

**Furesø Kommune
Center for Social og Sundhed
23. januar 2017**

Rapport fra kommunalt uanmeldt tilsyn

Plejecentret Lillevang - Kornelhaven

1. Baggrund, mål og metode for at gennemføre det uanmeldte tilsyn.

Det årlige uanmeldte tilsyn på plejehjem og -centre i Furesø Kommune gennemføres med henvisning til § 151 i Lov om Social Service. Tilsynet har fokus på de kommunale opgaver efter lovens § 83 og 86, og de kvalitetsstandarder for pleje og praktisk hjælp, aktiviteter og træning, som byrådet har vedtaget.

Tilsynsførende fra Center for Social og Sundhed foretager tilsynet.

Målet med tilsynet er ved hjælp af stikprøver at undersøge:

- Om beboerne får den hjælp og pleje, de er berettiget til ift. kvalitetsstandarderne
- Om beboerne får hjælpen på en faglig forsvarlig måde
- Om plejehjemmene/centre lever op til relevant lovgivning

Vi anvender følgende metoder:

- Tilsynsførende bevæger sig frit omkring på institutionen uden ledsagelse, med det formål at få et generelt indtryk af stedet og den praksis, der er her
- Dialog med beboere, pårørende, ledelse og medarbejdere
- Skabeloner der er lavet på baggrund af den gældende lovgivning, de vedtagne kvalitetsstandarder, og Socialministeriets bekendtgørelse om tilsyn på plejehjem

Skabelonerne skal sikre, at institutionerne bliver vurderet på de samme områder.

Tilsynet udarbejder en rapport, som danner grundlag for eventuelle udviklingspunkter, der skal drøftes med ledelse og medarbejdere.

2. Tilsynets vurderinger 2017

Tilsynet blev udført d.23. januar 2017. Der er 24 boliger

Der er 15 ansatte, nattevagt og sygeplejerske er fælles for Lillevang. Fordeling af ansatte 9 Sosu-hjælpere, 6 Sosu- assistenter og 1 daglig leder.

Daglig leder er derover leder for nattevagter og sygeplejesker på Lillevang.

Tilsynet talte med daglig leder, 3 ansatte, 3 beboere og 2 pårørende. Tilsynet var observerende ved morgenplejen ved 2 beboere.

Daglig leder startede Maj 2016 efter ændring af ledelsesorganisering på Plejecentret.

Der er arbejdet med organisering af hverdagen og besættelse af ledige stillinger.



Kommunale:

Ved det kommunale tilsyn i februar 2015 fandt tilsynet, at der skulle udarbejdes handleplaner/udviklingsplaner på følgende gældende hele plejecentret Lillevang:

Dokumentation:

- Det skal fremgå af helhedsvurderingen, om beboeren er tilmeldt omsorgstandplejen. CAVE skal være udfyldt. Beboerens vægt skal være aktuel

Hygiejne:

- Øget fokus på kvaliteten af rengøringen i beboernes boliger
- Håndtering af vasketøj
- Det skal være muligt at udføre korrekt håndhygiejne, hvor det er påkrævet

Personlig pleje/arbejds miljø:

- Øget fokus på etikken og kvaliteten omkring den personlige pleje
- De ansatte skal undgå de u hensigtsmæssige arbejdsstillinger

Måltid:

- Øget fokus på varieret kost efter beboernes ønsker

Sundhedsstyrelsen:

Plejecentret Lillevang havde tilsyn af Sundhedsstyrelsen d. 14. august 2015. Ved tilsynet haft fandt de fejl og mangler, som indebar risiko for patientsikkerheden.

Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at ledelsen og personalet havde arbejdet konstruktivt og målrettet for at imødekomme Sundhedsstyrelsens krav fra foregående tilsyn.

Ved tilsynet kunne det konstateres, at en del af Sundhedsstyrelsens krav var opfyldt. Der var fortsat behov for en indsats vedrørende nedenstående områder.

- at de problemområder, der er angivet i målepunktet, er vurderet og beskrevet i den sygeplejefaglige dokumentation
- at der foreligger en aktuel oversigt over patientens sygdomme og handicap, som er af betydning for pleje og behandling
- at det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme
- at opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling er beskrevet
- at de sygeplejefaglige optegnelser føres overskueligt og systematisk
- at det fremgår af journalen, hvornår egen læge har gennemgået patientens medicin
- at der er overensstemmelse mellem den ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin
- at det fremgår af den sundhedsfaglige dokumentation, i hvilket omfang patienten er i stand til at give et habilt samtykke til behandling/varetage sine helbredsmæssige interesser, eller om disse interesser varetages helt eller delvist af pårørende eller værge

Tilsynets konklusioner

Område	Tilsynets bemærkninger
Selvbestemmelsesret	<p>Daglig leder oplyser, at der siden efteråret 2016 har været fokus på ”den gode indflytning” med afholdelse af indflytningssamtale for at afstemme forventninger og op følgende samtale efter nogle måneder. De er bevidste om, at der fortsat skal arbejdes med dette.</p> <p>Pårørende oplyser, at der ved indflytning sommer ikke blev afholdt indflytningssamtale før flere måneder efter. Der efterlyses en form for statusmøder med borgere og pårørende.</p> <p>Pårørende oplever et til tider svært samarbejde med personale. Der har været møder med daglig leder og der er nu god dialog med leder.</p>
Livskvalitet	<p>Måltiderne prioriteres og der bages ofte</p> <p>Der er aktiviteter i huset tre gange om ugen og det oplyses, at borgerne har mulighed for at deltage i aktivitetscentret.</p> <p>Der arrangeres større fester og udflugter. Personalet planlægger fastelavnsfest for beboerne.</p> <p>Borger og pårørende oplever ikke, at der er aktiviteter og der er ikke er mulighed for at blive fulgt i aktivitetscentret, hvis man har brug for hjælp til dette. Aktiviteterne foregår i én af grupperne og der mangler fokus.</p> <p>Tilsynet vurderer, at der ikke er sammenhæng mellem grupperne, hvorfor borgerne ikke oplever at der sker aktiviteter, når det ikke sker i egen gruppe.</p>
Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen	<p>Dagen, hvor tilsynet er på besøg, er der flere sygemeldinger blandt personalet. Der er en rolig og positiv stemning i huset og arbejdet prioriteres.</p> <p>Huset består af tre grupper, med personale til hver gruppe. Grupperne fremstår adskilte med kun lidt sammenhæng grupperne imellem. Personalet i én gruppe spiser morgenmad med beboerne, samtidig afventer borgerne i en anden gruppe morgenmad. Interviewet beboer giver udtryk for, at der sker meget lidt i gruppen, men samtidig bages til beboerne i en anden gruppe.</p>



	<p>Der kan med fordel arbejdes med, hvordan der sikres sammenhæng på tværs af grupperne, så det fremstår som ét samlet hus.</p> <p>Der afholdes triage møder to gange om ugen. Dette giver fokus på tidlig opsporing, men personalet oplever det er svært at anvende IT til dette. Møderne anvendes til faglig refleksion</p> <p>Der indberettes UTH og disse arbejdes med efterfølgende.</p> <p>En borger har MRSA, og personalet anvender hygiejniske principper ved borgerkontakt. De hygiejniske principper er ophængt udenfor borgers dør, men med overstregninger, således det er vanskeligt at aflæse, hvad er aktuelt gældende. Der skal til en hver tid, være ophængt korrekt gældende skriftlige hygiejniske principper.</p> <p>Daglig leder oplyser, at der vil blive udarbejdet årshjul, der skal sikre tilbagevendende fokus på de forskellige områder/indsatser, da fokus ofte mindskes, når der arbejdes med et nyt fagligt tiltag.</p>
Mad og ernæring	<p>Borgerne giver udtryk for, at måltiderne prioriteres og der er tilfredshed med maden. Pårørende oplyser, at der gøres meget ud af frokost, mens aftensmaden er typisk ældre mad grå og kedelig.</p> <p>Daglig leder oplyser, at nyansat køkkenleder vil involvere borgerne i menuvalg mm.</p>
En værdig død	<p>Ved to stikprøver, er der i CARE dokumenteret, at borger har taget stilling til behandlingsniveau og livsforlængende behandling.</p> <p>Interviewet pårørende oplyser, at der ikke ved indflytning er drøftet behandlingsniveau, herunder genoplivning.</p>
Aktivt medborgerskab - frivillige	<p>Personale, beboere og pårørende oplyser, at der ikke er samarbejde med frivillige i huset.</p>
Den skriftlige dokumentation	<p>Der er foretaget to stikprøver.</p> <p>Der foreligger aktuel helhedsvurdering.</p>



	<p>Der er oprettet indsatsområder, men for begge stikprøver gælder, at der ikke er sket systematisk opfølgning.</p> <p>Der mangler indsatsområder f.eks. i forhold til aktuell medicin borger, er i behandling med. Der er samtidig dokumenteret observationer, der skal medføre indsatsområder.</p>
Medicin	<p>Der foretages 2 stikprøver.</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicin er dosseret korrekt• Medicin opbevares i farvede poser, hvor aktuell medicin, ekstra medicin og afsluttet medicin er adskilt.• Der er ID-mærkning på alle præparater. <p>Her ud over findes:</p> <ul style="list-style-type: none">• ved begge stikprøver er der 1-2 præparater, hvor der på printet medicinliste ikke er angivet korrekt handelsnavn• Ved én borger er medicin pauseret til angiven dato. Ifølge bemærkning skulle behandling være genoptaget dagen inden tilsynet jf. lægenotat. Behandling er ikke genoptaget• præparat, der gives hver ½ år – her er ikke angivet dato for næste dosis. <p>Printede lister er ophængt på indersiden af skabslågen. Da borgerne får flere præparater er det vanskeligt at overskue antal, og lave optælling ved alle udleveringer. Tilsynet anbefaler, at der anvendes SMARTCARE tællerfunktion til at sikre dette.</p>
Personlig pleje	<p>Der observeres pleje ved to borgere i forskellige grupper.</p> <p>Der er god relation og respekt mellem borger og personale og der anvendes en rehabiliterende tilgang i plejen.</p> <p>Borgerne fremstår velsoigneret. Ved samtale giver borgerne udtryk for, at de er tilfredse med plejen og får den hjælp de vil have.</p>
Samarbejde, kommunikation og arbejdsmiljø	<p>Ny leder er startet Maj 2016. Medarbejdere og personale oplever at leder er tilgængelig og lydhør.</p>



	<p>Medarbejdere og beboere giver udtryk for, at der er sket positive forandringer, og leder er synlig og nærværende.</p> <p>Beboerne udtrykker tilfredshed med plejen. Enkelte beboere oplever, at kommunikationen kan forbedres, og der kan være manglende viden om særlige kommunikationsbehov i forhold til sygdomstilstande mm.</p> <p>Sygefravær de seneste 3 måneder: Oktober: 8,7% November: 4,4% December: 5,4%</p>
Kompetenceudvikling	<p>Der er afholdt MUS-samtaler med alle medarbejdere. Interviewede medarbejdere har oplevet dette positivt, og der er lavet aftaler om faglig udvikling.</p> <p>Der vil blive udarbejdet kompetenceskemaer for alle medarbejdere, indtil dette er det sygeplejerske, der oplærer medarbejdere.</p> <p>Personalet indgår i FVU-projekt med screening af medarbejdere.</p>
Øvrigt	<p>Tilsynet har modtaget følgende instrukser:</p> <ul style="list-style-type: none">• behandlingsniveau• medicininstruks 2016• MRSA• Håndhygiejne• samtykke vejledning



Samlet konklusion:

1		Ingen bemærkninger Dette betyder, at det observerede lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instrukser, rutiner, værdier, kvalitetsstandarder og almen faglig standard.
2	X	Bemærkninger Dette betyder, at det observerede lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instrukser, rutiner, værdier, kvalitetsstandarder og almen faglig standard. Men der er forhold, som plejehjemmet/plejecentret skal handle på.
3		Betydende mangler Dette betyder, at det observerede på nogle områder ikke lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instrukser, rutiner, værdier, kvalitetsstandarder og almen faglig standard. Plejehjemmet/plejecentret udarbejder tids-og handleplan indenfor 14 dage . Handlingsplanen sendes til tilsynet, som foretager opfølgingsbesøg, og handleplanen er omdrejningspunktet.
4		Kritisable forhold Dette betyder, at det observerede på flere områder ikke lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instrukser, rutiner, værdier, kvalitetsstandarder og almen faglig standard. Plejehjemmet/plejecentret udarbejder en tids-og handleplan indenfor 5 dage og sender den til tilsynet, som herefter vil foretage de nødvendige opfølgende tilsynsbesøg hvor handleplanen er omdrejningspunktet.

Forhold, som plejehjemmet/plejecentret skal handle på.

- Sammenhæng i huset, så det ikke opleves som tre adskilte grupper.
- Sikre, at der til en hver tid er ophængt korrekt skriftlige principper for at hindre smittespredning hos borgere med særlig smitterisiko.
- Medicin skal administreres jf. lægeordination og gældende retningslinjer.

Tilsynsførende: Helene Wulf-Andersen, Susanne Jensen