

2016

# Plejecenter Antvorskov

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 .....	7
Retssikkerhed .....	8
Tilbudsportalen .....	9
Tema 2: Politikker, kvalitetsstandarder .....	9
Plejecentrets eget værdigrundlag .....	10
Tema 3: Værdighedsparametre og praksis.....	10
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 .....	20
Opfølgning på Sundhedsstyrelsens tilsyn .....	20
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.....	22
Datakilder .....	24
Bilag .....	25
Lovgrundlag ved tilsyn for plejeboliger .....	25
Anvendt tilsynsmetode .....	26

## Generel information

<b>Kontaktoplysninger</b>	Plejecentret Antvorskov Antvorskov Allé 1, 4200 Slagelse
<b>Leder</b>	Forstander Erik Juhl
<b>Organisationsform</b>	Selvejende plejecenter med driftsoverenskomst
<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>	12. december 2016
<b>Tilsynskonsulent</b>	Leif Christensen

## Den samlede vurdering

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

Det er Tilsynets samlede vurdering, at der på Plejecenter Antvorskov 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, forsøges at skabe en meningsfuld dagligdag, med indhold, meningsfuldhed og derfor også tryghed og værdighed.

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, samt at beboerne får støtte til at bibeholde de funktioner og ressourcer, som vurderes til stede ved indflytning.

Deltagelse i personlig pleje og i mindre omfang praktiske opgaver, sker ud fra prioritering af ressourcer og af hensyn til, hvad den enkelte beboer magter og ønsker.

De fysiske rammer vurderes egnede til målgruppen og der forefindes lukket tryghedsskabende sansehave.

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 pårørende vidner om tilfredshed med den samlede sygepleje, pleje og omsorg m.m. og en behagelig og god atmosfære.

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

Et lille sygefravær og et mindre medarbejder flow vidner om et godt arbejdsmiljø og arbejdsglæde og sikrer de kognitivt svageste kontinuitet og genkendelighed.

Et øget fokus på værdighed gennem flere særlige initiativer og understøttet af konsulent, undervisning og 2 nye aktivitetsansvarlige medarbejdere 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 for at sikre en god kommunikation til alle beboere, selv om der her stadig vurderes udfordringer.

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 og følges op svarende til lovkrav. Indsatsen vurderes baseret på vurdering af den enkelte beboers konkrete og individuelle behov. Generelt fremtræder faglige indsatser veltilrettelagte og veldokumenterede. Under Tilsynets færden møder Tilsynet beboere, som fremstår glade og angiver tilfredshed med at bo på plejecentret: **Alle 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.

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 2:** *Tilsynet anbefaler i lyset af Slagelse Kommunes værdighedspolitik, at tydeliggøre det vedtagne værdisæt yderligere, således at det kan danne grundlag for udarbejdelse af klare pædagogiske anvisninger og hermed konkrete forventninger til praksis.*
- Tema 3:** *Det anbefales at videreudvikle tydeliggørelse af indsatser for individuelle beboeres vedligehold af evne til kommunikation og til relations dannelse.*  
*Tilsynet anbefaler, at der arbejdes på også i dokumentationen; instrukser, døgnrytmeplaner eller handleplaner, at gøre den pædagogiske indsats, der understøtter de individuelle vaner/meningsfuldhed tydeligere.*
- 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 indsats.*

## Opfølgning på sidste års tilsyn

Opfølgning på anbefalinger fra det seneste tilsyn.

### Anbefalinger i 2015:

- 1. Tilsynet anbefaler, at vurdering af habilitet og aftaler for inddragelse af nærmeste pårørende ved inhabilitet sikres konsekvent dokumenteret svarende til lovens krav*
- 2. Tilsynet anbefaler, at der tages initiativ til lovpligtig opdatering af Tilbudsportalen, der lever op til bekendtgørelsen mindste krav*
- 3. Tilsynet anbefaler, at der i forlængelse af et gennemarbejdet værdigrundlag arbejdes videre med skriftlige anvisninger til medarbejderne i tråd med dette, således at også forventninger til pædagogisk praksis tydeliggøres..*
- 4. Det anbefales, at stramme op i forhold til opfølgning og sikre at alle handleplaner er opdaterede.*
- 5. Tilsynet anbefaler, at der arbejdes på også i dokumentationen; instrukser, døgnrytmeplaner eller handleplaner, at gøre den pædagogiske indsats tydeligere.*
- 6. Det anbefales, at den generelle vurdering af behov for træning og vedligeholdende træning af fysiske, psykiske og sociale færdigheder jf. Servicelovens § 88 konsekvent dokumenteres ved alle beboere.*

*7. Det anbefales internt at drøfte, om yderligere brug af pædagogiske handleplan eller yderligere anvisninger til pædagogisk praksis i døgnrytmeplaner vil kunne styrke den forebyggende indsats for konflikter og magtanvendelser*

Det er Tilsynets vurdering, at der har været fokus på alle anbefalinger. Enkelte anbefalinger bør dog stadig være i fokus og vil derfor enten blive videreført eller omformuleret. Anbefalinger følges generelt op under de enkelte temaer; se de relevante temabeskrivelser.

## Tema 1: Visitation, afgørelse og information

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

Samarbejde med visitationen til plejebolig beskrives af forstander og den øvrige ledelse at fungere godt. Der opleves ikke alene et godt samarbejde men også en god dialog, der ved visitation af beboere med demens understøttes tilfredsstillende af de kommunale demenskonsulenter.

Det tilstræbes, hvis det er muligt, at gennemføre et hjemmebesøg hos den nye beboer, inden indflytning finder sted. Forstander, afdelingsleder og evt. sygeplejerske/kontaktperson deltager ved dette besøg.

Der afvikles indflytningssamtale efter ca. 14 dage. Indflytning er ikke med direkte referat, med informationerne og aftaler noteres i borgerjournalen. Dette bekræftes ved Tilsynets gennemgang af 6 journaler.

Indflytningssamtale afholdes foruden med nærmeste pårørende med kontaktperson og afdelingsleder. Kopi af helhedsvurdering og døgnrytmeplan indeholdende de nævnte aftaler samt en klagevejledning bliver udleveret som afgørelse på den interne visitation. Den nye beboer bliver også opfordret til at udfylde personlige oplevelser og præferencer i " Her er mit liv".

I forbindelse med tilsynet er centrets hjemmeside besøgt og indtrykket herfra er, at denne er meget informativ i forhold til praktiske oplysninger og aktuelt værdigrundlag. Der ud over udleveres flere velkomstpjecer, som udleveres til beboeren ved indflytning; en generel velkomst pjece og en pjece vedrørende aktiviteter i terapien. Bortset fra gode beskrivelser af ovennævnte tilgange kunne indtrykket af livet og dagligdagen på Antvorskov efter Tilsynets vurdering blive tydeligere.

### 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

Ved drøftelse af målgruppens udvikling beskrives der nu stabilitet i forhold til sidste års oplevelse af tendens til, at der i stigende grad modtages beboere med nedsat psykisk funktionsniveau.

Der beskrives ligeledes som sidste år flere beboere med tendens til øget komplekse behov. Der angives dog siden sidste tilsyn heller ikke yderligere udvikling i denne kompleksitet.

## Retssikkerhed

I forbindelse med gennemgang af stikprøver blandt beboerjournaler er der konstateret en konsekvent dokumentation af habilitet og ved inhabilitet aftaler for inddragelse af nærmeste pårørende, jf. nedenstående vejledning. Ved gennemgang af 6 journaler fandt Tilsynet alle opdaterede.

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 relevant eksempel på dette.

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 dokumenteres.

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 dokumentation af det informerede samtykke fra beboer eller inddragelse af pårørende. Angivelser fra beboere, pårørende og ledelse indikerer dog at ovenstående inddragelser finder sted.

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 er der også fremvist konkrete retningslinjer.



## Tilbudsportalen

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

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

## Tema 2: Politikker, kvalitetsstandarder

### Overordnet værdigrundlag

Slagelse Kommunes overordnede værdier "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 dette materiale er kendt blandt alle medarbejdere ved Plejecentret Antvorskov.

### 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.

Tilsynet har ved besøget fået udleveret en opdateret udgave af Serviceinformation; Personlig pleje og praktisk hjælp på plejecentre i Slagelse kommune, som angives også at skulle opdateres i forhold til værdighedspolitik og derfor endnu ikke er offentliggjort.

Fra sidste år er der sket ændring i Servicelovens, så der nu også er krav til at beskrive indsatsen ved § 83a /rehabilitering. 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

Antvorskov Plejecenter har også sit eget værdigrundlag, som bl.a. er tydeligt angivet på plejecentrets hjemmeside.

### De overordnede værdier angives som:

- **Loyalitet**
- **Engagement**
- **Troværdighed**
- **Motivation**
- **Kommunikation**

### Mødet med området Antvorskov

Borgernes møde med området Antvorskov betyder

- at brugere, pårørende, frivillige og medarbejdere har gode oplevelser sammen
- at alle føler sig velkomne og som en naturlig del af område Antvorskovs hverdag
- at område Antvorskov ønsker tilbagemeldinger om både gode og dårlige oplevelser
- at der er god kontakt og et respektfuldt samspil mellem borgere/pårørende og medarbejdere
- at ingen har patent på sandheden - løsninger findes ved dialog
- at der tages udgangspunkt i muligheder frem for begrænsninger
- at der arbejdes fleksibelt og situationsbestemt inden for det politisk fastsatte serviceniveau
- at borgere/pårørende oplever oprigtighed og ærlighed på en hensynsfuld måde
- at borgere/pårørende oplever at få den information, der er behov for

### Derfor oplever borgerne/pårørende

- at der tages udgangspunkt i den enkelte borgers situation
- at behov tilgodeses inden for det politisk vedtagne serviceniveau
- at tilbuddene giver mulighed for at fastholde eller forbedre færdigheder
- at de kan stole på at den bevilgede/aftalte hjælp udføres
- tryghed, idet aftaler holdes
- de frivilliges indsats som et værdifuldt element
- at de frivillige bidrager til et levende og alsidigt miljø på Plejecentret Antvorskov

Tilsynsbesøget bekræftede et tydeligt og bredt ejerskab af ovenstående værdimæssige tilgange.

Det er trods indtryk af et vist koordinations- og samspil med den af byrådet vedtagne værdighedspolitik alligevel Tilsynets vurdering, at der bør arbejdes videre med eget værdigrundlag specielt i forhold til de områder som lovgivningen om værdighedspolitik fokuserer på og som er beskrevet i førnævnte kommunale værdighedspolitik:

1. Livskvalitet
2. Selvbestemmelse
3. Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen
4. Mad og ernæring
5. En værdig død

Arbejdet med at konkretisere værdier vurderes særlig vigtig for den pædagogiske del af indsatsen, altså den del, der tydeligst skaber mulighed for at beboeren kan leve sit eget liv. Dette arbejde fornemmes som det bekræftes nedenfor grundet andre initiativer gjort tydeligere.

Set i lyset af den angivne/observerede praksis, individuelle tilgange og i lyset af værdighedspolitik for Slagelse Kommune fremstår ovenstående værdiggrundlag til at kunne profitere af en opdatering. Derfor videreføres anbefaling fra sidste tilsyn.

*Tilsynet anbefaler i lyset af Slagelse Kommunes værdighedspolitik, at tydeliggøre det vedtagne værdisæt yderligere, således at det kan danne grundlag for udarbejdelse af klare pædagogiske anvisninger og hermed konkrete forventninger til praksis.*

## 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**

Omdrejningspunktet for afvikling af aktiviteter for beboerne på Antvorskov er plejecentrets egen terapi med tilhørende lokaler.

Dagene starter med fælles kaffe / frugt, hvor formiddagen planlægges; F.eks. samtale, spil, film, strikkesøj, en tur i sansehaven i sommerhalvåret m.m.

Her tilbydes der ugentlig en meget bred vifte af aktiviteter for beboerne, med faste daglige programpunkter. Ugeplan ses på hjemmeside og er lokalt tilgængelig for beboerne.

Terapien har faste medarbejdere ansat til planlægning og afvikling af de forskellige aktiviteter.

Hertil kommer en overordnet koordinering af indsatser, der finder sted, med en flot involvering af frivillige personer, som har tilknytning til Plejecentret.

Der afvikles eksempelvis Bankospil, motionscafé, strikkeklub, film, sang og musik arrangementer, stolegymnastik, samt en række sociale tiltag som kaffe og kage arrangementer. I forlængelse af det aktuelle tilsynsbesøg er der planlagt besøg af kor.

Der afvikles årligt en række af traditionsbundne store arrangementer, eksempel ved juletid og Sankt Hans, Fødselsdagsfest etc. Pårørende støtter godt op disse omkring, og der opleves en relativ høj grad af involvering af frivillige.

Antvorskov Plejecenter fremtræder som et åbent hus hvor flere foreninger har deres base. Der er desuden jævnlige besøg fra f.eks. skole m.m.

I tillæg til aktiviteter der gennemføres i terapien, tilbydes der også forskellige aktivitetsmuligheder på de enkelte afdelinger, Disse aktiviteter afvikles via plejepersonalets medvirken, og i høj grad baseret på beboernes input og forslag. Fagligt understøttes disse som tidligere nævnt af plejecentrets ergo- og fysioterapeut (Værdighedsmidlerne).

I forlængelse af Slagelse Kommunes værdighedspolitik arbejdes der målrettet med konsulentbestand og ud fra bl.a. beboernes livshistorier på gennem fælles refleksion at skabe

et tydeligt billede af den enkelte beboers ønsker til meningsfuldhed og livskvalitet. Resultatet af dette arbejde bliver små laminerede kort til de daglige medarbejdere. Disse kort, supplerer efter Tilsynets vurdering indholdet i døgnrytmeplaner og helhedsvurderinger på relevant vis. Udarbejdelse af døgnrytmeplaner med angivelser af meningsfuld aktivitet og vaner og arbejdet med livshistorier understøtter efter Tilsynets vurdering indsatsen for beboerens livskvalitet. Fremadrettet angives det planen, at oplysninger vedrørende den enkelte beboers ønsker til meningsfuldhed og livskvalitet skal indarbejdes i f.eks. det elektroniske individuelle døgnrytmeplan.

Der fornemmes gennem førnævnte aktiviteter skabt et forstærket fokus på beboere med demens; dvs. beboere, 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 ligeledes taget særlige initiativer for at styrke medarbejdernes værktøjskasse til hos den enkelte beboer, der er afhængig af én til én aktivitet at kunne skabe trivsel, meningsfuldhed. Ovennævnte fysioterapeut står i de 2 afdelinger for individuelle aktiviteter med specielt de kognitivt svageste og sikrer i nogen grad sidemandsoplæring for de lokale medarbejdere. Interview med 3 medarbejdere bekræfter desuden at der i den enkelte afdeling tages spontane initiativer til bl.a. til samtale, gåture etc. med de kognitivt svageste. Det tilkendegives og bekræftes, at der tages udgangspunkt i den enkelte beboers resurser.

Specielt måltidet har et særligt fokus; se senere.. Dette bekræftes ved interviews **med 3 pårørende**.

Det er tilsynets vurdering, at der på Plejecenter Antvorskov udvises stor opmærksomhed og ansvarlighed i forhold til tilrettelæggelse og afvikling af meningsskabende aktiviteter for alle og hermed højnelse af livskvalitet.

## Frivillige

Antvorskov har, som nævnt samarbejde med frivillige, som understøtter flere aktiviteter. Plejecentret gør også brug af eksterne frivillige tilknyttet, som f.eks. vågekoner. Det er forstander, der står for samarbejdet med de frivillige. Der angives stor opbakning fra frivillige og problemløs rekruttering.

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- pårønderåd der afholder 4 møder om året. Rådets sammensætning forefindes på hjemmesiden. Der skal gøres opmærksom på, at det tidligere er vedtaget i Ældrerådet at referater fra bruger- pårønderåd skal offentliggøres. Tilsynet har ved besøg på hjemmesiden ikke kunne fremsøge referater.

Inddragelse af pårørende sker i forbindelse med en meget åben og synligt meget pårørende inddragende tilgang til aktiviteter og besøg. Generelt og i forbindelse med det nuværende arbejde med ovennævnte udviklingstiltag er det Tilsynets vurdering, at der er en løbende og god dialog med de pårørende.

Det er også Tilsynets vurdering, som bekræftes ved interviews, at der i dagligdagen sker en individuel, dokumenteret inddragelse i dagligdagens begivenheder.

Inddragelsen fremgår desuden tydeligt af de 6 døgnrytmeplaner, helhedsvurderinger, livshistorier og i de individuelle borgerres 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 3 pårørende.

## Relationer og netværk

Gennemgang af helhedsbeskrivelser i 6 journaler giver indtryk af et fagligt fokus på beboere, der skal understøttes i at skabe relationer og vedligeholde netværk. Der har dog ikke i forbindelse med Tilsynet kunnet findes særlige dokumenterede indsatser, der vil kunne give et tydeligere billede af den individuelle indsats for bevarelse af evne til at vedligeholde relationer.

Gennemgang af helhedsvurderinger og døgnrytmeplaner giver som nævnt Tilsynet et indtryk af arbejdet med vedligeholdelse af beboerens evne til at skabe relationer og netværk i forhold til nærmeste pårørende, i dagligdagen og ved aktiviteter og arrangementer.

Arbejdet med Tria gering (se senere) giver Tilsynet indikation på, at denne type indsatser 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 samt den meget systematiske tilgang til måltidet 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 indgå i disse.

Som på andre plejecentre stimuleres til vedligeholdelse af netværksdannelse ved arrangementer og i samspil med det omgivende samfund. Her kan specielt fremhæves Tilsynets indtryk af et åbent hus.

Der fornemmes ud fra ovennævnte og gennem flere én til én aktiviteter et særligt fokus på ensomhed og isolation, selv om der som nævnt savnes særlige dokumenterede individuelle indsatser. Se anbefaling nedenfor,

## Kommunikation

Gennemgang af helhedsbeskrivelser i 6 journaler giver indtryk af et fagligt fokus på beboere, der skal understøttes i at have dialog og kommunikation. Der er dog ikke fundet individuelle dokumenterede indsatser, der understøtter et billede af indsatsen for at sikre evner til at kommunikere eller have dialog, hvor der ikke er sprog, eller der er væsentlige kognitive udfordringer. De oven for nævnte initiativer lægger dog op til særligt fokus på dette område.

Vurderinger i helhedsbeskrivelser af nedsatte evner til kommunikation giver i flere tilfælde medarbejderne 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 med beboere indtrykket, at kommunikation på plejecentret foregår i en ordentlig og sober tone.

Det er Tilsynets indtryk, som generelt 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 at videreudvikle tydeliggørelse af indsatser for individuelle beboeres 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 Antvorskov, er der knap 70 medarbejdere ansat. Her af er der inklusive afdelingsledere i alt 4 sygeplejersker, 8 social- og sundhedsassistenter, 1 ergoterapeut, ca. 55 social- og sundhedshjælpere samt en pedel og administrative medarbejdere.

Som konsekvens af værdighedsmidlerne er der ansat en fysioterapeut og en social- og sundhedsassistent til understøttelse af de til denne indsats relaterede processer.

Der planlægges med afholdelse af årlige medarbejder udviklingssamtaler.

Fravær håndteres jf. Slagelse Kommunes fraværspolitik på området. Sygefravær angives til at være lavt, 2-3 % i alt. Der opleves stadig en meget beskeden udskiftning i medarbejdergruppen. En række ledere og medarbejdere har haft ansættelse på plejecentret i længere perioder.

Tilsynet fornemmer en klar værdibaseret, engageret og nærværende ledelsestilgang. Denne fornemmelse, understøttes i samtalerne med medarbejderne og pårørende.

Interviews tyder på, at beboere og pårørende oplever kontinuitet i den leverede indsats af såvel ledelse og medarbejderne.

Nye medarbejdere introduceres jf. fast introduktionsprogram, som er tidligere er forelagt til Tilsynet.

Der er iværksat det tidligere nævnte system med Tria gering af alle indsatser byggende på tidligere nævnte viden fra kurser i TOBS, dvs. vurdering af indsatsers væsentlighed og prioritering af ressourcer ud fra dette. Dette angives at forgå mellem 3 og 5 gange ugentligt. Der beskrives, at der planlægges faste mødeaktiviteter:

1. Sygeplejersker og social- og sundhedsassistent deler kontor og laver løbende sparring
2. Der er afdelingsmøder hver 14. dag (medarbejderne ved de 30 boliger)
3. Der Tri ageres mellem 3 og 5 gange om ugen afhængigt af afdeling
4. En gang i kvartalet mødes medarbejderne fra alle 60 boliger.
5. En gang årligt gennemgås alle beboere (fødselsdagspakken), hvor sygeplejerske, relevante kontaktpersoner, beboerens læge og demenskonsulenten ved behov, deltager.

Der arbejdes ud fra skriftlige lokale kompetencebeskrivelser for de forskellige medarbejdergrupper. Delegering af opgaver ud over dette finder undertiden sted og dokumenteres i særskilte mapper. Tilsynet har tidligere gjort opmærksom på, at der ved delegering skal dokumenteres særskilt med type af opgave, navn på den, der delegerer, den der delegeres til, dokumentation for vejledning / instruktion og plan for opfølgning.

Det beskrives over for tilsynet, at medarbejdere kan søge om kurser og uddannelse, som bevilliges efter behov. Dette bekræftes af de interviewede medarbejdere. Medarbejderne oplever at der iværksættes kompetenceudvikling ved nye opgaver eller ved behov for opdatering af viden.

Det er Tilsynets vurdering, at der på Plejecentret Antvorskov er en udmærket opmærksomhed på, at sikre, at der er de nødvendige faglige kompetencer tilstede, i forhold til målgruppen. Der opleves opmærksomhed på løbende kompetenceløft af den eksisterende gruppe af medarbejdere og der igennem kvalitetssikring af den leverede indsats.

## **Sammenhæng**

Som noget særligt kan centrets beboere nyde godt af tilstedeværelse af sygeplejerske i alle døgnets 24 timer, da centrets hjemmesygepleje i aften- og nattetimerne stilles til rådighed for beboerne. Dette understøtter efter Tilsynets vurdering beboernes oplevelse af sammenhæng.

Der opleves et godt samarbejde med hjemmepleje. Beboere har ofte haft hjemmepleje fra egen organisation. Der er en oplevelse af at indsatserne allerede her er godt beskrevet, således at der blot skal følges op.

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 indberettes som tværsektorielle utilsigtede hændelser (UTH).

### **Tværfaglighed**

Ved Plejecentret i Antvorskov er der inklusive afdelingsledere tilknyttet 4 sygeplejersker. Sygeplejerskerne har det overordnede ansvar i forhold til, at beboernes helbredsmæssige behov sikres.

Indsatsen for beboerne med særlige helbredsmæssige behov, understøttes desuden ved samarbejde med relevante eksterne samarbejdspartnere.

Samarbejdet med de lokale læger opleves generelt godt. Ved samarbejdsudfordringer er praksis at inddrage kommunelæge.

Der beskrives velfungerende ad hoc samarbejde med blandt andet psykiater, distriktpsychiatri, palliativteam m.fl., som inddrages ad hoc ved relevante problemstillinger.

Der meldes også om et generelt godt samarbejde med sygehuse.

Plejecentret Antvorskov råder, som tidligere nævnt, over egen ergoterapeut og fysioterapeut, som angives at medvirke til at sikre træning, vedligehold af færdigheder og relationsdannelse.

Ansættelse af fysioterapeut har i forlængelse af værdighedspolitikken skabt mere fokus på én til én aktiviteter.

Beboernes særlige helbredsmæssige behov, henunder de særlige indsatser for beboere med demens- og psykiske lidelser, understøttes desuden ved løbende inddragelse af f.eks. demenskonsulent, der har sin jævnlige gang på centret.

Der ud over kan det fremhæves at centret internt rådes over sygeplejersker med specialviden i inkontinens og sårbehandling. Der angives et tæt og systematiseret samarbejde med kommunale samarbejdspartner ved beboere med synkebesvær og beboere i blodfortyndende behandling.

Det er tilsynets vurdering, at der sikres tværfaglig tilgang til den enkelte beboer gennem inddragelse af relevante samarbejdspartnere.

### **Mad og ernæring**

*Mange svage ældre er undervægtige eller småt spisende og har behov for ernæringsrigtig og velmagende mad. Samtidig er måltiderne et vigtigt socialt samlingspunkt. Det er bl.a. vigtigt både at sikre ernæringsrigtig og velmagende 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**

Overordnet følges Slagelse Kommunes kostpolitik. Der tilbydes indsats og opfølgning på særlige ernæringsbehov med understøttelse af særlig ernæringsvejledning fra eget køkken.



Ved gennemgang af dokumentationen ses særlige handleplaner for ernæringsbehov med relevant opfølgning.

Plejecentret har egen ernæringsfaglig leder tilknyttet, der daglig sikrer høj grad af involvering i tilrettelæggelse af individuelle indsatser for den enkelte beboer.

Alle beboere tilbydes kost- og ernæringsvurdering. Ved afvigelser fra normalværdierne tilbydes der iværksættelse af relevante tiltag. Dette sker med respekt for beboerens individuelle ønsker.

Dokumentationen tyder på en særlig opmærksomhed på småspisende beboere, beboere med fedme og beboere med dysphagi (synkebesvær). Ved Tilsynets gennemgang af de 6 journaler ses i flere tilfælde særlige handleplaner med dokumenteret opfølgning på særlige ernæringsbehov.

Maden leveres fra eget køkken og kommer på denne måde færdig.

Der suppleres lokalt lejlighedsvist med ekstra sanseoplevelse som bagning af boller.

Der fornemmes både i cafeen og i afdelingerne, specielt i forhold til de kognitivt svageste fokus på vigtigheden af trivsel, socialt samvær og appetitfremme ved afviklingen af måltidet.

Ledelsen angiver, at der arbejdes efter et særligt måltidskoncept, som bekræftes ved interview med medarbejderne.

Måltidet skal hvile på ro orden og hygge; på afdelingerne sikres dette ved at 2 medarbejdere har ansvar for dette.

De fleste samles i cafeen, hvor der sikres selvstændige frie valg gennem f.eks. servering på fade. De kognitivt svageste sikres herved et værdigt måltid i afdelingen.

Både i cafeen og i afdelingen angiver medarbejderne gennem deres faglighed at tilstræbe at sikre placering ved bordene, så der er fokus på muligheder for kommunikation og relationsdannelse.

Denne gode praksis og de ledelsesmæssige forventninger savnes dog beskrevet i skriftlige ledelsesmæssige anvisninger. Se generel anbefaling herom senere.

Det er Tilsynet vurdering, at der er opmærksomhed kost og ernæring på Plejecentret Antvorskov. Det er tilsynet vurdering, at det er lykkedes at skabe en god praksis for afvikling af måltiderne, som støtter op omkring vedligeholdelse af praktiske og sociale færdigheder som kommunikation og relationsdannelse.

## 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 fokus på at kunne bistå beboer og familie i denne meget svære sidste fase af livet.

Ledelse og medarbejdere 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 angiveligt en meget fleksibel praksis for at pårørende kan overnatte og købe sig til forplejning.

Gruppen af social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker har været på kursus for at styrke kompetencerne i forhold til denne indsats.

Der gøres i dialog med beboeren/pårørende brug af tryghedspakke i samspillet med egen læge. Der gøres i relevant omfang brug af støtte fra vågekoner fra Røde Kors.

Hvor det giver mening udfylder beboeren "Den sidste vilje". Dette opleves som et godt samarbejdsafsæt i dialogen med de pårørende.

Hvis der er ønsker om at medvirke i at "synge ud" eller lignende udvises der stor fleksibilitet.

### **Beboere med demens**

Plejecentret har hidtil haft status som somatisk plejecenter. Ledelsen har, som tidligere nævnt, trods dette oplevet en øget tilgang af beboere med demens, primært beboere med Alzheimer. Denne udvikling vurderes dog siden sidste tilsyn ikke forstærket.

Der beskrives, som nævnt, et godt og tæt samarbejde med den kommunale demenskonsulent. Demenskonsulenten sikrer relevant, faglig sparring for medarbejderne og opleves som tidligere beskrevet som en god samarbejdspartner i visitationsprocessen.

Tilsynet vurderer ud fra den nuværende beboersammensætning de fysiske rammer, som egnet til denne del af målgruppen.

Der er til plejecentret tilknyttet en god og indbydende tryghedsskabende sansehøve, som er aflukket. Der ses foruden de større fælles arealer både i afdelinger og i fællesarealer små lokale arealer /lokaler, som kan benyttes til én til én eller mindre gruppe aktivitet for de beboere, der ikke kan overskue samvær med en større gruppe.

De tilknyttede terapeuter, de frivillige og medarbejderne i afdelingerne angives gode til at sikre at også beboere med demens oplever et meningsfuldt samvær og relationer. Dette understøttes af interviews med de pårørende. Der gøres desuden en stor indsats for at hjælpe beboeren til tryghed i relationer og nærvær i terapien.

I forbindelse med udmøntningen af værdighedsmidlerne er dette indtryk styrket.

Tilsynet vurderer, at medarbejdernes kompetencer og erfaring med beboere med demens, giver et stigende, godt udgangspunkt for pleje og omsorg for denne målgruppe. Initiativer fra værdighedsmidlerne understøtter også dette indtryk.

Med til at understøtte en indsats for beboere med demens er også et reduceret personale flow og herved oplevelse af genkendelighed og tryghed for de kognitivt svageste.

De pårørendes oplevelse af indsatsen er generelt positiv.

De tidligere beskrevne tiltag for livskvalitet og meningsfuldhed er efter Tilsynets vurdering med til at styrke indsatsen for beboere med demens. Her kan fremhæves:

- Døgnrytmeplaners udvidelse med oplysninger om vaner og meningsfuldhed
- Arbejdet med/refleksion over livshistorier og retningen for en målrettet individuel indsats: herunder det systematiske arbejde med den individuelle meningsfuldhed ( konsulent støttet fra værdighedsmidlerne)

- Den systematiske kompetenceudvikling i forhold til iværksættelse af én til én aktiviteter. Dette er understøttet af ansættelse af fysioterapeut og social- og sundhedsassistent med særlige ansvar her.

Ved Tilsynets gennemgang af 6 individuelle journaler, hvor af 5 af disse vedrørte beboere med demens savnes generelt, bortset fra hos én beboer særlige pædagogiske anvisninger for pædagogisk praksis for tryghed og værdighed. Pædagogiske anvisninger til indsatsen for beboerens trivsel i hverdagen har kun i mindre grad kunnet genfindes i døgnrytmeplaner og handleplaner.

*Tilsynet anbefaler, at der arbejdes på også i dokumentationen; instrukser, døgnrytmeplaner eller handleplaner, at gøre den pædagogiske indsats, der understøtter de individuelle vaner / meningsfuldhed tydeligere.*

## Tema 4: Rehabilitering og træning

### Rehabilitering, vedligehold af færdigheder

Der foreligger i form af kvalitetsstandard for rehabilitering konkretiserede forventninger til rammerne modtagelse af denne ydelse. 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 funktionsevne og færdigheder er en del af arbejdsmetoden. Tilsynet vurderer, at der er fokus på, hvad beboeren magter, og at prioritering af den enkeltes ressourcer gennem dagen er i højsæde. Denne tilgang er meget tydelig i praksis ved beboernes medvirken i og inddragelse i måltider.

Der fornemmes ud fra interviews og gennem helhedsvurderinger / døgnrytmeplaner fokus på inddragelse i opgaverne omkring den personlige hygiejne, men også i mindre omfang ved individuel praktisk inddragelse i andre dele af dagliglivet.

### 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. Med til at sikre dette er også tilstede værelse af ergoterapeut / fysioterapeut, der angives inddraget ved nye beboere.

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

Ved kontrol for lovpligtige vurdering af træningsbehov finder Tilsynet ved de fleste de 6 beboere en overordnet vurdering af den fysiske, psykiske og sociale funktionsevne jf. Servicelovens § 88 og afledte behov for træning/vedligehold af færdigheder. Der opfordres dog til at disse vurderinger bliver mere konsekvente.

## Tema 5: Sundhedsstyrelse og Utilsigtede hændelser

### Opfølgning på Sundhedsstyrelsens tilsyn

Af embedslægens tilsynsrapport fra 2015 fremgår det:

Nedenstående er vurderingen fra Sundhedsstyrelsens tilsyn i januar 2015.

Tilsynet fandt, at der var fulgt op på alle krav fra tilsynet i 2015, hvor der fandtes alvorlige fejl og mangler.

Ovennævnte giver anledning til at sundhedsstyrelsen stiller følgende krav

- at opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling er beskrevet
- at behandlingsindikationer fremgår korrekt af den sundhedsfaglige dokumentation
- at der ikke opbevares medicin med udløbet holdbarhedsdato, eller sterilvarer med overskredet udløbsdato

### Det kommunale tilsyns opfølgning

Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn for 2015 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 Patientsikkerhed.

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 – Utilsigtede 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 opfordres til større konsekvens i indberetning af tværsektorielle utilsigtede hændelser. Dette sidste opfordres med baggrund i indsigt i notater i dokumentationen hos én af de gennemgåede beboere.

## 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, magtanvendelse og anden retssikkerhed fremvist ledelsesmæssige anvisninger i form af instrukser og vejledninger for den elektroniske journal. Disse instrukser og vejledninger angives ved interviews kendt af alle.

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

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

### **Metoder**

Den bærende metodik i den sundhedsrelaterede indsats vurderes 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. er det sikret, at alle beboere 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 (evt. 3 gange pr uge) vurdering af indsatters væsentlighed og prioritering af ressourcer ud fra dette.

Tria gering sker ud fra 7 fastlagte punkter og fælles prioritering af indsatser ud fra dette. Dette vurderes fremadrettet sammen med de tidligere beskrevne relevante initiativer at kunne medvirke sikre opfølgningen på også 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. Fremadrettet forventes arbejdet med livshistorier, meningsfuldhed og mere fokus på én til én aktiviteter at kunne sikre også sociale og psykiske indsatser kommer i fokus.

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. I mindre grad gives en fornemmelse af opfølgningen på den pædagogiske praksis for beboernes individuelle trivsel og tryghed, samt til dels indsatsen for træning. Alle beskrevne indsatser vurderes dog fulgt op, selv om der stadig ved enkelte beboere savnes en mere konsekvent opfølgning.

## **Tema 8: Magtanvendelse**

Medarbejderne bekræfter kendskab til magtanvendelseslovgivning. Interview med ledelse og medarbejdere tyder på, der er en god viden om lovkrav i forhold til denne lovgivning.

Tilsynet har fået forevist plejecenterets instrukser og vejledninger for området, som hviler på det af Socialstyrelsen udviklede materiale.

I forbindelse med tilsynet, er dør- og adgangsforhold blevet kontrolleret. Tilsynet finder forholdene er i orden jf. gældende lovkrav, herunder beboernes grundlovssikrede ret til fri færden.

Der beskrives ingen besøgsrestriktioner på plejecenteret.

Der tilkendes gives praksis for samarbejde og inddragelse af demenskonsulent ved behov.

Der gøres kun i et enkelt tilfælde brug af pejle- og alarmsystemer. Der har siden sidste tilsyn ikke fundet andre magtanvendelser sted.

Ved magtanvendelser indberettes til demenskonsulent og vanlig praksis er at demenskonsulent understøtter udarbejdelse af socialpædagogisk handleplan.

Som tidligere nævnt savner Tilsynet, at der også i forebyggende sigte udarbejdes pædagogiske handleplaner, hvor beboerens begrænsninger og adfærd vurderes at have behov for særlige pædagogiske tilgange for at skabe tryghed, værdighed.

Ved gennemgang af 6 borgerjournaler finder Tilsynet, som tidligere nævnt, kun et eksempel på forebyggende pædagogiske handleplan med anvisninger til medarbejderne, vedrørende en beboer, som kræver en særlig konfliktforebyggende, tryghedsskabende pædagogisk indsats. Som nævnt tidligere anbefales denne indsats gjort tydeligere.

Det er Tilsynets vurdering, at håndtering af magtanvendelser, herunder opmærksomhed på forebyggelse af magtanvendelser, udføres på tilfredsstillende og betryggende vis på Plejecenter Antvorskov, dog med udfordringer i at tydeliggøre denne forebyggende indsats i dokumentationen.

## Tema 9: De fysiske rammer

På Plejecentret Antvorskov rummes der i alt 60 plejeboliger, fordelt i 2 afdelinger. Til hver afdeling er der tilknyttet et køkken/alrum med tilhørende spiseareal.

De øvrige fælles arealer rummer blandt andet terapi, café, træningsrum, stuer og opholdslokaler mv.

Der ses gode muligheder for at opdele indsatser ved forskellige borde / i forskellige rum, således at ikke forenelige faglige hensyn fagligt kan adskilles.

Fra fælles arealerne er der adgang til lukket, indbydende sansehaver / gårdhave, som umiddelbart fremtræder som et aktiv for beboernes mulighed for frisk luft i trygge og delvist lukkede rammer.

Her er mulighed for forskellige sanseindtryk for beboerne, blandet andet findes en mindre indhegning med høns og fiskedam.

De enkelte boliger er knapt 36 m<sup>2</sup> og indeholder stue/soveværelse, bade- og toiletfaciliteter, samt gang og tekøkken. Fra alle boliger er der adgang til have/grønt område.

Boligerne og de øvrige opholdsarealer og gårdhaver fremstår velholdte.

Alle boliger rummer muligheden for, at blive indrettet med relevante hjælpemidler, og dermed imødekomme eventuelle fysiske handicap, dog er pladsforholdene små.

Der opbevares ikke hjælpemidler eller andet som hindrer fri færden.

Rengøringsstandard fremtræder generelt tilfredsstillende.

Det er tilsynets vurdering, at de fysiske rammer er egnede til målgruppen

## Tema 10: Tilfredshed med indsatsen

I forbindelse med tilsynet er der afviklet interviews med 2 beboere og 3 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 bevares angives tilfredsstillende; af flere endog i rosende toner.

Der udtrykkes generel tilfredshed med den praktiske hjælp generelt, altså rengøring og tøjvask. Dog giver en pårørende udtryk for at derved besøg opleves ubehagelig duft af urin i boligen, vil drøfte dette med plejecentret.

Maden og måltiderne. Her angives tilfredshed fra alle. Selve tilgangen til måltider og madlavning får flere roser.

Kommunikation beskrives at foregå i god tone.

Der er generel tilfredshed med de fælles aktiviteter, også her roses lejlighedsvis spontane aktiviteter for én eller flere. I den forbindelse roses stemning og gode evner til også at inkludere beboere med demens.

Generelt er der tilfredshed med opfølgning på træningsbehov.

Der er 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.

Der er generelt tilfredshed med ventetider i forhold til nye hjælpemidler; en pårørende oplevede dog en ventetid på 4 måneder på en almindelig kørestol som for længe.

## 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 generel tilfredshed i hverdagen.

Der gennemføres interview med Forstander og afdelingsledere.

Der gennemføres interview med 2 sygeplejersker og en fysioterapeut.

Der gennemføres interview med 3 medarbejdere.

Der gennemføres interview med 2 beboere. Ved interviews drøftes tilfredshed med centrets ydelser. Ved 3 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.