



# Tilsynsrapport Hvidovre Kommune

Center for Sundhed og Ældre  
Plejecenter Dybenskærhave

Uanmeldt tilsyn  
November 2020

# INDHOLD

<b>1.</b>	<b>VURDERING .....</b>	<b>4</b>
1.1	TILSYNETS SAMLEDE VURDERING .....	4
1.2	TILSYNETS ANBEFALINGER .....	5
<b>2.</b>	<b>OPLYSNINGER OM PLEJECENTRET .....</b>	<b>6</b>
<b>3.</b>	<b>DATAGRUNDLAG .....</b>	<b>7</b>
3.1	OPFØLGNING PÅ FOREGÅENDE TILSYN .....	7
3.2	SUNDHEDSFAGLIG DOKUMENTATION .....	7
3.3	MEDICINHÅNDBTERING OG ADMINISTRATION .....	8
3.4	HVERDAGENS PRAKSIS .....	9
3.4.1	Personlig pleje og praktisk støtte .....	9
3.4.2	Mad og måltider .....	10
3.4.3	Kommunikation og adfærd .....	11
3.4.4	Fysiske rammer og aktiviteter .....	11
3.5	INTERVIEW AF PÅRØRENDE .....	11
3.6	ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE .....	12
3.6.1	Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling .....	12
3.6.2	Tværfagligt samarbejde .....	13
<b>4.</b>	<b>TILSYNETS FORMÅL OG METODE .....</b>	<b>14</b>
4.1	FORMÅL .....	14
4.2	METODE .....	14
4.3	VURDERINGSSKALA .....	15
4.4	TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE .....	16

## Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering af plejecentret og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete plejecenter.

Anden del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og de individuelle undersøgelser. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra den indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

Tilsynets form, indhold, metode og afvikling er afstemt med kommunen.

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

*Med venlig hilsen*

**Partneransvarlig**  
Birgitte Hoberg Sloth  
Partner  
Mobil: 28 10 56 80  
Mail: bsq@bdo.dk

**Projektansvarlig**  
Gitte Ammundsen  
Senior Manager  
Mobil: 41 89 04 06  
Mail: gia@bdo.dk

**Tilsynet er altid udtryk for et øjebliksbillede og skal derfor vurderes ud fra dette.**



# 1. VURDERING

## 1.1 TILSYNETS SAMLEDE VURDERING

Det overordnede indtryk af Dybensærhave er, at der er tale om et plejecenter med:

### **Meget tilfredsstillende forhold.**

Det er tilsynets samlede vurdering, at der er fulgt op på de givne anbefalinger fra sidste tilsyn, og at der pågår en række udviklingstiltag til yderligere at styrke den samlede indsats.

Dokumentationen er meget tilfredsstillende og lever op til gældende retningslinjer på området og fremstår med en faglig og professionel standard. Der ses få mangler i opfyldelsen i forhold til beboers mål, faglige mål og enkelte opdateringer/afslutninger af tilstande og handlingsanvisninger. Dokumentationen er beskrevet i et fagligt og professionelt sprog. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en refleksiv måde redegøre for arbejdet med dokumentationspraksis, herunder ansvarsfordeling.

Vurderingen er, at beboerne er meget tilfredse med kvaliteten af medicinhåndtering og er trygge ved indsatsen. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en refleksiv måde redegøre for medicinhåndtering og medicinadministration, praksis for UTH og delegation af opgaver. Der forefindes relevante medicininstruktioner, og medicinen er korrekt opbevaret og mærket, fraset enkelte mangler i forhold til mærkning af doseringsæsker og pakninger.

Det vurderes, at beboerne er meget tilfredse med kvaliteten af den personlige pleje og praktiske støtte og oplever, at de modtager relevante pleje- og omsorgsydelser. Ligeledes vurderes, at der er sammenhæng mellem beboernes tilstand og den pleje og omsorg, der leveres. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en refleksiv måde redegøre for pleje og omsorg til beboerne, og de har fokus på den rehabiliterende samt sundhedsfremmende og forebyggende tilgang.

Beboerne er meget tilfredse med madens kvalitet. De er ligeledes tilfredse med rammerne og det sociale samvær under måltiderne, fraset en beboers oplevelse af et intermezzo med medbeboer. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en refleksiv måde redegøre for det gode måltid, herunder at beboerne støttes og guides til selv at være aktivt deltagende under måltidet. Dog vurderes, at struktur og afvikling af måltidet ikke er ensartet - svarende til centrets udmeldte praksis.

Tilsynet vurderer, at beboerne er meget tilfredse med kommunikationen og kontakten til medarbejderne, og omgangstonen er respektfuld og præget af humor. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en engageret og refleksiv måde redegøre for, hvorledes der sikres respektfuld adfærd og anerkendende kommunikation med beboerne.

Samlet set er beboerne meget tilfredse med kvaliteten af aktiviteter og træning og modtager relevante aktivitets- og træningstilbud og vælger selv, om de vil deltage. Medarbejderne kan med faglig indsigt redegøre for arbejdet for aktiviteter og træning til beboerne.

Pårørende er i varierende grad tilfredse med indsatser og mulighed for kontakt med ledelse og medarbejdere.

Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er fokus på at sikre de rette faglige kompetencer. Medarbejderne har de nødvendige faglige kompetencer og er tilfredse med mulighederne for kompetenceudvikling, dog vurderes et behov for at sikre, at social- og sundhedshjælperne kan arbejde med delegerede opgaver. Endvidere vurderes, at der er fokus på tværfagligt samarbejde blandt centrets medarbejdere og med eksterne samarbejdspartnere, og at det tværfaglige samarbejde er velfungerende.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation og observationer. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

## 1.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger i forhold til plejecentrets fremadrettede udvikling:

### Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at det nuværende fokus på dokumentationspraksis fastholdes, herunder at tilstande og handlingsanvisninger indeholder beboers mål og faglige mål samt er aktuelle og opdaterede.
2. Tilsynet anbefaler, at der fortsat er opmærksomhed på struktur for afvikling af måltidet.
3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen i dialog med medarbejderne afstemmer roller og forventninger i forhold til delegation af opgaver.
4. Tilsynet anbefaler, at der følges op på, at der sikres korrekt mærkning af doseringsæsker og pakninger med medicin.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen overvejer, hvordan pårørendesamarbejdet styrkes yderligere, så samspillet med centret og pårørende bliver et tydeligere aktiv for beboerne.

## 2. OPLYSNINGER OM PLEJECENTRET

Oplysninger om plejecentret og tilsynet
Adresse: Plejecenter Dybenskeerhave, Byvej 201, 2650 Hvidovre
Leder: Kathrin Meyer Lundberg
Antal boliger: 72 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 4. november 2020
Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: <ul style="list-style-type: none"><li>• Interview med plejecentrets ledelse</li><li>• Rundgang på plejecentret, herunder dialog med medarbejdere og beboere</li><li>• Tilsynsbesøg hos tre beboere</li><li>• Gennemgang af dokumentation hos tre beboere</li><li>• Telefoninterview af to pårørende</li><li>• Gruppeinterview med fem medarbejdere, heraf en medicinansvarlig (en sygeplejerske, tre social- og sundhedsassistenter, og en ernæringsassistent)</li></ul>
Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Else Marie Seehusen, Manager og sygeplejerske SD/DSH

## 3. DATAGRUNDLAG

### 3.1 OPFØLGNING PÅ FOREGÅENDE TILSYN

<b>Data</b>	<p>Tilsynet er indledt med centerleder og en afdelingsleder.</p> <p>Siden sidste tilsyn er der kontinuerligt arbejdet med udvikling af den faglige kvalitet og med at skabe en kultur med samskabelse mellem afdelinger. Blandt andet er der opgraderet på afdelingslederstillinger med en sygeplejerske yderligere. Leder er optaget af at få nye perspektiver på stillinger og forme organisationen til at modsvare den stigende kompleksitet i opgaverne samt beboeres/ pårørendes ønsker og forventninger til samarbejde og kvalitet i indsatserne. Centret har siden sidste tilsyn etableret et kvalitetsråd med kvalitets-team på hver afdeling, hvor hver afdeling tager relevante temaer op, herunder sundhedsfaglig dokumentation. Der er systematisk arbejdet med dokumentationspraksis med blandt andet E-learning med efterfølgende opfølgning på egen praksis med mulighed for side-mandsoplæring.</p> <p>Kommunikation har været taget op i de enkelte afdelinger, som kommunikation i et bredt perspektiv set i lyset af, at medarbejderne er rollemodeller for elever, afløsere og vikarer. Det er blandt andet italesat at tale sektor op og ikke ned, når man er i privat regi.</p> <p>Det gode måltid er under konstant udvikling, aktuelt er der sat forsøg i gang med, at der serveres varm mad til middag to gange om ugen for blandt andet at afdække, om det har en positiv indvirkning på beboernes daglige rytme og ernæringstilstand. Derudover er der fokus på værtskab med medarbejdere til stede under måltidet for at understøtte den gode dialog og beboernes indbyrdes sociale relationer.</p> <p>Centret er udvalgt til et forskningsprojekt i erindringsdans, hvor formålet er at afdække og udvikle metoder og tilgange, der kan gavne beboere med svær demens.</p> <p>Ledelsen påtænker at etablere et pårørendenetværk, så pårørende får mulighed for at træffe hinanden og f.eks. dele erfaringer.</p> <p>Centret har haft to beboere og en enkelt medarbejder smittet med COVID-19. Ledelsen har overordnet stået for implementering af anbefalinger, vejledninger og instrukser og informationer til pårørende, blandt andet med mails. Aktuelt tilbydes alle medarbejdere test hver 14. dag, og der er iværksat ekstra daglig rengøring samt et øget fokus på daglig hygiejne. Overalt er der opsat spritdispensere og opslag, der vejleder alle, der færdes på centret.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	<p>Tilsynet vurderer, at der er fulgt op på de givne anbefalinger fra sidst tilsyn, og at der pågår en række udviklingstiltag til yderligere at styrke den samlede indsats.</p>

### 3.2 SUNDHEDSFAGLIG DOKUMENTATION

<b>Data</b>	<p><u>Generelle oplysninger</u></p> <p>På alle beboere er der oprettet generelle oplysninger med aktuelle helbredsoplysninger og med beskrivelse af beboernes mestring, motivation, roller, vaner og livshistorie.</p> <p><u>Besøgsplaner:</u></p> <p>Der foreligger funktionsevnetilstande på alle beboere, hvor der dog flere steder mangler beboers mål for indsatsen.</p>
-------------	---

Beboernes behov for pleje og omsorg er beskrevet handlevejledende i besøgsplanen, herunder sundhedsfremmende og rehabiliterende indsatser, blandt andet i forhold til ernæring og træning. Desuden ses særlige oplysninger, f.eks. i forhold til beboers kognitive problemstillinger eller praktiske oplysninger med stor betydning for beboerne. Relevante målinger er systematisk dokumenteret.

#### Helbredstilstande:

På alle beboere er der udarbejdet helbredstilstande med markering af, hvilke der ikke er aktuelle for beboerne. Der er generelt taget stilling til alle felter i helbredstilstandene, dog mangler der enkelte steder mål, og i et tilfælde er tilstanden ikke længere aktuell. Der er tilknyttet aktuelle handlingsanvisninger, som handlevejledende beskriver indsatsen.

Medarbejderne redegør for, hvordan de arbejder med dokumentationen, så den understøtter kvalitet og kontinuitet i daglig praksis. Der er klar ansvarsfordeling, hvor kvalitetssygeplejerske og kvalitetsassistent er superbrugere. Assistenterne har ansvar for korrespondancer med egen læge og for opdatering af FMK. Medarbejderne redegør for, at der løbende dokumenteres, samt at besøgsplanen og tilstande tilrettes ved afvigelser/ændringer. Medarbejderne tilgår dokumentationen på mobile enheder og har adgang til PC.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at dokumentationen er meget tilfredsstillende og lever op til gældende retningslinjer på området og fremstår med en faglig og professionel standard. Der ses få mangler i opfyldelsen i forhold til beboers mål, faglige mål og enkelte opdateringer/afslutninger af tilstande og handlingsanvisninger. Dokumentationen er beskrevet i et fagligt og professionelt sprog.

Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en refleksiv måde redegøre for arbejdet med dokumentationspraksis, herunder ansvarsfordeling.

### 3.3 MEDICINHÅNTERING OG ADMINISTRATION

#### Data

Tilsynet er forevist centrets instruksmappe med kommunens medicininstruks og centrets lokale instruks/arbejdsgang for medicinhåndtering. Alle instrukser er påført dato for seneste gennemgang og dato for næste opfølgning. Medicinen er gennemgået med en af centrets sygeplejersker.

#### Der findes instrukser for:

- Kontrol af, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
- Personalegruppernes kompetence i forhold til medicinhåndtering
- Dokumentation af medicinordinationer
- Identifikation af beboer og beboers medicin
- Hvordan medicin dispenseres
- Medicinadministration og håndtering af dosisdispenseret medicin
- Hvordan det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres korrekt
- Lokal instruks med arbejdsgangsbeskrivelse.

Det fremgår i instrukser, hvilke kompetencer personalet der varetager opgaverne skal have.

#### Medicینگennemgang hos tre beboere:

- Medicinskemaet indeholder dokumentation iht. gældende retningslinjer
- Medicinen er opbevaret korrekt i aflåst skab i boligen, hvor aktuell medicin og ikke aktuell medicin er tydeligt adskilt.



- Medicinen er mærket med beboerens navn og CPR-nummer, fraset enkelte ugeæsker og en medicinpakning, hvor der mangler navn og CPR-nummer. På alle dagsdoseringsæsker er label med navn og CPR-nummer påsat låget.
- I alle tilfælde er doseringen korrekt.
- Der er givet den medicin, der skal være givet på tilsynstidspunktet.

Alle beboere er tilfredse med i og trygge ved hjælpen til deres medicinhandling og administration.

Medarbejderne redegør reflekteret for praksis omkring medicinhandling og medicinadministration. Den lokale instruks/arbejdsgang ligger fremme på medicinbordet, som anvendes ved alle dispenseringer. Medarbejderne beskriver, at der er egenkontrol ved hver dosering, og for at skærpe opmærksomheden doseres ikke til samme beboer to gange i træk. Derudover har sygeplejerskerne løbende audit. Beboerne får medicinen i egen bolig, og medarbejderne redegør for opgaver i forbindelse med udlevering. Adrenalin findes i afdelingens køleskab, og sygeplejersken er ansvarlig for egenkontrol på denne.

Centret arbejder systematisk med UT -, dels med samlerapportering og dels med individuelle indberetninger, som tages op på dialogmøder med henblik på forebyggelse og læring.

Der arbejdes med delegation af opgaver med oplæring i konkrete opgaver til konkrete beboere. Der udfyldes kompetencekort. Under gruppeinterview italesætter medarbejderne, at social- og sundhedshjælpere har fået frataget alle delegerede kompetencer og først må udføre opgaver, når de er oplært i en given opgave, og når der foreligger aktuel handlingsanvisning på opgaven.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at beboerne er meget tilfredse med kvaliteten af medicinhandling og er trygge ved indsatsen. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflekssiv måde redegøre for medicinhandling og medicinadministration, praksis for UTH og delegation af opgaver. Der forefindes relevante medicininstrukser, og medicinen er korrekt opbevaret og mærket, fraset enkelte mangler i forhold til mærkning af doseringsæsker og pakninger.

## 3.4 HVERDAGENS PRAKSIS

### 3.4.1 Personlig pleje og praktisk støtte

#### Data

Tilsynet observerer at beboerne fremstår velsoignerede og velplejede, og der ses sammenhæng mellem de beskrevne problemstillinger og beboernes tilstand og ressourcer. Boligerne er rene og ryddelige i overensstemmelse med beboernes habitus, og hjælpemidler er rengjorte.

Beboerne er meget tilfredse med hjælpen og oplever at få hjælp, som svarer til deres behov og fortæller, at de selv aktivt deltager i de daglige opgaver i forbindelse med personlig pleje. Ligeledes giver alle udtryk for, at det er muligt at få ekstra hjælp, når der opstår behov, men alle er meget optaget af selv at kunne klare mest muligt, som en beboer udtrykker, at beboer ikke vil ende som mosefund. En beboer fortæller at have fået det meget bedre efter at være flyttet ind, og begrundet det med, at det hele kører godt, og at f.eks. vasketøjet ikke længere hober sig op. Beboerne er særdeles trygge ved den samlede indsats, blandt andet fremhæver en beboer, at det, at hjælpen er tæt på, giver ekstra tryghed. Den praktiske hjælp opleves ligeledes tilfredsstillende, hvor den ene særligt nævner den daglige oprydning, hvor en anden ikke finder det nødvendigt, da der bliver gjort rent hver uge.

Medarbejderne redegør for, at indmøde om morgenen aktuelt er forskelligt, idet to afdelinger møder ind til fælles morgenbriefing i festsalen, og en afdeling har morgenbriefing i afdelingen. Inden dagens start dannes et overblik over opgaver og ressourcer, hvor det i weekenden er ansvarshavende assistent, der har denne opgave. Den daglige planlægning sker i den enkelte afdeling og tager afsæt i beboernes aktuelle tilstand, relationer, opgaver og kompetencer. Der er kontaktpersonordning. Centret har fast procedure for, hvordan der handles ved tilstandsændringer, og at der ligeledes arbejdes med en rehabiliterende tilgang, hvor beboerne støttes, guides og motiveres til at deltage mest muligt i opgaveløsningen ud fra deres ønsker og behov.

De praktiske opgaver i boligen varetages af serviceassistenter, og medarbejderne er ansvarlige for den daglige oprydning.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at beboerne er meget tilfredse med kvaliteten af den personlige pleje og praktiske støtte. Alle beboere oplever, at de modtager relevante pleje- og omsorgsydelser. Ligeledes vurderes, at der er sammenhæng mellem beboernes tilstand og den pleje og omsorg, der leveres. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for pleje og omsorg til beboerne og har fokus på den rehabiliterende samt sundhedsfremmende og forebyggende tilgang.

### 3.4.2 Mad og måltider

#### Data

Tilsynet observerer middagsmåltidet i to afsnit. Bordene er dækket, og det observeres, at der er fokus på den rehabiliterende tilgang i måden, maden anrettes og serveres på, som dels er fadservering og dels anretning på tallerken. Beboerne støttes og hjælpes efter behov, hvor flere beboere får hjælp til at spise maden, andre får maden skåret ud, og der ses beboere, der kan det hele selv. På bordene er der f.eks. sat drikkevarer frem, så de beboere, der kan betjene sig selv, gives muligheden herfor.

Der observeres en hyggelig stemning omkring måltidet i begge afsnit, hvor der særligt i det ene afsnit ses, at der gives god tid til, at beboerne spiser, og at alle holder bordskik. I begge afsnit sidder medarbejdere med ved bordet. I det ene afsnit kommer medarbejdere til undervejs i måltidet og sætter sig, hvor der er plads, tilsyneladende uden opgaver i forhold til måltidet. Begge steder går medarbejdere til og fra, f.eks. når en telefon ringer.

Beboerne er meget tilfredse med maden, en nævner, at den smager som hjemmelavet, også selv om beboer har synkebesvær og får særkost. En beboer hygger sig i boligen med morgenmaden. Ellers indtager beboerne måltiderne i fællesskabet og nyder dette, dog nævner en beboer et intermezzo med en medbeboer, som beboer efterfølgende har talt med ledelsen om. En beboer fortæller, at der er indført noget nyt med varm mad til middag to gange om ugen, hvilket beboer synes er noget rod uden at kunne uddybe det nærmere.

Medarbejderne redegør for, at der er fast struktur for mad og måltider, hvor opgaverne planlægges og fordeles til morgenmøde. Det er planlagt, hvem der sidder med ved bordene, og hvem der hjælper beboere der vælger at spise i boligen. Ligeledes er der fokus på at matche beboerne og på, at der er beboere, der har behov for at sidde for sig selv. Aktuelt er måltidet omlagt på grund af Coronarestriktioner. F.eks. er der ændret på bordopstilling, og i nogle afsnit er der nu tallerkenserverting. Medarbejderne tilkendegiver, at der er mere ro under måltidet, når der serveres smørrebrød frem for, når beboerne smører selv.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at beboerne er meget tilfredse med madens kvalitet. De er ligeledes tilfredse med rammerne og det sociale samvær under måltiderne, fraset en beboers oplevelse af et intermezzo med medbeboer. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for det gode måltid, herunder at beboerne støttes og guides til selv at være aktivt deltagende under måltidet. Dog vurderes, at struktur og afvikling af måltidet ikke er ensartet, svarende til centrets udmeldte praksis.

### 3.4.3 Kommunikation og adfærd

<b>Data</b>	<p>Tilsynet observerer under rundgang og interview med medarbejderne en respektfuld og anerkendende kommunikation og adfærd.</p> <p>Beboerne er meget tilfredse med medarbejderne, som de oplever er søde, flinke og imødekommende. Omgangstone og adfærd er anerkendende og respektfuld, og som en beboer fortæller, er præget af humor og masser af sjov, og en anden beboer fremhæver, at der er en god snak, når der er noget beboer ønsker. En beboer oplyser at have bedt om en ny kontaktperson, men mener ikke, at der blevet foretaget ændringer. Tilsynet er efterfølgende oplyst, at afdelingsleder har talt med beboer, og at der skulle være fundet en løsning. Leder vil følge op med beboer.</p> <p>Medarbejderne redegør for, at kommunikation og adfærd er på beboernes præmisser, og at den individuelle tilgang sikres gennem dialog med beboer/pårørende og kendskab til beboers ønsker og vaner, f.eks. deres livshistorie. Centret har praksis for indflytningssamtale, og før Corona situationen blev der afholdt hjemmebesøg. Medarbejderne tilkendegiver, at de har en feedback kultur og øver sig i være undrende og i at handle på en eventuel uhensigtsmæssig praksis hos en kollega. Kulturen er ligeledes, at det er legat at sige fra, hvis man oplever at være kørt skævt af en beboer, men også samtidig, at det er et medarbejderansvar at sikre den professionelle kommunikation, hvor f.eks. Tom Kidwoods blomst bringes i spil.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	
<p>Tilsynet vurderer, at beboerne er meget tilfredse med kommunikationen og kontakten til medarbejderne, og omgangstonen er respektfuld og præget af humor. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en engageret og refleksiv måde redegøre for, hvorledes der sikres respektfuld adfærd og anerkendende kommunikation med beboerne.</p>	

### 3.4.4 Fysiske rammer og aktiviteter

<b>Data</b>	<p>Fællesarealer fremstår renholdte og ryddelige. Der observeres demensvenlig og hjemlig indretning. Udearealer er afskærmet så beboerne frit kan færdes i haven. På centret ses opslag omkring beboer-/pårørenderåd, menu og fælles aktiviteter. Dagens aktivitet er tøj-salg i festsalen, og i en afdeling ses en beboer og en medarbejder sidde omkring en aktivitet, skærmet i en niche for sig selv.</p> <p>Beboerne er tilfredse med træningstilbuddet og aktivitetstilbuddet, hvor to beboere kan fortælle, at de er tilbudt træning, og at de begge har fået det bedre, hvor den tredje beboer ikke ønsker at deltage.</p> <p>Centret har ansat ergoterapeut, som er ansvarlig for aktiviteter, og der kommer fysio- og ergoterapeuter ude fra til visiteret træning med beboerne. Medarbejderne har dialog med beboerne omkring deres ønsker til aktiviteter og støtter dem i at deltage.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	
<p>Tilsynet vurderer, at beboerne er meget tilfredse med kvaliteten af aktiviteter og træning og modtager relevante aktivitets- og træningstilbud og vælger selv, om de vil deltage. Medarbejderne kan med faglig indsigt reflekteret redegøre for arbejdet for aktiviteter og træning til beboerne.</p>	

## 3.5 INTERVIEW AF PÅRØRENDE

<b>Data</b>	<p>Tilsynet har interviewet to pårørende, som er pårørende i forhold til tre beboere. De to pårørende har forskellig oplevelsen af kvaliteten, hvor den ene tilkendegiver at være tilfreds med kvalitet af både personlig pleje og praktisk støtte, og at det også er det, beboerne udtrykker.</p>
-------------	--

Den anden pårørende er undrende over, at beboeren kommer sent op, uden dog at vide, om det er det, beboer ønsker, og oplever derudover, at beboer ofte sidder længe over morgenmaden, uden at der bliver støttet op og holdt øje med, om maden indtages.

Begge pårørende giver udtryk for, at det kan være svært at træffe ledelsen uden for almindelig dagarbejdstid, og ligesom det i aftenvagten ikke altid er muligt at tale med en medarbejder.

Tilsynet har drøftet pårørendes oplevelser med ledelsen, som oplyser, at der er/har været dialog med pårørende i forhold til konkrete oplevelser og gensidige forventninger.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at pårørende i varierende grad er tilfredse med indsatser og mulighed for kontakt med ledelse og medarbejdere.

## 3.6 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

### 3.6.1 Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling

#### Data

Centret er organiseret i tre afdelinger med hver en afdelingsleder. Aktuelt er den ene afdelingslederstilling vakant, og de to afdelingsledere deler derfor ledelsesopgaven i den pågældende afdeling.

Over tid har personalegennemstrømning været højere end ellers, hvilket begrundes i den igangværende udvikling med ændring af gamle kulturer og fokus på ændrede faglige krav og ændringer i arbejdstider. Sygefraværet betegnes som laverer end ellers i forbindelse med Corona situationen.

Aktuelt har centret implementeret en ny organisering, hvor medarbejdere arbejder hver fjerde weekend. Medarbejderne har forskudt indmøde, og der er indført overlap ved vagtskifte. Centret har ansvarshavende assistent i aften-, nat- og weekendvagt. Ansvarshavende assistent har ansvar for blandt andet at koordinerer ressourcer i vagten. Alle afdelinger er påbegyndt tavlemøder til at skabe struktur på dagen og til at sikre videregivelse af informationer.

Kvalitetssygeplejersken er ansvarlig tovholder for kvalitetsrådet, og afdelingslederne har ansvar for at sikre fremdrift i egen afdeling.

Der arbejdes løbende med kompetenceudvikling, og aktuelt er der igangsat uddannelse af særlige forflytningsvejledere, som skal følge op på, at forflytningsundervisning bliver implementeret i praksis og ligeledes gennemgå alle hjælpemidler og sikre, at de rette hjælpemidler er til stede.

E-learning indgår som en del af den faste kompetenceudvikling, f.eks. i forhold til dokumentation og medicinadministration. Centret er påbegyndt implementering af VAR.

Overordnet oplever medarbejderne, at kompetencer og opgaver passer sammen, dog giver de udtryk for, at de aktuelt er udfordret på, at social-og sundhedshjælperne er frataget alle kompetencer, og at de derfor ikke kan udføre delegerede opgaver, før de er oplært, og der er oprettet relevante handlingsanvisninger på de konkrete opgaver, f.eks. sårpleje og sondeernæring. Medarbejderne oplever gode muligheder for løbende kompetenceudvikling både beboernære opgaver, ved sparring med eksterne specialister, ved E-learning og ved kursusdeltagelse.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er fokus på at sikre de rette faglige kompetencer. Medarbejderne har de nødvendige faglige kompetencer og er tilfredse med mulighederne for kompetenceudvikling, dog vurderes et behov for at sikre, at social-og sundhedshjælperne kan arbejde med delegerede opgaver.

### 3.6.2 Tværfagligt samarbejde

<b>Data</b>	<p>Det tværfaglige samarbejde styrkes blandt andet med en tværfaglig ledelse og tværfaglig medarbejdergruppe med sygeplejersker, ergoterapeut, social-og sundhedsmedarbejdere, ernæringsassistenter og serviceassistenter. Centret har faste weekendafløsere, som kommer i faste teams.</p> <p>Der er fast tilknyttet huslæge, som en gang om ugen har stuegang i samarbejde med sygeplejerske og kontaktperson. I alle afdelinger er der dialogmøde to gange ugentligt, hvor tværfaglige temaer/problemstillinger tages op. Desuden arbejdes på at udbrede fagligt udviklingsforum for assistenter og sygeplejersker på tværs af centret. Til beboere med særlige komplekse problemstillinger etableres et fast team omkring beboer. Ligeledes kan centret trække på forskellige tværfaglige specialister, f.eks. demensvejleder, diætist, terapeuter osv.</p> <p>Til yderligere at understøtte det tværfaglige samarbejde afholdes fast fælles møde for alle medarbejdere en gang hver måned. På mødet deles informationer og faglig vidensdeling, præsentation af nye medarbejdere osv.</p> <p>Medarbejderne oplever generelt et særdeles godt tværfagligt samarbejde med gode sparringsmuligheder både i daglig praksis og i de forskellige mødefora. Der er gode muligheder for løbende kompetenceudvikling. Desuden er der mulighed for sparring med eksterne samarbejdspartnere. Der arbejdes med kompetenceprofiler og kompetencekort.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	
Tilsynet vurderer, at der er fokus på det tværfagligt samarbejde blandt centrets medarbejdere og med eksterne samarbejdspartnere, og det tværfaglige samarbejde opleves velfungerende.	

## 4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

### 4.1 FORMÅL

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 148a er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet.
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og økonomisk forsvarlig måde.
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer.

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for beboere og således også på, hvordan hjælpen efter deres og de pårørendes opfattelse fungerer. De fysiske rammers egnethed i forhold til beboernes behov indgår ligeledes i tilsynet.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

*Det økonomiske tilsyn* dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

### 4.2 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourcer, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem beboernes og pårørendes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er strukturet og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, fokusgruppeinterviews, observation og gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten af de ydelser, som beboerne modtager på plejecentret.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

## 4.3 VURDERINGSSKALA

BDO arbejder ud fra nedenstående vurderingsskala:

Samlet vurdering	
1 - Særdeles tilfredsstillende	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedømmelsen særdeles tilfredsstillende opnås, når forholdene kan karakteriseres som fremragende og eksemplariske, og hvor tilsynet har konstateret ingen, få eller mindre væsentlige mangler, som let vil kunne afhjælpes.</li> <li>• Det særdeles tilfredsstillende resultat kan følges op af tilsynets anbefalinger.</li> </ul>
2 - Meget tilfredsstillende	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedømmelsen meget tilfredsstillende opnås, når forholdene kan karakteriseres ved at være gode og tilstrækkelige, og hvor tilsynet har konstateret få mangler, som relativt let vil kunne afhjælpes.</li> <li>• Det meget tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger.</li> </ul>
3 - Tilfredsstillende	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedømmelsen tilfredsstillende opnås, når forholdene kan karakteriseres som tilstrækkelige, og hvor der er konstateret flere mangler, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats.</li> <li>• Det tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger.</li> </ul>
4 - Mindre tilfredsstillende	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedømmelsen mindre tilfredsstillende opnås, når forholdene på flere områder kan karakteriseres som utilstrækkelige, og hvor der er konstateret en del og/eller væsentlige mangler, som det vil kræve en bevidst og målrettet indsats at afhjælpe.</li> <li>• Det mindre tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger, fx anbefaling om udarbejdelse af handleplan.</li> </ul>
5 - Ikke tilfredsstillende	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedømmelsen ikke tilfredsstillende opnås, når forholdene generelt kan karakteriseres som utilstrækkelige og uacceptable, og hvor der er konstateret mange og/eller alvorlige mangler, som det vil kræve en radikal indsats at afhjælpe.</li> <li>• Det ikke tilfredsstillende tilsynsresultat følges op af tilsynets anbefalinger om, at problemområderne håndteres i umiddelbar forlængelse af tilsynet samt at der udarbejdes handleplan, eventuelt i samarbejde med forvaltningen.</li> <li>• Det ikke tilfredsstillende tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.</li> </ul>

## 4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet besluttet og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår. Så vidt muligt foregår tilsynet på et tidspunkt, hvor der er mulighed for dialog eller samvær med flere af beboerne.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sygepleje- og/eller socialfaglig baggrund.



## OM BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejecentre, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.