

Tilsynsrapport

Nældebjerg

Plejecenter

Center for Sundhed og Pleje
2022

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

Leverandør

Nældebjerg Plejecenter

Leder

Marianne Mouritzen

Dato

7-12-2022

Tilsynstype

ordinært uanmeldt tilsyn

Datagrundlag og metodik

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov,

Data er indsamlet via:

- Dokumentation via omsorgssystemet Nexus, procedurer, arbejdsgange, handleplaner for kvalitetsforbedringer samt kompetenskemaer og plejeenhedens egen kvalitetsvurdering samt eventuelle handleplaner.
- Interview: 2 borgere, som har givet tilsagn om at blive interviewet, 2 medarbejdere, samt plejecenterleder, 3 gruppeledere, 1 ergoterapeut, 1 sygeplejerske
- Observation: Centerets kontorfaciliteter, morgenmøde og interaktion mellem borger og medarbejder, borgers hjem, borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem, arbejdsgange i hjemmet.

Jf. oversigten er der i alt 69 borgere tilknyttet tilsynsstedet på tilsynsdagen.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag.

Tilsynspersoner

Troels Lundholm Dam

Janne Myhlendorph

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for Nældebjerg 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. 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

Tilsynet oplevede en god atmosfære på tilsynsstedet dagen igennem på trods af de dønninger der kan opstå som følge af et uanmeldt tilsyn. Ledelse og medarbejdere var gennemgående positive dagen i gennem selvom der skulle foretages en række justeringer i dagens program.

De to borgere der deltog i forbindelse med tilsynet, er begge meget tilfredse med at bo på Nældebjerg Plejecenter. De føler at de har en god relation til personalet, at de bliver inddraget i den hjælp de har behov for, og at de finder at have kvalitet i deres daglige liv på trods af deres behov for hjælp i hverdagen.

Det er gennemgående at tilsynsstedet arbejder med personcentreret omsorg som omdrejningspunkt i stort set alt hvad de gør og foretager sig i relation til borgere og pårørende. Dette både i tale, handling og dokumentationspraksis.

Forbedringsområder på tilsynets anbefalinger

Forbedringsområder og anbefalinger for de tilsynstemaer der kræver opmærksomhed er opstillet nedenfor:

Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter §86:

- Ved foregående tilsyn blev det anbefalet at tilsynsstedet udarbejdede en handleplan omhandlende dokumentationspraksis for den visiterede indsats, vedligeholdende træning. Det ser ikke ud til at planen er effektueret eller er slået igennem, hvorfor det på ny anbefales at tilsynsstedets ledelse retter fokus herpå. Konkret handler det om at der oprettes indsatsmål for indsatsen og at tilgangen beskrives i en handleplan. Dette kan for eksempel være i en handleplan.

Overdraget sygepleje:

- Tilsynet anbefaler at tilsynsstedet genbesøger dokumentationspraksis for tilsynstemaet og sørger for at ajourføre handleanvisninger så det tydeligt fremgår hvem der varetager overdragede opgave.

Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

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

Tilsystema	
Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet	Godkendt
Pleje af borgere ved livets afslutning	Godkendt
Trivsel og relationer	Godkendt
Målgrupper og metoder	Godkendt
Forebyggelse af magtanvendelse	Godkendt
Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand	Godkendt
Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere	Godkendt
Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold	Godkendt
Procedurer og dokumentation	Godkendt
Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering	Godkendt
Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86	Kritisable forhold
Overdraget sygepleje	Godkendt med få bemærkninger

Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsynstemaer

Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

De to borgere der blev interviewet, er meget tilfredse med at bo på Nældebjerg. De føler at de bliver inddraget i hele processen omkring den hjælp de har behov for at modtage i det daglige.

I forbindelse med observationer hos de udvalgte borgere finder tilsynet, at medarbejderne arbejder med respekt for borgernes interesser og ønsker samt at borgers egne ressourcer er i fokus.

Medarbejderne lader til at have et indgående kendskab til de to borgere. Adspurgt oplyser medarbejderne, at de altid tilegner sig viden om de borgere de skal ind til via døgnrytmeplan og handleanvisninger. Desuden drøftes borgernes situation på tavlemøder.

Der er ledelsesmæssigt fokus på at borgerne skal inddrages i tilrettelæggelsen af hjælpen, således at den bliver leveret i forhold til de ønsker og behov, som borger har. Det understreges at selvbestemmelse er en væsentlig faktor i arbejdet med borgerne. Endvidere at der afholdes hjemmebesøg forud for indflytning Nældebjerg, og at der herefter afholdes en konkret indflytnings samtale der har til formål at kortlægge borgers ressourcer samt behovet for hjælp.

Pleje af borgere ved livets afslutning

Borgerne oplever en stor tryghed i personalet og er begge overbeviste om at de sagtens kan snakke med personalet om den sidste tid i livet såfremt de skulle have behov herfor.

Ledelsen gør rede for at det primært sygeplejerskerne der tager samtalerne med borgere om den sidste tid i livet. Ved indflytning tales der "fremtidsønsker" hvis det giver mening på det pågældende tidspunkt. Ellers tages snakken løbende. Kontaktpersoner tæt på borgerne tager også snakken, når og såfremt det giver mening.

Der er fokus på medarbejdernes kompetencer på området. I tilfælde hvor det vurderes at der er behov for kompetenceudvikling, sikres dette ved intern oplæring og undervisning.

Tilsynsstedet udleverer pjecen "de sidste levedøgn" til pårørende og borgere hvis relevant, når tiden er til det.

Begge medarbejdere gode fint rede for ansvarsdelingen for tilsynsområdet samt de har styr på de dokumentationsmæssige krav.

Trivsel og relationer

De er tilsynets vurdering at tilsynsstedet arbejder indgående med at skabe gode relationer til borgere såvel pårørende. De interviewede borgere udtrykker stor tilfredshed tilsynsstedets personale samt deres tilstedeværelse, når der er behov for deres hjælp.

Ledelsen beskriver at pårørende inviteres ind i samarbejdet ved indflytningssamtaler og beboerkonferencer, såfremt borger ønsker det. Der laves individuelle aftaler med borger/pårørende i forhold til deling af informationer om for eksempel helbred, trivsel mv. Såfremt det er aftalt, er der mulighed for at de pårørende kontaktes via sms og ved telefonopkald.

Tilsynsstedet overholder generelt de gældende aftaler i forhold til dokumentationskravene.

Målgrupper og metoder

Borgerne oplever, at der bliver taget højde for dem og deres samlede situation, og at deres ressourcer og evner inddrages i det daglige.

Det er tilsynets opfattelse, at der arbejdes indgående med faglige metoder og arbejdsgange, særligt personcentreret omsorg, for at imødekomme borgere med kognitive udfordringer, hvilket ledelsen også gør rede for.

Medarbejderne oplyser, at de finder oplysninger om tilgang til borgere i døgnrytmeplaner og handleanvisninger samt i observationer. Ligeledes at de benytter sig af en række metoder for at komme borgernes trivsel og behov i møde herunder B-baum, Low-arousal tilgang og Martemeo- metoden.

Ved gennemgang af borgerjournalen findes der fine beskrivelser af tilgang til borgere med kognitive udfordringer i døgnrytmeplanerne.

Forebyggelse af magtanvendelse

Både ledelse og medarbejdere gør grundigt rede for, hvordan de arbejder med begrebet magtanvendelse, samt hvordan der dokumenteres og handles når "magt" er påkrævet. Endvidere at der er stort fokus på hvordan magtanvendelse skal undgås, dette gennem iværksættelse af en lang række tiltag der skal afværge behovet for magt.

I de borgerjournaler der gennemgås, finder tilsynet tydelige beskrivelser af forebyggende tiltag hos de enkelte borgere hvor det er relevant.

Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand

Begge borgere oplever at personalet er meget opmærksomme på udsving i forhold til funktioner og helbred. Ligeledes at personalet er gode til at handle på det.

Personale og ledelse gør rede for at der arbejdes systematisk med opsporing og fokus på ændringer i funktion og helbred hos borgerne på daglige triageringsmøder.

I forbindelse med gennemgang af borgerjournalerne er der ingen bemærkning til dokumentationspraksis på området.

Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Borgerne oplever, at der er opmærksomhed på deres tilstand, og at der fokus på, at de får spist og drukket.

Medarbejderne oplyser, at de tager udgangspunkt i de enkelte borgeres behov og understøtter de aktiviteter/indsatser der skal til for at understøtte de forebyggende tiltag.

Ledelsen oplyser, at de benytter triagering, HUSK, i sikre hænder mv. i det forebyggende arbejde.

Ved journalgennemgangen konstaterer tilsynet at der er udarbejdet fyldestgørende handleplaner, der beskriver hvordan personalet skal arbejde med forebyggende tiltag hos de 6 borgere.

Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold

Medarbejder oplyser, at de er bekendte med egne kompetencer samt hvordan de skal forholde sig, når føler sig udfordrede eller usikre på en opgave.

Ledelsen gør rede for at medarbejdernes kompetencer holdes ajour via kompetenceskemaerne. Endvidere at der fokus på at alle medarbejdere arbejder ud fra samme procedurer og rutiner for at sikre ensartethed i opgaveløsningen.

Nye medarbejdere følger et fast introduktionsprogram, så det sikres at de introduceres gradvist til deres opgaver og det faglige indhold.

Procedurer og dokumentation

Ledelsen oplyser, at der er stort fokus på at medarbejderne dokumenterer jævnfør den gældende arbejdsgang, dokumentation i driften. Endvidere at vidensdeling og undervisning sker på planlagte møder mv., og at tilsynsstedet superbrugere er ansvarlige for at ny viden viderebringes.

Begge medarbejdere gør rede for at de har kendskab til og benytter arbejdsgangen "dokumentation i driften". Ligeledes at de arbejder ud fra tilstandsoverblikket, når skal have overblik over borgernes funktioner og helbred med dertilhørende relevante oplysninger.

Ved gennemgang af de 6 borgerjournaler findes der rigtig god sammenhæng samt en rød tråd i måden der dokumenteres på. Tilsynet finder ikke anledning til bemærkninger.

Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering

Medarbejderne på tilsynsstedet har kendskab til de aktiviteter der løbende bliver planlagt og afholdt, og de gør rede for at de løbende forsøger at motivere borgerne til at deltage i de aktiviteter der er relevante for dem.

Både ledelse og medarbejdere gør rede for, at der arbejdes med rehabiliterende sigte hos alle borgere, således at deres ressourcer inddrages i den daglige hjælp.

Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Det er gennemgående for dette tilsynssystem, at der ikke er udarbejdet en arbejdsplan på tilsynsstedet der beskriver hvordan indsatsen skal gribes an.

Medarbejderne kan ikke redegøre for målfastsættelse, dokumentation mv. Det samme gør sig gældende på ledelsesmæssigt niveau.

Borgerne beskriver at de fra tid til anden f.eks. kommer ned i træningssalen og træner lidt, men at der ikke er en decideret plan for dette ligesom der heller ikke er sat nogen mål for den vedligeholdende indsats.

Ved gennemgang af borgerjournalerne findes dokumentationen mangelfuld.

Overdraget sygepleje

Medarbejderne er bekendt med hvad de må og i ikke må når det drejer sig om overdragede opgaver. Desuden at de bliver oplært af sygeplejerskerne på stedet, til at varetage relevante overdragede opgaver, når der er behov for det. Endelig at de sagtens kan sige fra/bede om hjælp når de står med opgave som de ikke føler sig tryk ved.

Ud fra et ledelsesmæssigt perspektiv sikres den enkelte medarbejders kompetenceforhold ved løbende opdatering og udvikling internt. Medarbejdernes kompetencer oplyses og opdateres løbende i individuelle kompetenceskemaer. I forhold til den daglige drift sørges der for at de rette kompetencer er til stede med udgangspunkt i førnævnte kompetenceskemaer.

Ved gennemgang af borgerjournalerne finder tilsynet, at tilsynsstedet generelt lever op til de gældende aftaler for dokumentation af overdragede opgaver. Dog at det i 4 ud 6 tilfælde er uklart hvem der varetager den overdragede opgave, da det er et krav at det skal fremgå af handleanvisningen.

Vurderingsprincipper

De 6 overordnede målområder 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 interviews, 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, herundera. 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.

OPFYLDDELSE PÅ NIVEAU 2: VURDERING AF DEN ENKELTE INDIKATORIndikatorvurderingen 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.

