



Tilsynsrapport Hvidovre Kommune

Center for Sundhed og Ældre
Plejecenter Strandmarkshave og
Bofællesskab Torndalshave

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 og aktiviteter	11
3.5	INTERVIEW AF PÅRØRENDE	12
3.6	ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE.....	12
3.6.1	Tværfagligt arbejde	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 Strandmarkshave og Torndalshave er, at der er tale om et plejecenter med:

Mindre tilfredsstillende forhold

Tilsynet vurderer, at ledelsen meget tilfredsstillende redegør for opfølgning på sidste års tilsyn samt for udviklingsindsatser til at højne kvaliteten i pleje og omsorg på plejecentret.

Vurderingen er, at dokumentationen tilfredsstillende og delvis lever op til gældende retningslinjer på området. Dokumentationen fremstår med en god faglig standard, men har mangler i opfyldelsen, i forhold til oprettelse af aktuelle tilstande og handleanvisninger samt opdatering og beskrivelse af kognitive udfordringer og pædagogiske indsatser i besøgsplan. Medarbejderne kan med faglig indsigt redegøre for arbejdet med dokumentationspraksis, herunder ansvarsfordeling, men det vurderes, at ikke alle medarbejdere har tilstrækkeligt kendskab i at bruge og anvende dokumentationen, som det arbejdsredskab det er tiltænkt.

Tilsynet vurderer, at medicinhåndtering og administration er mindre tilfredsstillende, idet der er konstateret en doseringsfejl, et tilfælde med mangler i forhold til mærkning af doseringsæske, to tilfælde med manglende sammenhæng mellem præparatets navn på medicinliste og aktuelle medicinbeholdning samt to tilfælde, hvor aktuel medicin mangler i aktuel medicinbeholdning. Tilsynet vurderer, at beboerne er meget tilfredse med kvaliteten af medicinhåndtering og er trygge ved indsatsen. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for medicinhåndtering og medicinadministration, praksis for UTH og delegering af opgaver. Der forefindes relevante medicininstrukser.

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. Medarbejderne kan med faglig indsigt redegøre for pleje og omsorg til beboerne og har fokus på den rehabiliterende tilgang. Det er samtidig tilsynets vurdering, at der ikke er et systematisk fokus på sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

Vurderingen er, at beboerne er meget tilfredse med madens kvalitet. Der er i varierende grad tilfredshed med rammerne og det sociale samvær under måltiderne, hvor en beboer dog savner dialog og social hygge. Medarbejderne redegør for arbejdet med at sikre det gode måltid, herunder at beboerne støttes og guides til selv at være aktivt deltagende under måltidet. Endvidere vurderes, at der ikke ses tydelige rammer og struktur for det gode måltid. Ligeledes vurderer tilsynet, at der kan arbejdes mere systematisk med opfølgning på beboernes ernæringstilstand ud fra gældende klinisk vejledning.

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

Der observeres meget tilfredsstillende kommunikation og adfærd i mødet med beboerne.

Beboerne er meget tilfredse med kvaliteten af aktiviteter og træning og 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. Tilsynet vurderer, at TV ikke altid anvendes bevidst og kan være et forstyrrende element i hverdagen.

Det vurderes, at pårørende er meget tilfredse med indsatser og mulighed for kontakt med ledelse og medarbejdere.

Tilsynet vurderer, at der er ledelsesmæssigt fokus på kompetenceudvikling, og at medarbejderne generelt oplever, at de har de nødvendige faglige kompetencer og tilfredsstillende mulighederne for kompetenceudvikling. Det er samtidig tilsynets vurdering, at der i demensafdelingen er et særligt behov for kompetenceudvikling af medarbejderne til beboere med demens med særligt fokus på den nye målgruppe og deres behov.

Vurderingen er, at det tværfaglige samarbejde fungerer tilfredsstillende, og hvor ledelsens fokus på, at styrke samarbejdet på tværs af plejeafdelinger vil bidrage til fælles faglig udvikling.

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 et fortsat fokus på, at dokumentationen fremstår sammenhængende, at tilstande, handlingsanvisninger og døgnrytmeplaner konsekvent er opdaterede, fyldestgørende og aktuelle, samt at dokumentationen beskrives i et fagligt og professionelt sprog.
2. Tilsynet anbefaler, at medarbejderne får den nødvendige undervisning og støtte i at anvende dokumentationen for at sikre den nødvendige kvalitet i den sundhedsfaglige dokumentation.
3. Tilsynet anbefaler, at der følges op og sikres, at retningslinjer for medicinbehandling overholdes, herunder et særligt fokus på at sikre, at alle medarbejdere altid udfører egenkontrol efter hver dispensering.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen overvejer, at de faste ugentlige tværfaglige mødefora i afdelingen tilrettelægges med fast beboergennemgang med opfølgning på sundhedsfremme og forebyggelse.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelse og medarbejdere drøfter rammer og udvikling for det gode måltid, herunder medarbejdernes rolle og ansvar samt udarbejder procedure og systematisk praksis for opfølgning på beboernes ernæringsmæssige tilstand.
6. Tilsynet anbefaler systematisk anvendelse af kompetenceskema og at sikre dokumentation af de delegerede sundhedsydelse.
7. Tilsynet anbefaler, at ledelse og medarbejdere drøfter, hvordan de anvender TV bevidst og med et fagligt formål i hverdagen.
8. Tilsynet anbefaler, at ledelse og medarbejdere på demensafsnit drøfter behovet for kompetenceudvikling og for at iværksætte kompetenceudviklingsforløb for medarbejderne.

2. OPLYSNINGER OM PLEJECENTRET

Oplysninger om plejecentret og tilsynet
Adresse: Plejecenter Strandmarkshave, Tavlekærvej 164, 2650 Hvidovre Bofællesskab Torndalshave, Søvangsvej 20, 2650 Hvidovre
Leder: Kim Knudsen
Antal boliger: 73 boliger på Strandmarkshave og 12 boliger på Torndalshave
Dato for tilsynsbesøg: Den 6. november 2020
Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: <ul style="list-style-type: none">• Interview med plejecentrets ledelse• Rundgang på plejecentret, herunder dialog med medarbejdere og beboere• Tilsynsbesøg hos to beboere, tredje beboer er hukommelsessvækket og kan ikke deltage i interview• Gennemgang af dokumentation hos tre beboere• Interview af to pårørende• Gruppeinterview med tre medarbejdere (en social- og sundhedshjælper, to social- og sundhedsassistenter)
Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Margit Kure, Senior manager og sygeplejerske, MHM

3. DATAGRUNDLAG

3.1 OPFØLGNING PÅ FOREGÅENDE TILSYN

Data	<p>Ledelsen beskriver en række kvalitetsudviklingstag, som enten er i proces, eller som de ønsker at arbejde med i den kommende periode. Et kulturudviklingsprojekt forankret i ledergruppen skal styrke samarbejde og helhedstanken på tværs af afdelinger og de to centre, og samspilsstrategi skal styrke samarbejdet til kommunale eksterne aktører. Ligeledes er anvendelse af PDSA-modellen til kvalitetsforbedringer samt styrket brug af UTH som læringsinstrument fremadrettede ønsker.</p> <p>Centret har ikke haft beboere smittet med COVID-19, men enkelte medarbejdere. Forstander informerer løbende pårørende i nyhedsmail, og der kommunikeres på lukket Facebook-gruppe. Der er øget fokus på daglig hygiejne, og overalt ses opsat spritdispensere, og opslag der vejleder alle, som færdes på centret.</p> <p>Som opfølgning på sidste års tilsyn har de arbejdet målrettet på at styrke kvaliteten i dokumentationen. Alle medarbejdere er oplært, og der er mulighed for løbende hjælp og støtte af superbruger og gruppeleder i hverdagen. Kvalitets- og udviklingssygeplejersken gennemfører i samarbejde med gruppeleder i de enkelte afdelinger audit på dokumentation en gang ugentlig.</p> <p>Omkring opbevaring af medicin har centret implementeret brug af farvede poser, og større medicinske i beboerens boliger er i proces. Hos de beboere, som får meget medicin, opbevares medicinen korrekt i aflåst medicinskab på kontoret.</p> <p>Alle informationer om beboerne tilgås elektronisk, og opslag i boligerne er overflødiggjort. COVID-19 har vanskeliggjort det rehabiliterende arbejde omkring måltidet, men de beboere, som selv kan smøre deres mad, får serveret små platter.</p> <p>I forhold til at sikre beboeres tryk om natten, er de opsatte kameraer godkendt af juridisk afdeling, blot der er opsat tydelig skiltning</p> <p>Der er igangsat implementering af VAR med et læringsteam som tovholder bestående af kvalitets- og udviklingssygeplejerske og repræsentant fra hver afdeling.</p> <p>Leder oplyser, at demensafnittet Torndalshave oplever stigende kompleksitet i beboernes forløb med flere yngre beboere, som ofte har en udadreagerende adfærd samt pårørende i krise. På denne baggrund er der i medarbejdergruppen igangsat supervision af ekstern konsulent og mulig opnormering i 2021.</p>
Tilsynets vurdering	<p>Tilsynet vurderer, at ledelsen meget tilfredsstillende redegør for opfølgning på sidste års tilsyn samt for udviklingsindsatser til at højne kvaliteten i pleje og omsorg på begge plejecentre.</p>

3.2 SUNDHEDSFAGLIG DOKUMENTATION

Data	<p><u>Generelle oplysninger</u></p> <p>På to beboere er der oprettet generelle oplysninger med beskrivelse af beboernes mestring, motivation, roller og vaner og helbredsoplysninger, hvor der dog er behov for opdatering på enkelte områder. På en beboer er generelle oplysninger meget sparsomt beskrevet, og der mangler udfyldelse af helbredsoplysninger.</p> <p><u>Besøgsplaner:</u></p>
-------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Der foreligger funktionsevnetilstande på alle beboere, hvor der dog flere steder mangler beboers mål for indsatsen. Hos to beboerne er behovet for pleje og omsorg beskrevet handlevejledende i besøgsplanen, herunder sundhedsfremmende og rehabiliterende indsatser blandt andet i forhold til ernæring. Der ses generelt særlige oplysninger, f.eks. i forhold til beboeres kognitive problemstillinger, eller praktiske oplysninger med stor betydning for beboerne. I en besøgsplan er behovet for pleje og omsorg delvist beskrevet handlevejledende, men hvor der ses manglende beskrivelser af beboers kognitive udfordringer samt pædagogiske indsatser. Hos to beboere er der dokumenteret vægt, som ligger stabilt, mens dette mangler hos en beboer. Der ses i et tilfælde eksempel på, at dokumentationen ikke er beskrevet i et fagligt og professionelt sprog.

Helbredstilstande:

Der er udarbejdet helbredstilstande på alle beboere, som dog i flere tilfælde mangler relevante faglige notater, f.eks. epilepsi og uro. I flere tilfælde mangler der opdatering på et eller flere områder. Der er delvis taget stilling til felter i helbredstilstandene med beskrivelse af beboernes mål. De tilknyttede handlingsanvisninger er handlevejledende, dog ses eksempler på manglende opdateringer/afslutninger.

Medarbejderne redegør for, hvordan de arbejder med dokumentationen, så den understøtter kvalitet og kontinuitet i daglig praksis. På Strandmarkshave er der en klar ansvarsfordeling, hvor social- og sundhedsassistenter udfylder og opdaterer helbredsoplysninger, helbredstilstande og handlingsanvisninger. Social- og sundhedsassistenter og kontaktpersoner udarbejder i fællesskab besøgsplan, hvor kontaktperson er ansvarlig for opdatering.

Medarbejderne redegør for, at der løbende dokumenteres, samt at besøgsplanen og tilstande tilrettes ved afvigelser/ændringer. På Torndalshave udtrykker medarbejderne usikkerhed omkring brugen af systemet, samt hvem der er ansvarlig for at udfylde og opdatere dokumentationen, hvilket tilsynet konkret observerer i forbindelse med gennemgang af dokumentationen.

Medarbejderne tilgår dokumentationen primært på tablet og har adgang til PC.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at dokumentationen er tilfredsstillende og delvis lever op til gældende retningslinjer på området. Dokumentationen fremstår overordnet med en god faglig standard, men har mangler i opfyldelsen i forhold til fyldestgørende generelle oplysninger, opdatering/afslutning af tilstande og handleanvisninger samt opdatering og beskrivelse af kognitive udfordringer og pædagogiske indsatser i besøgsplan.

Nogle medarbejdere kan med faglig indsigt redegøre for arbejde med dokumentationspraksis, herunder ansvarsfordeling, men hvor det vurderes, at ikke alle medarbejdere har tilstrækkeligt kendskab i at bruge og anvende dokumentationen, som det arbejdsredskab det er tiltænkt.

3.3 MEDICINHÅNTERING OG ADMINISTRATION

Data

Tilsynet er forevist kommunens elektroniske medicininstruks og vejledning for medicin håndtering. Medicinen er gennemgået med en af centrets sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent.

Der findes instrukser for:

- Kontrol af, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
- Personalegruppernes kompetencer i forhold til medicin håndtering
- 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

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

Medicingennemgang hos tre beboere:

- Medicinskemaet indeholder dokumentation iht. gældende retningslinjer, dog ses der i to tilfælde manglende overensstemmelse mellem handelsnavn på medicinliste og aktuel medicin i aktuel medicinboks.
- Medicinen er opbevaret i aflåst skab i medicinrum, hvor aktuel medicin og ikke aktuel medicin er tydeligt adskilt. I alle tre tilfælde opbevares de doserede ugeæsker i ikke aflåst skab i boligen. I et tilfælde opbevares seponeret medicin (morfika præparat) i PN-beholdningen.
- Medicinen er mærket med beboers navn og CPR-nummer, hvor der dog i et tilfælde ses manglende CPR-nummer på ugeæske. På alle dagsdoseringsæsker er label med navn og CPR-nummer påsat både i bund og på låget.
- Der ses korrekt dosering i alle tilfælde, fraset i et tilfælde, hvor der ses doseringsfejl.
- Der er givet den medicin, der skal være givet på tilsynstidspunktet, men i et tilfælde mangler der dokumentation på dagen for, at medicinen er givet.

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

Medarbejderne redegør for praksis omkring medicinhandling og medicinadministration. Medarbejderne har kendskab til og anvender den lokale instruks i hverdagen og beskriver, at der er egenkontrol efter hver dosering, og sygeplejersken foretager løbende audit. Medarbejderne redegør for opgaver i forbindelse med udlevering af beboernes medicin, som overvejende udleveres i beboernes bolig. Medarbejderne udviser en vis usikkerhed omkring procedure og anvendelse af adrenalin, men fortæller, at dette opbevares i afdelingens køleskab. Tilsynet har efterfølgende drøftet dette med ledelsen, som vil sikre opfølgning.

Der arbejdes med delegation af opgaver og med oplæring i konkrete opgaver til konkrete beboere. Medarbejderne redegør for, hvornår og hvordan UTH indrapporteres.

Omkring opbevaring af medicin i uaflåste skab i boligerne oplyser ledelsen, at de er i proces omkring en løsning, så beboernes medicin kan opbevares i aflåst skab.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at medicinhandling og administration er mindre tilfredsstillende. Tilsynet vurderer, at beboerne er meget tilfredse med kvaliteten af medicinhandling og er trygge ved indsatsen. Medarbejderne kan med faglig indsigt redegøre for medicinhandling og medicinadministration samt praksis for UTH og delegation af opgaver. Tilsynet har konstateret en doseringsfejl, et tilfælde med mangler i forhold til mærkning af ugedoseringsæske, to tilfælde med manglende sammenhæng mellem handelsnavn på medicinliste og aktuelle medicinbeholdning.

3.4 HVERDAGENS PRAKSIS

3.4.1 Personlig pleje og praktisk støtte

Data

Tilsynet observerer at beboerne fremstår velsoignerede og velplejede. Boligerne er rene og ryddelige i overensstemmelse med beboers habitus, og hjælpemidler er rengjorte. En hukommelsessvækket beboer kan ikke deltage i interview. Beboerne er meget tilfredse med hjælpen og tilkendegiver, at de bare kan sige til eller ringe, hvis de har behov for hjælp.

Begge beboere oplever at få hjælp, som svarer til deres behov, hvor en beboer udtrykker at hun får de cigaretter, hun har behov for. Beboerne deltager i de daglige opgaver, og en beboer sætter en stor ære i at gøre så meget som muligt selv. Beboerne er meget trygge ved den samlede indsats, som overvejende leveres af faste medarbejdere. Begge beboere er tilfredse med den praktiske hjælp og hjælper selv til med fx oprydning.

Medarbejderne redegør fagligt for, hvorledes den personlige pleje og omsorg ydes i forhold til målgruppens forskellige og særlige behov. Repræsentanter fra de enkelte afdelinger deltager i den fælles morgenrapport fra nattevagt. Beboerne er opdelt i mindre faste grupper for at sikre kontinuitet og genkendelighed, og de sygeplejefaglige opgaver fordeles imellem medarbejderne i forhold til kompetencer.

Ved tilstandsændringer anvendes TOBS, og sygeplejersken inddrages ved behov for sparing, ligesom en af afdelingernes faste huslæge kan inddrages. Medarbejderne har et løbende samarbejde i gruppen i hverdagen omkring beboerne og inddrager øvrige afdelinger som køkken eller teknisk afdeling efter behov. Der afholdes ugentlige møder i medarbejdergruppen, hvor de overvejende drøfter konkrete problemstillinger hos beboerne, dog er der ikke systematisk gennemgang af alle beboere.

Medarbejderne redegør for, hvordan de sikrer pleje og omsorg til beboere med demens ved at planlægge efter kontinuitet og kemi. Hos de beboere, som frasiger sig hjælpen, er der fleksibilitet, og medarbejderne vender tilbage senere. Medarbejderne motiverer beboerne til at deltage og være aktive ud fra deres ønsker og behov, ligesom de giver flere eksempler på, hvordan de prioriterer beboernes ressourcer.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at beboerne er meget tilfredse med kvaliteten af den personlige pleje og praktiske støtte, og alle oplever, at de modtager relevante pleje- og omsorgsydelser. Medarbejderne kan med faglig indsigt redegøre for pleje og omsorg til beboerne og har fokus på den rehabiliterende tilgang. Det er samtidig tilsynets vurdering, at der ikke er et systematisk fokus på sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

3.4.2 Mad og måltider

Data

Tilsynet går rundt i to afdelinger i forbindelse med frokostmåltidet og observerer god stemning. Maden serveres som platter, så de beboere, som kan, selv smører deres mad. Brød og pålæg er pænt og indbydende anrettet. Flere beboere udtrykker tilfredshed med maden. Der er flere medarbejdere til stede i begge afdelinger, som er i gang med praktiske opgaver omkring maden. Der observeres beboere, som er gået i gang med at spise, mens andre beboere kommer til i følgeskab med en medarbejder. Der observeres ikke medarbejdere, som sidder med ved bordene og ingen eller sparsom dialog ved bordene.

Beboere er tilfredse med kvaliteten af maden, som de oplever som god, veltillavet og vel-smagende. Beboerne spiser deres måltider i den fælles spisestue sammen med deres medbeboere. Den ene beboer oplever måltidet som hyggeligt, mens den anden beboer oplever, at der ikke bliver talt sammen, og at der er meget stille under måltidet.

Medarbejderne redegør for, at opgaverne omkring maden som udgangspunkt planlægges og fordeles til morgenmøde og serveres med hensyntagen til målgruppen. De arbejder ikke ud fra en fast procedure med værtskab, men beskriver, at de vægter ro og dialog i forbindelse med måltidet. Beboerne har indflydelse på menu, som drøftes på beboerrådsmøde en til to gange årligt. Der er ikke systematisk fast praksis for vejning af beboerne, men intervallet defineres af egen læge, beboeren selv eller medarbejderne. Der igangsættes indsatser til beboere med ernæringsmæssige problematikker i samarbejde med ernæringsassistent.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at beboerne generelt er tilfredse med mad og måltider, hvor en beboer savner dialog og social hygge under måltidet. Medarbejderne redegør for arbejdet med at sikre det gode måltid, herunder en rehabiliterende tilgang. Endvidere vurderes, at der ikke ses tydelige rammer og struktur for det gode måltid. Ligeledes vurderer tilsynet, at der kan arbejdes mere systematisk med opfølgning på beboernes ernæringsstilstand ud fra gældende klinisk vejledning.

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 og imødekommende, og en beboer udtrykker at blive behandlet særdeles pænt og ordentligt. Omgangstone og adfærd er anerkendende og respektfuld.

Medarbejderne redegør for, at kommunikation og adfærd er på beboernes præmisser, og at den individuelle tilgang og relationen sikres gennem dialog med beboer og kendskab til beboers ønsker og vaner. Medarbejderne er opmærksomme på at vejlede om stemning, også omkring brugen af jargon hos beboerne. Medarbejderne oplever et tillidsfuldt samarbejde indbyrdes i gruppen og konfronterer hinanden ved uhensigtsmæssig adfærd eller kommunikation.

Tilsynets vurdering

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

Der observeres meget tilfredsstillende kommunikation og adfærd i mødet med beboerne.

3.4.4 Fysiske rammer og aktiviteter**Data**

Fællesarealer synes renholdte, og indretningen er hjemlig og hyggelig. Der ses mange beboere på fællesarealer, som hygger sig sammen, og flere er beskæftigede med en aktivitet. På diverse opslagstavler ses informationer relateret til både beboere og pårørende. Udearealer på Torndalshave er afskærmet, så beboerne frit kan færdes i haven. Der observeres en fredagsbar-vogn i en afdeling, hvor flere beboere sidder og hygger med drinks og musik og TV kørende. Tilsynet observerer, at TV kører i alle afdelinger hele dagen igennem.

Beboerne er tilfredse med trænings- og aktivitetstilbuddet. En beboer ser TV og gætter kryds og tværs, og anden beboer læser, ser tv og går dagligt mindre ture. Beboer søger indimellem lidt hygge og socialt fællesskab i den fælles dagligstue, men bliver sjældent ret længe da TV'et altid er tændt.

Medarbejderne redegør for, at der i hver afdeling er aktivitetsmedarbejdere, som forestår aktiviteter. Medarbejderne er også aktive omkring planlægning af afvikling af aktiviteter. Opslag om dagens aktiviteter hænger på tavle, og to afdelinger har fast skema med ugens aktiviteter. Større fælles aktiviteter er fortsat lukket ned.

Har beboerne et større terapeutisk træningsbehov, sendes henvisning til visitationen.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at beboerne er meget tilfredse med kvaliteten af aktiviteter og træning, og beboerne oplever at modtage relevante aktivitets- og træningstilbud. Medarbejderne kan med faglig indsigt reflektere redegøre for arbejdet for aktiviteter og træning til beboerne. Tilsynet vurderer, at TV ikke altid anvendes bevidst og kan være et forstyrrende element i hverdagen.

3.5 INTERVIEW AF PÅRØRENDE

Data	<p>Tilsynet har talt med to pårørende.</p> <p>Begge pårørende giver udtryk for, at de oplever plejecentret som et godt sted at være for deres nærmeste. En af de pårørende er ovenud tilfreds og oplever medarbejderne som ekstremt søde, lydhør og forstående. Anden pårørende har oplevet en u hensigtsmæssig adfærd fra afløsere og i den forbindelse oplevet rigtig god støtte fra gruppeleder og fin håndtering af situationen. Begge pårørende oplever, at deres nærmeste får fin og god hjælp både til den personlige pleje og omsorg og rengøring samt praktiske opgaver, og at medarbejderne i høj grad respekterer deres ønsker og valg.</p>
Tilsynets vurdering	
Tilsynet vurderer, at pårørende er meget 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	<p>Centret er organiseret i tre afdelinger samt afdelingen i Torndalshave. I hver afdeling på Strandmarkshave er en afdelingsleder, som er sygeplejerske, og 2 gruppeledere som er social- og sundhedsassistenter. På Torndalshave er der en afdelingssygeplejerske. Herudover er der ansat aktivitetsmedarbejder samt sygeplejerske i aftenvagte. Centret har daghjem, administration, teknisk service og eget produktionskøkken med kostfaglig leder.</p> <p>Centret oplever en stabil medarbejdergruppe og har ikke rekrutteringsproblemer. Der prioriteres ansættelse af assistenter. De anvender faste ufaglærte afløsere, hvor mange er studerende i sundhedsfaget. Alle får grundig oplæring.</p> <p>Fraværet er ifølge leder lidt for højt, hvilket primært skyldes arbejdsrelateret fravær på grund af fysisk nedslidning hos ældre medarbejdere.</p> <p>Medarbejderne deltager i forflytningskursus, og ledelsen har opstartet et kompetenceudviklingsforløb omkring beboere med demens. I en afdeling er ledelsen opmærksom på behovet for kompetenceudvikling i forhold til kommunikation og det at se de pårørende som en ressource og medspillere.</p> <p>Gruppeleder er ansvarlig for, at sygeplejefaglige opgaver delegeres, og medarbejderne oplæres til opgaverne.</p> <p>Medarbejderne oplever generelt at have tilstrækkelige kompetencer og gode muligheder for kompetenceudvikling, fx afholdes der månedligt faglig café med relevante faglige temaer. Dog oplever medarbejderne på Torndalshave en stigende kompleksitet i opgaveløsningen og manglende kompetencer i forhold til målgruppen, som fx redskaber i forhold til beboere med udadreagerende adfærd. Flere medarbejderne har deltaget i forflytnings- og demenskursus og oplever, at det styrker refleksionsniveauet.</p> <p>Medarbejderne oplever, at de oplæres til at varetage sygeplejefaglige opgaver og har generelt kendskab til kompetenceskema, men udtrykker, at det ikke længere anvendes. Medarbejderne har kendskab til, at procedure og instrukser, som er tilgængelige i fysiske mapper, snart vil være elektronisk tilgængelige, og VAR er under implementering.</p>
-------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at der er ledelsesmæssigt fokus på kompetenceudvikling, og at medarbejderne generelt oplever, at de har de nødvendige faglige kompetencer og tilfredsstillende mulighederne for kompetenceudvikling. Det er samtidig tilsynets vurdering, at der hos medarbejdere i demensafdelingen er et særligt behov for kompetenceudvikling til beboere med demens med særligt fokus på den nye målgruppe og deres behov.

3.6.2 Tværfagligt arbejde**Data**

Ledelsen arbejder på at styrke samarbejdet på plejecentret, og alle afdelingsledere mødes omkring vagtplaner og fordeling af ressourcer.

Der afholdes koordinerende planlægningsmøde for alle assistenter hver tredje måned omkring ressourcer og med faglige drøftelser. Repræsentanter fra de respektive afdelinger mødes og er ansvarlige for implementeringsopgaver som Cura, FSIII samt VAR.

Medarbejderne oplever et velfungerende samarbejde i gruppen i hverdagen og godt samarbejde med øvrige funktioner, såsom køkken, servicemedarbejder og kontorpersonalet samt løbende erfarings- og vidensdeling på assistent- og sygeplejerskemøder.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at det tværfaglige samarbejde fungerer tilfredsstillende og vurderingen er, at ledelsens fokus på at styrke samarbejdet på tværs af plejeafdelinger vil bidrage til fælles faglig udvikling.

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"> • 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.
2 - Meget tilfredsstillende	<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.
3 - Tilfredsstillende	<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.
4 - Mindre tilfredsstillende	<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.
5 - Ikke tilfredsstillende	<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.