Tilsynsrapport Plejecenter

Uanmeldt kommunalt tilsyn hos Hiort Lorenzens plejecenter, 2018

1. Fakta om tilsynet

Nedenfor præsenteres tilsynssted samt tilsynets datagrundlag og metoder kort.

Plejecentrets navn og adresse
Hiort Lorenzens plejecenter Hiort Lorenzensvej 69 6100 Haderslev
Leder
Mai Vinnick Hendry
Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg
05.04.2018 ca. 10.00-12.00
Datagrundlag
Ved tilsynet blev der foretaget stikprøver i forhold til 2 borgere der, om muligt, har forskellig plejetyngde og som har givet tilsagn til at deltage. Dataindsamlingen blev foretaget ved interview/samtale i borgers hjem. To medarbejdere og lederen blev også interviewet. *Der gøres opmærksom på at der inden årets udgang vil være en audit med fokus på dokumentation på en vis antal af tilfældige udvalgte borgers journaler.*
Tilsynsførende
Kvalitets- og velfærdsteknologikonsulent Lene Bjørn Jensen

2. Samlet tilsynsresultat for Hiort Lorenzen plejecenter.

Tilsynet har gennemført et uanmeldt tilsyn hos Hiort Lorenzen plejecenter. På baggrund af det indsamlede datamateriale og den efterfølgende analyse heraf, har tilsynsførende Lene Bjørn Jensen vurderet Hiort Lorenzen plejecenter til at være godkendt ved det uanmeldte tilsyn.

Resultatet præsenteres nedenfor.

Samlet vurdering

X	**Godkendt** Dette betyder, at den leverede hjælp og det skriftlige arbejdsgrundlag er vurderet til at leve op til såvel lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene sundhedsfaglige standarder.
	Godkendt med mangler Dette betyder, at dele af den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har mangler eller er utilfredsstillende, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene sundhedsfaglige standarder.
	Alvorlige fejl og mangler Dette betyder, at dele af den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene sundhedsfaglige standarder. Manglerne er af et sådan omfang eller af en sådan karakter, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig / øjeblikkelig handling.

Det ovennævnte vurderingsresultat er baseret på de principper, der er udarbejdet i forbindelse med gennemførelse af tilsyn på ældreområdet i Haderslev Kommune (Tilsynspolitik 2018).

2.1 Begrundelse for tilsynsresultat

Den overordnede vurdering begrundes nedenfor.

Styrker	
Beskrivelse af de punkter, hvor den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag lever op til tilsynet	Borgere er generelt glade og tilfredse med den hjælp de får og plejecenteret i sig selv. Medarbejdere samt leder og stedfortræder giver udtryk for at der er meget fokus på livshistorie og den individuelle borger, for at at sikre borgerens mulighed for værdighed i eget liv. Rehabilitering er noget der er en del af hverdagen hvor medarbejdere fortæller hvordan der altid tænkes rehabilitering. Borgerne fortæller også at de gør så meget de kan selv, så længe de kan det. Medarbejdere, ledere samt stedfortræder fortæller hvordan ledelsen er åben og god til at handle på det medarbejderne måtte komme med. Begge borgere fandt maden god og der er mulighed for at ønske fortæller både medarbejdere og stedfortræder. Endvidere fortælles hvordan der er et kostudvalg der mødes 4*årligt. Dokumentationen i det nye system går fremad fortæller medarbejderne, de arbejder på at lære systemet at

	kender og visse aspekter er ikke helt nemme og kræver en større fordybelse. Leder og stedfortræder fortæller hvordan de synes medarbejderne er gode til at dokumentere observationer og at de det næste stykke tid har fokus på døgnrytmeplaner og generelle oplysninger.
Mangler	
Beskrivelse af de punkter, hvor den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag ikke lever op til tilsynet	
Alvorlige fejl og mangler	
Beskrivelse af de punkter, hvor den leverede ydelse og/eller det skriftlige arbejdsgrundlag har alvorlige fejl og/eller mangler, vurderet ud fra lovgivningens krav, kommunens kvalitetsstandarder, øvrige interne beslutninger og værdier samt almene sundhedsfaglige standarder. Manglerne er af et sådan omfang eller af en sådan karakter, at der er tale om kritisable forhold for en eller flere borgere og fordrer hurtig / øjeblikkelig handling.	

2.2 Tilsynets overordnede bemærkninger og anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende bemærkninger og anbefalinger ift. leverandørens fremadrettede udvikling.

Bemærkninger	Anbefalinger
	- At alle medarbejdere har synlig ID.

2.3 Oversigt over tilsynsresultater for de enkelte mål og indikatorer

Mål og Indikatorer	God-	God-	Alvor-	Beskrivelse og vurdering

		kendt	kendt med mang-ler	lige fejl og mang-ler	
Mål 1: Borgers mulighed for at leve et værdigt liv					
Indikator 1.1		**X**			Begge borgere er tilfredse med deres liv på plejecenteret og den hjælp de får. Medarbejdere fortæller hvordan de i høj grad anvender livshistorien for at give plads til at borgerne kan leve livet på deres præmis og dermed leve et værdigt liv. De arbejder ud fra borgernes behov og ikke eget behov. F.eks. anvendes militærjargon ved en tidligere militærmand. Livshistorien blev også brugt til at overtale en til at tage et bad ved at fortælle hvordan de ved han altid er gået op i at være repræsentabel mv. Leder og stedfortræder fortæller hvordan det er vigtigt at italesætte overfor medarbejderne at borgerne er individuelle og at borgernes selvbestemmelse er vigtigt. Det er noget der italesættes gennem samtaler i hverdagen men også når der afholdes indflytningssamtaler, hvor livshistorie udfyldes. Aktiviteterne i ”havestuen” bliver også planlagt efter individuelle behov, ved at se på hvem der kommer i de næste 14 dage og prøve at se på hvad disse borgere er interesseret i og planlægge herefter. Den ene borger ved hvem hans kontaktperson. Begge er klar over hvem der kommer i deres lejlighed. Leder og stedfortræder oplever at det er en god kontaktpersonordning og at denne ordning er noget især pårørende går op i, da det naturligt at de vil gå til kontaktpersonen når de ønsker informationer.
Mål og Indikatorer		**God-kendt**	**God-kendt med**	**Alvor-lige fejl og**	**Beskrivelse og vurdering**

			mang-ler	**mang-ler**	
Mål 2: Borgerinddragelse og anvendelse af borgers ressourcer i det omfang, det er muligt					
Indikator 2.1		**X**			Begge borgere giver udtryk for at gøre hvad de kan selv. Den ene hjælper til ved forflytninger og vask og den anden er selvhjulpen bortset fra lidt hjælp til et bad engang imellem. Rehabilitering er medarbejderne meget opmærksom på. Den ene medarbejder fortæller hvordan hun altid selv tænker: ”Hvad kan jeg selv og hvad gør jeg selv” og udgangspunktet er at borger kan det samme, dette kombineres med en faglig vurdering af den enkelte borger. F.eks. får de en vaskeklud i hånden hvis de kan bevæge disse, får lov til at lægge tøj sammen o.l. Der kan risikeres at skulle bruge mere tid hos den enkelte men dette er også noget de så er villige til at prioritere. Der lægges vægt på at hvis borger kan udføre handlingen til en ordentlig standard, så får de lov til at gøre det selv fremfor at medarbejderne udføre det. Mad severes også i skåle så de borgere der kan, selv kan tage maden. Leder og stedfortræder fortæller hvordan Nexus hjælper ift. forståelsen af rehabilitering og at skelne imellem hvad borger og medarbejder kan. Dette er fordi man i nexus skal inddele hvad borger kan og hvad man selv skal hjælpe med på døgnrytmeplanen. På denne måde er det nemmere at skelne og holde fast i det borgerne allerede kan. Den rehabiliterende tankegang er også noget alle nye bliver introduceret til fortæller de.
Mål og Indikatorer		**God-kendt**	**God-kendt med mang-ler**	**Alvor-lige fejl og mang-ler**	**Beskrivelse og vurdering**

Mål 3: Kvaliteten af hjælpen					
Indikator **3.1**		**X**			Begge borgere fremstod velplejede og deres lejligheder rene. Medarbejderne har en følelse af at de bliver bakket op af ledelsen og at det er okay at gå til lederen med bekymringer mv. Der opleves at der bliver handlet på det hele. Dette er også noget leder og stedfortræder fortæller samt hvordan de indbyder til tillid og åbenhed. Man må godt sige fra, for man har forskellige kompetencer. De to medarbejdere er fra hvert deres team og er hhv. SSA og SSH, de føler sig sikre og oplærte til de situationer de møder i deres dagligdag. De kompetencer de har bliver fuldt udnyttet, hvilket er positivt for dem. Den ene borger havde klippekort og der blev observeret at der var en seddel ift. klippekortet hængende på indersiden af medicinskabet. Klippekortet stresser den ene medarbejder, da det ikke altid er nemt at nå, denne medarbejder mener det ville være bedre hvis man havde lagt det oveni pakken så der blev mere tid til den enkelte borger generelt dog er det ikke en stressfaktor for den anden. Leder og stedfortræder fortæller at klippekortet er et fokusområde og har udviklingspotentiale. Det skal op til næste personalemøde også ift. at forbedre dokumentationen om dette. Leder og stedfortræder fortæller endvidere at de er begyndt at afholde små møder med medarbejderne hvor der diskuteres specifikke borgere og deres udfordringer samt hvordan man arbejder med disse personalgruppen imellem. Begge medarbejdere der blev interviewet havde ikke synlig ID på og det var heller ikke noget de gjorder brug af men de mener at en del af deres kolleger gør brug af det. Uniformsetikette var iorden. De oplever de har et godt tværfagligt samarbejde med deres samarbejdspartnere. Begge borgere fortalte hvordan de synes maden var god og varieret. Medarbejderne fortæller hvordan det er kontaktpersonens ansvar at observere ift. f.eks. hvis en borger er småtspisende og så give dem gode alternativer, som kan afhjælpe situationen. De er generelt også opmærksom på at maden serveres på en god måde. Borgerne må bestemme maden på deres fødselsdag, de har haft forskellige maddage

					såsom pizza, sild og øl mv. Leder og stedfortræder fortæller hvordan de har gode kompetente ernæringsass. der laver mad fra bunden og er fleksible ift. de enkelte borgers behov og ønsker f.eks. har en borger savnet stegt flæsk, hvilket de fik at vide og dette kom så på næste menu (de køre 14 dages menu af hensyn til gæster udefra). Der er også et kostudvalg der mødes 4*årligt. Plejecenteret blev af tilsynsførende oplevet, som ren og hygiejnisk. Der var ikke meget aktivitet i spisestuerne før til frokost men dette er naturligt da en del af borgerne synes det at stå op om morgenen er aktivitet nok i sig selv og de resterende er til aktiviteter i havestuen.
Mål og Indikatorer		**God-kendt**	**God-kendt med mang-ler**	**Alvor-lige fejl og mang-ler**	**Beskrivelse og vurdering**
Mål 4: Dokumentation er opdateret, tilstrækkelig og fyldestgørende					
Indikator 4.1		**X**			Medarbejderne fortæller at det går fremad ift. at lære Nexus at kende. De oplever at skulle tænke anderledes for at dokumentere i systemet og det kræver at kunne fordybe sig, hvilket de ikke altid kan finde tid til. De ved hvem de kan gå til hvis de har behov for hjælp. Der er nogle kommunikationsproblemer DV og AV imellem, som der arbejdes på. Leder og stedfortræder fortæller hvordan personalet er gode til at lave observationer og at de i den kommende tid vil have fokus på at alle døgnrytmeplaner og generelle oplysninger bliver udfyldt. Selvom AV ikke er kontaktpersoner lærer de også at udfylde alt det der er krav om og har været nogle af de første til at udfylde døgnrytmeplanen.