

Tilsynsrapport

Møllehøj

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

Møllehøj

Leder

Gitte Hansen

Dato og tidspunkt for tilsynet

25. november 2019

Tilsynstype

Uanmeldt ordinært tilsyn

Datagrundlagt og metodik

Tilsynet omfatter borgere der bor på Møllehøj Plejecenter.

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: 2 borgere (1 fra Bøgegruppen og 1 fra Kløver-Lynggruppen), som begge har givet tilsagn om at blive interviewet, 2 medarbejdere, samt lederinterview med plejecenterleder og gruppeleder.
- Observation: Foretaget i borgernes hjem, hvor borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem, arbejdsgange i hjemmet har været i fokus.

Journalgennemgang er udført på 6 journaler ud af 54. I følge proceduren skal der gennemgås 6% af det samlede antal journaler, men det blev af tilsynet vurderet, at stikprøven, da ville blive meget lille - 3 journaler

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

Tilsynspersoner

- [1](#) Mie
- [2](#) Lbd

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Møllehøj:

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
<ul style="list-style-type: none">- Der er generelt en rigtig god stemning på centeret.- Tilsynet oplever, at medarbejderne har god kontakt til borgerne, og er opmærksomme på borgers behov.- Ledelsen tilskynder medarbejderne til at der i dagligdagen tænkes individuelt og i muligheder, hvilket afspejler sig i, at der gøres meget ud af, at den enkelte borgers ønsker imødekommes, så vidt muligt, og mange aktiviteter kan lade sig gøre.- Ved interviews med både leder og medarbejdere, er det tydeligt, at kerneopgaven omkring borgeren er i centrum.- Tilsynet oplever, at der er meget fokus på medinddragelse og meningsfulde aktiviteter, og borgerne oplever, at både de og deres pårørende inddrages.- Tilsynet oplever, at det er meget positivt, at Møllehøj har en terapeut der er meget synlig på centret, og som vurderer, screener og sætter mål for alle borgere kort tid efter deres indflytning.
Forbedringsområder og anbefalinger
<ul style="list-style-type: none">- På baggrund af journalaudits, anbefaler tilsynet, at der kommer fokus på dokumentation i Nexus. Det er anbefalet at udbrede kendskabet blandt medarbejderne til "Arbejdsgang for dokumentation i Nexus - drift".- Tilsynet anbefaler, at de mål fysioterapeut sætter for borger er kendte, og at der er kendskab til, hvor de kan findes i Nexus, så medarbejderne kan arbejde videre med de mål i dagligdagens pleje.- Da der ikke er kaldesystem på centeret generelt, anbefales det, at personalet er meget grundige i vejledning af borger, i forhold til, hvordan de tilkalder hjælp.- En borger var ikke klar over, hvor han kunne finde oversigt over ugens/dagens aktiviteter på centeret. Ved interview med medarbejdere og ledere oplyses det, at aktivitetsliste hænger et sted på centeret. Der anbefales tydelighed i forhold til eksponering af ugeaktiviteterne på centeret, for at borgerne kan komme med til de aktiviteter de ønsker.

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

Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsynstemaer i journalaudit:

Aktiviteter og rehabilitering

Ændringer bliver i mange tilfælde noteret i ydelsesnotater, hvilket er i strid med arbejdsgangen for dokumentation. Dermed bliver det svært for samarbejdspartnere og kollegaer at finde alle oplysninger om borgeren og få et fyldestgørende billede af, hvilken dokumentation der er foretaget på borgeren. Afvigelser skal altid dokumenteres i en .observation med en tydelig overskrift. Det anbefales, at der eventuelt arbejdes med faste overskrifter, så det er tydeligt for enhver, hvor afvigelser skal dokumenteres.

Målgrupper og metoder

Hos en borger er der lavet en god døgnrytmeplan for 1 vagtlag, men den lå ikke under handlingsanvisninger. Hos to borgere mangler døgnrytmeplan for NV

Hos 3 ud af 4 borgere er der en indsats til vejning hver måned, men ingen handleplan. Vejning hos den ene af disse borgere foretaget indtil september; der findes ingen notater vedr. evt. ophør.

Hos en borger fremgår psykiske funktionsændringer ikke i selvstændig .observation, men er beskrevet under .observation med overskriften "rehabilitering"

Organisation, ledelse og kompetencer

Ingen kommentarer

Procedurer og dokumentation

.observationer:

Hos nogen borgere, er der beskrevet mange afvigelser, men indtil november er der benyttet en ny .observation for hver eneste afvigelse, som er observeret. Det giver manglende overblik over borgerens situation.

Fra november ses der er ændring, da afvigelser af samme type/emne er beskrevet fortløbende i samme .observation. Det giver et betydeligt bedre overblik.

I flere .observationer, hvor der er beskrevet afvigelser, mangler der plan for, hvad der skal ske i forhold til den enkelte afvigelse, en opfølgning på dette samt evaluering der viser, at afvigelsen ikke længere er aktuel.

Døgnrytmeplaner:

På én borger er borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje meget fint beskrevet i døgnrytmeplaner. Det er lidt teksttungt, men der er mange gode informationer omkring borgernes vaner og rutiner, hvor nogen af dem hører under "Generelle oplysninger"

Der ligger gamle aktive døgnrytmeplaner, som ikke er inaktiveret. Døgnrytmer som ikke længere er aktuelle og hvor der oprettes en ny, skal inaktiveres, så det altid er tydeligt, hvilke én der er den gældende.

Indsatsmål:

Der er ikke dokumenteret indsatsmål, som er formuleret sammen med borgeren jf. arbejdsgangen "Dokumentation i Nexus - driften".

Hos én borger er indsatsmål brugt til at notere borgerens vægt. Der er oprettet 15 indsatsmål med borgerens vægt. Vægt skal noteres under målinger.

Handlingsanvisninger:

Hos én borger var der rigtig mange handlingsanvisninger, som ikke var opdateret både vedrørende delegerede og ikke delegerede opgaver. De handler om rengøring, demens daghjem, hjælp i borgerens tidligere hjem, en hudafskrabning fra august osv. Der mangler en gennemgang af oplysninger omkring borgeren og en oprydning i dokumentationen under handlingsanvisningerne.

Generelle oplysninger:

Generelle oplysninger er ikke dokumenteret konsekvent. Der ikke dokumenteret oplysninger om borgeren i livshistorie, netværk, ressourcer og vaner osv.

Nogle helbredsoplysninger er beskrevet både i generelle oplysninger og døgnrytmeplan.

I generelle oplysninger under kropsbårne hjælpemidler skal der ikke noteres, hvis borgerens har plejeseng og lignende som ikke er kropsbårent, medmindre borgeren selv har indkøbt dette.

Der mangler generelt relation mellem handlingsanvisninger og indsatser samt mellem .observationer og tilstande. Det gør at tilstandshjulet og dermed det overblik som det kan give, ikke kan benyttes efter hensigten i FS3.

Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Borgerens vaner beskrives i generelle oplysninger, hvis de er af almen betydning for borgeren. Lige nu er de beskrevet i døgnrytme.

Trivsel og relationer

Det er svært at finde information om hvilke aftaler der er lavet med pårørende.

Hos en borger er der beskrevet en aftale med pårørende under døgnrytmeplan i overblikket "Døgnrytme, Aftaler, Aktivitetsbeskrivelse og Livshistorie (CSP)" og ikke under aftaler.

Der står noget under døgnrytmeplanen, men da den er teksttung, skal man lede en del efter det.

Anbefaling: at der oprettes en .observation, som hedder aftaler med pårørende, hvis samarbejdet er

meget kompliceret og ofte skifter karakter. Som udgangspunkt sal aftaler beskrives under generelle oplysninger.

Delegeret sygepleje

Hos 5 ud af 6 borgere er der ikke instruks for alle borgerens delegerede opgaver.

I en handlingsanvisning stod der, at indsatsen ikke skulle leveres længere, men der var ingen dokumentation af, at indsatsen skulle lukkes eller at handlingsanvisningen skulle gemmes som inaktiv. Helbredstilstanden var heller ikke opdateret med de nyeste oplysninger.

Hos 4 ud af 6 borgere er der i alle oprettede handleanvisninger beskrevet, hvilken faggruppe der var delegeret til og som varetager sundhedslovs opgaverne.

Hos en borger er det ikke tydeligt, om en Sundhedslovsopgave er delegeret. På indsatsen er leverandøren den overordnede plejeenhed og på handlingsanvisningen er det ikke beskrevet konsekvent, om opgaven er overdraget.

Hos 5 ud af 6 borgere er der handleanvisninger, der ikke er opdaterede siden overgangen til Nexus i nov. 18.

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, 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, Delvist 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 helbreds mæssige 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.

Opsummering af styrker og forbedringsområder

Forbedringsområder og anbefalinger:

Fokus på dokumentation i Nexus.... Medarbejdere dokumenterer væsentlige ændringer – der opleves at være mange steder der skal dokumenteres.

Tilsynet anbefaler at der er mål.... Dokumentation er beskrevet i døgnrytmeplanen og her læser medarbejdere omkring borgeren for ikke at miste overblikket. Oplysninger kan ses flere forskellige steder.

Da der ikke er kaldesystem..... I Greve Kommune visiteres borgere til nødkald efter konkret procedure.

Der er ikke installeret kaldesystem på plejecentrene. Ved indflytning vejledes borgere og pårørende omkring kontakt til medarbejderne og der aftales tilsyn efter borgers ønske.

En borger var ikke klar over.... Konkret borger har "Møllekværnen" med oversigt over aktiviteter. Kognitivt er det en udfordring for mange borgere at huske de daglige aktiviteter. Medarbejderne spørger dagligt borgerne om de ønsker at deltage i aktiviteterne.

Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter:

Målgrupper og metoder:

Vejning hver måned ingen handleplan... Der udarbejdes kun handleplan hvis det er et problem for borgeren.

Procedurer og dokumentation:

Plejeenhedens dokumentationspraksis... Mange nye veje at dokumentere på i Nexus og mange medarbejdere der skal sidemandsoplæres i praksis.

Pleje af borgere ved livets afslutning... Borgere er fysisk og psykisk komplekse ved indflytning så disse ønsker bør afklares tidligere i livet.

Afsluttende kommentarer:

Der er mange ændringer om hvor dokumentationen i Nexus skal stå. Myndighed og udfører er ikke altid enige om hvor dokumentationen skal stå. Vi er alle en del af et system som konstant er i forandring. Det bør bemærkes at vi er i en proces da denne rapport er offentlig tilgængelig.