes på tavlemøder og i nyhedsbrevet, hvordan borgerens evne til at varetage egne helbredsmæssige interesser vurderes og beskrives på en fyldestgørende måde. 2. Handleplanerne præsenteres på næste personalemøde i april 2024. 3. Det tilføjes som et punkt på første teammøde, at teamet skal vurdere borgerens evne til at varetage egne helbredsmæssige interesser. 4. Enhedens dokumentationsnøglepersoner laver audits 1 gang i hvert kvartal med fokus på fund fra seneste tilsyn 5. Enheden søger vejledning fra kommunens hjerneskadekoordinator og jurist omkring borgere med hjerneskade, der ikke er fuldt habile, men samtidig ikke er ude af stand til delvist at varetage egne helbredsinteresser. 		

HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	Der er daglige tavlemøder på afdelingen, hvor alt personale på afdelingen deltager. Enheden har nøglepersoner i dokumentation. Der er en koordinerende sygeplejerske på afdelingen, som kan sørge for at dokumentation italesættes på tavlemøderne. Lederen sender ugentlige nyhedsbreve til alle medarbejder hver uge, hvor der fremover vil indgå et punkt med fokus på fund fra seneste kommunale tilsyn.
HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Planen iværksættes 26.02.24. Sluttidspunkt er d. 01.09.24
DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	1. Charlotte følger sammen med Louise op på, om vi er i gang med at gennemføre planlagte tiltag senest d. 10.05.24. 2. Enhedens dokumentationsansvarlige laver de første audits med fokus på dokumentation af borgerens evne til at varetage egne helbredsmæssige interesser i starten af maj 2024. Charlotte, Louise og dokumentationsansvarlige evaluerer, om handleplanen har haft den ønskede virkning d. 01.09.24.
HVEM? Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene?	Mette Salling, Katherine Blake, Thore Bro, Louise Bertelsen og Charlotte Klitnæs
RESULTAT Hvad er resultatet af udviklingsprocessen? Udfyldes ved sluttidspunktet for planen.	

Beskrivelse/titel:	Handleplan for Dokumentation af sygeplejefaglig udredning		
Enhed/afdeling:	Døgngenoptræning Auning	Dato:	31/1-24
Ansvarlig for udfyldelse:	Louise Bertelsen og Charlotte Klitnæs	Ledelsesansvarlig:	Charlotte Klitnæs

TEMA Hvilket område omhandler planen	Planen omhandler dokumentation af, at der udarbejdes sygeplejefaglig udredning på samtlige borgere.
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Enheden udarbejder ikke sygeplejefaglig udredning på alle borgere.
MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål	Der udarbejdes en sygeplejefaglig udredning på samtlige borgere indenfor 1 uge efter ankomst.
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	1. Der implementeres en tema-uge med fokus på dokumentation 1 gang i hvert kvartal. I tema-ugerne italesættes på tavlemøder og i nyhedsbrevet, at teamtovholder har ansvaret for at sikre, at der udarbejdes en sygeplejefaglig udredning på alle borgere.

	<p>2. Sygeplejefaglig udredning bookes i borgerens kalender senest 1 uge efter ankomst.</p> <p>3. Handleplanerne præsenteres på næste personalemøde i april 2024.</p> <p>4. Sygeplejefaglig udredning tilføjes som et punkt på modtagelsesguiden</p> <p>5. Enhedens dokumentationsnøglepersoner laver audits 1 gang i hvert kvartal med fokus på fund fra seneste tilsyn herunder sygeplejefaglig udredning</p>
HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	<p>Der er daglige tavlemøder på afdelingen, hvor alt personale på afdelingen deltager. Enheden har nøglepersoner i dokumentation.</p> <p>Der er en koordinerende sygeplejerske på afdelingen, som kan sørge for at dokumentation italesættes på tavlemøderne.</p> <p>Lederen sender ugentlige nyhedsbreve.</p>
HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Planen iværksættes 26.02.24. Sluttidspunkt er d. 01.09.24
DOKUMENTATION Hvordan følges der op på, 1) om tiltaget gennemføres og 2) om det har den tilsigtede virkning?	<p>1. Charlotte følger sammen med Louise op på, om vi er i gang med at gennemføre planlagte tiltag senest d. 10.05.24.</p> <p>2. Enhedens dokumentationsansvarlige laver de første audits med fokus på dokumentation af sygeplejefaglig udredning i starten af maj 2024. Charlotte, Louise og dokumentationsansvarlige evaluerer, om handleplanen har den ønskede virkning d. 01.09.24.</p>
HVEM? Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene?	Mette Salling, Katherine Blake, Louise Bertelsen og Charlotte Klitnæs
RESULTAT Hvad er resultatet af udviklingsprocessen? Udfyldes ved sluttidspunktet for planen.	

Beskrivelse/titel:	Handleplan for Dokumentation af samtykke til behandling og pleje		
Enhed/afdeling:	Døggenoptræning Auning	Dato:	31/1-24
Ansvarlig for udfyldelse:	Louise Bertelsen og Charlotte Klitnæs	Ledelsesansvarlig:	Charlotte Klitnæs

TEMA Hvilket område omhandler planen	Planen omhandler, hvordan enheden sikrer konsekvent og stringent dokumentation af samtykke til behandling og pleje
UDGANGSPUNKT Hvad skal ændres? – hvorfor er det et problem?	Enheden dokumenterer ikke stringent og fyldestgørende, at borgeren samtykker til behandling og pleje.

MÅL Hvad er det konkrete mål for tiltaget? Evt SMARTE mål	Der skal fremgå tydeligt og ensartet dokumentation af borgerens samtykke til behandling og pleje på alle handlingsanvisninger senest d. 01.09.24.
HVAD? Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at nå målet?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der iværksættes en tema-uge med fokus på dokumentation 1 gang i hvert kvartal. I tema-ugerne italesættes på tavlemøder og i nyhedsbrevet, at borgerens samtykke til behandling og pleje skal fremgå i alle handlingsanvisninger. 2. Handleplanerne præsenteres på næste personalemøde i april 2024. 3. Enhedens dokumentationsnøglepersoner laver audits 1 gang i hvert kvartal med fokus på fund fra seneste tilsyn
HVORDAN? Hvilke ressourcer er til rådighed for at gennemføre planen?	Der er daglige tavlemøder på afdelingen, hvor alt personale på afdelingen deltager. Enheden har nøglepersoner i dokumentation. Der er en koordinerende sygeplejerske på afdelingen, som kan sørge for at dokumentation italesættes på tavlemøderne. Lederen sender ugentlige nyhedsbreve.
HVORNÅR? Hvad er tidsrammen for gennemførelsen, herunder start- og sluttidspunkt?	Planen iværksættes 26.02.24. Sluttidspunkt er d. 01.09.24
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. Charlotte følger sammen med Louise op på, om vi er i gang med at gennemføre planlagte tiltag senest d. 10.05.24. 2. Enhedens dokumentationsansvarlige laver de første audits med fokus på dokumentation af samtykke til behandling og pleje i starten af maj 2024. Charlotte, Louise og dokumentationsansvarlige evaluerer, om handleplanen har haft den ønskede virkning d. 01.09.24.
HVEM? Hvem er ansvarlig for gennemførelse og opfølgning på tiltagene?	Mette Salling, Katherine Blake, Thore Bro, Louise Bertelsen og Charlotte Klitnæs
RESULTAT Hvad er resultatet af udviklingsprocessen? Udfyldes ved sluttidspunktet for planen.	