

**Tilsynsrapport
Strandcentret
Plejecenter
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

Strandcentret Plejecenter

Leder

Maj-Britt Vendelbo Toft

Dato og tidspunkt for tilsynet

17. december 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 begge har givet tilsagn om at blive interviewet samt 2 social- og sundhedshjælpere samt to gruppeledere og plejecenterleder.
- Observation: Borgers hjem, 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 Lbd
- 2 Mie
- 3 Llh

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Strandcentret Plejecenter:

Godkendt

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. Fordet 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 opleves god kontakt til borgerne og borgerne udtrykker generel tilfredshed med at være på Strandcentret, både i forhold til plejen, medarbejdere og aktiviteter.

Der er et bredt tilbud om aktiviteter hver uge og borgerne bliver motiveret til at deltage.

Der er ved indgangen til Strandcenteret gode muligheder for at orienterer sig om hvad der sker på Strandcenteret. Det virker som et aktivt plejecenter.

Personalet har godt kendskab til borgerne. Der er dagligt fokus på at identificere borgere, som der skal være særligt opmærksomhed omkring. Der bliver brugt triage, tidlig opsporing, HUSK, Personcentreret omsorg m.v. Derudover er Strandcentret med i et projekt omkring vægt, så der er fokus på uplanlagt vægttab og vægtøgning.

På Strandcentret er der stort fokus på kosten og der foretages brugerundersøgelse hver måned for at sikre størst mulig involvering, indflydelse og tilfredshed med kosten blandt borgerne.

Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger

Det anbefales, at der arbejdes videre med de nye magtanvendelses regler, så det bliver udbredt til hele centret. Derudover vil det give mening, at viden om plejetestamenteudbrederes, så personalet kan vejlede borgere og pårørende omkring dette.

Det fremgår, at medarbejderne ikke dokumenterer borgernes ønsker til livets afslutning bl.a. hvad tøj vil have på eller andre specifikke ønsker.

Der observeres uhensigtsmæssige arbejdsgange i forbindelse med personlig pleje da der manglede skraldespande. Det har betydning i forhold til hygiejnen. Som følge af det, anbefales at der installeres brugbare skraldespande på badeværelserne og at de benyttes. Efter tilsynet blev ledelsen gjort opmærksomme på dette problem.

observationer:

Det er ændringer der som udgangspunkt skal beskrives, ikke når det er normalt eller som forventet. Hos nogle borgere er der længere beskrivelser af forhold som er gennemgående og forventelige for hver dag.

Der skal ikke bruges tid på at dokumenterer hvad borgeren f.eks. spiser, medmindre der er lavet planer for hvad borgeren forventes at spise, da det først der vil være tydeligt, hvad der er uden for rammen af det normale for borgeren og dermed, hvad der skal noteres.

Hos en borger er der beskrevet, at en borgers fødder er mere blålige end de pleje og meget kolde. Der er ikke skrevet hvilke tiltag, der er gjort eller hvilken opfølgning, der skal udføres på dette.

Oplysninger om netværk, brug af rusmidler, seksuel aktivitet, misbrug, målinger, diagnose, og lignende oplysninger skal ikke stå under en .observation.

Handlingsanvisninger:

Hos én borger ligger der en handlingsanvisning på ernæring, men der er ingen indsats på ernæring og ikke noget mål i forhold til ernæring. Under denne handlingsanvisning står der at borgeren skal vejes én gang pr. måned, men der er heller ingen indsats til dette. Under målinger er borgeren vejlet to gange hver måned.

Hos en borger er der indsats til blodtryk og puls, men der er ingen handlingsanvisninger. Det er visiteret til én gang årligt, men det er målt ni gange i 2019.

Hos en borger er der visiteret øjendrypning, men der findes ikke indsatsmål, handlingsanvisning eller lignende. Indsatsen har stået på i over ét år. Hos denne borger er der flere af disse eksempler med visiteret sundhedslovs indsatser, som der ikke er den nødvendige dokumentation på eller ikke er afsluttet.

Det er vigtigt, at der ved alle visiterede sundhedslovs indsatser er lavet handlingsanvisninger, hvor det er noteret hvilken faggruppe, som tager sig af opgaven/har kompetence til at løse

opgaven og hvordan der følges op på indsatsen af en sygeplejerske eller læge. I flere tilfælde står der blot "personalet".

Hos én borger er der indsats til puls og blodtryk i handlingsanvisning er det noteret, at det skal tages hver tredje måned. Men der er ikke sat nogle blodtryksmålinger ind i skemaet for målinger.

Døgnrytmer

Der ligger på flere borgere to aktive døgnrytmeplaner. Når der oprettes en ny døgnrytme, skal den gamle gemmes som inaktiv.

Det anbefales, at der generelt under døgnrytmeplaner beskrives, hvilke handlinger der mindre hensigtsmæssige hos den enkelte borger og hvilke handlinger der fungerer godt hos den borger, for at sikre et så godt samarbejde som muligt. Det anbefales også, at det dokumenteres, hvad der fungerer godt, hvis det bliver nødvendigt at skærme den enkelte borger. Hvis der er noget den enkelte borger er særlig glad for man gør eller siger, vil det også være hensigtsmæssigt at notere i døgnrytmeplanen.

Relationer tilstandshjul

Der er fint fokus på at relatere, men det må der gerne arbejdes videre med under målinger, så f.eks. indsats til vejning bliver relateret til vægt under fanen målinger. Pakkerne som visiteres til plejecentrene kan foldes ud, så hver enkelt indsats i pakken kan relateres til f.eks. døgnrytmeplanerne.

Generelle oplysninger:

Under generelle oplysninger er der gode oplysninger, men ressourcer, mesting, motivation, roller, vaner skal der være mere fokus på, især for borgerne med demens.

Under generelle oplysninger er der hos en borger noteret hvilke hjælpemidler borgeren har, også de hjælpemidler som er visiteret fra myndigheden. Visiterede hjælpemidler skal ikke noteres i dette felt. Det er selv-indkøbte hjælpemidler, som noteres i dette felt.

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
Målgrupper og metoder <ul style="list-style-type: none">• Borgere med kognitive funktionsevnedssættelse 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
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

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

Vurderingsprincipper

De 6 overordnede måleområder 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 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 og 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 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 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 "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.

Strandcentret har ikke haft kommentarer til rapporten efter den formelle høring.

