

Tilsynsrapport

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

Strandcentret

Leder

Connie Vejlø

Dato

5/5-2022

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 medarbejdere, plejecenterleder m.fl.
- 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 92 borgere tilknyttet Strandcentret.

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

De tilsynsførende oplever at blive taget godt imod på tilsynsdagen. Ledelse og medarbejdere fik hurtigt justeret i de daglige rutiner således, at tilsynet kunne afvikles uden at driften blev alt for påvirket.

Begge de interviewede borgere oplever det trygt og rart at bo på Strandcentret. De føler sig trygge ved personalet, og finder begge at deres livskvalitet er intakt og måske endda steget efter indflytning.

Begge de interviewede medarbejdere udtrykker tilfredshed med deres daglige virke på Strandcentret. De føler sig begge godt tilpas i forhold til deres arbejdsopgaver, og de er bekendte med rolle- og ansvarsfordelingen i deres respektive teams.

Ledergruppen har et tæt samarbejde, hvor de gør meget ud af at understøtte hinanden på tværs af bo miljøerne, og det er tydeligt at der er en fælles forståelse for, at der arbejdes i samme retning.

I forhold til dokumentationen i omsorgssystemet er det forsat tydeligt, at der arbejdes med udgangspunkt i principperne for Personcentreret omsorg.

I forhold til det seneste tilsyn i 2021 er det tydeligt, at der er blevet arbejdet med den handleplan der i sin tid blev udarbejdet. Særligt på temaerne omhandlende overdraget sygepleje og træning ses der væsentlige forbedringer.

Forbedringsområder og tilsynets anbefalinger

Det er tydeligt at tilsynsstedet har arbejdet med de anbefalinger der blev opstillet ved forrige tilsyn. Der er dog stadig til tilsynstemaer der kræver særlig opmærksomhed, og som kræver, at der udarbejdes en handleplan herfor. Temaer og anbefalinger er opstillet nedenfor:

- **Trivsel og relationer:** Begge de interviewede borgere oplever, at ofte er svært at komme i kontakt med personalet, og at der ofte ikke er tid så meget andet end det absolut nødvendige.
- **Procedurer og dokumentation:** Der mangler forsat at blive oprettet opgaver til opfølgning servicelovsindsatserne. Ligeledes har medarbejderne behov for at få kendskab til de mål og formål som er opstillet af Visitationen, og hvor disse kan findes.
- **Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter §86:** Tilsynsstedet skal fortsætte med det gode dokumentationsarbejde som allerede er iværksat.

- **Overdraget sygepleje:** Tilsynsstedet skal sørge for at der oprettes opgaver til opfølgning jvf arbejdsgangen på alle overdragede sygeplejeopgaver.

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

Tilsynspersonernes kommentarer

Dette afsnit indeholder tilsynsførendes kommentarer til de enkelte tilsynstemaer

Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Det er tilsynets samlede vurdering, at der arbejdes målrettet med at understøtte borgernes selvbestemmelse og livskvalitet. Dette gennem inddragelse af borgerne i planlægningen i den hjælp de skal modtage, samt fokus på at de benytter sig af de ressourcer de er i besiddelse af, når hjælpen leveres

I forbindelse med interview af de to borgere, oplyser de begge, at de er meget tilfredse med den hjælp de modtager og at de føler sig behandlet med respekt, og at de bliver inddraget. Den ene borger savner dog, at personalet har bedre tid i det daglige til at sidde hos hende og sludre lidt. Hun er generelt af den opfattelse, at personalet har travlt i dagligdagen.

Medarbejder og ledelse gør rede for, at der arbejdes indgående med personcentreret omsorg for at understøtte borgernes livskvalitet og selvbestemmelse. Der er fokus på løbende at indsamle nye oplysninger om borgernes ønsker, behov og livshistorie i takt med at deres tilværelse på Strandcentret udvikler sig.

Pleje af borgere ved livets afslutning

Det er tilsynets vurdering, at tilsynsstedet arbejder med tilsynstemaet i det daglige. Emnet tages allerede op ved indflytningssamtalerne, hvis stemningen er til det. Her tales der om eventuelle ønsker til den sidste tid, og det er 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.

Ledelsen har tydeligt fokus på relationerne mellem borger og medarbejder. Typisk er det en sygeplejerske der snakker med borger og pårørende, når den terminale fase nærmer sig, eller når der viser sig tegn på at det går mod enden. Det kan dog sagtens være kontaktperson hvis kemien er god.

Trivsel og relationer

Det er tilsynets vurdering at begge de interviewede beboere har en god relation til personalet, og at de er glade ved kontaktpersonordningen. Begge beboere har dog oplevelsen af, at der kan være lang respons-tid, når de ønsker at kommunikere med personalet via det installerede nødkald og at personalet generelt har en travl hverdag. Kommunikation med, og inddragelse af, pårørende fungerer jævnfør de to beboere upåklageligt.

Personalet gør fint rede for hvor og hvordan aftaler med beboere og pårørende noteres i omsorgssystemet, samt at de gør meget ud af at informere beboerne om hvilke aktiviteter der findes på Strandcenteret samt i nærområdet. Dette både ved mundtlig overlevering samt ved udlevering af en folder der beskriver aktiviteter i en given periode. Ligeledes at de hjælper borgerne med at ringe til pårørende, bestille kørsel mv. når der er behov for det.

Ledelsen gør rede for, at de gør meget ud af at få skabt en god relation til borgere og pårørende forud for indflytning på Strandcentret. Dette for at få afstemt forventningerne. I tilfælde af uoverensstemmelser eller ikke indfrie forventninger indkaldes der hurtigt til beboerkonference med deltagelse af borger, pårørende, kontaktperson mv., således at forventninger kan afstemmes.

Gruppeleder for et af bo-miljøerne oplyser, at der i det pågældende bo-miljø løbende bliver lavet en tilfredshedsundersøgelse bestående af fem spørgsmål. Undersøgelsen lyser blandt andet på beboernes holdning til den mad der bliver serveret, tiden som personalet har til rådighed samt de aktiviteter som der tilbydes. Erfaringerne er gode, da undersøgelsen giver mulighed for handle på beboernes udtalelser om de enkelte emner.

Målgrupper og metoder

Det er tilsynets samlede vurdering, at der arbejdes indgående med at imødekomme de behov som de enkelte beboere har. Dette igennem indsamling af oplysninger om deres livshistorie, deres ønsker til hvordan livet skal leves på Strandcentret samt viden om individuelle og særlige behov.

Der arbejdes generelt med personcentret omsorg som faglig metode hos borgere med kognitive udfordringer, men også hos de øvrige beboere, da metoden danner et godt grundlag for kendskabet til den enkelte og dennes ønsker og behov.

For at sikrer personalets kompetencer på området sørger ledelsen for, at medarbejderne deltager i uddannelsesforløbet ABC-demens og uhensigtsmæssig adfærd.

I de tilfælde hvor der er behov specialiseret viden hos enkelte borgere arbejdes der tæt sammen med kommunens demenskoordinator samt VISO.

Forebyggelse af magtanvendelse

Det er tilsynets vurdering, at tilsynsstedet arbejder målrettet og i tråd med de gældende magtanvendelsesregler. Medarbejderne uddannes internt i reglerne og der arbejdes forebyggende med området ved hjælp af risikotavle og APV-rapport.

Medarbejderne gør rede for hvor procedurerne for magtanvendelse kan findes i omsorgssystemet, og at de er opmærksomme på borgernes selvbestemmelsesret i deres daglige arbejde. Endvidere at der er et tæt samarbejde i personalegruppen omkring de borgere, hvor magtanvendelse er en faktor. Endelig at magtanvendelse forekommer yderst sjældent.

Fokus på ændringer i borgeres funktionsevne og helbredstilstand

Det er tilsynets samlede vurdering, at tilsynsstedet har tydelig fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand.

Både ledelse og medarbejdere gør rede for, at der arbejdes med tidlig opsporing af ændringer hos borgerne ved hjælp af en række faglige metoder herunder Braden, Isbar, TOBS, HUSK m.fl. Informationerne fra de forskellige scoringsredskaber anføres på risikotavler som dagligt gennemgås.

Ved journalgennemgang er det tydeligt, at personalet noterer relevante ændringer hos borgerne under .Obs.

Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Det tilsynets samlede vurdering, at tilsynsstedet har fokus på forebyggelse af tab af funktionsevne og helbred hos beboerne.

Både personale og ledelse gør rede for, at borgerne dagligt gennemgås på tavlemøder og scores om nødvendigt, såfremt der er observeret afvigelser fra vanligt. I scoringen benyttes relevante faglige metoder såsom TOBS, HUSK, Braden, Ernæringscreening mv.

Begge de interviewede borger oplever at personalet har stort fokus på at de får spist og drukket tilstrækkeligt i det daglige for at forebygge eventuelt væggtab.

Plejeenhedens organisering samt ansvars- og kompetenceforhold

Ledelsen oplyser at der afholdes ugentlige driftsmøder på tværs af huset, for at sikre at de rette kompetencer er til stede i alle bo miljøer og i alle vagtlag. For at sikre at den enkelte medarbejder har de rette kompetencer til at løse de daglige opgaver, udarbejdes deres kompetenceskemaer for de enkelte medarbejdere.

Ledelsen gør rede for at der fortsat er udfordringer med at rekruttere faglært personale, hvorfor der ansættes mange ufaglærte medarbejdere. Endvidere at der er fokus på at klæde denne gruppe ordentligt på for at sikre kvaliteten i opgaveløsningen.

Medarbejderen fortæller at de er bekendte med egne kompetencer og opgaver, og at de føler sig helt trygge opgaveløsningen, også når de har behov for at sige fra eller spørge om hjælp til oplæring.

Procedurer og dokumentation

Det er tilsynets samlede vurdering, at tilsynsstedet i overvejende grad dokumenterer jævnfør arbejdsgangen "dokumentation i driften". Ledelsen oplyser, at nye medarbejdere introduceres til arbejdsgangene, og at der løbende følges på procedurerne mv. på fælles møder.

Tilsynsstedets superbrugere sørger for at orientere ledelsen om nye tiltag og eventuelle ændringer i forhold til måden der skal dokumenteres på. På kvalitetsmøder sikres implementeringen af eventuelle nye arbejdsgange.

Instruktion og oplæring af personale foregår på fælles møder, og procedurerne hænges op i fysisk form, så de er synlige og tilgængelige for medarbejderne.

I forbindelse med journalgennemgangen ses det, at generelle oplysninger om beboerne i alle tilfælde er udfyldt, og at der dokumenteret korrekt i de tilfælde hvor der sker afvigelser fra de bevilgede indsatser.

Relationer mellem sundheds- /servicelovsindsatser og relevante skemaer mv. er dannet korrekt i alle tilfælde.

Ved forrige tilsyn fandt tilsynspersonerne at der ikke var oprettet opgaver til opfølgning servicelovsindsatserne, hvilket fortsat gør sig gældende. Ligeledes har de interviewede medarbejdere ikke kendskab til de mål og formål som er opstillet af Visitationen, ej heller hvor de kan findes i omsorgssystemet.

Aktiviteter, genoptræning og rehabilitering

Det er tilsynets vurdering at tilsynsstedet arbejder med et rehabiliterende sigte, når de skal levere hjælp til borgerne.

Af døgnrytmeplanerne ses det at hjælpen er tilrettelagt i samarbejde med borgerne ud fra deres ønsker og behov.

Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Ved forrige tilsyn blev det påpeget, at der skulle arbejdes med klare og individuelle beskrivelser af træningsindsatsen hos de enkelte beboere. Dette ved at lave indsatsmål i samarbejde beboerne samt udfylde handleanvisning til brug for medarbejderne, når de skal levere indsatsen.

Ved journalgennemgang ses det, at der i 3 ud af 6 tilfælde er dokumenteret korrekt i forhold til indsatsmål og handleanvisninger. Ledelsen oplyser i den forbindelse, at der arbejdes intenst med at få dokumenteret korrekt i forhold til de resterende borger, men at det tager tid, da alle beboere skal vurderes.

Overdraget sygepleje

Ved forrige tilsyn var dokumentationen mangelfuld i forhold til temaet omhandler overdraget sygepleje. Der manglede tydelighed i forhold til hvilken faggruppe opgaven var overdraget til og der var ikke dannet relationer mellem indsatser og relevante skemaer mv. Ligeledes var der heller ikke oprettet opgaver til opfølgning på indsatserne.

I forbindelse med journalgennemgangen ved dette tilsyn er det tydeligt at der nu foreligger tydelige instrukser til den faggruppe som opgaven er overdraget til, ligesom at alle indsatser nu er relateret korrekt.

Det ses dog stadig, at der ikke bliver oprettet opgaver til opfølgning.

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 Delvis 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 Delvis 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, Delvis 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.

OPFYDELSE 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.

OPFYDELSE 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.

