



Tilsynsrapport Albertslund Kommune

Sundhed, Pleje og Omsorg
Plejecenter Humlehusene

Uanmeldt helhedstilsyn
Februar 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	9
3.4.2	Praktisk hjælp	10
3.4.3	Mad og måltider	10
3.4.4	Omgangsform og sprogbrug	11
3.4.5	Fysiske rammer og aktiviteter/træning	11
3.5	ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE	12
3.5.1	Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling	12
3.5.2	Tværfagligt samarbejde	12
4.	TILSYNETS FORMÅL OG METODE	13
4.1	FORMÅL	13
4.2	METODE	13
4.3	VURDERINGSSKALA	14
4.4	TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE	15
5.	OM BDO	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 Demensplejecenter Humlehusene er, at der er tale om et plejecenter med

Tilfredsstillende forhold

Tilsynet vurderer, at ledelsen meget tilfredsstillende har fulgt op på anbefalinger fra sidste tilsyn og har fokus på udviklingstiltag for at optimere den samlede kvalitet.

Tilsynet vurderer, at dokumentationen tilfredsstillende lever op til gældende retningslinjer samt Albertslund Kommunes krav på området, men der ses mangler i dokumentationen, som vil kræve en fortsat målrettet indsats at udbedre. Vurderingen er, at Humlehusene fortsat er i en udviklingsproces og arbejder systematisk på at sikre en fyldestgørende dokumentation.

Det vurderes, at medicin overordnet håndteres tilfredsstillende, idet der er dispenseret korrekt medicin for de beboere, hvis medicin gennemgås. Der ses i et tilfælde medicinpræparat, som ikke er opbevaret utilgængeligt for uvedkommende, og i flere tilfælde ses ikke dispenserbar medicin uden mærkning med navn og CPR-nummer. Hos en borger mangler der dokumentation for givet medicin, og i et tilfælde ses der manglende dokumentation for, hvor og hvornår medicinsk plaster er placeret på borgeren.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt kan redegøre for retningslinjer i forhold til medicindispensering, medicinadministration og medicinhåndtering. Medarbejderne er bekendte med, hvor retningslinjer kan søges. Tilsynet vurderer, at medarbejderne har fokus på, hvorledes der sikres systematiske arbejdsgange, så medicinen doseres korrekt. Beboerne modtager relevante pleje- og omsorgsydelser, som leveres efter en meget tilfredsstillende faglig standard og med et rehabiliterende sigte, og pleje, omsorg og hverdagsliv tilrettelægges til fulde på beboernes præmisser.

Beboerne er tilfredse med den hjælp, de modtager til praktiske opgaver, og medarbejderne kan redegøre for deres ansvar i relation til praktiske opgaver i beboernes boliger.

Der er en hygiejnemæssig forsvarlig standard.

Tilsynet vurderer, at beboerne er meget tilfredse med maden. Der er fokus på mad og måltider, og medarbejderne kan fagligt og reflekteret redegøre for deres rolle og ansvar i forhold til at skabe hyggelige rammer for måltidet. Vurderingen er, at medarbejderne er særdeles opmærksomme på beboernes individuelle behov, herunder at tilpasser madservering til den enkelte beboer og dennes dagsform.

Det vurderes, at omgangsform og sprogbrug på plejecentret er meget tilfredsstillende. Beboerne oplever medarbejderne som søde og venlige, og tilsynet vurderer, at medarbejderne er fagligt reflekterede omkring adfærd og kommunikation, som er kendetegnet ved at være respektfuld og anerkendende.

Der er et varieret tilbud af aktiviteter, og medarbejderne kan meget tilfredsstillende redegøre for, hvordan de motiverer og understøtter beboernes deltagelse i aktiviteter.

Ledelsen sikrer tilstedeværelse af relevante faglige kompetencer og løbende kompetenceudvikling, og medarbejderne har mulighed for løbende faglig sparring i hverdagen. Vurderingen er, at både ledelse og medarbejdere er tilfredse med det tværfaglige samarbejde på plejecentret.

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 kvalitetsstandards og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

1.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

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

Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen har et fortsat målrettet fokus på at arbejde med at sikre en fyldestgørende, sammenhængende og opdateret dokumentation, som indeholder udfyldte funktionsevnetilstande på alle relevante områder og i tilknytning hertil relevante handleanvisninger. Anbefalingen er, at handleanvisninger i højere grad indeholder flere beskrivelser af beboerens ressourcer, og hvorledes disse medinddrages i plejen og omsorgen.
2. Tilsynet anbefaler, at plejecentret sikrer, at medicinen i beboernes boliger opbevares utilgængeligt for uvedkommende samt sikrer korrekt markering af ikke dispenserbar medicin. Ligeledes, at der sikres dokumentation for givet medicin samt dokumenteres, hvor og hvornår ved anvendelse af medicinsk plaster, jf. retningslinjer vedrørende korrekt håndtering af medicin fra styrelsen for patient-sikkerhed.

2. OPLYSNINGER OM PLEJECENTRET

Oplysninger om plejecentret og tilsynet
Navn og adresse: Humlehusene, Humlehusene 1-7, 2620 Albertslund
Leder: Mona Tina Funch
Antal boliger: 50 boliger for demente beboere, heraf tre boliger som aflastning.
Dato for tilsynsbesøg: Den 26. februar 2020
Tilsynet blev tilrettelagt i samarbejde med afdelingsleder. Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejecentrets afdelingsleder • Rundgang på plejecentret, herunder dialog med medarbejdere og beboere • Gennemgang af dokumentationen • Gennemgang af medicin • Tilsynsbesøg hos tre beboere • Gruppeinterview med tre medarbejdere, to social- og sundhedsassistenter og en sygeplejerske Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Senior Manager Margit Kure, Senior Manager og Sygeplejerske, MHM Manager Else Marie Seehusen, sygeplejerske og SD/DSH

3. DATAGRUNDLAG

3.1 OPFØLGNING PÅ FOREGÅENDE TILSYN

Data	Som opfølgning på sidste års tilsyn fortæller leder, at der har været løbende fokus på deres dokumentation. Superbruger i begge afsnit sikrer implementering af nye justeringer samt sparring til medarbejderne i hverdagen. Deres fælles tværfaglige møder for alle vagter og de nye faste ugentlige tavlemøder med borgergennemgang anvendes som refleksionsrum, hvor faglighed og dokumentation naturligt bindes sammen, og hvor opfølgning på dokumentationen er blevet en naturlig del. De har øget struktur og procedure på medicinområdet, og hermed øget patientsikkerheden. Omkring opbevaring af medicin har borgerne eget skab, som nu har en fast struktur for indretning, og der er indkøbt forskellige farvede kurve til opbevaring af aktuel og ikke aktuel medicin. Medarbejder må kun dosere til samme borger tre gange i træk, og leder og centersygeplejerske gennemfører fast audit på medicin. Der er elektronisk registrering for givet medicin, og der er indført fast praksis med centerlæge omkring opfølgning på særlige medicinske præparater. Nævnte tiltag har gjort, at antallet af utilsigtet hændelser er reduceret. Demensplejecenter arbejder ud fra den teoretiske referenceramme Tom Kitwood med fokus på inklusion og personcentreret omsorg, og hvor plejen i høj grad tager afsæt i den enkelte beboer, fx respekteres beboernes døgnrytme ved, at de får lov til at sove til de selv har lyst til at stå op. De har særligt fokus på at understøtte de pårørende til den demente beboer, som ofte har det svært, og kommunen kan tilbyde de pårørende at deltage i pårørendegrupper og demenscafé, som arrangeres på tværs af hele kommunen. Centerlægen kommer ugentlig og tilser beboerne, som ligeledes kan være en god støtte til de pårørende, som altid er velkomne til at deltage. Centret har som noget nyt indkøbt en blærescanner for at forebygge urinvejsinfektioner.
Tilsynets vurdering	
Tilsynet vurderer, at ledelsen meget tilfredsstillende har fulgt op på anbefalinger fra sidste tilsyn og har fokus på udviklingstiltag for at optimere den samlede kvalitet.	

3.2 SUNDHEDSFAGLIG DOKUMENTATION

Data	Tilsynet har gennemgået dokumentationen for tre beboere. Hos alle beboere er der udfyldt fyldestgørende generelle oplysninger, eksempelvis omkring beboerens motivation, ressourcer og mestringssevne og helbredsoplysninger. Hos en beboer er helbredsoplysninger dog ikke helt fyldestgørende og opdaterede. Der er udarbejdet livshistorie på alle beboere, dog er denne sparsom på en beboer, hvor tilsynet bliver oplyst, at de ikke har fået yderligere oplysninger fra de pårørende. Hos en beboer er der udarbejdet funktionsevnetilstande for alle relevante områder, mens de hos to beboere kun delvist er udfyldt, og hvor der eksempelvis mangler udfyldelse af kropspleje, mobilitet og mentale funktioner. Der er udfyldt helbredstilstande på alle tre beboere, og der er dokumentation for opfølgningsdato. Hos en beboer er en enkelt helbredstilstand ikke opdaterede. Hos to beboere er der oprettet relevante handleanvisninger, hvor der hos den ene beboer er en enkelt handleanvisning, som skal opdateres.
------	--

Hos den tredje beboer er der delvis udfyldt handleanvisninger, men hvor der er mangler på områder, såsom bad, påklædning samt øvre og nedre toilette.

Hos alle beboere er handleanvisninger individuelle og handlingsvejledende beskrevet, men hvor der i nogen grad mangler beskrivelse af beboernes fysiske og mentale ressourcer og behovet for hjælp og støtte, herunder de pædagogiske indsatser. Hos en beboer kunne det tydeligere fremgå, hvilke dagligdagsaktiviteter beboeren profiterer af i hverdagen.

Hos alle beboere er der dokumenteret systematisk vægtmåling.

Medarbejderne redegør for, at dokumentationen anvendes mere end nogensinde, den fungerer som refleksionsredskab og bidrager i høj grad til at understøtte den faglige kvalitet i hverdagen, men at de fortsat er i en proces og læringsfase. De dokumenterer løbende på tablet og mobil, fx registrer de, når medicin er givet samt tilstandsændringer på beboerne.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at dokumentationen tilfredsstillende lever op til gældende retningslinjer samt Albertslund Kommunes krav på området, men at der ses mangler i dokumentationen, som vil kræve en fortsat målrettet indsats at udbedre. Vurderingen er, at Humlehusene fortsat er i en udviklingsproces, og de arbejder systematisk på at sikre en fyldestgørende dokumentation.

3.3 MEDICINHÅNDTERING OG ADMINISTRATION

Data

Tilsynet har gennemgået medicin hos tre beboere.

Der observeres:

- Medicinlisten er opdateret hos alle tre beboere.
- Ugedoseringsæsker og dagsdoseringsæsker er alle mærket med navn og CPR-nummer
- Aktiv medicin, inaktiv medicin og pn medicin er opbevaret adskilt i særskilte kurve
- I flere tilfælde ses ikke dispenserbar medicin uden mærkning med navn og CPR-nummer, blandt andet i aflåst skab i fællesrummet
- Medicindoseringen er korrekt hos de tre beboere
- Der er givet den medicin, der skal være givet på tilsynstidspunktet, og i to ud af tre tilfælde er der dokumentation for givet medicin.
- I et tilfælde ses manglende systematik i medicinbeholdningen, da medicin blev opbevaret to steder i boligen og ikke opbevaret utilgængeligt for uvedkommende
- I et tilfælde ses der manglende dokumentation for, hvor og hvornår medicinsk plaster er placeret på borgeren.

En beboer kan give udtryk for at være tryk og tilfreds med medicin håndtering, mens de to andre beboere ikke kan besvare spørgsmålet.

Medarbejderne redegør for arbejdsgange omkring medicin og observationer hos beboerne. Medarbejderne følger gældende procedure for medicin håndtering, som de har adgang til på intranettet. Der dispenseres i særskilt rum for at undgå forstyrrelser og sikre ro, og for at højne sikkerheden har de bestilt medicinmåtter til doseringen.

Medarbejderne kender til særlige forhold i forbindelse med injektioner, herunder virkning og bivirkning, og adrenalin opbevares i køleskab. Hos beboer, som får halvårlig injektion, er lægen ansvarlig for, at medicinen leveres til tiden.

Utilsigtede hændelser registreres og indrapporteres på tablet, og afdelingsleder sikrer opfølgning på møder til fælles læring og supervision.

Delegeringspraksis er beskrevet i procedure i forhold til, hvilke opgaver der kan delegeres, hvem der må løse opgaven, samt hvem der er ansvarlig, og den enkelte medarbejder udfylder kompetenceskema og følger op.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at medicin overordnet håndteres tilfredsstillende, idet der er dispenseret korrekt medicin for de beboere, hvis medicin gennemgås. Dog bemærkes, at der i et tilfælde ses medicinpræparat, som ikke er opbevaret utilgængeligt for uvedkommende, og i flere tilfælde ses ikke dispenserbar medicin uden mærkning med navn og CPR-nummer. Hos en borger mangler der dokumentation for givet medicin, og i et tilfælde ses der manglende dokumentation for, hvor og hvornår medicinsk plaster er placeret på borgeren.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt tilfredsstillende kan redegøre for retningslinjer i forhold til medicindispensering, medicinadministration og medicinhåndtering. Medarbejderne er bekendte med, hvor retningslinjer kan søges. Tilsynet vurderer, at medarbejderne har fokus på, hvorledes der sikres systematiske arbejdsgange, så medicinen doseres korrekt.

3.4 HVERDAGENS PRAKSIS

3.4.1 Personlig pleje

Data

Det observeres, at beboerne fremstår velsoignerede og veltilpasse.

To beboere er i stand til at besvare spørgsmål, og begge er meget tilfredse med hjælpen og oplever, at de får hjælp til det, de har brug for, samt at de har indflydelse på, hvordan de får hjælpen. Den ene beboer fortæller f.eks. at kunne få sin sovemedicin på det tidspunkt, hun har behov.

Medarbejderne anvender den teoretisk referencerammer Tom Kitwood og redegør for, hvordan de sikrer beboerne pleje og omsorg ved at tage afsæt i deres individuelle behov og dagsform. Plejen foregår altid på beboernes præmisser, og de har ingen faste rutiner for, hvornår borgerne står op eller går i seng. Medarbejderne hjælper og støtter de beboere, som har behov for hjælp til at bevare deres egen døgnrytme og struktur i hverdagen.

Opgavelister sikrer medarbejderne overblik og opfølgning på sundhedsfaglige indsatser, og redskabet Early Warning Score (NEWS) anvendes systematisk til tidlig opsporing af kritisk sygdom og tilstandsændringer.

Forud for centerlægens besøg indsamler sygeplejersken data om beboerne og sikrer, at relevante beboere kommer med på stuegang.

Medarbejderne har fokus på beboernes ressourcer og fortæller, at når de oplever en beboer med funktionsnedsættelse, inddrager de øvrige faggrupper for at undgå, at beboeren mister sit funktionsniveau.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at borgerne modtager relevante pleje- og omsorgsydelser, som leveres efter en særdeles tilfredsstillende faglig standard og med et rehabiliterende sigte.

Det vurderes at pleje, omsorg og hverdagsliv til fulde tilrettelægges på beboernes præmisser

3.4.2 Praktisk hjælp

Data	Tilsynet observerer, at der er rent og pænt i boliger og på hjælpemidler. To beboere er tilfredse med rengøringen, dog bemærker den ene, at tæppet fnugger. Den tredje beboer kan ikke besvare spørgsmålet. Medarbejderne fortæller, at de ikke løser rengøringsopgaver i beboernes boliger, men at dette varetages af kommunens rengøringsteam. Medarbejderne sikrer, at boligen er ryddelig og varetager mindre rengøringsopgaver, hvis der er behov herfor. Medarbejderne fortæller, at beboerne er meget kognitivt dårlige, og det derfor kan være svært at inddrage dem i praktiske opgaver. I øjeblikket har de flere friske damer, som de motiverer til at deltage i borddækning, kartoffelskrælning og andet.
Tilsynets vurdering	
Tilsynet vurderer, at beboerne er tilfredse med den hjælp, de modtager til praktiske opgaver, og medarbejderne kan redegøre for deres ansvar i relation til praktiske opgaver i beboernes boliger. Der er en hygiejnemæssig forsvarlig standard.	

3.4.3 Mad og måltider

Data	I alle huse ses beboere, som er i gang med morgenmaden, og andre som får formiddagskaffe. Medarbejdere ses flere steder sammen med beboerne, i det omfang de ikke er optaget af opgaver i boligerne. Alle beboere, også de beboere som tilsynet har talt med på fællesarealer, er meget tilfredse med maden. Ledelsen fortæller, at morgenmad og frokost produceres i de enkelte afdelinger, hvor den varme mad leveres udefra som hel- eller præfabrikeret. Tidspunkt for servering af morgenmad og frokost er flydende, tilpasset den enkelte beboer, hvor den varme mad serveres på et lidt mere fastlagt tidspunkt. Beboerne ernæringsscreenes ved indflytning og vespers hver måned eller hyppigere ved behov, og ergoterapeuten inddrages i vurderingen af dysfagi. Der iværksættes indsatser på utilsigtet vægttab. Medarbejderne redegør for det gode måltid. De skaber løbende rammerne, som vurderes fra dag til dag, afhængig af beboernes tilstand. Medarbejderne vægter det pædagogiske måltid samt deltagelsen af samme og sikrer i høj grad, at der ro omkring måltidet. Medarbejderne tillaver dele af maden, som fx at skræller kartofler, varme sovs etc., hvilket giver duften af mad i køkkenet. Beboernes ressourcer varierer over tid, og når beboernes sammensætning ændres, implementeres nye tiltag afstemt beboernes ressourcer, fx fadservering. Madservering tilpasses til de enkelte beboere og deres dagsform, og de motiverer beboerne til at hjælpe hinanden.
Tilsynets vurdering	
Tilsynet vurderer, at borgerne er meget tilfredse med maden. Der er særdeles tilfredsstillende fokus på mad og måltider, og medarbejderne kan fagligt og reflekteret redegøre for deres rolle og ansvar i forhold til at skabe hyggelige rammer for måltidet. Vurderingen er, at medarbejderne er særdeles opmærksomme på beboernes individuelle behov, herunder at tilpasse madservering til den enkelte beboer og dennes dagsform.	

3.4.4 Omgangsform og sprogbrug

Data	Det observeres, at medarbejderne møder beboerne med respekt, og omgangstonen er imødekommende og anerkendende. Ved de enkelte boliger er der på beboernes navneskilte skrevet, hvem som er kontaktperson, enkelte steder er der sat billede på af medarbejderen. Beboerne er meget tilfredse med medarbejderne og oplever, at de er søde, flinke, omsorgsfulde og hjælpsomme. Medarbejderne har en god indbyrdes omgangstone, og de er blevet bedre til at tage dialogen, hvis de oplever uhensigtsmæssig adfærd eller kommunikation hos en kollega. Adfærd og kommunikation drøftes ligeledes på beboerkonferencer og personalemøder. Medarbejderne giver i den forbindelse flere eksempler på positive udviklingstiltag, som de har oplevet det seneste år. Omgangstonen til beboerne er fri og hjemlig med plads til grin og latter, men hvor kommunikationen altid tilpasses den enkelte beboers behov og ønsker. Ved indflytning motiverer medarbejderne de pårørende til at udfylde livshistorien, som betragtes som et godt redskab til at spore medarbejderne ind på beboernes behov, vaner, og hvad beboerne kan finde interessant.
Tilsynets vurdering	
Tilsynet vurderer, at omgangsform og sprogbrug på plejecentret er meget tilfredsstillende. Beboerne oplever medarbejderne som søde og venlige. Tilsynet vurderer, at medarbejderne er fagligt reflekteret omkring adfærd og kommunikation, som er kendetegnet ved at være respektfuld og anerkendende.	

3.4.5 Fysiske rammer og aktiviteter/træning

Data	Det observeres flere steder på fællesarealer, at der står hjælpemidler, hvor tilsynet bliver oplyst af leder, at der i forhold til opbevaring af depotvarer er ved at blive etableret lift, så depotvarer kan opbevares i kælderen. Af yderligere tiltag er der indkøbt nye gardiner og nye spiseborde i enkelte afdelinger og installeret nyt kaldesystem med overfaldsalarm til medarbejderne, og som nu uden forstyrrende lys og lyde tilgår medarbejdernes telefoner. Det observeres, at de forskellige afdelinger er indrettet med fællesområde omkring køkkenet. I det omfang, de fysiske rammer tillader det, er der møbleret hjemligt med mulighed for ophold. Beboerne kan kun i begrænset omfang fortælle om aktiviteter, men fortæller, at de deltager i så meget som muligt, for det er vigtigt at holde sig i gang. Medarbejderne fortæller, at aktiviteter planlægges og afvikles af aktivitetsmedarbejder, som forestår aktiviteter i den store sal og i en af glasgangene. Der er tilbud om differentieret faste og fleksible aktiviteter, som planlægges ud fra beboernes behov og ønsker, og medarbejderne motiverer og støtter til deltagelse. De har cyklepiloter, og som noget nyt er der indkøbt cykler, så beboere i kørestol kan komme med. De har flere aktive frivillige, og de gør ligeledes brug af lokalsamfundet.
Tilsynets vurdering	
Tilsynet vurderer, at der er et varieret tilbud af aktiviteter, og medarbejderne kan meget tilfredsstillende redegøre for, hvordan de motiverer og understøtter beboernes deltagelse i aktiviteter.	

3.5 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

3.5.1 Organisatoriske rammer, kompetencer og udvikling

Data	Leder fortæller, at medarbejdergruppen er tværfaglig sammensat med sygeplejerske, social- og sundhedsuddannede, pædagog og ergoterapeut. De har overvejende stabile medarbejdere og et fast team af kompetente afløsere. Centret er ligeledes uddannelsessted for diverse sundhedsuddannelser, og centersygeplejersken skal starte uddannelse som klinisk vejleder. Centersygeplejersken deltager overvejende i opgaveløsningen med det formål at kunne delegere opgaven. Hun giver løbende sparring, råd og vejledning til medarbejderne i hverdagen og har tovholderfunktionen i de komplekse forløb. To assistenter hjælper på skift med tværgående kliniske sygeplejeopgaver samt råd og vejledning til personalet. Plejecentret har i akutte situationer mulighed for at kontakte en fælles kommunal akutfunktion, som kan tilbyde besøg til konkrete beboere og give medarbejderne sparring og forebygge indlæggelse. Plejecentret har fokus på kompetenceudvikling og tidlig opsporing af terminale beboere. Regression hos den enkelte beboer drøftes med de pårørende og med centerlægen for at forebygge indlæggelser. Det kræver mod hos medarbejderne at være i forløbet og turde tage snakken og sikre værdigheden, og medarbejderne får undervisning i palliation. Medarbejderne oplever, at de har de nødvendige kompetencer og gode muligheder for kompetenceudvikling i hverdagen via det gode samarbejde imellem de mange forskellige faggrupper. De nævner ligeledes, at de har modtaget undervisning i førstehjælp og palliation af akut dårlige borgere og medicin håndtering.
Tilsynets vurdering	Tilsynet vurderer, at ledelsen sikrer tilstedeværelse af relevante faglige kompetencer. Medarbejderne har mulighed for løbende faglig sparring, og der er fokus på medarbejdernes løbende kompetenceudvikling.

3.5.2 Tværfagligt samarbejde

Data	Leder fortæller, at centret løbende har samarbejde med ergoterapeut, diætist og fysioterapeut, som kommer fast to gange ugentlig til træning af beboerne og vejledning til medarbejderne om beboere og deres arbejdsmiljø. Plejecentret har et velfungerende samarbejde med centerlægen, som kommer ugentligt og tilser beboerne. Der afholdes fælles tværfaglige møder for alle vagter samt faste ugentlige tavlemøder med borgergennemgang samt beboerkonferencer hver sjette til ottende uge med deltagelse af relevante fagkompetencer. Plejecentret samarbejder derudover med demenskonsulent. Medarbejderne fortæller, at de oplever et velfungerende tværfagligt samarbejde i hverdagen og med gode muligheder for at inddrage relevante faggrupper efter behov og nævner ergo- og fysioterapeut, diætist, demenskonsulent og sygeplejerske.
Tilsynets vurdering	Tilsynet vurderer, at både ledelse og medarbejdere er tilfredse med det tværfaglige samarbejde på plejecentret.

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, områdecentrets 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 resurser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes 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 struktureret 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	• 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	• 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	• 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	• 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. • Det mindre tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger, fx anbefaling om udarbejdelse af handleplan.
5 - Ikke tilfredsstillende	• 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. • 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.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra områdecentrenets egen hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sygepleje- og/eller socialfaglig baggrund.

5. 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.