



Tilsynsrapport Hvidovre Kommune

Center for Sundhed og Ældre
Plejecenter Søvangsgården

Uanmeldt tilsyn
November 2020

INDHOLD

1.	VURDERING	4
1.1	TILSYNETS SAMLEDE VURDERING	4
1.2	TILSYNETS ANBEFALINGER	5
2.	OPLYSNINGER OM PLEJECENTRET	6
3.	DATAGRUNDLAG	7
3.1	OPFØLGNING PÅ FOREGÅENDE TILSYN	7
3.2	SUNDHEDSFAGLIG DOKUMENTATION	7
3.3	MEDICINHÅNDTERING 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	11
3.5	INTERVIEW AF PÅRØRENDE	12
3.6	ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE.....	12
3.6.1	Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling.....	12
3.6.2	Tværfagligt samarbejde.....	13
4.	TILSYNETS FORMÅL OG METODE.....	14
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 Søvangsgården er, at der er tale om et plejecenter med:

Meget tilfredsstillende forhold.

Tilsynet vurderer, at der er fulgt tilfredsstillende op på de givne anbefalinger fra sidst tilsyn.

Dokumentationen er særdeles tilfredsstillende og lever op til gældende retningslinjer på området og fremstår med en faglig og professionel standard med systematik og overblik. Dokumentationen er fyldestgørende og beskriver handlevejledende indsatser og er beskrevet i et fagligt og professionelt sprog. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for arbejde med dokumentationspraksis, herunder ansvarsfordeling.

Det vurderes, at beboerne er meget tilfredse med kvaliteten af medicinbehandling og er trygge ved indsatsen. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for medicinbehandling 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 håndkøbsmedicin.

Beboerne er meget tilfredse med kvaliteten af den personlige støtte og pleje og praktiske støtte, og alle 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 de har fokus på den rehabiliterende samt sundhedsfremmende og forebyggende tilgang.

Vurderingen er, at beboerne er meget tilfredse med kommunikationen og kontakten til medarbejderne, og omgangstone og adfærd er respektfuld. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en engageret og reflektiv måde redegøre for, hvorledes der sikres respektfuld adfærd og anerkendende kommunikation med beboerne.

Tilsynet vurderer, at beboerne er meget tilfredse med madens kvalitet, og de er tilfredse med rammerne og det sociale samvær under måltiderne. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for arbejdet med at sikre det gode måltid. Det er samtidig tilsynets vurdering, at der under måltidet er uro i baggrunden, og at medarbejdere forstyrres af telefonopkald. Endelig vurderes, at medarbejder ikke lytter til beboers behov for alternativ ret.

Beboerne er meget tilfredse med kommunikationen og kontakten til medarbejderne, og omgangstone og adfærd er respektfuld. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en engageret måde redegøre for, hvorledes der sikres respektfuld adfærd og anerkendende kommunikation med beboerne.

Det vurderes, at beboerne er tilfredse med kvaliteten af aktiviteter, og beboerne oplever at modtage relevante aktivitets- og træningstilbud, og at de selv vælger, om de vil deltage. Medarbejderne kan med faglig indsigt redegøre for arbejdet for aktiviteter og træning til beboerne.

Tilsynet vurderer, at pårørende er meget tilfredse med den samlede indsats, herunder samarbejdet med ledelse og medarbejde.

Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er fokus på at sikre de rette faglige kompetencer, og at medarbejderne har de nødvendige faglige kompetencer og er tilfredse med mulighederne for kompetenceudvikling. Centret har tværfagligt samarbejde blandt centrets medarbejdere og med eksterne samarbejdspartnere, samt 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 sikres, at håndkøbsmedicin mærkes med beboers navn og CPR-nummer.
2. Tilsynet anbefaler, at der fortsat er opmærksomhed på det gode måltid med fokus på skabe rolige rammer og struktur samt nærværende kommunikation under måltidet.

2. OPLYSNINGER OM PLEJECENTRET

Oplysninger om plejecentret og tilsynet
Adresse: Plejecenter Søvangsgården, Søvangsvej 19-23, 2650 Hvidovre
Leder: Helle Lindsel
Antal boliger: 91 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 6.november 2020
Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: <ul style="list-style-type: none">• Interview med plejecentrets to afdelingsledere• Rundgang på plejecentret, herunder dialog med medarbejdere og beboere• Tilsynsbesøg hos tre beboere• Gennemgang af dokumentation for tre beboere• Interview af to pårørende• Gruppeinterview med fire medarbejdere (to social- og sundhedsassistenter, en serviceassistent og en sygehjælper)
Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Else Marie Seehusen, Manager, sygeplejerske og SD/DSH

3. DATAGRUNDLAG

3.1 OPFØLGNING PÅ FOREGÅENDE TILSYN

Data	<p>Plejecenterleder er fraværende på dagen, og tilsynet er indledt med to af centrets afdelingsledere.</p> <p>Siden sidste tilsyn er der arbejdet med dokumentationspraksis. Centerleder og afdelingsleder har stået for undervisning i alle afdelinger med undervisning i alle vagtlag. Derudover er alle afdelingsledere og gruppeassistenter undervist specifikt i dokumentation omkring medicinbehandling. Centret har klar ansvarsfordeling for, hvem der har hvilke opgaver i at dokumentere.</p> <p>Centret har nu adgang i Cura til funktionen visning af samlet antal tabletter, og instruksen er, at medarbejder dokumenterer elektronisk for, at medicin er givet.</p> <p>Rengøring af hjælpemidler og møbler er en del af de daglige opgaver, og hjælpemidler, der ikke længere er i brug, opbevares i depot i kælderen. Centret har i nogle tilfælde fælles forflytningshjælpemidler, da de små boliger ikke rummer individuelle hjælpemidler.</p> <p>Som et nyt værktøj til fortsat udvikling af den sundhedsfaglige kvalitet er triagering implementeret. Der afholdes beboergennemgang hos beboere med særlige kognitive/adfærdsmæssige udfordringer, hvor der trækkes på eksterne specialister, f.eks. demensvejleder eller psykiater. Desuden har centret et velfungerende samarbejde med akutteamet og med plejecenterlægen.</p> <p>Coronasituationen har fyldt en del, og særlig omlægning af aktiviteter har haft betydning samt det, at centrets beboere og daghjem er adskilte.</p> <p>Aktuelt tilbydes alle medarbejdere Coronatest hver 14.dag.</p>
Tilsynets vurdering	
Tilsynet vurderer, at der er fulgt op på de givne anbefalinger fra sidste tilsyn.	

3.2 SUNDHEDSFAGLIG DOKUMENTATION

Data	<p>Generelle oplysninger</p> <p>Der er oprettet generelle oplysninger på alle beboere med aktuelle helbredsoplysninger og med beskrivelse af beboernes mestring, motivation, ressourcer, roller, vaner og livshistorie.</p> <p>Besøgsplaner</p> <p>Plejecentret har valgt, at dokumentation for beboernes behov for pleje og omsorg er beskrevet i handlingsanvisninger på de enkelte indsatser. Dokumentationen er systematisk opbygget og giver overblik over den samlede indsats over døgnet. Handlingsanvisningerne er handlevejledende med beskrivelse af sundhedsfremmende og rehabiliterende indsatser, blandt andet i forhold til ernæring og træning. På alle tilstande er der mål og dato for næste opfølgning. 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.</p>
-------------	--

Helbredstilstande

På alle borgere er der udarbejdet helbredstilstande med markering af, hvilke der ikke er aktuelle for borger. Der er taget stilling til alle felter i helbredstilstandene med mål og dato for opfølgning. 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 gruppeassistent blandt andet har ansvar for korrespondancer med egen læge og for opdatering af FMK. Kontaktpersonen har ansvar for, at handlingsanvisninger på pleje og omsorg er aktuelle og opdaterede, og forløbsansvarlig assistent har ansvar for helbredstilstande og delegation af opgaver. Medarbejderne redegør for, at der løbende dokumenteres, samt at tilstande tilrettes ved afvigelser/ændringer, samt at der er fast praksis for, at der følges op på alle beboere hver måned. Medarbejderne tilgår dokumentationen på mobile enheder og har adgang til PC.

Serviceassistenter anvender ikke Cura, men deltager i morgenbriefinger og får på den måde kendskab til beboernes aktuelle tilstand.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at dokumentationen er særdeles tilfredsstillende og lever op til gældende retningslinjer på området og fremstår med en faglig og professionel standard med systematik og overblik. Dokumentationen er fyldestgørende og beskriver handlevejledende indsatser og er beskrevet i et fagligt og professionelt sprog.

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

3.3 MEDICINHÅNTERING OG ADMINISTRATION**Data**

Tilsynet er forevist centrets instruksmappe med medicininstruks og centrets lokale instruks/arbejdsgang for medicinhåndtering samt vejledning fra Styrelsen for patientsikkerhed. Alle instrukser er påført dato for seneste gennemgang. Medicinen er gennemgået med en af centrets gruppeassistenter.

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.

Medicिंगennemgang hos tre beboere:

- Medicinskemaet indeholder dokumentation iht. gældende retningslinjer
- Medicin for den enkelte beboer opbevares tre steder:
 - Medicinen, der ikke er dispenseret, er opbevaret korrekt i aflåst fællesskab i depot i kurve mærket med borgers navn og CPR-nummer, dog ses i et tilfælde håndkøbsmedicin, der ikke er mærket med borgers id. I alle tilfælde ses tydelig mærkning med aktuel, ikke aktuel og pn medicin
 - Den igangværende ugedoseringsæske er korrekt opbevaret i aflåst skab på kontoret. Alle ugedoseringsæsker er korrekt mærket med navn og CPR-nummer.
 - Dagsdoseringsæsken med dagens medicin er opbevaret i aflåst skuffe i køkkenet. Dagsdoseringsæsker er alle mærket med borgers navn og CPR-nummer. Der ses dog et enkelt håndkøbspræparat, som ikke er mærket med borgers id.
- I alle tilfælde er doseringen korrekt.
- Der er givet den medicin, der skal være givet på tilsynstidspunktet.

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

Medarbejderne redegør reflekteret for praksis omkring medicinhandling og medicinadministration. Medicinstrukturen er et kendt værktøj for gruppeassistent og for medarbejder, der er i plejen. Gruppeassistenten redegør for, at der er fast praksis for, at seponeret medicin gennemgås og bortskaffes til apoteket hver tredje måned. Beboerne får medicinen udleveret i forbindelse med måltidet, hvor der vinges af elektronisk. For at give overblik over, hvem der har fået medicin, krydses desuden af på skemaet, der ligger i skuffen sammen med medicinen. Adrenalin findes i afdelingens køleskab.

Centret arbejder systematisk med UTH, dels med samlerapportering og dels med individuelle indberetninger, som tages op på personalemøder med henblik på forebyggelse og læring.

Der arbejdes med delegation af opgaver og med oplæring i konkrete opgaver til konkrete beboere.

Under fokusgruppeinterview med medarbejderne bemærker tilsynet, at medarbejdernes beskrivelse af medicinadministration i daghjemmet ikke følger gældende instruks i forhold til kontrol, udlevering og kvittering for, at medicin er givet. Medarbejderne tilkendegiver, at deres mulighed for at følge gældende retningslinjer har været taget op, uden at det har givet respons.

Tilsynet har efterfølgende drøftet dette med ledelsen og påpeget, at det bør afstemmes og sikres, at medarbejderne følger gældende retningslinjer for medicinhandling.

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 reflektiv måde redegøre for medicinhandling og medicinadministration, praksis for UTH og delegation af opgaver. Der forefindes relevante medicinstrukser, og medicinen er korrekt opbevaret og mærket, fraset enkelte mangler i forhold til mærkning af håndkøbsmedicin.

3.4 HVERDAGENS PRAKSIS**3.4.1 Personlig pleje og praktisk støtte****Data**

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

Beboerne er meget tilfredse med hjælpen og oplever at få hjælp, som svarer til deres behov. De angiver alle, at de selv deltager aktivt i de daglige opgaver i forbindelse med personlig pleje, og alle fortæller, at det er muligt at få ekstra hjælp, når der opstår behov for det. Beboerne er optaget af selv at kunne klare mest muligt, hvor en fremhæver, at medarbejderne hjælper med at have overblikket. Beboerne er særdeles trygge ved den samlede indsats, blandt andet nævner en beboer navngivne medarbejdere, som særligt støtter op omkring medicin, og fælles er det, at hjælpen er tæt på, som giver ekstra tryghed. Den praktiske hjælp opleves ligeledes tilfredsstillende, hvor en borger synes, at boligen bliver rigtig pænt holdt.

Medarbejderne redegør for, at det er gruppeassistent, der udarbejder dagsplan. Der arbejdes med forskudt indmøde og overlap mellem vagter. Der er daglig morgenbriefing i hver afdeling, hvor afsnitsleder deltager. Den daglige planlægning tager afsæt i borgerens aktuelle tilstand, kontaktpersonsystem og kompleksitet i opgaverne. De konkrete opgaver hos beboerne fremgår af handlingsanvisninger til de aktuelle indsatser. Der er daglig triagering, hvor overblikket ses i grupperummet. Fokus på rehabilitering sker blandt andet med et tæt samarbejde med fysio- og ergoterapeuter med relevant træning, og i hverdagen er tilgangen, at beboerne støttes og guides til at klare så meget som muligt selv afhængig af, hvad de magter på dagen.

Den praktiske støtte i boligen varetages af faste serviceassistenter, som også sørger for ekstra daglig rengøring, hvor det er påkrævet, og ligeledes sikrer den daglig oprydning. Aktuelt er der ekstra fokus på hygiejne med flere daglige afsprøjtning af flader og håndtag samt i boliger efter besøgende.

Under rundgang bemærker tilsynet medarbejdere i plejen, der eksempelvis bærer smykker og har langærmede trøjer/bluser på. Tilsynet har efterfølgende drøftet med ledelsen, at medarbejderne skal have fokus på uniformsetikette, uanset om de benytter privat tøj eller uniformer, der er stillet til rådighed.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at beboerne er meget tilfredse med kvaliteten af den personlige støtte og pleje samt praktisk støtte, og alle 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.

3.4.2 Mad og måltider

Data

Tilsynet observerer middagsmåltidet i et afsnit. Bordene er dækket med porcelæn og servietter, og der er ro i lokalet. Beboere, der skal deltage i måltidet, kommer til og er klar, inden måltidet begynder. En medarbejder øser op på fade og i skåle, og en anden medarbejder byder maden rundt, og beboerne spørges til, hvad de ønsker. Drikkevarer bydes ligeledes rundt. En enkelt beboer siger fra over for dagens ret, da beboer ikke tåler kål. Medarbejder betvivler beboers udsagn og modsiger beboer flere gange, inden beboer så tilbydes et alternativ. Beboerne støttes og hjælpes efter behov, enkelte får maden skåret ud, og der ses beboere, der kan det hele selv. Undervejs i måltidet går medarbejder, der støtter en enkelt beboer fra, blandt andet for at besvare telefon. Ligeledes bemærkes, at medarbejdere er optaget af opgaver i køkkenet med anretning af efterret og ligeledes betjene opvaskemaskinen. Der ryddes op efter første ret, inden alle er færdige, og efterretten serveres, før sidste beboer er færdig med hovedretten. Overordnet er der hyggesnak mellem enkelte beboere og medarbejdere.

Beboerne er meget tilfredse med maden. De fremhæver, at maden smager godt, og at der, så vidt de ved, er mulighed for at ønske.

Dog mener en beboer, at det ikke er nødvendigt, da maden er god og varieret, og at der f.eks. til den kolde mad bliver serveret små anretninger som afvekling. Alle spiser i fællesskabet og oplever at det er hyggeligt, og man har faste pladser.

Medarbejderne redegør for, at der er struktur for mad og måltid, hvor opgaverne planlægges og fordeles til morgenmøde. Aktuelt er måltidet omlagt på grund af Coronarestriktioner, så det kun er medarbejdere med opgaver til beboere, der sidder med ved bordet. Der er fokus på at matche beboerne, og idealet er, at der er ro under måltidet.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at beboerne er meget tilfredse med madens kvalitet, og de er tilfredse med rammerne og det sociale samvær under måltiderne. Medarbejderne kan med faglig indsigt redegøre for arbejde med at sikre det gode måltid. Det er samtidig tilsynets vurdering, at der under måltidet er uro i baggrunden, og at medarbejdere forstyrres af telefonopkald. Endelig vurderes det, at medarbejder ikke lytter til beboers behov for alternativ ret.

3.4.3 Kommunikation og adfærd

Data

Tilsynet observerer under rundgang og interview med medarbejderne en respektfuld og anerkendende kommunikation og adfærd.

Beboerne er meget tilfredse med medarbejderne, som de oplever er søde, flinke, imødekommende og hjælpsomme. Alle tilkendegiver, at det er faste medarbejdere, og at omgangstone og adfærd er anerkendende og respektfuld, hvor en beboer nævner, at der altid bliver banket på døren, inden medarbejder går ind.

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, som følges op efter tre måneder. Medarbejderne tilkendegiver, at de har en feedback kultur og øver sig i være undrende og i at handle på en eventuel u hensigtsmæssig praksis hos en kollega.

Tilsynets vurdering

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

3.4.4 Fysiske rammer

Data

Fællesarealer fremstår renholdte og ryddelige. Indretningen er hyggelig og hjemlig, og i tilknytning til køkkenet ses indrettet med sofagruppe og TV, hvor der under tilsynet ses beboere og medarbejdere, som fælles ser tv.

Beboerne kender de faste aktiviteter, hvor en er optaget af egne aktiviteter, og hvor dagens højdepunkt er aftenhygge med en kær bekendt. En anden beboer siger direkte, at beboer ikke gider at deltage, og en tredje beboer savner de sædvanlige aktiviteter og at kunne deltage sammen med daghjemmet. Ingen af beboerne er i gang med træningsforløb.

Centret har ansat aktivitetsmedarbejder, som er ansvarlig for aktiviteter, herunder klippekort, og som kommer på skift i de enkelte afdelinger. Medarbejderne har derudover aktivitet som en integreret del af de daglige opgaver. Ved behov for træning visiteres borgerne til fysio- og ergoterapeut.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at beboerne er tilfredse med kvaliteten af aktiviteter, og beboerne oplever at modtage relevante aktivitets- og træningstilbud, og at de selv vælger, om de vil deltage. Medarbejderne kan med faglig indsigt reflekteret redegøre for arbejdet for aktiviteter og træning til beboerne.

3.5 INTERVIEW AF PÅRØRENDE**Data**

Tilsynet har interviewet to pårørende, som er pårørende i forhold til tre beboere. Begge pårørende udtrykker stor tilfredshed med hjælpen og kvaliteten, herunder den måde deres nærmeste får hjælpen på. Den ene pårørende nævner specifikt det fine samarbejde under beboers akutte sygdom med løbende kontakt og meget omsorgsfuld hjælp. Der er også stor tilfredshed med rengøring og vasketøj. Begge udtrykker, at maden er fantastisk, og at der er mulighed for socialt samvær under måltidet. Begge nævner, at der sædvanligvis er mange aktiviteter, men at dette er indskrænket under Coronasituationen. Den løbende information, blandt andet på centrets Facebookgruppe, opleves også som meget tilfredsstillende og giver god mulighed for at følge med i aktiviteter.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at pårørende er meget tilfredse med den samlede indsats, herunder samarbejdet med ledelse og medarbejde.

3.6 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE**3.6.1 Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling****Data**

Centret er organiseret med plejecenterleder, afsnitsledere og gruppeassistenter. Centret har fire plejegrupper med hver en afsnitsleder, og hver plejegrupper er delt i to med hver deres gruppeassistent, som har en koordinerende opgave. Ud over plejeboliger rummer centret køkken, administration, daghjem og teknisk service. Medarbejdergruppen er social- og sundhedsmedarbejdere, en fysioterapeut, serviceassistenter og kostuddannede. Plejecenterleder er sygeplejerske, og ledelsen vurderer, at centret har de rette kompetencer i forhold til målgruppen, idet der også kan trækkes på eksterne specialister ved behov. Medarbejderne i plejen arbejder hver tredje weekend og har forskudt indmøde.

Der arbejdes med kompetenceudvikling, hvor fokus har været på dokumentationspraksis, og VAR er implementeret med mobil adgang, og ellers er diverse instrukser tilgængelige i mapper på kontorerne.

Medarbejderne føler sig klædt på til opgaven og tilkendegiver samtidig, at det altid er i orden at søge råd og vejledning, blandt andet hos demensvejleder, akutteam eller psykiater.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er fokus på at sikre de rette faglige kompetencer, og at medarbejderne har de nødvendige faglige kompetencer samt er tilfredse med mulighederne for kompetenceudvikling.

3.6.2 Tværfagligt samarbejde

Data	<p>Centret har tilrettelagt årshjul for alle mødeaktiviteter, blandt andet er der planlagt fast sygeplejemøde hver tredje måned for ledelsen og alle assistenter. I hverdagen understøttes tværfaglighed på de daglige briefinger, hvor alle medarbejdergrupper deltager.</p> <p>Medarbejderne oplever generelt et godt tværfagligt samarbejde med gode sparringsmuligheder både i daglig praksis og i de forskellige mødefora, blandt andet på triagemøder og i samarbejdet med plejecenterlæge og akutteam. Desuden er der mulighed for sparring med eksterne samarbejdspartnere, og der arbejdes med kompetenceprofiler.</p>
Tilsynets vurdering	<p>Tilsynet vurderer, at centret har rammer for tværfagligt samarbejde blandt medarbejdere og med eksterne samarbejdspartnere, samt at det tværfaglige samarbejde er velfungerende.</p>

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
<p>1 - Særdeles tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Det særdeles tilfredsstillende resultat kan følges op af tilsynets anbefalinger.
<p>2 - Meget tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Det meget tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger.
<p>3 - Tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedømmelsen tilfredsstillende opnås, når forholdene kan karakteriseres som tilstrækkelige, og hvor der er konstateret flere mangler, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats. • Det tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger.
<p>4 - Mindre tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Det mindre tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger, fx anbefaling om udarbejdelse af handleplan.
<p>5 - Ikke tilfredsstillende</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. • Det ikke tilfredsstillende tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

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.