

**Furesø Kommune
Center for Social og Sundhed
September 2016**

Rapport fra kommunalt uanmeldt tilsyn

Plejemmet Ryetbo

1. Baggrund, mål og metode for at gennemføre det uanmeldte tilsyn.

Det årlige uanmeldte tilsyn på plejehjem og -centre i Furesø Kommune gennemføres med henvisning til § 151 i Lov om Social Service. Tilsynet har fokus på de kommunale opgaver efter lovens § 83 og 86, og de kvalitetsstandarder for pleje og praktisk hjælp, aktiviteter og træning, som byrådet har vedtaget.

Tilsynsførende fra Center for Social og Sundhed foretager tilsynet.

Målet med tilsynet er ved hjælp af stikprøver at undersøge:

- Om beboerne får den hjælp og pleje, de er berettiget til ift. kvalitetsstandarderne
- Om beboerne får hjælpen på en faglig forsvarlig måde
- Om plejehjemmene/centrene lever op til relevant lovgivning

Vi anvender følgende metoder:

- Tilsynsførende bevæger sig frit omkring på institutionen uden ledsagelse, med det formål at få et generelt indtryk af stedet og den praksis, der er her
- Dialog med beboere, pårørende, ledelse og medarbejdere
- Skabeloner der er lavet på baggrund af den gældende lovgivning, de vedtagne kvalitetsstandarder, og Socialministeriets bekendtgørelse om tilsyn på plejehjem

Skabelonerne skal sikre, at institutionerne bliver vurderet på de samme områder.

Tilsynet udarbejder en rapport, som danner grundlag for eventuelle udviklingspunkter, der skal drøftes med ledelse og medarbejdere.

2. Tilsynets vurderinger 2016

Tilsynet blev udført d. 19/9 2016.

Der er 96 boliger

Der er ansat social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, og fysioterapeuter. I alt 162 medarbejdere

Tilsynet talte med forstander, 2 ansatte og 2 beboere. Tilsynet var observerende ved morgenplejen ved 2 beboere. Tilsynet har efterfølgende talt med 3 pårørende telefonisk. Fordelt på de tre etager.

Forstander redegjorde for, hvordan der var blevet arbejdet med områder fra seneste tilsyn.

Der har været særlig fokus på områderne:

- Demens
- kommunikation
- medicin

- fravær
- APV 2015

Der arbejdes ud fra: ”Vi behandler alle mennesker ens – derfor behandler vi dem forskelligt.”
Med afsæt i dette, er tilgangen til den enkelte borger individuel og dagen tilrettelægges ud fra den enkeltes ønsker og behov.

Seneste tilsyn Sundhedsstyrelse maj 2016

Konklusion: Tilsynet har fundet mindre fejl og mangler, som samlet kun indebærer ringe risiko for patientsikkerheden.

Der blev observeret mangler i forhold til sygeplejefaglig dokumentation samt manglende anbrudsdato for salver mm.

Seneste kommunale tilsyn maj 2014

Det observerede lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instrukser, rutiner, værdier, kvalitetsstandarder og almen faglig standard. Men der er forhold, som plejehjemmet skal handle på.

Der blev observeret mangler i forhold til Dokumentation, personlig pleje, kommunikation, medicin/hygiejne

Tilsynet

Område	Tilsynets observationer
Selvbestemmelsesret	Personalet arbejder bevidst med at sikre borgernes selvbestemmelsesret, og er opmærksom på hvordan de håndterer dilemmaer f.eks. i forhold til borgernes sundhed f.eks. alkohol, rygning og når borgerne er kognitivt svækket. Borgerne oplyser, at de selv bestemmer f.eks. hvornår de står op. Pårørende oplyser, at borgerne inddrages i deres egen hverdag med de ressourcer de har og tilbydes mange aktiviteter, som de selv kan vælge eller fravælge.
Livskvalitet	Borger og familie anmodes om at skrive livshistorie ved indflytning Der er mulighed for at deltage i aktiviteter dagligt, og det aftales, hvad den enkelte har lyst til. De der ønsker spiser i restauranten og har fællesskab med borgere fra andre etager. Borger arrangerer f.eks. fælles spisning på etagen når de har lyst.
Kvalitet, tværfaglighed og	Der afholdes triage møder dagligt, med deltagelse af alle



sammenhæng i plejen	<p>faggrupper og personale med særlige demensviden. Der triageres både i dag- og aftenvagten. For at sikre fokus på alle borgere gennemgås dagligt også én grøn borger.</p> <p>Effekten af projekt fast plejehjemslæge betyder, at mange borgere fortsat har samme læge og der er godt samarbejde med læge</p> <p>Der modtages hver uge opgørelse over UHT, som der efterfølgende arbejdes med.</p> <p>Forstander oplyser at de kan blive bedre i arbejde med Nærhændelser</p>
Mad og ernæring	<p>Borgerne udtrykker tilfredshed med maden og giver udtryk for, at de har taget på. De, der spiser i restauranten har mulighed for at vælge mellem 2 retter. Hvis der er ting, de er utilfredse med er der en god dialog med køkkenet.</p> <p>Mad og ernæring var fokusområde i 2015.</p>
En værdig død	<p>Ved indflytning og minimum en gang årligt er der dialog med borger om behandlingsniveau.</p> <p>Der er tæt dialog med borger og pårørende om den sidste tid.</p> <p>Der benyttes vågekoner</p> <p>Pårørende oplyser, at hos 1 borger har man talt om en værdig død, 1 hvor man ikke har talt om det og den sidste er lige flyttet ind, og de har ikke talt om det endnu.</p>
Den skriftlige dokumentation	<p>Der er udarbejdet aktuelle helhedsvurderinger</p> <p>Ved to af to stikprøver var der mangler i dokumentation af sygeplejefaglige problemområder. Herunder plan for evaluering/opfølgning.</p> <p>Personalet oplyser at IT er meget langsomt og dette vanskeliggør deres arbejde.</p>
Medicin	<p>Oplysninger fra FMK anvendes i CARE.</p> <p>Der er overensstemmelse mellem medicinliste samt aktuel medicin.</p> <p>Personalet administrerer medicin jf. instrukser.</p> <p>Ved to af to stikprøver finder tilsynet medicin med overskreden sidste anvendelsesdato.</p> <p>Ved en stikprøve fremstår fælles medicinskab uden klar adskillelse mellem borgernes medicin, medicin der ikke kan være i borgerens kurv står ved siden af uden systematik.</p>
Personlig pleje	<p>Der observeres pleje hos borgere med forskellige multikomplekse problemstillinger.</p> <p>Der er god kontakt med personale og borger</p> <p>Borgere involveres og hverdagsrehabilitering indgår som et</p>



	integreret element. Personale kan fagligt begrunde handlinger.
Hygiejne	Personale har fokus på hygiejne og anvender hygiejniske principper
Samarbejde, kommunikation og arbejdsmiljø	Der er godt samarbejde mellem faggrupper og mulighed for at få hjælp og faglig sparring. Der er let adgang til leder og der opleves en meget flad struktur.
Kompetenceudvikling/faglighed	Medarbejdere skal deltage i forflytningskursus hvert år. Der er lavet aftale med MED at der ikke afholdes MUS i 2017. Dette genoptages i 2017. Der er introduktionsprogram for nyansatte
Øvrigt	



Samlet konklusion:

1		Ingen bemærkninger Dette betyder, at det observerede lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instrukser, rutiner, værdier, kvalitetsstandarder og almen faglig standard.
2	X	Bemærkninger Dette betyder, at det observerede lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instrukser, rutiner, værdier, kvalitetsstandarder og almen faglig standard. Men der er forhold, som plejehjemmet/plejecentret skal handle på.
3		Betydende mangler Dette betyder, at det observerede på nogle områder ikke lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instrukser, rutiner, værdier, kvalitetsstandarder og almen faglig standard. Plejehjemmet/plejecentret udarbejder tids-og handleplan indenfor 14 dage . Handlingsplanen sendes til tilsynet, som foretager opfølgingsbesøg, og handleplanen er omdrejningspunktet.
4		Kritisable forhold Dette betyder, at det observerede på flere områder ikke lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instrukser, rutiner, værdier, kvalitetsstandarder og almen faglig standard. Plejehjemmet/plejecentret udarbejder en tids-og handleplan indenfor 5 dage og sender den til tilsynet, som herefter vil foretage de nødvendige opfølgende tilsynsbesøg hvor handleplanen er omdrejningspunktet.

Der skal udarbejdes handleplaner/udviklingsplaner på:

Tilsynsførende: Helene Wulf-Andersen, Susanne Jensen