



Hedensted Kommune

HJORTSHØJ CARE

Skovhusvej 9, 8240 Risskov
Tlf. 23 32 05 56
CARE@WEBSPEED. DK

©

**Kommunal tilsynsrapport 2016
For Løsning plejecentret
den 08.11.2016**

Adresse: Sneppevej 30, 8723 Hedensted
Distriktsleder Christina Bjerking Christina.Bjerking@Hedensted.dk
Områdeleder Birthe Larsen Birthe.Larsen@Hedensted.dk
Tlf.: 79 74 14 30 og 79 74 14 31

Tilsynet er udført af konsulent Inge Hjortshøj

Tema for det kommunale tilsynsbesøg 2016 er:

- **Kerneopgaven; bevægelse for borgeren**
- **Selvstændighed og relationer**
- **Målgruppe, metoder og resultater**
- **Organisation og ledelse**
- **Kompetencer**

Beskrivelse af stedets faciliteter:

Løsning Plejecenter er bygget i 1970'erne og renoveret for ca. 12 år siden. I den forbindelse fik plejecentret:

- En skærmet enhed, Valmuen, med plads til i alt 8 beboere; der alle er demensudredte.
- Halvdelen af caféen ved hovedindgangen er blevet omdannet til et træningsrum for borgere, der er visiteret til genoptræning og indskrevet på korttidsafsnittet Rosen. Afsnittet Rosen indgår ikke i tilsynet, da det er et behandlingssted.
- Ved daghjemmet er der indrettet et daghjem for 3 hjemmeboende visiterede borgere med demens.

Løsning Plejecenter har i alt 38 plejeboliger fordelt på 3 enheder.

Valmuen med 8 demensboliger, Syrenen med 11 plejeboliger og Rosen med 19 korttidspladser. Boligerne består af etrumsboliger med små badeværelser. Der er derfor i forbindelse med daghjemmet indrettet et stort badeværelse med hensigtsmæssige badeforhold til plejekrævende beboere. I Valmuen med 8 boliger er der lidt større etrumsboliger med bade- og toiletforhold, der giver bedre arbejdsbetingelser for plejepersonalet.

Siden tilsynet i 2015 er der lagt nye gulve i fællesarealerne. Hovedindgangen er blevet renoveret, og der er indsat en ny hoveddør.

Haven omkring centret og sansehaven ved Valmuen er blevet omlagt og ny -beplantet.

1. Tilsynets samlede vurdering

Udviklingsområder: Tilsynets eventuelle anbefalinger til kvalitetssikring og udvikling.

Tilsynet anbefaler:

- At personalet fortsat har fokus på demensområdet
- At personalet fortsat har fokus på rehabilitering

Bemærkninger:

- Medicinen, som beboeren indtager, må ikke hældes over i et medicinbæger uden navn og CPR-nummer.

Tilsynet anmoder om, at inden den 28.11.2016 udarbejdes en tids- og handleplan for ovenstående betydende mangler. Disse skal sendes til: Leder af myndighed og hjælpemiddeldepot Dorthe Lykke og sygeplejefaglig konsulent Inge Hjortshøj

Eventuelle høringsbemærkninger modtaget til rapporten (høringssvar).

Områdeleder Birthe Larsen blev kontaktet den 23.11.2016, havde faktuelle rettelser, der er indarbejdet i rapporten. Herefter er rapporten godkendt til udsendelse..

Opfølgning på det kommunale tilsynsbesøg den 07.12.2015.

- At aktivitetspersonalet skal tilbyde erindringsdans for beboerne.
- At plejepersonalet skal tydeliggøre, hvad der har betydning for beboeren i hverdagen ved udarbejdelse af beboerens livshistorie.
- At personalet skal vurdere beboernes data i forbindelse med dokumentation.
- At personalet så vidt muligt skal tilgodese beboernes individuelle aktivitetsønsker.
- At personalet skal være opmærksomt på, at når de forlader en bolig, skal de sikre sig, at tingene er i orden.
- At ledelsen skal sikre, at de pårørende, der har behov, er informeret om personalerokeringer.

Ingen bemærkninger:

Ved tilsynsbesøget orienterede områdeleder Birthe Larsen om, at stedet har ansat egen ergoterapeut, der bl.a. arbejder med at få igangsat erindringsdans – der bliver ligeledes arbejdet med de øvrige punkter.

Aktuel beboersammensætning

- Siden sidste tilsynsbesøg er der ikke sket væsentlige ændringer i beboersammensætningen.

Tema kerneopgaven: Bevægelse for borgeren

Kriterium 1: Tilbuddet støtter borgeren i at udnytte deres fulde potentiale og drømme.

Tilbuddet opstiller i samarbejde med borgerne konkret mål for deres fulde potentiale og drømme, og der følges op herpå?
Borgerne følger trænings-, aktivitets- og samværstilbud med fokus på kerneopgaven?

Lederen oplyste

- At der er fokus på træning, aktivering og rehabilitering. Ved tilsynsbesøget blev der taget udgangspunkt i en beboer i demsenheden, en beboer i plejeafsnittet Syrene.

I demsenheden Valmuen

Sygeplejerske og SOSU-personale oplyste:

- At de forsøger at motivere beboerne til at deltage i de aktiviteter, der giver mening for beboeren. Der er fokus på beboerens tidligere liv og interesse; beboerens livshistorie udarbejdes i samarbejde med beboeren og de pårørende.

- Der er fokus på at opbygge et godt samarbejde med de pårørende. Fx har demensnøglepersonen i demensenheden de pårørende i Valmuen til en pårørendeeftermiddag. Til dette blev der orienteret om demens, og om hvilke aktivitetstilbud, der kan bydes ind med.
- I Valmuen afholdes tværfaglige rehabiliteringsmøder én gang ugentligt, hvor de enkelte beboeres behov for trænings-, aktivitets- og samværstilbud drøftes: *"Hvad giver mening for den enkelte beboer i hverdagen"*, fx: motivere til at deltage i borddækning eller deltagelse i anden aktivitet herunder: køretur med "sofacyklen", gåture, ordne bede i haven m.m.

Tilsynet anbefaler:

- At personalet fortsat har fokus på demensområdet.

Tema: Selvstændighed og relationer

Kriterium 2: Tilbuddet styrker borgerens sociale, fysiske og mentale kompetencer samt selvstændighed.

Tilbuddet opstiller i samarbejde med borgerne konkrete, individuelle mål for borgerens sociale, fysiske og mentale kompetencer og selvstændighed, og der følges op herpå?

Borgerne har med udgangspunkt i deres ønsker og behov herfor kontakt til og samvær med deres familie og netværk i dagligdagen?

Leder:

- At der er fokus på, at borgeren får en hverdag med respekt for borgernes selvstændighed. At den enkelte borger bliver behandlet ud fra individuelle ønsker og behov; heriblandt om borgeren ønsker at opholde sig i den fælles spisestue, eller om vedkommende ønsker at indtage sine måltider inde i egen bolig.
- At borgerne får lov at leve livet efter egne ønsker og har samvær med dem, de ønsker.

Borgeren i Syrene fortalte:

- At han deltog i gudstjeneste, gik i kirke, og var med til fællesarrangementer i daghjemmet. Han syntes, der var nok aktivitetstilbud.

SOSU-personale i Syrenen:

- Understreger, at beboerne har medbestemmelsesret, hvilket vil sige, at det er beboerne, der bestemmer, hvilke aktiviteter de ønsker at deltage i, hvornår de står op om morgenen m.m.

Tilsynet har ingen anbefalinger

Tema: Målgruppe, metoder og resultater (dokumentationen)

Kriterium 3: Tilbuddet arbejder med afsæt i en klar målgruppebeskrivelse med fokus på systematiske og faglige tilgange og metoder, der fører til størst mulig inklusion, trivsel og livskvalitet for borgeren.

Tilbuddet anvender faglige tilgange og metoder, der er relevante i forhold til tilbuddets målsætning og målgruppe

Tilbuddet dokumenterer resultater med udgangspunkt i konkrete, klare mål for borgerne til løbende brug for læring og forbedring af indsatsen?

Tilbuddet kan dokumentere positive resultater i forhold til opfyldelse af de mål, visitationen har opstillet for borgernes ophold?

Gennemgang ved sygeplejerske i Syren.

Der var gennemgang af dokumentationen hos de to borgere tilsynet besøgte:

Tilsynets konklusion, Bilag 1

- Der anvendes relevante målsætninger.
- Der arbejdes med de opstillede mål, som visitationen har opstillet.

Kriterium 4: Tilbuddet understøtter borgerens medinddragelse og indflydelse på eget liv og hverdagen i tilbuddet.

Borgeren bliver hørt, respekteret, og anerkendt.

Borgerne har indflydelse på beslutninger vedrørende sig selv og hverdagen i tilbuddet i overensstemmelse med deres ønsker og behov.

Sygeplejersken i Syrenen

- Forsøger at aktivere beboer med fælles- og individuelle aktiviteter, og medinddrager beboerne i de daglige gøremål, som at lægge tøj sammen, tørre støv af, rede sin seng, deltage i arrangementer, se film, tilbud om gymnastik 1x ugentligt, køretur med sofacyklen m.m.

Borger:

- De to borgere fortalte, at personalet medinddrager dem i beslutningen om, hvilke aktiviteter, de ønsker at deltage i.

Tilsynet har ingen anbefalinger.

Pleje og omsorg hos borgeren (arbejde med rehabilitering)

Kriterium 5: Tilbuddet understøtter borgerens fysiske og mentale sundhed og trivsel

Borgerne trives i tilbuddet?

Borgerne har med støtte fra tilbuddet adgang til relevante sundhedsydelser?

Tilbuddet har i sin indsats fokus på forhold, som har betydning for borgernes fysiske og mentale sundhed?

Leder

- Plejepersonalet lader borgerne klare de daglige fornødenheder på egen hånd længst muligt - og støtter op om de funktioner, borgeren ikke selv kan klare.
- Personalet har fokus på den daglige ADL-træning og den rehabiliterende tilgang til borgeren.
- Rehabilitering tages op på tværfagligteamøde 1x ugentligt, hvor egen terapeut deltager.
- At plejecentret har eget køkken, hvor al maden produceres.

Borger

- De tre borgere, tilsynet besøgte, fortalte, at de fik hjælp til den daglige personlige pleje samt hjælp til brusebad 1-2 x ugentligt.
- At de fik gjort deres bolig rent hver 14. dag og ved behov. Rengøringen varetages af ansat rengøringspersonale.
- At de er tilfredse med den hjælp, de får til den personlige pleje og rengøringen.
- Borgerne får varm mad til middag og smørrebrød og lun ret til aften.
- At maden er god og pænt anrettet.

Personalet:

- Der er lægestuegang 1x om måneden, tilbud om omsorgstandpleje hver 6. uge samt tilbud om fodpleje og frisør for at højne beboernes livskvalitet.

Tilsynet anbefaler:

- At personalet fortsat har fokus på rehabilitering.

Kriterium 6: Tilbuddet forebygger og håndterer utilsigtede hændelser og magtanvendelse

Tilbuddet sikre, at magtanvendelse så vidt muligt undgås?

Tilbuddet dokumenterer og følger op på eventuelle utilsigtede hændelser og magtanvendelser med henblik på løbende læring og forbedring af indsatsen?

Leder orienterede om:

- Der er ikke ansøgt om magtanvendelse.
- Der er registeret 60 UTH i år; langt de fleste har skyldtes glemt medicingivning. Der er nu udpeget en daglig medicinansvarlig, der tjekker, om medicinen er givet.
- UTH tages op til teammøder m.h.p., hvad skal gøres for at forebygge UTH?

Ved tilsynsbesøget var der medicingennemgang hos de 2 beboere tilsynet besøgte.

Tilsynet giver bemærkninger Jvf.: bilag 2

- Medicinen, som beboeren indtager, må ikke hældes over i et medicinbæger uden navn og CPR-nummer.

Kriterium 7: Tilbuddet forebygger overgreb.

*Tilbuddet understøtter, at der ikke forekommer overgreb i tilbuddet?
Tilbuddets beredskab i forhold til at forebygge overgreb er tilpasset målgruppen og er kendt af medarbejderne?*

Leder oplyste:

- At der er indberettet fire voldsanmeldelser over for personalet i 2016.
- I Valmuen er der en turnusordning, hvor to faste medarbejdere i Valmuen arbejder tre måneder i Rosen og to nye hjælpere sidemandsoplæres i Valmuen.
- Demensnøgleperson i Valmuen tager sig af introduktion af nye medarbejdere.
- I november 2016 får personalet undervisning i demens ved ergoterapeut Jane Vorting fra "Protac". Personalet tilbydes endvidere kommunens demenskursus og bliver superviseret af demenskoordinator ved behov.
- Planlagt undervisning til medarbejderne i Valmuen i neuropædagogik i 2017.
- Leder afholder møde med AMR og TR én gang i kvartalet og ved behov.

Sygeplejerske/ SSA

- Tilbuddene er kendt af medarbejderne.

Tema: Organisation og ledelse

Kriterium 8: Tilbuddet har en faglig kompetent leder

*At ledelsen har relevante kompetencer i forhold til at lede tilbuddet?
Tilbuddet benytter sig af eksternt faglig supervision eller anden form for faglig sparring for ledelse og medarbejdere?*

Områdeleder orienterede om følgende:

- Har taget diplomkursus i ledelse i Hedensted Kommune
- Tager på temadage og konferencer
- Udveksler viden og ledelsesmæssige erfaringer i område midt.
- Har været med til at etablere kortidsafsnittet på Løsning Plejecenter.
- Har været med til at etablere akutteamet, som fysisk kører ud fra Løsning Plejecenter.
- Formålet med akutteamet er bl.a. at observere borgere i eget hjem med det formål at forebygge indlæggelser, der laves herudover handleplaner ud fra TOPS i samarbejde med hjemmeplejen og egen læge og sygehuset.
- Akutteamet er bemanded med én sygeplejerske i dag- aften og natvag.

SOSU-personale orienterede om:

- At hun er praktikvejleder for hjælpere.
- At hun skal på kursus i psykisk robusthed.
- At der er uddannet 1 forflytningsvejleder og 1 praktikvejledere for SSA.

Kriterium 9: Tilbuddets daglige drift varetages kompetent

*Borgerne har i forhold til deres behov tilstrækkelige kontakt til personalet med relevante kompetencer.
Personalegennemstrømningen på tilbuddet er ikke på højere niveau end sammenlignelige arbejdspladser?
Sygefraværet blandt medarbejderne er ikke højere end sammenlignelige arbejdspladser?*

Leder:

- Det daglige arbejde fordeles ud fra personalets kompetencer, beboernes kompleksitet og kontaktpersonprincippet.
- Personalegennemstrømningen er ikke højere end sammenlignelige arbejdspladser.
- Personalefremmøde på 95 % og personalefravær på 5 %. Der er få korttidssyge.

Tema 10: Kompetencer

Kriterium 10: Tilbuddets medarbejdere besidder relevante kompetencer i forhold til målgruppens behov og tilbuddets metoder.

*Medarbejdergruppen har samlet set relevant uddannelse, opdateret viden og erfaring med målgruppen og tilbuddets metode?
Det er afspejlet i medarbejdernes samspil med borgerne, at medarbejderne har relevante kompetencer?*

Leder oplyst:

- Personale er uddannet personale - der er derudover ansat to medarbejdere i flexjob.
- Der afholdes løbende kurser, heriblandt: Førstehjælpskursus, sårkursus for assistenter 2-3 medarbejdere tager sammen på et 5 dages demenskursus.
- Der arbejdes med udfyldelse af de nye kompetenceskemaer. Sygeplejersken laver kompetenceafklaring med assistenterne, og assistenterne laver kompetenceafklaring med hjælperne. Samme procedure med tjek af med dokumentation to gange årligt og ved behov.

Bilag 1

Gennemgang af dokumentationen

Er der udarbejdet en helhedsvurdering af borgerne ud fra de 11 problemområder	Der var udarbejdet helhedsvurderinger hos de 2 borgere tilsynet besøgte.
Er der en oversigt over borgernes sygdomme og handicap?	Der var diagnoser. Der afholdes møde med lægehuset hver 4. uge, hvor der er beboer - gennemgang.
Er der udarbejdet relevante fokusområder på helbredsmæssige problemområder? Bliver disse evalueret?	Der bliver arbejdet med fokusområder.
Er der udarbejdet en døgnrytmeplan med retningsgivende mål. Beskrive døgnrytmeplanen; herunder om der arbejdes med rehabilitering og medinddragelse af borgeren i den daglige pleje?	o.k.
Sker der evaluering/opfølgning af døgnrytmeplaner?	ja
Er der udarbejdet socialpædagogiske handleplaner ved behov?	Hos beboeren i Valmuen var der udarbejdet en socialpædagogisk handleplan, der løbende evalueres. Fint
Tilbydes borgerne at blive vejret 1 x om mdr.?	
Livshistorie	Der var udarbejdet gode livshistorier hos de 2 beboere
Samarbejdsbogen	var o.k.
Andet	

Bilag 2

Medicinhandling

Fremgår det i de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår den behandlende læge har gennemgået beboerens medicin?	ja
Er der overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinlisten anførte?	ja
Er præparates aktuelle handelsnavn, dispenseringsform, styrke og dosis dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation?	ja
Er der overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinlisten og i æsker?	ja
Den ordinerede medicin findes i medicinbeholdningen?	
Er den ophældte p.n. medicin doseret i ordinerede doser mærket med beboerens fulde navn, C.P.R.nr., præparaters navn, styrke og dosis samt dato for ophældning og medicinen samt udløbsdato?	ja
Er der til p.n. medicin anført max. dosis?	ja
Identifikation ved medicinudlevering: Personalet skal sikre, at beboerens identitet er i overensstemmelse med CPR. nr. på doseringsæsken.	I Syren blev den doserede medicin hældt over i et medicinbæger, hvorefter beboerne gik med medicinen ud i spisestuen. 2
Medicinen opbevares forsvarligt, hver enkelt borgers medicin opbevares adskilt fra de øvrige borgers medicin?	ja
Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin?	ja
Forefindes der fælles medicin?	nej
Forefindes der adrenalin udløbsdato?	ja
Holdbarhedsdato er ikke overskredet for; salver, dråber?	o.k.
Doseringsæsker er mærket korrekt?	o.k.
Hvordan oplever du, at F.M.K. fungerer?	o.k.
Andet	

Bilag 3

Tilsynets samlet vurdering i forhold til de 10 kriterier på Løsning Plejecenter

Tema kerneopgaven: Bevægelse for borgeren	Tilsynet vurderer: Samlet vurdering ud fra bilag 4. Bemærkninger på kriterium 6
Kriterium 1: Bevægelse for borgeren	<ul style="list-style-type: none">• At der fortsat arbejdes med fokus på rehabilitering og demensområdet. 1
Kriterium 2: Selvstændighed og relationer	<ul style="list-style-type: none">• Tilsynet oplever at der er fokus på borgernes selvstændighed, ingen anbefalinger. 1
Tema: Målgruppe, metoder og resultater (dokumentationen)	
Kriterium 3: Dokumentation	<ul style="list-style-type: none">• Der anvendes relevante målsætninger.• Der arbejdes med de opstillede mål, som visitationen har opstillet. 1
Kriterium 4: Bliver hørt og respekteret	<ul style="list-style-type: none">• Forsøger at aktivere beboer med fælles og individuelle aktiviteter, og medinddrager beboerne i de aktiviteter de ønsker 1
Kriterium 5: Pleje og omsorg/ rehabilitering	<ul style="list-style-type: none">• At personalet fortsat skal have fokus på rehabilitering 1
Kriterium 6: UTH	<ul style="list-style-type: none">• Medicinen som beboeren indtager, må ikke hældes over i et medicinbæger uden navn og CPR nr. 2
Kriterium 7: Forebygge overgreb	<ul style="list-style-type: none">• At personalet fortsat skal have fokus på beboere med demens• Forebyggelse af overgreb overfor personalet 1
Tema: Organisation og ledelse	
Kriterium 8: Ledelse og faglig supervision	<ul style="list-style-type: none">• Leder der har været primus motor i etablering af kortidsafsnit og Akut teamet, følge op på udviklingen i primær sektor samt sikre istandsættelse af de fysiske rammer 1
Kriterium 9: Ledelse og daglig drift	<ul style="list-style-type: none">• Personalefravær på 5 % med et fremmøde på 95 %. Der er få korttidssyge. 1
Kriterium 10: Ledelse og personale – uddannelse og kompetencer	<ul style="list-style-type: none">• Der er fokus på personalets kompetencer og udfyldelse af de nye kompetenceskemaer samt mulighed for at komme på kursus. 1

Vurderingen er sket ud fra Bilag 4

Bilag 4

- 1  **Udviklingsområder**
Dette betyder, at det observerede ud fra en helhedsvurdering inden for pleje / omsorg og praktisk hjælp lever op til forvaltningens regler, procedurer, instrukser, værdier, kvalitetsstandarder og almen faglig standard er i orden. Der er -områder til kvalitetssikring – og udvikling.

- 2  **Bemærkninger**
Dette betyder, at det observerede ud fra en helhedsvurdering på få områder inden for pleje / omsorg og praktisk hjælp ikke lever op til forvaltningens regler, procedurer, instrukser, værdier, kvalitetsstandarder og almen faglig standard. Der er uhensigtsmæssige forhold som områdeleder skal sammen med plejeenheden udarbejde en tids - og handleplan for de tiltag, der skal iværksættes for at rette op på pågældende mangler. Planen sendes til, leder af Myndighed og Hjælpemiddeldepot Dorthe Lykke Jensen og tilsynsførende Inge Hjortshøj.

- 3  **Betydende mangler**
Dette betyder, at det observerede ud fra en helhedsvurdering på flere områder inden for pleje / omsorg og praktisk hjælp ikke lever op til forvaltningens regler, procedurer, instrukser, værdier, kvalitetsstandarder og almen faglig standard. Ligeledes gældende for alvorlige pleje- omsorgsmæssige fejl og mangler. Områdeleder skal sammen med plejeenheden udarbejde indenfor (skriv antal) dage en tids - og handleplan for de tiltag, der skal iværksættes for at rette op på de påpegede mangler. Planen sendes til, leder af Myndighed og Hjælpemiddeldepot Dorthe Lykke Jensen og tilsynsførende Inge Hjortshøj.

- 4  **Kritisable forhold**
Dette betyder, at det observerede ud fra en helhedsvurdering på mange vigtige områder inden for pleje / omsorg og praktisk hjælp ikke lever op til forvaltningens regler, procedurer, instrukser, værdier, kvalitetsstandarder og almen faglig standard. Ligeledes gældende for alvorlige pleje- omsorgsmæssige fejl og mangler. Områdeleder skal sammen med plejeenheden udarbejde indenfor (skriv antal) dage en tids - og handleplan for de tiltag, der skal iværksættes for at få rettet op på påpegede mangler. Planen sendes til, leder af Myndighed og Hjælpemiddeldepot Dorthe Lykke Jensen og tilsynsførende Inge Hjortshøj.