

Redegørelse for tilsyn 2019

Social og Sundhed, Botilbud og Plejecentre



RUDERSDAL
KOMMUNE

Indhold

| | |
|--|----------|
| 1. INDLEDNING | 4 |
| 2. TILSYNSMODELLEN I RUDERSDAL KOMMUNE | 4 |
| 3. SAMMENFATNING AF TILSYNENE I 2019 | 5 |
| 3.1. Tilsyn udført af Socialtilsynet | 5 |
| 3.2. Tilsyn udført af Styrelsen for Patientsikkerhed | 6 |
| 3.3. Tilsyn udført af Kommunen | 6 |
| 4. FORVALTNINGENS OPFØLGNING PÅ TILSYNSRAPPORTER | 7 |
| 5. OPSUMMERING AF TILSYNSRAPPORTERNE FOR DE ENKELTE TILBUD | 7 |
| 5.1. Botilbud Ebberød..... | 7 |
| 5.2. Dag- og Botilbud Gefion | 8 |
| 5.2.1. Opfølgning..... | 10 |
| 5.3. Botilbuddene under Center for sociale indsatser | 10 |
| 5.3.1. Boligerne Dronninggårds Allé 24-26 | 10 |
| 5.3.2. Boligerne Sophie Magdalenes Vej 4..... | 11 |
| 5.3.3. Bofællesskabet Bregnerødvej 55 – 57..... | 12 |
| 5.3.4. Bofællesskabet Gl. Holtegade 9 | 13 |
| 5.3.5. Bofællesskabet Birkerød Parkvej 18..... | 14 |
| 5.3.6. Bofællesskabet Langebjerg | 14 |
| 5.3.7. Bofællesskabet Biskop Svanes Vej 63 | 15 |
| 5.3.8. Samlet opfølgning for botilbud under Center for sociale indsatser | 16 |
| 5.3.9. Teglpporten – Rusmiddelcenter..... | 17 |
| 5.3.10. Opfølgning..... | 18 |
| 5.3.11. Tilbuddene ved Rude Skov | 18 |
| 5.4. Rudersdal Kommunes Hjemmepleje | 18 |
| 5.4.1. Distrikt Holte | 18 |
| 5.4.2. Distrikt Vejlesø | 19 |
| 5.4.3. Distrikt Ravsnæs..... | 19 |
| 5.4.4. Kommunale kvalitetstilsyn med Rudersdal Kommunes Hjemmepleje: | 20 |
| 5.4.5. Samlet opfølgning på tilsyn i Rudersdal Kommunes Hjemmepleje. | 20 |
| 5.5. Kommunale kvalitetstilsyn med private leverandører af hjemmehjælp | 20 |
| 5.5.1. Opfølgning..... | 20 |
| 5.6. Pleje og døgnrehabiliteringscenter Hegnsgården | 21 |
| 5.6.1. Opfølgning:..... | 21 |
| 5.7. Pleje og genoptræningscenter Skovbrynet | 21 |
| 5.7.1. Opfølgning på det sundhedsfaglige tilsyn og ældretilsynet. | 23 |
| 5.8. Plejecenter Bistrupvang..... | 23 |
| 5.9. Plejecenter Byageren..... | 23 |
| 5.10. Plejecenter Sjælsø | 23 |
| 5.10.1. Opfølgning..... | 24 |
| 5.11. Plejecenter Frydenholm | 24 |
| 5.12. Bofællesskabet Krogholmgård..... | 24 |
| 5.12.1. Opfølgning..... | 25 |
| 5.13. Lions Park Birkerød (selvejende institution)..... | 26 |

| | |
|--|-----------|
| 5.13.1. Opfølgning..... | 26 |
| 5.14. Lions Park Søllerød (selvejende institution) | 26 |
| 5.14.1. Opfølgning..... | 28 |
| 6. REFERENCER | 28 |
| BILAG 1: TABEL OVER TILSYN MED TILBUD UNDER SOCIAL OG SUNDHEDSUDVALGET..... | 29 |
| BILAG 2. RESULTATER FRA DET KOMMUNALE KVALITETSTILSYN 2019 | 31 |

1. Indledning

I henhold til Lov om Socialtilsyn, Lov om Retssikkerhed og Administration på det sociale område, Sundhedsloven og Lov om social Service gennemfører Socialstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed og kommunen årligt en række tilsyn med Social og Sundhed samt botilbud og plejecentre. På baggrund af tilsynsrapporterne udarbejder forvaltningen en årlig redegørelse til Social- og Sundhedsudvalget om de tilsyn, der er gennemført i det forudgående år. Formålet med denne redegørelse er at give et overblik over resultaterne af de tilsyn, der blev udført i 2019.

2. Tilsynsmodellen i Rudersdal Kommune

Social og Sundhedsudvalget har på mødet den 9. oktober 2019 godkendt et tilsynskoncept, hvor tilsynene omfatter de lovbestemte elementer. Der afholdes følgende tilsyn med Social og Sundhed, botilbud og plejecentre. (se også tabel over tilsyn i bilag 1):

- Socialstyrelsen fører i henhold til § 4 i Lov om Socialtilsyn generelt driftsorienteret tilsyn med Botilbud Ebberød, Botilbud Gefion, Boligerne på Dronninggårds Alle, bofællesskaber under Center for Sociale Indsatser samt Teglporten - Rusmiddelcenter. Der er tale om et årligt tilsyn på alle tilbud.
- Styrelsen for Patientsikkerhed fører i henhold til Sundhedslovens § 213 sundhedsfagligt tilsyn med: Rudersdal Kommunes Hjemmepleje, Pleje og genoptræningscenter Skovbrynet, Pleje og rehabiliteringscenter Hegnsgården, Boligerne på Dronninggårds Allé, Boligerne på Biskop Svanes vej, Teglporten - genoptræningscenter, Teglporten – Rusmiddelcenter, Botilbud Ebberød, Botilbud Gefion, Plejecenter Bistrupvang, Plejecenter Byageren, Plejecenter Frydenholm, Bofællesskabet Krogholmgård, Plejecenter Sjælsø samt de selvejende plejecentre og seniorboliger; Lions Park Birkerød og Lions Park Søllerød. Der er tale om et risikobaseret tilsyn, dvs. at der ikke nødvendigvis vil blive ført tilsyn med alle tilbud hvert år.
- Styrelsen for Patientsikkerhed fører i henhold til Servicelovens § 150 Ældretilsyn med de kommunale og private enheder, der yder personlig hjælp, omsorg og pleje efter §§ 83-87, dvs.: Rudersdal Kommunes Hjemmepleje, Omsorg Sjælland, Pleje og genoptræningscenter Skovbrynet, Pleje og rehabiliteringscenter Hegnsgården, Plejecenter Bistrupvang, Plejecenter Byageren, Plejecenter Frydenholm, Bofællesskabet Krogholmgård, Plejecenter Sjælsø og de selvejende plejecentre og seniorboliger; Lions Park Birkerød og Lions Park Søllerød. Der er tale om et supplerende organisatorisk tilsyn med ældreplejen, som bygger oven på kommunernes eksisterende kvalitetstilsyn. Ældretilsyn sker på forsøgsbasis og udføres ikke nødvendigvis hvert år på alle tilbud.
- Det kommunale kvalitetstilsyn fører efter Servicelovens § 151 tilsyn med kvaliteten af opgavevaretagelsen hos borgere, der modtager hjælp i henhold til §§ 83-83a samt 86 stk. 2. Dertil føres der tilsyn med daghjem. Tilsynet føres af to tilsynsførende kvalitetskonsulenter i Social og Sundhed som uanmeldte tilsyn minimum hvert år. Det kommunale kvalitetstilsyn



lægger vægt på borgerens oplevelse og tilfredshed med kvaliteten samt på de observationer, der foretages under tilsynsbesøget. Der er ikke tidligere ført kommunale kvalitetstilsyn på daghjem på ældreområdet samt på træningsområdet, men et koncept for disse er aktuelt ved at blive udviklet.

- Kommunernes Revision BDO har tidligere ført driftsorienteret tilsyn efter Servicelovens § 148a på Værkstederne ved Rude Skov en gang årligt. I 2019 er der forhandlet kontrakt med Socialtilsynet om fremadrettet at føre det driftsorienterede tilsyn med Dagtilbuddene ved Rude Skov, samt Aktivitets- og Kompetencecentret Rønnebærvej og Aktivitets- og Kompetencecentret Ruder Es. Social og Sundhed træffer efterfølgende afgørelse på baggrund af tilsynet.

For alle tilsyn gælder, at Social og Sundhed modtager en tilsynsrapport, som sendes til centerchef til kommentering samt til bruger- eller pårørenderåd.

Hvor Socialtilsynet er myndighed, træffer Socialtilsynet på baggrund af det udførte tilsyn afgørelse om godkendelse. Ved godkendelse af tilbud kan Socialtilsynet bede tilbuddet om at arbejde videre med udviklingspunkter, som forventes forbedret frem mod næste tilsyn. Hvis Socialtilsynet vurderer, at der er forhold, som ikke er i orden, kan det træffe afgørelse om godkendelse med vilkår, eller det kan udstede et egentligt påbud som betingelse for forsat godkendelse. Socialtilsynet kan også sætte tilbuddet under skærpet tilsyn, hvis det vurderes, at tilbuddet ikke længere har den fornødne kvalitet.

Hvor Rudersdal Kommune er myndighed, træffer Kommunalbestyrelsen afgørelse om godkendelse på baggrund af det driftsorienterede tilsyn, som tilkøbes ved Socialtilsynet.

Hvor Styrelsen for Patientsikkerhed er tilsynsførende, træffes på baggrund af det udførte tilsyn afgørelse om, hvorvidt tilbuddet kan godkendes, om der gives henstillinger, påbud eller skal sanktioneres fx ved hel eller delvis lukning af tilbuddet.

3. Sammenfatning af tilsynene i 2019

3.1. Tilsyn udført af Socialtilsynet

Socialtilsynet har i alt gennemført 9 tilsyn i 2019, herunder 6 anmeldte driftsorienterede tilsyn og 3 uanmeldte driftsorienteret tilsyn.

Generelt har de gennemførte tilsyn i 2019 vist, at tilbuddene i Rudersdal Kommune har en høj faglig kvalitet. Der anvendes relevante faglige tilgange og metoder, og medarbejderne vurderes at være fagligt kompetente. Tilbuddene anerkendes for borger- og pårørende inddragelse.

Tilsynene i 2019 har ikke givet forvaltningen anledning til at iværksætte ekstra tilsyn.

3.2. Tilsyn udført af Styrelsen for Patientsikkerhed

Sundhedsfagligt tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har i 2019 ført tilsyn på det sundhedsfaglige område. Der er gennemført 10 sundhedsfaglige tilsyn, hvoraf 4 tilsyn var reaktive tilsyn og 1 tilsyn var et særligt tilsyn med håndtering af et specifikt risikosituationslægemiddel (Methotrexat).

Generelt har de gennemførte tilsyn vist varieret risiko for patientsikkerheden. To tilbud fremstår sundhedsfagligt velorganiseret med gode procedurer og ingen problemer af betydning for patientsikkerheden.

Seks tilbud fremstår sundhedsfagligt velorganiseret med overvejende gode procedurer og med mindre risiko for patientsikkerheden, mens to tilbud er vurderet til at have hhv. større og kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden (hhv. et kommunalt og et selvejende). Disse to har fået udstedt påbud i den forbindelse, hvilket har givet forvaltningen anledning til at iværksætte særlige tiltag.

Ældretilsyn - Risikobaseret tilsyn med ældreplejen efter Servicelovens §§ 83-87

Styrelsen for Patientsikkerhed har i 2019 ført ældretilsyn, heraf et reaktivt, med tre tilbud, hvor de to fremstår med mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, og det tredje fremstår med større problemer med betydning for den fornødne kvalitet. Sidstnævnte tilbud har fået udstedt påbud.

3.3. Tilsyn udført af Kommunen

Kommunens tilsynsførende har i 2019 udført 53 tilsyn hos tilfældigt udvalgte borgere på kommunens plejecentre inkl. de selvejende plejecentre. Her var 100 procent af de adspurgte meget tilfredse eller tilfredse med den personlige pleje, 85 procent meget tilfredse eller tilfredse med aktivitetstilbud og 92 procent meget tilfredse eller tilfredse med kosten (bilag 2).

Ligeledes har kommunens tilsynsførende udført 48 uanmeldte tilsyn hos borgere, der modtager personlig pleje og praktisk hjælp af hhv. kommunale og private leverandører af hjemmepleje – sidstnævnte Omsorg Sjælland og seniorboligerne ved henholdsvis Lions Park Birkerød og Lions Park Søllerød. Her var 100 procent af de adspurgte meget tilfredse eller tilfredse med den personlige pleje og hjælp til ernæring, 91 procent var meget tilfredse eller tilfredse med rengøringen og 89 procent med tøjvasken (bilag 2).

Desuden har de tilsynsførende gennemført tilsyn med kommunens tilbud om madservice. Ud af 29 adspurgte borgere var 97 procent meget tilfredse eller tilfredse med kvaliteten madservice fra "Det danske Madhus"

Tilsyn med kommunens tilbud om indkøbsordning viser, at ud af 31 adspurgte borgere var 97 procent meget tilfredse eller tilfredse med kvaliteten af varerne fra indkøbsordningen "Intervarer", mens 67 procent af 18 adspurgte borgere var meget tilfredse eller tilfredse med kvaliteten af varerne fra indkøbsordningen Egebjerg Købmandsgård. Sidstnævnte er et markant fald fra 2018, hvor 87 procent meget tilfredse eller tilfredse med kvaliteten af varerne fra Egebjerg Købmandsgård.

Resultatet af de kommunale tilsyn fremgår af bilag 2. Såfremt tilsynet har medført anbefalinger, er disse angivet under det enkelte tilbud.

4. Forvaltningens opfølgning på tilsynsrapporter

Tilsynsrapporterne bliver gennemgået af Kvalitet og Udvikling efterhånden, som de modtages. Hvis der er emner beskrevet i rapporterne, som giver anledning til bekymring eller handling, tager Kvalitet og Udvikling straks kontakt til tilbuddet.

Tilsynsrapporterne bliver sendt til centerleder til kommentering og videre handling samt til bruger- eller pårørende råd. Kvalitet og Udvikling beder dem om at svare tilbage på, hvordan de vil arbejde med eventuelle udviklingspunkter.

5. Opsummering af tilsynsrapporterne for de enkelte tilbud

I det følgende gives en opsummering af tilsynsrapporterne for hvert enkelt tilbud.

5.1. Botilbud Ebberød

Driftsorienteret anmeldt tilsyn ved Socialtilsynet

Socialtilsynet har gennemført driftsorienteret anmeldt tilsynsbesøg den 3. april 2019.

Socialtilsynet vurderer samlet set, at Botilbud Ebberød fortsat lever op til kvalitetsmodellens 7 temaer.

De faglige kompetencer på tilbuddet er bredt sammensat for at tilgodese borgernes behov, og der er opmærksomhed på at tilføre viden til medarbejdere gennem løbende opkvalificering samt introduktionskurser til nye medarbejdere indenfor relevante emner. Hertil kommer, at der er opmærksomhed på medarbejdernes behov for nærledelse og faglig sparring.

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets ledelse har haft fokus på og arbejdet med udviklings- og opmærksomhedspunkter, påpeget ved de seneste tilsyn. Socialtilsynet vurderer tillige at ledelsen har fokus på strategisk relevante temaer, der alle bidrager til at kvalificere tilbuddets indsatser og udvikle tilbuddet til borgerne.

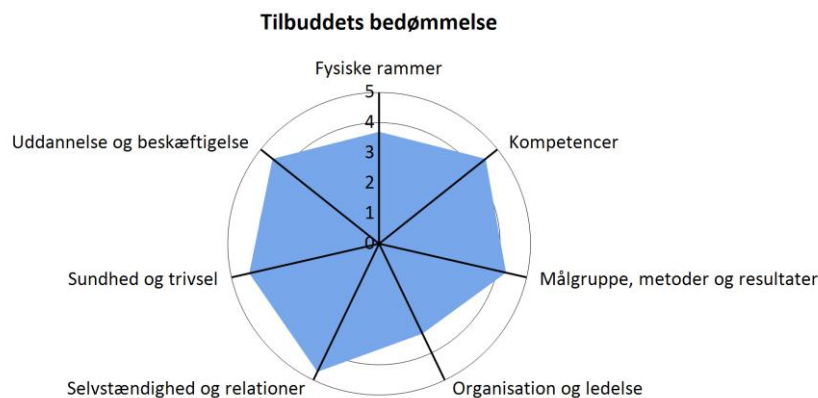
Tilbuddet arbejder ud fra relevant pædagogisk referenceramme og dette vurderes afspejlet i tilbuddets dokumentation samt afspejlet i dialogen med medarbejdere.

Tilbuddet understøtter borgernes fysiske sundhed og trivsel, og har særlig fokus på mental sundhed. Der er tillige fokus på medinddragelse, og reflekteres løbende over magtanvendelser set i forhold til omsorgspligten samt vold og overgreb.

Socialtilsynet vurderer, at bygningerne efter almenboliglovens § 105, stk. 2 imødekommer borgernes behov for selvstændig bolig samt mulighed for aktivitet, ophold og spisning i fællesrum. Der pågår proces om indretning af enkelte fællesrum, med henblik på at imødekomme borgernes omsorgshensyn.

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet bør have fokus på det nedslidte look, der trods det nye byggeri, er fremtrædende ved rundvisning. For så vidt angår pladserne i tilbuddet efter servicelovens § 108 er de fysiske rammer uændrede og fortsat utidssvarende. Der pågår proces om bygning af nye boliger også til denne målgruppe.

Figur 1 viser Socialtilsynets bedømmelse af Botilbud Ebberød i 2019 ud fra kvalitetsmodellen. De 7 kvalitetsparametre er scoret på en skala fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 bedst. "Spindelvævet" illustrerer den samlede score.



Figur 1: Socialtilsynets bedømmelse af Botilbud Ebberød og Dagtilbud Bøgen

Socialtilsynet har efter tilsynsbesøget truffet afgørelse om at godkende Botilbud Ebberød den 11. juni 2019.

Sundhedsfagligt tilsyn

Der er ikke blevet ført sundhedsfagligt tilsyn med Botilbud Ebberød i 2019.

5.2. Dag- og Botilbud Gefion

Driftsorienteret uanmeldt tilsyn ved Socialtilsynet

Socialtilsynet har gennemført driftsorienteret uanmeldt tilsynsbesøg den 7. august 2019.

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet arbejder med relevante faglige tilgange og metoder for at forebygge magtanvendelser og voldsom adfærd imellem borgerne. Den faglige indsats styrker borgernes trivsel i tilbuddet.

Socialtilsynet vurderer, at borgerne mødes med struktureret visualiseret tilgang, som imødekommer målgruppens behov, og medarbejdere og ledelse reflekterer over indsatsen, hvilket reducerer borgernes stressniveau. Tilbuddet arbejder med, at borgerne bliver visiteret i forhold til deres individuelle behov, hvilket sammen med arbejdet med den social- og sundhedsfaglige indsats medvirker til at styrke borgernes trivsel.

Borgerne er på grund af deres handicap meget sensitive, og tilbuddet er i proces med at ændre de fysiske rammer i bo-enhederne, for i højere grad at kunne skærme borgernes sanseindtryk.

Ledelse inddrager medarbejdere og pårørende i indretning af de forskellige bo-enheder ud fra borgernes individuelle behov. Socialtilsynet vurderer, at der forsat arbejdes på at skabe bedre fysiske rammer for borgere, som har brug for at blive skærmet mere end de fysiske rammer i bo-enhederne giver mulighed for.

Socialtilsynet vurderer, at medarbejderne har de relevante kompetencer. I ferie og fraværsperioder er det et opmærksomhedspunkt, at vikarer har de relevante kompetencer, da borgernes trivsel påvirkes af skift, særligt når vikarer ikke har erfaring og viden om målgruppen. Ledelsen er opmærksom på dette forhold og arbejder forebyggende på at give vikarer den relevante viden samt arbejder på anden arbejdstilrettelæggelse fremadrettet.

Tilbuddet arbejder med relevante tilgange, som skaber rammerne om borgerne, så de trives, kan deltage i dagtilbud og aktivitet og samvær i botilbudsdelen. Tilbuddet arbejder med individuelle døgnrytmeplaner og trivselsplaner, for at møde borgerne med en individuel og ensartet tilgang, som tilpasses, når borgernes behov ændres.

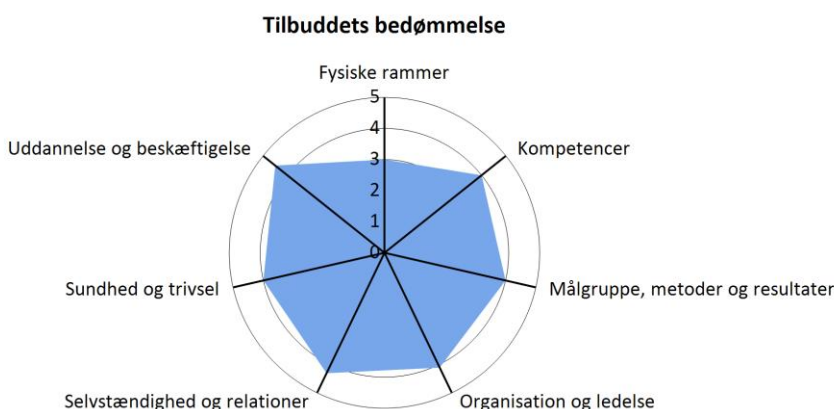
Der har været et højt sygefravær i 2018, som er blevet reduceret i 2019, men der er fortsat boenheder, hvor borgerne bliver påvirket af, at der er vikarer og nye medarbejdere. Ledelsen har fokus på udvikling af tilbuddet og igangsætter mange projekter, som kan komme borgerne til gavn. Socialtilsynet ser det fortsat som et opmærksomhedspunkt at få nedbragt sygefravær. Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet kan styrke indsatsen for arbejdet med læring i opfølgningen på de individuelle mål, som tilbuddet arbejder med for borgerne for at øge kvaliteten i arbejdet.

Opmærksomhedspunkter:

Socialtilsynet ser det som et opmærksomhedspunkt, at der i ferier og sygdomsperioder er vikarer med relevante kompetencer, så borgernes trivsel bliver påvirket mindst muligt.

Det er fortsat et opmærksomhedspunkt, at sygefraværet bør bringes ned, da manglende kontinuitet og stabilitet påvirker borgernes trivsel.

Figur 2 viser Socialtilsynets bedømmelse af Dag- og Botilbud Gefion ud fra kvalitetsmodellen.



Figur 2: Socialtilsynets bedømmelse af Dag- og Botilbud Gefion

Socialtilsynet har efter tilsynsbesøget truffet afgørelse om at godkende Dag- og Botilbud Gefion den 5. september 2019.

5.2.1. Opfølgning

For at sikre de rette kompetencer hos nye medarbejdere og vikarer, har Botilbud Gefion et udvidet program, som klæder medarbejderne på i forhold til deres opstart. Det vurderes, at det har haft en tryghedsskabende effekt hos de nye medarbejdere, så de føler sig bedre rustede til at indtræde og støtte borgerne.

Botilbud Gefion har, som tidligere år, haft fokus på at nedbringe sygefraværet. Der gennemføres månedligt 1:1 samtaler mellem medarbejderne og nærmeste leder. Samtalerne har omhandlet "faglige tilgange og opfølgninger". Dette og italesættelse af teamsamarbejdet i de forskellige enheder har givet en lille nedgang i sygefravær.

Med hensyn til forbedrede fysiske - og mere autisme-venlige rammer, så påbegyndes ombygning af fællesrum i to af boligerne i foråret 2020.

Sundhedsfagligt tilsyn

Der er ikke blevet ført sundhedsfagligt tilsyn med Dag- og Botilbud Gefion i 2019.

5.3. Botilbuddene under Center for sociale indsatser

5.3.1. Boligerne Dronninggårds Allé 24-26

Driftsorienteret uanmeldt tilsyn ved Socialtilsynet

Socialtilsynet har gennemført driftsorienteret uanmeldt tilsynsbesøg den 23. januar 2019.

Socialtilsynet vurderer, at der er tale om et velfungerende tilbud til målgruppen, hvor der er plads til forskellighed, og hvor tilbuddet i meget høj grad navigerer relevant i de enkelte beboeres behov for støtte. Tilbuddet har et tydeligt borgerinddragende fagligt afsæt med en meget høj grad af med- og selvbestemmelse for beboerne, hvor borgerne i meget høj grad har ejerskab for deres indsats.

Tilbuddets konstruktion, hvor borgerne bebor egne lejligheder, understøttes af tilbuddets værdier, fokus på borgerinddragelse og metodiske og faglige tilgange og et relevant fokus på mangfoldigheden i tilbuddets målgruppe.

Tilbuddets medarbejdere har relevant faglig baggrund, og der er fælles fagligt fokus med udgangspunkt i anerkendelse, recovery- orienteret indsats og åben dialog og dialektisk adfærdsterapi, hvilket er tydelig afspejlet i indsats, faglige refleksioner og i tilbuddets dokumentation.

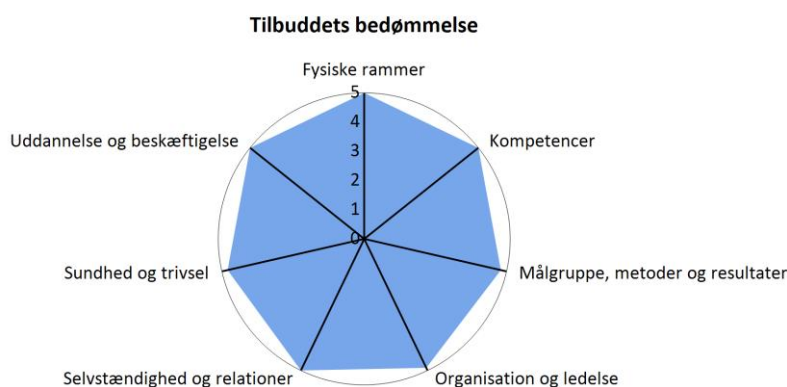
Socialtilsynet vurderer, at der er overensstemmelse mellem beboernes behov for støtte og de kompetencer og ressourcer, der er tilgængelige i tilbuddet, samt at tilbuddet samarbejder med relevante aktører og indsatser, både rettet myndighed, sundhed og beskæftigelse.

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets faglige tilgange og metoder er med til at sikre, at der ikke forekommer magtanvendelser og overgreb.

Tilbuddet har en faglig kompetent ledelse, der vurderes at varetage tilbuddets drift kompetent, ligesom det vurderes, at ledelsen er velorienteret om den daglige drift og i høj grad understøtter, at den daglige praksis har afsæt i tilbuddets faglige tilgange og værdier.

Socialtilsynet anerkender, at man i tilbuddet inddrager borgere og pårørende i supervisionen, hvor dette skønnes relevant.

Figur 3. viser Socialtilsynets bedømmelse af Boligerne Dronninggårds Allé 24-26 ud fra kvalitetsmodellen.



Figur 3: Socialtilsynets bedømmelse af Boligerne Dronninggårds Allé 24-26

Socialtilsynet har efter tilsynsbesøget truffet afgørelse om at godkende Boligerne Dronninggårds Allé den 21. februar 2019.

5.3.2. Boligerne Sophie Magdalenes Vej 4

Driftsorienteret anmeldt tilsyn ved Socialtilsynet

Socialtilsynet har gennemført driftsorienteret anmeldt tilsynsbesøg den 7. marts 2019.

Socialtilsynet vurderer, at Boligerne Sophie Magdalenes Vej 4 anvender relevante faglige tilgange og metoder, som er med til at sikre udvikling og trivsel for den enkelte borger og afklaring og træning af boligsociale kompetencer.

Medarbejdernes kompetencer og faglige kvalifikationer står i relevant forhold til borgernes behov og understøtter, at borgerne modtager individuelt tilrettelagt støtte alt efter den enkeltes behov, ønsker og forudsætninger.

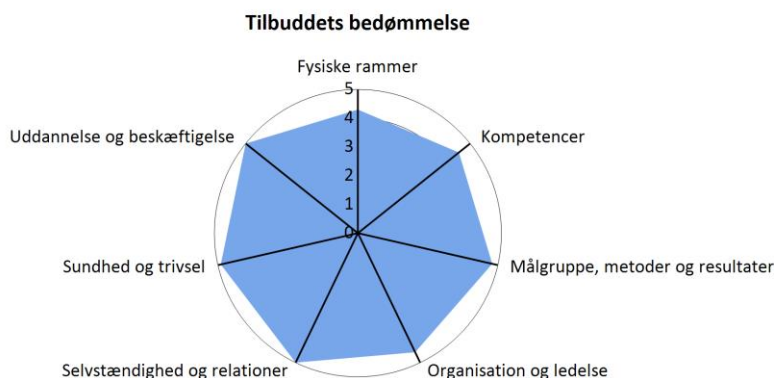
Dokumentationen benyttes som redskab til løbende at evaluere og justere borgernes støtte, som opstilles i overordnede mål og delmål i pædagogiske handleplaner. Socialtilsynet finder samtidig, at tilbuddet forholder sig relevant til deres udredende funktion i henhold til deres kerneydelser og i henhold til de opstillede mål for borgerne.

Det er Socialtilsynets vurdering, at Boligerne Sophie Magdalenes vej 4's indsats er med til at sikre borgernes mulighed for selvbestemmelse og inddragelse. Tilbuddet formår at møde borgerne

respektfuldt og professionelt, hvilket også medfører, at borgerne får forudsætninger for at møde hinanden med respekt.

Tilbuddet har fået ny leder d. 1. januar 2019, som en del af en ledelsesrokade i forbindelse med organisationsændringen.

Figur 4 nedenfor viser Socialtilsynets bedømmelse af Bofællesskabet Sophie Magdalenes Vej 4 ud fra kvalitetsmodellen.



Figur 4: Socialtilsynets bedømmelse af Boligerne Sophie Magdalenes Vej 4

Socialtilsynet har efter tilsynsbesøget truffet afgørelse om at godkende Boligerne Sophie Magdalenes Vej 4 den 2. april 2019.

5.3.3. Bofællesskabet Bregnerødvej 55 – 57

Driftsorienteret anmeldt driftsorienteret tilsyn ved Socialtilsynet

Socialtilsynet har gennemført driftsorienteret anmeldt tilsyn den 21. august 2019.

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet i høj grad skaber trivsel og udvikling i samspillet med borgerne, og at tilbuddet gennem arbejdet med relevante faglige tilgange styrker borgernes selvstændighed og selvforståelse.

Borgerne udtrykker, at de kan klare flere praktiske opgaver mere selvstændigt igennem den jøgstøttende tilgang og motiverende samtaler og oplever, at de lærer at håndtere samspil med andre. Borgerne giver udtryk for, at de har indflydelse på eget liv og at medarbejderne lytter.

Bofællesskabet har fået en ny organisering, hvor medarbejderne kun er tilknyttet bofællesskabet, hvilket tilsynet vurderer skaber mere ro i arbejdet omkring borgerne.

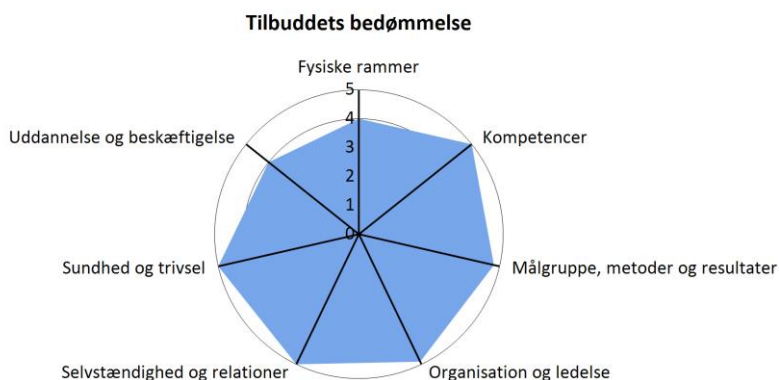
Bofællesskabet har fået ny leder med relevant uddannelse og erfaring fra området og organisationen.

Socialtilsynet vurderer, at de fysiske rammer er utidssvarende i forhold til målgruppen og målsætningen om, at borgerne skal flytte til mindre indgribende foranstaltninger, særligt begrundet

i at borgernes køkkener i deres egne lejligheder er tekøkkener, og i mindre grad er egnede til at lave mad, men at der er mulighed for madlavning i fælleskøkken.

De fysiske rammer skaber mulighed for privatliv i egen lejlighed og samvær med ligestillede i fællesrum.

Figur 5. viser Socialtilsynets bedømmelse af Bofællesskabet Bregnerødvej 55-57



Figur 5: Socialtilsynets bedømmelse af Bofællesskabet Bregnerødvej 55-57

Socialtilsynet har efter tilsynsbesøget truffet afgørelse om at godkende Bofællesskabet Bregnerødvej den 30. september 2019.

5.3.4. Bofællesskabet GI. Holtegade 9

Driftsorienteret anmeldt tilsyn ved Socialtilsynet.

Socialtilsynet har gennemført driftsorienteret anmeldt tilsyn den 1. april 2019.

Socialtilsynet vurderer samlet set, at tilbuddet har den fornødne kvalitet i forhold til at understøtte borgernes trivsel og udvikling, og at indsatsen tager udgangspunkt i relevante faglige tilgange og metoder.

Leder og medarbejdere har uddannelse og erfaring, som modsvarer deres opgaver i tilbuddet og målgruppens behov og forudsætninger.

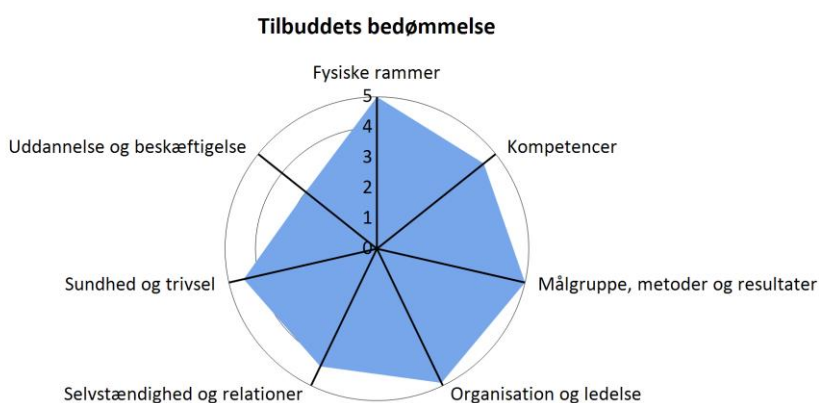
Som led i organisationsændringen, er der tiltrådt ny leder for tilbuddet d. 1. januar 2019, som også har ledelse for andre indsatser i kommunen. Det er socialtilsynets vurdering, at ny leder har relevante kompetencer og erfaring og i høj grad har fokus på sammenhæng mellem målgruppe, faglige tilgange og tilbuddets konstruktion og personaledekning, så borgere der visiteres til tilbuddet har bedst mulig trivsel og udvikling.

Socialtilsynet vurderer, at interviewede borgerne overordnet trives i tilbuddet og er glade for at bo der. Borgerne er medinddraget i dagligdagen og der er overensstemmelse mellem borgernes behov for støtte og tilbuddets ressourcer og kompetencer.

Ved tilsynsbesøget beskrives der forhold omkring enkelte beboere, hvor forventninger til samarbejdet ikke er indfriet og hvor der er etableret relevant samarbejde med borgere og andre indsatser, om at bistå borgere med, at der tilvejebringes mere aktuel indsats.

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets fælles områder er velegnede til formålet og i det hele taget fremstår velholdte, rene og pæne.

Figur 6 nedenfor viser Socialtilsynets bedømmelse af Bofællesskabet Gl. Holtegade 9 ud fra kvalitetsmodellen.



Figur 6: Socialtilsynets bedømmelse af Bofællesskabet Gl. Holtegade 9

Socialtilsynet har efter tilsynsbesøget truffet afgørelse om at godkende Bofællesskabet Gl. Holtegade 9 den 28. maj 2019.

5.3.5. Bofællesskabet Birkerød Parkvej 18

Bofællesskabet Birkerød Parkvej er midlertidigt lukket pga. ombygning. Der har derfor ikke været tilsyn i 2019.

5.3.6. Bofællesskabet Langebjerg

Driftsorienteret anmeldt ved Socialtilsynet

Socialtilsynet har gennemført driftsorienteret anmeldt tilsynsbesøg den 7. februar 2019.

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet skaber trivsel og udvikling i samspil med borgerne gennem arbejde med relevante faglige tilgange og metoder.

Tilbuddet arbejder med udgangspunkt i individuelt tilrettelagte indsatser, hvor borgernes selvbestemmelse er i fokus. De faglige tilgange er med til at understøtte borgernes selvstændighed, trivsel og udvikling af egen identitet, fordi indsatsen tager udgangspunkt i den enkeltes ønsker og behov.

Tilbuddet har stort fokus på, at borgerne deltager i aktivitet i det omgivne samfund og i tilbuddet, for at styrke deres muligheder for at indgå i relationer og have indhold i hverdagen. Borgerne er

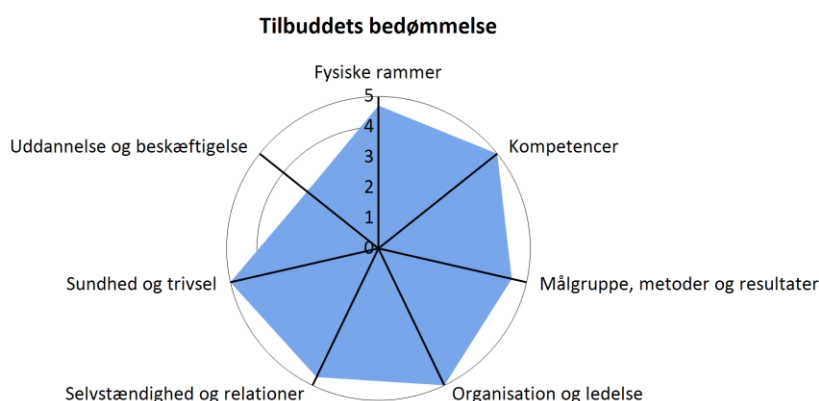
optaget af f.eks. at spille teater, deltage i ture og ferierejser og har et stort engagement i at cykle på tilbuddets motionscykler, fordi det indgår i et forløb, som afsluttes med et særligt arrangement.

Tilbuddet deltager i et projekt i samarbejde med Trygfonden om Handileg. Handileg vil medvirke til at støtte borgernes sociale kompetencer og mulighed for fysisk aktivitet på en ny måde.

Tilbuddet har en leder med en anerkendende ledelsesstil, som bidrager til medarbejdernes motivation og refleksion i arbejdet. Leder har fokus på udvikling af den daglige drift og har fulgt op på Socialtilsynets udviklingspunkter fra 2018.

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet fortsat kan systematisere deres dokumentation med fokus på at få dokumenteret hvilke faglige indsatser, som gør en forskel for borgerne, så viden, som udtrages i arbejdet med borgerne, foreligger i en skriftlig form, så viden fastholdes bedre end, når det overvejende som nu sker i en mundtlig form.

I figur 8 ses Socialtilsynets bedømmelse af Bofællesskabet Langebjerg ud fra kvalitetsmodellen.



Figur 8: Socialtilsynets bedømmelse af Bofællesskabet Langebjerg

Socialtilsynet har efter tilsynsbesøget truffet afgørelse om at godkende Bofællesskabet Langebjerg den 8. marts 2019.

5.3.7. Bofællesskabet Biskop Svanes Vej 63

Uanmeldt driftsorienteret tilsyn ved Socialtilsynet

Socialtilsynet har gennemført driftsorienteret uanmeldt tilsyn den 24. april 2019.

Socialtilsynet vurderer, at borgerne trives, og at tilbuddet skaber udvikling i samspil med borgerne gennem den faglige indsats.

Socialtilsynets samlede vurdering er, at Bofællesskabet Biskop Svanes Vej fortsat skaber trivsel og udvikling i forhold til kvalitetsmodellens 7 temaer. Der har været arbejdet relevant med udviklings- og opmærksomhedspunkterne fra tilsyn i 2018.

Tilbuddet anvender relevante metoder og tilgange med fokus på arbejdet med struktureret og anerkendende pædagogik og neuropædagogik. Tilbuddet arbejder med indsatser ud fra mål, der er opsat i samspil med borgerne og der følges op på indsatserne, som skaber positive resultater for borgerne.

Socialtilsynet ser det som et forsat udviklingspunkt, at tilbuddet kan styrke dokumentationen med fokus på den læring, der er i arbejdet med indsatser.

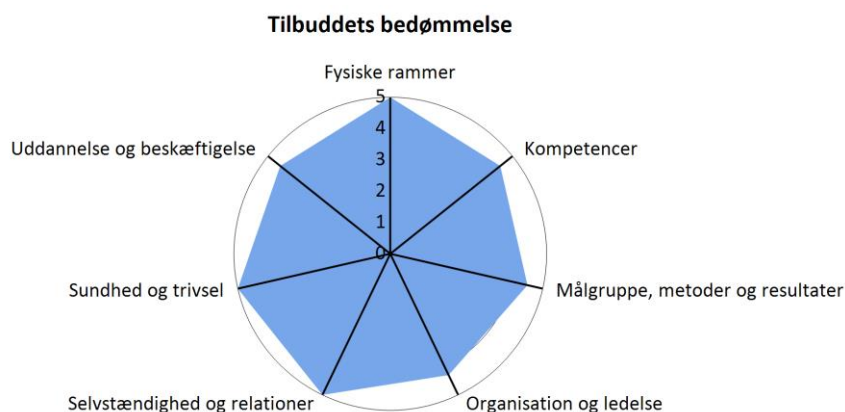
Der er fokus på borgernes selvbestemmelse og deres fysiske og mentale sundhed. Dette sker med bl.a. tilbud om massage, musikterapi, gåture mm.

Samarbejdet med hjemmeplejen er styrket, så borger, der har brug for hjemmepleje, får den relevante støtte.

Ledelsen arbejder kompetent med udvikling af tilbuddet og skaber motivation og engagement hos kompetente medarbejdere. Leder er blevet en del af en ny ledergruppe. Den ny organisering betyder, at samarbejdet på tværs af handicapområdet er blevet styrket.

Socialtilsynet vurderer, at de fysiske rammer understøtter borgernes trivsel med egne lejligheder og fællesrum.

Figur 9. viser Socialtilsynets bedømmelse af Bofællesskabet Biskop Svanes Vej 63 ud fra kvalitetsmodellen.



Figur 9: Socialtilsynets bedømmelse af Bofællesskabet Biskop Svanes 63

Socialtilsynet har efter tilsynsbesøget truffet afgørelse om at godkende Bofællesskabet Biskop Svanes Vej 63 den 3. juni 2019.

5.3.8. Samlet opfølgning for botilbud under Center for sociale indsatser

Generelt for alle botilbuddene gælder, at rapporterne er drøftet med medarbejderne på de enkelte botilbud på personalemøde, ligesom medarbejderne har haft dialog med borgerne om, hvordan de har oplevet besøget fra tilsynet og hvilke bemærkninger tilsynet efterfølgende er kommet med.

Der arbejdes generelt med feedback og gensidig sparring i forhold til den faglige refleksion. Herudover afholdes interne kurser i faglig dokumentation, når der ses et behov på tværs af enhederne i Center for Sociale Indsatser.

5.3.9. Teglporten – Rusmiddelcenter

Anmeldt driftsorienteret tilsyn ved Socialtilsynet den 11. september 2019

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet fortsat har den fornødne kvalitet i deres ydelser i forhold til målgruppens behov.

De borgere, socialtilsynet taler med, giver udtryk for stor tilfredshed med de behandlingstilbud, der tilbydes dem. Borgerne giver udtryk for, at de føler sig set, hørt, respekteret og anerkendt. De oplever, at medarbejderne er dygtige og kompetente og møder borgerne, hvor de er i forhold til den enkeltes behov, så de udvikler sig positivt. Borgerne efterspørger mere lægedækning.

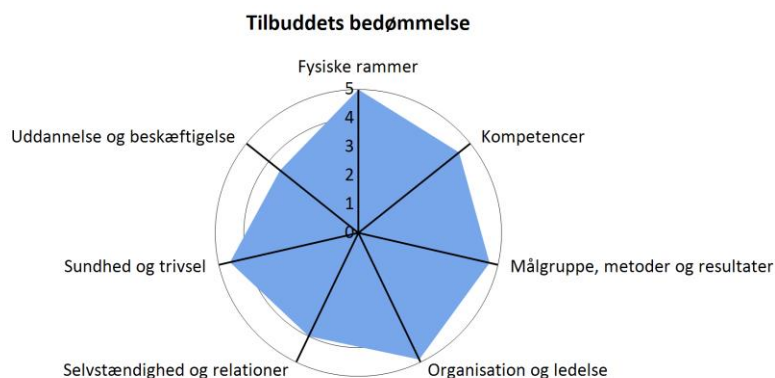
Socialtilsynet bemærker, at tilbuddets telefon passes af en medarbejder, som også passer andre tilbud. Vedkommende tager imod besked og sender herefter mail til rette vedkommende.

Tilbuddet har en veldefineret målgruppe og de fysiske rammer er imødekommende og velegnede til formålet. Det er Socialtilsynets samlede vurdering, at Teglporten anvender relevante metoder og faglige tilgange.

Alle medarbejdere har kompetencer indenfor den kognitive metode og alle oplæres i MI. Det vurderes, at tilbuddet har en god retvisende dokumentation omkring deres indsatser og borgerens udvikling.

Siden tilsynet i 2018 har tilbuddet fået ny leder, som har erfaring som leder, men ikke indenfor dette område. Socialtilsynet vurderer, at leder virker til at være velorienteret i tilbuddets dagsform samt udviklingspotentiale. Der ses en klar opgavefordeling mellem leder af tilbuddet og tilbuddets koordinator, der har opgaver som eksempelvis at være med til at sikre den misbrugsfaglige kvalitet og som skal være medudvikler af tilbuddets indsatser.

Figur 10. viser Socialtilsynets bedømmelse af Teglporten – Rusmiddelcenter ud fra kvalitetsmodellen



Figur 10: Socialtilsynets bedømmelse af Teglporten – Rusmiddelcenter

Sundhedsfagligt tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ført reaktivt sundhedsfagligt tilsyn med Teglporten – Rusmiddelcenter den 26. marts 2019.

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene vurderet, at behandlingsstedet indplaceres i kategorien "Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden".

Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at Teglporten – Rusmiddelcenter fremstår sundhedsfagligt velorganiseret med en god systematik, og at behandlingsstedet frasat enkelte områder har opfyldt styrelsens henstillinger og krav på baggrund af risikobaseret tilsyn marts 2018. Behandlingsstedet vurderes til at have gjort en stor indsats for at opfylde styrelsens henstillinger og krav. Ny procedure for afrusning er blevet implementeret i februar 2019, således at borgere til afrusning bliver udredt, undersøgt og tilset af læge inden start af afrusning. Endvidere har behandlingsstedet anskaffet Rubens balloner og implementeret tilhørende instruks.

Tilsynet den 26. marts 2019 har givet anledning til følgende henstilling.

Teglporten – Rusmiddelcenter skal sikre:

- At det fremgår af journalen, at der er foretaget en tilstrækkelig udredning af alkoholmisbruget (målepunkt 7).

5.3.10. Opfølgning

Henstillingen er rettet mod den lægefaglige udredning. Rusmiddelcenteret har lavet en ny beskrivelse af arbejdsgangen for screening af borgere med alkoholmisbrug, ligesom det er lavet en skabelon for udredning af alkoholmisbruget til brug for lægen. Dermed er henstillingen imødekommet.

5.3.11. Tilbuddene ved Rude Skov

Grundet ny kontrakt med Socialtilsynet, der blev forhandlet på plads i 2019, har der ikke været driftsorienteret tilsyn med Dagtilbuddene ved Rude Skov i 2019.

5.4. Rudersdal Kommunes Hjemmepleje

Styrelsen for Patientsikkerhed har i 2019 ført sundhedsfagligt tilsyn i tre ud af syv kommunale hjemmeplejedistrikter. Styrelsen har ikke ført ældretilsyn i kommunens hjemmeplejedistrikter i 2019.

5.4.1. Distrikt Holte

Styrelsen for Patientsikkerhed har ført sundhedsfagligt tilsyn med Distrikt Holte den 29. januar 2019.

Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at behandlingsstedet indplaceres i kategorien "Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden"

Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at behandlingsstedet fremstår sundhedsfagligt velorganiseret, at målepunkterne vedrørende behandlingsstedets procedurer og instrukser er

opfyldt og at distriktet lever op til lovgivningens krav til journalføring og patientrettigheder. Styrelsen har konstateret, at der var enkelte fejl og mangler i relation til medicinbehandling.

Tilsynet den 29. januar 2019 har givet anledning til følgende henstilling.

Distrikt Holte skal sikre:

- At der fremgår en oversigt over borgerens sygdomme og funktionsnedsættelser, og den skal revideres ved ændringer i borgerens tilstand (målepunkt 6).
- At der er overensstemmelse mellem den ordinerede- og den i medicinlisten anførte medicin (målepunkt 11).
- At præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten (målepunkt 11).
- At den ordinerede medicin findes i borgerens medicinbeholdning (målepunkt 12).
- At aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin (målepunkt 12).

5.4.2. Distrikt Vejlesø

Styrelsen for Patientsikkerhed har ført sundhedsfagligt tilsyn med Distrikt Vejlesø den 28. marts 2019.

Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at behandlingsstedet indplaceres i kategorien "Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden".

Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at behandlingsstedet fremstår sundhedsfagligt velorganiseret med gode procedurer og god systematik, og styrelsen har konstateret, at alle målepunkter er opfyldt.

5.4.3. Distrikt Ravsnæs

Styrelsen for Patientsikkerhed har ført sundhedsfagligt tilsyn med Distrikt Ravsnæs den 12. februar 2019.

Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at behandlingsstedet indplaceres i kategorien "Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden".

Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at behandlingsstedet fremstår sundhedsfagligt velorganiseret, at målepunkterne vedrørende behandlingsstedets procedurer og instrukser er opfyldt og at distriktet lever op til lovgivningens krav til journalføring med undtagelse af et enkelt fund.

Tilsynet den 12. februar 2019 har givet anledning til følgende henstilling.

Distrikt Ravsnæs skal sikre:

- At den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af kontrol af kroniske sygdomme ved den ældre medicinske borger (målepunkt 4).
- At ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke (målepunkt 9).
- At den ordinerede medicin findes i borgerens medicinbeholdning (målepunkt 12).
- At der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/-poser (målepunkt 10).
- At medicinen er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende (målepunkt 10).

- At det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser, om borgeren er vurderet helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling (målepunkt 12).
- At informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.

5.4.4. Kommunale kvalitetstilsyn med Rudersdal Kommunes Hjemmepleje:

Der er i 2019 udført 27 kommunale tilsyn – det vil sige 27 individuelle samtaler med borgere i eget hjem. Af de udførte tilsyn er der fire tilsyn med hver en anbefaling:

- To tilsyn med en anbefaling vedrørende samarbejdet med borgerne
- Et tilsyn med en anbefaling vedrørende den leverede praktiske hjælp
- Et tilsyn med en anbefaling vedrørende den leverede personlige pleje

5.4.5. Samlet opfølgning på tilsyn i Rudersdal Kommunes Hjemmepleje.

Hjemmeplejens udviklingssygeplejerske har fulgt op på tilsynet i hvert af de besøgte distrikter, hvor tilsynet har medført henstillinger. Opfølgningen har taget udgangspunkt i de pågældende distrikters individuelle henstillinger og er foregået ved praksisnær journalgennemgang og praksisnær undervisning af relevante medarbejdere. Retningsgivende dokumenter er løbende blevet tilrettet og kvalitetssikret. Anbefalinger fra det kommunale kvalitetstilsyn er blevet fulgt i de pågældende distrikter.

5.5. Kommunale kvalitetstilsyn med private leverandører af hjemmehjælp

Der er i 2019 udført 27 kommunale tilsyn – det vil sige 27 individuelle samtaler med borgere i eget hjem, der modtager hjælp fra Omsorg Sjælland, seniorboligerne på hhv. Lions Park Søllerød og Lions Park Birkerød.

Omsorg Sjælland:

Af de udførte tilsyn er der fire tilsyn med hver en anbefaling:

- Tre tilsyn med en anbefaling vedrørende forhold om pleje eller samarbejdet med borgeren.
- Et tilsyn med en anbefaling vedrørende dokumentation.

Lions Park Birkerød – Seniorboliger:

Der henvises til 5.13.

Lions Park Søllerød – Seniorboligerne:

Der henvises til 5.14.

5.5.1. Opfølgning

Omsorg Sjælland har fulgt op på anbefalingerne og har bl.a. forbedret proceduren for kontakt til borgerne ved forsinkelse eller ændring af besøgstidspunkt.

Der henvises i øvrigt til 5.13.1. og 5.14.1. for opfølgning på Lions Park Birkerød og Lions Park Søllerød

5.6. Pleje og døgnrehabiliteringscenter Hegnsgården

Ældretilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ført ældretilsyn med Pleje og døgnrehabiliteringscenter Hegnsgården den 11. april 2019.

Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien "Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet.

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet målepunkter under temaerne Selvbestemmelse og livskvalitet og Procedurer og dokumentation, som ikke var opfyldt.

Tilsynet den 11. april 2019 har givet anledning til følgende henstilling.

Pleje og døgnrehabiliteringscenter Hegnsgården skal sikre:

- At borgerne oplever selvbestemmelse og medinddragelse i eget liv (målepunkt 1.1).
- At personale, der deltager i borgerens pleje og omsorg, har adgang til information og mulighed for dokumentation af udførte handlinger samt observationer (målepunkt 4.1).
- At dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser (målepunkt 5.1).

5.6.1. Opfølgning:

Praksis er ændret, så borgerne i plejeboligerne fremadrettet må ryge i egen bolig. Al personale er orienteret om dette. Borgerne opfordres til at sørge for udluftning for at beskytte arbejdsmiljøet. Desuden er der indrettet en lille gårdhave, med halvtag og varmelamper, så borgerne også har mulighed for at ryge der.

Med hensyn til eksterne vikarers adgang til den elektroniske omsorgsjournal, er der udarbejdet en central vejledning i Social og Sundhed, som er ved at blive implementeret på Hegnsgården.

Med hensyn til dokumentation i den elektroniske omsorgsjournal, så er arbejdsgangen i plejeboligerne ændret, så alle faggrupper, incl. social og sundhedshjælperne dokumenterer i KMD Nexus.

5.7. Pleje og genoptræningscenter Skovbrynet

Sundhedsfagligt tilsyn - Plejeboligerne

Styrelsen for Patientsikkerhed har ført reaktivt sundhedsfagligt tilsyn med plejeboligerne på pleje og genoptræningscenter Skovbrynet den 4. og 5. november 2019 (kombineret ældre- og sundhedsfagligt tilsyn) på baggrund af en klage fra en pårørende.

Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien "Større problemer af betydning for patientsikkerheden".

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet generelt manglede en systematisk tilgang til den sundhedsfaglige dokumentation, og der var uopfyldte målepunkter om behandlingsstedets journalføring i form af manglende systematik, entydighed og overskuelighed. Ligeledes var der fejl og mangler og uopfyldte målepunkter i relation til medicinbehandling.

Styrelsen har den 13. januar 2020 givet behandlingsstedet påbud om straks at opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe konstaterede forhold i orden.

1. At sikre forsvarlig medicin håndtering, herunder implementering af en instruks herfor fra dags dato, og
2. At sikre tilstrækkelig journalføring i overensstemmelse med lovgivningen herom, herunder at sikre dokumentation for indhentet informeret samtykke og implementering af instruks for sundhedsfaglig dokumentation fra dags dato.

Desuden har Styrelsen for Patientsikkerhed stillet uddybende og specifikke krav til hhv. medicin håndtering og dokumentation, jf. tilsynsrapporten.

Ældretilsyn - Plejeboligerne

Styrelsen for Patientsikkerhed har ligeledes ført reaktivt ældretilsyn med plejeboligerne på pleje og genoptræningscenter Skovbrynet den 4. og 5. november 2019.

Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien "Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet".

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet målepunkter under alle temaerne: Selvbestemmelse og livskvalitet, Trivsel og relationer, Målgrupper og metoder, Organisation, Ledelse og kompetencer, Procedurer og dokumentation og Aktiviteter og rehabilitering, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har den 13. januar 2020 givet plejeenheden påbud om senest 4 uger fra afgørelsesdatoen at opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden.

1. At plejeenheden sikrer en dokumentation, der systematisk understøtter fornøden sammenhængende social- og plejefaglige indsatser, og at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.
2. At plejeenheden sikrer, at der anvendes faglige metoder og arbejdsgange til sikring af, at der ydes hjælp, omsorg og pleje af den fornødne kvalitet, herunder ved at medarbejderne kender og anvender faglige metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje til borgere med risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne (målepunkt 3.3 og 3.4)
3. At plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver, herunder således at alle medarbejdere, som udfører hjælp, omsorg og pleje har adgang til journalsystemet og at medarbejderne har de fornødne kompetencer til at varetage opgaverne (målepunkt 4.1)
4. At plejeenheden sikrer, der fastsættes mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte, og at borgere og eventuelt pårørende oplever, at de i videst muligt omfang bliver inddraget i mål-fastsættelsen (målepunkt 6.1).

Desuden stiller Styrelsen for Patientsikkerhed uddybende og specifikke krav relateret til de enkelte temaer for Ældretilsynet, jf. tilsynsrapporten.

5.7.1. Opfølgning på det sundhedsfaglige tilsyn og ældretilsynet.

Plejeboligerne på Skovbrynet har udarbejdet handleplaner både på kort- og længere sigt for at sikre forsvarlig medicin håndtering og tilstrækkelig journalføring i henhold til lovgivningen.

I forhold til at sikre korrekt medicin håndtering, er alle arbejdsgange systematisk blevet gennemgået, ligesom alle journaler, medicinkasser, og medicinæsker er blevet kontrolleret.

Der er ansat en ny social- og sundhedsassistent for at styrke medicin håndteringsindsatsen, ligesom de to social- og sundhedsassistenter begge bliver tilmeldt en kompetencegivende efteruddannelse i farmakologi snarest i foråret.

I forhold til dokumentationsudfordringer er der allokeret ressourcer, til en gennemgribende re-implementering af dokumentation i Fælles Sprog III i uge 9 og 10 2020, hvor samtlige ansatte vil blive undervist i FSIII. Kortsigtet er der iværksat en handleplan for overlevering og retmæssig dokumentation af observationer for alle relevante medarbejdere.

Skovbrynet er af opfattelse, at beboerne i plejeboligerne bliver plejet og rehabiliteret forsvarligt, men anerkender den mangelfulde dokumentation som Styrelsen har fundet.

Der afholdes triage-møder én gang om ugen hvor kontaktpersoner, sygeplejerske, social og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og fysioterapeut deltager. Udover triagering af alle borgere, er alle journaler gennemgået, en på hvert møde, med henblik på opdatering af funktionsevnetilstande, mål og handlingsanvisninger.

5.8. Plejecenter Bistrupvang

Der har ikke været gennemført sundhedsfagligt tilsyn eller ældretilsyn på plejecenter Bistrupvang i 2019.

Det kommunale kvalitetstilsyn har ikke givet anledning til anbefalinger i 2019.

5.9. Plejecenter Byageren

Der har ikke været gennemført sundhedsfagligt tilsyn eller ældretilsyn på plejecenter Byageren i 2019.

Det kommunale kvalitetstilsyn har ikke givet anledning til anbefalinger i 2019.

5.10. Plejecenter Sjælsø

Sundhedsfagligt tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ført sundhedsfagligt tilsyn med plejecenter Sjælsø den 29. oktober 2019.

Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at behandlingsstedet indplaceres i kategorien "Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden"

Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at behandlingsstedet fremstår sundhedsfagligt velorganiseret med gode procedure og høj grad af systematik.

Tilsynet den 29. oktober har givet anledning til følgende henstilling:

Plejecenter Sjælsø skal sikre:

- At det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af borgerens aktuelle og potentielle problemer samt at beskrivelserne opdateres ved ændringer i borgerens tilstand (målepunkt 3)
- At det fremgår en oversigt over borgerens sygdomme og funktionsnedsættelser og at den revideres ved ændringer i helbredstilstanden (målepunkt 4)
- At den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos borgeren i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme (målepunkt 5)
- At der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke (målepunkt 10)

5.10.1. Opfølgning

Som følge af ovenstående fund er der iværksat møder 1-2 gange månedligt på hver afdeling, hvor udviklingssygeplejersken deltager med henblik på vejledning, refleksion og journalgennemgang. Desuden er de nyudviklede kommunale instrukser for FSIII metoden ved at blive implementeret, understøttet af møderne med udviklingssygeplejersken som nævnt ovenfor. Endvidere er der afholdt fagmøde omkring medicinhandling for relevante medarbejdere.

Sundhedsfagligt tilsyn med Methothrexat

Styrelsen for Patientsikkerhed har desuden ført sundhedsfagligt tilsyn med Methothrexat på plejecenter Sjælsø den 10. september 2019.

Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at behandlingsstedet indplaceres i kategorien "Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden"

Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at behandlingsstedet fremstår sundhedsfagligt velorganiseret med gode procedure og høj grad af systematik i medicinhandling af borgeres methotrexat behandling, og Styrelsen har konstateret, at alle målepunkter er opfyldt.

Det kommunale kvalitetstilsyn har ikke givet anledning til anbefalinger på plejecenter Sjælsø i 2019.

5.11. Plejecenter Frydenholm

Der har ikke været gennemført sundhedsfagligt tilsyn eller ældretilsyn på plejecenter Frydenholm i 2019.

Ved det kommunale kvalitetstilsyn, er der givet 2 anbefalinger:

- At døgnrytmeplanen opdateres for hele døgnet
- At der udarbejdes relevante tilstande (servicelov)

5.12. Bofællesskabet Krogholmgård

Sundhedsfagligt tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ført sundhedsfagligt tilsyn med Fællesskabet Krogholmgård den 19. september 2019. Styrelsen har fremsendt høringsudkast den 31. oktober 2019. Endelig tilsynsrapport endnu ikke modtaget, hvorfor der skal tages forbehold for justeringer i det følgende.

Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at behandlingsstedet indplaceres i kategorien "Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden".

Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at behandlingsstedet fremstår sundhedsfagligt velorganiseret. Styrelsen har fundet et enkelt uopfyldt målepunkt vedrørende behandlingsstedets instrukser. Styrelsen har endvidere fundet enkelte fejl og mangler i relation med medicin håndtering samt enkelte mangler ved journalføring. De sygeplejefaglige beskrivelser af borgerens aktuelle og potentielle problemområder var ikke stringente og systematisk beskrevet, og der manglede beskrivelse under flere områder samt systematik og overskuelighed.

Tilsynet den 19. september 2019 har givet anledning til følgende henstilling.

Bofællesskabet Krogholmgård skal sikre:

- At den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal (målepunkt 2).
- At den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af borgernes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i borgerens tilstand (målepunkt 3).
- At den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos borgeren i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme (målepunkt 5).
- At der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke (målepunkt 9).
- At der dokumenteres, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin og hvornår (målepunkt 11).
- At der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver relevante og forsvarlige arbejdsgange mhp. at sikre forebyggelse af infektioner, spredning af smitsomme sygdomme mv. (målepunkt 13).

Ved det kommunale kvalitetstilsyn, er der givet 2 anbefalinger:

- Det anbefales at sikre, at dokumentationen og registreringen af "tilstande" og "ydelse" foretages i overensstemmelse med metoden i Fælles Sprog III.
- Det anbefales, at Krogholmgård har mindst 2 superbrugere i omsorgssystemet, som deltager i den løbende undervisning på superbrugermøderne. Krogholmgård er i denne proces ligeledes velkommen til at benytte vejledning af kommunens systemfaglige administratorer.

5.12.1. Opfølgning

Vedrørende dokumentation, så har Krogholmgård ansat 2 sygeplejersker, som begge skal være superbrugere udover de eksisterende to superbrugere.

Krogholmgård er desuden i gang med at udarbejde en procedure, der sikrer, at de tværfaglige indsætter dokumenteres. Alle medarbejdere får 1-1 oplæring, og der er planlagt undervisning i uge 17.

Vedrørende medicin, så har Krogholmgård fået nyt system med medicinske og vogne og samtidig forstærket egenkontrollen, hvilket allerede har nedbragt antallet af utilsigtede hændelser.

5.13. Lions Park Birkerød (selvejende institution)

Sundhedsfagligt tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ført sundhedsfagligt tilsyn med Lions Park Birkerød den 6. juni 2019.

Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at behandlingsstedet indplaceres i kategorien "Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden".

Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at behandlingsstedet fremstår sundhedsfagligt velorganiseret med gode procedurer og høj grad af systematik, at målepunkterne vedrørende instrukser er opfyldt. Styrelsen fandt fire mindre uopfyldte målepunkter i relation til journalføring og medicinbehandling. Desuden var målepunktet vedr. borgerens retsstilling ikke opfyldt.

Tilsynet den 6. juni 2019 har givet anledning til følgende henstilling:

Lions Park Birkerød skal sikre:

- At der fremgår en oversigt over borgerens sygdomme og funktionsnedsættelser, og den skal revideres ved ændringer i borgerens tilstand (målepunkt 4).
- At det fremgår, hvilke aftaler der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af borgernes kroniske sygdomme og handicap (målepunkt 4).
- At der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke (målepunkt 10).
- At der er overensstemmelse mellem den ordinerede- og den i medicinlisten anførte medicin (målepunkt 11).
- At det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser, om borgeren er vurderet helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling (målepunkt 12).

Kommunalt tilsyn Lions Park Birkerød – Seniorboliger

Af de udførte tilsyn er der fire tilsyn med en eller flere anbefalinger:

- Fire tilsyn med hver en anbefaling
- Et tilsyn med to anbefalinger

Alle seks anbefalinger vedrører dokumentation.

Kommunalt tilsyn Lions Park Birkerød – Plejeboliger

Det kommunale kvalitetstilsyn i plejeboligerne har ikke givet anledning til anbefalinger i 2019.

5.13.1. Opfølgning

Lions Park Birkerød har i forlængelse af tilsynsbesøget samt de kommunale tilsynsbesøg fulgt op på henstillingerne og udarbejdet og gennemført handleplan for forbedrede arbejdsgange – specifikt i forhold til dokumentation, medicinbehandling og samtykke.

5.14. Lions Park Søllerød (selvejende institution)

Sundhedsfagligt tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ført reaktivt sundhedsfagligt tilsyn med plejeboligerne på Lions Park Søllerød den 21. november 2019.

Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien "Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden" og har den 16. december 2019 givet påbud til Lions Park Søllerød, Plejecenter om:

1. At sikre forsvarlig medicinhåndtering, herunder udarbejdelse og implementering af en tilstrækkelig instruks herfor, fra dags dato.
2. At sikre, at der bliver gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå af nytilkomne patienter fra dags dato.
3. At sikre, at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå for alle aktuelle patienter inden den 23. december 2019.
4. At sikre tilstrækkelig journalføring i overensstemmelse med lovgivningen herom, herunder implementering af instruks for sundhedsfaglig dokumentation, fra dags dato.
5. At sikre indhentelse af informeret samtykke forud for pleje og behandling fra dags dato, og
6. At sikre udarbejdelse og implementering af tilstrækkelig instruks for akut opstået sygdom og implementering af instruks for hygiejne fra dags dato.

Desuden har Styrelsen for Patientsikkerhed stillet en række uddybende og specifikke krav til hhv. medicinhåndtering, dokumentation, samtykke, retningsgivende dokumenter vedrørende hygiejne og medarbejdernes kompetencer, jf. tilsynsrapporten.

Ældretilsyn – Seniorboligerne

Styrelsen for Patientsikkerhed har ligeledes ført ældretilsyn med seniorboligerne den 24. januar 2019. Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien "Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet".

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet målepunkter under temaerne: Målgrupper og metoder og Organisation, ledelse og kompetencer, som ikke var opfyldt.

Tilsynet den 24. januar 2019 har givet anledning til følgende henstilling.

Seniorboligerne ved Lions Park Søllerød skal sikre:

- At opfølgning på ændringer i borgerens psykiske og/eller fysiske funktionsevne og helbredstilstande, bliver dokumenteret (målepunkt 3.3)
- At vikarer har adgang til omsorgsjournalen, og at vikarer ved, hvordan de skal dokumentere relevante observationer vedrørende borgerne (målepunkt 4.1)

Kommunalt tilsyn Lions Park Søllerød – Seniorboliger

Af de udførte tilsyn er der fire tilsyn med en eller flere anbefalinger:

- Et tilsyn med 1 anbefaling
- Et tilsyn med 2 anbefalinger
- To tilsyn med 3 anbefalinger

Fem af disse anbefalinger vedrører samarbejdet med borgeren.

Fire anbefalinger vedrører dokumentation.

Der er desuden givet en henstilling til at følge op på samt til at dokumentere sundhedslovsindsatser.

Kommunalt tilsyn Lions Park Søllerød – Plejeboliger

Det kommunale kvalitetstilsyn i plejeboligerne har ikke givet anledning til anbefalinger i 2019.

5.14.1. Opfølgning

Lions Park Søllerød har udarbejdet – og følger en udførlig handleplan. Således har Lions Park Søllerød med bistand fra Rudersdal Kommune gennemgået og ajourført alle 72 borgerjournaler i perioden 13. – 20. december. I forbindelse med ajourføringen er der for flere borgeres vedkommende sket henvendelse til egen læge for at opdatere og dokumentere aftaler om kontrol og behandling.

Desuden er der i uge 2 - 2020 gennemført opfølgende undervisning i dokumentation i Nexus for alle medarbejdere.

Lions Park Søllerød er i gang med at ansætte en udviklingssygeplejerske til med særlig viden om omsorgsjournalen i Nexus, for at kunne kvalitetssikre den fremadrettede dokumentation og journalføring. Lions Park Søllerød har siden november 2019 indført triagering i alle enheder til sikring af løbende vurdering og opfølgning af beboernes aktuelle sundhedsfaglige tilstande

I forhold til medicin håndtering, er opdaterede retningsgivende dokumenter vedrørende korrekt medicin håndtering gennemgået med alle sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

Lions Park Søllerød har straks ændret praksis, så der ikke i fremtiden vil blive foretaget optrækning af sprøjter til senere brug. Medarbejderne er orienteret og instruksen er ændret.

Den 28.1. 2020 havde Lions Park Søllerød reaktivt tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed, der udtrykte anerkendelse for indsatsen. Styrelsen vil indstille, at påbuddene frafaldes.

6. Referencer

Oversigt over lovpligtige tilsyn: <https://intranet.rudersdal.dk/documents/1086>

Styrelsen for Patientsikkerhed: <https://stps.dk/da/tilsyn/om-tilsyn/>

Socialstyrelsen: <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialtilsyn>

Alle tilsynsrapporter er til gængelige på kommunens hjemmeside:

<https://www.rudersdal.dk/infosider/tilsyn?search=tilsyn>

Rapporterne for de kommunale kvalitetstilsyn: Acadre sag 19/8244

Bilag 1: Tabel over tilsyn med tilbud under Social og Sundhedsudvalget.

Tabel: Den grønne farve indikerer, at der er blevet ført tilsyn i 2019.

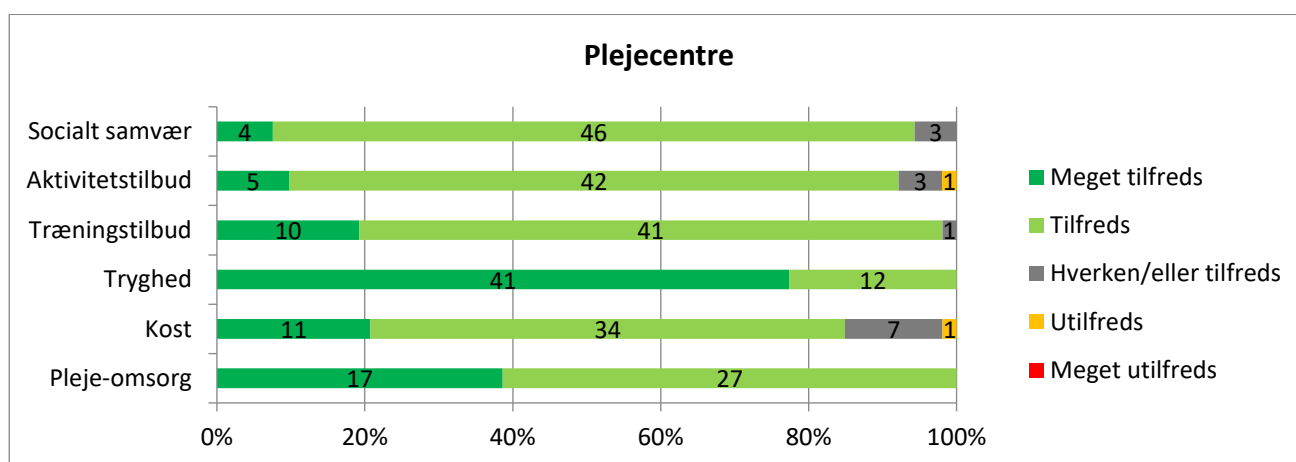
| | Driftsorienteret tilsyn (Socialtilsynet) | Sundhedsfagligt tilsyn (Styrelsen for Patientsikkerhed) | Ældretilsyn (Styrelsen for Patientsikkerhed) |
|--|---|---|--|
| Botilbud Ebberød | | | |
| Dag- og Botilbud Gefion | | | |
| Boligerne på Dronninggårds Allé 24-26 | | | |
| Boligerne Sophie Magdalenes Vej 4 | | | |
| Bofællesskabet Bregnerødvej 55-57 | | | |
| Bofællesskabet Gl. Holtegade 9 | | | |
| Bofællesskabet Birkerød Parkvej 18 | | | |
| Bofællesskabet Langebjerg | | | |
| Bofællesskabet Biskop Svanes Vej 63 | | | |
| Teglporten Rusmiddelcenter | | Reaktivt | |
| Dagtilbuddene ved Rude Skov | | | |
| Hjemmeplejedistrikt Holte | | | |
| Hjemmeplejedistrikt Kysten | | | |
| Hjemmeplejedistrikt Nærum inkl. Specialteamet | | | |
| Hjemmeplejedistrikt Ravsnæs | | | |
| Hjemmeplejedistrikt Vaserne | | | |
| Hjemmeplejedistrikt Vejlesø | | | |

| | | | |
|--|--|-------------|----------|
| Pleje og døgn- rehabiliterings center Hegnsgården | | | |
| Døggenoptrænings center Skovbrynet | | | |
| Plejeboliger Skovbrynet | | Reaktivt | Reaktivt |
| Plejecenter Bistrupvang | | | |
| Plejecenter Byageren | | | |
| Plejecenter Frydenholm Inkl. Æblehaven | | | |
| Bofællesskabet Krogholmgård | | | |
| Plejecenter Sjælsø | | Reaktivt | |
| Plejecenter Sjælsø | | Methotrexat | |
| Lions Park Birkerød (selvejende) | | | |
| Lions Park Søllerød (selvejende) | | Reaktivt | |

Bilag 2. Resultater fra det kommunale kvalitetstilsyn 2019

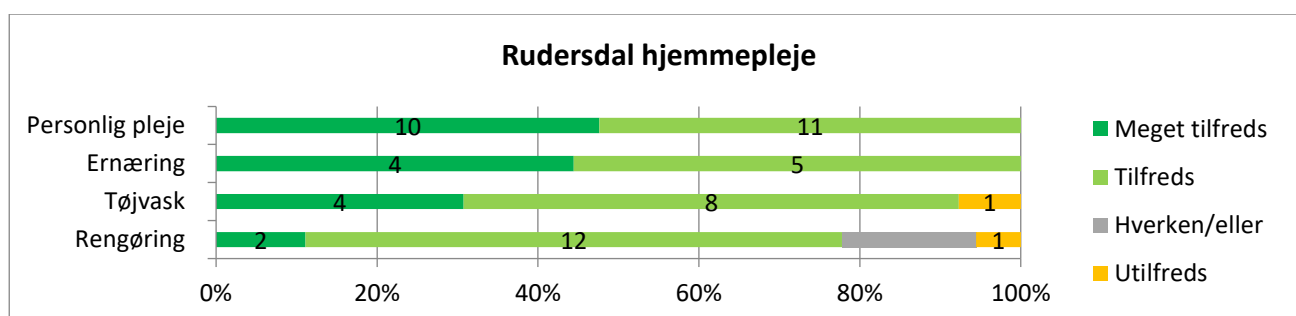
Plejecentre

| Beboere på plejecenter, i alt 53 adspurgte borgere | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| | 2018 meget tilfredse eller tilfredse | 2019 meget tilfredse eller tilfredse | Antal besvarelser |
| Personlig pleje | 100 % | 100 % | 51 borgere |
| Aktivitetstilbud | 100 % | 85 % | 51 borgere |
| Kost | 92 % | 92 % | 53 borgere |

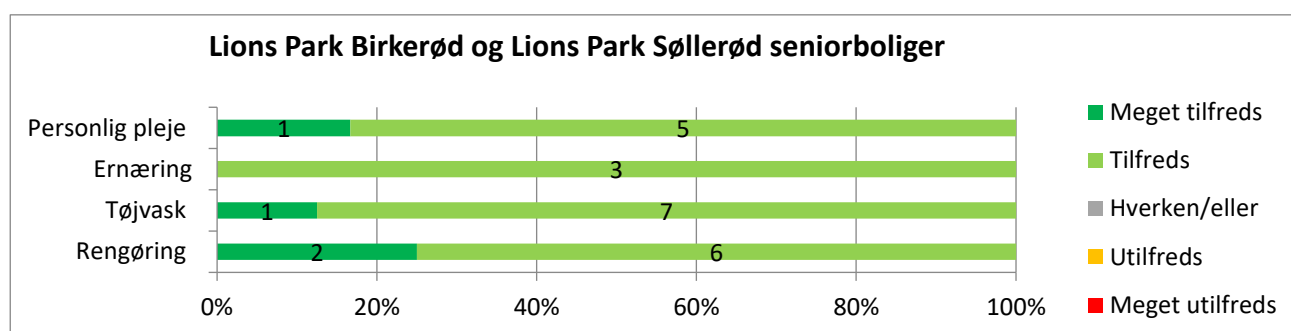
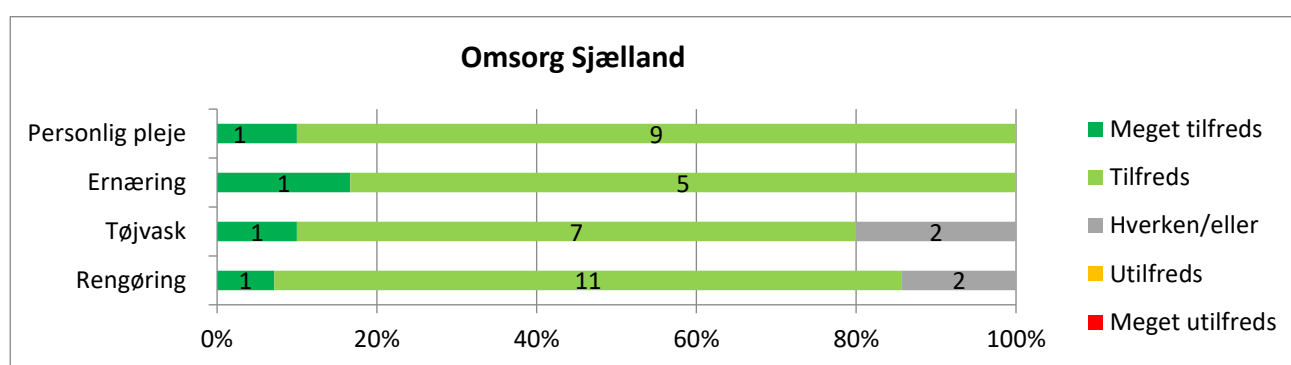


Hjemmepleje

| Rudersdal Hjemmepleje, i alt 27 adspurgte borgere | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| | 2018 meget tilfredse eller tilfredse | 2019 meget tilfredse eller tilfredse | Antal besvarelser |
| Personlig pleje | 100 % | 100 % | 21 borgere |
| Hjælp til ernæring | 100 % | 100 % | 9 borgere |
| Rengøring | 85 % | 78 % | 18 borgere |
| Tøjvask | 100 % | 92 % | 13 borgere |



| Private leverandører af hjemmehjælp, i alt 27 adspurgte borgere | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| | 2018 meget tilfredse eller tilfredse | 2019 meget tilfredse eller tilfredse | Antal besvarelser |
| Personlig pleje | 100 % | 100 % | 16 borgere |
| Hjælp til ernæring | 100 % | 100 % | 9 borgere |
| Rengøring | 96 % | 91 % | 23 borgere |
| Tøjvask | 100 % | 89 % | 18 borgere |



Indkøbsordning

| Indkøbsordning Intervare | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| | 2018 meget tilfredse eller tilfredse | 2019 meget tilfredse eller tilfredse | Antal besvarelser |
| Tilsyn i hjemmet / Telefoninterview* | 94 % | 97 % | 31 borgere |

*tallene er fremkommet ved at lægge tallene fra tilsynene i hjemmene sammen med svarene i telefoninterviewene vedr. kvaliteten af varene.

| Indkøbsordning Egebjerg Købmandsgård. | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| | 2018 meget tilfredse eller tilfredse | 2019 meget tilfredse eller tilfredse | Antal besvarelser |
| Ved telefoninterview* | 87 % | 67 % | 18 borgere |

*tallene er fremkommet ved at lægge tallene fra tilsynene i hjemmene sammen med svarene i telefoninterviewene vedr. kvaliteten af varerne.

Madservice

| Madservice Det Danske Madhus | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| | 2018 meget tilfredse eller tilfredse | 2019 meget tilfredse eller tilfredse | Antal besvarelser |
| Samlet ved tilsyn i hjemmet og ved telefoninterview* | 88 % | 97 % | 29 borgere |

*tallene er fremkommet ved at lægge tallene fra tilsynene i hjemmene sammen med svarene i telefoninterviewene vedr. kvaliteten af maden.



RUDERSDAL
KOMMUNE

Kvalitet og Udvikling

Stationsvej 36 | 3460 Birkerød
www.rudersdal.dk

28. januar 2020