

Tilsynsrapport

Hedebo

**Center for Sundhed &
Pleje
2019**

Formål

Hovedformålet med at udføre tilsyn er at sikre, at opgaverne løses til borgerens bedste og i overensstemmelse med såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Tilsynene udføres med sigte på læring og refleksion for at medvirke til at skabe langsigtede forbedringer for borgerne.

Tilsynsbesøget er gennemført uanmeldt og er et udtryk for det øjebliksbillede, som er tilgængeligt på tidspunktet for tilsynets gennemførelse.

Forord

Det uanmeldte tilsyn i Greve Kommune er udført i overensstemmelse med Tilsynsprocedurens krav. Målepunkterne er baseret på de krav Styrelsen for Patientsikkerhed stiller til kvaliteten i kommuner, og tilsynsrapporten er opbygget med sigte på læring og organisationsudvikling.

Indledningsvist er data om tilsynet, herunder deltagere, tidspunkt og antallet af borgere og medarbejdere, der er indgået i tilsynet.

Det samlede tilsynsresultat ses herefter i en oversigt, som efterfølgende bliver uddybet med, hvilke styrker og udfordringer, der er konstateret ved tilsynet samt tilsynets anbefalinger.

Sidste del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer og ved gennemgang af dokumentation. Det er et omfattende materiale med konkrete oplysninger, som kan anvendes i det videre udviklingsarbejde.

De nærmere begrundelser bag vurderingsprincipper er beskrevet i proceduren for uanmeldte kommunale tilsyn i Greve Kommune.

Tilsynet er altid udtryk for et øjebliksbillede og skal derfor vurderes ud fra dette.

Fakta om tilsynet

Leverandørens navn og adresse

Hedebo

Leder

Christina Giarbini

Dato og tidspunkt for tilsynet

22. oktober 2019

Tilsynstype

Uanmeldt ordinært tilsyn

Datagrundlagt og metodik

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov,
Data kan være indsamlet via:

- Dokumentation via omsorgssystemet Nexus, procedurer, informationsbreve til borgerne, handleplaner for kvalitetsforbedringer samt kompetenceskemaer og plejeenhedens egen kvalitetsvurdering samt eventuelle handleplaner.
 - Interview: 2 borgere, som alle har givet tilsagn om at blive interviewet, 2 medarbejdere og personaleleder Narnia Goodmann Andersen.
 - Observation: Borgers stue på Hedebo, borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem, arbejdsgange i hjemmet.
- Tilsynet er gennemført over 1 hverdag. 0 besøg er udført i aftenvagten.

Tilsynspersoner

- 1 MIE
- 2 LBD

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Hedebo:

Godkendt med mangler

Kategorier

Godkendt

Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Forholdene vurderes samlet set at være gode og tilfredsstillende.

Godkendt med få bemærkninger

Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til i vid udstrækning at leve op til såvel lovgivningens krav kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Der er ikke konstateret betydelige mangler i et af målområderne, men dele af den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har mangler eller er utilfredsstillende.

Godkendt med mangler

Dette betyder, at der er i et eller flere målområder er betydelige mangler i den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Kritisable forhold

Dette betyder, at den leverede hjælp og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder. Manglerne er af et sådant omfang, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig/øjeblikkelig handling.

Opsummering af styrker og forbedringsområder

I skemaer herunder vises en opsummering af begrundelser for tilsynsresultatet. For det første beskrives de styrker, som tilsynet har konstateret er til stede. For det andet beskrives det på temaniveau, hvor der er fundet eventuelle mangler eller kritisable forhold.

Styrker

Der er en rolig og imødekommende stemning på Hedebo, da vi møder ind på tilsynsdagen, også selvom der netop er sket et uventet dødsfald. Personalet er imødekommende og der er en god stemning blandt personalet.

Der er stor synlighed i forhold til planlagte aktiviteter, som borgere på Hedebo kan deltage i, i løbet af ugen. Borgerne oplever, at personalet er gode til at informere og motivere dem til at deltage i aktiviteterne.

Der er god struktur på observationer og opfølgning på nye borgere samt borgere, som oplever forværring i sin tilstand.

Der er lavet en sygepleje-vagtstruktur, så eftermiddag og aften er dækket til modtagelse af nye borgere fra sygehuset, da det er her de fleste borgere kommer fra sygehuset. Ledelsen oplever, det fungerer godt i hverdagen. Derudover er der lavet flere mindre justeringer af de forskellige vagtlags arbejdstid, for at sikre at personalet har mulighed for at orienterer sig omkring borgerne inden vagtstart.

Der er struktur på både daglige og ugentlige møder, hvor borger med behov bliver drøftet i forhold til videre sygepleje-, pleje- og træningsmæssige samt rehabiliterende tiltag. Flere møder forgår tværfagligt, dog uden deltagelse af fysioterapeuter fra træningsheden pga. af den organisering, der er for fysioterapeuterne i kommunen.

Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger

Tilsynet anbefaler, at der er mere fokus på arbejdsgangen "Dokumentation i driften" idet dokumentationen i Nexus ikke følger arbejdsgangen. Bl.a. benyttes indsatsmål og generelle oplysninger stort set ikke.

I myndigheden er der lavet en vejledning til brug af generelle oplysninger, som det anbefales bliver udbredt og implementeret i hele organisationen. Alternativt anbefales det, at hensigten omkring dokumentation af generelle oplysninger jævnfør FS3 metoden implementeres.

Det anbefales, at der bliver udbredt viden om, hvor ønsker til livets afslutning, som ikke handler om evt. livsforlængende behandling dokumenteres. Det er beskrevet i "Dokumentation i driften", men i løbet af journalgennemgangen er det observeret, at det ikke er beskrevet på nogle borgere.

Det anbefales, at der er fokus på at lave relationer mellem skemaer og tilstande/indsatser, så brugen af tilstandshjulet bliver som tiltænkt i FS3 og overblikket for alle medarbejdere bliver større.

Tilsynet anbefaler, at der bliver sat fokus på arbejdsgang og procedure ved behov for brug af magtanvendelse, så medarbejdere kender til dette og ved hvornår der er tale om magtanvendelse samt hvilken dokumentation, der skal udføres.

Tilsynet anbefaler, at der bliver sat fokus på arbejdsgang og procedure ved behov for palliativ pleje, så medarbejdere kender til dette samt ved hvilken dokumentation, der skal udføres.

En borger oplever, at vasketøjet bliver væk eller forvekslet, så de får andres tøj retur og noget af borgerens eget tøj bliver væk. Ledelsen er bekendt med problematikken.

En borger oplever, at personale der skulle løse en sygepleje opgave ikke havde de rette kompetencer idet procedure ikke blev fulgt, hvilket i følge borgeren resulterede i infektion hos borgeren.

|

Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

Tabellen herunder viser en oversigt over opfyldelsen af de enkelte området i tilsynet

Lov om social service - Tilsynstema	
Aktiviteter og rehabilitering <ul style="list-style-type: none">• Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter § 83a og hjælp med rehabiliterende sigte efter § 83• Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86• Tilbud om aktiviteter til borgere	Godkendt med få bemærkninger
Målgrupper og metoder <ul style="list-style-type: none">• Borgere med kognitive funktionsevneundersættelse r (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug.• Forebyggelse af magtanvendelse• Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand• Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere	Godkendt med mangler
Organisation, ledelse og kompetencer <ul style="list-style-type: none">• Plejeenhedens organisering samt ansvars og kompetenceforhold	Godkendt
Procedurer og dokumentation <ul style="list-style-type: none">• Plejeenhedens dokumentationspraksis	Godkendt med mangler

<p>Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død</p> <ul style="list-style-type: none"> • Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet • Pleje af borgere ved livets afslutning 	<p>Godkendt med mangler</p>
<p>Trivsel og relationer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Borgernes trivsel og relationer 	<p>Godkendt med få bemærkninger</p>
<p>Overleveret sygepleje</p>	<p>Godkendt med mangler</p>

Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsynstemaer:

Aktiviteter og rehabilitering

Hos én borger oplyser borger, at han selv efterspurgte oplæring i stomipleje, før dette blev i tale- og iværksat af personalet.

En borger skulle flytte fra Hedebo til Strandcentret og det var rigtig fint at borgeren havde modtaget en pjece fra Strandcentret om de aktiviteter, der har foregår og skal foregå på Strandcentret i den kommende tid.

Hos en borger er der i døgnrytmeplanen skrevet, at borger træner efter §140, 86 stk. 1 og 83a. Det er ikke korrekt idet, der hos borgeren ikke er visiteret genoptræning efter § 86 stk. 1

Borgernes og pårørendes forventninger til opholdet på Hedebo er ofte ikke med det tilbud Hedebo udfører efter det fastlagte serviceniveau. Fra borgere og pårørende forventes der ofte mere/flere timers træning ved terapeuter. Hedebo har, som kvalitetsstandardens beskriver, mest fokus på hverdagsrehabilitering evt. kombineret med træning.

Det betyder, at der i starten af et ophold arbejdes en del med forventningsafstemning, idet borgere og pårørendes forventninger dermed ikke altid er samstemmende med det fastlagte serviceniveau.

Fysioterapeut mangler til tværfaglige møder i dagligdagen, men kontaktperson taler med fysioterapeut om de træningsmæssige elementer som kræver fysioterapi.

Det vil være en fordel, at der i organiseringen af arbejdet benyttes skiftende vagter, idet der på den måde kan sikres fælles faglighed og dermed øget kvalitet på tværs af vagtlag.

På Hedebo har man bl.a. øget timetal en smule for nattevagterne, for at sikre overlap mellem vagtlagene.

Målgrupper og metoder

Hos en borger er det dokumenteret, at borgeren med behov for palliativ pleje selv giver udtryk for at have brug for forebyggelse mod tryksår. Der er ikke dokumenteret handling og opfølgning på dette.

Der er i journalgennemgangen mange eksempler på, at opfølgning på afvigelser, som er dokumenteret i .observationer er dokumenteret i en ny .observation, hvilket nedsætter overblikket og muligheden for at orienterer sig om hvilke tiltag, der er foretaget og hvilken opfølgning der er foretaget på de forskellige dokumenterede afvigelser.

Hos én borger er der beskrevet behov for psykisk støtte, men der er ingen dokumentation om, på hvilken måde denne borger har brug for psykisk støtte og hvordan dette skal gribes an og følges op på.

Hos en borger er beskrevet mange ting samlet under en .observation med overskriften "Almen tilstand" (ernæring , synkobe, vurdering af almentilstand, betændelser mm)

Hos en borger er der dokumenteret ændring i mobilitet under en .observation med overskriften "Udskillelse".

Ved magtanvendelse inddrages demenskoordinatorer og leder af Hedebo, da de har specifik viden om håndtering og dokumentation af dette. Viden om hvor grænsen mellem magtanvendelse og ikke-magtanvendelse er ikke generel for personalet på Hedebo.

Organisation, ledelse og kompetencer

Kompetenceskemaer er tilgængelige for alle medarbejdere og til MUS gennemgås skemaet og videre udvikling drøftes med den enkelte medarbejder.

Procedurer og dokumentation

Der er i udpræget grad ikke anvendt at danne relationer mellem skemaer og tilstande/indsatser. Hos en borger er .observationer benyttet til oplysninger, der bør stå i døgnrytmeplanen ex. borger skal følges til træningssalen hver dag.

Der er flere rigtig gode eksempler på at samme .observation benyttes til fortløbende dokumentation om samme problematik ex. udskillelse, mobilitet, medicin håndtering med videre jævnfør arbejdsgangen "Dokumentation i driften".

Hos en borger er der beskrevet få ændringer i forhold til borgerens problematikker og årsagen til, at borgeren er på Hedebo.

Der dokumenteres hyppigt i ydelsesnotater, hvilket ikke er en del af aftalen for dokumentation i driften i Greve kommune.

Der dokumenteres ikke altid videre i samme .observation, hvilket nedsætter mulighed for overblik over kontinuiteten i afvigelser i borgerens situation.

Hos én borger er det beskrevet, at borgeren har brug for støtte til småting, men det er uklart hvad dette indebærer.

Det er beskrevet hos én borger, at borgeren benytter skinne på benene, men der er ikke beskrivelse af, hvordan disse skal påsættes.

Hos en borger er dokumenteret med rygfraktur, men der er ingen dokumentation af, hvilke hensyn der skal tages ved mobilisering.

Indsatsmål benyttes generelt ikke ved personlig pleje, praktisk hjælp og rehabilitering, hvilket de skal jævnfør arbejdsgangen "Dokumentation i driften".

Hos en borger er der kun lavet indsatsmål for SUL indsatser. Der er ikke beskrevet mål for personlig pleje og praktisk hjælp.

Der mangler beskrivelser af borgernes evne til at deltage/udføre praktiske opgaver, samfundsliv og generelle oplysninger.

Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Borgernes vaner og ønsker at beskrevet ustruktureret. Der står lidt i døgnrytmeplanen, men generelt er "Generelle oplysninger" ikke brugt til dokumentation af borgerens vaner og ønsker.

Der er nøgleperson (palliativ sygeplejerske) som er inde over alle palliative forløb. Der har været undervisning på hospice i Roskilde. Der er godt samarbejde med palliativ team på Roskilde sygehus. Personalet kan ikke fyldestgørende redegøre for, hvad de skal gøre anderledes ved en borger med behov for palliativ pleje i forhold til en borger med behov for almindelige rehabiliterende hjælp. Personalet henviser til Hedebo's nøglepersoner på området.

Trivsel og relationer

Der er ikke struktureret beskrevet de aftaler som er indgået med pårørende og det er uklart, hvor denne dokumentation skal dokumenteres.

Overleveret sygepleje

Overleverede ydelser er svagt beskrevet i handlingsanvisning.

Hos flere borgere er det ikke tydeligt, om SUL indsatser er overleverede eller udføres af spl, men opgaver der kan være overleverede er fint beskrevet med indsatsmål.

Der er generelt ikke lavet indsatsmål men handleanvisninger er ved nogle borgere dokumenteret fyldestgørende. Hos andre borgere er overleverede ydelser mangelfuldt dokumenteret i handlingsanvisningen.

På en borger mangler der helt handlingsanvisninger for indsatser for overleveret sygepleje.

Hos en borger er der ikke lavet handleanvisninger til om natten (Døgnrytmeplan nat).

Vurderingsprincipper

De 6 overordnede måle-områder har 11 temaer, der hver har 5-15 indikatorer.

Stikprøvestørrelsen afhænger af antallet af borgere som plejeenheden leverer ydelser til, samt om tilsynspersonerne har adgang til plejeenhedens egne kvalitetsvurderinger eller ikke. Hver plejegruppe (Der er fx flere plejegrupper på et plejeenhed/center) foretager systematisk kvalitetsvurdering på minimum 24 borgere om året, og sikrer herved, at de fleste væsentlige kvalitetsproblemer bliver identificeret. I tilfælde hvor tilsynspersonerne ikke har adgang til plejeenhedens kvalitetsvurdering, anvendes en større stikprøve til tilsyn.

Tilsynet gennemføres som en kombination af journalgennemgang og tracermetoden, hvor tilsynspersonerne gennemgår borgerforløbet, ved hjælp af interview med borgeren, medarbejdere og ledelsen. Se evt. detaljer i procedure for uanmeldte tilsyn.

Der foretages vurderinger på 4 niveauer:

- Niveau 1: Den enkelte stikprøve
- Niveau 2: Den enkelte indikator
- Niveau 3: Det enkelte tema
- Niveau 4: Det samlede tilsynsresultat

Vurderingsprincipperne sikrer systematisk analyse og vurdering fra den enkelte stikprøve udføres til det samlede tilsynsresultat. På alle niveauer baseres vurderingen på lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurderingsprincipperne gennemgås nedenfor.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 1: VURDERING AF DEN ENKELTE STIKPRØVE

Der er indsat vejledende tjekpunkter under den enkelte indikator i rapporten. Tjekpunkterne tilpasses efter forholdene under tilsynsbesøget, således at indikatorerne bliver bedst muligt belyst.

Kvalitative data: Positive og negative fund indskrives under "Beskrivelse", så vidt mulig med uddybende oplysninger til brug for det videre udviklingsarbejde.

Kvantitative data: Den enkelte stikprøve vurderes som Opfyldt, Delvist Opfyldt eller Ikke Opfyldt.

Ud fra antallet af relevante beregnes % af mulige point. Point tildeles efter følgende kriterier: Der gives 1 point, hvis indikatoren er vurderet Opfyldt, ½ point ved Delvist Opfyldt, 0 point ved Ikke Opfyldt. Enkelte forhold indvirker på den kvantitative beregning, herunder

a. Antallet af borgere, der indgår i tilsynet er som ovenfor beskrevet 20 borgere. I forhold til det enkelte målepunkt, kan antallet af relevante være mindre end 20, idet nogle borgere ikke modtager en ydelse, ikke kan deltage i interview, at indikatoren ikke er relevant for borgeren samt lignende vilkår.

b. Et enkelt fund kan være fuld dokumentation for, at eksempelvis en instruks for en delegeret opgave foreligger. I så tilfælde markeres med Opfyldt. Såfremt der er mangler, markeres med Delvist Opfyldt, og såfremt der er betydelige mangler eller instruksen ikke foreligger markeres med Ikke Opfyldt.

c. For enkelte indikatorer er opfyldelsesprocenten angivet samlet for stikprøverne.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 2: VURDERING AF DEN ENKELTE INDIKATOR

Indikatorvurderingen sker ud fra 3 kategorier: Helt Opfyldt, Delvis Opfyldt eller Ikke Opfyldt.

Indikatoropfyldelsen vurderes på baggrund af beskrivelserne af de positive og negative fund i stikprøverne samt den kvantitative målopfyldelse.

En kvantitativ målopfyldelse på over 75% giver mulighed for, at indikatoren kan vurderes som Helt Opfyldt. Analysen af de kvalitative fund er afgørende, idet få negative fund kan have betydning for borgerens helbredsmæssige sikkerhed og/eller retsstilling. Der kan derfor være indikatorvurderinger, som er " Delvist Opfyldt" eller måske "Ikke Opfyldt", selvom de kvantitative data viser målopfyldelse på over 75%. Begrundelsen vil i så fald fremgå af rapporten.

Alvorlige fejl og mangler indebærer alvorlige konsekvenser for borgeren. Det omhandler forhold, hvor der ikke er sammenhæng mellem borgerens behov og de tildelte eller leverede ydelser eller der eksempelvis konstateres sundhedsskadelige hygiejniske forhold i hjemmet med alvorlig risiko for borgerens helbred. Det kan tillige omhandle forhold hvor kvaliteten i den personlige pleje medfører risiko for borgerens helbred eller hvor borgeren er udsat for dokumenterbare alvorlige krænkelse i forhold til personlige grænser.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 3: VURDERING AF DET ENKELTE MÅL

Målopfyldelsen vurderes på baggrund af resultaterne fra de enkelte indikatorer sammenholdt med kravene i lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurderingskategorierne er: Godkendt, Godkendt med få bemærkninger, Godkendt med mangler eller Kritisable forhold.

OPFYLDELSE PÅ NIVEAU 4: DET SAMLEDE TILSYNSRESULTAT

Det endelige tilsynsresultat vurderes på baggrund af resultaterne fra de 6 målområder sammenholdt med kravene i lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene omsorgs- og sundhedsfaglige standarder.

Vurderingskategorierne er: Godkendt, Godkendt med få bemærkninger, Godkendt med mangler eller Kritisable forhold.

Kommentarer fra tilsynsstedet

Kommentarer fra tilsynsstedet efter høring.

Formel høring:

Vedr. dokumentation:

1. Ved overgangen til Nexus blev det besluttet fra styregruppen, at vi i Greve Kommune udviklede vores dokumentationspraksis undervejs i implementeringen. Dette har bl.a. betydet at arbejdsgangen "Dokumentation i Driften" først kom ud i organisationen lige inden hovedsommerferien. En implementeringsperiode til en opgave af en sådan størrelsesorden, som involverer mange mennesker på kryds og tværs i alle vagtlag tager lang tid, før at der kan ses en ensartet systematik, hvilket tilsyns rapportens fund også bærer præg af, idet alle områder på ingen måde kan implementeres fuldt ud i løbet af 2 måneder (hovedsommerferieperioden fra regnet).
2. Vi er vidende om, at dette er en generel udfordring for hele området under Center for sundhed og pleje, **hvorfor der burde have været taget højde for dette under tilsynene**, idet fundene blot afspejler den måde hele sundhed og pleje har valgt at implementere på. Der er forskel på at få 20 medarbejder i et vagtlag - og så 62 medarbejdere i alle vagtlag til at dokumentere ens. Derudover er det ikke alle medarbejdere ude i driften, som har de samme rettigheder – hvorfor noget dokumentation kræver flere personer (og det kræver også koordinering)
3. Nogle af områderne, som fremgår af "dokumentation i Driften" er ydermere først fuldt ud gennemdrøftet i superbrugergruppen i starten af oktober, hvorfor det synes uhensigtsmæssigt at forvente dette fuldt implementeret ude i yderste led ved et tilsyn 3 uger efter.
4. I tilsynsrapporten står under pkt. 2 under forbedringsområder og anbefalinger:
" I myndigheden er der lavet en vejledning til brug af generelle oplysninger, som det anbefales bliver udbredt og implementeret i hele organisationen". Som i vores faktuelle høringssvar vil vi godt opponere mod at dette står i en rapport over et tilsyn, som har fundet sted d.22.10.19, når vejledningen først er sendt ud i organisationen fredag d.25.10.19 – altså 3 dage efter at selve tilsynet har fundet sted.
5. Vi modtager på Hedebo borgere i mange forskelligartede forløb – nogle borgere er her få uger til fx træning efter en simpel fraktur, hvorfor dokumentation af ønsker for livets afslutning absolut ikke synes relevant for alle borgere. Dette punkt vil derfor blive rest andet steds i forhold til dokumentationspraksis.

Tilsynets kommentar samt tilføjelse til punktet "Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger" efter den formelle høring:

Ad punkt 4)

I forbindelse med kommentarerne fra tilsynsstedet omkring udfyldelse af generelle oplysninger, er der i anbefalingen tilføjet følgende: " Alternativt anbefales det, at hensigten omkring dokumentation af generelle oplysninger jævnfør FS3-metoden implementeres.

Det har hele tiden været en del af FS3 og dermed dokumentationsmetoden, at generelle oplysninger er et fælles dokumentationsredskab og skal udfyldes af alle medarbejdere, der kommer i kontakt med borgeren. Denne del af FS3 er ikke implementeret på Hedebo på tilsynstidspunktet.