



# Tilsynsrapport Hvidovre Kommune

Center for Sundhed og Ældre  
Midlertidig Døgnrehabilitering Svendebjerghave

Uanmeldt tilsyn  
Januar 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 CENTRET .....</b>	<b>6</b>
<b>3.</b>	<b>DATAGRUNDLAG .....</b>	<b>7</b>
3.1	OPFØLGNING PÅ FOREGÅENDE TILSYN .....	7
3.2	SUNDHEDSFAGLIG DOKUMENTATION .....	8
3.3	MEDICINHÅNDBTERING OG ADMINISTRATION .....	9
3.4	HVERDAGENS PRAKSIS .....	10
3.4.1	Personlig pleje og praktisk støtte .....	10
3.4.2	Træning, aktiviteter og fysiske rammer .....	11
3.4.3	Mad og måltider .....	12
3.4.4	Kommunikation og adfærd.....	13
3.5	ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE.....	13
3.5.1	Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling.....	14
3.5.2	Tværfagligt arbejde .....	15
<b>4.</b>	<b>TILSYNETS FORMÅL OG METODE.....</b>	<b>17</b>
4.1	FORMÅL .....	17
4.2	METODE .....	17
4.3	VURDERINGSSKALA.....	18
4.4	TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE.....	19

## Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt tilsyn, 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 Svendebjerg have er, at der er tale om et tilbud med:

### Tilfredsstillende forhold

Tilsynet vurderer, at der er fulgt op på anbefalinger fra sidste tilsyn, samt at der arbejdes målrettet med relevante emner i kvalitetsarbejdet. Ledelsesmæssigt er der fokus på at sikre rekruttering af de nødvendige faglige kompetencer samt fagligt fokus på at sikre gode rammer for det tværfaglige samarbejde.

Borgerne oplever tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte, og at hjælpen leveres med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang. Tilsynet vurderer, at borgerne har kendskab til mål og plan for opholdet, og at de generelt oplever tilfredshed med omfanget af de træningstilbud, der tilbydes. Tilsynet bemærker, at et par af borgerne efterspørger flere træningstilbud og mere aktivitet. Borgerne oplever respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Ligeledes udtrykker borgerne tilfredshed med rammerne for måltidet. Tilsynet vurderer, at borgerne er tilfredse med kvaliteten af hjælpen til medicin.

Tilsynet vurderer, at pårørende oplever tilfredshed med tilbud og træning på centret. Pårørende oplever godt samarbejde med personalet og føler sig godt informeret.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne har faglig forståelse for, hvordan hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte leveres med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang samt borgernes behov, ønsker og vaner. Det er tilsynets vurdering, at centret har varieret tilbud om træning.

Medarbejderne har faglig forståelse for at sikre det gode måltid for borgerne. Medarbejderne har ligeledes faglig forståelse for, at borgernes ernæringsmæssige situation har betydning for det rehabiliterende forløb. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kommunikerer i en respektfuld og anerkendende omgangstone og at medarbejderne fagligt kan redegøre for faktorer, der har betydning for at sikre den respektfulde kommunikation og adfærd i mødet med borgerne. Yderligere konstateres det, at medarbejderne har forståelse for at sikre godt samarbejde med pårørende.

Medarbejderne oplever, at deres faglige kompetencer matcher de opgaver, de stilles over for. Medarbejderne beskriver, at der er et godt læringsmiljø på centret. Tilsynet vurderer, at medarbejderne oplever gode muligheder for tværfaglig sparring både internt på centret og i forhold til eksterne samarbejdspartnere.

Medarbejderne kan med faglig overbevisning redegøre for arbejdet med dokumentationen. Tilsynet konstaterer dog, at der ikke er en fælles faglig forståelse for, hvorledes der skal ske dokumentation af borgers mål og plan for opholdet.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne med faglig overbevisning kan redegøre for arbejdsgange omkring dispensering, administration og håndtering af medicin. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne har faglig forståelse for arbejdet med indberetning og opfølgning på utilsigtede hændelser.

Efter gennemgang af dokumentationen er det tilsynets vurdering, at centret har en udfordring i forhold til at sikre, at den plejefaglige og sundhedsfaglige dokumentation lever op til gældende retningslinjer på området. Det er tilsynets vurdering, at der bør igangsættes en målrettet indsats for at sikre den nødvendige kvalitet.

I forhold til opgaver relateret til medicin er det tilsynets vurdering, at centret fortsat har en udfordring i forhold til at sikre korrekt medicinhandling.

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 Svendebjerghaves fremadrettede udvikling:

### Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at centret implementerer indsatser, der sikrer, at såvel den plejefaglige som sundhedsfaglige dokumentation lever op til gældende retningslinjer på området.
2. Tilsynet anbefaler, at centret igangsætter målrettede indsatser, så det sikres, at der til enhver tid sker korrekt håndtering af medicin.

## 2. OPLYSNINGER OM SVENDEBJERGHAVE

Oplysninger om centret og tilsynet
Adresse: Midlertidig Døgnrehabilitering Svendebjerghave, Svendebjergvej 28A, 2650 Hvidovre
Leder: Casper Mortensen
Antal boliger: 41
Dato for tilsynsbesøg: Den 6. januar 2021. Det udførte tilsyn er gældende for tilsynsåret 2020.
Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: <ul style="list-style-type: none"><li>• Ledelsesinterview</li><li>• Rundgang på afdelingen, herunder dialog med medarbejdere og borgere</li><li>• Tilsynsbesøg hos tre borgere</li><li>• Interview af to pårørende</li><li>• Gruppeinterview med tre medarbejdere (To social- og sundhedsassistenter og en fysioterapeut)</li></ul>
Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Senior Manager Gitte Ammundsen, Sygeplejerske Senior Manager Pernille Hansted, Senior manager og økonoma/DP i ledelse Manager Gitte Andersen, Sygeplejerske



## 3. DATAGRUNDLAG

### 3.1 OPFØLGNING PÅ FOREGÅENDE TILSYN

#### Data

Ved sidste års tilsyn blev der givet anbefalinger i forhold til dokumentationen, anbrudsdatoer på medicin, delegeret sygeplejeydelser, ryddeligheden af fællesarealer samt kommunikation og adfærd blandt medarbejderne.

Ledelsen beskriver, hvordan der målrettet er arbejdet med dokumentationen med fokus på FSIII og handlingsanvisninger. Medarbejderne har modtaget undervisning i mindre grupper og har efterfølgende gennemgået en konkret borger. Forskellige læringsaktiviteter er gennemført i makkerpar, som er sammensat på tværs af faggrupper og vagtlag, alt efter læringsområde.

I forhold til at sikre anbrudsdatoer på medicin er der indført en arbejdsgang, hvor medarbejderne noterer borgers cpr-nummer og dato for anbrud af medicinen på en label, som sættes på det enkelte præparat. Der er udleveret labels til alle medarbejdere.

Ledelsen beskriver, at der er et igangværende arbejde med at udarbejde kompetenceprofiler på forskellige delegerede sygeplejeindsatser. Indsatsen er understøttet af implementeringen af VAR.

Ledelsen fortæller, at der løbende er en opmærksomhed omkring ryddeligheden af fællesarealerne.

Ledelsen beskriver, at der har været samtaler i ledergruppen og medarbejdergruppen omkring kommunikationen. Herudover er der gennemført en proces i MED-udvalg omkring *"den gode kollega"*, hvor der også har været fokus på den gode kommunikation. Processen beskrives som god og givende.

Ledelsen fortæller, at det er gået godt på afdelingerne i forhold til situationen omkring Covid-19. Sundhedsstyrelsens regler er fulgt fra starten, og der har været en god og sikker håndtering omkring isolation og forebyggelse af smittespredning.

Det nuværende kvalitetsarbejde består af et fortsat fokus på den sundhedsfaglige dokumentation, hvor makkerparrene skal understøtte ansvarlighed for læring og opfølgning hos medarbejderne. Der anvendes synlighed omkring læringen. Ledelsen beskriver fx, hvordan der er tegnet et stort juletræ, hvor hvert makkerpar kan hænge julekugler på, når de har løst deres opgave.

Ledelsen fortæller, at der er et stort fokus på arbejdet med de utilsigtede hændelser, hvor der afholdes hændelsesanalyser én gang om måneden. Her gennemgås de kategorier af utilsigtede hændelser, som er indrapporteret den foregående måned. Der er også anvendt konkurrencer i forhold til at motivere til flere indberetninger.

Herudover har der været en indsats omkring rettidig levering af hjælpemidler samt mad- og måltidssituationerne, hvor der blandt andet er ændret arbejdsgang på baggrund af input fra en arbejdsgruppe.

Ledelsen beskriver, at forløbssamtalerne er videreudviklet fra sidste tilsyn og nu er implementeret i hele centeret. Der er arbejdet med formen og indholdet i selve samtalen, både ud fra, hvad der er vigtigt for borgerne, og hvad der er vigtigt for medarbejderne. Der laves løbende evalueringer på tilfredsheden og på tidspunkt for samtalen. Der ses forbedringer inden for begge områder. Ledelsen fortæller, at det nu er medarbejderne selv, der udarbejder statistikkerne.

**Tilsynets vurdering**

Tilsynet vurderer, at der er fulgt op på anbefalinger fra sidste tilsyn, samt at der arbejdes målrettet med relevante emner i kvalitetsarbejdet.

**3.2 SUNDHEDSFAGLIG DOKUMENTATION**

<b>Data</b>	<p>Tilsynet gennemgår tre borgeres dokumentation.</p> <p><u>Funktionsevnetilstande:</u> Der foreligger ajourførte funktionsevnetilstande på to ud af tre borgere. For en borger er funktionsevnetilstande ikke udfyldt korrekt.</p> <p><u>Helbredstilstande:</u> Der observeres delvise mangler i helbredstilstande for alle tre borgere. Der konstateres manglende udfyldelse af felter og/eller manglende beskrivelse af den helbredsmæssige udfordring, der knytter sig til den medicinske behandling, borger er i.</p> <p><u>Handlingsanvisninger på servicelovsydelser:</u> Tilsynet konstaterer, at handlingsanvisninger for Servicelovsindsatser har mangler i forhold til alle tre borgere. Det observeres generelt, at handlingsanvisningerne for hjælpen til personlig pleje og støtte er mindre handlevejledende beskrevet i forhold til den konkrete hjælp, som borgeren modtager. Eksempelvis beskrives ikke detaljeret, hvilken konkret hjælp borger skal have i forbindelse med ugentligt bad. I forhold til anden borger er det beskrevet, at der skal udføres tilsyn x 3 om natten. Det fremgår ikke, hvilken hjælp der skal udføres ved de tre tilsyn. Tilsynet observerer, at handlingsanvisningerne kun i mindre omfang beskriver borgerens egne ressourcer, og hvorledes disse medinddrages i plejen. Der fremgår kun sparsomme beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.</p> <p><u>Handlingsanvisninger på Sundhedslovsydelser:</u> Tilsynet konstaterer, at handlingsanvisninger for Sundhedslovsindsatser har mangler i forhold til alle tre borgere. Manglerne vedrører eksempelvis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flere handlingsanvisninger mangler dokumentation af borgers samtykke</li> <li>• Handlingsanvisning for medicinadministration beskriver, at tabletter skal opløses, men det beskrives ikke, hvordan dette skal ske</li> <li>• Handlingsanvisning for sondeernæring mangler ajourføring i forhold til den aktuelle indsats. Der mangler eksempelvis beskrivelse af, at der suppleres med cremet kost som del af terapeutisk indsats</li> <li>• Handlingsanvisning for sårpleje er ikke udfyldt korrekt. I handlingsanvisningen mangler detaljeret og fyldestgørende beskrivelse af indsatsen, og der ses informationer til visitator, som ikke er relevant at dokumentere i en handlingsanvisning for sårpleje</li> <li>• Handlingsanvisninger for vægtmåling er ikke tilstrækkelig handlevejledende beskrevet. Eksempelvis mangler beskrivelse af, hvornår og hvordan der skal ageres ved ændringer i borgers vægt. Tilsynet konstaterer, at der ikke konsekvent sker dokumentation af de målte værdier</li> </ul>
-------------	---



- Handlingsanvisning for medicindispensering indeholder beskrivelser, der relaterer sig til støtte til medicinindtagelse, frem for hvorledes medicindispenseringen skal foregå.

#### Mål og plan:

Tilsynet bemærker, at der ikke er fælles forståelse for, hvor borgers mål og plan skal dokumenteres i omsorgssystemet. Ved gennemgang af dokumentationen observerer tilsynet, at dokumentationen af mål og plan sker forskellige steder i systemet.

Tilsynet bemærker, at der ikke konsekvent for alle borgere foreligger dokumentation af stillingtagen til Cave Medicin.

Under gruppeinterview redegør medarbejderne med faglig overbevisning for arbejdet med handlingsanvisninger i forhold til indsatser relateret til Serviceloven og Sundhedsloven. Før en opgave opstartes, orienterer man sig i handlingsanvisningen. Medarbejderne oplever, at handlingsanvisninger er af god kvalitet, og at man får de oplysninger, man har brug for.

Medarbejder oplyser, at til dokumentation af faglige mål og plan for borger anvendes tavlen i borgers bolig. Her orienterer medarbejderen sig om, hvad planen er og samarbejder med terapeuter om, hvordan man når de opstillede mål. Dokumentation af borgers mål dokumenteres ligeledes i omsorgssystemet, og løbende notater sikrer dokumentation af borgers udvikling og effekt af indsatserne. Ifølge en medarbejder sker dokumentation af mål og plan i helhedsvurderingen, så alle kan tilgå informationerne.

Dokumentationen foretages løbende eller på tidspunkter, hvor man kan finde roen hertil. Medarbejderne er enige om, at man godt kunne bruge mere tid til dokumentationsarbejdet, så denne kunne kvalificeres yderligere. Medarbejderne oplever, at det kan være et pres at få alt dokumenteret.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at centret har en udfordring i forhold til at sikre, at den plejefaglige og sundhedsfaglige dokumentation lever op til gældende retningslinjer på området, og at et målrettet fokus herpå er nødvendigt.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne med faglig overbevisning kan redegøre for arbejdet med dokumentationen. Tilsynet konstaterer dog, at der ikke er en fælles faglig forståelse for, hvordan der skal ske dokumentation af borgers mål og plan for opholdet i omsorgssystemet.

### 3.3 MEDICINHÅNDBTERING OG ADMINISTRATION

#### Data

Tilsynet gennemgår medicin hos tre borgere.

Tilsynet får oplyst, at der dispenseres medicin for en uge ad gangen hos borgerne. Medicinen opbevares i boligen og ligger i aflåste medicinbokse.

Medicinskemaer er korrekt udarbejdet. Tilsynet bemærker, at "Generelle medicinoplysninger" indeholder de relevante og nødvendige informationer i forhold til to ud af de tre borgere. For en borger mangler dokumentationen helt.

Hos alle tre borgere er der dispenseret korrekt medicin, men tilsynet observerer mangler i medicinhåndteringen.

Tilsynet konstaterer følgende mangler:

- Der er ikke overensstemmelse mellem det aktuelle handelsnavn på medicinen, der ligger i medicinboksen og det handelsnavn, der fremgår af den lokale medicinliste for tre borgere
- Der mangler navn og cpr-nummer på doseringsæsker for to borgere
- Der mangler anbrudsdato på f.eks. øjendråber og inhalationsmedicin for to borgere
- PN-medicin for en borger opbevares ikke korrekt
- Et præparat til PN-administration mangler angivelse af navn og cpr-nummer for en borger
- Der kvitteres ikke konsekvent for medicinadministration

Tilsynet bemærker yderligere, at der hos en borger er påsat label på en medicinboks med "Dispenseret medicin". Tilsynet bemærker, at der også opbevares aktuel medicin i boksen.

Borgerne udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til medicin. En borger oplever selv at være meget aktiv i forhold til sin medicin, hvor dosis skifter løbende. Borger er meget velorienteret om egen behandling.

Under gruppeinterview beskriver medarbejder, at medicinen altid kontrolleres, når en borger indlægges på centret.

Medarbejder beskriver, hvordan dispensering af medicin kan foregå i boligen eller på kontoret alt efter, hvor der kan sikres bedst ro til opgaven. Medarbejder beskriver systematisk arbejdsgang og pointerer, at der altid sker eftertælling af den dispenserede medicin, og at der altid kun dispenseres til hele æsker. Medarbejderne har kendskab til gældende instrukser på området.

Medarbejderne udtrykker let frustration over tilsynets fund omkring manglerne i medicin-håndteringen, idet de oplever, at man har arbejdet særdeles målrettet med kvalitetssikring på området.

Medarbejderne er bekendte med arbejdsgang for indberetning af utilsigtede hændelser. Medarbejderne beskriver proces fra indrapportering til opfølgning på hændelserne. I arbejdet med utilsigtede hændelser samarbejdes med sygeplejersker og terapeuter. Terapeuter er ligeledes opmærksomme på situationer omkring utilsigtede hændelser og foretager de nødvendige indberetninger, når en hændelse opstår.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at centret fortsat har en udfordring i forhold til at sikre korrekt medicin-håndtering.

Tilsynet vurderer, at borgerne er tilfredse med kvaliteten af hjælpen til medicin.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne med faglig overbevisning kan redegøre for arbejdsgange omkring dispensering, administration og håndtering af medicin. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for arbejdet med indberetning og opfølgning på utilsigtede hændelser.

## 3.4 HVERDAGENS PRAKSIS

### 3.4.1 Personlig pleje og praktisk støtte

#### Data

Tilsynet observerer, at borgerne er velsoignerede.

Boliger og hjælpemidler fremstår renholdte.

Tilsynet bemærker positivt, at der på hver afdeling ses en tavle med synlige data fra forbedringsarbejdet. Tavlerne er overskueligt opstillet og indeholder relevante og opdaterede data. Det fremstår let for både borgere, pårørende og medarbejdere at få et indblik i status for kvalitetsarbejdet.

Borgerne giver udtryk for tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte.

Borgerne oplever, at hjælpen leveres med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang. En borger beskriver blandt andet, hvordan terapeuten har støttet borger i at mobilisere sig ved udstigning af sengen. En anden borger beskriver, at medarbejderne er i nærheden, hvis borger har behov for hjælp i forhold til personlig pleje.

Medarbejderne redegør for den rehabiliterende tilgang og beskriver, at det allerede ved første samtale med borger italesættes, hvordan borger selv kan anvende egne ressourcer og være mest mulig aktiv i den hjælp, der udføres. Som led i den rehabiliterende tilgang samarbejdes og sparreres med ergoterapeuten.

Der foregår løbende tværfaglig sparring og opfølgende samtale med borgerne omkring udvikling og effekt af indsatserne. Medarbejderne orienterer sig i omsorgssystemet, herunder funktionsevnetilstande, forflytningsplaner og helhedsvurderinger for at få den nødvendige viden om borgernes ressourcer.

I udførelsen af pleje og omsorg for borgerne tages udgangspunkt i borgernes individuelle behov. Medarbejder beskriver, at der i forhold til borgere med hjerneskade tages udgangspunkt i særlige teoretiske metoder, og at der f.eks. i forhold til borgere med demenssygdom foregår faglig sparring med demensvejledere.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at borgerne oplever tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte, og at hjælpen leveres med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne har faglig forståelse for, hvordan hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte leveres med udgangspunkt i borgernes behov, ønsker og vaner. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for arbejdet med den rehabiliterende tilgang.

### 3.4.2 Træning, aktiviteter og fysiske rammer

#### Data

På fællesarealet observeres, at flere borgere er samlet omkring motionscyklerne. Der er en medarbejder til stede, som hjælper en borger med cyklingen. Efterfølgende sidder to borgere ved bordet på fællesarealet og får noget at drikke.

Tilsynet observerer, at en borger igennem hele dagen går rundt på fællesarealet. Borger er i godt humør og taler med alle, som vedkommende møder på sin vej.

Tilsynet observerer, at en borger modtager individuel træning i træningssal. Borger er koncentreret om træningen, og det er tydeligt, at borger og terapeut kender hinanden.

I en bolig bemærker tilsynet, at oplysninger om borgerens kost ikke er ajourført.

Borgerne har kendskab til mål og plan for deres ophold og giver udtryk for tilfredshed med de træningstilbud, der tilbydes.

En borger henviser til mål beskrevet på tavlen i boligen. Tilsynet taler med borger om de øvelser, der er skrevet på tavlen. Borger viser eller fortæller tilsynet om alle øvelserne. En anden borger beskriver, at målet er at kunne gå. Borger oplever at blive bakket op i at nå målet. Borger er motiveret for at få det bedre og nævner en medarbejder ved navn, som borger beskriver som værende faglig dygtig til at træne borger.

Borgerne oplever generelt, at de får den træning, de har behov for, og at der er god effekt heraf.

En borger beskriver træningstilbud, og at denne gives som aftalt. Borger oplever, at træningen er hård. Borger taler med medarbejderne om det og oplever, at det er godt og nødvendigt. Anden borger udtrykker at kunne mærke en stor forbedring i funktionsni-

veauet. Har opnået ståfunktion og at gå med høj rollator, hvilket borger ikke kunne i starten. Tredje borger træner i træningssalen næsten hver dag, der er faste aftaler, som overholdes, og der trænes med samme medarbejder hver gang.

Et par af borgerne giver dog udtryk for, at tiden føles lang på centret og efterspørger mere træning og aktiviteter.

Medarbejderne redegør for, at mål og plan udarbejdes ved indlæggelsen, og at der er fokus på, at borger får træningstilbud inden for to dage. Borgerne inddrages i fastsættelse af mål, som dokumenteres i omsorgssystemet. Der udarbejdes både borgers egne mål og terapeutiske mål. Efterfølgende foretages terapeutfaglig vurdering af, hvilke indsatser der skal iværksættes for at nå målene.

Hvis borger har for ambitiøse mål, italesættes, hvordan der kan laves delmål, og i dialogen med borgeren er man ærlig og forholder sig fagligt til, hvad der er realistisk.

I tilrettelæggelsen af trænings- og aktivitetstilbud lyttes til borgernes ønsker, og man imødekommer deres ønsker i så høj grad, det er muligt. Borgerne motiveres til selvtræning. Det italesættes over for borgerne, at træning sker ved såvel terapeutisk træning som ved træning i plejesituationer.

#### Tilsynets vurdering

Det er tilsynets vurdering, at centret har varieret tilbud om træning.

Tilsynet vurderer, at borgerne har kendskab til mål og plan for opholdet, og at de generelt oplever tilfredshed med omfanget af de træningstilbud, der tilbydes. Tilsynet bemærker, at et par af borgerne efterspørger flere træningstilbud og mere aktivitet.

### 3.4.3 Mad og måltider

#### Data

På grund af Corona er det ikke muligt for alle borgere at spise sammen i spisestuen. Størstedelen af borgerne indtager derfor måltidet på egen stue. En mindre gruppe borgere spiser fortsat sammen i spisestuen med god afstand. Tilsynet observerer, at en måltidsvært har dækket bordet med servietter og bordkort. Værten beskriver, hvordan det medvirker til at skabe en god stemning, hvor borgerne føler sig velkomne.

Tilsynet observerer et frokostmåltid, hvor en medarbejder spiser med fem borgere. Maden serveres fra rullebord, og medarbejder nøder undervejs borgerne til lidt mere mad og drikkevarer. Medarbejder igangsætter og har en dialog, der interesserer borgerne og inddrager alle om bordet i samtalen. Der er en meget hyggelig stemning omkring bordet.

Borgerne udtrykker tilfredshed med madens kvalitet og variation. To borgere beskriver gode oplevelser med at spise i fællesskab med andre borgere, mens tredje borger vælger at spise i egen bolig.

Under gruppeinterviewet redegør medarbejderne for, hvorledes der sikres sufficient ernæring under indlæggelsen gennem blandt andet ernæringscreening, vægtmålinger og tæt tværfagligt samarbejde med ergoterapeuter og køkkenpersonalet.

Under normale omstændigheder tænkes den rehabiliterende tilgang ind i måltiderne, og anses som en del af træningen for borgerne. Borgerne motiveres til at deltage i fællesspisning, da det anses som del af træningen at gå ned i fælles opholdsrum, og at det har god indvirkning på borgerne at være i socialt samvær med andre.

Medarbejder beskriver, at der pt. er stort fokus på at sikre overholdelse af gældende restriktioner i forbindelse med Corona.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at centret har fokus på at sikre det gode måltid for borgerne.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne har faglig forståelse for at sikre det gode måltid for borgerne, samt at der i serveringen af måltider er fokus på at sikre en rehabiliterende tilgang. Medarbejderne har ligeledes faglig forståelse for, at borgernes ernæringsmæssige situation har betydning for borgernes rehabiliterende forløb.

#### 3.4.4 Kommunikation og adfærd

<b>Data</b>	<p>Ved tilsynets rundgang på fællesarealer observeres en venlig og imødekommende kommunikation med borgerne. Medarbejderne hilser venligt på borgere, de møder på fællesarealerne. Tilsynet observerer, at en medarbejder sidder og læser avis sammen med en borger. Medarbejder kommunikerer i en venlig og respektfuld omgangstone.</p> <p>Alle borgere giver udtryk for god dialog med medarbejderne. Borgerne oplever, at omgangstonen er venlig og positiv, og at medarbejderne udviser respektfuld adfærd.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for faktorer, der har betydning for at sikre respektfuld kommunikation og adfærd. Medarbejderne beskriver blandt andet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ligeværdighed</li> <li>• Udvide aktiv lytning</li> <li>• Etik og moral i dialogen - ikke tale om andre borgere i andres nærvær</li> <li>• Udvide en stille og rolig adfærd</li> <li>• Borgerne må ikke forvirres og opleve travlhed</li> <li>• Give plads til, at borgerne får tid til at falde til</li> <li>• Tage udgangspunkt i, hvad borgerne gerne vil</li> <li>• Sikre, at borgerne føler sig set og hørt</li> <li>• Møde borgerne, hvor de er</li> <li>• Udføre hjælpen i borgernes tempo</li> </ul>
<b>Tilsynets vurdering</b>	
<p>Tilsynet vurderer, at medarbejderne kommunikerer i en respektfuld og anerkendende omgangstone. Tilsynet vurderer, at borgerne oplever respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan beskrive faktorer, der har betydning for at sikre den respektfulde kommunikation og adfærd i mødet med borgerne.</p>	

### 3.5 INTERVIEW AF PÅRØRENDE

<b>Data</b>	<p><u>Pårørendeinterview:</u></p> <p>Pårørende er meget begejstret for Svendebjerghave og medarbejderne. Pårørende føler sig tryk ved ophold og forløb. Pårørende fortæller, at der er tale om flere gentagende ophold for borger på Svendebjerghave. Pårørende oplever, at medarbejderne har travlt, men altid er lyttende. Borger får den nødvendig pleje og støtte. Det kan knibe med den ekstra tid til den sociale omsorg, som borger har meget brug for, ifølge pårørende.</p> <p>Pårørende oplever, at måltider nu foregår på en anden måde, end første gang borger var på ophold på Svendebjerghave, pga. Covid-19. Borger spiser i egen bolig og ser ikke madden, inden den serveres. Derfor mangler appetitstimulering af borger, som pårørende ellers oplever, der har været fokus på.</p>
-------------	---

Dialogen og samarbejdet med medarbejderne er velfungerende. Medarbejderne er anerkendende og lyttende i forhold til den pårørende. Pårørende fortæller, at der skrives på tavlen, og den pårørende følger med og deltager i møderne.

Pårørende oplever, at træningen er god, men ville gerne, at medarbejderne motiverede borger endnu mere, idet pårørende ved, at borger er usikker. Pårørende oplever fremgang i borgers forløb.

#### Pårørendeinterview:

Pårørende oplever, at den personlige pleje og praktiske støtte er velfungerende, og der er godt styr på tingene. Det er let at komme i kontakt med medarbejderne. Pårørende oplever, at der er ro og god kontrol over forholdene, og at borger er godt tilfreds.

Pårørende har deltaget i telefoniske samtaler, og der er afholdt en samtale med to terapeuter og plejemedarbejder, hvor der blev drøftet mål, status og en forlængelse af opholdet. Pårørende oplever, at møderne er velfungerende.

Samarbejde og dialog med medarbejderne forløber godt.

Pårørende synes, at det er svært at udtale sig om træningen, men oplever, at borger ikke rigtig er så interesseret i træning. Pårørende oplever, at det vigtigste er, at borger ikke har smerter.

Måltiderne er fine ifølge den pårørende, og der tages hensyn til dysfagi-problematik.

Der har været forståelse af pårørendes ønske om, at borger skal i plejebolig, og pårørende oplever, at medarbejderne støtter de pårørende. Der har været hjemmebesøg ved terapeuter, hvilken den pårørende er meget glad for.

Medarbejderne beskriver fokus på at sikre godt samarbejde med pårørende. Borger spørges altid ind til, om de ønsker tilstedeværelse af pårørende ved møder, og når det er relevant, hvorvidt de ønsker at der skal tages kontakt til pårørende for information om en given situation.

Efter første samtale udleveres spørgeskema til pårørende, hvor de svarer på spørgsmål ift. deres oplevelse og udbytte af mødet.

Ved hjemmebesøg er man opmærksom på, om der er pårørende, der kan være til stede, da man har meget gode erfaringer hermed.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at pårørende oplever tilfredshed med tilbud og træning på centret. Pårørende oplever godt samarbejde med personalet og føler sig godt informeret.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne har forståelse for at sikre godt samarbejde med pårørende.

## 3.6 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

### 3.6.1 Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling

#### Data

#### Organisering:

Ledelsen fortæller, at medarbejdergruppen er stabil og består primært af social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter samt ernæringsfaglige medarbejdere. Aktivitetsmedarbejdere understøtter træningen gennem aktivitetstilbud.

Svendebjerghave er bemandede med social- og sundhedsassistenter i alle vagtlagte, og der er sygeplejersker til stede i dagtimerne i både hverdage og i weekender. Ledelsen fortæller, at det er vanskeligt at rekruttere assistenter til aftenvagten. Ledelsen beskriver, at der løbende arbejdes med sygefraværet, og at man følger kommunens politik.



Ledelsen fortæller, at der er de nødvendige faglige kompetencer til stede. Der er løbende fokus på kompetenceudviklingen af medarbejderne, hvor der gennem det seneste år har været et stort fokus på den monofaglige udvikling og på dokumentationen. Der afholdes ugentlige tavlemøder, hvor alle borgere gennemgås. Til tavlemøderne er der altid en sygeplejerske til stede, hvilket skal understøtte kompetenceudviklingen af medarbejderne. Ledelsen beskriver videre, hvordan der er gjort en stor indsats for at flytte medarbejdernes fokus fra "pleje og omsorg" til en mere rehabiliterende kultur.

Der har også været et stort fokus på ernæringsområdet, hvor der er arbejdet målrettet med tidlig ernæringscreening af alle borgere. På plejecenteret er en ernæringsfaglig vejleder, og der er tilknyttet en diætist, som tilser alle borgere, der scores i kategorien "rød". Ledelsen fortæller, at diætisten fremadrettet skal deltage ved alle tavlemøder. Ledelsen beskriver kort, at der kommer e-læring på konkrete faglige områder, som fx demens og medicin, som ligeledes skal understøtte medarbejdernes kompetenceudvikling.

Medarbejderne oplever, at deres kompetencer svarer til de opgaver, de stilles over for i hverdagen. Medarbejderne oplever, at centret har gennemgået en stor udvikling, og at der er et meget godt læringsmiljø på centret.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er fokus på at sikre faglig udvikling og rekruttering af de nødvendige faglige kompetencer.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne oplever, at deres faglige kompetencer matcher de opgaver, de stilles over for. Medarbejderne oplever, at der er et godt læringsmiljø på centret.

### 3.6.2 Tværfagligt arbejde

#### Data

Ledelsen beskriver, hvordan forløbssamtalerne hos borgerne har været med til at sikre det tværfaglige samarbejde. Her deltager både ergoterapeuter, fysioterapeuter og medarbejdere fra plejen, og man er lykkedes med at skabe et tværfagligt team omkring borgeren. Ledelsen beskriver også, at der er ændret i strukturen og rammerne for det tværfaglige samarbejde, hvilket har medvirket til en optimering af samarbejdet og en synlig forbedring i tilfredsheden blandt medarbejderne. Ledelsen beskriver, at medarbejderne er gode til at involvere forebyggelsesenheden tidligt i forløbet, fx demenskoordinator, pårørende koordinator, palliationskoordinator mm.

Ledelsen beskriver, at de fremadrettet ønsker at arbejde tværfagligt i forhold til de utilsigtede hændelser, fx i forhold til at forebygge fald. Herudover beskriver ledelsen, at de ønsker at skabe fokus på borgerens videre forløb og dermed udvide det tværfaglige samarbejde med visitationen.

Medarbejderne oplever, at det tværfaglige samarbejde er meget velfungerende, og at man står midt i en stor udvikling.

Man er aldrig i tvivl om, hvem der er tilknyttet borgeren, og hvem man skal kontakte, når der er behov for tværfaglig dialog. Man er meget klar og tydelig i forhold til, hvem der gør hvad. Medarbejderne oplever, at forløbene er blevet kortere, og at dette blandt andet skyldes et meget velfungerende tværfagligt samarbejde.

Medarbejderne beskriver, at der er mange forskellige specialister at trække på og fagligt samarbejde med. Medarbejderne nævner samarbejde med hjerneskadekoordinator, visitator, hjælpemiddeldepotet, diætist, vederlagsfri fysioterapeuter, demenskoordinator og pårørende koordinator.

Der er etableret monofaglig og tværfaglig mødestruktur, som sikrer gode rammer og muligheder for samarbejde.

Medarbejder beskriver eksempel på samarbejde med hospitalet i forbindelse med en borgers dialysebehandling. Centerets sygeplejersker og hospitalet har forestået undervisning i opgaven.

Medarbejderne er bekendte med, at der er planer om udarbejdelse af kompetenceprofiler.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er fokus på at sikre gode rammer for det tværfaglige samarbejde.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne oplever gode muligheder for tværfaglig sparring internt på centret og i forhold til eksterne samarbejdspartnere.

## 4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

### 4.1 FORMÅL

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

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- træningsmæssige forhold på den enkelte enhed. Tilsynet sætter fokus på træningsindsatsen for borgerne og således også på, hvordan hjælpen efter deres og eventuelle pårørendes opfattelse fungerer. De fysiske rammers egnethed i forhold til borgernes 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 borgernes og eventuelle 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 borgerne modtager.

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 afhjælpes.</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 afhjælpes.</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.