



# Tilsynsrapport Hvidovre Kommune

Center for Sundhed og Ældre  
Plejecenter Krogstenshave

Uanmeldt tilsyn  
August 2021

# 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 .....	9
3.4	HVERDAGENS PRAKSIS .....	10
3.4.1	Personlig pleje og praktisk støtte .....	10
3.4.2	Mad og måltider .....	11
3.4.3	Kommunikation og adfærd.....	12
3.4.4	Fysiske rammer .....	12
3.5	INTERVIEW AF PÅRØRENDE .....	13
3.6	ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE.....	14
3.6.1	Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling .....	14
3.6.2	Tværfagligt samarbejde.....	15
<b>4.</b>	<b>TILSYNETS FORMÅL OG METODE.....</b>	<b>16</b>
4.1	FORMÅL .....	16
4.2	METODE .....	16
4.3	VURDERINGSSKALA.....	17
4.4	TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE.....	18

## 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 de 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 Plejecenter Krogstenshave er, at der er tale om et plejecenter med

### Tilfredsstillende forhold

Tilsynet vurderer, at plejecentret har arbejdet målrettet og relevant med opfølgning på anbefalinger fra sidste års tilsyn, og at der er fokus på udviklingsområder, som medvirker til at højne kvaliteten i plejen. På trods af dette, er der på dokumentationsområdet fundet mangler på flere områder, som kræver en målrettet indsats at rette op på. Manglerne omhandler blandt andet ensartet systematik og handlevejledende beskrivelse af hjælpen i besøgsplaner, ajourføring og opfølgning på handlingsanvisninger samt opfølgning på tilstande. Samtidig er det tilsynets vurdering, at medarbejderne under gruppeinterviewet kan redegøre for en dokumentationspraksis, som følger gældende retningslinjer på området.

I forhold til medicinområdet vurderes det, at der findes mindre fejl og mangler i forhold til opbevaring og udlevering. Det vurderes samtidig, at beboerne er tilfredse med hjælpen til medicinbehandling og administration, og at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for medicinområdet samt for praksis omkring utilsigtede hændelser og delegation/opgaveoverdragelse.

På baggrund af hverdagens praksis vurderer tilsynet, at der observeres sammenhæng mellem de beskrevne problemstillinger, beboernes tilstand og ressourcer samt den pleje og omsorg, der leveres. Beboerne er generelt tilfredse med den hjælp og støtte, de modtager til personlig pleje, men det vurderes, at to beboere oplever travlhed på plejecentret. Beboerne oplever alle tilfredshed med den praktiske hjælp. Medarbejderne kan med faglig indsigt redegøre for, hvorledes personlig pleje og praktisk støtte leveres ud fra en individuel tilgang tilpasset målgruppen.

Tilsynet vurderer, at de observerede måltider foregår i overensstemmelse med principperne for det gode måltid. Beboerne udtrykker generelt tilfredshed med maden, fraset én beboer. Det vurderes, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for principperne i det gode måltid.

Tilsynet vurderer, at der generelt foregår en venlig, imødekommende og respektfuld kommunikation mellem medarbejderne og beboerne, hvilket beboerne ligeledes oplever, og medarbejderne kan redegøre for.

Plejecentret har en hjemlig indretning, som er tilpasset målgruppen. I et tilfælde vurderes det, at personfølsomme oplysninger ikke er opbevaret korrekt. Det vurderes, at aktivitetstilbuddet er påvirket af sommerferie, men at beboerne generelt er tilfredse med tilbuddet. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for aktivitets- og træningsindsatsen.

Tilsynet har foretaget interview med to pårørende, og tilsynet vurderer på baggrund heraf, at de pårørende er tilfredse med den pleje og omsorg, der leveres på plejecentret samt med kontakten til medarbejdere og ledelse. Kvaliteten af maden beskrives ligeledes med tilfredshed, dog med et ønske fra den ene pårørende om, at den varme mad serveres til frokost i stedet for aften. Pårørende oplever tilfredshed med tilbud om aktiviteter, men beskriver samtidig, at tilbuddene er påvirket af situationen med COVID-19.

Det er tilsynets vurdering, at plejecentret oplever særlige udfordringer i forhold til organiseringen, som påvirker hverdagens drift. Samtidig vurderes det, at der er et skærpet ledelsesmæssigt fokus på, hvordan rette kompetencer sikres, og at der ledelsesmæssigt arbejdes med at iværksætte relevante indsatser, som skal understøtte en stabil organisering. Det vurderes, at medarbejderne oplever at have de nødvendige kompetencer samt gode muligheder for kompetenceudvikling.

Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er et relevant fokus på det tværfaglige samarbejde, og at medarbejderne oplever et velfungerende samarbejde, både internt og eksternt.

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 der implementeres indsatser, så det sikres, at besøgsplaner udarbejdes på en ensartet og systematisk måde. Derudover anbefaler tilsynet, at der rettes et skærpet fokus på at sikre, at besøgsplaner altid udarbejdes handlevejledende og individuelt samt indeholder beskrivelser af beboernes behov for pleje og omsorg gennem hele døgnet.
2. Tilsynet anbefaler, at plejecentret implementerer indsatser, så det sikres, at handlingsanvisninger altid udarbejdes handlevejledende og fremstår ajourførte. Derudover anbefaler tilsynet, at der rettes et skærpet fokus på at sikre den nødvendige dokumentation under observationsnotater som led i opfølgning på indsatserne.
3. Tilsynet anbefaler, at plejecentret sikrer, at der arbejdes med løbende opfølgning på helbredstilstande, og at der er en ensartet faglig forståelse for dokumentation af næste opfølgningsdato.
4. Tilsynet anbefaler, at der sættes ledelsesmæssig fokus på, hvordan der kan sikres korrekt opbevaring af beboernes medicin, hvor der er en tydelig adskillelse af den aktuelle og ikke-aktuelle beholdning. Hertil anbefales det, at de farvede medicinposer implementeres på hele plejecentret som led i at sikre korrekt opbevaring.
5. Tilsynet anbefaler, at der skabes faglig refleksion blandt medarbejderne omkring manglende udlevering af medicin, så det sikres, at medicinen destrueres korrekt, samt at der i dokumentationen beskrives årsag til den manglende udlevering.
6. Tilsynet anbefaler, at der iværksættes indsatser, som medvirker til at minimere beboernes oplevelse af travlhed blandt medarbejderne på plejecentret. Hertil anbefales det, at det skærpede ledelsesmæssige fokus på at skabe en stabil organisering fastholdes.
7. Tilsynet anbefaler, at alle personfølsomme oplysninger til enhver tid opbevares korrekt og i henhold til gældende regler på området.

## 2. OPLYSNINGER OM PLEJECENTRET

Oplysninger om plejecentret og tilsynet
Adresse: Plejecenter Krogstenshave, Krogstens Allé 47, 2650 Hvidovre
Leder: Lene Pedersen
Antal boliger: 163 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 17. august 2021
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 3 beboere</li><li>• Gennemgang af dokumentation</li><li>• Interview af 2 pårørende</li><li>• Gruppeinterview med 3 medarbejdere (2 social- og sundhedshjælpere og 1 social- og sundhedsassistent)</li></ul>
Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Gitte Duus Andersen, manager og sygeplejerske Gitte Ammundsen, Senior manager og sygeplejerske

## 3. DATAGRUNDLAG

### 3.1 OPFØLGNING PÅ FOREGÅENDE TILSYN

<b>Data</b>	<p><b>Interview med ledelsen:</b></p> <p>Tilsynet indledes med, at ledelsen redegør for opfølgning på sidste års tilsyn, hvor der efterfølgende blev udarbejdet en handleplan for, hvordan der skulle arbejdes med anbefalingerne. I forhold til anbefalinger vedrørende dokumentationen beskrives det, at området italesættes på sygeplejefagligt forum. Der er iværksat faste Cura-møder en gang om måneden, hvor enkelte beboeres dokumentation gennemgås. Herudover mødes en gruppe på tværs af afdelinger. Gruppen har ansvaret for videreformidling af nye tiltag. Ledelsen beskriver, at der løbende arbejdes med dokumentationen, og at der iværksættes relevante handlinger, som fx undervisning, når der identificeres mangler på et område. Herudover er der planlagt faste ugentlige auditeringer på hver afdeling efter sommerferien. Vedrørende anbefaling på rengøring af hjælpemidler og fællesarealer fortæller ledelsen, at der på hver afdeling er en arbejdsangang for, hvem der er ansvarlig for rengøring af hjælpemidler og et dagligt ledelsesmæssigt blik på fællesarealerne.</p> <p>Af øvrige udviklingsområder beskrives, at der udføres faste auditeringer af medicinen ved social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker.</p> <p>Et af de områder, som der er arbejdet meget med, er demens. Her har alle medarbejdere været på AMU-kursus, og hver afdeling har to ressourcpersoner inden for området. Videre har der generelt været fokus på samarbejdet med og relationsdannelsen til beboerne og på håndteringen af beboere med udadreagerende adfærd. Hertil beskriver ledelsen, at der er ansat en psykiatrisk sygeplejerske, som både har fokus på beboerne og på medarbejderne. Sygeplejersken deltager også i beboerkonferencer.</p> <p>Videre beskrives det, at der har været en del personalemæssige udfordringer, hvilket beskrives i afsnittet omkring organisatoriske rammer.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret har arbejdet målrettet og relevant med opfølgning på anbefalinger fra sidste års tilsyn og at der er fokus på udviklingsområder, som medvirker til at højne kvaliteten i plejen. På trods af dette, findes der dog fortsat mangler i forhold til dokumentationen.</p>

### 3.2 SUNDHEDSFAGLIG DOKUMENTATION

<b>Data</b>	<p><b>Generelle oplysninger:</b></p> <p>På alle tre beboere er der oprettet generelle oplysninger med aktuelle helbredsoplysninger og med beskrivelser af beboernes mestring, motivation, roller, vaner.</p> <p><b>Funktionsevnetilstande:</b></p> <p>Der foreligger funktionsevnetilstande på alle beboere med beskrivelse af beboers mål for indsatsen. Tilsynet bemærker, at funktionsevnetilstande for en beboer ikke er ajourført gennem mere end et år på flere af felterne.</p> <p><b>Besøgsplaner:</b></p> <p>Der er udarbejdet besøgsplaner for alle tre beboere. Alle tre besøgsplaner indeholder beskrivelser af beboernes ressourcer, og hvorledes disse medinddrages i plejen.</p>
-------------	---

Tilsynet bemærker, at der ikke anvendes en ensartet systematik i udarbejdelsen af besøgsplanerne. I en besøgsplan er der anvendt inddeling af beskrivelserne under forskellige overskrifter. Dette ses ikke i de to øvrige besøgsplaner.

De tre besøgsplaner har alle delvise mangler. Manglerne vedrører eksempelvis, at der mangler handlevejledende beskrivelse af hjælpen til bad i en besøgsplan, og hjælpen for aften mangler helt i to af besøgsplanerne. I forhold til alle tre beboere er hjælpen for natten ikke tilstrækkelig handlevejledende beskrevet. Der fremgår kun beskrivelse af, at der skal udføres tilsyn 2-3 gange i løbet af natten.

I en af besøgsplanerne anvendes et mindre fagligt og hensigtsmæssigt sprogbrug. Yderligere observeres det, at der i en besøgsplan foreligger beskrivelser af faglige selvfølgeligheder. Eksempelvis fremgår der beskrivelse af, at der skal udføres korrekt nedre hygiejne for at forebygge urinvejsinfektioner.

#### Helbredstilstande:

For to beboere er der udarbejdet ajourførte helbredstilstande, og der ses overensstemmelse mellem beskrivelser og den medicinske behandling, som beboerne er i.

For en beboer mangler der beskrivelse af beboerens udfordringer i forhold til periodevise smerter. Yderligere bemærkes det, at der for samme beboer ikke er fulgt op på helbredstilstande gennem mere end et år, samt at næste opfølgingsdato er sat 2-3 år frem.

#### Handlingsanvisninger:

Der er udarbejdet handlevejledende handlingsanvisninger for alle tre beboere relateret til medicindispensering og medicinadministration.

Tilsynet bemærker, at for øvrige sygeplejeydelser har handlingsanvisningerne delvise mangler gældende for alle tre beboere. Manglerne vedrører eksempelvis:

- I handlingsanvisning for vægtmåling mangler der beskrivelse af, hvor ofte der skal måles vægt, og hvornår der skal reageres på eventuelle ændringer i vægten.
- I handlingsanvisning for psykisk støtte dokumenteres det, at der skal foretages observationer i hver vagt. Under observationsnotater ses gennem de seneste måneder kun en enkelt dokumenteret observation herpå.
- Handlingsanvisning for blodtryksmåling mangler beskrivelse af, hvor ofte der skal ske måling.
- Handlingsanvisning for smertepaster mangler ajourføring. Det er beskrevet, at der skal skiftes plaster hver fredag. Beboerens ordination lyder på skift af smertepaster to gange ugentligt.

Alle handlingsanvisninger indeholder dokumentation af beboernes samtykke til handlingen, og der sker generelt henvisning til VAR.

Under observationsnotater bemærker tilsynet, at der for to af beboerne er beskrevet manglende udlevering af medicin som planlagt. Der foreligger ikke beskrivelse af årsagen til den manglende udlevering af medicin.

#### Interview med medarbejdere:

Medarbejderne redegør for dokumentationsområdet, herunder at besøgsplaner udarbejdes ud fra en særlig skabelon. Der anvendes faste overskrifter, og beskrivelserne skal være handlevejledende, også i forhold til bad og måltider. Handlingsanvisninger udarbejdes på alle sundhedslovsindsatser. Disse skal indeholde en handlevejledende beskrivelse af indsatsen samt link til VAR. Medarbejderne beskriver, at kontaktpersonen har ansvaret for dokumentationen, som skal opdateres ved forandringer. Der afholdes faste Cura-møder, og der er altid mulighed for at få hjælp og sparring.

Medarbejderne giver udtryk for, at det kan være vanskeligt at finde tid til dokumentationsopgaven, hvilket kan påvirke kvaliteten eller bevirke, at dokumentationsopgaver videregives eller udskydes til den efterfølgende dag.



### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at dokumentationsområdet indeholder mangler på flere områder, som kræver en målrettet indsats at rette op på. Manglerne omhandler blandt andet opfølgning på tilstande, ensartet systematik og fyldestgørende beskrivelse af hjælpen i besøgsplaner samt ajourføring og opfølgning på handlingsanvisninger. På trods af de fundne mangler vurderes det samtidig, at medarbejderne under gruppeinterviewet kan redegøre for en dokumentationspraksis, som følger gældende retningslinjer på området.

## 3.3 MEDICINHÅNTERING OG ADMINISTRATION

### Data

På plejecentret er der adgang til kommunens elektroniske medicininstruks og vejledning for medicinhåndtering. Medicinen er gennemgået med medicinansvarlige medarbejdere.

#### Medicingennemgang hos tre beboere:

For alle beboere indeholder medicinskema dokumentation i henhold til gældende retningslinjer. Der er foretaget korrekt dispensering, og der er givet den medicin, der skal være givet på tilsynstidspunktet.

Medicinen opbevares i aflåste skabe i beboernes boliger. Hertil bemærker tilsynet, at der på to afdelinger anvendes farvede poser til at sikre korrekt adskillelse af aktuel og ikke-aktuel medicin, hvilket ikke er gældende på den sidste afdeling. På denne afdeling ses samtidig to mindre medicinske skabe uden tydelig markering af, hvordan medicinen skal opbevares. Medarbejderen fortæller, at der arbejdes ud fra en opdeling, hvor det ene skab indeholder den aktuelle beholdning, mens det andet skab indeholder ikke-aktuel og pn-medicin. I stikprøven på denne afdeling er der ikke en tydelig opdeling af aktuel og ikke-aktuel medicin, idet den aktuelle beholdning er placeret i begge skabe. Medarbejderen beskriver, at dette kan skyldes, at der ikke er plads i det ene skab. Herudover bemærkes, at:

- Der mangler navn og CPR-nummer på én doseringsæske
- Der mangler at blive udleveret morgenmedicin fra en af de foregående dage. Doseringssæskene er lagt sammen med den aktuelle dispenserede medicin, og medicinen er dermed ikke destrueret på korrekt vis.

#### Interview med beboere:

Beboerne udtrykker tilfredshed med hjælpen til medicinhåndtering og administration.

#### Interview med medarbejdere:

En medarbejder redegør for korrekt medicindispensering, herunder at der udelukkende dispenseres til fulde dage. Dispenseringen foregår i boligen, og der anvendes medicinborde. Medarbejderen fortæller, at der kan være udfordringer med opbevaringen af medicin, da skabene er meget små. Hertil beskrives det, at der på nuværende ikke anvendes farvede poser på alle afdelinger.

En anden medarbejder redegør for korrekt medicinadministration, herunder at social- og sundhedsassistenten kontaktes, hvis der er uoverensstemmelser, eller hvis medicinen fra tidligere ikke er givet. Samtidig indrapporteres der en utilsigtet hændelse. De utilsigtede hændelser varetages af den kliniske udviklingssygeplejerske, og området italesættes jævnligt både til de daglige triageringsmøder og til sygeplejefagligt møde.

I forhold til delegering og opgaveoverdragelse beskrives det, at der er udarbejdet kompetenceprofiler på alle medarbejdere og faste afløsere. En social- og sundhedshjælper beskriver konkrete eksempler på indsatser, som er overdraget.

### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at der findes mindre fejl og mangler på medicinområdet i forhold til opbevaring og udlevering. Det vurderes samtidig, at beboerne er tilfredse med hjælpen til medicinhåndtering og administration, og at medarbejderne fagligt reflekterer og kan redegøre for medicinområdet samt for praksis omkring utilsigtede hændelser og delegation/opgaveoverdragelse.

## 3.4 HVERDAGENS PRAKSIS

### 3.4.1 Personlig pleje og praktisk støtte

#### Data

##### Observation:

Tilsynet observerer, at beboerne fremstår velplejede. Der observeres sammenhæng mellem de beskrevne problemstillinger, beboernes tilstand og ressourcer samt den pleje og omsorg, der leveres. Boligerne fremstår ryddelige og rene i overensstemmelse med beboernes habitus. Hjælpemidler fremstår ligeledes rengjorte.

##### Interview med beboere:

To af beboerne beskriver tilfredshed i forhold til den pleje og omsorg, de modtager på plejecentret, herunder at nødkaldet besvares hurtigt, og at det altid er muligt at få hjælp, hvis man har brug for det. Den ene beboer beskriver dog samtidig oplevelsen af, at der er mangel på personale og travlhed på afdelingen.

Den sidste beboer beskriver både tilfredshed og utilfredshed omkring plejen. Hertil beskriver beboeren, at nogle medarbejdere er dygtige og meget hjælpsomme, mens andre har travlt og giver beboeren en følelse af at være til besvær. Beboer tilføjer, at det ikke er alle, som har forståelse for hendes sygdomssituation eller ved, hvilken hjælp hun har behov for. Beboeren fortæller, at hun tror, at de er underbemandede på plejecentret. Oplevelsen er præsenteret for ledelsen til tilbagemeldingen, som vil sikre opfølgning hos den konkrete beboer.

Alle tre beboere udtrykker stor tilfredshed med hjælpen til rengøring og praktiske opgaver.

##### Interview med medarbejdere:

Medarbejderne redegør for, hvorledes den personlige pleje og omsorg ydes i forhold til målgruppens forskellige og særlige behov. Hertil beskrives det, hvordan beboerne fordeles ud fra prioritering om kontinuitet og kompleksitet. Medarbejderne beskriver, at plejen tilrettelægges ud fra den enkelte beboers individuelle ønsker, kombineret med en faglig opmærksomhed på beboerens behov. Der afholdes indflytningssamtaler, hvor pårørende har mulighed for at deltage. Her spørges ind til livshistorie, vaner og rutiner.

Medarbejderne beskriver forskellige tiltag for at minimere forstyrrelser under plejen. En medarbejder fortæller samtidig, at kaldet kan medvirke til at skabe forstyrrelser under plejen, da dette skal besvares.

Medarbejderne redegør for den rehabiliterende tilgang og beskriver, hvordan der anvendes motivation, gentagelser og guidning. En medarbejder fortæller samtidig, at det kan være vanskeligt at arbejde rehabiliterende, da det tager længere tid. Ledelsen beskriver, at der er planlagt en indsats omkring den rehabiliterende tilgang i efteråret.

Medarbejderne beskriver forskellige opgaver og overvejelser vedrørende hjælp til praktiske opgaver, herunder at boligen skal se pæn og ordentlig ud, samt at der skal være fyldt op med remedier, så alt er klar til plejen.

### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at der observeres sammenhæng mellem de beskrevne problemstillinger, beboernes tilstand og ressourcer samt den pleje og omsorg, der leveres.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne generelt er tilfredse med den hjælp og støtte, de modtager til personlig pleje, men at to beboere oplever travlhed på plejecentret, hvoraf den ene beboer beskriver en følelse af at være til besvær. Beboerne oplever alle tilfredshed med den praktiske hjælp.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne med faglig indsigt kan redegøre for, hvorledes personlige pleje og praktisk støtte leveres ud fra en individuel tilgang tilpasset målgruppen.

### 3.4.2 Mad og måltider

#### Data

##### Observation:

I morgen- og formiddagstimerne sidder flere beboere og nyder deres morgenmad. På en afdeling sidder tre beboere samlet ved et langt bord i forlængelse af køkkenet. Bordet er dækket, og der står små vaser med enkelte blomster. Pladserne er markeret med beboernes navne. Der er serveret drikkevarer efter beboernes ønske, og der er små kander med kaffe, så beboerne selv kan skænke.

Tilsynet observerer et frokostmåltid på en afdeling. Maden er anrettet på fade, og beboerne gives mulighed for selv at vælge deres smørrebrød, og hvad de ønsker at drikke til. Medarbejderne har delt opgaverne imellem sig. To medarbejdere er omkring beboerne i den fælles spisestue. Efter, at alle beboere har fået deres mad, sætter begge medarbejdere sig ved bordene. Særligt den ene medarbejder har fokus på at være i dialog med beboerne, og medarbejder spørger blandt andet ind til, om maden smager godt. En anden medarbejder, som er vikar, har mindre fokus på at være i dialog med beboerne. På et tidspunkt støder en tredje medarbejder til i den fælles spisestue. Medarbejderen har været optaget af gøremål med servering af mad for beboere, der vælger at spise i egen bolig. Medarbejderen sætter sig ned ved et af bordene og indleder en dialog med en af beboerne. Beboerne, der vælger at spise i den fælles spisestue, sidder spredt ved små borde og ved det bord, de er vant til.

##### Interview med beboere:

To af beboerne udtrykker tilfredshed med maden og måltidet, som indtages fælles med de øvrige beboere. Her beskrives stemningen som god og hyggelig. Maden beskrives vel-smagende og med et varieret udvalg. Beboerne mener ikke, at der er mulighed for indflydelse på menuen, men de beskriver, at de modtager en fast oversigt.

En tredje beboer er utilfreds med madens kvalitet, hvilket primært skyldes tilberedningen. Beboeren er dog tilfreds med desserterne, og beboer tilføjer, at medarbejderne gør alt, hvad de kan, for at tilbyde beboer mad, som hun har lyst til.

##### Interview med medarbejdere:

Medarbejderne redegør for principperne for det gode måltid, hvor det beskrives, at der arbejdes med måltidsværter, så roller og ansvar er fordelt, inden måltidet påbegyndes. Medarbejderne oplever, at det rehabiliterende måltid fortsat er udfordret grundet COVID-19 restriktioner, men de beskriver, at enkelte beboere fx er med til at dække bord. Maden anrettes af ernæringsassistenter, og beboerne gives mulighed for at vælge mellem de smurte stykker smørrebrød.

### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at de observerede måltider foregår i overensstemmelse med principperne for det gode måltid. Beboerne udtrykker generelt tilfredshed med maden, fraset én beboer. Det vurderes, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for principperne for det gode måltid.

### 3.4.3 Kommunikation og adfærd

#### Data

##### Observation:

Overalt på plejecentret observeres respektfuld kommunikation og adfærd mellem medarbejderne og beboerne. Medarbejderne banker på beboernes dør og afventer svar, inden de går ind i boligen. Medarbejderne er smilende, hjælpsomme og hilser venligt på tilsynet. Tilsynet observerer i et enkelt tilfælde dog, at en medarbejder tiltaler en beboer med "lille skat".

##### Interview med beboere:

Alle tre beboere giver udtryk for, at de har en god kontakt til medarbejderne, hvor de generelt oplever en behagelig omgangstone og en god kommunikation. En beboer giver udtryk for, at kommunikationen og kontakten kan være påvirket af de oplevelser, som er beskrevet under "hverdagens praksis". Dog fremhæver beboer enkelte medarbejdere som værende særligt venlige og med stort overskud, hvilket beboeren glædes ved.

##### Interview med medarbejdere:

Omgangstonen beskrives af medarbejderne som værende god. Der kommunikeres i en venlig tone, og der er fokus på at være lyttende og nærværende over for beboerne. Herudover fremhæver medarbejderne en ligeværdig og respektfuld kommunikation, hvor:

- Beboerne mødes på lige fod og som værdige voksne.
- Der udvises respekt for, at det er beboernes hjem, og der bankes på døren.
- Medarbejderne præsenterer sig over for beboerne.

I tilfælde af, at der opleves en ikke værdig tilgang eller uhensigtsmæssig praksis, er medarbejderne enige om, at de vil reagere. Her vil de fx tale med vedkommende om oplevelsen.

### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at der generelt foregår en venlig, imødekommende og respektfuld kommunikation mellem medarbejderne og beboerne, hvilket beboerne ligeledes oplever, og medarbejderne kan redegøre for.

### 3.4.4 Fysiske rammer

#### Data

##### Observation:

Indretningen på plejecentret fremstår hjemlig og tilpasset målgruppen. Der ses flere små hyggekrege, som fremstår indbydende til socialt samvær. Afdelingerne er indrettet med møbler tilpasset målgruppen. Der ses fx lænestole, små borde pyntet med broderede duge og bornholmerure. På plejecentret er der ligeledes en stor fælles café, som kan anvendes til aktiviteter på tværs af afdelinger.

På tilsynsdagen er flere beboere samlet på fællesarealerne, hvor en beboer fx går en tur, mens en anden læser dagens avis. Der er en rolig stemning. Der observeres ingen konkrete aktiviteter eller træning, hvilket kan skyldes, at det fortsat er sommerferieperiode.

På afdelingerne er der en opslagstavle, hvor der på tavlen er noteret, at ønsker til ture er velkomne. På plejecentrets fællesareal ses en elektronisk informationstavle, hvor der vises billeder fra forskellige ture og aktiviteter.

På et kontor observeres et tilfælde af, at personfølsomme oplysninger ikke opbevares korrekt.

#### Interview med beboere:

En beboer oplever, at der er et godt liv på plejecentret. Beboeren fortæller om forskellige ture, og beboer oplever, at der altid er nogen at snakke med. Beboeren fortæller, at det er medarbejderne, som inviterer beboer til at deltage i aktiviteterne.

De to øvrige beboere beskriver, at der ikke foregår mange aktiviteter, hvilket de mener skyldes sommerferien. Hertil er det kun den ene beboer, som giver udtryk for, at hun savner aktiviteter, som fx banko eller quiz. Den anden beboer går selv ture, og beboer synes ikke at mangle aktiviteterne.

Ingen af beboerne giver udtryk for, at de deltager i træningstilbud.

#### Interview med medarbejdere:

Medarbejderne fortæller, at det primært er aktivitetsmedarbejdere, som varetager aktiviteter på plejecentret. COVID-19 har påvirket aktiviteterne, og gør det fortsat. Der afholdes aktiviteter, som fx banko eller en-til-en samvær. Om aftenen er der også fokus på aktiviteter, hvor der fx synges. Alle aktiviteter fremgår af en aktivitetsplan, som hænges op på afdelingens opslagstavle og noteres i medarbejdernes kalender, så beboerne kan informeres og motiveres. Tilsynet spørger yderligere ind til aktivitetsoversigt, som tilsynet ikke har kunnet se på afdelingerne. En medarbejder mener, at dette kan skyldes, at der fortsat er sommerferie blandt aktivitetsmedarbejderne.

I forhold til den vedligeholdende træning afholdes der stolegymnastik på afdelingerne, og der er mulighed for at søge træning gennem kommunens terapeuter.

#### Tilsynets vurdering

Det er tilsynets vurdering, at plejecentret har en hjemlig indretning, som er tilpasset målgruppen. I et tilfælde vurderes det, at personfølsomme oplysninger ikke er opbevaret korrekt. Det vurderes, at aktivitetstilbuddet er påvirket af sommerferie, men at beboerne generelt er tilfredse med tilbuddet. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for aktivitets- og træningsindsatsen.

### 3.5 INTERVIEW AF PÅRØRENDE

#### Data

Der foretages interview af to pårørende, som er mødt op på plejecentret.

Begge pårørende udtrykker oplevelsen af, at beboerne får den pleje og omsorg, de har behov for, og at de pårørende er tilfredse med kvaliteten heraf. En af de pårørende oplever, at der bliver passet godt på hendes ægtefælle.

En af de pårørende giver dog udtryk for lidt skepsis i forhold til hjælpen til mundhygiejne. Den pårørende oplyser, at hun kan blive i tvivl om, hvorvidt hjælpen er udført, og når hun spørger ind hertil, får hun oplyst, at beboeren ikke ønsker hjælpen. Pårørende giver udtryk for forståelse for, at medarbejderne ikke må anvende magt.

De to pårørende oplever, at maden, der serveres på plejecentret, er af god kvalitet. Den ene pårørende ville dog ønske, at der blev serveret varm mad til frokost, idet hun ofte hører klager fra nogle af beboerne om, at maden opleves opvarmet og kedelig. Den pårørende mener, at man kunne imødekomme utilfredsheden ved at servere maden umiddelbart efter, at den er tilberedt.

Begge pårørende beskriver, at medarbejderne har fagligt fokus på at sikre beboernes ernæringsmæssige behov. Den ene pårørende udtrykker dog, at hun kunne ønske, der var mere tid til at kigge ind til beboeren og lidt oftere tilbyde drikkevarer. Det er den pårørendes oplevelse, at medarbejderne har en meget travl hverdag.

Begge pårørende beskriver medarbejderne som værende søde og hjælpsomme. Begge pårørende føler sig oplyst om, hvad der foregår på plejecentre, og hvordan beboerne har det.

Den ene pårørende fortæller, at hun på de daglige besøg på plejecentret altid får en god snak med medarbejderne. De pårørende udtrykker, at deres ønsker i høj grad efterkommes, og når der rettes en lille klage over noget, lyttes der opmærksomt og gøres en indsats for at rette op på baggrunden for den pårørendes henvendelse.

Begge pårørende er bekendte med tilbud om aktiviteter, men de påpeger dog, at der har været noget stille på plejecentret på grund af COVID-19. Den ene pårørende fortæller, at da beboeren var mere frisk end nu, fik vedkommende ofte tilbudt gåture udenfor. Samme pårørende har set flere eksempler på hyggeligt samvær mellem beboere og medarbejdere, når hun er kommet på plejecentret. Pårørende beskriver, at for nylig sad beboere og medarbejdere samlet omkring en sportsbegivenhed, og der blev hyglet med drikkevarer og chips. Den anden pårørende er bekendt med, at en aktivitetsmedarbejder tilbyder forskellige aktiviteter, og pårørende har set flere eksempler på, at man gennem sommerperioden har brugt terrassen til socialt samvær og hygge. Pårørende fortæller, at det dog er i meget begrænset omfang, at beboeren deltager i aktiviteter. Beboeren har efter eget valg fravalgt dette. I stedet hygger beboeren sig med daglige besøg af familien.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at de pårørende er tilfredse med den pleje og omsorg, der leveres på plejecentret samt for kontakten til medarbejdere og ledelse. Kvaliteten af maden beskrives ligeledes med tilfredshed, dog med et ønske fra den ene pårørende om, at den varme mad serveres til frokost i stedet for til aften. Pårørende oplever tilfredshed med tilbud om aktiviteter, men pårørende beskriver samtidig, at tilbuddene er påvirket af situationen omkring COVID-19.

## 3.6 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

### 3.6.1 Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling

#### Data

##### Interview med ledelsen:

Ledelsen fortæller, at der er arbejdet meget med kultur og kommunikation på plejecentret. Dette har blandt andet ført til afvikling af flere medarbejdere. Samtidig opleves det vanskeligt at rekruttere kvalificeret personale. Hertil er der arbejdet intensivt med rekrutteringsforløb og forsøgt forskellige tiltag for at tiltrække ansøgere.

Ledelsen beskriver, at der arbejdes med medarbejdersammensætning, hvor medarbejderne hjælper på tværs af afdelinger, hvilket skal bevirke øget stabilitet på alle afdelinger. Der anvendes ufaglærte afløsere og eksterne vikarer. Ledelsen beskriver, at også vikarbureauerne har vanskeligt ved at sende medarbejdere med rette kompetencer, hvilket opleves som problematisk. Ledelsen beskriver, at sommerferieperioden har været særligt udfordrende, og at hverdagen fortsat er presset. Hertil beskrives det, at også lederne varetager plejeopgaver, når det er nødvendigt.

Ledergruppen mødes dagligt, hvor der foretages en systematisk gennemgang af afdelingerne med fokus på drift og beboerkompleksitet. Der arbejdes ud fra en tilgang om en ensartet service for beboerne.

Der er udarbejdet kompetenceudviklingsskemaer for alle medarbejderne, hvor medarbejderne efterfølgende skal gennemgå forskellige faglige emner. Der er ligeledes et Cura-kompetenceskema, og alle nye medarbejdere modtager grundig introduktion heri.

Ud over de faglige tiltag, som allerede er beskrevet, fortæller ledelsen, at der på en afdeling var udfordringer med fire beboere, som havde en udadreagerende adfærd. Der blev derfor iværksat en indsats med supplerende undervisning, så medarbejdernes kompetencer blev øget.

#### Interview med medarbejdere:

Medarbejderne oplever, at deres kompetencer matcher de opgaver, de stilles over for. Hertil beskriver de, at der siges fra over for opgaver, som er uden for eget kompetenceområde, og at der altid er mulighed for at få hjælp eller blive introduceret yderligere til en opgave. Der arbejdes ud fra gældende instrukser og procedurer, som udsøges på plejecentrets fælles drev eller via VAR. Medarbejderne beskriver VAR som et godt og brugbart redskab, som også anvendes til afløsere.

Medarbejderne beskriver, at der er udarbejdet kompetenceudviklingskemaer. Af tiltag og undervisning beskrives, at der til triageringsmøder har været fokus på nedre toilettet, og at medarbejderne har været igennem et kursus med fokus på demens. Medarbejderne oplever, at der er fokus på kompetenceudvikling, hvor der er mulighed for at komme med konkrete ønsker om kursus hos afdelingslederen.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at plejecentret oplever særlige udfordringer i forhold til organiseringen, som påvirker hverdagens drift. Samtidig vurderes det, at der er et skærpet ledelsesmæssigt fokus på, hvordan rette kompetencer sikres, og at der ledelsesmæssigt arbejdes med at iværksætte relevante indsatser, som skal understøtte en stabil organisering. Det vurderes, at medarbejderne oplever at have de nødvendige kompetencer samt gode muligheder for kompetenceudvikling.

### 3.6.2 Tværfagligt samarbejde

#### Data

#### Interview med ledelsen:

Ledelsen fortæller, at det tværgående fokus på ressourcer og kompetencer mellem afdelingerne styrker det tværfaglige samarbejde mellem medarbejderne. Herudover afholdes der daglige triageringsmøder, hvor alle medarbejdere deltager sammen med afdelingsleder. Der samarbejdes med kommunens terapeuter samt demenskoordinator og senskadekoordinator. På plejecentret er der samarbejde med tre lægehuse, som bistår med plejecenterlægefunktion. Der er mulighed for sparring og rådgivning ved diætister eller eksterne konsulenter, fx i forhold til sondeernæring. Der arbejdes med overlap mellem vagtlag, og der er ansvarshavende assistenter, som løser opgaver på tværs af afdelinger. Ligeledes beskrives et godt samarbejde med kommunens akutteam.

#### Interview med medarbejdere:

Medarbejderne fortæller, at der afholdes faste morgenmøder og daglige triageringsmøder. Medarbejderne oplever, at der er et tæt samarbejde mellem faggrupper, både monofagligt og tværfagligt på tværs af afdelinger. Der er faste overlap mellem vagter, og der deles viden om beboerne gennem dokumentationen. Herudover samarbejdes der med læger, visitation eller Sundhedscenter, fx ved behov for diætist. Medarbejderne beskriver, at der er specialister i kommunen, som fx demenskoordinator, og at der samarbejdes med plejecentrets socialsygeplejerske.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er et relevant fokus på det tværfaglige samarbejde, og at medarbejderne oplever et velfungerende samarbejde, både internt og eksternt.

## 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"> <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>
<p>2 - Meget tilfredsstillende</p> <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>
<p>3 - Tilfredsstillende</p> <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>
<p>4 - Mindre tilfredsstillende</p> <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>
<p>5 - Ikke tilfredsstillende</p> <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.