**Tilsynsrapport fra uanmeldt tilsyn**

**Svendborg Kommune**

Myndighedsafdelingen



Plejecenter Vest – Bryghus ældreboliger

Uanmeldt tilsynsbesøg d. 12.6.2017

**Indholdsfortegnelse**

1. Baggrund for tilsynet ....................................................................................................... side 2

2. Læsevejledning ............................................................................................................... side 2

3. Tilsynsdato, tidspunkt og tilsynsførende ............................................................................. side 2

4. Samlet konklusion og anbefalinger………………………………………………………………………………………………… side 3

5. Aktuelle forhold på tilsynsdagen......................................................................................... side 4

1 Kvalitetsforbedrende opfølgning siden sidste tilsyn

2 Kort beskrivelse af boligenheden, herunder rengøring af boligen

3 Ændringer i beboersammensætning

4 Ændringer i personalesituation

5 ”Tonen” / dialogen på stedet, herunder vurdering af, om der arbejdes værdibaseret

6. Ledelse .......................................................................................................................... side 5

1 Ansvars- og kompetenceforhold

2 Oplæring og introduktion til nyansatte og afløsere

3 Specifik oplæring til personalet

4 Utilsigtede hændelser

5 Egenkontrol af sundhedsfaglig dokumentation

6 Samskabelse

7 Måltider

7. Personale ....................................................................................................................... side 6

1 Hygiejne

2 Rammer for pleje og omsorg

3 Sundhedsfaglig dokumentation

4 Utilsigtede hændelser

5 Trivsel på arbejdspladsen

6 Samskabelse

8. Borgere ......................................................................................................................... side 8

1 Borgerens tilfredshed med kontaktperson/personale samt kontinuiteten i opgavevaretagelsen

2 Nødkald

3 Udbud af aktiviteter / samskabelse

4 Måltider

 5 Boligforhold og fysiske rammer

**1. Baggrund for tilsynet**

Med baggrund i lov om social service § 151 og bekendtgørelse nr. 805 af 29. juni 2007, om tilsyn på plejehjem og i plejeboliger, gennemføres årligt et uanmeldt tilsyn i samtlige plejeboligenheder i Svendborg Kommune.

Svendborg Kommune har valgt også at føre tilsyn i ældre- og handicapvenlige boliger med fælleshus eller dag- og træningscenter.

Desuden er det valgt at opretholde dialogbaserede tilsyn selvom det siden 2010 ikke længere er et lovkrav.

**2. Læsevejledning**

Rapporten indledes med en samlet konklusion, anbefalinger fra tilsynet samt begrundelser herfor.

Alle oplysninger i rapporten er tilvejebragt gennem interview af leder, personale og borgere, samt tilsynets observationer.

Alle spørgsmål i rapporten tager udgangspunkt i Svendborg Kommunes værdier – helhed i opgaveløsningen, borgeren i centrum, læring og udvikling, trivsel – samt i principper for rehabilitering og kulturen i forbindelse med pleje af borgeren.

Ved rehabilitering forstås en tværfaglig indsats, hvor borgeren trænes for at modvirke funktionstab eller genvinde tabte færdigheder.

Træningen foregår i dagligdagen ved personalet og/eller rehabiliteringsterapeut eller træningsterapeut og tager altid udgangspunkt i det, der giver mening for borgeren.

Ved kulturen forstås respekten for at personalet arbejder i borgerens hjem, omgangstonen og dialogen omkring og med borgeren og de pårørende.

Derefter gennemgås de overordnede data indsamlings områder.

* Ledelsesmæssige opgaver i form af bl.a. opfølgning, oplæring, procedurer, instrukser,

formidlingsansvar.

* Personalemæssige opgaver i form af bl.a. kendskab til hygiejne, sundhedsfaglig dokumentation, praktisk udførelse af arbejdet.
* Borgernes oplevelse af bl.a. de leverede ydelser og den faktiske kvalitet samt dialog og tilfredshed med kontinuitet, aktivitet og personalestabilitet.

 Tilsynet observerer ydelserne i relation til lovgivning, kvalitetsstandarder og tildeling.

Hvert år er der spørgsmål til et særligt fokusområde, udvalgt på baggrund af kommunens ønske eller embedslægens anvisning.

Der vil blive udført tilsyn stikprøvevis af min. 3 borgere. Under tilsynet gøres observationer hos langt flere borgere, for eksempel under ophold på fællesarealer, hvor flere borgere er til stede.

**3. Tilsynsdato, tidspunkt og tilsynsførende**

Tilsynet blev gennemført d. 12.6.2017 af tilsynsførende sygeplejerske Therese Jakobsen

**4. Samlet konklusion og anbefalinger**

**Ingen bemærkninger**

Dette betyder, at det observerede lever op til lovgivning, forvaltningens

regler, instrukser, rutiner, værdier, kvalitetsstandarder og almen faglig

standard.

**Mindre mangler**

 🗷

Dette betyder, at det observerede lever op til lovgivning, forvaltningens

regler, instrukser, værdier, rutiner, kvalitetsstandarder og almen faglig

standard. Dog er der forhold, som kan give anledning til råd og vejledning

fra Tilsynet, som kan evalueres ved det efterfølgende anmeldte tilsyn.

*Tilsynets vejledning og kommentarer: Som angivet lever det observerede op til lovgivning, regler, rutiner m.m. I forhold til dokumentationen blev der ved tilsynet foretaget stikprøvekontrol hos 3 tilfældigt udvalgte borgere, hvor det generelle indtryk var ok udførte borgeraftaler og borgerplaner, der gav overblik over borgernes sundhedsfaglige situation. Dog blev der konstateret mindre mangler, idet der hos en enkelt borger ikke var helt overensstemmelse mellem den enkelte borgers helhedsvurdering og de borgerplaner, der oprettes på baggrund af helhedsvurderingen. Der skelnes ikke konsekvent mellem handling og evaluering, der mangler evaluering i enkelte borgerplaner og i et par borgerplaner er indholdet meget blandet ift borgerplanens overskrift.*

*Der var ikke informationer omkring livshistorie, samtykke eller ift livets afslutning hos nogen af de 3 borgere.*

*Ved tilsynet den 12. juni 2017 var der en god stemning både blandt beboere, personale og ledelse. Beboerne, der medvirkede ved tilsynet, var glade og tilfredse med at bo på Bryghuset. Personalet gav udtryk for godt samarbejde på arbejdspladsen men udfordringer i det ændrede klientel, der giver flere direkte borgerrettede aktiviteter med samme normering som før indvielsen af demensbyen.*

*Tilsynsførende blev mødt med stor venlighed og imødekommenhed og der var en positiv tilgang til tilsynet.*

Sektionslederen er orienteret om ovenstående.

Rapporten er den 13. juni 2017 sendt til høring hos områdeleder og sektionsleder.

Der er ikke indkommet bemærkninger til rapporten i høringsperioden.

**Betydende mangler**

Dette betyder, at det observerede på flere områder ikke lever op til

lovgivning, forvaltningens regler, instrukser, værdier, rutiner,

kvalitetsstandarder og almen faglig standard. På baggrund af tilsynets

anbefalinger udarbejder plejecentret/ældreboligerne en tids- og handlingsplan

for at få rettet op på de påpegede mangler indenfor **10 dage**.

Handlingsplanen sendes til tilsynsførende, som herefter kan foretage de nødvendige opfølgningsbesøg.

**5. Aktuelle forhold på tilsynsdagen**

* **5.1. Kvalitetsforbedrende opfølgning siden sidste tilsyn**

Ledelsen oplyser, om der er foretaget kvalitetsforbedrende opfølgning af fokus områder på baggrund af sidste års tilsyn. Hvordan er der fulgt op på eventuelle kritikpunkter?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ledelsen oplyser, at der løbende er fokus på dokumentation ved blandt andet ugemøder og at der med sygeplejerske som tovholder arbejdes kontinuerligt med den sundhedsfaglige dokumentation.Der er kommet ny leder i sektionen pr. 1.3.17. Ledelsen har valgt at afsætte tid specifikt til at implementere tidlig opsporing og dermed øge fokus på dokumentationen. |  |

* **5.2. Kort beskrivelse af boligenheden**

Herunder indtrykket af boligen, rengøring af boligen i forhold til sundhedsfaglig standard

|  |
| --- |
| Hele Bryghuset er pr. 21.11.2016 indviet til demensby.Der er 43 ældreboliger på Bryghuset. Alle boliger er 2-rums boliger. Boligerne fordeler sig på 4 etager, der er svalegang uden for alle boligerne, hvor der er mulighed for at sidde og nyde luft og udsigt.Der er fast personale tilknyttet boligerne i dag/aften/natte timerne.  |

* **5.3. Ændringer i beboersammensætning**

Ledelsen oplyser, om der er sket væsentlige ændringer i beboersammensætningen siden sidste tilsyn.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ledelsen oplyser, at der ikke er sket væsentlige ændringer i beboersammensætning siden sidste tilsyn |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at beboersammensætningen er ændret således at der er blevet flere demente beboere. Dette grundet etablering af Demensbyen i Svendborg Kommune, hvorfor der er indflyttet flere borger med forskellige demenssygdomme.  |

* **5.4. Ændringer i personalesituation**

Ledelsen oplyser, om der er sket væsentlige ændringer i personalesammensætningen siden sidste tilsyn.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der ikke er sket væsentlige ændringer i personalesammensætningen siden sidste tilsyn. Dog vil der i sensommeren være i alt 4 sygeplejersker på stedet. |
|  | Ledelsen oplyser, at personalesammensætningen er ændret således at der er:1. Flere hjælpere
2. Færre hjælpere
3. Flere assistenter
4. Færre assistenter
5. Flere sygeplejersker
6. Færre sygeplejersker
7. Et større vikarforbrug
8. Et mindre vikarforbrug
9. andet
 |

* **5.5. ”Tonen” / dialogen på stedet, herunder vurdering af, om der arbejdes værdibaseret**

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Tilsynet vurderer, at der er en åben og respektfyldt dialogform mellem ledelse, personale og borgere og at der værnes om tavshedspligten. Det er ligeledes Tilsynets vurdering, at der arbejdes værdibaseret i forhold til kommunens overordnede værdier. |

**6. Ledelse**

* **6.1. Ansvars- og kompetenceforhold**

Ledelsen oplyser om ansvars- og kompetenceforhold for personalegrupper tilknyttet pleje, praktisk hjælp og sygepleje.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der er overensstemmelse mellem beboersammensætning og personalets ansvars- og kompetenceforhold. |
|  | Ledelsen oplyser, at der på følgende områder ikke er overensstemmelse mellem beboersammensætning og personalets ansvars- og kompetenceforhold: |

* **6.2. Oplæring og introduktion til nyansatte og afløsere**

Ledelsen oplyser, om oplæring / introduktion til nyansatte og afløsere, til sikring af viden om gældende lovgivning, procedurer, instrukser og kvalitetsstandarder. Det anføres, om det forespurgte personale er enigt i ledelsens oplysninger.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der iværksættes oplæring/introduktion til nyansatte og afløsere |
|  | Ledelsen oplyser, at der ikke iværksættes oplæring/introduktion til nyansatte og afløsere.  |
| 🗶 | Personalet udtrykker enighed med ledelsens oplysninger. |
|  | Personalet udtrykker uenighed med ledelsens oplysninger. |

* **6.3. Specifik oplæring til personalet**

Ledelsen oplyser, om der i situationer hvor der er behov for specifikke sundhedsfaglige

opgaver, foretages individuel oplæring af personalet, samt sikrer korrekt dokumentation. Det anføres, om det forespurgte personale er enigt i ledelsens oplysninger.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der foretages individuel oplæring |
|  | Ledelsen oplyser, at der ikke/sjældent foretages individuel oplæring.  |
| 🗶 | Personalet udtrykker enighed med ledelsens oplysninger. |
|  | Personalet udtrykker uenighed med ledelsens oplysninger. |

* **6.4. Utilsigtede hændelser**

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at utilsigtede hændelser indrapporteres elektronisk og at der følges op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring. Ledelsen oplyser at de utilsigtede hændelser gennemgås på de planlagte ugemøder. Det er sygeplejerske der er tovholder på indrapportering. |
|  | Ledelsen oplyser, at utilsigtede hændelser endnu ikke rapporteres elektronisk, og at der ikke følges op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring.  |

* **6.5. Egenkontrol af sundhedsfaglig dokumentation**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ledelsen oplyser, at der foretages systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation. |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der efter en systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation gives en tilbagemelding til personalet, hvor det bl.a. drøftes, hvad der eventuelt skal iværksættes af tiltag, for at forbedre dokumentationen.Sygeplejersken er tovholder på opgaven. |
|  | Ledelsen oplyser, at der ikke foretages systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation. **OBS: Begrundelse herfor:** |

* **6.6. Samskabelse**

Ledelsen beskriver, hvorvidt og hvordan der i det rehabiliterende arbejde i dagligdagen er fokus på at sikre, hvad der er vigtigt og meningsfyldt for den enkelte borger.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen oplyser, at der arbejdes med ovenstående på følgende måde: Al rehabilitering udspringer i bevidstheden om at borgeren er enig i og motiveret til aktiviteten, og tager udgangspunkt i den enkeltes formåen samt ressourcer. |
|  | Ledelsen oplyser, at der endnu ikke er fokus på ovenstående. Begrundelse: |

* **6.7. Måltider**

Ledelsen beskriver indsats omkring måltiderne, herunder beskrivelse af hvordan der serveres, skabes hygge og hjemlig stemning samt om pårørendes mulighed for at deltage i måltidet.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ledelsen beskriver indsatsen omkring måltiderne, på følgende måde:De fleste beboere har privat eller kommunal madordning. Mange af de beboere, der benytter dagcenter, spiser maden i dagcenter, hvor der er meget fokus på at skabe en hyggelig atmosfære. Personalet støtter op omkring måltiderne hos den enkelte beboer og hjælper gerne med at bestille mad, varme samt anrette mad ud fra den enkelte beboers behov. Der tilbydes ernæringsvurdering.  |
|  | Ledelsen oplyser, at borgerne har indflydelse på udarbejdelse af menuen, og at borgernes individuelle ønsker og behov i forhold til kosten tilgodeses / respekteres. |

**7. Personale**

* **7.1. Hygiejne**

Er personalet bekendt med sektionens hygiejnekoordinator, hygiejnemappen og de hygiejniske principper? Bærer plejepersonalet smykker (ure/ringe)?

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Ovennævnte instrukser er kendte og tilgængelige for personalet.  |
|  | Ovennævnte instrukser er ikke kendte og tilgængelige for personalet.  |
| 🗶 | Det observeres, at plejepersonalet ikke bærer smykker (ure/ringe).  |
|  | Det observeres, at personalet bærer smykker (ure/ringe). |

* **7.2. Rammer for pleje og omsorg**

Personalets oplevelser af rammerne for at kunne yde den optimale og individuelle pleje og omsorg til hver enkelt borger.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Personalet beskriver, at rammerne er gode  |
| 🗶 | Personalet giver udtryk for, at rammerne kunne være bedre. Konkret beskrivelse:Personalet beskriver at der efter omlægning til demensby er tilflyttet borgere i ældreboligerne med behov for mere pleje og omsorg og at dette skal udføres med de samme personaleressourcer som hidtil. Det er iflg. Personalet en stor udfordring, der kun lykkes fordi personalet samarbejder godt omkring opgaverne, men personalet er usikre på om det øgede arbejdspres fortsat kan håndteres af den enkelte medarebejder. |

* **7.3. Sundhedsfaglig dokumentation**

Foreligger der ajourførte borgeraftaler og borgerplaner for borgeren, der indeholder alle relevante pleje- og omsorgsindsatser, eller henvisninger hertil.

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Hos de vurderede borgere foreligger der ajourførte borgeraftaler og borgerplaner, der indeholder alle relevante pleje- og omsorgsindsatser, eller henvisninger hertil. |
| 🗶 | Hos de vurderede borgere er der oprettet borgeraftaler og borgerplaner. Der er ikke overensstemmelse mellem borgeraftaler og de oprettede borgerplaner. (Se i øvrigt konklusion) |
|  | Hos de vurderede borgere foreligger der ajourførte borgerplaner. Borgeraftalerne findes mangelfulde. |
|  | Hos de vurderede borgere foreligger der ajourførte borgeraftaler. Borgerplanerne findes mangelfulde. |
|  | I et eller flere tilfælde hos de vurderede borgere foreligger ingen borgeraftaler eller borgerplaner. |

* **7.4. Utilsigtede hændelser**

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Personalet oplyser, at de rapporterer utilsigtede hændelser elektronisk og at ledelsen følger op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring. |
|  | Personalet oplyser, at de endnu ikke rapporterer utilsigtede hændelser elektronisk og at ledelsen ikke følger op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring. |

* **7.5. Trivsel på arbejdspladsen**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Personalet giver udtryk for trivsel på arbejdspladsen. |
| 🗶 | Personalet giver udtryk for, at følgende forhold påvirker trivslen på arbejdspladsen:Skift af sektionleder og manglende daglig planlægger samt overgang til demensby, hvor beboergruppen løbende ændres til flere pleje- og omsorgsafhængige beboere. |

* **7.6. Samskabelse**

Personalet beskriver, hvorvidt og hvordan der i det rehabiliterende arbejde i dagligdagen er fokus på at sikre, hvad der er vigtigt og meningsfyldt for den enkelte borger.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Personalet oplyser at der arbejdes med ovenstående på følgende måde:Der er fokus på at inddrage den enkelte beboer i hverdagens daglige gøremål ud fra den enkeltes ressourcer. Der er stort fokus på nonverbal kommunikation ift den demente beboer og guidning ift den pågældende aktivitet.Der vægtes høj grad af kontinuitet ift personalet hos den enkelte beboer. |
|  | Personalet oplyser, at der endnu ikke arbejdes med ovenstående. **OBS begrundelse herfor:** |

**8. Borgere**

* **8.1. Borgerens tilfredshed med kontaktperson/personale samt kontinuiteten i opgavevaretagelsen.**

Ud fra borgerinterview afdækkes, om der er tilfredshed med ovenstående.

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | De adspurgte borgere giver udtryk for tilfredshed med personaletilknytningen, og der opleves kontinuitet i varetagelsen af de forskellige borgerrelaterede opgaver. Dialogen med personalet fungerer fint. |
|  | Flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med den personalemæssige tilknytning grundet meget skiftende personale. Der opleves dog kontinuitet i opgavevaretagelsen. Dialogen med personalet fungerer fint. |
|  | Flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med den personalemæssige tilknytning grundet meget skiftende personale. Der opleves ingen kontinuitet i opgavevaretagelsen. Dialogen med personalet opleves utilfredsstillende. |

* **8.2. Nødkald**

Ud fra borgerinterview og tilsynets observationer vurderes det, om borgeren har

mulighed for at tilkalde hjælp.

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

Har borgerne muligheden for at få hjælp - anvende nødkald eller er der

indlejret hensigtsmæssige tilsyn til borgere der ikke kan anvende kaldet?

Fungerer nødkaldet efter hensigten – oplever borgerne at hjælpen kommer efter tryk på nødkald? Evt. afprøves kald.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | De adspurgte borgere giver udtryk for tilfredshed med muligheden for at tilkalde hjælp. Borgere har mulighed for at anvende nødkald, og der er indlejret hensigtsmæssige tilsyn til borgere, der ikke kan anvende nødkaldet. Tilsynets observationer understøtter dette. |
|  | Flere af de adspurgte borgere udtrykker kun delvis tilfredshed med mulighederne for at tilkalde og få den fornødne hjælp. Tilsynets observationer understøtter dette. Evt. afprøves nødkald. |
|  | Flere af de adspurgte borgere udtrykker utilfredshed med muligheden for at tilkalde hjælp. Hos borgere, der ikke kan anvende nødkaldet er der ikke indlejret alternative løsninger (f.eks. i form af hyppige tilsyn). Tilsynets observationer understøtter dette. Evt. afprøves nødkald. |

* **8.3. Udbud af aktiviteter / samskabelse**

Tilsynet vurderer gennem borgerinterview, om der er et tilpas udbud af aktiviteter, samt mulighed for deltagelse i disse. Aktiviteter kan også ses som deltagelse i almindelige daglige gøremål. Oplever borgerne, at personalet er optaget af, hvad der giver mening og er vigtigt for den enkelte.

Vurdering foretaget hos X borgere.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | De adspurgte borgere angiver tilfredshed med tilbud og mulighed for deltagelse i aktiviteter.  |
|  | Flere af de adspurgte borgere angiver, at der er for få aktivitetstilbud. |
| 🗶 | De adspurgte borgere giver udtryk for, at personalet har fokus på, hvad der er vigtigt og giver mening for den enkelte. |
|  | Flere af de adspurgte borgere giver udtryk for, at personalet ikke har fokus på, hvad der er vigtigt og giver mening for den enkelte. |

* **8.4. Måltider**

Gennem interview og observation vurderes det, om borgerne oplever tilfredshed med den valgte kost, og om borgerne får den hjælp, der evt. er behov for til indtagelse af mad.

Borgernes oplevelse af måltiderne, herunder hvordan der serveres, skabes hygge og hjemlig stemning samt om pårørendes mulighed for at deltage i måltidet, beskrives.

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | De adspurgte borgere udtrykker tilfredshed med den valgte kost, oplevelsen af måltiderne og med den hjælp, der evt. er behov for til indtagelse af mad. Tilsynets observationer og faglige vurdering understøtter dette. En af de 3 adspurgte varetager selv indkøb og madlavning. |
|  | En eller flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med den valgte kost, oplevelsen af måltiderne og med den hjælp, der evt. er behov for til indtagelse af mad. Tilsynets observationer og faglige vurdering understøtter dette.  |
| 🗶 | De adspurgte borgere giver udtryk for, at individuelle ønsker og behov i forhold til kosten tilgodeses / respekteres.En af de 3 adspurgte varetager selv madlavning. |
|  | En eller flere af de adspurgte borgere giver udtryk for, at individuelle ønsker og behov i forhold til kosten ikke tilgodeses / respekteres. |

* **8.5. Boligforhold og fysiske rammer**

Ud fra borgerinterview afdækkes, om der er tilfredshed med boligforholdende og de fysiske rammer for hverdagen samt om borgerne oplever selvbestemmelse i eget hjem.

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | De adspurgte borgere udtrykker tilfredshed med nuværende boligforhold, fysiske rammer for hverdagen samt selvbestemmelse i eget hjem.  |
|  | Flere af de adspurgte borgere giver udtryk for utilfredshed med nuværende boligforhold, fysiske rammer for hverdagen samt manglende mulighed for selvbestemmelse i eget hjem på baggrund af følgende forhold: |