

Tilsynsrapport

Langagergård

**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

Langagergård

Leder

Louise Wesselhoff

Dato og tidspunkt for tilsynet

12. december 2019

Tilsynstype

Uanmeldt ordinært tilsyn

Datagrundlagt og metodik

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov,

Data er indsamlet via:

- Dokumentation via omsorgssystemet Nexus, procedurer, informationsbreve til borgerne, handleplaner for kvalitetsforbedringer samt kompetenceskemaer og plejeenhedens egen kvalitetsvurdering samt

eventuelle handleplaner.

- Interview med 2 borgere, som begge har givet tilsagn om at blive interviewet, 2 medarbejdere der er Social og Sundhedsassistenter, samt plejecenterleder og alle teamledere på plejecenteret.
- Observation af borgers hjem, borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem samt arbejds gange i hjemmet.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag. 0 besøg er udført i aftenvagten.

Tilsynspersoner:

0

- 1 mie
- 2 lbd

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Langagergård:

Godkendt

Kategorier
<p>Godkendt</p> <p>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.</p>
<p>Godkendt med få bemærkninger</p> <p>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.</p>
<p>Godkendt med mangler</p> <p>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.</p>
<p>Kritisable forhold</p> <p>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.</p>

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
<ul style="list-style-type: none">- Generelle oplysninger er fyldestgørende udfyldt jf. arbejdsgang for dokumentation i Nexus.- Der er lavet indsatsmål på alle overleverede indsatser, der mangler dog en enkelt eller to handleanvisninger- Der mangler indsatsmål på personlig pleje og praktisk bistand på alle sager gennemgået ved audit.- Der laves .observationer med fælles overskrift, så det er overskueligt.- Notater fra lægekontakt er udfyldt- Både ledere og medarbejdere har styr på procedurer og arbejdsgange- God og imødekommende atmosfære, både ved ankomst til centeret og på afdelingen- Personalet har god kontakt og respektfuld kommunikation med borgerne.- Aktivt samarbejde med borger og pårørende.- Personalet har individuelt fokus på hver enkelt borger i forhold til tilrettelæggelse af plejen og i kommunikationen med borgerne.- Personalet og lederne har meget fokus på Personcentreret omsorg, og tilsynet vurderer, at det er med til at der ikke umiddelbart foregår magtanvendelse. Det er understøttet af at tilgang til borger og handlemåder ved modstand fra borger er godt beskrevet.
Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger
<p>Tilsynet observerer, at der ikke er lavet indsatsmål på personlig pleje og praktiske bistand. Der skal arbejdes med at relatere alle skemaer og .observationer til tilstande eller indsatser.</p>

Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

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

Lov om social service - Tilsystema	
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 funktionsevnedesættelser (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 med få bemærkninger
Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død <ul style="list-style-type: none"> • Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet 	Godkendt

• Pleje af borgere ved livets afslutning	
Trivsel og relationer • Borgernes trivsel og relationer	Godkendt
Delegeret sygepleje	Godkendt

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, 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 og såfremt der er betydelige mangler eller instruks 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 2 kategorier: 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.