

2015

Slagelse Kommune Smedegade Plejecenter

Tilsynsrapport

Uanmeldt tilsyn

Socialtilsyn Øst

11-06-2015



Tilsyn med plejeboliger;

Et årligt anmeldt 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.

Indhold

Generel information	4
Den samlede vurdering.....	5
Anbefalinger samlet op fra vurderinger fra de enkelte temaer	5
Opfølgning på sidste års tilsyn	6
Tema 1: Visitation, afgørelse og information	7
Inddragelse og retssikkerhed	7
Tilbudsportalen	8
Tema 2: Målgruppe	9
Tema 3: Metoder, indsatser og opfølgning	9
Tema 4: Pædagogiske-, Sundheds- og Helbredsindsatser	11
Opfølgning på Sundhedsstyrelsens tilsyn	11
Tværfaglighed og sammenhæng.....	12
Beboere med demens	12
Rehabilitering	13
Træning og vedligehold af fysiske, psykiske og sociale færdigheder	13
Beboere med ernæringsproblematikker	13
Beboere i den sidste fase af livet.....	14
UTH – Utilsigtede Hændelser	14
Tema 5: Inddragelse af frivillige, aktiviteter og arrangementer.....	14
Tema 6: Kompetencer, uddannelse & kvalitetssikring.....	15
Tema 7: Magtanvendelse	15
Tema 8: De fysiske rammer.....	16
Tema 9: Tilfredshed med indsatsen.....	17
Datakilder.....	19
Bilag	20
Lovgrundlag ved tilsyn for plejeboliger	20
Anvendt tilsynsmetode.....	20

Generel information

Kontaktoplysninger	Smedegade Plejecenter, Smedegade 32, 4200 Slagelse
Leder	Centerleder Helle Junker Larsen
Organisationsform	Kommunalt plejecenter.
Målgruppe	<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. Visiteringen indeholder en skønsmæssig vurdering, hvor der tages hensyn til følgende forhold:</p> <ul style="list-style-type: none">• Den aktuelle boligmæssige situation• Sygdomsforløb• Psykologiske og sociale forhold• Egne ressourcer, samt tilstedeværende ressourcer i hjemmet <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"</p>
Dato for tilsyn	28. maj 2015
Tilsynskonsulent	Leif Christensen

Den samlede vurdering

Socialtilsyn Øst har på vegne af Slagelse kommune foretaget kommunalt uanmeldt tilsyn på plejecentret i Smedegade.

Tilsynet oplever, at sundheds- og socialfaglige indsatser udføres svarende til lovkrav og i stadig stigende grad følges op. Indsatsen vurderes baseret på den enkelte beboers konkrete og individuelle behov. Generelt fremtræder faglige indsatser veltilrettelagt og veldokumenteret. Det er positivt at registrere hvordan der forsøges fulgt op på ikke alene Sundhedsstyrelsens tilsyn 2014, men også det kommunale tilsyns rapport fra sidste år.

Samlet set vurderes det, at der er taget en del faglige initiativer, der forsøger at kvalitetssikre plejecentrets indsats. Disse initiativer vedrører en bred vifte af område som den faglige dokumentation, beskrivelse af værdimæssige tilgange, rehabilitering og i hovedparten af centret en mere synlig pædagogisk tilgang til at sikre specielt beboere med demens trivsel, tryghed og værdighed.

Under Tilsynets færden møder Tilsynet beboere, som fremstår glade for at bo på plejecentret: Efterfølgende individuelle interviews viser dog et mere nuanceret billede af tilfredsheden. Beboere og pårørende anker samlet set alle over de næsten dagligt skiftende medarbejdere, som man ikke kender navnet på. Der udtrykkes utilfredshed med den manglende kontinuitet/ de mange afløsere. Lejlighedsvist opstår derfor oplevelsen af utilstrækkelige faglige kvalifikationer ved særlige opgaver: De fleste tilskriver problemerne den megen sygdom blandt medarbejderne.

Det er Tilsynets vurdering, at der i dagligdagen på plejecentret samlet set er tilstrækkelige faglige kompetencer tilstede, dog med et vist forbehold i forhold til kompetencer til sikring af tryghed, værdighed og nærhed for beboeren med demens

Ved særlige behov inddrager interne og eksterne specialister på ansvarlig vis.

Det er Tilsynets oplevelse, at der i dagligdagen er opmærksomhed på 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.

Ved tilsynet konstateres det, at der stadig eksisterer udfordringer i forhold til opdatering af Tilbudsportalen.

Den særlige udfordring for 2015 vurderes at være at få taget hånd de arbejdsmiljømæssige udfordringer og dermed få genskabt engagementet og arbejdsglæden som Tilsynet oplevede i 2014 og hermed genskabelse af beboernes oplevelser af kontinuitet etc.,.

Ovenstående vurderinger og indtryk, reflekteres i nedenstående temabeskrivelser og anbefalinger.

Anbefalinger samlet op fra vurderinger fra de enkelte temaer

Tema 1:

Tilsynet anbefaler, at vurdering af habilitet og aftaler for inddragelse af nærmeste pårørende ved inhabilitet sikres konsekvent dokumenteret svarende til lovens krav

Tilsynet anbefaler, at der stadig arbejdes på konsekvent i de enkelte relevante situationer at sikre dokumentation af beboernes / eventuelt den pårørendes inddragelse og accept. Det drejer sig om inddragelse og accept ved behov for udveksling af personfølsomme oplysninger og ved behov for samtykke til en konkret behandling i situationer, hvor man på vegne af læge skal sikre samtykke til dette.

Tilsynet vil anbefale, at der udarbejdes klare forskrifter for medarbejderes og f.eks. de frivilliges understøttelse af beboerens mere spontane og ofte mindre betalinger for ydelser.

Tilsynet anbefaler, at der tages initiativ til sikring af lovpligtig opdatering af Tilbudsportalen, der lever op til bekendtgørelsen mindste krav

Tema 3:

Det anbefales, at arbejde videre med eget værdigrundlag, så det udad og indadtil bliver klarere, hvad centret ønsker beboerne og dagliglivet i plejecentret.

Tilsynet anbefaler, at det internt drøftes, hvordan der sikres en god, ligeværdig tone i samarbejdet med beboere og pårørende, men også medarbejderne i mellem

Tilsynet anbefaler, at der arbejdes videre med at udvikle værktøjer til inddragelse og dialog med beboeren med væsentlig psykisk funktionsnedsættelse.

Tilsynet anbefaler, at der i relation til uddybet værdigrundlag arbejdes videre med udarbejdelsen og formidlingen af ledelsesmæssige skriftlige anvisninger til medarbejderne med også forventninger til pædagogisk praksis..

Tema 4:

Tilsynet anbefaler at tilknyttede små terrassearealer udnyttes i højere grad til at understøtte målgruppens behov for overskuelig rammer for frisk luft og sanseindtryk.

Tilsynet vil anbefale fokus på initiativer i situationer med én til én sammenhænge – muligheder for at skabe meningsfuldhed i samspillet med en medarbejder og en enkelt beboer.

Tilsynet anbefaler, at der konsekvent udarbejdes socialpædagogiske handleplaner ved de beboere, som kan profitere af en særlig pædagogisk tilgang, i forhold til sikring af tryghed og værdighed og til forebyggelse af magtanvendelse.

Tema 6:

Det anbefales, at arbejde med at forebygge negative konsekvenser for kontinuiteten i omsorgen til og plejen af beboerne, som konsekvens af periodevist højt sygefravær og et i den anledning udsat arbejdsmiljø

Tema 7:

Det anbefales at sikre, at magtanvendelse i forbindelse med hygiejnesituationer konsekvent indberettes jf. lovgivningen

Tema 9:

Det anbefales, at der med henblik på forventningsafstemning og en efterfølgende mulig opstramning på praksis, indledes en systematisk dialog enten individuelt eller i grupper med beboere og pårørende til borgere, der ikke mere kan svare for sig selv.

Opfølgning på sidste års tilsyn

Anbefalinger fra det kommunale tilsyn i 2014

1. Tilsynet anbefaler, at oplysninger på Tilbudsportalen vedrørende Plejecenter Smedegade opdateres, så der leves op til lovkrav jf. BEK nr. 1558 af 19/12/2013 Bekendtgørelse om Tilbudsportalen Bekendtgørelse om Tilbudsportalen BEK. 1558 af 19/12/2013
2. Tilsynet anbefaler, at praksis bliver understøttet af anvisninger/instrukser rettet mod medarbejderne.
3. Tilsynet anbefaler, at den borgerrettede dokumentation, herunder helhedsvurderinger, døgnrytmeplaner, handleplaner, beskrivelser af øvrige indsatser efter serviceloven og sundhedsloven snarest muligt bringes i orden.

4. Tilsynet anbefaler, øget opmærksomhed på dokumentation af vurdering af beboernes træningspotentiale jf. SEL § 86, samt beskrivelser af og opfølgning på tilrettelagte indsatser.
5. Tilsynet anbefaler, at der på Plejecenter Smedegade udarbejdes en beskrivelse af indsatser, værdier og forventninger i forhold til kost, ernæring og måltider.
6. Tilsynet anbefaler mere opmærksomhed på dokumentation af det informerede samtykke.
7. Tilsynet anbefaler, at der snarest udarbejdes instruks til medarbejderne, i om hvordan de skal forholde sig til dørsøgende beboere og sikre den enkeltes ret til fri færden.
8. Tilsynet anbefaler, lovgrundlag og instruks for håndtering af magtanvendelser opdateres i proceduremappen.
9. Tilsynet anbefaler, at øget opmærksomhed på udarbejdelse af socialpædagogiske handleplaner, hvor det er relevant, hos den enkelte beboer. Dette for at sikre kontinuiteten i indsatsen for forebyggelse af magtanvendelser, hos den enkelte beboer.

Det er Tilsynets opfattelse, at der har været og bliver arbejdet på samtlige anbefalinger fra sidste års tilsyn.

Alle ovennævnte anbefalinger vil neden for blive fulgt op i de respektive temaer, og hvor det vurderes relevant vil anbefalinger blive gentaget eller reformuleret.

Tema 1: Visitation, afgørelse og information

I forbindelse med tilsynet er centrets hjemmeside besøgt og indtrykket herfra er, at denne er meget informativ.

Ledelse og medarbejdere virker opmærksomme på at opdatere hjemmesiden og hermed promovere plejecentret. Der findes på hjemmesiden mange praktiske relevante oplysninger.

Ved indflytning modtager beboeren informativ velkomst pjece.

Samarbejde med visitationen til plejebolig beskrives af centerleder og centersygeplejerske som at fungere godt. Det er den centrale visitationsenhed, der står for visitering til boligerne.

Der tilstræbes ved nye beboere at gennemføre et hjemmebesøg inden indflytning. Ved dette hjemmebesøg deltager sygeplejerske og ergoterapeut.

Kort tid efter indflytning afvikles der indflytningsamtale. Aftaler og information dokumenteres i borgerjournal, med mulighed for at udlevere notatark som referat.

Sygeplejerske, kontaktperson, ergoterapeut, borger og pårørende kan deltage ved samtalerne efter behov.

Som loven foreskriver udarbejdes bevillingsbrev, som udsendes sammen med klagevejledning til beboerne. Stikprøver af afgørelserne er bekræftet i dokumentationen.

Inddragelse og retssikkerhed

Der er oprettet et bruger- pårørenderåd, hvis sammensætning med kontaktoplysninger er synlige på centrets hjemmeside. Der beskrives et godt samarbejde med dette.

Inddragelse af beboerne sker i den daglige inddragelse. Inddragelse af den mere åndsfriske beboer bekræftes ved interviews. Inddragelse af f.eks. beboere med demens i meningsfulde situationer efterlyses generelt af de 3 pårørende til beboere med demens.

De pårørende inddrages f.eks. besøg og ved arrangementer. Der afholdes ikke regelmæssige pårørende møder.

I forbindelse med gennemgang af stikprøver blandt beboerjournaler er der konstateret en ikke konsekvent og tilstrækkelig dokumentation af habilitet og af aftaler om inddragelse af nærmeste pårørende ved midlertidig eller blivende inhabilitet jf. nedenstående vejledning.

Tilsynet har foreslået, at der f.eks. i bemærkningsfeltet ved kontaktoplysninger til nærmeste pårørende eller andet naturligt sted i dokumentationen sker en præcisering af aftaler om inddragelse af nærmeste pårørende.

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

Citat

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 gennemgået dokumentation af sikring af beboerens/den pårørendes accept af videregivelse af personfølsomme oplysninger. Det være sig i situationer, hvor der på beboerens vegne sker henvendelse til læge, samt, når medarbejderen fra lægen modtager ændringer i en behandling og beboeren ikke selv har deltaget i denne dialog.

Denne stikprøvegennemgang har kun i et enkelt tilfælde bekræftet en konsekvent praksis i forhold til denne lovpligtige dokumentation. Interviews med social- og sundhedsassistenter tyder dog på, at der er behov for en generel opstramning af praksis

Håndtering af beboermidler vurderes generelt på tilfredsstillende vis at ske ud fra Slagelses kommunes anvisninger. Dette understøttes i alle interviews.

I forhold til øvrige især mindre beløb f.eks. i beboernes pung, fornemmes en god og sober praksis; en praksis der dog ikke findes retningslinjer for. Det drejer sig om situationer, hvor der skal hjælpes med at finde penge til f.eks. banko, en is på en udflugt eller lignende. Ofte skal beboeren her understøttes i at kende forskel på de forskellige mønter eller sedler.

Denne problemstilling er også relevant i samarbejdet med vennekreds/-forening og evt. frivillige.

Tilsynet anbefaler, at vurdering af habilitet og aftaler for inddragelse af nærmeste pårørende ved inhabilitet sikres konsekvent dokumenteret svarende til lovens krav

Tilsynet anbefaler, at der stadig arbejdes på konsekvent i de enkelte relevante situationer at sikre dokumentation af beboernes / eventuelt den pårørendes inddragelse og accept. Det drejer sig om inddragelse og accept ved behov for udveksling af personfølsomme oplysninger og ved behov for samtykke til en konkret behandling i situationer, hvor man på vegne af læge skal sikre samtykke til dette.

Tilsynet vil anbefale, at der udarbejdes klare forskrifter for medarbejderes og f.eks. de frivilliges understøttelse af beboerens mere spontane og ofte mindre betalinger for ydelser.

Tilbudsportalen

I forbindelse med Tilsynet er den lovpligtige indberetning til Tilbudsportaler kontrolleret gennem tilgængelighed her. Tilsynet konstaterer, at der savnes opdatering, der lever op til krav fra Bekendtgørelsen om Tilbudsportalen.

Ifølge leder er indberetning sket fra plejecentret, men indberetningen er ikke synlig på Tilbudsportalen, da myndighedsgodkendelse af indberetningen ikke er sket.

Tilsynet anbefaler, at der tages initiativ til sikring af lovpligtig opdatering af Tilbudsportalen, der lever op til bekendtgørelsen mindste krav.

Tema 2: 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"

Det opleves, som ved sidste år tilsyn, at andelen af beboere med demens fortsat er stigende. Der opleves ligeledes fortsat en tendens til flere og mere komplekse problemstillinger hos de nye beboere; f.eks. neurologiske sygdomme, som kræver særlige og udvidede kompetencer hos medarbejderne. I den forbindelse oplever plejecentret sig flot understøttet af det kommunale ALS-team.

Tiden siden Tilsynet i 2014 angives desuden at have været præget af tilgang af mange nye beboere.

Tema 3: Metoder, indsatser og opfølgning

Værdigrundlag

Den indsats, der leveres til beboerne på Plejecenter Smedegade, fremstår objektivt set, at blive udført jf. gældende kvalitetsstandard, samt Slagelse Kommunes ældrepolitik.

I Slagelse Kommune er der i 2014 forelagt 2 dokumenter politisk, der angiver forpligtende værdier for indsatsen. Sidstnævnte er dog pt endnu ikke godkendt, men afventer yderligere interne afklaringer og drøftelser. Det drejer sig om:

- Udviklingsaftale for Center for Sundhed og Omsorg 2015-2017 og
- Mad er sagen; Mad- og Måltidspolitik i Center for Sundhed og Omsorg, Slagelse Kommune 2014-2017

Selvom godkendelse og kendskabet til disse dokumenter endnu ikke tydeligt fornemmes lokalt, udgør de, efter Tilsynets mening, et godt afsæt for retning og indsats i forhold til vigtige områder som rehabilitering samt forplejning og afvikling af måltider.

Slagelse Kommunes værdigrundlag "Modig, Tydelig, Kompetent og med Glæde" angives som overordnet retningsgivende for medarbejderne på plejecenteret. På plejecentret har man forsøgt at tydeliggøre disse forventninger yderligere, hvilket på en god måde fremgår af hjemmesiden. Se nedenfor.

Modig

- *at turde være sig selv*
- *at sige til og fra "guldæggene skal på bordet"*

Tydelig

- *klare retningslinjer*
- *holde ord – gøre som man siger*
- *synliggøre medarbejderen og husets ressourcer*

Kompetent

- *kende kvalitetsstandarderne*
- *stå ved egen handling*
- *respekt for andres kompetencer*
- *holde sig opdateret, fagligt og socialt*

Med glæde

- *vise smil og glæde i hverdagen*
- *have situationsfornemmelse*
- *være opmærksom på hinanden som kolleger*
- *arbejdsopgaver = bemanding*
- *krav = ressourcer*

Tilsynet vurderer denne uddybning af de overordnede værdier som relevant og vedkommende. Værdierne vurderes dog mere nærværende og relevante for medarbejderne end for beboerne. Både medarbejdere og leder bekræfter kendskab til disse.

Tilsynet savner, at kunne se afledte og målbare indikatorer for beboere og pårørende, for hvad dette værdisæt betyder for livet på plejecentret, for beboernes egne valg, for opretholdelse af værdighed og indholdet i dagligdagen.

Ledelsen fortæller, at der pt er et arbejde i gang med at beskrive værdier for beboerinvolvering / inddragelse, det aktive liv på plejecentret og tilgangen til den individuelle rehabilitering.

Tilsynet vurderer dette arbejde med værdier væsentligt, så det udad og indadtil bliver klarere, hvad centret tilsigter for beboerne og dagliglivet i plejecentret.

Det anbefales, at arbejde videre med eget værdigrundlag, så det udad- og indadtil bliver klarere, hvad centret ønsker beboerne og dagliglivet i plejecentret.

Ledelsesmæssige anvisninger og dokumentation

De ledelsesmæssige anvisninger i forhold til opfølgning på helbredsforhold, samt indsatsen for forebyggelse af magtanvendelse og håndtering af beboerøkonomi er blevet forevist. Sidste års anbefaling om opdatering af disse er i gang med at blive fulgt op. Der fremvises materiale, der er under udarbejdelse.

Medarbejderne har kendskab til disse anvisninger, finder dem dækkende og ved, hvor de kan findes.

Da værdier for dagliglivet på plejecentret endnu ikke er beskrevet, savnes som konsekvens af dette konkretiserede ledelsesmæssige forventninger til den pædagogiske praksis i form af skriftlige anvisninger, der fremadrettet kan medvirke til at kvalitetssikre indsatsen.

Et repræsentativt udpluk af 8 borgerjournaler er ved tilsynet blevet gennemgået. Tilsynet finder i journaler generelt relevant dokumentation, i form af døgnrytmeplaner, handleplaner, helhedsvurderinger, herunder vurderinger af de 12 sygeplejefaglige problemområder.

Planen angives at være, at alle borgerjournalerne bliver opdateret og herefter gennemgået, revideret og opdateret mindst én gang årligt. Tilsynet vurderer dette som et relevant initiativ.

Tilsynet anbefaler, at der i relation til uddybet værdigrundlag arbejdes videre med udarbejdelsen og formidlingen af ledelsesmæssige skriftlige anvisninger til medarbejderne med også forventninger til pædagogisk praksis..

Kommunikation

Ledelsen oplyser, at et øget antal beboere med ovennævnte neurologiske sygdom, beboere med demens og beboere med anden hjerneskade, har medført et behov for øget fokus på indsatsen for at sikre og opretholde en god kommunikation med beboerne.

For at øge kompetencerne har 8 medarbejdere været på kursus i neuropædagogik for at have et værktøj for bedre screening af de kognitive udfordringer hos beboergruppen.

Ved tilsynet er det indtrykket, at kommunikation på plejecentret foregår i en overvejende ordentligt og sober tone. Tilbagemeldinger fra Interviews med specielt pårørende tyder dog på den gode tone ikke altid finder sted.

Tilsynet savner ledelsesmæssige forventninger / anvisninger til denne type opgaver og opfordrer at disse også tænkes ind i de udvidede ledelsesmæssige anvisninger, som er nævnt oven for..

Interviews med pårørende til beboere med demens bekræfter ledelse vurdering af, at der er behov for at kvalitetssikre denne specielt én til én inddragelse af beboere med psykisk funktionsnedsættelse.

Tilsynet anbefaler, at det internt drøftes, hvordan der sikres en god, ligeværdig tone i samarbejdet med beboere og pårørende, men også medarbejderne i mellem

Tilsynet anbefaler, at der arbejdes videre med at udvikle værktøjer til inddragelse og dialog med beboeren med væsentlig psykisk funktionsnedsættelse.

Relationer og netværk

Rundvisning på plejecentret efterlader for tilsynet et indtryk af gode fysiske rammer for opretholdelse af normale netværk for beboerne. Boligerne er rummelige med gode muligheder for privatliv og samvær med det nære netværk. Der tilbydes mulighed for at overnatte på gæsteseng.

Der beskrives en åben tilgang til tilstedeværelse af pårørende i forskellige situationer.

Beboernes evne til at skabe relationer og netværk angives udfordret dagligt i relationerne med de øvrige beboere i enheden og medarbejderne.

Venneforeningen / de frivillige forestår diverse arrangementer og som et fast initiativ er der årligt Luciaoptog (ved SFO) og en børnehave besøger ved fastelavn. Lederen beskriver samspillet med lokalsamfundet som begrænset, ligesom udflugter til arrangementer, institutioner etc. ikke forgår jævnligt.

Tilsynet vil opfordre til at relations dannelse sikres yderligere gennem f.eks. samspil med lokalområdet og øgede udadrettede aktiviteter, der kan skabe oplevelse, sanseindtryk og relationer på tværs af f.eks. generationer

Tema 4: Pædagogiske-, Sundheds- og Helbredsindsatser

Opfølgning på Sundhedsstyrelsens tilsyn

Nedenstående er vurderingen fra 2014, som også blev fulgt op ved det kommunale tilsyn i 2014.

Det var i 2014 Sundhedsstyrelsens vurdering, at der ved tilsynet blev fundet fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden. Næste tilsyn vil blive foretaget i 2015.

Tilsynet i 2014 gav anledning til følgende krav fra Sundhedsstyrelsen:

- 1) at der foreligger en skriftlig instruks der beskriver personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling, herunder beskrivelse af regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver, hvor indholdet er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning
- 2) at ledelsen sikrer, at personalet er introduceret til instrukserne, og at personalet følger instrukserne i det daglige arbejde
- 3) at der foreligger en aktuel oversigt over beboerens sygdomme og handicap, som er af betydning for pleje og behandling
- 4) at det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af beboerens kroniske sygdomme
- 5) at aktuel pleje og behandling og indikation for denne er beskrevet for alle beboernes sundhedsproblemer
- 6) at opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling er beskrevet
- 7) at de sygeplejefaglige optegnelser føres overskueligt og systematisk
- 8) at der er overensstemmelse mellem den ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin
- 9) at der er anbrudsdate på medicinske salver og dråber, hvor holdbarheden er forringet efter anbrud
- 10) at det fremgår af den sundhedsfaglige dokumentation, i hvilket omfang beboeren er i stand til at give et habilt samtykke til behandling/varetage sine helbredsinteressier, eller om disse interessier varetages helt eller delvist af pårørende eller værge.

Det kommunale tilsyns opfølgning

Ved det kommunale tilsyn i 2014 blev det tilkendegivet af plejecentrets leder, at der arbejdes målrettet på plejecentret, med at tage hånd om ovenstående punkter i embedslæges rapport.

Det kommunale tilsyn indtryk her i 2015 er, at der som nævnt har været arbejdet med nævnte udfordringer. Tilsynets indtryk bygger på gennemgang af eksempler på dokumentation, og interviews med de forskellige parter.

Det er Tilsynets indtryk, at der stadig er behov for at videreudvikle systematik og tilgængelighed til gavn for alle parter. Her skal også nævnes, at de tidligere nævnte mange udskiftninger blandt beboerne har været en udfordring i forhold at skabe tid til denne kvalitetssikring.

Tværfaglighed og sammenhæng

Tværfaglighed

Ved Plejecentret i Smedegade er der ansat 2 centersygeplejersker og en ergoterapeut. Den ene af de 2 sygeplejersker er desuden uddannet demenskonsulent, hvilket af Tilsynet vurderes som et aktiv. Der bliver i særlige tilfælde trukket på den kommunale demenskonsulent.

Sygeplejersker og ergoterapeuten har det overordnede ansvar, i forhold til at beboernes helbredsmæssige behov sikres.

Der trækkes desuden på særlige kompetencer hos de kommunale specialsygeplejersker med viden inden for sårpleje og problemer i forhold til vandladning (inkontinens).

Foruden privatpraktiserende læger, beskrives der godt samarbejde og sparring med distriktspsykiatrien, som understøtter med plejeklinik og undervisning.

I forhold til kost og diæter trækkes der på 3 interne ernæringskyndige.

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

Sammenhæng

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

I forhold til oplevelser af overgange mellem sygehuse og plejecenter er tilbagemeldingen fra ledelsen/centersygeplejersken, at samarbejdet/overgangene opleves tilfredsstillende.

Beboere med demens

Der beskrives et godt samarbejde med den kommunale demenskonsulent.

Tilsynet vurderer, at de fysiske rammer, samt medarbejdernes kompetencer og erfaring med beboere med demens, giver et godt udgangspunkt i pleje og omsorg for denne målgruppe. Dette understøttes af interviews med leder og medarbejdere.

De fysiske rammer, de lukkede haver med de mange muligheder for at skabe sanseindtryk vurderes understøttende for indsatsen og den individuelle meningsfuldhed.

Det er indtrykket, at plejecentret i et begrænset omfang forsøger at gøre brug af muligheder for at give beboere frisk luft og sanseindtryk, selv om det af ledelse tilkendegives og af Tilsynet vurderes, at der er potentiale for at udnytte dette mere.

De enkelte enheder i plejecentret står ikke selv for madlavningen og det vurderes svært at involvere beboerne i madlavningsprocesser og de sanseindtryk der kan skabes gennem dette.

Observationer under rundvisningen tyder i et vist omfang på at medarbejderne i alle boligerne og hermed også de boliger, der er målrettet beboere med demens forsøges at skabe nærvær og meningsfuldhed for alle.

De interviewede pårørende giver et noget andet billede, hvor indsatsen beskrives som mangelfuld, og der er et stort ønske om forbedring af denne indsats.

Ifølge leder arbejdes der på at styrke medarbejdernes værktøjskasse i omsorgen for beboere med demens; Set i lyset af de tydelige pårørendetilbagemeldinger vurderes dette relevant.

Gennemgang af journaler tyder på, at der er enheder i plejecentret med et flot fokus på oprettelsen af socialpædagogiske handleplaner i form af døgnrytmeplaner til konfliktforebyggelse og med pædagogiske anvisninger til medarbejderne: Disse kan for den enkelte beboer skabe meningsfuldhed og trivsel. Disse handleplaner fornemmes dog efter gennemgang af individuelle journaler fraværende i andre dele af plejecentret, hvilket vurderes at kunne have negative konsekvenser for disse beboeres trivsel.

Tilsynet anbefaler at tilknyttede små terrassearealer udnyttes i højere grad til at understøtte målgruppens behov for overskuelig rammer for frisk luft og sanseindtryk.

Tilsynet vil anbefale fokus på initiativer i situationer med én til én sammenhænge – muligheder for at skabe meningsfuldhed i samspillet med en medarbejder og en enkelt beboer.

Tilsynet anbefaler, at der konsekvent udarbejdes socialpædagogiske handleplaner ved de beboere, som kan profitere af en særlig pædagogisk tilgang, i forhold til sikring af tryghed og værdighed og til forebyggelse af magtanvendelse.

Rehabilitering

Tilgang og systematik

Som nævnt tidligere beskrives overordnede værdier og retning for forventninger til den rehabiliterende indsats i Udviklingsaftale for Center for Sundhed og Omsorg 2015-2017.

I dette dokument foreligger dog ikke her af konkretiserede konkrete forventninger til rammerne for medarbejdernes praksis, jf. anbefaling om særlige ledelsesmæssige instrukser og anvisninger for dette. Der henvises til anbefaling under tema 3.

Plejecentret råder over egen ergoterapeut og det er tydeligt at der er fokus på den rehabiliterende indsats.

Gennemgang af journaler tyder på at konkrete rehabiliteringsbehov i forhold til både den fysiske og i nogen grad den psykiske og sociale funktionsevne bliver identificeret, der bliver udarbejdet handleplan og fulgt op.

Tilsynet vurderer, at der er fokus på hvad beboeren magter, og at prioritering af den enkeltes ressourcer gennem dagen er i højsæde. Der er overvejende fokus på inddragelse i opgaverne omkring den personlige hygiejne og fysisk mobilitet.

Træning og vedligehold af fysiske, psykiske og sociale færdigheder

Den konkrete indsats; Servicelovens §§ 86 + 88

Gennemgang af de 8 journaler tyder på at generel vurdering af behov for træning og vedligeholdende træning af fysiske, psykiske og sociale færdigheder jf. Servicelovens § 88, ikke er konsekvent beskrevet.

Interview med plejecentrets ergoterapeut og fremvisning af eksempel på denne generelle vurdering bekræfter, at denne dokumentation og opfølgningen på denne er påbegyndt. Den fremviste generelle vurdering af træningsbehov ved en individuel beboer fremtræder systematisk og bredt dækkende. Det er planen at der ved alle beboere skal foreligge en sådan vurdering.

Beboere med ernæringsproblematikker

På Plejecenter Smedegade følges Slagelse Kommunes kostpolitik.

Måltider indtages i spisestuerne på de enkelte afdelinger. Kolde måltider tilberedes lokalt. De varme måltider leveres til plejecentret dagligt, fra eksternt produktionskøkken. Måltider serveres som udgangspunkt på fade, hvorefter det er "tag-selv" og "smør-selv" principper gældende.

Køkkenfaciliteterne på de enkelte afdelinger, er ikke godkendt til madproduktion. Den lokale madproduktion af luneretter og anretning mv. finder således sted i plejecentrets hovedkøkken, separat fra beboerafdelingerne, og transporteres med det "rullende køkken" til beboerafdelingerne.

Der vurderes udfordringer med, at bibringe beboerne sanseoplevelser i forbindelse med madlavning og deltagelse heri.

Der er mulighed for bagning af brød mv. lokalt i beboerafdelinger. En mulighed der gøres brug af, således at beboerne, kan stå op til duften af nybagt brød.

Der tilkendegives ved Tilsynets samtaler med leder og medarbejderne opmærksomhed på de sociale aspekter måltiderne. Der tilkendegives ledelsesmæssige forventninger til afvikling af måltider, som fremstår

kendt af medarbejderne. Tilsynet genfinder skriftlige anvisninger til medarbejderne, i forhold til det: "at være værtinde", i forbindelse med afviklingen af måltiderne.

Der er som opfølgning på sidste års tilsyn i år forelagt en overordnet værdibeskrivelse vedrørende kost, ernæring og afvikling af måltider, herunder også beskrivelse af forplejningsmodeller. I denne ses de ovenfor efterlyste værdier indarbejdet og dette afsnit i procedurehåndbogen fremtræder som et godt arbejdsredskab for medarbejderne.

Ved Tilsynets gennemgang af borgerjournaler, genfindes der flere eksempler beskrivelser af sundhedsfaglige indsatser. Beboernes tilbydes således kost- og ernæringscreening, ved afvigelser fra normalværdier tilbydes og iværksættes individuelle tiltag, med løbende opfølgning og evaluering. Der beskrives blandt andet en særlig indsats i forhold til beboere, som er småspisende, et såkaldt "vaffelprojekt", hvor der tilbydes ekstra næringsholdig kost og ekstramåltider. Indsatser fremgår af dokumentationen.

Det er Tilsynets vurdering, at der er god opmærksomhed på de sundhedsfaglige aspekter for kost og ernæring, herunder på dokumentationen af indsatser.

Der er også i år arbejdet på at stramme praksis op i forhold til sidste års tilsyn.

I forhold til de sociale dele, eksempelvis for afviklingen af måltider, vurderer tilsynet, at der er i praksis eksisterer en god tilgang understøttet af "at være værtinde" anvisningerne til medarbejderne.

Beboere i den sidste fase af livet

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.

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 som tidlige beskrevet en fleksibel praksis for at pårørende kan overnatte.

På plejecentret i Smedegade har gruppen af social- og sundhedsassistenter/sygeplejersker ikke deltaget i kursus vedrørende den døende beboer, som samme gruppe ved flere andre plejecentre i kommunen. Plejecentret er derfor opmærksom på i relevante situationer at inddrage den kommunale sygeplejerske med specialviden på dette område..

UTH – Utilsigtede Hændelser

Der tilkendes fast praksis i forhold til rapportering af utilsigtede hændelser, når en medarbejder opdager en hændelse. Der beskrives fast praksis for opfølgning på rapporterede hændelser ved personalemøder. Rapportering sker primært i forhold til medicinadministration og fald.

Der tilkendes kendskab og opmærksomhed på alle de 4 kommunale fokus punkter vedrørende utilsigtede hændelser: Medicinhåndtering, patientuheld, sektorovergange og infektioner.

Det vurderes, at der er opmærksomhed på patientsikkerheden og forebyggelse af, at der sker fejl. Mere information omkring utilsigtede hændelser findes på Dansk Patientsikkerheds Database www.dpsd.dk

Tema 5: Inddragelse af frivillige, aktiviteter og arrangementer

Der beskrives ved tilsynet forskellige aktiviteter, som finder sted på plejecenter Smedegade.

I hverdage afvikles der blandt andet sjov motion, sang og musik arrangementer, gymnastik, busture, onsdags café.

Aktiviteten Mødestedet, hvor beboerne én gang ugentlig selv vælger aktiviteten m.fl.

Plejecenter Smedegade har en vennekreds/-forening, som minimum 1 gang hver måned står for at arrangere fester, bankospil, julemarked.

Plejecentret har enkelte frivillige tilknyttet, som gerne kommer og går en tur med en eller flere af beboerne, eller cykler en tur i rickshaw.

Det beskrives at plejecentret løbende søger, at rekruttere flere frivillige.

Plejecentret har et fungerende bruger- og pårørende råd, der afholder kvartalsvise møder.

Det er Tilsynet vurdering, at der tilbydes og afvikles en række relevante aktiviteter til beboerne på plejecentret.

De fleste af aktivitetsmuligheder fremstår rettet mod den store gruppe af beboere i de somatiske boliger. Tilsynet vurderes således behov for, at tilbydes flere aktivitetsmuligheder rettet mod beboerne i de skærmede demensboliger. Dette behov understøttes også i alle interviews med alle pårørende til beboere med demens.

Som beskrevet tidligere finder Tilsynet, at der er behov for fokus på at styrke medarbejdernes værktøjskasse i pleje og omsorg for beboere med demens; især initiativer i situationer med én til én sammenhænge – muligheder for at skabe meningsfuldhed i samspillet med en medarbejder og en enkelt beboer. Tilsynet vurderer dette som et relevant initiativ set i lyset af udviklingen i beboersammensætningen og nævnte tilbagemelding fra pårørende.

Tema 6: Kompetencer, uddannelse & kvalitetssikring

På Plejecenter Smedegade, er der ca. 80 medarbejdere ansat. Hovedparten af medarbejderne har social- og sundheds uddannelse, heraf er 20 social og sundhedsassistenter. Plejecentret råder endvidere over to sygeplejersker, én ergoterapeut, køkkenpersonale, husassistenter, samt 12 vikarer, som primært er sygeplejestuderende.

Der afvikles årlige medarbejderudviklingssamtaler eller gruppeudviklingssamtaler skiftevis fra år til år. I 2015 er det planen at der skal afholdes gruppevise medarbejderudviklingssamtaler.

Umiddelbart tyder medarbejdersammensætningen på tilstedeværelse af relevante faglige ressourcer, hvilket generelt, dog med denne rapportens bemærkninger, understøttes af dokumentationen.

Leder tilkendegiver, at der i 1. kvartal i 2015 har været et sygefravær på ca. 12%, hvilket har betydet et øget antal vikarer i plejecentret. Sygefraværet er pt for nedadgående. Sygefravær håndteres jf. Slagelse Kommunes personalepolitik og generelle retningslinjer.

Dette bemærkes ved interviews med begge beboere, at der opleves tilfredsstillende kvalitet, når ydelser leveres af en af de faste medarbejdere, hvor i mod manglende kendskab til rutinerne, forringet kvalitet og uforudsigelighed, når det er meget nye eller vikarer, der er på arbejde. Dette synspunkt understøttes ved interviews med de 3 pårørende, som også efterlyser mere viden, kompetencer og initiativer hos gruppen af de faste medarbejdere.

I modsætning til sidste år er tilbagemeldingen fra medarbejderne, at arbejdsmiljøet har været presset, men at der er i samarbejde med Arbejdstilsynet m.fl. er arbejdet på at rette op på dette. Stemningen i forhold til sidste tilsyn vurderes forværret.

Af medarbejderne beskrives stemningen for nærværende måske lidt forbedret i forhold til hvor det var værst; Der savnes dog den vanlige åbenhed og tillid blandt kolleger, og der udtrykkes en bekymring for, at også beboerne kan mærke dette.

Nye medarbejdere introduceres jf. fastlagt introduktionsprogram.

I forhold til varetagelse af delegerede ydelser fra læge og sygeplejerske, arbejdes der efter de generelt godkendte standarder og retningslinjer for personalet i ældreområdet, Slagelse Kommune.

Tilsynet oplever, at der i personalegruppen er kendskab til egne kompetencer, samt regler for delegation.

Tilsynet er forevist dækkende lokale funktionsbeskrivelser for alle medarbejdergrupper og der findes også en lokal kompetencefordelingsplan på plejecentret.

Der beskrives, at der løbende er mødeaktiviteter mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenterne med faglig sparring hver 2. uge.

Der er tilsvarende ugentlige husmøder, hvor der blandt medarbejderne samles op på den individuelle faglige indsats, og der samles i alle huse i mindre omfang dagligt op i samarbejde med plejecentrets sygeplejersker.

Der beskrives tiltagende opmærksomhed på kompetenceudvikling og undervisning af medarbejdergruppen som helhed. Alle medarbejderne på plejecentret har deltaget i et projekt omkring øget livskvalitet for beboerne. Formålet er øget fokus på beboerinddragelse og afvikling af aktiviteter i hverdagen, samt øget fokus på tilrettelæggelse og dokumentation af de relaterede indsatser.

Det anbefales, at arbejde med at forebygge negative konsekvenser for kontinuiteten i omsorgen til og plejen af beboerne, som konsekvens af periodevist højt sygefravær og et i den anledning udsat arbejdsmiljø

Tema 7: Magtanvendelse

Dør- og adgangsforhold er kontrolleret i forbindelse med tilsynet. Dørforhold i de somatiske dele af plejecentret er fundet i orden, jf. gældende lovkrav, herunder beboernes grundlovssikrede ret til fri færden. Dørforholdene i den skærmede enhed, betjenes ikke som en almindelige dør. Dette er med fuldt overlæg, for at skærme beboerne og forebygge skade. Det repræsenterer dog et problem, i forhold til borgernes grundlovssikrede ret til fri færden. For at imødekomme den grundlovssikrede ret til fri færden er der udarbejdet og fremsendt klare skriftlige instrukser til medarbejderne, om hvordan de skal forholde sig til dørsøgende beboere og beboere der vil ud. Tilsynet vurderer denne instruks for dækkende.

Der gøres i mindre grad brug af pejle- og alarmsystemer. Ved brug, fremgår der aftaler herom i borgerjournalen.

Det beskrives ingen besøgsrestriktioner.

Der har siden sidste tilsyn ikke fundet magtanvendelser sted på plejecentret. Interview med medarbejderne tyder dog på, at der i nogle tilfælde sker magtanvendelser i forbindelse med hygiejnesituation, som ikke er indberettet. Dette forhold anbefaler Tilsynet at rette op på.

Tilsynet har drøftet håndtering af magtanvendelser med ledelse og personale, og der beskrives kendskab til håndtering heraf. I proceduremappen genfindes der Lovhenvvisning, procedurebeskrivelse og anvisning til medarbejderne. Instruksen for dette område er som tidligere nævnt under opdatering.

Der tilkendes gives praksis for samarbejde og inddragelse af intern sygeplejerske med specialviden i demens samt kommunal demenskonsulent ved behov.

Ved gennemgang af borgerjournaler genfinder tilsynet et mindre antal eksempler på socialpædagogiske handleplaner. I et enkelt af plejecentrets huse med beboelse for beboere med demens ser disse planer dog ud til at være fraværende.

Det er Tilsynets vurdering, at der er opmærksomhed og kendskab på håndtering af magtanvendelser, men at der lokalt i plejecentret skal strammes op om indberetning af magtanvendelse i forbindelse med hygiejne og udarbejdelse af socialpædagogiske handleplaner, der kan forebygge konflikt og magtanvendelse.

Tilsynet savner, hvor det er relevant, hos en del af beboerne en opmærksomhed på udarbejdelse af socialpædagogiske handleplaner. Dette skal sikre kontinuiteten i indsatsen for forebyggelse af magtanvendelser, hos den enkelte beboer. Se anbefaling under tema 4.

Det anbefales at sikre, at magtanvendelse i forbindelse med hygiejnesituationer konsekvent indberettes jf. lovgivningen

Tema 8: De fysiske rammer

Plejecenter Smedegade er oprindelig opført først i 1900 tallet, og har siden da undergået udbygning og ombygning flere gange. Det oprindelige plejecenter fungerer i dag som administrationsbygning. Selve det nuværende plejecenter er opført og ibrugtaget i 2001.

Plejecenter består af 5 separate bygninger, forbundet med fordelingsgange.

Tre af husene er toplans bygninger, to er etplans bygninger. Der rummes i alt 64 boliger, 8 eller 16 i hvert hus.

16 boliger er særlig skærmede demens boliger. Disse demensboliger er etværelses boliger indeholdende stue/soveværelse, bad- og toiletfaciliteter, samt entre. I disse boliger praktiseres leve-bo-miljø. Boligerne her udgøres af lidt mindre lejligheder og et større fælles køkken og dagligstue område, hvor beboerne spiser, og hvor de praktiske opgaver vedrørende mad og opvask klares.

Yderligere 8 boliger er beregnet på demente beboere, men ikke skærmet.

De ordinære 40 plejeboliger og 8 ikke skærmede demensboliger er to værelses boliger, indeholdende stue, soveværelse, bad- og toiletfaciliteter, entre, samt tekøkken.

Alle boliger fremstår handicapvenligt indrettet, rummende god plads, ved behov for personlig hjælp og til hjælpemidler. Flere boliger har installeret loftflifte.

I hver bygning er der fælles arealer indeholdende køkken-alrum, gangarealer, tv- og opholdsstue.

Boligerne fremtræder alle rummelige med gode muligheder for at kunne trække sig tilbage og til at vedligeholde samspil med familie og netværk. Det er Tilsynet vurdering, at de fysiske rammer fremstår egnede til målgrupperne

Til alle boligerne er knyttet en centerdel. Denne indeholder en samlingsstue, som anvendes til mange formål. Ved samlingsstuen er der en stor terrasse.

I tilknytning til husene er der anlagt terrasser med havemøbler og blomsterbede. Disse arealer vurderes endnu ikke fuldt udnyttede i forhold til at kunne tilbyde beboerne sanseoplevelser, frisk luft og et frirum; men lederen beskriver planer for dette.

Rundt om plejecentret er der anlagt en indbydende have, med en lille sø. Der er flisegang rundt ved søen.

Tema 9: 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 for de 6 ud af 7's vedkommende en god dækkende information.
- Modtagelse af intern visitationsafgørelse med klagevejledning bekræftes af næsten alle, gennemgang af journaler bekræfter i de fleste tilfælde tilstedeværelse af disse.
- Den personlige hjælp, omsorg, så trykthed og værdighed bevares bekræftes kun delvist, da det som tidligere nævnt specielt i forhold til vikarer savnes kvalifikationer og viden. En enkelt pårørende udtrykker også utilfredshed med enkelte faste medarbejders kompetencer. Generelt efterlyses flere meningsfulde initiativer og hermed livskvalitet til beboere med demens.
- Den praktiske hjælp generelt, altså rengøring og tøjvask. Her efterlyser alle pårørende en bedre standard og specielt opmærksomhed på spild ved beboere, der opholder sig meget i egen bolig.
- Maden. Her tyder 6 ud af 7 udsagn på tilfredshed. En enkelt pårørende savner flere initiativer i støtten til de småt spisende. En anden synes ikke maden er varm nok. En tredje oplever specielt smørrebrød meget ensformigt.

- Kommunikation beskrives at foregå i god tone; en enkelt pårørende har under besøg oplevet en lidt hård tone overfor beboerne. Medarbejdernes indbyrdes tone er faldet alle de pårørende for brystet, og de føler, den påvirker stemningen i huset negativt.
- Der efterlyses både fra beboere og pårørende flere aktiviteter, specielt for beboere med demens.
- Generelt er der tilfredshed med opfølgning på træningsbehov. En pårørende efterlyser dog tilbagemelding efter henvendelse til plejecentret om mulighed for genoptræning efter f.eks. hoftebrud. En beboer klager over meget lang ventetid på hjælpemiddel; en kørestol; som pt er mere end 2 måneder forsinket ud over det lovede.
- Tilfredshed med indsatsen for at tilbyde frisk luft og fysisk bevægelse er blandet. Specielt i forhold til beboere med demens savnes initiativer.
- Der er generel tilfredshed med de fysiske rammer ude og inde.
- Der udtrykkes kun tilfredshed i forhold til administration af beboermidler

Inddragelse af beboerne sker i den daglige inddragelse. Inddragelse af den mere åndsfriske beboer bekræftes ved interviews. Inddragelse af f.eks. beboere med demens i meningsfulde situationer efterlyses generelt af de 3 pårørende til disse.

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

Tilsynet vurderer, at der er behov for en mere tydelig dialog mellem plejecentret, beboere og de pårørende; en dialog der kan medvirke til at forventningsafstemme mellem parterne.

Det anbefales, at der med henblik på forventningsafstemning og en efterfølgende mulig opstramning på praksis, indledes en systematisk dialog enten individuelt eller i grupper med beboere og pårørende til borgere, der ikke mere kan svare for sig selv.

Datakilder

Interviews

Leder	<input checked="" type="checkbox"/>	Beboere	<input checked="" type="checkbox"/>
Medarbejdere	<input checked="" type="checkbox"/>	Pårørende	<input checked="" type="checkbox"/>
Sagsbehandler / visitator	<input type="checkbox"/>	Ældrerådsrepræsentant	<input type="checkbox"/>

Observationer

Besigtigelse fysiske rammer	<input checked="" type="checkbox"/>	Aktivitet	<input checked="" type="checkbox"/>
Besigtigelse dørforhold	<input checked="" type="checkbox"/>	Beskæftigelse	<input type="checkbox"/>
Relationer	<input checked="" type="checkbox"/>	Sundhedsinitiativer	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	Dokumentation for uddannelse	<input type="checkbox"/>
Retningslinjer for indkaldelse af interne/eksterne vikarer	<input type="checkbox"/>	Introduktionsprogram	<input checked="" type="checkbox"/>
Tjenesteliste	<input type="checkbox"/>	Sygefraværsstatistik	<input 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 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

Serviceoven LBK 1023 af 23. september 2014

§ 151. Den stedlige kommune har pligt til at føre tilsyn med, at de kommunale opgaver efter §§ 83 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.

Lov om Socialtilsyn LBK 608 af 12. juni 2013

§ 3. Socialtilsynet kan udbyde

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

Bekendtgørelse om Tilbudsportalen BEK 1558 af 19. december 2013

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

Stk. 2. Tilbudsportalen indeholder også oplysninger om:

- 1) Behandlingstilbud til alkoholmisbrugere efter § 141 i sundhedsloven.
- 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) Fripnejeboliger efter lov om friplejeboliger.

Anvendt tilsynsmetode

Tilsynet er gennemført som et uanmeldt tilsyn med deltagelse af 2 tilsynskonsulenter.

Tilsynet er blevet vist rundt i plejecentret med henblik på at skabe sig et billede fysiske rammer og aktivitet / trivsel i nuet.

Under rundvisningen er der med beboeraccept beset en plejebolig. Der er fremvist to borgermapper.

I forbindelse med dette er der foretaget observationer i forhold til trivsel og levering af ydelser inden for pleje, omsorg, aktivitet og forplejning.

Der er suppleret med observationer i forhold til sociale aktiviteter og mundtlig

kommunikation.

Ved Tilsynets færden i huset, er beboerne observeret i forhold til tilfredshed med plejecentrets levering af ydelser. Ved rundvisningen er tilstedeværende beboere udspurgt i forhold til tilfredshed med ydelser.

Der er gennemført interview med centerleder.

4 medarbejdere og centersygeplejerske er interviewet i et fælles interview.

Der er gennemført fælles interview med 2 sygeplejersker og en rehabiliteringsterapeut.

2 af Tilsynet tilfældigt valgte beboere er interviewet i forhold til tilfredshed med centrets ydelser. Ved beboere, der ikke kan overskue beslutninger om egne forhold, er 3 nærmeste pårørende med beboernes accept, efterfølgende blevet telefonisk interviewet.

I forhold til 8 af beboere er dokumentation gennemgået med fokus på krav fra love og rammer. Dette er sket forud for tilsynet eller under tilsynet, for at tilse love og regler i forhold til dokumentation er overholdt, om indsatser er til stede og bliver fulgt op og om det skrevne sprog vurderes som værdigt og professionelt.

Tilsynet resulterer i konkret tilsynsrapport. Tilsynsrapporten indeholder opfordringer eller anbefalinger for kvalitetssikring. Det er bestiller der fortsat er ansvarlig for opfølgning, samt klassificering af anbefalinger som påbud.

Socialtilsyn Øst vil hvor vi finder det relevant fremkomme med anbefalinger om påbud.