

Tilsynsrapport fra uanmeldt tilsyn

Bryghus Plejeboliger

Uanmeldt tilsynsbesøg d. 24. oktober 2018

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 7
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. 24. oktober 2018 af tilsynsførende sygeplejerske Marianne Rudnik

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 bemærkninger og kommentarer

Som nævnt lever det observerede op til gældende lovgivning, regler og aftaler m.m. I forhold til dokumentationen blev der ved Tilsynet foretaget stikprøvekontrol hos 3 tilfældigt udvalgte borgere. Her blev der konstateret mindre mangler, idet der kun delvist var udfyldt Generelle oplysninger hos de 3 borgere, overvejende udfyldt under overskriften livshistorie.

Der er vejledt i vigtigheden i at udfylde under flest mulige og relevante overskrifter. Døgnrytmeplaner er fint udfyldt hos alle 3 borgere.

Ved Tilsynet var der en god og behagelig stemning både blandt borgere, personale og ledelse. Borgerne der medvirkede ved tilsynet var meget glade og tilfredse med at bo på Bryghuset. Personalet gav udtryk for god trivsel. Tilsynsførende blev mødt med stor venlighed og imødekommenhed og der var en meget positiv tilgang til tilsynet.

Rapporten blev den 25. oktober 2018 sendt i høring hos sektionsleder og områdeleder. Der er ikke indkommet nogle kommentarer til rapporten indenfor høringsfristen.

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 opfølgingsbesøg.

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?

	Ved sidste års tilsyn var der mindre mangler og tilsynet vejledte omkring den sundhedsfaglige dokumentation. Svendborg kommune skiftede i 2017 til omsorgssystemet Nexus og forhold vedrørende dokumentationen ved tidligere tilsyn kan derfor ikke sammenlignes.
--	--

- **5.2. Kort beskrivelse af boligenheden**

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

	Bryghuset er pr. 21.11.2016 indviet til Demensby, fortsat opdelt i plejeboliger og ældreboliger. I plejeenheden på Bryghuset er der 2 boligenheder med hver sin fælles dagligstue og køkken/alrum. Der er i alt 14 lejligheder. Alle lejlighederne er to-værelses boliger, der fremstår pæne og godt indrettede. Fra boligenhederne er der udgang til overdækket svalegang, hvor der er mulighed for at sidde og nyde udsigten og luften, når vejret tillader det.
--	--

- **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
x	Ledelsen oplyser, at beboersammensætningen er ændret således at der er: Flere demente jf. status som demensby.

- **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
x	Ledelsen oplyser, at personalesammensætningen er ændret således at der er ansat en social og sundhedshjælper i stedet for en assistent.

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

	Det er tilsynets vurdering at der er en åben, ærlig og respektfyldt dialogform mellem ledelse, personale og borgere og at der værnes om tavshedspligten.
--	--

6. Ledelse

- **6.1. Ansvars- og kompetenceforhold**

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

x	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 enig i ledelsens oplysninger.

x	Ledelsen oplyser, at der iværksættes oplæring/introduktion til nyansatte og afløsere,
	Ledelsen oplyser, at der ikke iværksættes oplæring/introduktion til nyansatte og afløsere.
x	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 enig i ledelsens oplysninger.

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

- **6.4. Utsigtede hændelser**

x	Ledelsen oplyser, at utsigtede hændelser indrapporteres elektronisk, og at der følges op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring.
	Ledelsen oplyser, at utsigtede hændelser endnu ikke rapporteres elektronisk, og at der ikke følges op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring.
x	Personalet oplyser, at de rapporterer utsigtede hændelser elektronisk og at ledelsen følger op på hændelserne sammen med medarbejderne med henblik på læring.
	Personalet oplyser, at de endnu ikke rapporterer utsigtede hændelser elektronisk og at ledelsen ikke følger 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.
x	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. 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.

x	Ledelsen oplyser, at der arbejdes med ovenstående på følgende måde: Der er tilknyttet 1-2 frivillige til afsnittet i dagtimerne til at iværksætte forskellige initiativer for og med borgerne. Rehabilitering er grundlæggende i hverdagen, medarbejderne har meget øje på borgernes ressourcer og på at vedligeholde funktionsniveau så længe som muligt ved at borgerne gør så meget de kan selv.
	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.

x	Ledelsen beskriver indsatsen omkring måltiderne, på følgende måde: Alle måltider tilbydes i fællesstuen eller i egen lejlighed efter individuelt ønske. I afsnittet er superbrugeren omkring ernæring meget engageret og opmærksom på borgernes behov og ønsker. I afsnittet har der været en sygepleje-bachelorstuderende som skrev opgave omkring ernæring og testede metoder til at fastholde borgernes vægt og vække appetit. Det er der fortsat gavn af i afdelingen.
	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)?

x	Ovennævnte instrukser er kendte og tilgængelige for personalet.
	Ovennævnte instrukser er ikke kendte og tilgængelige for personalet.
x	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.

x	Personalet beskriver, at rammerne er gode
	Personalet giver udtryk for, at rammerne kunne være bedre. Konkret beskrivelse:

- **7.3. Sundhedsfaglig dokumentation**

Er generelle oplysninger og døgnrytmeplan udfyldte jvf. Notat om dokumentation i omsorgssystemet Nexus ?

Vurdering foretaget hos 3 borgere.

	Hos de vurderede borgere foreligger der oprettede og ajourførte generelle oplysninger og døgnrytmeplan
	Hos de vurderede borgere er der oprettet generelle oplysninger, men ikke døgnrytmeplan
x	Hos de vurderede borgere er der oprettet døgnrytmeplan, men ikke generelle oplysninger
	I et eller flere tilfælde hos de vurderede borgere foreligger ingen generelle oplysninger eller døgnrytmeplan

- **7.4. Trivsel på arbejdspladsen**

x	Personalet giver udtryk for trivsel på arbejdspladsen.
	Personalet giver udtryk for, at følgende forhold påvirker trivslen på arbejdspladsen:

- **7.5. 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.

x	Personalet oplyser at der arbejdes med ovenstående på følgende måde: Rehabilitering er grundlæggende i tilgangen til plejen og italesættes i dagligdagen. Der er frivillige i afsnittet i dagtimerne. En af beboerne har besøg af en besøgshund fra trygfonden ca 1 gang om måneden. Personalet oplever et godt samarbejde med f.eks taxachauffører og købmanden som leverer varer omkring hensyntagen til borgerne.
	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.

x	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.

x	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 3 borgere.

x	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.

x	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 3 borgere.

x	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: