

2016

# Slagelse Kommune Plejecentret Skovvang

Tilsynsrapport

Uanmeldt tilsyn



## Tilsyn med plejeboliger;

Et årligt uanmeldt tilsyn, der med udgangspunkt i ...

- Sidste års tilsyn
- Beboeres /pårørendes udsagn
- Tilsynets observationer / kontrol
- Gældende love; serviceloven og sundhedslov etc.
- Lokale politiske forventninger; kvalitetsstandard, ældrepolitik etc.

... vurderer de faglige indsatser og om stedet lever op til de generelle krav.

Socialtilsyn Øst er blevet tilkøbt til dette tilsyn.

Bestillerkommune er fortsat ansvarlig for de myndighedsmæssige forpligtelser.

## Indholdsfortegnelse

Generel information .....	4
Den samlede vurdering .....	5
Anbefalinger samlet op fra vurderinger fra de enkelte temaer .....	6
Opfølgning på sidste års tilsyn .....	6
Tema 1: Visitation, afgørelse og information .....	7
Målgruppe .....	8
Retssikkerhed .....	8
Tilbudsportalen .....	9
Tema 2: Politikker, kvalitetsstandarder .....	9
Plejecentrets eget værdigrundlag .....	10
Tema 3: Værdighedsparametre og praksis.....	11
Livskvalitet .....	11
Frivillige .....	12
Selvbestemmelse .....	12
Relationer og netværk.....	13
Kommunikation .....	13
Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen .....	14
Tema 4: Rehabilitering og træning .....	19
Tema 5: Sundhedsstyrelse og Utsigtede hændelser .....	19
Opfølgning på Sundhedsstyrelsens tilsyn .....	19
UTH – Utsigtede Hændelser.....	20
Tema 6: Ledelsesmæssige anvisninger.....	20
Tema 7: Dokumentation og opfølgning.....	21
Tema 8: Magtanvendelse .....	21
Tema 9: De fysiske rammer .....	22
Tema 10: Tilfredshed med indsatsen.....	23
Datakilder .....	24
Bilag .....	25
Lovgrundlag ved tilsyn for plejeboliger .....	25
Anvendt tilsynsmetode .....	26

## Generel information

<b>Kontaktoplysninger</b>	Plejecentret Skovvang, Grønningen 1, 4200 Slagelse
<b>Leder</b>	Virksomhedsleder Ruth Klein
<b>Organisationsform</b>	Kommunalt plejecenter. Visitation til plejebolig foregår via Slagelse Kommune.
<b>Målgruppe</b>	<p>Ældre og handicappede, som har behov for en bolig, hvor der kan tilbydes pleje og tilsyn hele døgnet, og hvor personalet er tæt på.</p> <p>Til baggrund for tildeling af en plejebolig, skal der foreligge en visitering. Denne består af en funktionsvurdering, som beskriver, hvilke konsekvenser sygdom, handicap og alder har på borgerens muligheder for at klare hverdagen.</p> <p>Visiteringen indeholder en skønsmæssig vurdering, hvor der tages hensyn til følgende forhold:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Den aktuelle boligmæssige situation</li><li>• Sygdomsforløb</li><li>• Psykologiske og sociale forhold</li><li>• Egne ressourcer, samt tilstedeværende ressourcer i hjemmet</li></ul> <p>Det er myndighedsafdelingens visitatorer i Center for Ældre, som udarbejder visitationsmateriale samt evt. øvrige beskrivelser, som ligger til grund for en vurdering om godkendelse til plejebolig.</p> <p>Kilde: "Serviceinformation til borgere på plejecentre ; som pt er ved at blive opdateret</p>
<b>Dato for tilsyn</b>	22. november 2016
<b>Tilsynskonsulent</b>	Leif Christensen

## Den samlede vurdering

Socialtilsyn Øst har på vegne af Slagelse Kommune foretaget kommunalt uanmeldt tilsyn ved Plejecentret Skovvang i Slagelse.

Det er Tilsynets samlede vurdering, at der på Plejecenter Skovvang leveres ikke alene en god pleje og omsorg til beboerne, men at der med de begrænsninger i den psykiske funktionsevne, som en stor del af beboerne kæmper med, skabes en meningsfuld dagligdag, med indhold, meningsfuldhed og derfor også tryghed og værdighed.

Inddragelse, hjælp og støtte er en naturlig del af indsatsen. Det er indtrykket, at der i dagligdagen ydes en stor fleksibilitet til sikring af meningsfuldhed. Dette understøttes ved de afviklede interviews af beboere og pårørende.

Der er tydeligt fokus på beboerens pleje, på socialt samvær og på fysisk aktivitet, samt i stigende omfang at beboerne får støtte til at bibeholde de funktioner og ressourcer, som vurderes til stede ved indflytning. Deltagelse i personlige og diverse praktiske opgaver, sker ud fra prioritering af ressourcer og af hensyn til, hvad den enkelte beboer magter og ønsker. De fysiske rammer vurderes meget egnede til målgruppen, et særligt aktiv er de lukkede tryghedsskabende haveanlæg.

Tilsynet oplever en god og positiv stemning på plejecenteret. Beboerne, som Tilsynet har talt med fremstår glade og udtrykker tilfredshed med de leverede indsatser. Interviews med beboere og en pårørende vidner om stor tilfredshed med den samlede sygepleje, pleje og omsorg m.m. og en god atmosfære.

Medarbejdergruppen fremstår og opleves som erfarne, kompetente og engagerede, hvilket også bekræftes ved de forskellige interviews.

En begrænset og meget ringe brug af eksterne vikarer om et godt arbejdsmiljø og arbejdsglæde. Ikke mindst medvirker dette til beboeres oplevelse af kontinuitet og genkendelighed, hvilket denne beboergruppe er så afhængige af.

Et øget fokus på værdighed gennem flere særlige initiativer og understøttet af 3 lokale aktivitetsansvarlige vurderes som relevant og forventes medvirkende til yderligere sikring af meningsfuldhed og trivsel for beboerne.

Det er Tilsynets oplevelse, at der i dagligdagen er opmærksomhed på livskvalitet, meningsfuldhed samt inddragelse af og kommunikation med beboere. Det er ligeledes Tilsynets indtryk, at der gøres en tilfredsstillende indsats for at beboerne kan opretholde og vedligeholde eget netværk og sikre en ligeværdig kommunikation til alle beboere.

Inddragelse, hjælp og støtte er generelt en naturlig del af indsatsen. Det er indtrykket, at der i dagligdagen forsøges at yde en stor fleksibilitet til sikring af meningsfuldhed. Dette understøttes ved de afviklede interviews af beboere og de pårørende.

Tilsynet oplever, at sundheds- og socialfaglige indsatser udføres svarende til lovkrav og følges op. Indsatsen vurderes baseret på den enkelte beboers konkrete og individuelle behov.

Under Tilsynets færden møder Tilsynet beboere, som fremstår glade og angiver tilfredshed med at bo på plejecentret: De efterfølgende individuelle interview bekræfter dette indtryk.

Det er Tilsynets vurdering, at der i dagligdagen på plejecentret samlet set er tilstrækkelige faglige kompetencer tilstede. Ved særlige behov inddrages interne og eksterne specialister på ansvarlig vis.

De fysiske rammer vurderes meget egnede til målgruppen.

Ovenstående samlede vurdering uddybes i nedenstående enkeltstående temaer, hvor anbefalede kvalitetssikringer er opsamlet i form af eventuelle anbefalinger

## Anbefalinger samlet op fra vurderinger fra de enkelte temaer

- Tema 1:** *Tilsynet anbefaler, konsekvent at opdatere aftaler om inddragelse af nærmeste pårørende / værger ved midlertidig eller blivende inhabilitet svarende til krav fra Vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, VEJ nr.10409 af 20/12/2007*
- Tema 3:** *Det anbefales gennem udvikling af og opfølgning på individuelle fokusområder at tydeliggøre indsatser for beboerens vedligehold af evne til kommunikation og til relations dannelse*
- Det anbefales, at der mere målrettet arbejdes med brug af socialpædagogiske handleplaner til sikring af tryghed og værdighed for beboere med demens, der ikke selv kan overskue egne forhold.*
- Tema 4:** *Tilsynet anbefaler at der konsekvent i forlængelse af generel overordnet vurdering af beboerens fysiske, psykiske og sociale funktionsevne altid foreligger beskrivelse af de faglige overvejelser, der underbygger at beboer eventuelt tilbydes henvisning til vurdering af træningsbehov eller tilbydes vedligehold af færdigheder. (Servicelovens § 88)*
- Tema 5:** *Det anbefales at udvikle egenkontrollsystem, der fremadrettet ved færre tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed sikrer løbende kvalitetssikring og kontrol af overholdelse af krav fra Sundhedsloven*
- Tema 6:** *Det anbefales at udvikle ledelsesmæssige anvisninger for relevante områder i den pædagogiske og trænende indsats.*

## Opfølgning på sidste års tilsyn

Opfølgning på anbefalinger fra det seneste tilsyn.

### Anbefalinger i 2015:

- 1. Tilsynet anbefaler, at opdatere aftaler om inddragelse af nærmeste pårørende / værger ved midlertidig eller blivende inhabilitet svarende til krav fra Vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, VEJ nr.10409 af 20/12/2007.*
- 2. Tilsynet anbefaler en mere konsekvent dokumentation af samtykke til videregivelse af personfølsomme oplysninger og beboerens samtykke til lægeordineret behandling, når f.eks. sundhedspersonale på beboerens vegne laver aftaler med læge om ændringer i behandlinger.*
- 3. Tilsynet anbefaler at samarbejdet med værger ved økonomiske værgemål altid aftales og dokumenteres, så det er i tråd med den konkrete værgemålsbevillinger og derved sikrer retssikkerhed for alle involverede*
- 4. Tilsynet anbefaler, at oplysninger på Tilbudsportalen vedrørende Plejecenter Skovvang opdateres, så der leves op til lovkrav jf. BEK nr. 1558 af 19/12/2013 Bekendtgørelse om Tilbudsportalen.*

5. *Tilsynet anbefaler at der ved alle beboere sker og dokumenteres en generel overordnet vurdering af beboerens fysiske, psykiske og sociale funktionsevne jf. Servicelovens § 88 og hermed eventuelle behov for afklaring af træningsbehov eller iværksættelse af vedligehold af færdigheder og/eller rehabilitering*
6. *Det anbefales at sikre, at der kun gøres brug af dobbeltbetjente døre, når der foreligger en aktuel årsag og en opdateret godkendelse hertil.*

Anbefalingerne 2-6 ses helt eller delvist at være fulgt op. Anbefalinger følges generelt op under de enkelte temaer og slettes, videreføres eller omformuleres afhængigt af vurderingen her. Se de relevante temabeskrivelser.

## Tema 1: Visitation, afgørelse og information

Beboerne på Plejecentret Skovvang visiteres til plejebolig via den centrale visitationsenhed i Slagelse Kommune, jf. de politisk vedtagende kriterier.

Samarbejdet med den centrale visitation til plejeboliger beskrives som generelt tilfredsstillende. Der efterspørges dog mulighed for indflydelse på endelige tilbud om bolig, hvis faglige hensyn taler for at et alternativt boligtilbud kan sikre trivsel for pågældende borger og de andre beboere. Tilsynet vurderer, at denne fleksibilitet er vigtig ikke alene for at sikre trivsel for alle beboere, men i mange tilfælde ofte medvirkende til at reducere driftsudgifter til f.eks. at skærme enkeltbeboere og grupper af beboere.

Før og efter endelig plan om indflytning tilbydes borgere ofte en rundvisning på plejecentret og der aflægges om muligt efter endelig visitation besøg i borgerens hjem. I forbindelse med dette eller en efterfølgende indflytningssamtale aftales det praktiske samarbejde efter indflytning.

Beskrivelse af disse aftaler er af Tilsynet genfundet i de 6 gennemgåede individuelle journaler. Kopi af døgnrytmeplan, de nævnte aftaler samt en klagevejledning udleveres efterfølgende til beboer og, hvor det er relevant, den pårørende.

De interviewede beboere og de pårørende bekræfter at være godt modtaget og at have god adgang til vigtig information.

I forbindelse med tilsynet er plejecentrets hjemmeside besøgt og indtrykket herfra er, at denne er nem at finde rundt i og informativ. På hjemmesiden findes mange praktiske oplysninger inklusive et tydeligt værdigrundlag.

Værdigrundlaget fornemmes tydeligt i tråd med den politisk vedtagne værdighedspolitik. Virksomhedsleder angiver dog planer om opdatering af eget værdigrundlag, så nye beboere også sikres at opleve denne røde tråd. Det er Tilsynets vurdering, at oplysninger om værdier eller indtryk af den konkrete dagligdag, trivsel, stemning og meningsfuldhed er vigtige for kommende beboere og deres pårørende.

Alle beboere er af centersygeplejersken internt visiteret til individuelle ydelser, jf. Slagelse Kommunes kvalitetsstandarder. Pårørende og beboeren modtager afgørelse i form af individuel døgnrytmeplan, helhedsvurdering og en klagevejledning.

## Målgruppe

*Ældre og handicappede, som har behov for en bolig, hvor der kan tilbydes pleje og tilsyn hele døgnet, og hvor personalet er tæt på.*

*Det er myndighedsafdelingens visitatorer i Center for Ældre, som udarbejder visitationsmateriale samt evt. øvrige beskrivelser, som ligger til grund for en vurdering om godkendelse til plejebolig.*

Kilde: "Serviceinformation til borgere på plejecentre" , under revision

Plejecenter Skovvang modtager beboere, som visiteres til plejebolig, jf. ovennævnte gældende visitationsregler og kvalitetsstandard. I forhold til sidste tilsyn, beskrives der den ændring, at plejecenteret ikke længere modtager beboere til aflastningsophold.

På Skovvang er der således 32 ordinære plejebolig pladser, samt 16 plejeboligpladser i særligt skærmet enheder.

Ved drøftelse af målgruppen og udviklingen af denne, beskrives der stadig tendens til, at der i stigende grad modtages flere beboere med nedsat psykisk funktionsniveau og færre beboere med almen aldersvækkes og nedsat fysisk funktionsniveau.

Der angives samtidig en fortsat tendens til at nye beboeres udfordringer vurderes værende mere komplekse.

## Retssikkerhed

I forbindelse med gennemgang af stikprøver blandt beboerjournaler er der konstateret en ikke konsekvent dokumentation af habilitet og ved inhabilitet aftaler for inddragelse af nærmeste pårørende, jf. nedenstående vejledning. Ved gennemgang af 6 journaler fandt Tilsynet kun i 3 ud af 6 tilfælde dette opdateret.

Interviews af pårørende bekræfter at praksis for inddragelse af nærmeste pårørende er god og konsekvent..

*Citat fra Vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, VEJ nr 10409 af 20/12/2007*

### *5.3 Dokumentation*

*Det skal journalføres i patientjournalen/de sygeplejefaglige optegnelser, om en beboer vurderes til at være varigt inhabil og hvem, der anses for beboerens nærmeste pårørende. Det skal ligeledes fremgå, hvilken fremgangsmåde med hensyn til kontakt, sundhedspersonalet har aftalt med nærmeste pårørende i forbindelse med information og indhentelse af samtykke.*

Tilsynet har desuden drøftet dokumentationsgraden af aftaler med værger ved personlige og økonomiske værgemål. For at sikre alle parter; beboers, pårørendes, værges, medarbejders og leders retssikkerhed opfordrer Tilsynet til ved opstart af samarbejdet at lave skriftlige aftaler om gensidige forventninger. Der har i de gennemgåede journaler tydeligt været gode eksempler på dette. Ved interview af ledelse og medarbejdere angives det, at dette beskrives konsekvent.

Tilsynet har gennemgået 6 journaler for dokumentation af sikring af beboerens/den pårørendes accept af videregivelse af personfølsomme oplysninger f.eks. ved medarbejders henvendelse til beboerens læge. Kontrol af journaler kan hverken be- eller afkræfte, at sikring af beboerens/den pårørendes accept af videregivelse af personfølsomme oplysninger konse-



kvent dokumenteres. Det nye journalsystem kan understøtte / forudsætte at beboeren inddrages.

Tilsynet har desuden kontrolleret dokumentation af det informerede samtykke fra beboer eller pårørende, når medarbejderen fra lægen modtager ændringer i en behandling og beboeren ikke selv har deltaget i denne dialog. Kontrol af journaler kan hverken be- eller afkræfte konsekvent dokumentation af det informerede samtykke fra beboer eller inddragelse af pårørende. Det nye journalsystem kan understøtte/forudsætte at beboeren inddrages. Relevant inddragelse af beboere og pårørende bekræftes dog ved interviews at foregå i praksis.

I forhold til medarbejdernes meget afgrænsede håndtering af beboermidler er der fremvist klare retningslinjer for dette; retningslinjer, som alle parter bekræfter kendskab til. Interviews med medarbejdere, beboere og pårørende bekræfter, at praksis svarer til det anviste.

Samlet set ses en god opmærksomhed på at sikre den enkelte beboers retsstilling. I forhold til praksis ved dokumentation af aftaler med pårørende eller samtykke til videregivelse af personfølsomme oplysninger kan dog ikke fremvises konkrete retningslinjer. Efterfølgende indsigt i instrukser for dette område forefindes her.

*Tilsynet anbefaler, konsekvent at opdatere aftaler om inddragelse af nærmeste pårørende / værger ved midlertidig eller blivende inhabilitet svarende til krav fra Vejledning om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, VEJ nr.10409 af 20/12/2007*

## Tilbudsportalen

Tilsynet har i forbindelse med besøget kontrolleret, hvad der er registreret på Tilbudsportalen om plejecentret. Oplysningerne på Tilbudsportalen fremtræder til stede og opdaterede svarende til bekendtgørelsens krav.

*Tilsynet vurderer Plejecentret Skovvang som generelt egnet til Tilbudsportalen.*

## Tema 2: Politikker, kvalitetsstandarder

### Overordnet værdigrundlag

Slagelse Kommunes værdigrundlag "Modig, Tydelig, Kompetent og med Glæde" angives af ledelse og medarbejdere kendt som et overordnet værdigrundlag, og som retningsgivende for medarbejderne på plejecenteret.

Slagelse kommune har, som nævnt tidligere, i 2016 udarbejdet værdighedspolitik med tydelige pejlemærker for indsatsen. Det er Tilsynets indtryk, at det lokale arbejde med opfølgningen på dette tydeligt finder sted på Plejecentret Skovvang.

### Kvalitetsstandarder

Citat fra Bekendtgørelse om kvalitetsstandarder for hjemmehjælp, rehabiliteringsforløb og træning efter servicelovens §§83, 83a og 86 ( **BEK 1575 af 27. december 2014** )

#### *Kvalitetsstandarder*

*§ 1. Kommunalbestyrelsen skal mindst én gang årligt udarbejde en kvalitetsstandard for personlig og praktisk hjælp m.v., rehabiliteringsforløb samt kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning efter lovens §§ 83, 83 a og 86.*

*Stk. 2. Kvalitetsstandarden skal indeholde generel serviceinformation til borgerne om den*

*hjælp, de kan forvente fra kommunen, hvis de får behov for personlig og praktisk hjælp m.v., rehabiliteringsforløb eller kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning efter lovens §§ 83, 83 a og 86.*

*Stk. 3. Kvalitetsstandarden skal indeholde en beskrivelse af det serviceniveau, kommunalbestyrelsen har fastsat for ydelser efter lovens §§ 83, 83 a og 86. Beskrivelsen af indholdet, omfanget og udførelsen af hjælpen skal være præcis og skal danne grundlag for, at der sikres sammenhæng mellem serviceniveau, de afsatte ressourcer, afgørelserne samt leveringen af hjælpen. Kvalitetsstandarden skal endvidere indeholde operationelle mål for, hvordan dette sikres, og en beskrivelse af, hvordan der følges op på de fastsatte mål, jf. § 2.*

*§ 2. Kommunalbestyrelsen skal mindst én gang årligt følge op på de efter § 1, stk. 3, fastsatte mål for kvaliteten og styringen af hjælpen efter lovens §§ 83, 83 a og 86.*

Tilsynet har i forbindelse med besøget besøgt Slagelse Kommunes hjemmeside. På hjemmesiden henvises der, hvis man søger på Kvalitetsstandard til borgere på plejecentre og Serviceinformation til borgere på plejecentre til de generelle kvalitetsstandarder for ydelser efter Servicelovens §§ 83-86. De 2 nævnte kvalitetsstandarder opgives fortsat under revision.

Det er Tilsynets vurdering, at indholdet i disse skrivelser er kendte og efterleves.

Fra sidste år er der sket ændring i Servicelovens, så der nu også er krav til at beskrive indsatsen ved § 83a. Ved gennemgangen af de opdaterede kvalitetsstandarder ses rammerne for tildeling af ydelser tydeligt beskrevet på hjemmesiden i en opdateret udgave fra november 2016.

## **Plejecentrets eget værdigrundlag**

Plejecentret har også sit eget værdigrundlag som tidligere er udarbejdet i forlængelse af det centralt besluttede. Se nedenfor. Der angives, som ovenfor nævnt, at der i forlængelse af den politiske godkendelse af værdighedspolitikken er planer om, at de indlagte værdier fremadrettet skal sikres værende i tråd med værdighedspolitikken.

Tilsynet vurderer dette som et godt og relevant initiativ.

### **Plejecentrets eget værdisæt iht. hjemmeside**

I vores dagligdag arbejder vi ud fra et fælles værdigrundlag og ud fra en fælles målsætning om, at hver dag bliver en god dag for alle. Vi arbejder med:

- at plejecentret er et attraktivt sted at bo
- at personalet opleves som loyale, tydelige, kompetente, imødekommende, positive, kreative og arbejder med glæde
- at beboeren er i fokus, for at sikre en god, omsorgsfuld og respektfuld pleje
- at beboeren mærker tryghed, og den enkeltes grænser respekteres
- at tage udgangspunkt i den enkelte beboers ønsker og behov i forhold til Slagelse Kommunes kvalitetsstandard for plejeboliger sammenholdt med Serviceinformation til beboere på plejecentre
- at beboerens udarbejdede handleplan afspejler den enkeltes funktionsniveau i hverdagen, hvorved den enkeltes ressourcer anvendes optimalt til at leve et aktivt liv
- at beboerens sundheds- og ernæringstilstand bliver løbende vurderet, og at der bliver handlet herpå
- at medinddrage beboerens pårørende i pleje, planer og aktivitetstilbud
- at der er plads til forskellighed

- at styrke det sociale samvær og fællesskab blandt beboerne højt, og dermed sikre fælles oplevelser
- at give en værdig afslutning på livet

## Tema 3: Værdighedsparametre og praksis

### Livskvalitet

*En lang række faktorer har betydning for ældres livskvalitet, bl.a. at den ældre føler sig tryk, har mulighed for at komme ud i frisk luft, har samvær med andre, kan deltage i aktiviteter og ture samt har mulighed for at vedligeholde og styrke fysiske og psykiske færdigheder.*

*Det er væsentligt, at kommunernes indsatser i ældreplejen tilrettelægges, så indsatserne øger livskvaliteten og giver den enkelte ældre et værdigt liv.*

*Indsatsen bør understøtte, at den enkelte ældre kan fortsætte sin hidtidige livsstil og gøre – eller få hjælp til at gøre – nogle af de ting, der har betydning for den ældres livskvalitet*

**Kilde; Sundheds- og ældreministeriets bemærkninger til lovforslag om værdighedspolitik for ældreplejen; nu BEK 173 af 27. februar 2016**

På Skovvang tilbydes og gennemføres der egentlig en lang række aktiviteter for beboerne. Løbende og spontane aktiviteter fremgår tydeligt af såvel hjemmeside og Tilbudsportalen.

Det beskrives, at aktiviteterne varierer afhængig af årstiden, og at der tages udgangspunkt i den enkelte beboers resurser. Der benævnes blandt andet aktiviteter som: bankospil, petanque, krolf, motionscafe, social hygge, lejlighedsvis filmklub, spontane indkøbsture, gåture, busture, kreative workshops, besøgshund mv. Siden sidste tilsyn er erindringsdans hver 14. dag et fast tilbud.

Der beskrives 4 årlige fester for beboerne, ofte med levende musik, hvor pårørende er velkomne mod egenbetaling. Som noget nyt afholdes også høstbal. I hver af de 2 gårdhaver er der opsat et orangeri, hvor der sammen med bord og stole er plantekasser og citrusplanter.

Plejecenteret har egen bus og en rickshaw tilknyttet. Begge benyttes flittigt til ture med en eller flere af beboerne i form af små ture med madpakke og ferieture.

Af særlige tiltag kan der ud over nævnes motionscafe med fælles motion og spisning. Her er motionscykler samt Wellness. Cafeen slutter hver gang med fælles frokost for deltagerne. Der angives samarbejde med en 4. klasse på den lokale skole, deltagelse i Olympiade i aktivitetsregi og beboeres medvirken ved ture med indkøb.

Alle aktiviteter bliver annonceret i beboerbladet Skovvangs Tidende eller ved særskilt opslag.

For at inddrage pårørende i dagligdagen er der indkøbt I-pads, så gode stunder kan foreviges og så beboeren kan inddrage pårørende i eget livsindhold og trivsel på plejecentret.

Ud over planlagte aktiviteter, angives der fokus på vigtigheden af, at beboerne deltager i de almindelige daglige gøremål, der giver mening for den enkelte.

Det er tilsynets indtryk, på baggrund af samtale med ledelse og medarbejdere på Skovvang, at der er stor opmærksomhed på at gennemføre aktiviteter for beboerne i hverdagen. Der opleves et aktivt engagement hos de interviewede.

Skovvang har 4 medarbejdere tilknyttet med særlige ansvar for aktivering., som står for afvikling af de fleste aktiviteter samt overordnet at koordinere samarbejde med de frivillige, som er tilknyttet plejecenteret.

Der fornemmes supplerende et relevant fokus på de beboere med demens, der ikke kan overskue samvær i for store grupper eller er afhængige af én til én relation for at opnå en meningsfuld hverdag. Der er i forlængelse af værdighedspolitikken taget flere meget relevante initiativer til at sikre fokus på og sikring af særlig opmærksomhed på behov for meningsfulde aktiviteter hos den kognitivt svage beboer.

Interview med den aktivitetsansvarlige tyder på stor systematik og kreativitet i denne tilgang. Der angives mange spontane daglige tiltag som ballonspil under sang og diverse spil.

Udarbejdelse af døgnrytmeplaner med angivelser af meningsfuld aktivitet, arbejdet med livshistorier og enkelte socialpædagogiske handleplaner understøtter efter Tilsynets vurdering denne indsats.

Der er supplerende taget flere gode initiativer til inspiration og udvikling af værktøjskassen for inddragelse af de kognitivt svageste og hermed også én til én aktiviteter. Der kan f.eks. nævnes:

- Samarbejde med konsulent om nytænkning og udvikling meningsfulde aktiviteter
- Ansættelse af neuro-pædagog, der deltager i dagligdagen og giver inspiration til initiativer og nytænkning.
- Aftale med konsulent Mette Søndergård om at følge alle vagtlag og inspirere til den aktive hverdag.

Det er tilsynets vurdering, at der på Plejecenter Skovvang udvises stor opmærksomhed og ansvarlighed i forhold til tilrettelæggelse og afvikling af meningsskabende aktiviteter for alle beboerne; med særlige relevante supplerende initiativer for de kognitivt svageste.

## Frivillige

Plejecenter Skovvang har samarbejde med frivillige, som understøtter flere aktiviteter. Rekruttering af frivillige beskrives generelt som en udfordring. Det angives dog, at der er etableret samarbejde med enkelte frivillige, som har deres ugentlige gang på plejecenteret. Én af aktivitetsmedarbejderne har et særligt ansvar for koordineringen af dette. Plejecentret gør også brug af eksterne frivillige, som f.eks. vågekoner og besøghund.

Sundhedsstyrelsen har netop udgivet et relevant inspirationsmateriale. "Frivillige på plejecentre; erfaringsopsamling og inspirationsmateriale – udgivet den 29. marts 2016.

Denne publikation kan anbefales læst i forbindelse med fornyede planer om at rekruttere og samarbejde med frivillige.

## Selvbestemmelse

*I forbindelse med finanslovsaftalen for 2016 var der enighed om, at ældres afhængighed af personlig hjælp, omsorg og pleje m.v. aldrig bør være ensbetydende med tab af værdighed.*

*Ældre skal behandles med respekt og værdighed, og derfor bør kommunerne sikre de ældre mulighed for at bestemme over egen hverdag og bevare deres døgnrytme.*

**Kilde; Sundheds- og ældreministeriets bemærkninger til lovforslag om værdighedspolitik for ældreplejen; nu BEK 173 af 27. februar 2016**

Der er oprettet et bruger- pårørenderåd, der afholder 4 møder om året.

Inddragelse af pårørende sker i forbindelse med en meget åben tilgang til aktiviteter og besøg. I forhold til pårørende til beboere med demens indbydes årligt til flere cafemøder til dialog og drøftelse af fælles udfordringer. Siden sidste tilsyn angives der afholdt 3 cafemøder. Det er Tilsynets vurdering, at der i dagligdagen sker en individuel, dokumenteret inddragelse i dagligdagens begivenheder.

Inddragelsen fremgår tydeligt af de 6 døgnrytmeplaner, helhedsvurderinger, livshistorier og i de individuelle borgeres journaler, som Tilsynet er gennemgået.

Inddragelsen sker desuden gennem de indflytningssamtaler, der finder sted i forbindelse med indflytning. Indflytningssamtale og inddragelse bekræftes ved interviews af 2 beboere og de 2 pårørende.

## Relationer og netværk

Der har ikke i forbindelse med Tilsynet kunnet findes særlige dokumenterede indsats, der vil kunne give et tydeligt billede af den individuelle indsats for bevarelse af evne til at vedligeholde relationer. Gennemgang af helhedsvurderinger og døgnrytmeplaner giver ikke Tilsynet et tydeligt billede af arbejdet med vedligeholdelse af beboerens evne til at skabe relationer og netværk, hverken i forhold til nærmeste pårørende eller i dagligdagen, ved aktiviteter og arrangementer.

Arbejdet med TOBS giver dog indikation på at dette fremadrettet vil blive tydeligere. Dette følges op ved næste tilsyn.

I dagligdagen angives det og bekræftes, at der arbejdes med relationer og netværk ved at skabe gode muligheder for samvær med familie og netværk. De tidligere nævnte flotte initiativer i forhold til livskvalitet vurderes at understøtte dette. Der angives stor åbenhed og fleksibilitet i forhold til de pårørende inklusive muligheder for at overnatte. Dette bekræftes ved interviews og fremgår tydeligt på hjemmesiden.

Måltider bruges tydeligt (se senere) til at vedligeholde evnen til at skabe relationer og vedligeholde disse.

Som på andre plejecentre stimuleres til vedligeholdelse af netværksdannelse ved arrangementer i samspil med det omgivende samfund. Her kan specielt nævnes møder med det omgivende samfund ved f.eks. ferier og arrangementer samt besøg af børn.

Understøttende for arbejdet med vedligeholdelse af beboernes evner til at skabe og vedligeholde relationer er også gåturene, udflugterne med madpakker, turene med bussen og cykelture med rickshaw.

Endelig bør den fælles motionscafe, som er drevet af frivillige også nævnes. Her har beboerne gode muligheder for at vedligeholde gamle netværk, og at skabe nye.

Der fornemmes et særligt fokus på ensomhed og isolation selv om der som nævnt savnes særlige dokumenterede indsats. Se anbefaling nedenfor,

## Kommunikation

Der er heller ikke fundet dokumenterede indsats, der understøtter et billede af den individuelle indsats for at sikre den enkelte beboers evne til at kommunikere eller have dialog, hvor der ikke er sprog eller der er væsentlige kognitive udfordringer. Den oven for nævnte organisering af aktivitet lægger dog op til særligt fokus på dette område.

Men vurderinger i helhedsbeskrivelser af nedsatte evner til kommunikation giver undertiden medarbejderne indirekte anvisninger for denne indsats. Dette bekræftes ved interview af medarbejdere.

Interviews med alle parter bekræfter, at der er fokus på styrkelsen af én til én kommunikation.

Det er også ud fra interviews indtrykket, at kommunikation på plejecentret foregår i en ordentlig og sober tone.

Det er Tilsynets indtryk, som bekræftes af de pårørende, at der i dagligdagen sikres alle kontakt og kommunikation; en kommunikation til er tilpasset den enkeltes evner og behov.

Samlet set er det Tilsynets vurdering, at også indsatser for vedligehold af evne til kommunikation bør være tydeligere dokumenterede.

*Det anbefales gennem udvikling af og opfølgning på individuelle fokusområder at tydeliggøre indsatser for beboerens vedligehold af evne til kommunikation og til relations dannelse.*

## Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen

*Det er væsentligt, at ældre med behov for hjælp, pleje og omsorg m.v. mødes af et fagligt kvalificeret personale, og at indsatsen er baseret på bedste viden og metoder. Det er samtidig væsentligt, at plejen tager udgangspunkt i den enkeltes behov og tilrettelægges, så den ældre får et sammenhængende og koordineret forløb på tværs af social- og sundhedsfaglige indsatser og mellem de forskellige sektorer, fx fra sygehus til eget hjem.*

*Det gælder ikke mindst for ældre med demens, hvor det er vigtigt, at personalet har forudsætninger og viden til at sætte ind med den rette behandling og imødekomme de særlige behov, som ældre med demens og deres pårørende har.*

**Kilde; Sundheds- og ældreministeriets bemærkninger til lovforslag om værdighedspolitik for ældreplejen; nu BEK 173 af 27. februar 2016**

## Kompetencer, uddannelse & kvalitetssikring

På Plejecentret Skovvang er der ansat ca. 62 medarbejdere. Foruden 2 centersygeplejersker og en neuro-pædagog udgøres hovedparten af medarbejdere med en social- og sundhedsfaglig uddannelse. Fordelingen beskrives at være ca. 50 % social- og sundhedsassistenter og 50 % social- og sundhedshjælpere. Virksomhedsleder beskriver, at der har været en lille tilvækst af Social- og sundhedsassistenter. Der er på Plejecenteret også ansat en lille håndfuld husassistenter, hvis primære opgave består i varetagelse af rengøring og andre servicereleaterede opgaver. Husassistenterne indgår i lettere plejeopgaver ved behov.

Der planlægges med afholdelse af årlige Medarbejder Udviklings Samtaler, skiftende fra år til år mellem individuelle- eller gruppesamtaler, såkaldt MUS eller GRUS. De interviewede medarbejdere bekræfter, at dette sker.

Sygefravær håndteres jf. Slagelse Kommunes personalepolitik og generelle retningslinjer. Sygefraværet oplyses til på det sidste at være steget til omkring 7,5 %. Der opleves relevant ledelsesmæssigt fokus på dette. Både ledelse og medarbejdere virker bevidste om i lyset af dette at sikre, at den enkelte beboer ikke oplever mange medarbejderskift og derved brud på kontinuiteten. De interviewede medarbejdere oplever at sygefraværet kan mærkes, men udtrykker samtidig stor ansvarlighed i forhold til dette og dermed kvalitetssikringen af indsatserne. Det sikres at de beboere, der er mest afhængig af kontinuitet sikres genkendelige faste medarbejdere ved intern omrokering mellem de forskellige teams.

Der arbejdes ud fra centralt udarbejdede kompetenceprofiler og en bevidstgørelse af hele medarbejdergruppen i forhold til egne kompetencer og opgaver. Leder og sygeplejersker oplyser at der generelt ikke delegeres opgaver ud over hvad der normalt falder ind under den enkeltes kompetence. Man er bevidste om, at hvis en sådan delegering sker, skal dette dokumenteres og der skal udarbejdes vejledning, ske oplæring og følges op. Sygeplejersker angiver at være opmærksomme på behov for opdatering af viden og kompetencer i forhold til konkrete opgaver. Dette bekræftes af medarbejderne.

Det oplyses fra medarbejderne at introduktion af nye kolleger sker efter fast skabelon med afkrydsning etc.

Der beskrives, at der planlægges med faste mødeaktiviteter på Plejecenter Skovvang, herunder personalemøder. Der afholdes daglige møder hvor opgaver Tria geres i en fælles proces for alle tilstedeværende medarbejdere. Centersygeplejersken holder der ud over ugentlige møder med alle vagtlag om faglige problemstillinger og særskilte møder og ad hoc sparring med social- og sundhedsassistenterne.

Plejecenterleder og centersygeplejerske beskriver, at der løbende arbejdes med kompetenceudvikling af medarbejdergruppen, og at der løbende tilbydes og søges afvikling af forskellige undervisningstiltag. Pt er der planlagt undervisning i 5 aktuelle emner ved kommunelæge. Dette angives værdsat af de interviewede medarbejdere.

Virksomhedsleder sikrer, at der tilbydes supervision til grupper/vagttag blandt medarbejderne i perioder med komplekse krav og udfordringer.

I samarbejde med Alzheimer foreningen er der uddannet 2 instruktører i erindringsdans.

Supplerende er det Tilsynets vurdering at de målrettede initiativer til udvikling af værktøjskassen for aktivering af de kognitivt svageste og det forholdsvis nye dokumentationssystem udgør en tydelig kompetenceudvikling.

Det er tilsynets vurdering, at der på Plejecenter Skovvang er opmærksomhed på, at sikre at medarbejdergruppen fremstår faglig kompetente. Der vurderes ud fra ovenstående opmærksomhed på, at der løbende gennemføres kompetenceudvikling af medarbejdergruppen. Der er også opmærksomhed på, at der løbende undergår forskellige kvalitetssikringsinitiativer, beboer- og medarbejderrettet, således at kvaliteten i den leverede indsats kontinuerligt søges bedret.

### **Sammenhæng**

Samarbejde med sygehuse beskrives generelt godt, men der opleves stadig, trods arbejdet med Det Fælles Medicinkort, utilsigtede kiks specielt i forhold til medicinering og udskrivelser fra sygehuse. Tilsynet opfordrer til at sikre at disse hvis relevant indberettes som tværsektorielle utilsigtede hændelser.

Fra Hjemmeplejen og Hjemmesygeplejen savnes ofte bedre overdragelse, så kontinuitet for beboeren kan sikres. Relevante indsatser opleves ofte ikke beskrevet, således opleves det ofte at skulle starte forfra. Dette indtryk bekræftes ved Tilsynets gennemgang af dokumentationen.

### **Tværfaglighed**

Plejecentrets centersygeplejerske medvirker sammen med gruppen af social- og sundhedsassistenter til at sikre den af Sundhedslovene efterspurgte systematik.

Der beskrives et velfungerende samarbejde med praktiserende læger i nærområdet. Som udgangspunkt aflægges af de fleste læger et opsøgende sygebesøg ved alle beboere en gang årligt. Samarbejdet med speciallæger i psykiatri opleves ligeledes godt. Der opleves et godt samarbejde og en god sparring.

Samarbejdet med demenskonsulenten opleves godt; en god samarbejdspartner til forebyggelse af konflikter, magt og vold.

Samarbejdet med de øvrige sygeplejersker med specialviden, herunder sårsygeplejerske og inkontinenssygeplejerske opleves velfungerende. I forhold til problemer ved vandladning etc. deltager man i et spændende forsøg med elektroniske bleer, som forventes at starte 1. januar 2017.

Der tilkendegives en god dialog og samarbejde med omsorgstandpleje, men der efterspørges mere fokus på dette område.

Samarbejdet om hjælpemidler med sagsbehandlende ergoterapeuter opleves tilfredsstillende; dog oplever én af de interviewede beboere flere måneders ventetid på skift af kørestol.

Der angives bevidsthed om i særlige tilfælde at kunne inddrage VISO (Videns- og specialrådgivnings-organisationen under Socialstyrelsen).

Det er Tilsynets vurdering, at beboernes særlige helbredsmæssige behov varetages på betryggende vis.

### **Mad og ernæring**

*Mange svage ældre er undervægtige eller småt spisende og har behov for ernæringsrigtig og velsmagende mad.  
Samtidig er måltiderne et vigtigt socialt samlingspunkt.  
Det er bl.a. vigtigt både at sikre ernæringsrigtig og velsmagende mad samt at skabe gode og hyggelige rammer for de ældres måltider, som giver de ældre lyst til at spise.*



*Det gælder uanset, om den ældre er hjemmeboende eller bor i plejebolig m.v.  
Kilde; Sundheds- og ældreministeriets bemærkninger til lovforslag om værdighedspolitik for ældreplejen; nu BEK 173 af 27. februar 2016*

Der angives, at der tilbydes en systematiseret indsats og opfølgning på særlige ernæringsbehov. Ved gennemgang af dokumentationen ses særlige handleplaner for ernæringsbehov med relevant opfølgning. Slagelse Kommunes kostpolitik følges på plejecentret.

Det er indtrykket, at der gøres et stort arbejde for at alle får en god måltidsoplevelse. Måltider indtages i spisestuerne i den enkelte afdeling eller i meningsfulde, mindre grupper.

Understøttelse med medarbejderdeltagelse ved måltider ser ud til at ske målrettet efter faglig vurdering. Der er fokus på, at der ved måltider altid er en medarbejder med værtinderolle, en rolle medarbejderne ved interview virker sig bevidst.

Der er ligeledes bred enighed om, at der skal skabes ro om måltiderne, at nogle beboere skal skærmes under måltidet.

Det varme måltid leveres fra eget køkken. I forhold til de 2 øvrige måltider og mellemmåltider er det indtrykket, at der forsøges at give beboerne gode sanseoplevelser gennem lokal fremstilling af disse 2 måltider. Måltider serveres med supplement af lokalt fremstillede lune retter, hjemmebagte rugbrød eller boller etc. Køkkenernes faciliteter rummer gode muligheder for sikring af sanseoplevelser i forbindelse med måltider. Der kan f.eks. lokalt bages eller opvarmes efter behov.

I de haveområder er der desuden drivhus, hvor duftsanser yderligere kan stimuleres.

Det er også indtrykket, at beboere inddrages efter evne ved borddækning, anretning eller ved enkle køkkenprocedurer.

Der blev ved rundvisningen observeret at hygge, atmosfære, tryghed og beboerinddragelse vægtes i det omfang, det er muligt.

Der tilkendegives fra medarbejderne et kendskab og ejerskab til forventninger til afvikling af måltider og spisesituationen.

Det er tilsynet vurdering, at der er et udmærket og dokumenteret fokus på kost og ernæringsindsatserne på plejecentret. I forhold til de sociale dele eksempelvis afvikling af måltidet, oplever Tilsynet som beskrevet en velfungerende praksis.

## **En værdig død**

*Plejen og behandlingen skal understøtte, at livet får en værdig, tryk og så vidt mulig smertefri afslutning. Det er væsentligt, at fagligt kvalificerede medarbejdere sikrer, at unødige indlæggelser undgås, så den døende og de pårørende får mulighed for at tage afsked i vante og rolige omgivelser.*

*Forløbet i forbindelse med den ældres død bør opleves trygt og sammenhængende for både den ældre og de pårørende.*

*Den sidste tid skal tage udgangspunkt i borgerens egne ønsker, men der skal også tages hånd om de pårørende og deres behov for at være inddraget og blive lyttet til.*

*Kilde; Sundheds- og ældreministeriets bemærkninger til lovforslag om værdighedspolitik for ældreplejen; nu BEK 173 af 27. februar 2016*

Interviews med ledelse og medarbejdere tyder på at der er fokus på at kunne bistå beboer og familie i denne meget svære sidste fase af livet.

Der gøres i relevant omfang brug af frivillige vågekoner.

Alle parter beskriver, at hjælpen til den døende beboer og dennes netværk individuelt forsøges tilpasset den enkelte beboers behov samt ønsker til inddragelse af familie og netværk. Det er en fleksibel praksis for at pårørende kan overnatte og forplejning. Medarbejderne angiver ligeledes fleksibilitet i afskeden med den afdøde; følge kisten til døren /synge ud.

For beboere og pårørende, der ønsker dette, gøres der undertiden brug af den særlige tryghedskasse i samspil med beboerens egen læge.

Indsatsen for den døende beboer er planlagt drøftet ved kommende MED udvalgsmøde.

På plejecentret i Skovvang har nogle været på kursus i terminal pleje/pleje af den døende beboer.

### **Beboere med demens**

Beboergruppen på Skovvang vurderes som nævnt i stigende grad sammensat af beboere med forskellige demensproblematikker. Dette på trods af at kun en mindre del af boligerne er oprettet som leve-bo miljøer.

Dette indtryk bekræftes ved gennemgang af dokumentationen.

Tilsynet vurderer, at medarbejdernes kompetencer og erfaring med beboere med demens, giver et godt udgangspunkt for pleje og omsorg for denne målgruppe. Tilstedeværelse af centersygeplejersker med særlig viden på området understøtter dette indtryk.

De fysiske rammer vurderes, som omtalt nedenfor, meget egnede til denne del af målgruppen. Opdelingen i de mindre enheder skaber overskuelighed og genkendelighed. De aflukkede og afgrænsede udearealer giver mulighed for at beboere kan færdes trygt i haverne også undertiden med eller uden medarbejdertilstedeværelse.

Den kommunale demenskonsulent kommer i plejecentret efter behov, og oplevelsen fra ledelse og medarbejdere er et godt samarbejde.

Den forholdsvist stabile medarbejdergruppe og en bekræftet, tydelig vilje til at sikre specielt beboere med demens genkendelige ansigter omkring sig understøtter efter Tilsynets vurdering beboeren tryghed.

Tilgangen bekræftes ved interviews af 2 beboere og 2 pårørende til beboere med demens; pårørende, som færdes jævnlige i plejecentret.

Ved gennemgang af journaler finder Tilsynet enkelte pædagogiske velbegrundede og velbeskrevne handleplaner. Det er tilsynets opfattelse at mere målrettet og konsekvent brug af socialpædagogiske planer som konflikt forebyggende og værdighedsskabende indsats vil styrke denne indsats yderligere. Dette vil, efter Tilsynets vurdering, sætte yderligere fokus på vedligehold af funktioner, på kommunikation og på tendens til ensomhed hos de kognitivt svageste.

Interviews med alle parter tyder på, at de mange tidligere nævnte aktiverende initiativer til også meningsfulde én til én aktiviteter vil være til gavn for beboeren med demens.

De mange aktivitetsmedarbejdere vurderes medvirkende til at understøtte dette positive indtryk.

Tilsynet vurderer, at tilstedeværende centersygeplejerske med særlig viden om demens og medarbejdernes generelle kompetencer og erfaring, giver et godt udgangspunkt for pleje og omsorg for denne målgruppe.

Det er Tilsynets vurdering at der ved plejecentret Skovvang forsøges at gøre en indsats for at skabe livskvalitet og tryghed for beboere med demens. Det er indtrykket at der er fokus på en løbende kvalitetssikring af denne indsats.

*Det anbefales, at der mere målrettet arbejdes med brug af socialpædagogiske handleplaner til sikring af tryk og værdighed for beboere med demens, der ikke selv kan overskue egne forhold.*

## Tema 4: Rehabilitering og træning

### Rehabilitering, vedligehold af færdigheder

Der foreligger i form af kvalitetsstandard for rehabilitering konkretiserede forventninger til rammerne for medarbejdernes praksis. Der er ikke beboere ved plejecentret, der modtager ydelser efter denne paragraf.

Interviews med beboere og pårørende tyder på, at individuelle tiltag til vedligehold af færdigheder er en del af arbejdsmetoden og plejecentrets selvforståelse. Tilsynet vurderer, at der er fokus på, hvad beboeren magter, og at prioritering af den enkeltes ressourcer gennem dagen er i højsæde. Der fornemmes ud fra interviews fokus på inddragelse i opgaverne omkring den personlige hygiejne, men også individuel praktisk inddragelse i andre dele af dagliglivet.

Gennemgang af de 6 journaler bekræfter dog ikke tydeligt denne indsats; der er ikke fundet handleplaner eller anvisninger for dette.

### Den konkrete indsats; Servicelovens §§ 86 + 88

Ingen af de 6 gennemgåede journaler eller interviews af beboere og pårørende tyder på udækkede behov for målrettet træning og vedligeholdende træning. Det er indtrykket, at der ved vurdering af udækkede behov for dette tages kontakt til visiterende myndighed. Dette bekræftes ved interviews af beboere og pårørende.

Det er ud fra interview med medarbejdere indtrykket, at der i dagligdagen er tydelig sparring med fysioterapeuter, og at der samarbejdes om træningsopgaver, hvor det giver mening.

Ved kontrol for lovpligtige vurdering af træningsbehov savner Tilsynet ved de flere af de 6 beboere en overordnet vurdering af den fysiske, psykiske og sociale funktionsevne jf. Servicelovens § 88. Disse vurderinger er vigtige, som et godt fundament for iværksættelse af målrettet og individuel genoptræning, vedligehold af færdigheder, samt rehabilitering

*Tilsynet anbefaler at der konsekvent i forlængelse af generel overordnet vurdering af beboerens fysiske, psykiske og sociale funktionsevne altid foreligger beskrivelse af de faglige overvejelser, der underbygger, at beboer eventuelt tilbydes henvisning til vurdering af træningsbehov eller tilbydes vedligehold af færdigheder. (Servicelovens § 88)*

## Tema 5: Sundhedsstyrelse og Utsigtede hændelser

### Opfølgning på Sundhedsstyrelsens tilsyn

Af embedslægens tilsynsrapport fra 2015 fremgår det:

Nedenstående er vurderingen fra Sundhedsstyrelsens tilsyn i maj 2016.

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

Nedenfor er angivet de krav, som skal være opfyldt, for at plejehjemmet efterlever Sundhedsstyrelsens regler for de sundhedsmæssige forhold.

Ovennævnte giver anledning til at sundhedsstyrelsen stiller følgende krav

- at de problemområder, der er angivet i målepunktet, er vurderet og beskrevet i den sygeplejefaglige dokumentation
- at der foreligger en aktuell oversigt over patientens sygdomme og handicap, som er af betydning for pleje og behandling
- at det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme
- at aktuell pleje og behandling og indikation for denne er beskrevet for alle patienternes sundhedsproblemer
- at de sygeplejefaglige optegnelser føres overskueligt og systematisk
- at dosisæsker/poser med ophældt p.n. medicin er mærket med medicinens udløbsdato og dato for ophældning
- at det fremgår af den sundhedsfaglige dokumentation, i hvilket omfang patienten er i stand til at give et habilt samtykke til behandling/at varetage sine helbreds-mæssige interesser, eller om disse interesser varetages helt eller delvist af pårørende eller værge

..

### **Det kommunale tilsyns opfølgning**

Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn for 2016 er blevet fulgt op, hvor det er relevant i denne rapport's temaer. Det er også det kommunale tilsyns opfattelse at der er arbejdet med Sundhedsstyrelsens krav, men nærmere opfølgning må afvente Styrelsen for Patientsikkerheds besøg.

Ved overgangen til risikobaserede tilsyn fra Embedslægen (Styrelsen for Patientsikkerhed), hvor der fremadrettet forventes færre mere risikobaserede tilsyn vil det være relevant at tage initiativ til en slags egenkontrols system, da der fremadrettet forventes færre tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

*Det anbefales at udvikle egenkontrolsystem, der fremadrettet ved færre tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed sikrer løbende kvalitetssikring og kontrol af overholdelse af krav fra Sundhedsloven.*

### **UTH – Utilisgtede Hændelser**

Praksis angives allerede nu, i samarbejde med kommunens centrale risikomanager, at være en systematisk opfølgning på alle indberettede hændelser. Der angives at være fokus på den samlede forpligtelse til indberetning inden for områderne medicinering, infektion, patientulykker og tværsektorielle hændelser.

Der fornemmes dog mest fokus på den interne refleksion i forbindelse med dette og som tidligere beskrevet opfordres til større konsekvens i indberetning af tværsektorielle utilisgtede hændelser.

## **Tema 6: Ledelsesmæssige anvisninger**

Overordnet styrende er Slagelse Kommunes overordnede værdier og de tidligere lokalt vedtagne værdier, som vurderes tilgængelige for og kendte af alle.

Der er i forhold til sundhedsindsatsen, retssikkerhed herunder magtanvendelse, håndtering af beboerøkonomi og forskellige medarbejderforhold fremvist ledelsesmæssige anvisninger i form af instrukser og vejledninger. Disse instrukser og vejledninger angives ved interviews kendt af alle.

Den pædagogiske indsats savnes tydeliggjort i anvisninger for f.eks. kommunikation, samvær, relationer og tryghedsskabende handlinger.

Som nævnt oven for savnes også anvisninger i forhold til træning, vedligehold af færdigheder og rehabilitering.

*Det anbefales at udvikle ledelsesmæssige anvisninger for relevante områder i den pædagogiske og trænende indsats.*

## **Metoder**

Den bærende metodik i den sundhedsrelaterede indsats vurderes ud over dette i væsentlig grad at være båret af anvisninger fra vejledninger i Sundhedsloven. I forhold til dette genfindes der systematik med afsæt i denne lovgivning. F.eks. sikres det, at alle beboere i bliver opdaterede i forhold til 12 af sundhedsstyrelsen angivne fokuspunkter. Ud fra denne vurdering udvælges der behandlingsmæssige og plejemæssige indsatsområder, som er beskrevet i handleplaner, og der ses tydelige aftaler med egen læge for opfølgning på disse.

Der er iværksat det tidligere nævnte system med Tria gering af alle indsatser byggende på tidligere nævnte viden fra kurser i TOBS, dvs. daglig vurdering af indsatters væsentlighed og prioritering af ressourcer ud fra dette.

Tria gering sker ud fra 7 fastlagte punkter med daglig fælles prioritering af indsatser. Dette vurderes fremadrettet også at kunne sikre opfølgningen på behov for pædagogiske indsatser f.eks. i forhold til relations dannelse, isolation og kommunikation, Modellen vurderes af Tilsynet som kvalitetssikrende for den samlede indsats, og vil blive fulgt op ved næste tilsyn.

## **Indsatser**

De individuelle indsatser vurderes styret af sundhedsfaglige helhedsvurderinger, døgnrytmeplaner og konkrete individuelle handleplaner/fokusområder.

Som nævnt tidligere vurderes der, trods undertiden manglende dokumentation heraf, et bredt fokus på mange indsatser.

## **Tema 7: Dokumentation og opfølgning**

Gennemgang af dokumentationen vurderes at give et godt billede af specielt indholdet i de sundhedsfaglige og de retssikkerhedsmæssige indsatser og i mindre grad fornemmelse af opfølgningen på den pædagogiske praksis for beboernes individuelle trivsel og tryghed, og indsatsen for træning.

## **Tema 8: Magtanvendelse**

Medarbejderne bekræfter kendskab til magtanvendelseslovgivning, og der er fremvist instrukser for indberetning af magtanvendelser, som bekræftes kendt af alle relevante parter.

I disse instrukser angives også indarbejdet forpligtelser i forhold til den forebyggende indsats mod konflikter og magtanvendelse.

Det er Tilsynets vurdering, at magtanvendelser indberettes, og at der i den forbindelse er et godt samarbejde med demenskonsulenten.

Det stabile personale og den store villighed til at skabe kontinuitet understøtter efter Tilsynets vurdering forebyggelse af konflikter og magtanvendelser, svarende til forventninger i loven. Som en yderligere positiv faktor i forhold til forebyggelse af konflikter og magt ses det systematiske arbejde med at skabe livskvalitet og meningsfulde aktiviteter samt enkelte pædagogiske anvisninger i form af veldokumenterede handleplaner. Disse medvirker til forebyggelse af magtanvendelser og konflikter hos beboere, som profiterer af en særlig planlagt tryghedsskabende pædagogisk indsats.

Dør- og adgangsforhold er kontrolleret i forbindelse med tilsynet på Skovvang. Tilsynet konstaterer, at yderdøre fungerer fuldt tilfredsstillende. Tilsynet finder ved dette tilsyn, dørforholdene er i orden jf. gældende lovkrav, til at sikre beboernes grundlovssikrede ret til fri færden.

Ved det ene af leve- bo miljøer registreredes ved sidste tilsyn anvendelse af en dobbeltbetjent dør. Den dobbeltbetjente dør er afmonteret og anbefaling fra sidste tilsyn ikke mere aktuell.

Der angives siden sidste tilsyn at være indberettet 2-3 episoder med lovlig magtanvendelse i hygiejnesituationer og en enkelt lovlig episode med magtanvendelse for at sikre at beboeren eller andre ikke kom til skade.

Der gøres i relevant grad brug af pejle- og alarmsystemer. Der er ved alle døre mulighed for individuelt og i forhold til gældende lov at aktivere en dørcensor, der kan anvendes som en tryghedsskabende foranstaltning for f.eks. beboere med faldtendens eller desorienterede beboere.

Det beskrives ingen besøgsrestriktioner.

Det er Tilsynets vurdering, at håndtering af magtanvendelser, herunder opmærksomhed på forebyggelse af magtanvendelser, udføres på tilfredsstillende og betryggende vis.

## Tema 9: De fysiske rammer

Plejecenter Skovvang er etplans byggeri, senest renoveret i 2005. På Plejecenteret er der i alt 48 boliger, hvoraf de 32 er ordinære plejeboliger og de 16 er boliger til beboere med demenssygdom.

De ordinære plejeboliger er to-rum boliger, indeholdende soveværelse, stue, køkken og bade- og toiletfaciliteter. Køkkenfaciliteterne vurderes velegnede til at sikre diverse sanseoplevelser i forbindelse med bagning eller opvarmning af lune retter etc..

Boligerne til demente beboere er mindre et-rums boliger, indholdene soveværelse/stue, samt bade-og toiletfaciliteter.

Alle boligerne er i direkte tilknytning til fælles arealer, indeholdende tv-stue, spisestue, køkken og gangarealer. Fra fælles afdelinger er der adgang til lukkede gårdhave miljøer, med mulighed for forskellige sanseindtryk for beboerne. Disse vurderes som et klart aktiv for plejecenteret, se under afsnittet om "Beboere med demens" og en god mulighed for at sikre denne gruppe frisk luft med begrænset mulighed for legemsbeskadigelse.

Boligerne og de øvrige opholdsarealer og gårdhaver fremstår velholdte. Alle steder ser der lyse og venlige farver, hvor det muligt er der højt til loftet, store vinduer og gode lysindfaldsforhold.

Alle boliger rummer muligheden for, at blive indrettet med relevante hjælpemidler, og dermed imødekomme eventuelle fysiske handicap. Der er blandt andet monteret loftslifte i alle boliger.

Gangarealerne er brede, med plads til at 2 kørestole kan passere hinanden. Det observeres, at gangarealer ikke bruges til opbevaring af hjælpemidler, men at der anvendes separate opbevaringsrum, hvilket Tilsynet finder godt

Det er tilsynets vurdering, at de fysiske rammer fremstår meget egnede til målgrupperne.

## Tema 10: Tilfredshed med indsatsen

I forbindelse med tilsynet er der afviklet interviews med 2 beboere og 2 pårørende til beboere, der ikke selv vurderes at kunne overskue konsekvenser af egne beslutninger og handlinger.

Interviews med beboere og de pårørende tyder på (u)tilfredshed med:

Alle interviews bekræfter en god modtagelse og generelt en god dækkende information.

Modtagelse af intern visitationsafgørelse med klagevejledning bekræftes af alle, gennemgang af journaler bekræfter tilstedeværelse af disse.

Den personlige hjælp, omsorg, så tryghed og værdighed. Dog opleves det af en pårørende, at tryghed og værdighed er truet i de perioder af døgnet hvor der tydeligt er færrest ressourcer; specielt aften og nat.<sup>1</sup>

Der udtrykkes generel tilfredshed med den praktiske hjælp generelt, altså rengøring og tøjvask, selv om pårørende angiver at supplere med rengøring ved besøg..

Maden. Her angives tilfredshed fra alle. 1 pårørende oplever, at det store fokus på økologi forringer muligheder for at købe andre lidt dyrere råvarer og medvirker til, at der f.eks. ikke mere kan tilbydes saft, selv om mange beboere efterlyser dette.<sup>2</sup>

Kommunikation beskrives at foregå i god og værdig tone.

Der er generel tilfredshed med de fælles aktiviteter fra alle de interviewede.

Generelt er der tilfredshed med opfølgning på træningsbehov.

Der er generel tilfredshed med de fysiske rammer ude og inde.

Der udtrykkes kun tilfredshed i forhold til administration af beboermidler

Den lovpligtige inddragelse af beboere og deres nærmeste pårørende i forhold til helbredsopfølgning opleves tilfredsstillende.

---

<sup>1</sup> **Tilbage melding høring**; Hertil kan jeg oplyse, at vi har samme ressourceforbrug/ normering aften og nat som øvrige plejecentre. Vi har blot et stort fysisk areal.

<sup>2</sup> **Tilbage melding høring** Omkring forbrug af saftevand er det ikke sådan, at man ikke må få saftevand. Det har vi masser af. Vi vil blot reducere en del forbruget af sundhedsmæssige årsager i relation til måltiderne samt påvirke smagssansen i forhold til at kunne smage maden bedre. Selvom vi har sølvmærke i økologi bliver der købt meget lækkert pålæg både til hverdag og i weekenderne vel vidende at smag er forskellig.

## Datakilder

### Interviews

Leder	<input checked="" type="checkbox"/>	Beboer	<input checked="" type="checkbox"/>
Medarbejdere	<input checked="" type="checkbox"/>	Pårørende	<input checked="" type="checkbox"/>
Ældrerådsmedlem	<input type="checkbox"/>		

### Observationer

Besigtigelse fysiske rammer	<input checked="" type="checkbox"/>	Aktivitet	<input checked="" type="checkbox"/>
Besigtigelse dørforhold	<input checked="" type="checkbox"/>	Beskæftigelse	<input checked="" type="checkbox"/>
Relationer	<input checked="" type="checkbox"/>	Sundhedsinitiativer	<input checked="" type="checkbox"/>

### Organisation og økonomi

Organisationsplan	<input type="checkbox"/>	Vedtægter	<input type="checkbox"/>
Personalehåndbog	<input checked="" type="checkbox"/>	Forretningsorden evt. referater	<input type="checkbox"/>

### Faglige kompetencer

Medarbejderlister med formelle uddannelser	<input type="checkbox"/>	Dokumentation for uddannelse	<input type="checkbox"/>
Retningslinjer for indkaldelse af interne/eksterne vikarer	<input checked="" type="checkbox"/>	Introduktionsprogram	<input checked="" type="checkbox"/>
Tjenesteliste	<input type="checkbox"/>	Sygefraværsstatistik	<input checked="" type="checkbox"/>

### Pædagogik, Helbred, retssikkerhed

Praksisbeskrivelser, Retningslinjer, Instrukser	<input checked="" type="checkbox"/>	Tilbudsportalen	<input checked="" type="checkbox"/>
Lovpligtige indberetninger; magt/overgreb.	<input checked="" type="checkbox"/>	Ydelsesbeskrivelse	<input checked="" type="checkbox"/>
Journaler, handleplaner, udviklingsplaner	<input checked="" type="checkbox"/>	Diverse borgerrettet information	<input checked="" type="checkbox"/>
Beskrivelse af teoretisk metodegrundlag	<input checked="" type="checkbox"/>	Lovpligtig rapportering af UTH	<input checked="" type="checkbox"/>

### Andet

Beskrivelse...
----------------



### Lovgrundlag ved tilsyn for plejeboliger

#### **Bekendtgørelse af lov om social service LBK 1284 af 17/11/2015**

**§ 151.** Den stedlige kommune har pligt til at føre tilsyn med, at de kommunale opgaver efter §§ 83, 83 a og 86 løses i overensstemmelse med de afgørelser, kommunalbestyrelsen har truffet efter disse bestemmelser og i henhold til kommunalbestyrelsens vedtagne kvalitetsstandarder, jf. § 139.

Stk. 2. Som led i tilsynsforpligtelsen efter stk. 1 skal kommunalbestyrelsen hvert år foretage mindst ét uanmeldt tilsynsbesøg på plejehjem m.v., jf. § 192, i plejeboligbebyggelser, der er omfattet af lov om almene boliger m.v. eller lov om boliger for ældre og personer med handicap, og i andre, tilsvarende boligenheder i kommunen. Tilsynet omfatter indsatsen over for de beboere og lejere, der modtager kommunale serviceydelser. Tilsynet må ikke varetages af leverandører eller personer, der udfører opgaver på området.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsens forpligtelse efter stk. 1 og 2 gælder ikke tilbud, som er omfattet af socialtilsynet, jf. § 4 i lov om socialtilsyn.

#### **Bekendtgørelse af lov om Socialtilsyn LBK nr. 124 af 12/02/2016**

**§ 3.** Socialtilsynet kan udbyde

- 1) konsulentbistand og undervisning relateret til socialtilsynets tilsynsfaglige, socialfaglige eller sundhedsfaglige viden til en kommune, en region eller et tilbud og
- 2) udførelse af opgaver efter delegation fra det ansvarlige regionsråd, jf. § 5, stk. 7, i lov om social service, eller fra den ansvarlige kommunalbestyrelse, jf. § 148 a, stk. 4, i lov om social service.

#### **Bekendtgørelse om Tilbudsportalen, BEK nr. 1648 af 15/12/2015**

**§ 3.** Tilbudsportalen indeholder oplysninger om følgende typer af kommunale, regionale og private tilbud, jf. § 14, stk. 1, i lov om social service:

- 6) Beskyttet beskæftigelse efter § 103 i lov om social service.
- 7) Aktivitets- og samværstilbud efter § 104 i lov om social service.

Stk. 2. Tilbudsportalen indeholder også oplysninger om:

- 2) Almene ældreboliger, der ejes af en region, en kommune, en almen boligorganisation eller en selvejende institution, og som er tilvejebragt med særligt henblik på at betjene personer med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, jf. § 105, stk. 2, i lov om almene boliger m.v.
- 3) Plejehjem efter § 192 i lov om social service.
- 4) Almene plejeboliger, der er omfattet af § 5, stk. 2, i lov om almene boliger m.v. eller boliger efter lov om boliger for ældre og personer med handicap.
- 5) Friplejeboliger efter lov om friplejeboliger.

## Anvendt tilsynsmetode

Tilsynet er gennemført som et uanmeldt tilsyn med deltagelse af 1 tilsynskonsulent.

Tilsynet er blevet vist rundt i plejecentret med henblik på, at skabe sig et billede af de fysiske rammer. I forbindelse med rundvisningen foretages der observationer i forhold til trivsel, samt levering af ydelser inden for pleje, omsorg og forplejning.

Der er suppleres med observationer i forhold til fysiske aktiviteter, sociale aktiviteter, mental stimulering og mundtlig kommunikation.

Under rundvisningen beses, med beboeraccept, én plejebolig.

Ved Tilsynets færden i huset, observeres beboerne i forhold til tilfredshed med plejecentrets levering af ydelser (nonverbalt).

Ved rundvisningen bliver tilstedeværende beboere udspurgt, om muligt, i forhold til tilfredshed med ydelser og generelt tilfredshed i hverdagen.

Der gennemføres interview med virksomhedsleder.

Der gennemføres interview med 2 centersygeplejersker.

Der gennemføres interview med aktivitetsmedarbejder.

Der gennemføres interview med 4 medarbejdere.

Der gennemføres interview med 2 beboere. Ved interviews drøftes tilfredshed med centrets ydelser. Ved 2 beboere, der ikke kan overskue beslutninger om egne forhold, er nærmeste pårørende med beboers accept, efterfølgende blevet telefonisk interviewet.

Den borgerrettede dokumentation for 6 af beboerne bliver gennemgået, med fokus på krav fra love og rammer.

Dette finder sted forud, under og efter tilsynsbesøget, for at tilse love og regler i forhold til dokumentation er overholdt; om iværksatte indsatser genfindes i dokumentationen, om der bliver fulgt op og om det skrevne sprog vurderes som værdigt og professionelt.

Tilsynet resulterer i en tilsynsrapport. Tilsynsrapporten indeholder opfordringer og/eller anbefalinger for kvalitetssikring.

Den lokale myndighed (bestiller af tilsynsopgaven), er ansvarlig for den videre opfølgning.

Socialtilsyn Øst vil hvor vi finder det relevant fremkomme med anbefalinger om påbud. Det er også her den lokale myndighed, som er ansvarlig for den videre opfølgning.