**Tilsynsrapport fra uanmeldt tilsyn**

**Svendborg Kommune**

Myndighedsafdelingen



Plejecenter Vest, Bryghus Demens

Uanmeldt tilsynsbesøg d. 19.09.2017

**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 3

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. 19.09 2017 af tilsynsførende sygeplejerske Eva Wahl Frost

**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 godt udførte borgeraftaler og borgerplaner, der gav et godt overblik over borgernes sundhedsfaglige situation. Dog blev der konstateret mindre mangler, idet der ikke var overensstemmelse mellem den enkelte borgers helhedsvurdering og de borgerplaner, der oprettes på baggrund af helhedsvurderingen (den ene af borgerne var nyligt indflyttet, hvorfor dokumentationen endnu var mangelfuld).*

*Der er vejledt i vigtigheden af, at der dokumenteres under de samme overskrifter i både helhedsvurdering og borgerplaner. Der er desuden vejledt i at få alle faner under borgeraftaler udfyldt. Der er vejledt ift at enkelte borgerplaner af ældre dato med fordel kunne inaktiveres for at skabe et bedre overblik i borgerplaner.*

*Ved Tilsynet den 19 September var der en god stemning både blandt borgere, personale og ledelse. Borgerne der medvirkede ved tilsynet var meget glade og tilfredse med at bo på Bryghus demens, og personalet gav udtryk for trivsel i det daglige arbejde. Tilsynsførende blev mødt med stor venlighed og imødekommenhed, og der var en meget positiv tilgang til tilsynet.*

Sektionslederen er orienteret om ovenstående.

Rapporten er den 19 September 2017 sendt til høring hos afdelingsleder og sektionsleder.

Der er i høringsfasen ikke indkommet bemærkninger til rapporten.

**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 har været og fortsat er fokus på dokumentation samt at tidlig opsporing afstedkommer et kontinuerligt fokus på dokumentation hos den enkelte beboer. |

* **5.2. Kort beskrivelse af boligenheden**

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

|  |
| --- |
| Der er 32 demensboliger på Bryghuset, fordelt på 3 etager med hver deres fælles dagligstue og køkken/alrum. Boligerne fremstår lyse og pæne og er godt indrettede.  Fra boligenhederne er der udgang til overdækket svalegang, og nogle beboere nyder at sidde ude på svalegangen og nyde udsigten, når vejret tillader det.  I forbindelsen med udbygningen i 2009 blev der etableret en altan til glæde for beboerne.  Til Bryghuset er der endvidere dagcenterfaciliteter samt café.  Tilsynet er udført på 1. sal Øst samt 1. sal Tårnet.  Alle boliger og fællesarealer, som tilsynsførende har set ved Tilsynet har været rengjorte og ryddelige og der er ikke observeret forhold, som personalet skal tage sig af. |

* **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:   1. Flere plejekrævende beboere 2. Flere selvhjulpne beboere 3. Flere demente beboere 4. Andre |

* **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 |
|  | 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**

|  |  |
| --- | --- |
| 🗶 | Tilsynets vurdering af, hvorvidt der er åben, ærlig og respekt fyldt dialog form mellem ledelse, personale og borgere og om 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 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. |
|  | Ledelsen oplyser, at der ikke foretages systematisk vurdering af den sundhedsfaglige dokumentation. |

* **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:  Der er fokus på at inddrage den enkelte beboer i hverdagens gøremål med udgangspunkt i samt bevidsthed om, at borgeren er enig i samt 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:  Der dækkes op med duge på bordene og måltiderne indtages sammen. Personalet deltager ved måltiderne og er medvirkende til at skabe den gode stemning omkring bordet.  Der bages boller, kage og personalet inddrager beboerne ift at snakke om ønsker for kost. Der er ift valg af måltider udarbejdet piktogrammer, således at alle beboer kan har mulighed for at tilkendegive ønsker for kosten. Ved fødselsdag bestemmer fødselaren menuen. Pårørende er velkomne også til måltiderne. |
|  | 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, men det tilkendegives tillige, at tiden til den enkelte beboer til tider kan være knap og hvorfor tiden til stjernestunder kan være svær at nå i dagligdagen, men at der er fokus herpå. |
|  | Personalet giver udtryk for, at rammerne kunne være bedre. |

* **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: |

* **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 arbejde meningsfuldt hos den enkelte beboer og der er enighed i, at møde den enkelte beboer i, hvad der giver mening samt er livskvalitet. Der er fokus herpå ift dagligdagen og de almindelige daglige gøremål. |
|  | Personalet oplyser, at der endnu ikke arbejdes med ovenstående. |

**8. Borgere**

På tilsynsdagen var det kun muligt at interviewe to beboere.

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

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

Vurdering foretaget hos 2 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 2 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 2 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 2 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 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 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 boligforholdene og de fysiske rammer for hverdagen samt om borgerne oplever selvbestemmelse i eget hjem.

Vurdering foretaget hos 2 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: |