

2014

Frederiksberg Kommune

Sundheds – og
Omsorgsafdelingen

**UANMELDT KOMMUNALT TILSYN
PLEJEHJEMMET SØNDERVANG
NYELANDSVEJ 87
2000 FREDERIKSBERG
VED FORSTANDER LENE WICHMANN**

[Tilsynet er udført d. 3. og 4. december 2014 af Kirsten Bech, Sundheds – og Omsorgsafdelingen.]

1. Formål

Formålet med det årlige uanmeldte kommunale tilsyn er at afdække og kontrollere, hvor vidt plejehjemmet følger kvalitetsstandarderne, overholder relevant lovgivning herunder serviceloven, efterkommer borgerens retssikkerhed og leverer en ydelse med fokus på værdighed og respekt for det enkelte menneske.

Tilsynet skal medvirke til at skabe mulighed for læring og fremadrettet udvikling af plejen, og at forebygge ved at gribe korrigerende ind, før mindre problemer udvikler sig til alvorlige problemer.

2. Metode

Det uanmeldte kommunale tilsyn tager udgangspunkt i en helhedsvurdering af plejehjemmet Søndervang. Tilsynet har indledningsvis talt med udviklingssygeplejersken og senere med forstander Lene Wichmann og efterfølgende givet mundtlig tilbagemelding på tilsynsresultatet.

Ved tilsynet er der foretaget interviews med 5 af Søndervangs 108 beboere. 4 af de interviewede beboere er tilfældigt udvalgt ved tilsynet. Ledelsen har udvalgt én beboer med særlige plejebehov til gennemgang af tilsynet. Det skal bemærkes, at 1 af 5 af de interviewede har nedsat hukommelse og demensdiagnose.

Dette til trods har tilsynet fået mange relevante tilbagemeldinger. Tilbagemeldinger, der har givet anledning til særlig undren hos tilsynet, er efterfølgende drøftet med ledelsen.

Alle beboere har givet tilsagn om at deltage i tilsynet.

Der er foretaget interviews og samtaler med 5 medarbejdere, hvoraf ingen har ledelsesbeføjelser. 4 af de interviewede medarbejdere har en sundhedsfaglig uddannelse, 1 medarbejder er under uddannelse til social- og sundhedshjælper. De har været ansat på plejehjemmet i mellem 3 måneder og 11 år.

Tilsynet har foretaget observationer på fællesarealer og observationer hos beboerne og medarbejdere samt gennemgået relevant dokumentation.

Tilsynet har ikke talt med pårørende.

3. Bedømmelsen

Tilsynet arbejder ud fra 34 målepunkter, der alle er valgt for at kunne beskrive forskellige dele af plejehjemmenes målopfyldelse i forhold til lovgivning, Frederiksberg Kommunes kvalitetsstandarder og almindelig faglig standard. Målepunkterne beskrives med enten ja eller nej og der kan ved hvert målepunkt afgives bemærkninger. Pointsystemet betyder, at hver gang der besvares ja, scores der ét point, ved nej scores nul point.

Der er 28 målepunkter i afsnittet *Dokumentation, observation og interview med beboere og medarbejdere*.

Der er 6 målepunkter i afsnittet *Observationer på fællesarealerne*. Målepunkterne besvares alle for hver enkelt beboer, som indgår i tilsynet. Der opnås en score for hvert målepunkt. Afslutningsvis lægges alle point sammen og divideres med antallet af beboere i tilsynet. Herved fremkommer et pointgennemsnit for hvert målepunkt.

Da der ikke er lige muligheder for at inddrage pårørende i tilsynet, er pårørende interviewet ikke med i pointgivningen.

Antal mulige points i kategorien <i>Dokumentation, observation og interview med beboere og medarbejdere.</i> 28 målepunkter pr beboere / antal beboere	Antal mulige points i kategorien <i>Observationer på fællesarealer</i> 6 målepunkter/ antal beboere	Antal mulige samlede points
28	6	34

4. Præsentation af plejehjemmet Søndervang

Søndervang er en selvejende institution med driftsoverenskomst med Frederiksberg Kommune.

Søndervang blev bygget i 1972.

Plejeboligerne på Søndervang består af 64 1-værelses boliger i den oprindelige del af plejehjemmet, fordelt på 3 afdelinger med 22 boliger på hver, samt 44 2-rums plejeboliger og beskyttede boliger, fordelt på 5 etager i de tidligere boliger med servicering, efter at Søndervang d. 1.01.2012 begyndte omlægningen af boligerne med servicering til plejeboliger. Der er aktuelt 7 beboere, som ikke bor i boliger med plejeboligstatus.

Den daglige ledelse forestås af forstanderen og de respektive afdelingers ledelse.

Med tiltrædelse af ny forstander d. 1.09.2013 er Søndervang ved at gennemgå en organisationsændring, så der fx aktuelt er ansat afdelingssygeplejersker som ledere af plejeafdelingerne samt i aften- og nattevagt.

Tillige er der ansat en udviklingsygeplejerske og antallet af social – og sundhedsassistenter er øget.

Tilsynet henviser til Tilbudsportalen for Søndervang for yderligere oplysninger:

<https://findtilbud.tilbudsportalen.dk/SearchStructured.aspx?searchtype=searchshown&freetext=S%c3%b8ndervang>

5. Tilsynsresultat

Afgørelsen kendetegnes ved et tilsynsresultat hvor tilsynet har konstateret nedenstående.

- Beboerne oplever, at de generelt har en god og tryk hverdag.
- Beboerne oplever, at de modtager en god individuel pleje og omsorg, ud fra beboernes behov, ønsker og vaner.
- Beboerne oplever generelt en imødekommende kommunikation.

Plejehjemmet har ved tilsynet fejl og mangler jf. nedenstående vurdering og har opnået 32 points.

Samlet vurdering	
	Lever op til lovgivningen, kvalitetsstandarderne og almindelig faglig standard
	Lever på enkelte områder ikke fuldstændigt op til lovgivningen, kvalitetsstandarderne eller almindelig faglig standard
X	Har fejl og mangler i forhold til lovgivning, kvalitetsstandarder eller almindelig faglig standard.
	Har alvorlige fejl og mangler i forhold til lovgivningen, kvalitetsstandarderne og almindelig faglig standard.
	Har alvorlige fejl og mangler i forhold til lovgivningen, kvalitetsstandarderne og almindelig faglig standard. Forholdene har givet anledning til alvorlig kritik.

5.1 Indskærpelser

Søndervang har fejl og mangler i forhold til lovgivning, kvalitetsstandarder eller almindelig faglig standard.

Tilsynet indskærper på baggrund af dokumentation, observation og interview med beboere og medarbejdere at ledelsen sikrer, at

Jf. Sundhedsstyrelsens "Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser":

- der følges op og evalueres på observation og iværksat pleje fx ernæringstiltag, vægtændring og opkastning samt behov for tandtekniker. Det fremgår ikke af dokumentationen i 3 af 5 stikprøver. Se mål 1 og 7.
- der følges op og evalueres på iværksat behandling, fx måling af blodsukker. Det fremgår ikke af dokumentationen i 1 af 5 stikprøver. Se mål 7.
- dokumentationen fremstår systematisk og overskueligt. Dette er ikke tilfældet i 1 af 5 stikprøver. Se mål 7.

Jf. Frederiksberg Kommunes kvalitetsstandarder:

- hjælp jf. Frederiksberg Kommunes "Kvalitetsstandarder for aktivitet" dokumenteres. Dette er ikke tilfældet i 1 af 5 stikprøver. Se mål 3.
- hjælp jf. Frederiksberg Kommunes "Kvalitetsstandarder for rengøring" efterleves. Dette er ikke tilfældet i 1 af 5 stikprøver. Se mål 5.
- medarbejdere opretholder en god tone, som er omsorgsfuld og præget af medmenneskelig forståelse, i overensstemmelse med Frederiksberg Kommunes værdigrundlag i "Kvalitetsstandard for plejeboliger – 2014". Dette er ikke tilfældet i 1 af 5 stikprøver. Se mål 7.

Jf. Sundhedsstyrelsens "Vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger":

- informeret samtykke til kontakt til læge dokumenteres i de sygeplejefaglige optegnelser. Informeret samtykke fremgår ikke i 1 ud af 5 stikprøver. Se mål 7.

Jf. anden lovgivning:

- aftaler for hjælp er ajourførte jf. "Lov om social service § 87". Dette er ikke tilfældet i 2 af 5 stikprøver. Se mål 7.

5.2 anbefalinger

Tilsynet lægger vægt på udvikling og læring i forbindelse med det lovpligtige uanmeldte tilsyn. På baggrund af afdækningen af ovenstående tilsynsresultat anbefaler tilsynet følgende:

- Ved dokumentation af det sygeplejefaglige problemområde "Smerter", beskrives det, hvor beboeren kan have smerter, så der kan følges op ved smertepåvirkning. Se mål 1.
- For bedst muligt at kunne evaluere på behandling af sår, anbefales det altid at beskrive størrelse og udseende. Se mål 1.
- I situationer hvor det er vanskeligt at veje en beboer, bør en faglig vurdering af beboerens ernæringstilstand dokumenteres, eller fx hoftemåling foretages, for at følge med i om den planlagte indsats virker i forhold til vægt. Se mål 1.
- I situationer hvor en beboer har en større ændring i vægt, da drøftes det med beboeren, om der skal være indsatser i forbindelse hermed og dette dokumenteres. Se mål 1.
- At medarbejderne anvender sine kommunikative kompetencer til at afdække og afhjælpe en beboers behov for hjælp til komplekse opgaver. Se mål 6.
- At medarbejderne ved henvisning til en handleplan fx i "Funktionsvurdering", da henviser til navnet på den specifikke handleplan, så den let kan fremfindes. Se mål 7.

6. Opfølgning på tidligere tilsyn

	Indskærpelser og krav fra seneste tilsyn / Bemærkninger
<p>Kommunalt tilsyn, 28. november 2013</p>	<p>Tilsynet bemærker, at der skriftligt er fulgt op på indskærpelser fra 2013. Kommunen har aflagt et opfølgende uanmeldt tilsyn d. 12. juni 2014, for sikring af, at Søndervang har fulgt op på mangelfuld dokumentation. Dokumentationen fremstod ved det tilsyn væsentlig bedre. Tilsynet henviser til tilsynsrapporten for yderligere information.</p> <p>Dette til trods gentager sig manglerne i 2014 omhandlende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • opfølgning og evaluering på observation og iværksat pleje • opfølgning og evaluering på iværksat behandling • hjælp jf. Frederiksberg Kommunes "Kvalitetsstandarder for aktivitet" dokumenteres. • hjælp jf. Frederiksberg Kommunes "Kvalitetsstandarder for rengøring" efterleves. • informeret samtykke til kontakt til læge dokumenteres. • aftaler for hjælp skal være ajourførte jf. "Lov om social service § 87". <p>Indskærpelser for aktuelle tilsyn i 2014 kan ses under punkt 5.1.</p> <p>Konceptet for det kommunale tilsyn indeholder fra 2011 ikke tilsyn på medicinområdet, hvorfor der henvises til Embedslægeinstitutionens tilsyn for dette.</p>
<p>Embedslægeinstitutionens krav, d. 24. juni og 26. juni, samt opfølgende tilsyn d. 16. december 2014</p>	<p>Sundhedsstyrelsen fandt ved tilsynet i juni 2014 afvigelser fra gældende regler inden for sundhedsområdet. Der var alvorlige fejl og mangler, som indebar risiko for patientsikkerheden.</p> <p>Frederiksberg Kommunes tilsyn fulgte op på krav fra det opfølgende tilsyn i juni 2014 og modtog d. 19. august 2014 en redegørelse fra forstanderen på Sundhedsstyrelsens tilsyn.</p> <p>Sundhedsstyrelsen foretog yderligere et opfølgende tilsyn d. 16. december 2014. Konklusion på det opfølgende tilsyn er:</p> <p>"Det var Sundhedsstyrelsens vurdering, at der ved det opfølgende tilsyn var sket en væsentlig forbedring af de sundhedsfaglige forhold, og at plejecentret havde efterlevet Sundhedsstyrelsens krav. Det kunne konstateres, at plejecentret havde fulgt de tiltag, der var beskrevet i den fremsendte handleplan, på tilfredsstillende vis.</p> <p>Handleplanen var næsten helt implementeret."</p> <p>"Afvigelser fra gældende regler medfører fortsat følgende krav:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at der foreligger en aktuel oversigt over beboerens sygdomme og handicap, som er af betydning for pleje og behandling • at der er en oversigt over beboernes sygdomme og handicap

	<ul style="list-style-type: none"> • at det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af beboerens kroniske sygdomme • at opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling er beskrevet • at der er overensstemmelsen mellem den ordinerede og i den i medicinlisten anførte medicin • at den ordinerede medicin findes i medicinbeholdningen • at der er anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed” <p>Næste tilsyn forventes foretaget i 2015</p> <p>Tilsynet beder på baggrund af dette forstanderen om at fremsende en tilbagemelding på, hvorledes Søndervang har sikret, at der er fulgt op herpå.</p> <p>Tilsynet konstaterer, at ved Sundhedsstyrelsens tilsyn d. 16. december findes et krav vedrørende dokumentation, som også findes ved det kommunale tilsyn fra d. 3. og 4. december 2014. Det angår,</p> <ul style="list-style-type: none"> • at opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling er beskrevet.
--	--

7. Datagrundlag, dokumentation, observation og interviews

Skemaerne nedenfor forholder sig til specifikke mål med relation til lovgrundlag, kvalitetsstandarder og almindelig faglig standard. Der henvises til afsnit 8 "Fremgangsmåde" for uddybning.

I det følgende præsenteres resultaterne af dataindsamlingen i relation til hvert målepunkt samt generelle bemærkninger hertil. I det følgende benyttes ordet "stikprøver" som den samlede betegnelse for "sygeplejefaglige optegnelser".

1 Personlig pleje:

Mål 1	Får beboerne den hjælp, de har behov for i forhold til personlig pleje?		
	Ja	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	1,2,4	3,5	<p>2. stikprøve Sygeplejefagligt problemområde "Smerter" er dokumenteret. Det er ikke dokumenteret, hvor beboeren kan have smerter.</p> <p>3. stikprøve Der er dokumentation på opfølgning på decubiti, uden mål af selve sårene. Af hensyn til evaluering af behandlingen anbefales altid at måle sår. Sygeplejefagligt problemområde "Ernæring" er dokumenteret og beboeren er vejet for 3 måneder siden. Beboeren er stærkt underernæret og har decubiti. Borgerens kostindtag dokumenteres, herunder proteindrik, brød mm. Der er ikke fulgt op på den planlagte vejning efter påbegyndelsen af ernæringstiltag. Decubiti heler.</p> <p>4. stikprøve Beboeren har taget 17 kg på på 8 måneder. Der har været</p>

			<p>henvendelse til egen læge herom. En læge mener, at beboeren er i risiko for ny apopleksi. Der er ikke dokumentation på, hvilke tiltag eller aftaler der er med beboeren for at forebygge yderligere vægtøgning.</p> <p><i>5. stikprøve</i> Det dokumenteres, at beboeren er normalvægtig og skal vejes 1 gang om måneden, næste gang i november. Der er ikke fulgt op på denne planlagte pleje.</p>
Observation	1,2,3,4,5		<p><i>3. beboer</i> Beboeren er fast sengeliggende grundet decubiti. Er tynd.</p>
Beboer	1,2,3,4,5		<p><i>3. beboer</i> Beboeren giver udtryk for at have det godt.</p> <p><i>4. beboer</i> Beboeren oplyser at have vanskeligt ved selv at tage strømper på, grundet vægtøgningen. Har ikke omtalt dette for sin faste hjælper.</p>
Medarbejder (målepkt.1)	1,2,3,4,5		<p><i>3. medarbejder</i> Medarbejderen oplyser, at det er vanskeligt at veje beboeren.</p> <p><i>4. medarbejder</i> Medarbejderen oplyser, at beboerens vægtøgning har været drøftet med ledelsen. Der er enighed om, at vægtøgningen er et udtryk for, at beboeren trives og at der foreløbig ikke skal gøres noget, fraset månedlig vejning.</p>
Medarbejder (målepkt.2)	1,2,3,4,5		
Samlet antal point	23	2	

2 Hjælp, støtte og omsorg

Mål 2	Får beboerne den hjælp, de har behov for i forhold til hjælp, støtte og omsorg?		
	Ja	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	1,2,3,4,5		
Observation	1,2,3,4,5		
Beboer	1,2,3,4,5		<p><i>3. beboer</i> Beboeren er ikke direkte adspurgt, men giver udtryk for, at blandt andet familien hjælper.</p>
Medarbejder (målepkt.1)	1,2,3,4,5		
Medarbejder (målepkt.2)	1,2,3,4,5		
Samlet antal point	25		

3 Aktiviteter

Mål 3	Får beboerne aktivitetstilbud samt den hjælp, de har behov for i forhold til aktiviteter?		
	Ja	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	1,2,4,5	3	<p><i>3. stikprøve</i> Der er ikke dokumentation af tilbud om aktivitet til beboeren,</p>

			som er fast sengeliggende.
Beboer	1,2,3, 4,5		3. beboer Beboeren er ikke direkte adspurgt.
Medarbejder	1,2,3 4,5		3. medarbejder Medarbejderen oplyser, at beboeren tilbydes at se TV og vendes hver 2. time, hvorved beboeren kan se ud ad vinduet eller se det personale, der kommer på stuen. Medarbejderen oplever, at beboeren er glad for kontakten til personalet og profiterer af dialog.
Samlet antal point	14	1	

4 Træning, medinddragelse og vedligeholdelse af ADL-funktioner

Mål 4	Får beboerne den hjælp, de har behov for i forhold til træning, medinddragelse og vedligeholdelse af ADL-funktioner?		
	Ja	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	1,2,3,4,5		
Beboer	1,2,3,4,5		3. beboer Beboeren er ikke direkte adspurgt. 4. beboer Beboeren har aktuelt ikke lyst til at deltage i træning.
Medarbejder	1,2,3,4,5		
Samlet antal point	15		

5 Praktisk hjælp

Mål 5	Får beboerne den hjælp, de har behov for i forhold til praktisk hjælp?		
	Ja	Nej	Bemærkninger
Observation	1,2,3,5	4	4. beboer Rollator er ganske snavset.
Beboer	1,2,3,4,5		3. beboer Beboeren er ikke direkte adspurgt.
Medarbejder	1,2,3,4,5		
Samlet antal point	14	1	

6 Hverdagen på plejehjemmet

Mål 6	Har beboerne en god og tilfredsstillende hverdag?		
	Ja	Nej	Bemærkninger
Beboer	1,2,3,5	4	2. beboer Beboeren oplever, at nogen gange kan personalet være lidt længe om at komme ved klokkekald. Det er ikke et problem. 4. beboer Beboeren er overordnet glad for at bo på den afdeling på Søndervang, hvortil vedkommende flyttede for knapt 1 år siden, fra en anden afdeling. Beboeren er grundlæggende opfyldt af, at vedkommende ikke ved, hvorfor vedkommende pludselig skulle på plejehjem, og hvor vedkommendes pæne møbler og tøj er. Tilsynet har efter aftale med beboeren videregivet dette til

			<p>ledelsen med henblik på opfølgning og klarlægning af forløbet.</p> <p><i>5. beboer</i> Beboeren oplever, at den varme mad er god og traditionel. Kunne af og til ønske sig lidt mere eksotisk kost. Det er ikke et problem.</p>
Medarbejder	1,2,3,4,5		<p><i>2. medarbejder</i> Medarbejderen oplyser, at af og til har beboeren smerter i sit tryksår. Beboeren får fast smertestillende mod det.</p> <p><i>3. medarbejder</i> Medarbejderen oplever, at beboeren holder af, at personalet sidder hos vedkommende og fortæller om dagligdagen. Beboeren er meget afatisk og har svært ved at udtrykke sig verbalt.</p> <p><i>4. medarbejder</i> Medarbejderen oplever, at beboeren ikke udviser livsglæde aktuelt.</p> <p><i>5. medarbejder</i> Medarbejderen har talt med beboeren om af og til at bestille fast food, hvilket beboeren ikke er afvisende overfor.</p>
Samlet antal point	9	1	

7 Værdigrundlag

Mål 7	Oplever beboerne at blive behandlet i overensstemmelse med Frederiksberg Kommunes værdigrundlag som beskrevet i kvalitetsstandarderne?		
	Ja	Nej	Bemærkninger
Dokumentation	5	1,2,3,4	<p><i>1. stikprøve</i> I beboerens "Journal" er et notat vedrørende en borger, som ikke bor på plejehjemmet. Der skal reageres på notater og eventuelle adviser, således at fejlnotater kan blive slettet. Der er uoverensstemmelse i dokumentationen om måling af blodsukker. I "Aktuel helbredsstatus" er det noteret, at blodsukker dels skal måles 3 gange dagligt, dels mandag, onsdag og fredag. Der er dokumentation af den lægelige ordination i en handleplan. Blodsukkermålingerne foretages ikke som ordineret og ikke systematisk. Blodsukkermålingerne dokumenteres jævnlige i måleark "Vejninger". Journalføringen skal være systematisk og fremstå overskueligt af hensyn til kommunikation med både indenfor egen faggruppe og andre samarbejdspartnere. I "Funktionsvurderingen" henvises til handleplaner, som ikke er oprettet. I "Døgnrytme og aftaler" for aften beskrives, at beboeren skal have målt blodsukker hver aften, hvilket er gjort og dokumenteret. Den seneste aftale er ikke ajourført.</p>

			<p><i>2. stikprøve</i> Der er observeret opkast, hoste og slim, og at klokkekaldet ikke fungerer uregelmæssigt. Der er ikke dokumentation for opfølgning.</p> <p><i>3. stikprøve</i> Der er generelt passende og fyldest dokumentation af beboerens komplekse plejebehov. Der er ikke dokumenteret samtykke til kontakt til vagtlæge og egen læge om temperaturforhøjelse.</p> <p><i>4. stikprøve</i> Beboeren ønsker hjælp til at tage kontakt til tandtekniker. Der er ikke dokumentation af opfølgning herpå.</p> <p><i>5. stikprøve</i> I "Døgnyrtme og aftaler" er aftaler for nat ikke ajourført. Det omhandler katetherpleje. Beboeren har ikke katheter.</p>
Observation	1,2,3, 4,5		
Beboer	1,3,4,5	2	<p><i>2. beboer</i> Beboeren oplever, at af og til er tonen ikke så imødekommende om aftenen. Beboeren oplever, at medarbejderne mener, at beboeren selv kan udføre mere, end vedkommende gør.</p>
Medarbejder	1,2,3, 4,5		
Samlet antal point	15	5	

8 Arbejds miljø

Mål 8	Har medarbejderne tilfredsstillende forhold og er de faglige forudsætninger adækvate?		
	Ja	Nej	Bemærkninger
Beboer	1,2,3, 4,5		<p><i>3. beboer</i> Beboeren er ikke adspurgt.</p>
Medarbejder (målepkt.1)	1,2,3, 4,5		
Medarbejder (målepkt.2)	1,2,3, 4,5		
Samlet antal point	15		

7.1 Observationer på fællesarealer

I forbindelse med rundgang på plejehjemmet har tilsynet fokus på, om beboerne deltager i aktiviteter og / eller underholdning individuelt eller i grupper. Desuden observerer tilsynet omgangsformen, herunder dialog og tone mellem beboere og medarbejdere, beboere imellem, samt mellem medarbejderne.

Det skal for en god ordens skyld understreges, at tilsynets observationer fra rundgangen, som præsenteres i det følgende, er udtryk for et øjebliksbillede.

Observationer på fællesarealerne			
	Ja	Nej	Bemærkninger
Er der et aktivt miljø på fællesarealerne	xxxxx		
Er rengøringsstandarden tilfredsstillende?	xxxxx		
Er der fællesskab og trivsel omkring måltidet?	xxxxx		
Er kommunikationen respektfuld?	xxxxx		
Bliver beboerne behandlet værdigt?	xxxxx		
Er personalets kompetencer adækvate?	xxxxx		
Samlet antal point	30		

7.2 Pårørende

Det har ikke været muligt at tale med pårørende.

Oplever de pårørende at deres pårørende er tilfredse med følgende:			
	Ja	Nej	Bemærkninger
Den personlige pleje			
Hjælp, støtte og omsorg			
Aktiviteter			
Træning og vedligeholdelse af ADL-funktioner			
Praktisk hjælp			
Hverdagen på plejehjemmet			
Værdigrundlag			
Arbejds miljø			

8. Fremgangsmåde

8.1 Beskrivelse af fremgangsmåden ved tilsynet.

På baggrund af relevant lovgivning og Frederiksberg Kommunes kvalitetsstandarder er der udarbejdet 8 målepunkter, som anvendes på samtlige plejehjem. Der anvendes flere dataindsamlingsmetoder, herunder studier af dokumentationsmateriale, observation i beboerens eget hjem og på fællesarealer og interview af beboere og medarbejdere. Pårørende inddrages såfremt der ved tilsynet er pårørende tilstede, der ønsker at deltage i interview. Ligeledes indhentes information ved dialog med forstander og evt. anden ledelse.

Hvert målepunkt vurderes ud fra fire synsvinkler:

1. Dokumentation, vurderet ud fra en gennemgang af følgende inden for det enkelte målepunkt:
 - a. Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser
 - b. Aftaler for hjælp i hele døgnet
2. Observation
 - a. Hvad der observeres i forbindelse med rundgang på fællesarealer og besøg i beboernes egne hjem
3. Beboere
 - a. Den viden, der indhentes gennem interviews med beboere
4. Medarbejdere
 - a. Den viden, der indhentes gennem interviews med medarbejdere og ledelsen

Følgende 8 kategorier er udvalgt som målepunkter :

1. Personlig pleje
2. Hjælp, støtte og omsorg
3. Aktiviteter
4. Træning og vedligeholdelse af ADL-funktioner
5. Praktisk hjælp (til f.eks. rengøring, rengøring af hjælpemidler og tøjvask)
6. Hverdagen på plejehjemmet (bl.a. måltider, medinddragelse og indflydelse på egen hverdag)
7. Værdigrundlag
8. Arbejds miljø (Medarbejderforhold og faglige forudsætninger)

8.2 Tilsynsforløbet afvikles som følgende:

- Tilsynet udføres i dagtimerne, bortset fra 2 steder, der årligt vil blive udvalgt til i stedet at få tilsyn i aftentimerne.
- Tilsynsenheden har forud for det uanmeldte tilsynsbesøg tilfældigt udvalgt beboere, der skal indgå i tilsynet.
- Ved besøgsstart kontaktes plejehjemmets leder eller stedfortræderen, som orienteres om tilsynet.
- Tilsynet orienteres om den aktuelle situation på plejehjemmet i forhold til plejetyngde og personalets kompetenceniveau samt relevante tiltag og forandringer siden det seneste tilsyn.
- Lederen får mulighed for at foreslå ændringer til listen med de udvalgte beboere, hvis særlige hensyn taler for det.
- Ledelsen anmodes om at kontakte de udvalgte beboere for at indhente accept af, hvorvidt beboerne ønsker at deltage i / tale med tilsynet samt om tilsynet må læse den dokumentation, der findes for den enkelte beboer m.v. Tilsynet dokumenteres af plejehjemmet i beboerens journal.

- Ved interviewet med beboerne kan det aftales med plejehjemmets leder, at beboernes kontaktpersoner/relevant medarbejder er til stede ved præsentationen af tilsynsassistenten, så situationen opleves så tryk som muligt for beboeren.
- Tilsynet kontrollerer ved stikprøve den dokumentation plejehjemmet har for de udvalgte beboere.
- Med udgangspunkt i en interviewguide gennemføres kvalitative interviews med de udvalgte beboere. Tilsynet foretager ligeledes observationer hos de udvalgte beboere. Der deltager ikke medarbejdere i dette interview, medmindre beboeren udtrykker ønske herom.
- Med udgangspunkt i en interviewguide foretages der kvalitative interview med de udvalgte beboeres kontaktpersoner/relevante medarbejdere.
- Rundgang på plejehjemmet foregår således, at tilsynet går rundt på plejehjemmet uden ledsagelse. Tilsynet foretager observationer på plejehjemmets fællesarealer af beboernes aktiviteter, af træningen, div. spil, hygiejniske forhold samt rengøring.
- Lederen kontaktes ved tilsynets afslutning. Opklarende spørgsmål drøftes og lederen får en kort tilbagemelding på tilsynets forløb.
- Tilsynsrapport udarbejdes og sendes til kommentering, hvor plejhjemslederen har mulighed for at rette faktuelle fejl, fx et forkert navn eller en misforståelse. Tilsynet retter fejlene.
- Den endelige tilsynsrapport sendes til plejehjemmet chefen for Sundheds – og Omsorgsafdelingen og Sundheds- og Omsorgsudvalget.
- Tilsynsrapporten sendes i formel høring Handicap- og Ældreråd. I den formelle høring kan holdninger til tilsynsrapporten tilkendegives.