



HJORTSHØJ CARE

Skovhusvej 9, 8240 Risskov

Tlf. 23 32 05 56

CARE@WEBSPEED.DK

Årsberetning
for
kommunale tilsynsbesøg
på plejecentrene
2016

Hedensted Kommune

Indholdsfortegnelse

1.0 Samlet konklusion på de kommunale tilsyn i Hedensted Kommune 2016.....	3
4.11 Tilsynsbesøg på plejecentret Højtoften	4
2.0 Baggrund - tilsynets form og metode	4
3.0 Kriterier for det kommunale tilsynsbesøg 2016.....	5
3.1 Opfølgning på det kommunale tilsynsbesøg i 2015	5
3.2 Aktuell beboersammensætning	5
4.0 Gennemgang af de 10 kriterier med leder, medarbejdere og beboere.....	5
4.1 At tilbuddet støtter borgeren i at udnyttet deres fulde potentiale og drømme.	5
4.2 At borgerens sociale, fysiske og mentale kompetencer og selvstændighed styrkes.	6
4.3 At personalet arbejder med faglige tilgange dokumentation og medicinhåndtering.....	6
4.4 At personalet understøtter borgerens medinddragelse indflydelse på eget liv.	7
4.5 At personalet arbejder med rehabilitering i pleje/ omsorgen hos borgeren.....	7
4.6 At personalet forebygger og håndtere utilsigtede hændelser og magtanvendelse.	7
4.7 At personalet forebygger overgreb.....	8
4.8 At plejecentrene har faglige kompetente ledere.....	8
4.9 At tilbuddets daglige drift varetages kompetent.	9
4.10 At medarbejderne besidder relevante kompetencer	9
4.11 Tilsynsbesøg på plejecentret Højtoften	9
Bilag 1 Gennemgang af dokumentationen.....	10
Bilag 2 gennemgang af Medicinhåndtering.....	11
Bilag 3 Tilsynets samlet vurdering i forhold til de 10 kriterier på plejecentre i Hedensted	12

1.0 Samlet konklusion på de kommunale tilsyn i Hedensted Kommune 2016.

- Der er aflagt 10 **uansmeldte kommunale tilsyn**. Ved tilsynene er der jf. bilag 4 givet:
- Anbefalinger til udviklingsområder til 8 plejecentre.
- Bemærkninger til 2 plejecentre.

Tilsynets samlede anbefalinger til udviklingsområder ud fra de 10 kriterier i 2016.

4.1 At tilbuddet støtter borgeren i at udnyttet deres fulde potentiale og drømme.

- At der fortsat arbejdes i de tværfaglige rehabiliteringsmøder med temaer, der har fokus på, at beboerne får mulighed for at udnytte deres fulde potentiale.
- At der fortsat arbejdes med at få de individuelle og fælles aktivitetsbestemte tilbud samt på at få udbygget samarbejdet med lokalområdet med henblik på at give livskvalitet for beboerne.
- At personalet skal have fokus på aktivering af beboere, der vælger fællesskabet sidst på formiddagen.

4.2 At borgerens sociale, fysiske og mentale kompetencer og selvstændighed styrkes.

- At der fortsat arbejdes med at styrke borgerens selvstændighed og styrke samarbejdet med de pårørende.

4.3 At personalet arbejder med faglige tilgange dokumentation og medicinbehandling.

- At beboernes samarbejdsbøger ikke skal være tilgængelige for uvedkommende, og der skal ske oprydning i nogle af beboernes samarbejdsbøger.
- At beboernes fokusområder skal være brugbare i plejen, og at der skal fortsat arbejdes med dokumentation af beboernes livshistorie.
- I beboernes døgnrytmeplan skal der præciseres, hvad beboeren selv kan klare og skal have hjælp til / guides til i forbindelse med den personlige pleje.
- Personalet skal reflektere ved vægtstigning og vægttab hos beboerne.
- Beboernes doseringsæsker bør mærkes samme sted på samtlige æsker.
- At der bør ske en evaluering af medicinvoغن, når der er gået 2-4-6 måneder med henblik på, om der opstår andre UTH end tidligere samt hvilke fordele og ulemper der er ved brug af medicinvoغن.

4.4 At personalet understøtter borgerens medinddragelse indflydelse på eget liv.

- At der sker evaluering af arbejdet, som event-facilitator udfører.

4.5 At personalet arbejder med rehabilitering i pleje/ omsorgen hos borgeren.

- At personalet fortsat skal have fokus på den rehabiliterende tankegang; i tråd med dette anbefales der, at der skal være deltagelse af en terapeut ved rehabiliteringsmøderne 1x ugentligt på plejecentrene.

4.6 At personalet forebygger og håndterer utilsigtede hændelser og magtanvendelse.

- At der fortsat arbejdes på at minimere UTH i forbindelse med medicinbehandling.
- At personalet fortsat har fokus på demens; der bør være uddannet en demensnøgleperson i en demensenhed.
- Der må ikke være dobbelthåndtag på indgangsdøren til demensafsnittet uden, at der er ansøgt om dette.
- At der skal udarbejdes en socialpædagogisk handleplan hos beboere, der er udadreagerende i samarbejde med demenskonsulent.

- At der er fokus på, om der er områder og hændelser, der kan forebygges på mini-registreringsskemaerne ved udadreagerende demente beboere.

4.7 At personalet forebygger overgreb.

- At der fortsat arbejdes på at minimere voldsepisoder over for personalet herunder også verbale krænkelser.
- At personalet fortsat skal tilbydes supervision i forbindelse med voldsepisoder og hjælp til udfyldelse af voldsanmeldelser.

4.8 At plejecentrene har faglige kompetente ledere.

- At områdelederne udveksler viden på tværs af de tre områder.

4.9 At tilbuddets daglige drift varetages kompetent.

- At områdelederne fortsat sikrer personale med relevante kompetencer og har fokus på minimering af personalets sygefravær.

4.10 At medarbejderne besidder relevante kompetencer.

- At der bliver fulgt op med temadage 1-2 x årligt for de praktikansvarlige.

4.11 Tilsynsbesøg på plejecentret Højtoften

- At der bør være en aktivitetsmedarbejder, der koordinerer aktivitetstilbuddene i samarbejde med personale og de frivillige til de fire beboere.
- At personalet i hverdagen skal have mulighed for faglig og kollegial sparring.
- At beboere, personale og de pårørende bliver motiveret til at flytte til andre centre i lokalområdet efter eget ønske – dette for at tage hensyn til alles velvære.

Tilsynets bemærkninger til kriterium 4.3 på plejecentrene Løsning og Nederbylund jf. bilag 4

- Den medicin, som beboeren indtager, må ikke hældes over i et medicinbæger uden navn og CPR-nummer.
- At der skal være overensstemmelse mellem den ophældte medicin, og det der står på medicinskemaet.

De to plejecentre, der har fået bemærkning jf. ovenstående, har afleveret skriftlige handleplaner december 2016.

2.0 Baggrund - tilsynets form og metode

Kommunen har pligt til at føre tilsyn med de sociale og sundhedsmæssige forhold på plejecentrene efter Lov om Social Service § 151. Tilsynene skal tage udgangspunkt i Socialministeriets Bekendtgørelse - og i de af Hedensted Kommunes vedtagne kvalitetsstandarder for personlig pleje og praktisk hjælp. Der skal gennemføres et årligt kommunalt tilsyn på plejecentrene i Hedensted Kommune.

De kommunale tilsyn er foretaget af konsulentfirmaet Hjortshøj Care. Ved de mindre plejecentre er tilsynene foretaget af sygeplejefaglig konsulent Inge Hjortshøj. Ved de større plejecentre er tilsynene foretaget af to personer, hvor Inge Hjortshøj har været gennemgående, og har haft enten sygeplejefaglig konsulent Mette Hjortshøj eller Lisa Bendtsen med, som den anden person på 4 plejecentre: Birkelund, Kirkedal, Bøgely og Kildevældet. Ved besøgene er der talt med minimum to beboere på hvert plejecenter samt med personale og ledelse. Ved de 10 tilsynsbesøg har områdeleder og den/de tilknyttede centersygeplejersker været til stede. Tilsynene foregik i tidsrummet kl. 8.45 -17.00, hvor hvert besøg var af ca. 3½ times varighed.

Formålet med de kommunale tilsyn er:

At myndigheden – blandt andet via de ældres oplysninger – kan sikre sig, at de ældre får den hjælp, de er visiteret til, og at hjælpen udføres kvalificeret med fokus på personlig pleje/omsorg, trivsel, praktisk bistand, genoptræning og vedligeholdelsestræning.

- At tilsynene kan afdække aspekter ved ledelse og organisation.
- At tilsynene skaber mulighed for læring og fremadrettet udvikling.

Tilsynsrapporterne er til rådighed for interesserede. De er blevet forelagt Ældrerådet og de respektive bruger- og pårørenderåd. De forelægges for Social- og Omsorgsudvalget sammen med årsberetningen 2016.

3.0 Kriterier for det kommunale tilsynsbesøg 2016

Kriterierne er jf. Bilag 3:

- Kriterium 1: At tilbuddet støtter borgeren i at udnyttet sit fulde potentiale og drømme.
- Kriterium 2: At tilbuddet styrker borgerens sociale, fysiske og mentale kompetencer samt selvstændighed.
- Kriterium 3: At personalet arbejder med klare målbeskrivelser med fokus på systematiske og faglige tilgange og metoder.
- Kriterium 4: At personalet understøtter borgerens medinddragelse og indflydelse på eget liv i hverdagen.
- Kriterium 5: At personalet arbejder med rehabilitering i plejen og omsorgen hos borgeren.
- Kriterium 6: At personalet forebygger og håndterer utilsigtede hændelser og magtanvendelse.
- Kriterium 7: At personalet forebygger overgreb.
- Kriterium 8: At plejecentrene har fagligt kompetente ledere.
- Kriterium 9: At tilbuddets daglige drift varetages kompetent.
- Kriterium 10: At medarbejderne besidder relevante kompetencer i forhold til målgruppens behov og tilbuddets metoder.

3.1 Opfølgning på det kommunale tilsynsbesøg i 2015

Ved tilsynsbesøgene var der opfølgning på anbefalinger og bemærkninger for de kommunale tilsyn 2015. Det kunne konstateres, at der var der blevet arbejdet med de givne anbefalinger, og de opstillede handleplaner er blevet effektueret.

3.2 Aktuel beboersammensætning

I 2016 har beboersammensætningen ændret sig på plejecentrene, idet der er flere beboere visiteret med diagnosen demens i middel til svær grad. Dette har medført at leder og medarbejdere har fokus på demensområdet i hele 2017, da det stiller større krav til medarbejdernes faglige kompetencer. Der er ingen venteliste til plejehjem, men der er p.t. flere ledige plejeboliger på nogle af plejecentrene.

4.0 Gennemgang af de 10 kriterier med leder, medarbejdere og beboere.

Ved tilsynsbesøgene blev leder, medarbejdere og beboere interviewet ud fra de 10 aftalte og opstillede kriterier. Der er givet meget tilfredsstillende tilbagemelding på alle tilsynsbesøgene, der har været udvist imødekommenhed og åbenhed.

Efter besøgene er der udarbejdet en tilsynsrapport for det enkelte plejecenter. Tilsynsrapporten afsluttes med Bilag 1 dokumentation, Bilag 2 medicin håndtering, Bilag 3 samlet vurdering i forhold til de 10 opstillede kriterier og Bilag 4 en samlet konklusion på tilsynsbesøget: Udviklingsområder, bemærkninger, betydende mangler og kritisable forhold, hvilket fremgår af den enkelte tilsynsrapport.

4.1 At tilbuddet støtter borgeren i at udnyttet deres fulde potentiale og drømme.

- Leder og medarbejdere oplyste, at der skal være gode oplevelser og tilbud til beboerne. På de fleste centre afholdes ugentlige rehabiliteringsmøder i et tværfagligt samarbejde (pleje-, ergo-, og aktivitetsmedarbejder) med fokus på forskellige temaer, der kan give livskvalitet for beboerne fx i form af gåture, havearbejde, havnebesøg, nærvær, natur og udeliv, busture m.m.
- På nogle centre er der et udbygget samarbejde med lokalområdet med det formål at få glæde af hinandens ressourcer fx nærliggende børnehaver, højskoler og folkeskoler, hvor der tilrettelægges mange aktivitetstilbud med det mål; At skabe bevægelse og livskvalitet for beboerne og omvendt.
- I den tværfaglige supervision er der fokus på, hvordan personalet kan støtte og hjælpe beboerne til at finde frem til aktivitetsbestemte *tilbud, der kan give livskvalitet for beboeren og herved få den kultur ind under huden.*
- Aktivitetsmedarbejderne sørger for, at tingene koordineres med fx de frivillige, som bl.a. hjælper til ved afholdelse af hyggedage, besøgshunde, sang, musik, gudstjeneste, skubbeture m.m.
- De beboere, tilsynet talte med, gav udtryk for, at der var rigeligt med aktiviteter.

Tilsynet anbefaler:

- At der fortsat arbejdes i de tværfaglige rehabiliteringsmøder med temaer, der har fokus på, at beboerne får mulighed for at udnytte deres fulde potentiale.
- At der fortsat arbejdes med at få de individuelle og fælles aktivitetsbestemte tilbud samt på at få udbygget samarbejdet med lokalområdet med henblik på at give livskvalitet for beboerne.
- At personalet skal have fokus på aktivering af beboere, der vælger fællesskabet sidst på formiddagen.

4.2 At borgerens sociale, fysiske og mentale kompetencer og selvstændighed styrkes.

- Leder og medarbejdere oplyste, at der afholdes mange arrangementer, hvor beboerne naturligt selv bestemmer, hvad de ønsker at deltage i, og hvem de ønsker at have relationer til.
- Nogle beboere ønsker at opholde sig mest inde i egen bolig, medens andre deltager i mange af aktivitetstilbuddene.
- Beboerne bestemmer naturligvis selv, hvornår de står op, gå i seng osv.
- Der er et stort fokus på at skabe et godt samarbejde med de pårørende, hvilket underbygges af følgende citat: *"Hvis beboerne har det godt, har de pårørende det også godt og omvendt."*
- Ved samtale med en beboer blev der givet udtryk for, at der var stor frihed til at vælge aktivitetstilbud fra og til. Tilsynet besøgte fx en beboer på et plejecenter, der netop havde fravalgt bankospil den dag, da hun hellere ville læse i sin bog og hygge sig inde hos sig selv.
- Ved samtale med en pårørende til en beboer blev der givet udtryk for, at de oplevede, at deres nære var faldet rigtig godt til. Det blev fortalt, at beboeren var blevet glad og livlig igen - og at vedkommende var begyndt at synge og havde fået det meget bedre psykisk. Det blev ligeledes oplyst, at hun spiste sammen med de andre beboere og deltog i mange aktiviteter.

Tilsynet anbefaler:

- At der fortsat arbejdes med at styrke borgerens selvstændighed og styrke samarbejdet med de pårørende.

4.3 At personalet arbejder med faglige tilgange dokumentation og medicinhandling.

Ved tilsynsbesøgene var der gennemgang af dokumentationen i CSC-omsorgssystemet og tjek af medicinen hos de beboere, tilsynet besøgte.

Tilsynet anbefaler:

- At beboernes samarbejdsbøger ikke skal være tilgængelige for uvedkommende, og der skal ske oprydning i nogle af beboernes samarbejdsbøger.

- At beboernes fokusområder skal være brugbare i plejen, og at der skal fortsat arbejdes med dokumentation af beboernes livshistorie.
- I beboernes døgnrytmeplan skal der præciseres, hvad beboeren selv kan klare og skal have hjælp til / guides til i forbindelse med den personlige pleje.
- Personalet skal reflektere ved vægtstigning og vægttab hos beboerne.
- Beboernes doseringsæsker bør mærkes samme sted på samtlige æsker.
- At der bør ske en evaluering af medicinvoغن, når der er gået 2-4-6 måneder med henblik på, om der opstår andre UTH end tidligere samt hvilke fordele og ulemper der er ved brug af medicinvoغن.

Bemærkninger:

- Den medicin, som beboeren indtager, må ikke hældes over i et medicinbæger uden navn og CPR-nummer.
- At der skal være overensstemmelse mellem den ophældte medicin, og det der står på medicinskemaet.

4.4 At personalet understøtter borgerens medinddragelse indflydelse på eget liv.

Leder og personale:

- Borgerne inddrages i de beslutninger, der skal ske, og der er et godt samarbejde med de pårørende.
- På Kildevældet er ansat en event-facilitator, der er med til at skabe gruppedynamik og involvere og motivere samværet mellem beboere, frivillige og plejepersonalet.

Borgerne fortalte:

- At personalet medinddrager dem i beslutningen om, hvilke aktiviteter de ønsker at deltage i.
- At der var stor frihed til at foretage sig de ting, de havde lyst til.

Tilsynet anbefaler:

- At der sker evaluering af arbejdet, som event-facilitator udfører.

4.5 At personalet arbejder med rehabilitering i pleje/ omsorgen hos borgeren

Personalet fortalte på flere centre:

- At det er specielt givende at have ergoterapeuten med i plejeopgaver. Det har været med til at give den rehabiliterende tankegang et løft og også at have fokus på de bløde værdier. Ergoterapeuten er på nogle plejecentre også i aftenvagt, dette for at få fælles holdning til at arbejde rehabiliterende døgnets 24 timer.
- At beboerne får bad efter ønske og behov. Der arbejdes med at inddrage relevante samarbejdspartnere i og omkring borgeren med udgangspunkt i og respekt for den enkelte borger. Dette for at opnå bedst mulig faglighed og tilbud til den enkelte borger.

Beboerne gav udtryk for:

- At de fik hjælp til den personlige pleje og påklædning til de funktioner, de ikke selv kunne klare. Og bliver hjulpet så godt, som de kunne forestille sig.

Tilsynet anbefaler:

- At personalet fortsat skal have fokus på den rehabiliterende tankegang; i tråd med dette anbefales der, at der skal være deltagelse af en terapeut ved rehabiliteringsmøderne 1x ugentligt på plejecentrene.

4.6 At personalet forebygger og håndterer utilsigtede hændelser og magtanvendelse.

Leder, sygeplejerske og SOSU-personale orienterede om, at der er fokus på de Utilsigtede-Hændelser, UTH, som indberettes i forbindelse med urinvejsinfektioner, pneumonier og medicinbehandling. Den sidstnævnte er der det største antal indberetninger på.

På flere centre føres kvitteringsskema for medicingivning og UTH bliver gennemgået med den pågældende, der er involveret. Praktiske færdigheder bliver indøvet gentagne gange med supervision, indtil pågældende kan udføre den givne færdighed på egen hånd.

Med hensyn til forebyggelse af magtanvendelse er det vigtigt, at personalet har de rigtige kompetencer til at tackle beboere med demens, der er udadreagerende.

Hedensted Kommune har meldt 5 plejecentre til BPSD-projektet (adfærdsmæssige psykologiske symptomer ved demens) sammen med 4 andre kommuner i Danmark.

Projektet forløber i perioden 2017 til slutningen af 2018. Der uddannes op til 15 nøglepersoner fra hvert af Hedensted Kommunes 5 plejecentre. Nøglepersonerne er henholdsvis: sygeplejersker, assistenter og terapeuter. Desuden udpeges der et antal beboere på hvert af de 5 plejecentre, der skal screenes for demens.

Projektet skal ved hjælp af screening og struktureret udarbejdelse af handleplaner give personalet et kompetenceløft på demensområdet og øge livskvaliteten hos de beboere, der har BPSD-symptomer.

Tilsynet anbefaler:

- At der fortsat arbejdes på at minimere UTH i forbindelse med medicinhåndtering.
- At personalet fortsat har fokus på demens; der bør være uddannet en demensnøgleperson i en demensenhed.
- Der må ikke være dobbelthåndtag på indgangsdøren til demensafsnittet uden, at der er ansøgt om dette.
- At der skal udarbejdes en socialpædagogisk handleplan hos beboere, der er udadreagerende i samarbejde med demenskonsulent.
- At der er fokus på, om der er områder og hændelser, der kan forebygges på mini-registreringsskemaerne ved udadreagerende demente beboere.

4.7 At personalet forebygger overgreb.

Leder, sygeplejerske og SOSU-personale orienterede, at der er indberettet et antal voldsepisoder, trusler og verbale krænkelser over for personalet i 2016. Nogle steder blev der nævnt, at der muligvis er flere, som ikke er blevet indberettet.

- Der er en AMR på plejecentrene og mange steder er der uddannet demensnøglepersoner - personalet tilbydes ligeledes kommunens demenskursus i nænsomt nødværge, arbejdet med forebyggelsespakken Vold og Trusler, 3 dages kursus i psykisk robusthed, temadage i demensområdet: *Når adfærd udfordrer* og supervision af demenskoordinator ved behov.

Tilsynet anbefaler:

- At der fortsat arbejdes på at minimere voldsepisoder over for personalet herunder også verbale krænkelser.
- At personalet fortsat skal tilbydes supervision i forbindelse med voldsepisoder og hjælp til udfyldelse af voldsanmeldelser.

4.8 At plejecentrene har faglige kompetente ledere.

Tilsynet har talt med fagligt kompetente ledere på de 10 plejecentre, der alle er engagerede og motiverede for at netop deres plejecenter yder det optimale for beboere, pårørende og personalet. Der har i de senere år været en del lederskift på plejecentrene i Hedensted Kommune, hvor de nye ledere og "gamle ledere" kunne have et stort udbytte af at udveksle viden og erfaring.

- Mange nye ledere er i gang med diplomkursus i ledelse på VIA i Horsens.
- Alle ledere tager på temadage og konferencer og deltager/ agerer tovholder på BPSD-projektet i Hedensted Kommune
- Områdelederne udveksler viden og ledelsesmæssige erfaringer i eget område.
- Deltager 1x om måneden i stort ledermøde i Social Omsorg og Voksen Handicap-afdelingen.

- Har i hverdagen en ansvarlig og udviklende dialog med medarbejderne på eget plejecenter.

Tilsynet anbefaler:

- At områdelederne udveksler viden på tværs af de tre områder.

4.9 At tilbuddets daglige drift varetages kompetent.

Områdelederne oplyste:

- At stillinger generelt besættes med SSA, og at der flere steder arbejdes på ansættelse af en terapeut mere.
- Personalegennemstrømningen er ikke højere end på sammenlignelige arbejdspladser: p.t. er der på nogle plejecentre en høj gennemsnitsalder.
- Personalefraværet ligger gennemsnitligt på ca. > 94 % og personalefravær på 6 %.

Tilsynet anbefaler:

- At områdelederne fortsat sikrer personale med relevante kompetencer og har fokus på minimering af personalets sygefravær.

4.10 At medarbejderne besidder relevante kompetencer

Områdelederne oplyst:

- Personalet kommer på relevante kurser, herunder: BPDS- og demenskurser.
- Medarbejderne tilbydes PULS- og GRUS-samtaler.
- På de fleste plejecentre er der ansat husassistenter til varetagelse af rengøring af beboernes boliger og fællesarealer.
- Der arbejdes med udfyldelse af de nye kompetenceskemaer. Sygeplejersken laver kompetenceafklaring med assistenterne, og assistenterne laver kompetenceafklaring med hjælperne.

SOSU- personale oplyste:

At hun som praktikvejleder for SSA-elever ikke har været på temadag for praktikvejledere i 2 år.

Tilsynet anbefaler:

- At der bliver fulgt op med temadage 1-2 x årligt for de praktikansvarlige.

4.11 Tilsynsbesøg på plejecentret Højtoften

I 2015 var der ikke tilsynsbesøg på Højtoften, da det politisk er indstillet at Højtoften fremover skal anvendes som botilbud på handicapområdet for borgere med senhjerneskader, Downs syndrom og handicappede, der er blevet ældre og har fået et plejebestov.

I 2016 er der foretaget et tilsynsbesøg, da der er fire plejehjemsbeboere tilbage på Højtoften. De pleje- omsorgsmæssige opgaver varetages af sundhedsfaglig personale, der henholdsvis er fast ansat personale eller timelønnet personale. Personalet bliver superviseret af sygeplejerske fra Øster Snede Plejehjem og udekørende sygeplejerske ved behov i de sygeplejemæssige opgaver, da disse opgaver ikke kan uddelegeres til socialpædagogisk personale.

Ved tilsynsbesøget var der gennemgang af de 10 kriterier med anbefalinger til følgende udviklingsområder:

- At der bør være en aktivitetsmedarbejder, der koordinerer aktivitetstilbuddene i samarbejde med personale og de frivillige til de fire beboere.
- At personalet i hverdagen skal have mulighed for faglig og kollegial sparring.
- At beboere, personale og de pårørende bliver motiveret til at flytte til andre centre i lokalområdet efter eget ønske – dette for at tage hensyn til alles velvære.

Bilag 1 Gennemgang af dokumentationen

Er der udarbejdet en helhedsvurdering af borgerne ud fra de 11 problemområder	
Er der en oversigt over borgernes sygdomme og handicap?	
Er der udarbejdet relevante indsatsområder på helbredsmæssige problemområder? Bliver disse evalueret?	
Er der udarbejdet en døgnrytmeplan med retningsgivende mål. Beskrive døgnrytmeplanen; herunder om der arbejdes med rehabilitering og medinddragelse af borgeren i den daglige pleje?	
Sker der evaluering/opfølgning af døgnrytmeplaner?	
Er der udarbejdet socialpædagogiske handleplaner ved behov?	
Tilbydes borgerne at blive vejet 1x om mdr.?	
Livshistorie	
Samarbejdsbog	
Andet	

Bilag 2 gennemgang af Medicinhåndtering

Fremgår det i de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår den behandlende læge har gennemgået beboerens medicin?	
Er der overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og den i medicinlisten anførte?	
Er præparates aktuelle handelsnavn, dispenseringsform, styrke og dosis dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation?	
Er der overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinlisten og i æsker?	
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., præparats navn, styrke og dosis samt dato for ophældning og medicinen samt udløbsdato?	
Er der til p.n. medicin anført max. dosis?	
Identifikation ved medicinudlevering: Personalet skal sikre, at beboerens identitet er i overensstemmelse med CPR. nr. på doseringsæsken.	
Medicinen opbevares forsvarligt, hver enkelt borgers medicin opbevares adskilt fra de øvrige borgers medicin?	
Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin?	
Forefindes der fælles medicin?	
Forefindes der adrenalin udløbsdato?	
Holdbarhedsdato er ikke overskredet for; salver, dråber?	
Doseringsæsker er mærket korrekt?	

Hvordan oplever du, at F.M.K. fungerer?	
Andet	

Bilag 3 Tilsynets samlet vurdering i forhold til de 10 kriterier på plejecentre i Hedensted

Tema kerneopgaven: Bevægelse for borgeren	Tilsynet vurderer: Samlet xx
Kriterium 1: Borgeren udnytter sin fulde potentiale.	
Kriterium 2: Selvstændighed og relationer	
Tema: Målgruppe, metoder og resultater (dokumentationen)	
Kriterium 3: Dokumentation	
Kriterium 4: Bliver hørt og respekteret	
Kriterium 5: Pleje og omsorg/ rehabilitering	
Kriterium 6: UTH	
Kriterium 7: Forebygge overgreb	
Tema: Organisation og ledelse	
Kriterium 8: Ledelse og faglig supervision	
Kriterium 9: Ledelse og daglig drift	

Kriterium 10: Ledelse og personale – uddannelse og kompetencer	
--	--

Bilag 4 Tilsyn med de kommunale plejeboliger fra 2013- 2016

	2013	2014	2015	2016
Plejecentret Nederbylund i Tørring				
Plejecentret Nedergården i Uldum				
Plejecentret Møllebo i Rask Mølle				
Plejecentret Løsning i Løsning				
Plejecentret Birkelund				
Plejecenteret Øster Snede i Øster Snede				
Plejecenteret Højtoften i Lindved				
Plejecenteret Kirkedal i Rårup				
Plejecenteret Kildevældet i Hornsyld				
Plejecenteret Bøgely i Hedensted				

Signaturforklaring

	<p>Udviklingsområder (ingen bemærkninger) Dette betyder, at det observerede lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instruktioner, rutiner, værdier, kvalitetsstandarder og almen faglig standard.</p>
	<p>Bemærkninger Dette betyder, at det observerede på flere områder ikke lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instruktioner, værdier, rutiner, kvalitetsstandarder eller almen faglig standard. Der er uhensigtsmæssige forhold, som områdelederen skal handle på. Der skal udarbejdes en handleplan inden for 1 mdr., der sendes til leder af Myndighed og hjælpemiddeldepot Dorthe Lykke Jensen og den tilsynsførende.</p>
	<p>Betydende mangler Dette betyder, at det observerede på mange områder ikke lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instruktioner, værdier, rutiner, kvalitetsstandarder og almen faglig standard. Områdelederen udarbejder inden 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 den tilsynsførende.</p>

Kritisable forhold

Dette betyder, at det observerede er kritisabelt og ikke lever op til lovgivning, forvaltningens regler, instruktioner, værdier, rutiner, kvalitetsstandarder eller almen faglig standard. Områdelederen udarbejder inden, for (4 dage 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 den tilsynsførende.