

2018

Frederiksberg Kommune

Sundheds – og
Omsorgsafdelingen

**UANMELDT KOMMUNALT TILSYN
BETANIAHJEMMET
KONG GEORGS VEJ 3
2000 FREDERIKSBERG
FORSTANDER BENEDIKTE KORSAGER**

[Tilsynet er aflagt d. 23. januar 2018 tilsynsassistent Kirsten Bech, Sundheds – og Omsorgsafdelingen.]

Formål

Formålet med det årlige uanmeldte kommunale tilsyn er at afdække, hvor vidt plejecentret følger Kvalitetsstandarderne, overholder relevant lovgivning herunder serviceloven, efterkommer beboerens retssikkerhed og leverer en ydelse med fokus på værdighed og respekt for det enkelte menneske. Tilsynet gennemføres på baggrund af Servicelovens § 151. Tilsynet skal medvirke til at skabe læring og fremadrettet udvikling af plejen, og at forebygge ved at gribe ind, før mindre problemer udvikler sig til alvorlige problemer. Af hensyn til læsevenlighed omtales plejeboliger og plejehjem for plejecentre.

Præsentation af Betaniahjemmet

Betaniahjemmet er et selvejende plejecenter, der ejes og drives af Betaniaforeningen, som er en organisation under Metodistkirken i Danmark. Plejecentret har eksisteret siden 1961. Der er boliger til 60 beboere fordelt på 4 etager.

Tilsynet henviser til Tilbudsportalen for Betaniahjemmet for yderligere oplysninger:

<https://findtilbud.tilbudsportalen.dk/Social/search?globalsearch=true&freetext=betaniahjemmet>

Forstanderens præsentation af plejecentret

Betaniahjemmet er først og fremmest beboernes hjem, hvor det daglige liv udfolder sig, og hvor den enkelte beboer kan mødes med familie og venner. Missionen er at give liv til årene, og der tages i den daglige pleje og omsorg udgangspunkt i de tre grundlæggende værdier: Nærvær, tryghed og trivsel. Med udgangspunkt i mottoet: "Alt kan lade sig gøre, indtil det modsatte er bevist", prioriteres der i dagligdagen til fordel for fælles aktiviteter i samarbejde med en stor gruppe af frivillige. Der arrangeres ligeledes ferieture til Betaniahjemmets sommerhus på Enø og til udlandet, hvis der er beboere, der ønsker det. Mad og måltider betyder meget på Betaniahjemmet, og der er i 2017 arbejdet med en måltidspolitik, hvor der er fokus på, at den enkelte beboer får den rette mad, kost og ernæring på det rette tidspunkt. I den forbindelse er der udviklet et måltidsur, der symboliserer måltidets rammer.

Tilsynsresultat

Med en pointscore på 5-0, hvor 5 er bedst, har plejecentret opnået nedenstående score indenfor syv temaer.

Pointscoren er beregnet ud fra den procent, som plejecentret har opnået ved opfyldelsen af de opstillede mål, dvs. opfyldt 100-96% giver 5 point, 95-91% giver 4 point, 90-81% giver 3 point, 80-51% giver 2 point, 50-21% giver 1 point, 20-0 % giver 0 point.

	2015 Point	2016 Point	2017 point	2018 Point
Beboer- og/eller pårørendeoplevelsen, samlet på tværs	4	5	5	5
Pleje og omsorg	4	5	5	5
Tone og tilgang	5	5	5	5
Aktiviteter	5	5	5	5
Dokumentation	3	3	3	4
Rengøring og hygiejne	5	5	5	5
Medarbejderoplevelsen, samlet på tværs	5	5	5	5
Årets tema – evt.				
Samlet gennemsnit	4,4	4,7	4,7	4,8

Tilsynets overordnede konklusioner og udviklingspotentialer:

Tilsynets overordnede oplevelse er et velfungerende plejecenter med få udviklingspotentialer.

- Beboerne giver udtryk for tilfredshed med plejecentret.
- Medarbejderne oplever tilfredshed med forholdene for beboerne samt nye ledelsestiltag.
- I de tre stikprøver er der spredt fordelt i dokumentationen samlet set få fejl og mangler, som primært handler om ajourføringer og opfølgninger på iværksat pleje og behandling. Det handler fx om lungesygdom, sår og udskillelser. Generelt leves op til vejledninger fra Styrelsen for Patientsikkerhed og aftaler med Frederiksberg Kommune om dokumentationspraksis.
- I to stikprøver er der spredt fordelt i "Journalen" en del notater, som skal føres i handleplaner, så det giver systematik og overskuelighed i pleje, behandling og journalføring.

Opfølgning på seneste tilsyns udviklingspotentialer:

- Der var ikke tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed i 2017. Udviklingspotentialer ved det kommunale tilsyn i 2017 omhandlede især mangelfuld dokumentation i én stikprøve. Stikprøven på denne afdeling fremstår i 2018 med primært ét manglende opmærksomhedspunkt.
- Der ses ved tilsynet i 2018 færre fejl.
- De handlinger og aktiviteter, der blev aftalt i forbindelse med tilsynet i 2017 er fulgt op.
- Gentagelser fra seneste tilsyn kræver fortsat opmærksomhed og udvikling. De er drøftet med ledelsen. Aftalen kan ses nedenfor.

Efter dialog mellem tilsynet og plejecentret er der, som opfølgning på tilsynsbesøget, aftalt følgende handlinger og aktiviteter i det kommende år:

- At ledelsen på Betaniahjemmet sikrer, at der gennemføres systematisk egenkontrol af 2 journaler hver måned, hvor udviklingslederen i samarbejde med den plejefaglige koordinator gennemgår journalen, og ud fra en udarbejdet kontrolliste gennemfører kontrol af, at der sker systematisk opfølgning og ajourføring af dokumentationen. Hvis der er mangler i dokumentationen, som danner mønstre, vil der blive iværksat tværgående undervisning.
- At ledelsen på Betaniahjemmet tager initiativ til undervisning af medarbejderne i reglerne omkring samtykke samt, hvordan samtykke dokumenteres.
- At ledelsen på Betaniahjemmet sikrer, at der bliver udarbejdet internt skriftligt materiale til medarbejderne om, hvad og hvordan, der dokumenteres i Cura.
- At ledelsen på Betaniahjemmet sikrer, at der afholdes en faglig temauge om mundhygiejne.

Hvad undersøges

Beboerinterview og samtaler læner sig op ad Kvalitetsstandarderne og Ældrepolitikken og afspejler, om beboerne får den hjælp, de har behov for og tilfredsheden hermed.

Observationer på fællesarealerne skal belyse, om beboerne modtager pleje, omsorg og støtte jf. Kvalitetsstandarderne mm. samt om den generelle standard lever op til hertil.

Dokumentation

Der tages stikprøver af dokumentationen.

Der er 12 sygeplejefaglige problemområder, fordelt på i alt 14 områder med i alt 67 målepunkter.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal som minimum indeholde en beskrivelse af, hvorvidt beboeren har aktuelle eller potentielle problemer inden for følgende problemområder som fx:

1. Aktivitet (ADL)
2. Ernæring, inklusiv vægt og vurdering af ernæringsbehov
3. Hud og slimhinder, herunder vurdering af risiko for udvikling af tryksår
4. Kommunikation, inkl. hukommelse og sprogfunktion og vurdering af træningsbehov
5. Smerter

Andre målepunkter vedrørende dokumentation fx:

Aktivitetstilbud

MedCom

Samtykke til kontakt til egen læge og hospital mv.

Medarbejderinterview og samtaler er medarbejderens oplevelse af, om beboerne får den pleje støtte og hjælp, de har behov for, og om medarbejderen har kompetencerne til at give den samt den generelle tilfredshed med plejecentrets indsats overfor beboere og medarbejdere.

Pårørendesamtaler læner sig op ad Kvalitetsstandarderne og Ældrepolitikken og afspejler, om beboerne får den hjælp, de har behov for og tilfredsheden hermed.

Metode ved det aktuelle tilsyn

Det uanmeldte kommunale tilsyn tager udgangspunkt i en helhedsvurdering af plejecentret.

Tilsynet taler indledningsvist med forstander Benedikte Korsager og den plejefaglige leder, og giver efterfølgende mundtlig tilbagemelding på tilsynsresultatet til begge.

Beboerne giver tilsagn om at deltage i tilsynet.

Tilsynet foretager gennemgang af dokumentation hos 3 tilfældigt udvalgte beboere. Tilsynet vælger at gennemgå dokumentation på den afdeling, som ved det seneste tilsyn havde flest udfordringer.

Tilsynet hilser på og taler med de tre beboere, hvis dokumentation er gennemgået. Der foretages korte samtaler med 4 beboere, som er tilfældigt udvalgt i forbindelse med tilsynets rundgang på plejecentret. Ingen af disse 4 beboere ønsker at tale med tilsynet under private forhold.

Der foretages interviews og samtaler med i alt 4 medarbejdere, der ikke har ledelsesbeføjelser. De interviewede medarbejdere har sundhedsfaglig uddannelse.

Tilsynet foretager observationer på fællesarealer og observationer hos beboerne og medarbejdere.

Tilsynet taler med en pårørende, som er tilfreds med forholdene.