



# Tilsynsrapport Hvidovre Kommune

Center for Sundhed og Ældre  
Plejecenter Krogstenshave

Uanmeldt tilsyn  
November 2020

# INDHOLD

<b>1.</b>	<b>VURDERING .....</b>	<b>4</b>
1.1	TILSYNETS SAMLEDE VURDERING .....	4
1.2	TILSYNETS ANBEFALINGER .....	5
<b>2.</b>	<b>OPLYSNINGER OM PLEJECENTRET .....</b>	<b>6</b>
<b>3.</b>	<b>DATAGRUNDLAG .....</b>	<b>7</b>
3.1	OPFØLGNING PÅ FOREGÅENDE TILSYN .....	7
3.2	SUNDHEDSFAGLIG DOKUMENTATION .....	7
3.3	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.....	10
3.4.4	Fysiske rammer og aktiviteter .....	11
3.5	INTERVIEW AF PÅRØRENDE .....	11
3.6	ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE.....	11
3.6.1	Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling.....	11
3.6.2	Tværfagligt samarbejde.....	12
<b>4.</b>	<b>TILSYNETS FORMÅL OG METODE.....</b>	<b>13</b>
4.1	FORMÅL .....	13
4.2	METODE .....	13
4.3	VURDERINGSSKALA.....	14
4.4	TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE.....	15

## 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 Krogstenshave er, at der er tale om et plejecenter med:

### **Meget tilfredsstillende forhold.**

Det er tilsynets vurdering, at ledelsen meget tilfredsstillende redegør for opfølgning på sidste års tilsyn samt for udviklingsindsatser til at højne kvaliteten i pleje og omsorg på plejecentret.

Dokumentationen er meget tilfredsstillende og lever op til gældende retningslinjer på området og fremstår med en faglig og professionel standard og med få mangler i opfyldelsen i forhold til besøgsplan og dokumentation for målinger. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for arbejdet med dokumentationspraksis, herunder ansvarsfordeling.

Beboerne er meget tilfredse med kvaliteten af medicinbehandling og er trygge ved indsatsen. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for medicinbehandling og medicinadministration samt praksis for UTH og delegation af opgaver. Der forefindes relevante medicininstruktioner, og medicinen er korrekt opbevaret og mærket.

Beboerne er meget tilfredse med kvaliteten af den personlige pleje og praktiske støtte, og alle oplever, at de modtager relevante pleje- og omsorgsydelser. Ligeledes vurderes, at der er sammenhæng mellem beboernes tilstand og den pleje og omsorg, der leveres. Dog observeres der i to tilfælde snavsede hjælpemidler. Medarbejderne kan fagligt og reflekteret redegøre for pleje og omsorg til beboerne og har fokus på den rehabiliterende samt sundhedsfremmende og forebyggende tilgang.

Tilsynet vurderer, at beboerne generelt er meget tilfredse med madens kvalitet. De er ligeledes tilfredse med rammerne og det sociale samvær under måltiderne. Medarbejderne kan på en faglig og reflekterende måde redegøre for arbejdet med at sikre det gode måltid, herunder at beboerne støttes og guides til selv at være aktivt deltagende under måltidet.

Beboerne er meget tilfredse med kommunikationen og kontakten til medarbejderne, og omgangstonen er respektfuld og præget af humor. Medarbejderne kan på en faglig, engageret og reflekterende måde redegøre for, hvorledes der sikres respektfuld adfærd og anerkendende kommunikation med beboerne. Der observeres meget tilfredsstillende kommunikation og adfærd i mødet med beboerne.

Vurderingen er, at 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 observerer et snavset gulv i træningsområdet.

Pårørende er meget tilfredse med indsatser og mulighed for kontakt med ledelse og medarbejdere.

Der vurderes et ledelsesmæssigt fokus på at sikre de rette faglige kompetencer, og at medarbejderne har de nødvendige faglige kompetencer og meget tilfredsstillende mulighederne for kompetenceudvikling. Der er fokus på det tværfagligt samarbejde blandt centrets medarbejdere og med eksterne samarbejdspartnere, og det tværfaglige samarbejde opleves velfungerende.

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

## 1.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

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

### Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at der sikres opdatering af helbredstilstande, og at besøgsplan indeholder beskrivelser af beboernes kognitive udfordringer og indsatser. Ligeledes, at der systematisk dokumenteres vægt på beboerne.
2. Tilsynet anbefaler, at der følges op og sikres, at beboernes hjælpemidler samt fællesarealer fremstår rengjorte.

## 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 4. november 2020
Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: <ul style="list-style-type: none"><li>• Interview med plejecentrets ledelse</li><li>• Rundgang på plejecentret, herunder dialog med medarbejdere og beboere</li><li>• Tilsynsbesøg hos tre beboere</li><li>• Gennemgang af dokumentation</li><li>• Interview af to pårørende</li><li>• Gruppeinterview med seks medarbejdere (to social- og sundhedshjælpere, tre social- og sundhedsassistenter og en sygeplejerske)</li></ul>
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

<b>Data</b>	<p>Ledelsen fortæller, at de løbende har været ramt af COVID-19 tilfælde blandt beboere og medarbejdere. Kommunen har løbende udmeldt nye anbefalinger og retningslinjer, som ledelsen har videreformidlet og udmøntet konkret på centeret. Beboere og medarbejdere er overvejende i egne afdelinger, og større fælles aktiviteter er afløst af mindre aktiviteter i de enkelte afdelinger. Centret har eget testcenter, og medarbejderne testes hver 14. dag. Centret oplyser, at de arbejder med en række kompetenceudviklingsopgaver. Ledergruppen er startet et kompetenceforløb med ekstern konsulent omkring forråelse, som efterfølgende skal implementeres i resten af medarbejdergruppen. Medarbejdere af anden etnisk baggrund tilbydes kompetenceudvikling i det at forstå og formidle fagsproget. Alle social- og sundhedsassistenter deltager i undervisning i medicinbehandling.</p> <p>Som opfølgning på sidste års tilsyn har ledelsen udarbejdet en handleplan med tidsplan, og hvem der er ansvarlig for opfølgning.</p> <p>Der har været afsat tid og ressourcer til opfølgning på dokumentationen, der er udarbejdet arbejdsgang på handleanvisninger samt indført fast audit. Der er indkøbt dispenseringsborde, og der har været brush-up i medarbejdergruppen omkring egenkontrol. Der er nu tydelig markering omkring aktuel og ikke aktuel medicin i beboernes boliger, herunder anvendelse af poser.</p> <p>Praksis omkring håndtering af vasketøj og affaldsposer har været drøftet og er ikke længere synlige på fællesarealer.</p> <p>Respektfuld og anerkende kommunikation italesættes og drøftes løbende i medarbejdergruppen, og en repræsentativ gruppe af beboere adspørges hver tredje måned ud fra en systematisk spørgeguide til deres oplevelse af stedet, herunder medarbejdernes adfærd og kommunikation.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	<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 plejecentret.</p>

### 3.2 SUNDHEDSFAGLIG DOKUMENTATION

<b>Data</b>	<p><u>Generelle oplysninger</u></p> <p>På alle beboere er der oprettet generelle oplysninger med aktuelle helbredsoplysninger og med beskrivelse af beboernes mestring, motivation, roller, vaner.</p> <p><u>Besøgsplaner</u></p> <p>Der foreligger funktionsevnetilstande på alle beboere med beskrivelse af beboers mål for indsatsen. Beboernes behov for pleje og omsorg er beskrevet handlevejledende i besøgsplanen, herunder sundhedsfremmende og rehabiliterende indsatser, blandt andet i forhold til hudpleje og ernæring. Særlige oplysninger, f.eks. i forhold til beboeres kognitive problemstillinger eller praktiske oplysninger med stor betydning for beboerne, ses delvist udfyldt. Relevante målinger er systematisk dokumenteret.</p>
-------------	---

Helbredstilstande

Der er udarbejdet helbredstilstande på alle beboere på alle områder, men et enkelt område ikke er opdateret. Der er taget stilling til alle felter i helbredstilstandene med beskrivelse af beboers mål. Der er tilknyttet aktuelle handlingsanvisninger, som handlevejledende beskriver indsatsen.

Medarbejderne redegør for, hvordan de arbejder med dokumentationen, så den understøtter kvalitet og kontinuitet i daglig praksis. Der er klar ansvarsfordeling, hvor sygeplejerske og social- og sundhedsassistenter udfylder og opdatere helbredstilstande og handleanvisninger og social- og sundhedsmedarbejderne udarbejder i fællesskab besøgsplan.

Medarbejderne redegør for, at der løbende dokumenteres, samt at besøgsplanen og tilstande tilrettes ved afvigelser/ændringer. Der arbejdes med opfølgingsdato på ydelser, og i alle afdelinger er der systematisk gennemgang af alle beboere en eller flere gange ugentlig.

Medarbejderne tilgår dokumentationen på mobile enheder og har adgang til PC.

**Tilsynets vurdering**

Tilsynet vurderer, at dokumentationen er meget tilfredsstillende og lever op til gældende retningslinjer på området. Den fremstår med en faglig og professionel standard og har få mangler i opfyldelsen. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflekteret måde redegøre for arbejdet med dokumentationspraksis, herunder ansvarsfordeling.

**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 social- og sundhedsassistent.

Der findes instrukser for:

- Kontrol af at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
- Personalegruppernes kompetence 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.

Mediciggennemgang hos tre beboere:

- Medicinskemaet indeholder dokumentation iht. gældende retningslinjer
- Medicinen er opbevaret korrekt i aflåst skab i boligen, hvor aktuel medicin og ikke aktuel medicin er tydeligt adskilt
- Medicinen er mærket med beboers navn og CPR-nummer.
- I alle tilfælde er doseringen korrekt
- Der er givet den medicin, der skal være givet på tilsynstidspunktet

Alle beboere er meget tilfredse og trygge ved hjælpen til deres medicin-håndtering og administration.



Medarbejderne redegør reflekteret for praksis omkring medicin håndtering og medicinadministration. Medarbejderne har kendskab til og anvender den lokale instruks i hverdagen og anvender medicinbord ved dispensering. De beskriver, at der er egenkontrol efter hver dosering, som de enten selv eller kollega foretager, og sygeplejersken foretager løbende medicingennemgang. Medarbejderne redegør for opgaver i forbindelse med udlevering.

Centret arbejder systematisk med UTH, dels med samlerapportering og dels med individuelle indberetninger, hvor en gruppe af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter drøfter de indkomne UTH og sikrer forebyggelse og læring på møder i hverdagen.

Der udfyldes kompetencekort og arbejdes systematisk med delegation af opgaver.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at beboerne er meget tilfredse med kvaliteten af medicin håndtering og er trygge ved indsatsen. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflekterende måde redegøre for medicin håndtering og medicinadministration samt praksis for UTH og delegation af opgaver. Der forefindes relevante medicininstrukser, og medicinen er korrekt opbevaret og mærket.

### 3.4 HVERDAGENS PRAKSIS

#### 3.4.1 Personlig pleje og praktisk støtte

##### Data

Tilsynet observerer sammenhæng mellem de beskrevne problemstillinger, beboernes tilstand og den pleje og omsorg, der leveres. Boliger og hjælpemidler er rengjorte, fraset to snavsede hjælpemidler.

Beboerne er meget tilfredse med hjælpen, dog kan en beboer, grundet kognitive begrænsninger, ikke svare relevant, men virker glad og tilfreds og tryk ved situationen. De to beboere tilkendegiver, at der altid er mulighed for ekstra hjælp. Begge beboere oplever at få hjælp, som svarer til deres behov, og fortæller, at de selv aktivt deltager i de daglige opgaver i forbindelse med personlig pleje. En beboer udtrykker at have fået det meget bedre siden indflytning og deltager mere aktivt i opgaveløsningen. Beboerne er meget trygge ved den samlede indsats, blandt andet fremhæver en beboer, at det, at hjælpen leveres af fastre medarbejdere, giver ekstra tryghed. Den praktiske hjælp opleves ligeledes tilfredsstillende, hvor den ene beboer selv rydder op og vander blomster.

Medarbejderne fortæller, hvorledes den personlige pleje og omsorg ydes i forhold til målgruppens forskellige og særlige behov. Den daglige planlægning sker i de enkelte afdelinger ud fra vagtplan og oversigtstavle og tager afsæt i beboerens aktuelle tilstand, kontaktperson og kompetencebehov. Dokumentationen sikrer kontinuitet og binder de respektive vagtlag sammen.

Centret har fast procedure for, hvordan der handles på ændrede tilstande, og der arbejdes målrettet og systematisk med triagering og triagemøder, og hvor der er behov for indsats, udpeges sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent, som har ansvar for opfølgning.

Alle medarbejdere, der arbejder med beboere med demens, modtager undervisning for at sikre en ensartet tilgang til disse beboere

Medarbejderne har fokus på at inddrage beboernes egne ressourcer og støtter indbyrdes hinanden i hverdagen til, at det også gælder de små ting, som fx støtte til påtagning af strømper. I en afdeling har de fast borgergennemgang med fokus på rehabilitering. Til beboere med særligt træningsbehov sendes der henvisning til visitationen om ergo- og fysioterapeutbehov.

Rengøringspersonale varetager rengøring af beboernes boliger samt tøjvask. Medarbejderne redegør fagligt for, hvordan de hjælper beboerne med fokus på at imødekomme deres ønsker til levevis omkring daglig oprydning og tilse, at der ikke opbevares gamle madvarer i køleskabet.

### 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. Ligeledes vurderes, at der er sammenhæng mellem beboernes tilstand og den pleje og omsorg, der leveres. Dog observeres der i to tilfælde snavsede hjælpemidler. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflekterende måde redegøre for pleje og omsorg til beboerne, og de har fokus på den rehabiliterende samt sundhedsfremmende og forebyggende tilgang.

### 3.4.2 Mad og måltider

#### Data

Tilsynet har ikke foretaget observationer af måltidet.

Beboerne er generelt meget tilfredse med maden, hvor en beboer dog er mindre begejstret for den varme mad og savner, at kødet serveres i lidt tykkere skiver. To beboere spiser i fællesskabet og hygger sig med det, mens en beboer ønsker at spise i egen bolig.

Medarbejderne redegør for principperne for det gode måltid. I den forbindelse fortæller medarbejderne blandt andet, at der udarbejdes plan for, hvem der varetager opgaverne, og der planlægges med måltidsvært ved hvert måltid. Det er måltidsværtens opgave at skabe ro og god stemning samt dialog ved måltidet.

Medarbejderne har fokus på at matche beboerne og på, at der er beboere, som ønsker at spise i egen bolig. Aktuelt er måltidet omlagt på grund af Coronarestriktioner. F.eks. er der nu tallerkenservering.

Medarbejderne fortæller, at beboerne vejes fire gange årligt og hyppigere ved vurderet behov. Der er fokus på beboere med ernæringsmæssige problematikker, og der igangsættes relevante indsatser i samarbejde med ernæringsassistent, diætist eller ergoterapeut.

### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at beboerne generelt er meget tilfredse med madens kvalitet. De er ligeledes tilfredse med rammerne og det sociale samvær under måltiderne. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflekterende måde redegøre for arbejdet med at sikre det gode måltid, herunder at beboerne støttes og guides til selv at være aktivt deltagende under måltidet.

### 3.4.3 Kommunikation og adfærd

#### Data

Medarbejderne er synligt til stede i de enkelte afdelinger. Tilsynet observerer en respektfuld og anerkendende kommunikation imellem beboere og medarbejdere. Medarbejderne banker på døren, inden de træder ind i boligerne. Der observeres en god og rolig stemning, og flere beboere på fællesarealer, som enten træner eller sammen sidder og hygger sig.

Beboerne er meget tilfredse med medarbejderne, som de oplever er søde, flinke og hjælpsomme. Omgangstone og adfærd er anerkendende og respektfuld.

Medarbejderne redegør reflekteret for, at kommunikation og adfærd er på beboernes præmisser og vægter overholdelse af aftaler, at skabe tillid, udvise en professionel adfærd og at være glad og smilende samt have en humoristisk tilgang. Travlhed italesættes ikke over for beboerne, og i en afdeling minder de dagligt hinanden om dette.

### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at beboerne er meget tilfredse med kommunikationen og kontakten til medarbejderne, og omgangstonen er respektfuld og præget af humor. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en engageret 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

<b>Data</b>	<p>Der er ikke sket ændringer i de fysiske rammer siden sidste tilsyn. Indretningen er hjemlig og hyggelig med en atriumgård, som kan anvendes til hyggestunder, træning osv. På tilsynsdagen deltager flere beboere i fælles gymnastik i gården. Der observeres at være ryd- deligt og rent, fraset et meget snavset gulv i træningsområdet.</p> <p>På fællesarealerne hænger opslag med forskellige relevante informationer målrettet både beboere og pårørende. Fx ses opslag vedrørende kontaktpersoner og klippekort.</p> <p>Beboerne udtrykker tilfredshed med tilbuddet af aktiviteter, men hvor en beboer dog ud- trykker at savne at komme i mandeklubben, som er lukket ned på grund af Corona situati- onen. Beboerne deltager i aktiviteter efter lyst og formåen, og en beboer deltager f.eks. i gymnastik og banko, anden beboer kører selv ture ud i den friske luft, og en beboer læser, strikker og går små ture.</p> <p>Medarbejderne redegør for aktivitetstilbuddene, som afholdes af aktivitetsmedarbejder i hver afdeling. Når muligheden opstår, planlægger medarbejderne en aktivitet fra morgen- stunden, som fx at gå ned og besøge pølsevognen, spiller musik i afdelingen, sætter en film på og tilbyde chips og sodavand eller at gå en tur i sansehaven</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	
<p>Tilsynet vurderer at beboerne er meget tilfredse med kvaliteten af aktiviteter og træning, og beboerne oplever at modtage relevante aktivitets- og træningstilbud, og at de selv vælger, om de vil deltage. Medarbejderne kan med faglig indsigt redegøre for arbejdet for aktiviteter og træning til beboerne. Til- synet observerer et snavset gulv i træningsområdet.</p>	

## 3.5 INTERVIEW AF PÅRØRENDE

<b>Data</b>	<p>Tilsynet har talt telefonisk med to pårørende.</p> <p>Begge pårørende giver udtryk for, at de oplever plejecenteret som et godt sted at være for deres nærmeste. De oplever, at deres nærmeste har en god hverdag og bliver rigtigt godt behandlet. De tilkendegiver, at deres nærmeste får den hjælp og omsorg og støtte til ren- gøring og praktiske opgaver, som de har behov for. Medarbejderne er søde, respektfulde og imødekommende. En pårørende har ved besøg på plejecenteret haft et par oplevelser med sin demente mor omkring manglende rengøring i bolig og manglende hygiejne i situa- tioner, hvor hendes mor frasagde sig hjælpen. Datteren har i de konkrete situationer drøf- tet situationen med medarbejderne, som har udvist forståelse, lyttet og handlet aktivt på datterens henvendelse.</p>
<b>Tilsynets vurdering</b>	
<p>Tilsynet vurderer, at pårørende er meget tilfredse med indsatser og mulighed for kontakt med ledelse og medarbejdere.</p>	

## 3.6 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

### 3.6.1 Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling

<b>Data</b>	<p>Plejecentret er organisatorisk opdelt i seks afdelinger med en gruppeleder i hver afdeling. Ledelsen oplever, at de er dækket ind med kompetencer og vægter i høj grad løbende kompetenceudvikling af medarbejderne. Centret har social- og sundhedsuddannet medar- bejdere, sygeplejerske, pædagoger, ernæringsassistent og aktivitetsmedarbejdere i dag og aftenvagte.</p>
-------------	---

Der er ligeledes tekniske assistenter og administrative medarbejdere. En social sygeplejerske varetager sygeplejefaglige opgaver til beboere, som er visiteret til gerontopsykiatri, herunder også give sparring og rådgivning til medarbejdere. Plejecenteret har ansat coach, som er instruktør i mindfulness, og som har udviklingsforløb både individuelle og i teams.

I forhold til rekruttering arbejdes der i øjeblikket med rekruttering og onboarding med individuel kompetenceudvikling for at fastholde og give nye medarbejdere den bedst mulige start i jobbet.

Medarbejderne har gennemgået et todages forflytningskursus, og alle medarbejdere er startet kursus i demens - fordelt over tre moduler. I starten af 2021 skal nøglepersoner fra hver afdeling deltage i et kompetenceudviklingsprojekt omkring pleje og omsorg til udadreagerende beboere.

Medarbejderne oplever, at de har de nødvendige kompetencer og gode muligheder for kompetenceudvikling og lydhørhed fra ledelsen over for ønsker.

Medarbejderne har kendskab til VAR og fortæller, at det er under implementering. Der arbejdes med kompetencekort og kompetenceprofiler og med systematisk delegering af sygeplejefaglige opgaver.

#### Tilsynets vurdering

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

### 3.6.2 Tværfagligt samarbejde

#### Data

Leder fortæller, at der er igangsat en række kompetenceudviklingsprojekter, som bidrager til at styrke det tværfaglige samarbejde. Samtidig betyder tiden med Corona, at medarbejderne i mindre grad end tidligere samarbejder på tværs af afdelinger, men at de forsøger at bringe medarbejdere sammen under de nuværende vilkår.

Medarbejderne oplever et velfungerende samarbejde i de enkelte grupper og samtidig gode muligheder for at søge hjælp og vejledning hos kollegaer i en af de andre afdelinger, ligesom de hjælper hinanden på tværs ved sygefravær.

Sygeplejefaglige møder samt assistentmøder bidrager til viden og erfaringsudveksling samt faglig udvikling, og der afholdes faste fællesmøder med ledelse og afdelingsrepræsentanter med information om nye tiltag etc.

Medarbejderne oplever gode muligheder for tværfaglig sparring i de enkelte grupper og på tværs af afdelinger, hvor de efter behov kan inddrage fx socialsygeplejerske, sårsygeplejerske og demenskoordinator i kommunen

Lægerne kommer en gang ugentligt, og medarbejderne oplever et velfungerende samarbejde.

Der er viden og erfaringsudveksling om beboerne på de daglige morgenmøder med triagering og på triageringsmøder.

To afdelinger holder ugentlig fælles faglig frokost med drøftelse af et fagligt tema, såsom sår, hygiejne eller tandstatus og med deltagelse af underviser.

#### Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at der er fokus på det tværfagligt samarbejde blandt centrets medarbejdere og med eksterne samarbejdspartnere, og det tværfaglige samarbejde opleves velfungerende.

## 4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

### 4.1 FORMÅL

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

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

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

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

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

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

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

### 4.2 METODE

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

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

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

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

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

## 4.3 VURDERINGSSKALA

BDO arbejder ud fra nedenstående vurderingsskala:

Samlet vurdering
<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.