



**M-sag ÆSU april 2018
Uanmeldt kommunalt tilsyn 2017 på Henriksdal Plejecenter**

På foranledning af Ældre- og Sundhedsudvalgets forespørgsel om at se tilsynsrapporterne successivt som tilsyn og efterfølgende dialogmøde blev afholdt, fremsendes hermed tilsynsrapport fra det kommunale tilsyn 2017 på Henriksdal Plejecenter.

**Tilsynsrapport
Uanmeldt kommunalt tilsyn**

**Henriksdal Plejecenter
11. december 2017**

Baggrund

Kommunerne har efter Lov om Social Service (SEL) § 151 pligt til at føre tilsyn med, at de kommunale opgaver efter SEL § 83 og 86 løses i overensstemmelse med Byrådets bestemmelser. Kommunen skal hvert år foretage mindst ét uanmeldt tilsyn på plejecentre, i hjemmeplejen samt hos private leverandører.

Tilsynet

- Formålet med tilsynet er
 - ✚ At undersøge, om opgaverne på ældreområdet løses i overensstemmelse med lovgivningen, Høje-Taastrup Kommunes fastlagte serviceniveau og den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte beboer
 - ✚ At afdække, om der er overensstemmelse mellem de ydelser, der er truffet afgørelse om, og de faktisk leverede ydelser
 - ✚ At bidrage, til at fastholde og højne den samlede kvalitet i kommunen både på kort og lang sigt, og ikke blot at afdække fejl og mangler i servicen
 - ✚ At forebygge ved at gribe korrigerende ind, før mindre problemer udvikler sig til at blive alvorlige
 - ✚ Skabe mulighed for læring
- Tilsynet er et øjebliksbillede, som er repræsenteret ved stikprøver
- Tilsynet blev afviklet den 11. december af udviklingskonsulent Rikke Gormsen, MPH, sygeplejerske og chefkonsulent Mariann Lyby, MPH, SA, sygeplejerske
- Fire borgere blev interviewet, ingen pårørende deltog i tilsynet

Dialogmødet

- Dialogmødet er en opfølgning på det uanmeldte kommunale tilsyn
- Formål med dialogmødet er, at skabe rum for fælles forståelse og læring
- På mødet præsenteres hvad tilsynet har fundet, og der er mulighed for dialog, uddybning og kommentarer til fundet
- Dialogmødet blev afviklet den 21. december 2017 med deltagelse af daglig leder, faglig ressourceperson, udviklingssygeplejerske og fire SOSU-assistenter og -hjælpere.

Metode

Det samlede tilsyn består af

- udvælgelse af borgere
- gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation
- interview med de udvalgte borgere i eget hjem
- gennemgang af medicindokumentation, -administration, og observation af medicin-håndtering
- interview med en gruppe medarbejdere
- interview med lederen

Dialogmøde afholdes efter alle dele af tilsynet er gennemført.

Der udarbejdes en rapport, som sammenfatter tilsynet. Rapporten sendes i høring for faktuelle fejl, hvorefter den færdiggøres. Rapporten lægges efterfølgende på hjemmeplejens og kommunens hjemmeside.

Samlet konklusion

Sundhedsfaglig dokumentation

Den sundhedsfaglige dokumentation blev gennemgået hos fire beboere. Hos alle sås skriftlige afgørelser over bevilget hjælp, og der forelå konkrete og individuelle vurderinger af behovet for hjælp. Overordnet set, er der relevant registrering af informeret samtykke. Hos ingen af de udvalgte beboere er der registreret værgemål eller magtanvendelse.

Der ses helhedsvurderinger hos alle fire beboere. Alle har ligeledes døgnrytmeplaner, og det anbefales, at det drøftes, hvilke bemærkninger der skal skrives i planerne. Målinger anvendes i varierende omfang, og efter retningslinjerne.

Ved gennemgangen af journalnotaterne ses der forskel i kvaliteten af notaterne. Hos flere beboere vurderes det, at der burde være oprettet plejeplaner på basis af notaterne. Ligeledes vurderer tilsynet, bl.a. med udgangspunkt i drøftelsen efterfølgende med medarbejderne, at der bør sikres en ens opfattelse hos medarbejderne af, hvornår hvad skal dokumenteres omkring den enkelte beboer. F.eks. når en borger har været gennemgået på et triagemøde, hvilket der altid er en faglig grund til, så skal det dokumenteres skriftligt.

Der ses relativt få plejeplaner. Tilsynet efterlyser, at der oprettes relevante plejeplaner efter retningslinjerne. I de gennemgåede plejeplaner ses manglende overensstemmelse imellem de forskellige dele af plejeplanen.

Samlet set er den sygeplejefaglige dokumentation forbedret på flere områder. Det bør dog sikres, at der er sammenhæng i brugen af de enkelte dele, og at medarbejderne kender og anvender vejledningen for dokumentation. Specielt fokus skal der lægges på, hvornår en plejeplan oprettes, og hvordan der arbejdes med den så længe den er aktiv, at det altid er i en aktiv plejeplan, der skrives, at der laves et journalnotat når der oprettes og lukkes en plejeplan samt at informeret samtykke skal altid dokumenteres.

Beboerne

Fire beboere indgik i tilsynet, og alle deltog aktivt i interviewet. En af beboerne med en sygdom, der har medført kommunikationsbesvær, havde fast kontaktperson til stede, denne "oversatte", når det var svært at forstå beboerens svar.

Alle beboere oplever at få dækket deres pleje- og omsorgsbehov, og at der er sammenhæng i hjælpen. Dog nævner en beboer, at der kommer mange forskellige medarbejdere i boligen, og at der kan være lang ventetid efter kald på medarbejder.

Beboerne deltager i fysiske og sociale aktiviteter på plejecenteret. En beboer, som trænes af en ekstern terapeut, efterlyser mere af denne form for træning. En anden beboer oplyser, at hun selvtræner ved hjælp af mange gåture.

Alle beboerne oplever relevant inddragelse af pårørende, både i hverdagen og ved sociale arrangementer. De sociale aktiviteter er centrale for alle beboerne og deres pårørende, og tilsynet oplevede et velbesøgt socialt arrangement, hvor alle interviewpersonerne deltog.

Vedrørende beboerens hverdag på plejecentret, oplever en beboer, at boligen størrelsesmæssigt er for lille, og at rengøringen ikke er tilfredsstillende. Alle øvrige beboere er tilfredse med boligen, fællesarealerne og udenomsfaciliteterne. Det er tilsynets vurdering, at der er rent og pænt i alle boliger og på fællesarealer på tilsynstidspunktet.

Samlet set vurderes det, at der er god sammenhæng mellem den indsats der er visiteret til og den hjælp beboerne får. Ligeledes er kvaliteten af indsatserne god og leveres i overensstemmelse med kvalitetsstandarten.

Gennemgang af medicinområdet

Gennemgang af medicinområdet indebærer gennemgang af medicindokumentation og -administration samt observation af medicinbehandling. I alt blev medicindokumentationen gennemgået hos ti beboere, og medicinadministration og -behandling observeret i boligen hos seks beboere.

Hos alle ti beboere var medicindokumentationen korrekt og hos alle noteret, hvilken medarbejder der var ansvarlig for medicinområdet.

Hos tre beboere med psykiske udfordringer eller psykiatriske diagnoser, manglede mere detaljerede beskrivelser af observationer og opfølgning på disse. En af beboerne havde en plejeplan på medicinområdet, som udelukkende bruges til notering af medicindoseringer og genbestillinger af medicin. Plejeplanen afspejler derfor ikke aktuelle problemstillinger og bør i følge retningslinjerne lukkes. Øvrige dele af medicinområdet vurderes at være veldokumenteret i journalen.

Dokumentation af årlig gennemgang af borgernes medicin ved en eller egen læge, var generelt svært at finde i journalen, dog fremgik det af journalnotaterne, at der var tæt dialog med de praktiserende læger omkring beboernes medicin.

Aktuelt var tre af beboere på hel eller delvis dosisdispensering. Det skønnes, at de øvrige beboeres medicinering ikke ligger så stabilt, at disse kunne overgå i dosisdispenseret medicin.

Opbevaring af medicinen var korrekt hos alle beboerne, samt tydelig markering af hvem der var beboerens kontaktperson og medicinansvarlig. Udover opdateret og korrekt udfyldt medicinliste, var der også skema til egenkontrol ved medicingivning, leveringssedler fra apoteket og ekstra labels med beboerens navn og CPR-nummer.

Under administration og behandling af medicin observeredes professionel og korrekt behandling, herunder sikring af ro omkring medarbejderen, mens denne doserede medicin. En påbegyndt medicindosering stoppes korrekt, da denne ikke kan udføres i forhold til retningslinjerne. Medicingivningen var tilsvarende professionel, med bl.a. omhyggelighed i at sikre at beboeren både tager og synker medicinen.

Medarbejderne

I interviewet deltog fire SOSU-hjælpere og to SOSU-assistenters, samt faglig ressourceperson og udviklingspsygeplejersken.

Medarbejderne oplever, at der er sket faglig udvikling siden sidste års tilsyn; bl.a. har der været fokus på dokumentation og medicinbehandling samt overgange i flytning fra aflastningspladser og/eller hospitalsafdelinger til plejecenteret.

Medarbejderne oplever, at de normalt kan udføre plejen svarende til det niveau, der er beskrevet i kvalitetsstandarderne, dog er der udfordringer i weekender, under sygdom og i ferieperioder. Medarbejderne har stort udbytte af de tværfaglige triagemøder, men oplever at disse er placeret u hensigtsmæssigt i forhold til morgenplejen af beboerne.

Der opleves generelt et godt samarbejde med både beboere og pårørende. Enkelte pårørende kan have svært ved at forstå beboerens dårlige og ofte dalende almentilstand, hvorfor disse har behov for ekstra opmærksomhed fra personalets side.

Medarbejderne har stort fokus på at give beboerne en meningsfuld dagligdag og beskæftigelse svarende til evner og ressourcer, således at nederlag ikke opleves.

Der arbejdes aktivt med "den gode indflytning", som er et essentielt redskab i forventningsafstemningen mellem beboer, pårørende og personale om det kommende samarbejde.

Der er igangsat flere tiltag for at sikre korrekt medicindokumentation og medicinbehandling. Alle medarbejdere oplever, at dette har gjort området sikrere, men der er dog fortsat fokus på området og flere nye kvalitetssikringstiltag på medicinområdet skal afprøves i den kommende tid.

Der arbejdes aktivt med at sikre en god dokumentation, men der er fortsat udfordringer med brug af forskellige metoder og fortolkninger, bl.a. ved brug af plejeplaner. Alle kender til kommunens standarder og retningslinjer, samt hvordan man skal indberette utilsigtede hændelser, hvilket gøres aktivt. Alle nye medarbejdere får god introduktion og alle får en mentor til gavn for både nye og gamle medarbejdere, ligesom der sker relevant oplæring i nye opgaver.

Der opleves et generelt et godt samarbejde på tværs af plejecenterets afsnit, men det kan variere fra dag til dag og der vurderes at være et udviklingspotentiale på området.

Det tværfaglige samarbejdet har fået et kvalitetsløft ved sygeplejerskernes faste tilstedeværelse på plejecentret, hvor de deltager aktivt i relevante møder. Desværre opleves det, at ansvarsfordelingen af beslutninger fra møderne ikke altid er tydelige.

Der er god adgang til kompetenceudvikling. I det forløbne år, har kompetenceudvikling primært været internt – på plejecenteret eller i kommunen - omkring emner, som håndtering af demenssygdomme, medicin håndtering og andre praksisnære emner.

Medarbejderne oplever, at ledelsesteamet er blevet reduceret og savner en mere synlig ledelse, desuden er der en bekymring over, at mange medarbejdere tidligere har været sygemeldt pga. stress og medarbejderne udtrykte et stort ønske om at dette ikke ske igen. Rekruttering af endnu en daglig leder er i gang og det forventes at ovenstående udfordringer bliver løst efter ansættelse af denne.

Ledelsen

I interviewet deltog plejecenterlederen, den daglige leder og udviklingssygeplejersken.

Der er sket opfølgning efter sidste års kommunale tilsyn, både efter det ordinære uanmeldte tilsyn og de tilsyn som er udført på baggrund af klager fra pårørende. Der er nu et meget konstruktivt samarbejde med de pågældende pårørende.

Der er nu et godt samarbejde med alle beboere og pårørende, dog opleves generelt en udvikling i retning af, at der er flere pårørende med behov for opmærksomhed fra personalets side og som også har sværere ved at håndtere de pårørendes faldende funktionsniveau. Bruger/pårørende rådet fungerer, der pågår dog drøftelser i forhold til rådets kommunikations- og mødeformer.

Flere tiltag er igangsat for at sikre korrekt medicindokumentation og medicin håndtering. Ledelsen oplever, at dette har gjort området sikrere, men der er dog fortsat fokus op området og flere tiltag skal afprøves i den kommende tid. Der er, og vil også fremadrettet være et stort fokus på kvalitetssikring og faglig udvikling, herunder dokumentation. Området vil blive forankret hos to nyansatte faglige ressourcepersoner og udviklingssygeplejersken.

Værktøjet "Den god indflytning" anvendes aktivt, både før, under og efter beboerens indflytning, og her opleves de opfølgende og forebyggende samtaler som de mest udbytterige elementer for beboere, pårørende og personale.

Sygefraværet ligger på 14,3 fraværdsdage pr. medarbejder pr år (okt. 2017), dette er primært forårsaget af langtidssygemeldinger pga. stress og sygemeldinger i opsigelsesperioder. Aktuelt er den daglige leder deltidssygemeldt.

Der er store forhåbninger til styrkelsen af det faglige arbejde på baggrund af ansættelser af faglige ressourcepersoner og udviklingssygeplejerske. Derudover har ledelsen har et ønske om, at hjemmesygeplejerskerne er mere tilstede på plejecentret i hverdagen, således at deres faglighed bliver integreret i arbejdet – også udover deres deltagelse i planlagte møder.

Ved rekruttering af nyt personale er der stor fokus på god introduktion af personalet, eks. bliver aften/nat personale også introduceret i dagstiden.

Der er generelt et godt samarbejde med de praktiserende læger, dog har der været udfordringer i forhold til samarbejdet med en enkelt, men et dialogmøde med den pågældende læge har medført et mere konstruktivt samarbejde.

Anbefalinger

- At alle medarbejdere kender og arbejder efter vejledningen for skriftlig sygeplejefaglig dokumentation, herunder særligt fokus på journalnotater, plejeplaner samt informeret samtykke
- At den gode udvikling som ses på medicinområdet med mange gode tiltag, fastholdes og styrkes, dog bør der sættes fokus på dokumentation af indikationer og observationer af medicinen, således at en behandlingsudvikling kan følges.
- At sikre tydelige ansvarsfordeling efter tværfaglige møder, samt opfølgning på beslutningerne ved disse.