

Uanmeldt tilsyn Plejecentret Dybenskærhave

30. oktober 2017



Indledning	3
Om Plejecentret	3
Tilsynets gennemførelse	4
Resumé	4
Afrapportering af fokusområder	5
Personlig pleje	5
Praktisk hjælp rengøring	5
Praktisk hjælp tøjvask	6
Ernæring.....	6
Trivsel og socialt miljø.....	7
Aktiviteter	7
Faglige kompetencer og kvalitetsudvikling	8
Faglig kvalitetssikring og dokumentation.....	10
Samarbejde og koordination med tilstødende ydelsesområder.....	11
Plejecentrets kommentarer til rapporten fra det uanmeldte tilsyn	11

Indledning

Tilsynet gennemføres ud fra et fast koncept, som er aftalt med Hvidovre Kommune.

Det uanmeldte tilsyn tager udgangspunkt i en helhedsvurdering af plejecentret ved hjælp af følgende målemetoder: Den plejefaglige dokumentation, tilsynets observationer på plejecentrets fællesarealer og i udvalgte beboeres boliger samt interviews med hhv. beboerrepræsentanter, medarbejdere og ledelse.

Under hvert fokusområde er der anført en konklusion ud fra følgende kategorisering:

1. Ingen bemærkninger
2. Få, mindre væsentlige bemærkninger
3. Enkelte væsentlige bemærkninger
4. Flere væsentlige bemærkninger

Konklusionen foretages ud fra følgende ensartede vurderingsterminologi:

Vurderingsskala	Konklusion	Målopfyldelsesgrad
1	Ingen bemærkninger	91-100 %
2	Få, mindre væsentlige bemærkninger	76-90 %
3	Enkelte væsentlige bemærkninger	50-75 %
4	Flere væsentlige bemærkninger	0-49 %

Målopfyldelsesgraden pr. fokusområde og hvert enkelt delmål herunder fremgår af vedlagte bilag. Under hvert fokusområde er det angivet hvilket datagrundlag, der er anvendt.

Om Plejecentret

Plejecentret	Dybenskærhave
Adresse	Byvej 201 2650 Hvidovre
Antal boenheder	72 boenheder fordelt på 2 etager
Ledelse og organisation Navn	
Leder	Pernille Haaning
Udviklingssygeplejerske	Camilla Rasmussen
<i>Plejecenter afdeling stuen – 24 boenheder</i>	
Afdelingsleder stuen	Connie Hjort
<i>Plejecenter afdeling 1. sal – 24 boenheder</i>	
Afdelingsleder 1. sal	Dorthe Tødt
<i>Plejecenter afdeling 2. sal – 24 boenheder</i>	
Afdelingsleder 2. sal	Jane Huusfeldt

Tilsynets gennemførelse

Det uanmeldte tilsyn er gennemført den 30. oktober 2017 mellem kl. 07:45 – 14:00. Tilsynet er foretaget af konsulenterne Henriette Friis Sørensen og Signe Riedel, Connector, herefter kaldet tilsynet.

Ved tilsynet er der gennemført interviews med Forstander Pernille Haaning, to afdelingsledere, og to medarbejdere på forskellige afdelinger. Tilsynet ville gerne have interviewet plejecentrets udviklingssygeplejerske, men pgl. var ikke på plejecentret den dag tilsynet var på besøg.

Tilsynet har interviewet 7 beboere, repræsentativt fordelt på de 3 afdelinger. Endvidere har tilsynet foretaget egne observationer og gennemført stikprøvekontrol af den plejefaglige dokumentation i 7 beboerjournaler. Der er 72 beboere på Dybenskærhave.

Resumé

Tilsynet oplever et velfungerende plejecenter, med god og varm stemning og omsorg for beboerne. Dybenskærhave opleves som et plejecenter med mange aktiviteter, tilpasset beboernes ønsker og behov, og med stort fokus på tværfaglighed. Dette kommer til udtryk gennem et stærkt fokus på ernæring, med ernæringsassistenter på hver etage, systematisk ernæringscreening og opfølgning. Ligeledes oplever tilsynet at samarbejdet mellem plejen og træning gennem tæt samspil mellem plejepersonale og fysioterapeuter en integreret del af hverdagen.

Tilsynet erfarer, at beboerne får den hjælp de har brug for, og at personalet har god dialog og opmærksomhed omkring beboerne. De beboere tilsynet har talt med giver udtryk for stor tilfredshed med den hjælp de modtager, praktisk hjælp såvel som personlig pleje.

6 ud af 7 beboerne, tilsynet har talt med, giver udtryk for at være tilfredse med maden på plejecentret. Alle beboere fortæller om, at der ved måltiderne er en hyggelig og rar stemning. Ligeledes giver beboerne udtryk for tilfredshed ved de hverdagsaktiviteter der tilbydes, såvel som større fælles sociale aktiviteter.

På baggrund af tilsynets gennemgang af den plejefaglige dokumentation og interview af medarbejdere, finder tilsynet, at der er behov for at plejecentret sætter systematisk fokus på at sikre den plejefaglige dokumentation. Viden om den hjælp de enkelte beboere skal have, er i høj grad forankret hos de enkelte medarbejdere og fremgår ikke i tilstrækkeligt omfang af arbejdsplaner dokumenteret i Care. Derudover er der ikke

stringent og fyldestgørende brug af indsatsområder, og det er ikke alle journaler, der lever op til god faglig standard.

Afrapportering af fokusområder

Personlig pleje

Tilsynet har *ingen bemærkninger* til dette fokusområde (100 % målopfyldelse).

Alle beboere, der er interviewet, giver udtryk for tilfredshed med den hjælp de får til personlig pleje, og de udtrykker, at de får den hjælp, de har behov for.

Alle beboere, som tilsynet taler med, fortæller at personalet tilrettelægger den personlige pleje, således at deres ønsker og behov imødekommes. Tilsynet bemærker at flere af de beboere tilsynet taler med, fortæller om hvordan de selv hjælper til. En beboer udtrykker det således: *"Jeg siger til hvis jeg selv kan. Man tror man kan, men de er her til at hjælpe. De er meget flinke"* og en anden fortæller *"Klarer det meste selv. Men får hjælp til at tage sko og strømper på"*. Tilsynet bemærker, at den høje grad af opmærksomhed på beboernes inddragelse af egen ressourcer ikke i samme grad afspejles i beboernes arbejdsplaner.

Tilsynet vurderer endvidere, at de tildelte ydelser i omfang og indhold ligger indenfor rammerne af Hvidovre Kommunes kvalitetsstandard for pleje og omsorg for beboere i plejebolig.

Praktisk hjælp rengøring

Tilsynet har *ingen bemærkninger* til dette fokusområde (94 % målopfyldelse).

Beboerne modtager hjælp til rengøring i egen bolig, og tilsynet vurderer, at der ydes rengøring i overensstemmelse med kommunens kvalitetsstandard.

Beboerne, tilsynet har talt med, giver udtryk for, at de er glade for den hjælp, de får til rengøring, og giver udtryk for at være tilfredse med kvaliteten heraf. En beboer udtrykker det således: *"De er flinke. De har en hel vogn, og de gør det godt."* 2 beboere fortæller, at de er delvist tilfredse med kvaliteten, idet en fortæller *"De støvsuger ikke under møblerne. Og aftørringen halter noget"*, og den anden synes, at der ikke er rent i krogene.

I beboernes plejefaglige dokumentation er der ikke anført i hvilket omfang den enkelte bidrager i rengøringen. Flere beboere fortæller, at de ikke selv involveres og bidrager

til den praktiske hjælp. En beboer fortæller, at pgl. ikke er på stuen, når der gøres rent. En anden at de er så hurtige og effektive, at pgl. næsten ikke opdager, de er der.

De praktiske opgaver er organiseret med 2 faste rengøringsassistenter på hver afdeling. Tilsynet konstaterer, at der ikke er forskel i beboernes tilfredshed afhængig af hvilken afdeling de bor på.

Tilsynet observerer under sin rundtur på plejecentret, at såvel fællesarealer som de besøgte boliger, fremstår med en pæn rengøringsstandard.

Praktisk hjælp tøjvask

Tilsynet har *ingen bemærkninger* til dette fokusområde (100 % målopfyldelse).

De interviewede beboere oplever at få deres behov for hjælp til tøjvask dækket.

Beboerne udtaler generelt tilfredshed med kvaliteten af tøjvasken og oplever at vaske-tøj bliver afhentet/tilbageleveret regelmæssigt og at tøjet fremstår pænt rent efter vask. En beboer fortæller *"Det er rent, pænt, strøget og lagt i skabet"* en anden *"Jeg har altid rigelig rent tøj"*.

To beboere fortæller om, at de har mistet noget tøj, men at det er kommet tilbage igen. De fortæller om det mistede tøj, at dette ikke har været mærket. Beboerne fortæller ikke om, at deres egen ressource inddrages ifm. tøjvask. En beboer siger *"Jeg kunne godt hjælpe, men gør det ikke. Måske er jeg lidt doven"*.

Ernæring

Tilsynet har *ingen bemærkninger* til dette fokusområde (96 % målopfyldelse).

De beboere tilsynet har talt med, der modtager hjælp til spisning, oplever alle at få den hjælp de har brug for, og at kvaliteten af hjælpen er i orden. En beboer udtrykker det således: *"De er rare, når jeg har brug for hjælp, så er de der"*.

Måltiderne opleves, af de beboere tilsynet har talt med, som hyggelige, og at der er en god stemning. Flere fortæller, at det er hyggeligt med snakken, og nogle at der er stille når de spiser, og så snakker de bagefter. Tilsynet sidder med til frokosten og observerer en god og hyggelig stemning med samvær og grin mellem personale og beboere.

6 ud af de 7 beboere tilsynet har talt med, giver udtryk for at være tilfredse med kvaliteten af den mad der serveres. Flere giver udtryk for at maden er rigtig god, fx fortæller en beboer *"Jeg er meget glad for maden. Det er god mad vi får, og vi har 'sølvmedalje"*. En beboer, der fortæller at være tilfreds med maden, siger dog: *"Den er ud-*

mærket. Et par småting, jeg synes der er for lidt persille i persillesovsen". En af beboerne, tilsynet har talt med, er ikke tilfreds med maden. Beboeren oplever at maden er for dyr i forhold til kvaliteten. Beboeren udtrykker det således: "Pris-kvalitet hænger ikke sammen. Morgenmad og frokost er tip-top. Men ikke aftensmaden. Jeg har forsøgt at melde den fra. Kødet er for fedt og grøntsagerne er enten alt for rå eller helt udkogte. Det er ikke lækkert at se på".

Tilsynet konstaterer, at der er ernæringsassistenter på hver afdeling. Ernæringsassistenter står for bestilling af maden hos Hvidovre Central Køkken, for forberedelse og tilberedning af morgenmad og frokost. Aftenvagten varetager færdiggørelse af den varme mad til aftensmaden. Derudover bager ernæringsassistenterne ofte, så vidt muligt hver dag, så der dufter i huset. Der bages brød, kager og småkager. Tilsynet ser ernæringsassistenten på en af afdelingerne forberede, at der skal bages ølkage til eftermiddagskaffen. Ernæringsassistenterne bidrager med deres faglighed ift. borgere, der har ernæringsmæssige problemstillinger. Alle beboere ernæringscreenses og leder fortæller, at alle beboere tilbydes vejning hver 3 måned. Der er desuden 3 kostansvarlige blandt plejepersonalet, der arbejder tæt sammen med ernæringsassistenterne.

Trivsel og socialt miljø

Tilsynet har *ingen bemærkninger* til dette fokusområde (100 % målopfyldelse).

Alle interviewede beboere giver udtryk for, at de oplever, at personalet udviser respekt for beboernes personlige ønsker til, hvordan deres dagligdag skal foregå og hvordan hjælpen skal tilrettelægges. Beboerne fortæller endvidere, at personalet er meget søde og opmærksomme. En beboer siger fx "*De er søde, flinke og hjælpsomme*".

Tilsynet observerer under sit besøg, at medarbejderne udviser stor opmærksomhed og imødekommenhed og medarbejderne er meget smilende og omsorgsfulde i deres interaktion med beboerne. Tilsynet observerer, at der ofte er medarbejdere til stede på fællesarealerne sammen med beboerne. Tilsynet konstaterer endvidere, at der er en lav fraværsprocent med gn.snitlig fravær i september 2017 på 4,63%.

Tilsynet oplever en god stemning på plejecentret, hvor der er rart at være, og der bliver talt pænt til hinanden.

Aktiviteter

Tilsynet har *ingen bemærkninger* til dette fokusområde (100 % målopfyldelse).

De beboere tilsynet har talt med giver alle udtryk for at være tilfredse med de aktiviteter, der er på Dybenskærhave. Det gælder både hverdagsaktiviteter og fælles sociale arrangementer og traditioner.

Flere beboere giver udtryk for, at de tilbud der er på plejecentret er hyggelige og at de tilbydes i tilstrækkeligt omfang. En beboer siger: *"Vi behøver ikke aktiviteter hele tiden. Jeg går selv tur på gangen"*. En anden beboer fortæller *"Jeg er med så vidt jeg kan. Stolegymnastik er sjovt. Banko er hyggeligt, også erindringsdans, damefrokost"*. En beboer kunne godt ønske sig, at der var mere gymnastik.

Tilsynet hører om, at der er dame/herrefrokost, aftenkaffe på afdelingen, erindringsdans, banko, stolegymnastik, busture, skolebørn der kommer og læser højt og gudstjeneste hver måned. Flere beboere fortæller om et arrangement ifm. husets fødselsdag, hvor der var musik og sang. En beboer fortæller om dette: *"Jeg har været med til husets fødselsdag. Det var festligt med sang og musik. Levende musik. Og der havde jeg min kone med"*.

2 af de interviewede beboere fortæller om, at der omkring juletid og juleaften er en god og hyggelig stemning på plejecentret.

Faglige kompetencer og kvalitetsudvikling

Tilsynet har *ingen bemærkninger* til dette fokusområde (100 % målopfyldelse).

Tilsynet ser en oversigt over samtlige faglige instrukser og retningslinjer, der er samlet i en instruksmappe. Der er en tilgængelig instruksmappe på hver etage. Leder fortæller, at det er ledergruppen, der er ansvarlig for opdatering. Ledere og medarbejdere fortæller alle, at mapperne bruges som opslagsværk, at de ofte er i brug og at de derudover bruges når der kommer nye medarbejdere, vikarer og til elever. Instrukser og retningslinjer vurderes at være relevante.

Der er på Dybenskærhave 3 sygeplejersker, herunder en udviklingssygeplejerske. Der er en afdelingsleder for hver etage/afdeling. I dagvagt er der som udgangspunkt 9 medarbejdere, 4 SOSU-hjælpere og 5-SOSU-assistenten. I aften og nattevagt er der altid en SOSU-assistent som ansvarshavende. Der er til hver etage en ernæringsassistent, og huset har en pædagog.

Der afholder dialogmøder x 2 ugentligt med plejepersonale, rengøringspersonale og ernæringsassistenter, og andre relevant fx pædagog eller sygeplejerske. Derudover afholdes der faglige møder på tværs hver 3. måned, hvor større emner, der kræver fælles fodslag, tages op. Fx pårørendesamarbejde eller ældre og seksualitet m.m. Det er ikke mødepligt, men leder fortæller at der ligger en klar forventning om at man deltager. Deltagelse i disse møder er medarbejdere i både dag- aften og nattevagt. Leder oplyser at når der ikke er mødepligt skyldes det, at ledelsen ikke ønsker at tvinge aftenvagter og nattevagter ind, men de får løn, hvis de kommer. Leder oplyser derudover at alle der er på arbejde på tidspunkt for mødet forventes at deltage.

Leder fortæller, at medarbejdere bruges meget fleksibelt i huset. Således at hvis en medarbejder har nogle særlige kompetencer, som der er brug for ift. en beboer, så flyttes der rundt på medarbejderressourcerne så det går op.

Medarbejderne fortæller, at de oplever generelt at have adgang til nødvendig og relevant sparring og instruktion. En medarbejder beskriver det således: *”Vi har et helt hold af sygeplejersker. Og så er der leder og pædagog at gå til”*.

UTH indberettes efter gældende regler. Medarbejderne fortæller, at de registrerer i en mappe, der ligger i dialogrummet på hver etage, og at der ligeledes dokumenteres i it-systemet. En medarbejder fortæller, at ved en UTH, så lægges der en ny pædagogisk handleplan. Der indrapporteres samlet til kommunen, dette gør udviklingssygeplejersken. Og både medarbejdere og ledere fortæller om, at der bruges tid på at følge op og reflektere over både den enkelte UTH og de mønstre, der evt. ses når der samlet rapporteres. Leder fortæller at der ved særligt alvorlige UTH'er udarbejdes hændelsesanalyser, og fortæller om en konkret situation, hvor hændelsesanalysen førte til en justering af eksisterende arbejdsgange.

Leder fortæller, at de arbejder forebyggende pædagogisk omkring beboere, som fx kan være udad reagerende. For disse beboere udarbejdes der sammen med beboerens kontaktperson en pædagogisk handleplan, som præsenteres på dialogmøde på etagen, således at alle medarbejdere kender den, og derved trækker i samme retning. Derudover fortæller leder, at der arbejdes meget med medarbejdernes forholdemåde. En medarbejder fortæller, at alle medarbejdere har været afsted på 'Nænsom nødværge' for at opnå kompetencer til at arbejde forebyggende.

Faglig kvalitetssikring og dokumentation

Tilsynet har *enkelte væsentlige bemærkninger* til dette fokusområde (62 % målopfyldelse).

Der er lavet stikprøvekontrol i 7 beboeres plejefaglige dokumentation.

I 2 ud af de 7 arbejdsplaner ligger der en fuld arbejdsplan. I de resterende 5 er der en beboer, der slet ingen arbejdsplan har, og de øvrige er mangelfulde i forhold til beskrivelser af, hvilke ydelser beboerne får og hvordan de skal leveres. Dette for dag, aften og/eller nat. I 3 af arbejdsplanerne er det ikke angivet hvordan beboerens egne ressourcer inddrages. Kun én beboers arbejdsplan er opdateret ud fra beboerens aktuelle udvikling og behov. En arbejdsplan er ikke opdateret siden 2013 og 2 ikke siden januar 2016.

4 af beboernes journaler vurderes at leve op til god faglig standard. Men der er i 3 beboeres journaler anført fald, uden at det er noteret, at disse er indberettet som UTH. En beboer fortæller i interviewet om en situation, hvor beboerens nødkald ikke virkede, og denne hændelse er ikke anført i journalen. I en anden beboers journal er anført en henvendelse fra en pårørende, der indikerer, at beboeren har været indlagt. Tilsynet kan ikke andre steder end ved dette ene journalnotat se, at beboeren skulle være indlagt eller det modsatte.

I beboernes dokumenterede indsatsområder er der generelt ikke stringens i dokumentationen ift. handling og opfølgning. Tilsynet konstaterer, at der i tre beboeres journaler er noteret problemstillinger, som bør oprettes som indsatsområde. Disse var ikke at finde som indsatsområder for de pgl. beboere. Det omhandler problemstillinger som: vedvarende kløe, ernæring, demens, ødemer og inkontinens. Dertil kommer, at der for nogle af beboerne var aktive indsatsområder, som skulle have været afsluttet, da der ikke var tale om aktuelle problemstillinger for beboerne.

På spørgsmål til medarbejderne om hvordan de får viden om, hvilken hjælp de skal udføre hos den enkelte beboer, og hvordan de skal udføre den, svarer de interviewede medarbejdere, at de kender beboerne, da de arbejder ud fra en kontaktpersonsmodel, og derfor typisk har 'egne' beboere. Og hvis de er hos andre, så læser de adviser, kigger i indsatsområder samt spørger på afdelingen. En medarbejder fortæller om, at de hos en beboer har en plejeplan hængende på badeværelset, som vikarer mv kan orientere sig i inden plejen påbegyndes.

På baggrund af tilsynets gennemgang af den plejefaglige dokumentation og interview af medarbejdere, finder tilsynet, at der er behov for at plejecentret sætter systematisk

fokus på at sikre den plejefaglige dokumentation. Viden om den hjælp de enkelte beboere skal have, er i høj grad forankret hos de enkelte medarbejdere og fremgår ikke i tilstrækkeligt omfang af arbejdsplaner dokumenteret i Care. Derudover er der ikke stringent og fyldestgørende brug af indsatsområder. Leder fortæller at være opmærksom på problemstillingerne, og at dette vil være et fokus i forbindelse med implementering af CURA.

Samarbejde og koordination med tilstødende ydelsesområder

Tilsynet har *ingen bemærkninger* til dette fokusområde (100 % målopfyldelse).

Både interviewede beboere, medarbejdere og ledelse giver udtryk for at der godt samarbejde med tilstødende ydelsesområder. De fortæller alle, på forskellig vis, at der er et rigtig godt samarbejde med ergo- og fysioterapeuter, der kommer i huset 2 gange om ugen. En medarbejder fortæller *"Fantastisk samarbejde med ergo/fys. De kommer 2 gange om ugen. Og sparring når de er her og på mail når de ikke er her"*.

Også samarbejdet omkring hjælpemidler fungerer godt, dog det ydelsesområde, hvor det til tider beskrives som lidt tungt. *Hjælpemidler er lidt tungere. Der kan godt være ventetider, der er urimeligt lange. Det har der ikke altid været, og det er særligt hvis det er lidt specielle ting, men det er blevet bedre.*

Medarbejdere og leder fortæller om gode erfaringer og samarbejde med omsorgstandplejen, demenskoordinator, alkoholkonsulent, diætist.

Henriette Friis Sørensen & Signe Riedel

Connector

20. november 2017

Plejecentrets kommentarer til rapporten fra det uanmeldte tilsyn

Tilsynet gav desværre ikke udtryk for, overfor ledelsen, at man havde et ønske om at tale med udviklingssygeplejersken. Denne arbejdede andetsteds i kommunen, og havde kunne tilkaldes.

Der lægges i tilsynet vægt på, at der i huset lægges vægt på tværfagligt samarbejde. Det kommer bag på os, at det i den forbindelse ikke nævnes, at vi har en pædagog, med neuropædagogisk efteruddannelse, ansat på fuld tid, som indgår i et utroligt fint

samarbejde med plejepersonalet. Denne indgår i ledelsen, og burde, set i bakspejlet have deltaget i tilsynet. Det sidste er ledelsens ansvar.

Ernæring: Den på side 6 omtalte "sølvmedalje", refererer til at Plejecentret for nylig har opnået sølvmærke i økologi, hvilket svarer til 60-80 % økologi.

Hele afsnittet vedr. dokumentation ser vi frem til at drøfte med jer, da vi har en masse uafklarede spørgsmål. Men det egner sig bedst til direkte dialog. Dog har vi følgende kommentarer:

UTH:

Vi er forpligtet til at rapportere en utilsigtet hændelse jf. bekendtgørelsen om rapportering af utilsigtede hændelser (BEK nr. 1 af 03/01/2011 Gældende) og autoriserede sundhedspersoner er forpligtet til at føre patientjournalen og ligeledes dennes medhjælp jf. bekendtgørelsen om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (BEK nr. 1090 af 28/07/2016). Det fremgår ikke af bekendtgørelserne at det skal fremgå af EOJ at en utilsigtet hændelse er indrapporteret. Der er en forpligtelse til at dokumentere hændelsen for borger, igangsatte handlinger mv. således at en eventuel hændelsesårsagsanalyse kan udarbejdes og gennemgås for at skabe læring. Der er et behov for at vide om kritikken alene baseres på, at der ikke er dokumenteret om faldet er rapporteret som UTH eller ej og i så fald hvad denne vurdering beror på.

Sygeplejefaglig dokumentation:

I rapporten tales der udelukkende om journalen, indsatsområderne samt arbejdsplanerne. Det er ikke muligt at se ud fra dette om helhedsvurderingen af den enkelte borger ligeledes er gennemgået. Forudsætningen er, at medarbejderne forholder sig til funktionsevnevurderingen og de sygeplejefaglige optegnelser og at de kan navigere og finde viden heri omkring borgeren ressourcer samt problemer såfremt de ikke kender borger eller viden fra advis ikke er sufficient. KMD Care er opbygget således at kendskabet til borgeren er placeret flere forskellige steder og det er u hensigtsmæssigt og det gør det udfordrende at få et overblik. Helhedsvurderingen er jo handlingsanvisende og anamnese (og omfatter servicelov og sundhedslov hvis fyldestgørende udfyldt,) men det fremgår ikke af rapporten at den reelt anvendes således i dagligdagen.

Ift. nødkald og indlæggelse vil det kræve en konkret gennemgang af journalen for at identificere denne. Viden omkring nødkald bør dog være i journalen. ift. beskrivelsen

af kun et journalnotat ift. en indlæggelse vil igen fordre konkret gennemgang af denne journal for at kontrollere tilsynets fund.

Beskrivelsen af manglende stringens ift. handling og evaluering kan meget vel være korrekt. Indsatsområdernes tekniske opbygning, hvor evalueringer kan dokumenteres ved alle handlinger øger risikoen for at dokumentation forsvinder i mængden, hvis der ikke er opmærksomhed på det i forbindelse med dokumentationen. Indsatsområder kan være teknisk udfordrende for medarbejderne og en fejl mindsker hurtigt overblikket. Samtidig er opfølgning noget som der er konstant behov for fokus omkring og det er noget at det vi har talt om alle årene med både SSA og SSH. Udfordringerne med indsatsområderne er jo netop årsagen til at SSH kun må dokumentere evalueringer, da vi netop ved det er særligt udfordrende for dem.

I instruks for sygeplejefaglig journalføring fremgår det, at et problem hos borger, som beskrives 3 gange eller derover i journalen gør, at der skal oprettes et indsatsområde for at afklare problemet og om muligt afhjælpe det. Der bør således være indsatsområder på de beskrevne udfordringer hos borgerne, såfremt flere notater dokumenterer de enkelte tilstande. Det er uheldigt, at det ikke er gjort, men når det så er sagt kan det af de sygeplejefaglige optegnelser fremgå, hvordan et specifikt problem hos en borger typisk løses såfremt det er hyppigt tilbagevendende, hvorved de sygeplejefaglige optegnelser er handlingsanvisende.

Indsatsområder inaktiveres, når de ikke længere er aktuelle. Dette er ligeledes et tilbagevendende problem at tilse dette reelt bliver gjort af SSA. Et irriterende, men reelt fund som det er beskrevet i rapporten.

Vi efterspørger en definition af god faglig standard fra Connector og viden om præcis hvilken data der er gennemgået i de enkelte borgeres journaler. Vi er chokerede over at konstatere, at tilsynet er blevet oplyst om, at der forefindes en plejeplan på et badeværelse hos en beboer. Det er fortrolig viden, der ikke skal være tilgængelig således. Al data omkring borger, som er relevant og aktuelt ift. pleje opbevares i hvid mappe i skab over køleskab i boligen, og den konkrete plejeplan vil blive flyttet til denne placering.

Vi ser frem til snarlig dialog om rapporten og tilsynets indtryk på Dybenskærhave.

Mvh Pernille Haaning

Plejecenterleder