

**Furesø Kommune  
Center for Social og Sundhed  
7. februar 2017**

## **Rapport fra kommunalt uanmeldt tilsyn**

### **Plejecentret Lillevang - Syrenhaven**

### **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.7. februar 2017. Der er 24 boliger  
Der er 15 ansatte, nattevagt og sygeplejerske er fælles for Lillevang.

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

Tilsynet talte med daglig leder, 3 ansatte, 5 beboere og 2 pårørende. Tilsynet var observerende ved morgenplejen ved 2 beboere.

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



### **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

<b>Område</b>	<b>Tilsynets bemærkninger</b>
<b>Selvbestemmelsesret</b>	<p>Hverdagen tilrettelægges, så borgernes ønsker om f.eks. hvornår de vil stå op tilgodeses.</p> <p>Pårørende oplyser, at der er godt samarbejde med personalet.</p> <p>Der holdes indflytningssamtaler.</p> <p>Personalet har fokus på borgernes selvbestemmelsesret, men oplever det vanskeligt, når borgerne adfærd har en negativ påvirkning af de øvrige borgere.</p>
<b>Livskvalitet</b>	<p>Der er aktiviteter i huset to gange om ugen og det oplyses, at borgerne har mulighed for at deltage i aktivitetscentret.</p> <p>Der er overvægt af borgere med demens i huset. Borgerne giver udtryk for at være glade og tilfredse i nuet.</p> <p>Pårørende oplever, at der mangler små aktiviteter i hverdagen.</p> <p>Tilsynet vurderer, at der med fordel kan arbejdes med den faglige tilgang hvordan måltider, kaffepauser bliver en bevidst aktivitet, og der dagligt er små aktiviteter i huset.</p>
<b>Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen</b>	<p>Personale oplyser, at der aktuelt er to borgere med udad reagerende adfærd.</p> <p>Ved en borger, er der fast ekstra personale tilknyttet og der er VISO-forløb.</p> <p>Ved anden borger, er der ved tilsynsbesøget fokus på, hvordan plejen kan tilrettelægges. Medarbejder med særlig demens kompetence deltager i morgenplejen for sammen med det faste personale at lave handleplan mm.</p> <p>Der afholdes triage møder to gange om ugen. Dette giver fokus på tidlig opsporing.</p> <p>En større gruppe medarbejdere har været ansat i huset gennem mange, og der er mange uskrevne rutiner.</p> <p>Tilsynet vurderer, at der med fordel kan sættes fokus</p>



	<p>på, hvordan der arbejdes med de faglige begrundelser. Hvordan det sikres at de fagligheder, der er tilsammen i huset kommer i spil.</p> <p>Pårørende og personale giver udtryk for, at der kan mangle personale sidst på dagen. daglig leder oplyser, at der pga. nuværende vagtplan kan være eftermiddage, hvor der kun er få personaler i huset om eftermiddagen. Der er plan om omlægning af vagtplan, så der kan sikres tilstedeværelse af personalet.</p>
<b>Mad og ernæring</b>	<p>Borgere og pårørende giver udtryk for, at måltiderne prioriteres og der er tilfredshed med maden.</p> <p>Daglig leder oplyser, at nyansat køkkenleder vil involvere borgerne i menuvalg mm.</p>
<b>En værdig død</b>	<p>Pårørende oplyser, at de har haft en kort drøftelse med personalet, men der er ikke lavet præcise aftaler, da de ikke har kunnet tage stilling endnu.</p> <p>Pårørende oplever en god kontakt og er trygge ved, at de vil blive kontaktet ved forværring, og vil tage stilling når det bliver aktuelt.</p>
<b>Aktivt medborgerskab - frivillige</b>	<p>Personale, beboere og pårørende oplyser, at der ikke er samarbejde med frivillige i huset.</p>
<b>Den skriftlige dokumentation</b>	<p>Der er foretaget to stikprøver.</p> <p>Der foreligger aktuel helhedsvurdering hos én borger anden borger er helhedsvurdering 8 mdr. gammel. Der er ingen angivelse af, hvorvidt tilstand er uforandret.</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 aktuel medicin borger, er i behandling med. Der er samtidig dokumenteret observationer, der skal medføre indsatsområder.</p> <p>Der er dokumenteret samtykke.</p>
<b>Medicin</b>	<p>Der foretages 3 stikprøver.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medicin er dosseret korrekt</li><li>• Der er ID-mærkning på alle præparater.</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der er ophængt aktuel printet medicinliste med aktuel handelsnavn.</li></ul> <p>Her ud over findes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medicin opbevares i farvede poser. Der er manglende systematik idet, tilsynet observerer, at der dosseres fast medicin fra pose med PN-medicin.</li><li>• Ved én borger, er det ikke muligt at rekonstruere morfica-regnskab. Der er tre glas med samme indholdsstof, heraf to forskellige handelsnavne og 3 morfica skemaer. Der er ikke systematik i, hvilke glas der anvendes, hvilke glas der er i de forskellige poser og hvilke morficaschema der anvendes til hvilke glas. Tilsynet vurderer, at der skal arbejdes med systematik, så det sikres, at det til en hver tid kan sikres, at borger får medicin med korrekt handelsnavn jf. medicinliste og der kan føres kontrol med anvendt medicin via morficaliste.</li></ul> <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>
<b>Personlig pleje</b>	<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 borgere og pårørende udtryk for, at de er tilfredse med plejen og får den hjælp de vil have.</p>
<b>Samarbejde, kommunikation og arbejdsmiljø</b>	<p>Ny leder er startet november 2016.</p> <p>Personale giver udtryk for, at arbejdsmiljøet er påvirket af borger med udad reagerende adfærd. Der er ekstra personaleressourcer, og forløb med VISO, men personalet oplever sig psykisk belastet idet, der er svært at tilgodese borgers ønsker og behov i samværet med de øvrige borgers ønsker og behov, når borger samtidig reagerer fysisk ved at slå. Daglig leder oplyser, at der planlægges opfølgning og indsats omkring personalet via kommunens fastholdelseskonsulenter.</p>



	Sygefravær de seneste 3 måneder: November 2016: 3,48% December 2016: 2,48% Januar 2017: 17,47% Influenza epidemi.
<b>Kompetenceudvikling</b>	
<b>Øvrigt</b>	Daglig leder er leder af to huse. Ved tilsynet drøftes, hvorledes der kan skabes synergi mellem husene



**Samlet konklusion:**

<b>1</b>		<b>Ingen bemærkninger</b> Dette betyder, at det observerede lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instrukser, rutiner, værdier, kvalitetsstandarder og almen faglig standard.
<b>2</b>	<b>X</b>	<b>Bemærkninger</b> 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.
<b>3</b>		<b>Betydende mangler</b> 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 <b>14 dage</b> . Handlingsplanen sendes til tilsynet, som foretager opfølgingsbesøg, og handleplanen er omdrejningspunktet.
<b>4</b>		<b>Kritisable forhold</b> 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 <b>5 dage</b> og sender den til tilsynet, som herefter vil foretage de nødvendige opfølgende tilsynsbesøg hvor handleplanen er omdrejningspunktet.

**Forhold, som plejehjemmet/plejecentret skal handle på.**

- Sikre systematik ved medicinadministration.
- Personalets psykiske arbejdsmiljø.
- Fagligt fokus på aktiviteter i hverdagen.

Tilsynsførende: Helene Wulf-Andersen, Susanne Jensen