

Tilsynsrapport

Langagergård 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

Langagergård Plejecenter

Leder

Marlene Malling

Dato

24-04-2022

Tilsynstype

Uanmeldt ordinært

Datagrundlag og metodik

Tilsynet omfatter borgere med forskellige behov

Data er indsamlet via:

- Dokumentation via omsorgssystemet Nexus, procedurer, arbejdsgange, handleplaner for kvalitetsforbedringer samt kompetenceskemaer og plejeenhedens egen kvalitetsvurdering samt eventuelle handleplaner.
- Interview: 2 borgere, som har givet tilsagn om at blive interviewet samt 2 pårørende, 2 medarbejdere, samt plejecenterleder.
- Observation: Tilsynsstedet kontorfaciliteter, triagemøde og interaktion mellem medarbejder samt borger og medarbejder, borgers hjem, borgers tilstand, samvær mellem medarbejder og borger, medarbejderadfærd i borgers hjem, arbejdsgange i hjemmet.

På tilsynsdagen er 84 borgere tilknyttet Langagergård.

Tilsynet er gennemført over 1 hverdag.

Tilsynspersoner

Troels Lundholm Dam & Janne Myhlendorph

Samlet tilsynsresultat

Tilsynsresultat

Samlet tilsynsresultat for sted:

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 oplever en god og professionel modtagelse på tilsynsdagen. Personalet var imødekommende og parat til omstillingen og fik hurtigt iværksat de nødvendige ændringer i dagens program således at tilsynet kunne afvikles effektivt.

Det er tydeligt at tilsynsstedet arbejder indgående med at understøtte borgernes trivsel og selvbestemmelse på trods af deres behov for hjælp i det daglige. Dette kommer blandt andet til udtryk i forbindelse med borgersamtalerne, observationer af "livet" på tilsynsstedet samt ved gennemgang af dokumentation.

Det er tilsynets opfattelse, at personalet er tilfredse med deres ansættelse på tilsynsstedet. Personalet viser overskud og engagement i forbindelse med tilsynet, og giver selv udtryk for en tilfredshed med deres ansættelsesforhold. De føler sig trygge i forhold til deres arbejdsopgaver og er afstemte i forhold til deres indbyrdes kompetencefelter.

Tilsynet har en opfattelse af, at ledelsen gør et stort arbejde i at understøtte medarbejdernes trivsel og udvikle deres kompetencer. Ligeledes at der er stort fokus på at sikre, at medarbejderne har de rette redskaber til at leve op til de dokumentationsmæssige krav såvel som faglige kompetencer til brug for arbejdet med borgerne.

Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger

Tilsynet oplever tydeligt, at der er arbejdet med de opstillede målsætninger i handleplanen fra sidste tilsyn. Dette vedrører blandt andet dokumentation på området omhandlende vedligeholdende træning. Det ses at der i overvejende grad udfyldes indsatsmål, og at der udarbejdes handleanvisninger for indsatsen. I 3 ud af 8 tilfælde manglede der dog dokumentation på området, hvorfor det anbefales at der fortsat er fokus på området.

Tilsynet finder desuden, at der ikke er oprettet opgaver til opfølgning på de bevilgede servicelovsindsatser i plejepakken, samt at arbejdet med at relatere indsatserne til relevante skemaer er mangelfuldt. Det anbefales at der udarbejdes en handleplan på området.

Oversigt over resultater for de enkelte målepunkter

Tabellen herunder viser en oversigt over opfyldelsen af de enkelt områder i tilsynes

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 med få bemærkninger
Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering	Godkendt
Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86	Godkendt
Overdraget sygepleje	Godkendt

Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsynstemaer

Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

De besøgte borgere oplyser begge, at de oplever kvalitet i hverdagen på trods af deres behov for hjælp samt at de i høj grad bliver inddraget i tilrettelæggelsen af den hjælp, som de er visiteret til. Den ene borger har sågar oplevet et markant løft i livskvaliteten, da hun forud for indflytningen på plejecenteret var plaget af ensomhed og nedsat initiativ. Under selve besøget er det tilsynets opfattelse at borgernes selvbestemmelsesret, ønsker og værdighed bliver understøttet af empatisk tilgang med udgangspunkt i den rehabiliterende tankegang.

De interviewede medarbejdere fungerede hver i sær som kontaktpersoner for de besøgte borgere. De svarer begge relevant i forhold til hvordan de inddrager borgerne i den daglige pleje og tilrettelæggelse heraf. Dette via løbende opfølgninger sammen med borgerne med udgangspunkt i den rehabiliterende tanke, med fokus på at fremme og bevare funktioner.

Ledelsen redegør for, at alle medarbejdere skal arbejde ud fra tankerne om den rehabiliterende tilgang og en høj grad af borgerinddragelse. Endvidere at dette sikres, indledningsvis, ved en indflytningssamtale med borgere og pårørende samt at der løbende skal følges på døgnrytmeplanen i samspil med borger.

Pleje af borgere ved livets afslutning

Det er tilsynets vurdering at der arbejdes struktureret med emnet.

Da det skal fremgå af journalen, hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med genoplivningsforsøg, tages emnet op ved indflytningssamtalerne. Der tales også om eventuelle ønsker til den sidste tid, såfremt borger er klar til det, og ellers er det et emne der løbende er fokus fra kontaktpersonens side. I forbindelse med indflytningssamtalerne udleveres også en pjece omhandlende den sidste tid i livet til borger og eventuelle pårørende.

Lederne har fokus på relationerne mellem borger og medarbejder og kontaktperson-ordning sikrer, at der er tryk på både på borgerfronten men også for medarbejderen på området.

På tavlemøder tages emnet også op, når det bliver relevant, og der udveksles her erfaringer mv.

Via Greve kommunes kompetenceskema sikrer ledelsen at medarbejderne har de fornødne kompetencer på området, og der afholdes løbende fællesundervisning af personalegruppen i palliativ pleje.

Trivsel og relationer

Det er tilsynets klare vurdering, at der bliver lagt et stort arbejde i at borgerne får den hjælp de har behov for tilrettelagt ud fra de ønsker de har så de kan leve et værdigt liv. Ligeledes at de pårørende delagtiggøres i den samlede indsats i det omfang borger ønsker det.

Det er desuden tilsynets vurdering, at der arbejdes indgående med at tilbyde hjælp til planlægning og deltagelse i aktiviteter både inde og ude for plejecentret. Aktiviteterne er typisk drevet af fastansatte aktivitetsmedarbejdere, men i høj grad også af frivillige kræfter. Der udarbejdes en ugentlig oversigt over mulige aktiviteter som udleveres til personale og beboere. Personalet tilbyder her borgerne at tage kontakt til familie og omgangskreds med tilbud om deltagelse såfremt borger ønsker det. Aftaler med pårørende og omgangskreds dokumenteres jvf. gældende arbejdsgang i rette overblik, så det er tydeligt for alle hvem der skal kontaktes i særlige tilfælde.

I et forsøg på at monitorere beboernes trivsel udsendes der årligt en trivselsmåling rettet mod borgere og pårørende.

Målgrupper og metoder

I forbindelse med gennemgang af borgerjournaler samt samtaler med borgere er det tilsynets klare vurdering at der arbejdes ud fra de principper som "personcentreret omsorg" er bygget om. Borgerne udtrykker begge tilfredshed med personalets tilgang og de føler sig i høj hør, inddraget og taget hensyn til. Selvom de ikke var præget af udtalte kognitive udfordringer var tilgangen stadig den samme.

Borgerjournalernes indhold bar gennemgående præg af at være veldokumenterede med tydelige og opdaterede handleanvisninger. Ligeledes gode beskrivelser af borgerne, deres tidligere liv og deres nuværende interesser.

Forebyggelse af magtanvendelse

I forbindelse med journalgennemgangen fandt tilsynet ikke nogen borgere hvor magtanvendelse havde været på tale og ej heller indikation for at det kunne på tale.

Ud fra medarbejder- og ledelseinterviews vurderer tilsynets, at der samlet set er et tilfredsstillende kendskab til hvad magtanvendelse en, hvordan man forebygger brugen, og hvordan man forholder sig såfremt magtanvendelse kommer på tale.

Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand

De er tilsynets vurdering at der fra ledelse og medarbejderes side fokus på ændringer og nedgange i borgernes almene tilstand. Dette gennem daglige tavlemøder på hver "afdeling", samt ved grundig og korrekt dokumentation i omsorgssystemet Nexus. Personalet gør rede for at de benytter en række redskaber når de skal vurdere borgernes tilstand, herunder TOBS, Braden, Ernæringscreening mv. Adspurgt oplyser de interviewede borgere, at de i høj grad føler at personalet er opmærksomme på deres tilstand i det daglige.

Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Det er tilsynets vurdering at tilsynsstedet lever op til aftalerne på området omhandlende kontaktpersonsordning. Der gøres rede for at kontaktpersonen har det overordnede ansvar for kontakten til borger og pårørende, samt at dokumentere korrekt i forhold til observationer omhandlende ændringer i borgers generelle tilstand.

Alle borgere gennemgås systematisk på daglige tavlemøder, hvor spørges ind til ændringer i tilstand, iværksættes relevante handlinger samt planlægges forebyggende tiltag.

Tilsynet vurderer desuden at det interviewede personale har den nødvendige faglige indsigt i, og det nødvendige kendskab til, de faglige redskaber der kan og skal tages i brug når det handler om opsporing og forebyggelse hos borgerne.

Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold

Når nye medarbejder ansættes i plejeenheden følger de et fast introprogram der sikrer, at de kommer hele vejen rundt om alle relevante teamaer der har relation til deres arbejdsområde. Nye medarbejdere tilknyttes herudover til en fast kontaktperson/mentor, som de følger gennem hele introforløbet.

For sikre at der løbende er de rette kompetencer til stede så opgaverne løses af de rette faggrupper og med den ønskede kvalitet, gør ledelsen brug af at dokumentere færdigheder og kompetencer hos den enkelte medarbejder i personlige kompetenceskemaer. Når medarbejdere har behov for at tilføje en kompetence til deres skema finder oplæringer sted via øvrige relevante faggrupper.

Medarbejderne gør rede for at de har kendskab til deres egne og kollegaers kompetenceområder, og at de føler sig helt trygge ved at sige fra overfor opgaver, hvor de syntes, at de ikke har kompetencerne til at løfte dem.

Procedurer og dokumentation

Det er tilsynets vurdering at tilsynsstedet i overvejende grad følger de fastlagte procedurer for dokumentations arbejdet i Nexus. Dette både ud fra ledelses- og medarbejderperspektiv.

Ledelse redegør for, at personalet løbende modtager undervisning i dokumentation i Nexus fra tilsynsstedet superbrugere, samt at løbende føres internt tilsyn med kvaliteten jf. kommunens foreskrifter på området omhandlende audit.

Ud fra medarbejder interviewet vurderer tilsynet, at tilsynstedets medarbejdere har det nødvendige kendskab til hvordan der skal dokumenteres i omsorgssystemet Nexus. De kan gøre rede for, og vise, hvor relevante kan findes samt hvordan de dokumentere i borgernes journaler. Alt sammen i overensstemmelse med arbejdsgangen på området.

Ved gennemgang af 8 borgerjournaler vurderer tilsynet at tilsynsstedet dokumenterer jf. arbejdsgangene på området. Dog noteres det at relationsarbejdet mellem servicelovsindsatser og relevante skemaer er mangelfuldt i halvdelen journalerne der er gennemgået.

Herudover er det tilsynets vurdering, at der samlet set er en rød tråd i borgernes journaler, således at personale der ikke har daglig kontakt med borgerne, kan danne sig et godt indblik i borgernes livssituation og den hjælp de har behov for i det daglige.

Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering

Det er tilsynets samlede vurdering at tilsynsstedet arbejder fokuseret med rehabiliterende sigte når de skal levere de bevilgede indsatser til borgerne. Af døgnrytmeplanerne fremgår det tydeligt at hjælpen er tilrettelagt i samarbejde med borgerne ud fra deres ønsker og behov.

For at sikre, at medarbejderne har det nødvendige kendskab til måden hvorpå de skal tilbyde borgerne den hjælp de har behov for, tager de udgangspunkt i døgnrytmeplanerne, som indeholder de nødvendige oplysninger, for at hjælpen kan leveres med rehabiliterende sigte.

Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Det er tilsynets vurdering at der er kommet et større fokus på den vedligeholdene træningsindsats siden det seneste tilsyn i 2021. Ved journalgennemgangene observeres det, at der i overvejende grad oprettes indsatsmål for indsatsen og at det beskrives i handleanvisninger hvorlede personalet skal levere indsatsen og understøtte borgers ressourcer i træningsøjemed.

Overdraget sygepleje

I forbindelse med gennemgang af borgerjournalerne er det tilsynets vurdering at tilsynsstedet lever op til de aftaler der er indgået i forhold til dokumentation på området der omhandler delegerede sygeplejogaver. Der foreligger entydige og klare instrukser for alle opgaver, og der er oprettet indsatsmål og handleanvisninger samt opfølgninger herpå.

Ledelsen gør rede for, at når en opgave delegeres fra sygeplejen, sker fordelingen jf. medarbejdernes kompetenceskemaer. Medarbejderne oplyser ligeledes at de er bekendte med deres egne, og i overvejende grad også kollegaers, kompetencer på området. I de tilfælde hvor de er usikre på en opgave er de helt trygge ved at søge råd og vejledning hos kollegaer og relevante samarbejdspartnere.

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 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, 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 helbredsmæssige sikkerhed og/eller retsstilling. Der kan derfor være indikatorvurderinger, som er "Deltvist 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.