



**Tilsynsrapport
Uanmeldt kommunalt tilsyn**

**Birkehøj Plejecenter
5. september 2016**

Indledning

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 og 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 og interviews
- Tilsynet blev afviklet den 5. september 2016 af chefkonsulent Mariann Lyby, MPH, SA, sygeplejerske
- Fire beboere blev udtaget til tilsynet, ingen pårørende deltog

Dialogmødet

- Dialogmødet blev afviklet den 21. september 2016 med plejecenterlederen, 2 teamledere, og 4 medarbejdere.
- 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

Metode

Det samlede tilsyn består af udvælgelse af beboere, gennemgang af dokumentation samt interview med de samme beboere. Derudover afholdes et interview med en gruppe medarbejdere og med ledergruppen.

Der afholdes dialogmøde efter tilsynet.

Der udarbejdes en rapport, som sammenfatter alle dele af tilsynet. Rapporten sendes i høring på plejecentret for faktuelle fejl, hvorefter den færdiggøres og fremsendes til det pågældende plejecenter. Rapporten lægges efterfølgende på hhv. plejecentrets og kommunens hjemmeside.

Fokusområder 2016

I forbindelse med de kommunale tilsyn, udvælges årligt et særligt fokusområde. I 2016 er der sat fokus på status for implementeringen af hverdagsrehabilitering.

Der udarbejdes en særskilt rapport, som ikke er en del af tilsynet.

Samlet konklusion på tilsynet

Dokumentation

Der blev gennemgået dokumentation på fire beboere.

Der foreligger skriftlige afgørelser over den bevilgede hjælp, og konkret og individuel vurdering af behovet for hjælp hos alle fire beboere.

Der er overordnet set registreret informeret samtykke efter reglerne, der er ikke indgået værgemål eller registreret magtanvendelse.

Ingen af de fire beboere modtager dosispakket medicin, medicinskemaet er udfyldt efter reglerne.

Funktionsvurdering, døgnrytmeplaner og helhedsvurderinger anvendes ifølge vejledningen. Målinger anvendes fint, der kan dog med fordel videreudvikles på, hvordan der skal reflekteres over de værdier der skrives ind, og hvordan målinger hænger sammen med journalnotater og plejeplaner.

Journalnotaterne er gode, ligesom plejeplanerne. Der bør være mere opmærksomhed på at lukke en plejeplan, når der ikke mere er brug for den. En enkelt opfordring er, at der – også så det ses i dokumentationen – skal følges op, når der i et journalnotat eller en plejeplan er beskrevet, at der skal laves opfølgning.

Generelt er dokumentationen meget fin med nogle skønhedsfejl, som nemt kan rettes.

Beboerne

Fire beboere blev interviewet, og ingen andre deltog.

Alle oplever at få dækket deres behov for pleje, og er overordnet set, tilfredse med kvaliteten. En af beboerne var dog utilfreds med 'alting', som vedkommende sagde, på dagen for tilsynet, og dette påvirkede den pågældendes besvarelser generelt.

Som udgangspunkt oplever beboerne at blive inddraget i både tilrettelæggelse og udførelsen af plejen, og der er et godt samarbejde med de pårørende, som også oplever at blive inddraget på et ønsket niveau, og hvor det er muligt. Som beboer oplever man, at få den hjælp, støtte og omsorg man har brug for.

De oplever alle få deres fysiske behov for aktiviteter tilfredsstillet, og at kvaliteten er i orden. Man deltager i de fælles arrangementer på plejecentret, både de mere aktivitetsorienterede og de sociale. Én beboer vælger disse tilbud aktivt fra.

Der er generel tilfredshed med maden. Det samme gælder for boligen, samt fællesarealer og udenomsarealerne. Der er tilfredshed med kvaliteten af rengøringen både i boligen og på fællesarealerne. Ved tilsynet er der rent og ryddeligt i alle boliger og på fællesarealerne.

Overordnet set er antallet af personale omkring den enkelte beboer i orden.

Tilsynet vurderer, samlet set, at der er sammenhæng imellem den indsats der er visiteret til, og den hjælp beboerne får. Ligeledes, at kvaliteten er god, og at indsatsen leveres som beskrevet i kvalitetsstandard.

Medarbejderne

I interviewet deltog seks medarbejdere, tre sosuhjælpere og tre sosuassistenter.

Der er fulgt op på sidste års tilsyn, specielt indenfor dokumentations- og medicinområdet.

Medarbejderne oplever, at der i hverdagen er mulighed for at levere den kvalitet i pleje og aktiviteter, som er beskrevet i kvalitetsstandarderne. Alle kender og arbejder efter kommunens retningslinjer og instrukser, bl.a. instruksen for magtanvendelse, som dog ikke har været anvendt i det forløbne år af de medarbejdere som indgår i tilsynet.

Beboerne inddrages løbende i planlægning og udførelse af plejeindsatser, og der er et godt samarbejde med beboerne. Deres forventninger er meget forskellige, nogle gange er forventningerne f.eks. et 'højt serviceniveau'. 'Den gode indflytning' er implementeret, ligesom der løbende arbejdes med hverdagsrehabilitering.

Der arbejdes systematisk med dokumentation og at kvalitetssikre denne. Det samme gør sig gældende for medicin håndtering.

Der sker nødvendig oplæring af nye medarbejdere, med bl.a. en lokal intro og en mentorordning, som fungerer fint, ligesom der løbende sker oplæring i nye opgaver. Der er delvist adgang til kompetenceudvikling, der er dog en del ønsker der ikke er imødekommet.

Vedrørende samarbejdet på tværs af huset, er der på tilsynstidspunktet en oplevelse hos medarbejderne fra begge huse om, at samarbejdet ikke er godt. Det opstår jævnligt usikkerhed i kommunikationen om, hvilke afdelinger der skal hjælpe hvem. Der er ligeledes en oplevelse af, at vagtplanerne ofte ikke hænger sammen. Dette er påpeget på dialogmødet, og ledelsen samler efterfølgende op på denne problemstilling.

Ledelsen

I interviewet deltog plejecenterlederen og de to teamledere.

Som opfølgning på sidste års tilsyn, har alle medarbejdere har været på et tre dages kursus i dokumentation. Der er desuden etableret dokumentations-nøglepersoner i alle afsnit. Nye medarbejdere meldes til demens grundkursus, og der er generelt oprustet på demensområdet i både de somatiske og de skærmede afdelinger.

Samarbejdet med de pårørende fungerer fint, ligesom Bruger-/Pårørende rådet. Det opleves for tiden svært at få etableret frivilligt arbejde, med megen kontakt pr. mail. Der har været afholdt møde for at etablere af en støtteforening til plejecentret, med deltagelse af 20 pårørende.

Magtanvendelsesreglerne har været anvendt, og der er indberettet efter reglerne. Der afholdes månedlige møder med demenskonsulenterne, med jævnlig undervisning i magtanvendelse. Indberetninger anvendes i perioder meget på de skærmede enheder. Personaleændringer har også betydet noget for, hvordan der arbejdes med området.

Der er fokus på kvalitetssikring af dokumentationen, bl.a. arbejdes der efter tjeklister. Nøglepersonerne har dagligt fokus på området, og der er udarbejdet 3-måneders auditvejledning, som gennemføres med 9 beboere pr. måned. På medicinområdet er der stadig mange utilsigtede hændelser. Samlet set, er der en stor stigning i antallet af hånddoseret medicin i stedet for dosisdispensering.

Der har ikke været meget kompetenceudvikling for den enkelte medarbejder og dennes personlige behov i det forløbne år. Det har fortrinsvis været centralt arrangeret uddannelser, bl.a. vejledning og dokumentation.

Omkring sygefravær prioriteres omsorgssamtaler højt. Efter tre sygeperioder på et år, anvendes 1. dags erklæring ved efterfølgende fravær. Ved behov for vikarer bruges eget vikarkorps, med meget lidt anvendelse af eksternt bureau.

Samarbejdet med de praktiserende læger fungerer dårligt på tilsynstidspunktet. Et eksempel er gentagne kontakter en uge i træk til lægen, hvor den praktiserende læge ikke kontakter tilbage. Ligeledes området vedr. dosispakning, hvor der er et stigende antal beboere, som ikke er på dette. Det er en stor, ekstra, kommunal personaleresource, der skal afsættes til medicin håndtering, og kan blive problematisk, hvis tendensen fortsætter.

Af yderligere kvalitetsforbedrende initiativer det seneste år, er der etableret grupperum/ vagtrum for personalet. Der er desuden oprustet på madområdet, ansat ernæringsassistent, som deltager i møder med fokus på måltider, én gang pr. uge i alle afdelinger. Kølemaden som serveres på plejecentret har en tilfredsstillende kvalitet, hvilket også svarer til beboernes udtalelser ved interviewet.

Der opleves et forbedret tværfagligt samarbejdet siden sidste tilsyn. Der er dog stadig udfordringer mht. rolle / deltagelse af sygeplejerskerne i META møder, samt at få gennemført den sygeplejefaglige gennemgang ved nye beboere og ved udskrivning. Desuden opleves udfordringer i fht. at gennemføre triagemøder som aftalt.

Anbefalinger

- Fastholde det gode niveau på dokumentationsområdet bl.a. ved løbende opfølgning på dokumentationen
- Fastholde fokus på medicinområdet
- Sætte fokus på samarbejdet med kommunens hjemmesygeplejersker og medvirke til at sikre det tværfaglige samarbejde omkring beboerne
- Arbejde for at medvirke til løsning af de udfordringer der opstår i samarbejdet med de praktiserende læger i kommunen