

2014

Slagelse Kommune

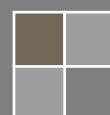
# Plejecenter Smedegade

Tilsynsrapport

Uanmeldt tilsyn

Socialtilsyn Øst

09-12-2014



## Tilsyn med plejeboliger; hvad er det?

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

- ✓ Sidste års tilsyn
- ✓ Beboeres /pårørendes udsagn
- ✓ Tilsynets observationer / kontrol
- ✓ Gældende love (Service- og Sundhedslov m.fl.)
  - ✓ Lokale politiske forventninger (eks. Kvalitetsstandarder/ældrepolitik)

... kigger på og vurderer om stedet lever op til de generelle krav.

## Indholdsfortegnelse

Generel information .....	4
Den samlede vurdering .....	5
Anbefalinger samlet op fra vurderinger fra de enkelte temaer .....	5
Opfølgning på sidste års tilsyn .....	6
Opfølgning på Embedslægens tilsyn .....	6
Tema 1: Visitation, afgørelse og information .....	7
Tema 2: Målgruppe .....	7
Tema 3: Metoder og resultater, herunder indsatsen for sundhed .....	8
De særlige helbredsmæssige behov .....	8
Rehabilitering, træning og vedligehold af sociale, fysiske og psykiske færdigheder.....	9
Kost, ernæring & måltider .....	9
UTH – Utilsigtede Hændelser .....	10
Tema 4: Indsats for særlige grupper.....	10
Tema 5: Kompetencer, uddannelse & kvalitetssikring .....	10
Tema 6: Inddragelse og retssikkerhed .....	11
Tema 7: Magtanvendelse .....	11
Tema 8: Aktivitet, arrangementer og inddragelse af frivillige.....	12
Tema 9: De fysiske rammer .....	13
Tema 10: Tilfredshed med indsatsen .....	13
Datakilder .....	14
Bilag.....	15
Lovgrundlag ved tilsyn for plejeboliger.....	15
Anvendt tilsynsmetode .....	15
Høringssvar .....	17

## Generel information

Kontaktoplysninger	Plejecenter Smedegade Smedegade 32, Slagelse
Leder	Helle Junker Larsen
Organisationsform	Kommunalt plejecenter
Målgruppe	<p>Formålet med boformen plejebolig er at tilbyde ældre og handicappede en boligform, 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 en plejebolig.</p>
Dato for tilsyn	Den 17. november 2014
Tilsynskonsulent	Peter Skovdal Leif Christensen

## Den samlede vurdering

Tilsynet oplever på Plejecenter Smedegade en god stemning, ved årets tilsyn.

Tilsynet møder flere beboere som fremstår glade for at bo på plejecentret og udtrykker tilfredshed med den pleje og omsorg, de modtager.

Medarbejder Tilsynet har talt med, fremtræder engagerede i deres arbejde. Tilsynets samtaler med medarbejderne og observationer af interaktioner beboere og medarbejdere imellem indikerer, at der leveres en meget rutineret pleje og omsorgs indsats på plejecentret.

Tilsynet oplever en nærværende ledelse på plejecentret, der lykkes med, at formidle sine forventninger til medarbejderne.

Tilsynet oplever, at der på plejecentret nyligt er taget initiativer til kvalitetssikring af leverede indsatser. Der arbejdes således med værdiskabende processer og ændring af tilgange i pleje og omsorgsarbejdet. Der ses øget opmærksomhed på inddragelse af beboerne omkring aktiviteter, styrkelse af indsatsen for rehabilitering og træning, samt en netop påbegyndt indsats, med at højne den indholdsmæssige kvalitet i den borgerrettede dokumentation.

Ved tilsynet konstateres det, at der eksisterer udfordringer i forhold til opdatering af Tilbudsportalen. Tilsynet finder også områder vedrørende den borgerrettede dokumentation og indsatsen herfor, som fremstår delvis mangelfulde. Endelig ses der flere steder behov for flere medarbejderrettede instrukser og anvisninger.

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

## Anbefalinger samlet op fra vurderinger fra de enkelte temaer

**Tema 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](#)*

**Tema 3:** *Tilsynet anbefaler, at praksis bliver understøttet af anvisninger/instrukser rettet mod medarbejderne.*

*Tilsynet anbefaler, at den borgerrettede dokumentation, herunder helhedsvurderinger, døgnrytmeplaner, handleplaner, beskrivelser af øvrige indsatser efter serviceloven og sundhedsloven snarest muligt bringes i orden.*

*Tilsynet anbefaler, øget opmærksomhed på dokumentation af vurdering af beboernes trænings potentiale jf. SEL § 86, samt beskrivelser af og opfølgning på tilrettelagte indsatser.*

*Tilsynet anbefaler, at der på Plejecenter Smedegade udarbejdes en beskrivelse af indsatser, værdier og forventninger i forhold til kost, ernæring og måltider.*

**Tema 6:** *Tilsynet anbefaler mere opmærksomhed på dokumentation af det informerede samtykke.*

**Tema 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.*

*Tilsynet anbefaler, lovgrundlag og instruks for håndtering af magtanvendelser opdateres i proceduremappen.*

*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.*

## Opfølgning på sidste års tilsyn

Opfølgning på anbefalinger eller andre særlige forhold fra sidste års rapport.

Anbefalinger:

1. *At der udarbejdes en generel instruks med anvisninger på hvordan den dørsøgende, trafikusikre beboer guides når denne står ved døren og gerne vil ud*
2. *Stedet kunne overveje, at et referat udskrives og bruges som samarbejdsdokument for alle parter*
3. *Det er ikke helt tydeligt for Tilsynet, at de kroniske sygdomme er udpeget med aftaler om opfølgning. Det anbefales, at dette tydeliggøres til næste tilsyn.*
4. *At stedet udarbejder en skriftlig forplejningsmodel, så beboere og pårørende kan se hvilke tiltag Plejecenteret vægter og gerne vil kendes for.*
5. *Ligeledes efterlyser Tilsynet en mere målrettet skriftlig indsats i journalen omkring ernæring.*
6. *At stedet fortsat har opmærksomhed på dokumentation af det informerede samtykke og samtykke til videregivelse af personfølsomme oplysninger fremadrettet sikres og at det dokumenteres fra situation til situation.*
7. *At stedet udarbejder en procedure for hvad der som minimum kræves når borgere har brug for hjælp til betaling med kontanter.*
8. *Efter gennemgang og gennemlæsning af journalnotater, er det tilsynets oplevelse, at stedet skal arbejde med sproget i den elektroniske journal.*
9. *At stedet opdaterer Tilbudsportalen med oplysninger om den meget fine tilgang til måltiderne og fokus på ernæring.*

Tilsynet konstaterer, at anbefalinger nr. 1, 2, 3, 5, 7 og 8, er taget til efterretning og implementeret.

Anbefalinger nr. 4, 6 og 9 opretholdes/gentages og reformuleres/sammenskrives som anbefalinger, som følge af dette års tilsyn. Se relevant temabeskrivelser.

## Opfølgning på Embedslægens tilsyn

Af seneste tilsynsrapport fra embedslægen fremgår det:

- *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*
- *at ledelsen sikrer, at personalet er introduceret til instrukserne, og at personalet følger instrukserne i det daglige arbejde*
- *at der foreligger en aktuel oversigt over beboerens sygdomme og handicap, som er af betydning for pleje og behandling*
- *at det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af beboerens kroniske sygdomme*
- *at aktuel pleje og behandling og indikation for denne er beskrevet for alle beboernes sundhedsproblemer*
- *at opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling er beskrevet*
- *at de sygeplejefaglige optegnelser føres overskueligt og systematisk*
- *at der er overensstemmelse mellem den ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin*
- *at der er anbrudsdato på medicinske salver og dråber, hvor holdbarheden er forringet efter anbrud*
- *at det fremgår af den sundhedsfaglige dokumentation, i hvilket omfang beboeren er i stand til at give et habilt samtykke til behandling/varetage sine helbredsmæssige interesser, eller om disse interesser varetages helt eller delvist af pårørende eller værge*

Det tilkendegives over for tilsynet, af plejecentrets leder, at der arbejdes målrettet på plejecentret, med at tage hånd om ovenstående punkter i embedslæges rapport.

## Tema 1: Visitation, afgørelse og information

Det tilkendegives, at den enkelte beboer visiteres plejebolig via den centrale visitationsenhed i Slagelse Kommune, jf. de politisk vedtagende kriterier.

Samarbejdet med den centrale visitationsenhed beskrives som velfungerende.

Beboerne visiteres lokalt på plejecentret af centersygeplejersker, til plejepakke og ydelser i henhold til serviceloven og sundhedsloven jf. den kommunale kvalitetsstandard.

Visitationsprocessen tilkendegives systematisk og struktureret. Den enkelte beboer visiteres med udgangspunkt i funktionsvurdering, helhedsbeskrivelse, samt øvrige relevante observationer. Genvisitation sker efter behov, dog finder der revurdering af behov sted årligt.

Beboeren modtager relevant visitationsafgørelse og klagevejledning.

Ved indflytning på plejecentret udleveres relevant skriftlig information til den nye beboer. Informationen er overvejende praktiske, blandt andet omkring boligforhold, økonomi, mad og aktiviteter.

Det tilkendegives over for Tilsynet, at der på plejecentret arbejdes med at udvikle nyt koncept omkring samtaler i før og efter indflytning. Plejecentret har således ikke lagt sig fast på fremgangsmåde endnu. I forbindelse med Tilsynet beskrives den foreløbige praksis. Der tilstræbes at gennemføre et hjemmebesøg inden indflytning. Kort tid, 2-3 uger, efter indflytning afvikles der indflytningssamtale. Der arbejdes på at samtaler gennemføres efter skabelon. 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.

Eksempler på ovenstående fremgår af enkelte borgerjournaler. Disse eksempler fremstår velbeskrevet. Tilsynet vil følge op på udviklingen af dette koncept ved næste tilsyn.

Plejecenter Smedegade fremgår af [www.slagelse.dk](http://www.slagelse.dk), med egen hjemmeside. Der præsenteres en række relevant information, som fremstår informativt, og giver et godt billede af forhold og mulighederne på Plejecentret.

Tilsynet har kontrolleret plejecentrets tilgængelighed på Tilbudsportalen. Det konstateres plejecentret er at finde på tilbudsportalen. Oplysningerne fremstår ufuldstændige/ikke opdateret. Derved leves der ikke op til gældende bekendtgørelse.

*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](#)

## Tema 2: Målgruppe

Plejecenter Smedegade modtager beboere, som er visiteret til plejeboligpladser jf. politiske vedtagne kriterier. 24 af boligerne er særligt skærmede demensboliger. 40 boliger er ordinære somatiske pladser. Plejecentret rummer således i alt 64 plejeboliger.

Ved tilsynet drøftes den nuværende beboersammensætning. Det beskrives en nogenlunde lige fordeling imellem beboere med psykisk funktionsnedsættelse herunder demens, og beboere med fysiske funktionsnedsættelse herunder almen alderssvækkelse.

Målgruppen som helhed beskrives således relativ stabil, dog beskrives tendensen i målgruppens udvikling, at bevæge sig i retning af, at der modtages flere beboere med psykiske funktionsnedsættelse, særligt demenslidelser.

Der beskrives udvikling i retning af at modtage flere beboere med multiple diagnoser og dermed øget kompleksitet i opgaverne.

### Tema 3: Metoder og resultater, herunder indsatsen for sundhed

På Plejecenter Smedegade leveres der indsatser og ydelser jf. gældende kvalitetsstandard, samt Slagelse Kommunes ældrepolitik.

Der dokumenteres i et kommunalt drevet elektronisk journaliseringssystem. Medarbejderne har adgang til journaliseringssystemet via pc'er placeret i personalerum centralt i hver af plejecentrets huse.

Tilsynet har gennemgået den borgerrettede dokumentation i et repræsentativt antal af beboernes journaler. Tilsynet finder den indholdsmæssige kvalitet varierende, herunder helhedsvurderinger, handleplaner, sygeplejefaglige optegnelser og herunder vurderinger i forhold til de 12 sygeplejefaglige problemområder og indsatsområder. Tilsynet finder omkring halvdelen af de gennemgåede borgerjournaler velbeskrevet og af god kvalitet, og den anden halvdel delvis mangelfulde og ikke opdateret.

Det tilkendegives af plejecentrets sygeplejersker, at alle borgerjournaler er i gang med at blive gennemgået og opdateret. Arbejdet beskrives 1/3 gennemført. Det angives, at alle borgerjournaler forventes gennemgået og opdateret inden udgangen af første kvartal 2015.

Ved Tilsynets gennemgang af dokumentationen, genfindes der enkelte eksempler på socialpædagogiske handleplaner. Dette beskrives yderligere under tema 7.

Tilsynet har gennemgået proceduremappen for Plejecenter Smedegade. Overvejende fremstår den opdateret og indeholder relevante procedurebeskrivelser for medarbejderne. De enkelte mangler tilsynet fandt, fremgår af øvrige temabeskrivelser.

Slagelse Kommunes værdigrundlag "Modig, Tydelig, Kompetent og med Glæde" fremstår overordnet retningsgivende på plejecenteret.

I forbindelse med tilsynet, er tilrettelæggelse af indsatser, tilgange, fordeling af arbejdsopgaver og ledelsesmæssige værdier drøftet med leder og medarbejderne. Tilsynet oplever, at der eksisterer god praksis og struktureret tilgang i hverdagen på plejecenteret, der i overvejende grad understøttes ved kollegial sparring og mundtlig overlevering. Det tilkendegives dog samtidig, at der er opmærksomhed på, at dokumentationen indimellem er nedprioriteret, til fordel for pleje og omsorgsopgaver.

Det er Tilsynets vurdering, at der i praksis leveres god pleje og omsorg til beboerne. Der er opmærksomhed på den enkelte beboeres behov og der tilbydes og ydes relevante ydelser efter serviceloven og sundhedsloven.

Det er dog tilsynets holdning, at den gode praksis bør være understøttet af skriftlige anvisninger til medarbejderne, der sikrer og understøtter kontinuiteten og kvaliteten i de leverede indsatser.

Tilsynet vurderer også, at der er dele af dokumentationen, som fremstår mangelfuld. Specifikt ses der flere døgnrytmeplaner og handleplaner, som trænger til kritisk gennemgang og opdatering.

*Tilsynet anbefaler, at praksis, bliver understøttet af anvisninger/instrukser rettet mod medarbejderne*

*Tilsynet anbefaler, at den borgerrettede dokumentation, herunder helhedsvurderinger, døgnrytmeplaner, handleplaner, beskrivelser af øvrige indsatser efter serviceloven og sundhedsloven snarest muligt bringes i orden.*

### De særlige helbredsmæssige behov

Plejecenter Smedegade har 2 centersygeplejersker ansat, som har det overordnede ansvar, i forhold til at beboernes helbredsmæssige behov sikres.

Der tilkendegives velkendt praksis for delegering af sundhedsfaglige opgaver, herunder kompetencefordeling og oplæring af social- og sundhedsfaglige personale.

Der afvikles løbende faglig sparring med social- og sundhedsassistenterne, med henblik på kvalitetssikre de forskellige sundhedsfaglige indsatser.

Det tilkendegives over for tilsynet, at sygeplejerskerne har meget fokus på at den sundhedsfaglige dokumentation bliver opdateret bringes i orden, og at samtlige borgerjournaler er ved at blive gennemgået.



Der beskrives samarbejder med sygehuse og praktiserende læger. Samarbejdsrelationer beskrives overvejende velfungerende.

I forhold til beboere med særlige helbredsmæssige problemstillinger, inddrages og samarbejdes der efter behov med eksterne specialistfunktioner. Der benævnes blandt andet demenskonsulent, ALS team, psykiater og gerontopsykiatri m.fl.

Det er tilsynets vurdering, at beboerens særlige helbredsmæssige behov søges imødekommet på betryggende vis på plejecentret.

## Rehabilitering, træning og vedligehold af sociale, fysiske og psykiske færdigheder

På plejecentret er der tilknyttet fast ergoterapeut, som i tæt samarbejde med de øvrige medarbejdere iværksætter og afvikler tiltag for den enkelte beboer. Samtaler med medarbejdere og ergoterapeut indikerer, at der i opmærksomhed og velfungerende praksis på området, i forhold til vedligeholdelse af funktioner, træning og rehabilitering.

Det tilkendes gives fra medarbejdernes side, at der er en klar ledelsesmæssig forventning til at træningsindsatsen som helhed prioriteres i dagligdagen.

Ved Tilsynets gennemgang af dokumentationen i borgerjournalen, ses der sporadisk vurderinger af træningspotentiale, jf. SEL § 86.

Tilsynet genfinder flere, men ikke konsekvente, beskrivelser af tilrettelagte indsatser, samt opfølgning og evaluering, i forhold til vedligeholdende træning, opretholdelse af ADL funktioner og rehabilitering.

Det er Tilsynets vurdering, at der i praksis er god opmærksomhed på indsatsen til den enkelte beboer, i forhold til vedligeholdelse af funktioner, træning og rehabilitering. Lovpligtig vurdering af træningspotentiale, samt beskrivelse og opfølgning af indsatser fremgår dog ikke tydeligt af dokumentationen.

*Tilsynet anbefaler, øget opmærksomhed på dokumentation af vurdering af beboernes trænings potentiale jf. SEL § 86, samt beskrivelser af og opfølgning på tilrettelagte indsatser.*

## Kost, ernæring & måltider

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 et 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 beskrives således udfordringer med, at bibringe beboerne sanseoplevelser i forbindelse med madlavning og deltagelse heri. Der er dog mulighed for bagning af brød mv. lokalt i beboerafdelinger. En mulighed der ofte gøres brug af, således at beboerne mange morgener, kan stå op til duften af nybagt brød.

Der tilkendes gives ved Tilsynets samtaler med leder og medarbejderne opmærksomhed på de sociale aspekter måltiderne. Der tilkendes gives 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.

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 god opmærksomhed på de sundhedsfaglige aspekter for kost og ernæring, herunder på dokumentationen af indsatser. Dette er en tydelig forbedring, 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, delvis understøttet af "at være værtinde" anvisningerne til medarbejderne. Den gode tilgang mangler en overordnet værdibaseret beskrivelse, samt beskrivelse af konkrete forplejningsmodeller, hvilket også blev berørt og anbefalet ved sidste tilsyn, og hermed videreføres, dog reformuleret.

*Tilsynet anbefaler, at derpå Plejecenter Smedegade udarbejdes en overordnet værdibeskrivelse vedrørende kost, ernæring og afvikling af måltider, herunder også beskrivelse af forplejningsmodeller.*

## 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.

Der tilkendes kendskab og opmærksomhed på 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](http://www.dpsd.dk)

## Tema 4: Indsats for særlige grupper

Se øvrige temabeskrivelser.

## Tema 5: 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 har endvidere to nyligt ansatte sygeplejersker, ergoterapeut, køkkenpersonale, husassistenter, samt 12 vikarer, som primært er sygeplejestuderende.

Der afvikles årlige medarbejderudviklingssamtaler eller gruppeudviklingssamtaler skiftevis fra år til år.

Der tilkendes, at der ikke er stor udskiftning i medarbejdergruppen. Flere medarbejdere har haft ansættelse på plejecentret i en længere årrække. Interviewede medarbejdere tilkendegiver, at være glade for arbejdspladsen. Særligt eksisterer der et godt kollegialt sammenhold.

Nye medarbejdere introduceres jf. fastlagt introduktionsprogram. Introduktionsprogrammet beskrives velfungerende af de interviewede medarbejdere.

Sygefravær håndteres jf. Slagelse Kommunes personalepolitik og generelle retningslinjer. Sygefraværet oplyses til at være omkring 5 %.

Rygepolitik for ansatte i Slagelse Kommune, er implementeret på Plejecentret.

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. Der findes også en lokal kompetencefordelingsplan på plejecentret.

Der beskrives, at der mødeaktiviteter med varierende interval og indhold, eksempelvis faglig sparring hver 2. uge, månedlige personalemøder og ugentlig sparring omkring de enkelte beboere.

Der beskrives tiltagende opmærksomhed kompetenceudvikling og undervisning af medarbejdergruppen som helhed. I det kommende år er det planlagt, at alle medarbejderne på plejecentret skal deltage 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.

Der beskrives også planer om, at gennemføre temaundervisning via sygeplejerskerne, med henblik på kompetenceforøgelse af medarbejdergruppen på sundhedsfaglige områder og tiltag. Konkrete emner og områder er ved tilsynet endnu ikke fastlagt.

Det er Tilsynets vurdering, at der på plejecentret er en god udvikling i gang, med at sikre, at der også fremadrettet, er de rette kompetencer til stede i medarbejdergruppen. Tilsynet oplever, at der er en række spændende kvalitetssikrings- og uddannelses tiltag i gang, om end kun i planlægning/opstartsfasen. Tilsynet vil med positiv interesse følge op på dette ved næste tilsyn.

## Tema 6: Inddragelse og retssikkerhed

Det beskrives struktur og kendt tiltag, i forhold til sikring af den enkelte beboers retssikkerhed og inddragelse i egen situation.

Afgørelsesskrivelser og klagevejledninger udleveres til relevante parter, samt dokumenteres.

I forhold til håndtering af beboerøkonomi følges de generelle retningslinjer for Slagelse Kommune. Der genfindes lokal instruks til medarbejderne vedrørende håndtering af beboerøkonomi. Instruks fremstår velkendt i medarbejdergruppen.

Der tilbydes og afvikles samtaler med beboerne og pårørende efter behov.

Ved gennemgang af borgerjournaler genfinder tilsynet dokumentation for videregivelse af personfølsomme oplysninger, til sundhedsfaglige samarbejdspartnere. Dette genfindes med stor hyppighed.

Dokumentation af informeret samtykke, i forbindelse med iværksat behandling af læge, genfindes med ringe konsekvens.

Tilsynet har set flere borgermapper ved tilsynet, og fundet disse tilfredsstillende indholdsmæssigt, samt at de blev opbevaret tilgængeligt for beboeren.

Tilsynet vurderer, at der handles med omtanke på plejecentret, i forhold til inddragelse i egen situation og værnes om beboerens retssikkerhed.

Tilsynet konstateres dog udfordringer med dokumentation af informeret samtykke.

*Tilsynet anbefaler mere opmærksomhed på dokumentation af det informerede samtykke.*

## 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 naturligvis 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, bør der være klar skriftlige instrukser til medarbejderne, om hvordan de skal forholde sig til dørsøgende beboere og beboere der vil ud.

Tilsynet genfinder ikke en sådan instruks.

Beboerne visiteres til nødkald efter behov.

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

Det beskrives ingen besøgsrestriktioner.

Der har siden sidste tilsyn fundet få magtanvendelser sted på plejecentret. Disse magtanvendelser er sket i forbindelse med hygiejnesituation. Alle er fundet lovlige og der er udarbejdet relevante handleplaner. Aktuelt har der ikke fundet magtanvendelse sted i flere måneder.

Tilsynet har drøftet håndtering af magtanvendelser med ledelse og personale, og der beskrives kendskab til håndtering heraf.

I proceduremappen genfindes der Lovhenviisning, procedurebeskrivelse og anvisning til medarbejderne. Lovhenviisning og procedurebeskrivelsen konstateres forældet og bør opdateres.

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

Ved gennemgang af borgerjournaler genfinder tilsynet et mindre antal eksempler på socialpædagogiske handleplaner. I forhold til plejecentrets antal af skærmede demensboliger, giver det mindre antal af socialpædagogiske handleplaner anledning til bekymring, i forhold til, at sikre kontinuiteten i forebyggelsen af magtanvendelser hos den enkelte beboer.

Det er Tilsynets vurdering, at der opmærksomhed og kendskab på håndtering af magtanvendelser, samt at der er opmærksomhed på forebyggelse af magtanvendelser i praksis.

Tilsynet vurderer, at der er behov for en opdatering af skriftlige procedure og anvisninger ved håndtering af magtanvendelser.

Tilsynet vurderes også, at det er behov for øget opmærksomhed på, at der findes skriftlige anvisninger i forhold til forebyggelse af magtanvendelser hos den enkelte beboer.

*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.*

*Tilsynet anbefaler, lovgrundlag og instruks for håndtering af magtanvendelser opdateres i proceduremappen.*

*Tilsynet anbefaler, at øget opmærksomhed på udarbejdelse af socialpædagogiske handleplaner, hvor det er relevant, hos den enkelte beboer. Dette for at sikrer kontinuiteten i indsatsen for forebyggelse af magtanvendelser, hos den enkelte beboer.*

## **Tema 8: Aktivitet, arrangementer og inddragelse af frivillige**

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

I Hverdage afvikles der blandet andet Sjøv Motion, sang og musik arrangementer, gymnastik, busture, onsdags café, mødestedet hvor beboerne selv vælger aktiviteten m.fl.

Plejecenter Smedegade har en venneforening, 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. Tilblivelse af sådanne aktiviteter, kunne eventuelt indgå som en del af plejecentrets nært forestående projekt Livskvalitet, se tema 5.

Tilsynet vil følge på dette ved næste tilsyn.

## Tema 9: De fysiske rammer

Plejecenter Smedegade er oprindelig opført først i 1900 tallet, og har siden da undergået udbygning og ombygning flere gang. 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. Yderligere 8 boliger er også beregnet på demente beboere, men ikke skærmet. De resterende 40 boliger er ordinære plejeboliger.

I hver bygning er der fælles arealer indeholdende køkken-alrum, gangarealer, tv- og opholdsstue. Eksternt er der flere steder adgang til terrasseområder.

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

De 16 skærmede demensboliger, er etværelses boliger indeholdende stue/soveværelse, bad- og toiletfaciliteter, samt entre.

Alle boliger fremstår handicapvenligt indrettet, rummende god plads, ved behov for personlighjælp og til hjælpemidler. Flere boliger har installeret loftlifte.

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

## Tema 10: Tilfredshed med indsatsen

Fra Tilsynets samtaler flere beboere og pårørende, beskrives der en blandet tilfredshed, med de leverede indsatser.

Ved samtalerne spørger Tilsynet ind til tilfredsheden på følgende områder: Information ved indflytning; Den personlige hjælp; Den praktiske hjælp; Maden; Medarbejdernes kompetencer; Kontaktperson systemet; Træning og rehabilitering; Muligheden for frisk luft og fysisk bevægelse; Aktiviteter; Fysiske rammer; Trivsel; Inddragelse i beslutning om egen forhold; Administration af beboermidler.

Overvejende tilkendes gives der god tilfredshed med leverede indsatser, dog tilkendes gives der mindre grad af tilfredshed og plads til forbedring på følgende punkter:

Der udtrykkes generel utilfredshed ved anvendelse af vikarpersonale, som ikke fremstår dygtige og kompetente nok, samt mangler kendskab til den enkelte beboer.

I forhold til aktiviteter og muligheden for frisk luft og gåture, er der blandet tilbagemeldinger. Beboere og pårørende tilknyttet ordinære somatiske plejeboliger, tilkendes giver en rimelig tilfredshed. Pårørende til beboere tilknyttet de skærmede demensboliger, udtrykker utilfredshed med muligheder for aktiviteter, samt oplever at personalet ikke har nok tid, til at lave aktiviteter eller gå en tur.

En enkelt beboer giver udtryk for, at være meget utryg, i forhold til de, af de andre beboere, som har en udad reagerende adfærd.

## Datakilder

### Interviews

Leder	<input checked="" type="checkbox"/>	Beboer	<input checked="" type="checkbox"/>
Medarbejdere	<input checked="" type="checkbox"/>	Pårørende	<input checked="" type="checkbox"/>
Sagsbehandler / visitorator	<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 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"/>	Sygefraværstatistik	<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 type="checkbox"/>	Lovpligtig rapportering af UTH	<input checked="" type="checkbox"/>

### Andet

[Serviceinformation til borgere på plejecentre, SK 2011](#)

[Kvalitetsstandard for personlig og praktisk hjælp, samt madservice, aflastning, træning og sygepleje, SK 2014](#)

[Ældre- og plejeboligpolitik, SK 2009](#)

[Hjemmeside Plejecenter Smedegade](#)

Seneste tilsynsrapport, Kommunalt tilsyn

Seneste tilsynsrapport, Embedslæge

Tilsyn af plejecentre - samlet redegørelse, Slagelse Kommune 2013

### Lovgrundlag ved tilsyn for plejeboliger

#### Serviceoven LBK 1093 af 5. september 2013

§ 151. Den stedlige kommune, jf. § 148 a, 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.

#### 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.

### 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, hvor borgermappe fremvises og der vurderes for overholdelse af krav til opbevaring af personfølsomme data.

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 X beboere udspurgt i forhold til tilfredshed med ydelser.

Der er gennemført interview med ledelsesrepræsentant, oftest plejecenterleder.

Efterfølgende er centersygeplejerske interviewet (om muligt).

3-4 (afhængig af centret størrelse) medarbejdere er interviewet i et fælles interview.

Det kan være relevant at interviewe aktivitetsmedarbejdere /terapeuter og evt. pædagoger, hvis disse er en del af medarbejdergruppe individuelt eller i fælles interviews.

3-5 (Afhængig af centrets størrelse) 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 nærmeste pårørende, hvis beboer ikke vurderes at frabede sig dette, efterfølgende blevet telefonisk interviewet.

I forhold til 5 (minimum 10 %) af beboere er dokumentation gennemgået med fokus på krav fra love og rammer. Dette er sket forud for 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.



## Høringssvar



**Smedegade Plejecenter**  
**Smedegade 32 a**  
4200 Slagelse

Tlf.: 58 57 38 42

Hejla@slagelse.dk  
www.slagelse.dk

### **Kommentar til tilsyns rapport 2014**

Dato: 05/1 2015

Der er enkelte rettelser til den fremsendte rapport.

Side 10 nederst beskrives mødestruktur.

Der afholdes personalemøde en gang månedligt.

Side 11 øverst vedr. kompetence udvikling

Kompetence udvikling af personalet har fundet sted i 2014 vedr. projekt øget livskvalitet.

Der arbejdes videre med implementeringen i 2015.

Helle Junker  
Virksomhedsleder