



# Tilsynsrapport Frederiksberg Kommune

Plejecenteret Søndervang

Uanmeldt tilsyn 2023



# Indhold

Indhold.....	2
Forord.....	3
1. Oplysninger.....	4
1.1 Generelle oplysninger om tilsyn .....	4
2. Vurdering .....	5
2.1 Tilsynets vurderinger .....	5
2.2 Tilsynets anbefalinger .....	7
3. Datagrundlag.....	8
3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder .....	8
3.2 Dokumentation .....	10
3.3 Personlig pleje.....	13
3.4 Praktisk støtte og hjælp .....	14
3.5 Mad og måltider .....	15
3.6 Kommunikation og adfærd.....	16
3.7 Aktiviteter og træning.....	17
3.8 Interview med pårørende .....	18
3.9 Kompetencer og udvikling .....	18
3.10 Tværfagligt samarbejde.....	20
4. Tilsynets formål og metode.....	21
4.1 Formål .....	21
4.2 Metode.....	21
4.3 Vurderingsskema .....	22
4.4 Tilsynets tilrettelæggelse.....	23
Om BDO.....	24

# 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 og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete plejehjem.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer og gennemgang af dokumentation. 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



Birgitte Hoberg Sloth

*Partner*

Mobil: 28 10 56 80

Mail: bsq@bdo.dk

**Partneransvarlig**



Mette Norré Sørensen

*Senior Manager*

Mobil: 41 89 04 75

Mail: gia@bdo.dk

**Projektansvarlig**

*Tilsynet er altid udtryk  
for et øjebliksbillede og  
skal derfor vurderes ud  
fra dette.*

# 1. Oplysninger

## 1.1 Generelle oplysninger om tilsyn

### Oplysninger om plejecentret og tilsynet

Navn og adresse: Søndervang Plejecenter, Nylandsvej 89, 2000 Frederiksberg

Leder: Lene Wichmann

Antal boliger: 104 boliger

Dato for tilsynsbesøg: Den 4. august 2023

Tilsynets deltagerkreds:

Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:

- Interview med plejehjemmets ledelse
- Interview af 8 beboere
- Gennemgang af dokumentation
- Interview af to pårørende
- Gruppeinterview med 4 medarbejdere (2 social- og sundhedshjælpere, 2 social- og sundhedsassistenter)

Borgere, som indgår i individuelle interview, har givet deres accept til at indgå i tilsynet.

Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.

Tilsynsførende:

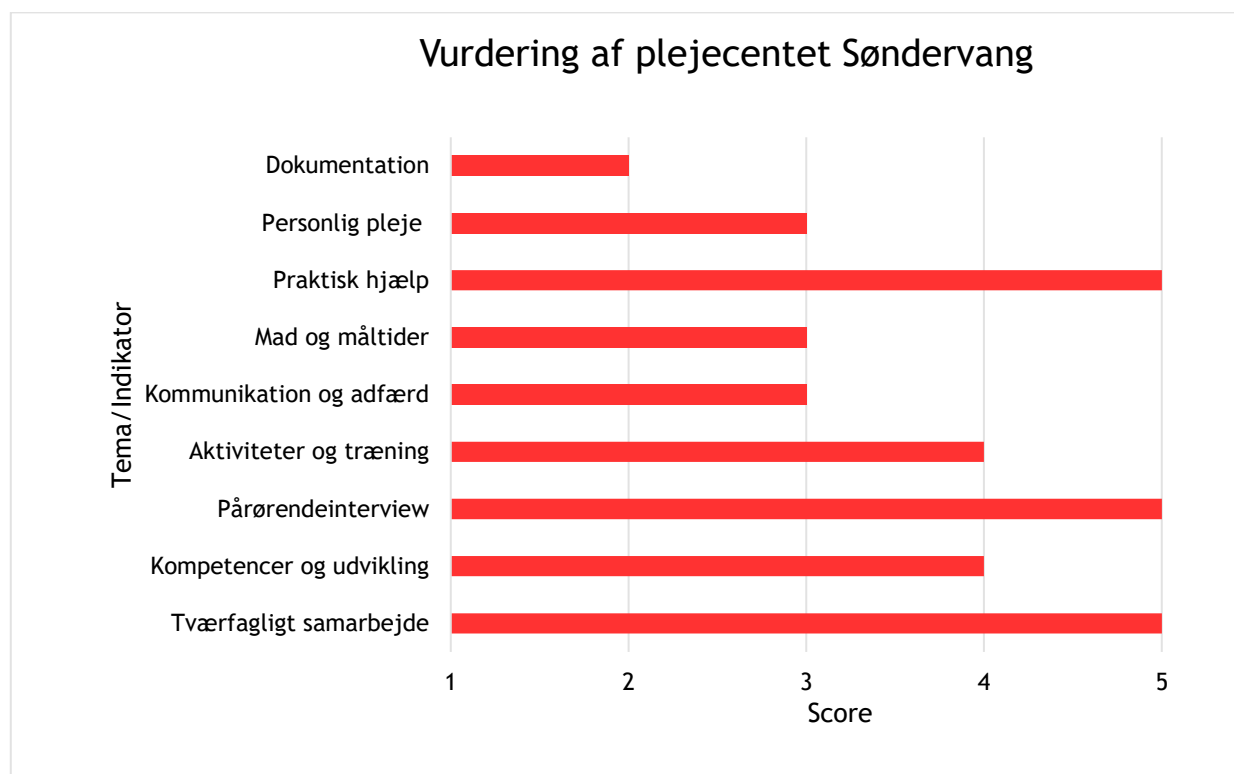
Andreas Bertelsen, Manager og sygeplejerske

Karin Kappel, Manager og sygeplejerske

## 2. Vurdering

### 2.1 Tilsynets vurderinger

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



#### Dokumentation:

Tilsynet vurderer, at dokumentationen i besøgsplanerne har flere mangler i forhold til at indeholde ajourførte og handlevejledende beskrivelser af den hjælp, som beboerne modtager gennem hele døgnet. Det er tilsynets vurdering, at besøgsplanerne generelt kun indeholder sparsomme beskrivelser af beboernes egne ønsker og vaner ift. tilrettelæggelsen og udførelsen af hjælpen. Således vurderes det, at der mangler beskrivelser af, at hjælpen leveres med udgangspunkt i beboernes individuelle ønsker.

Tilsynet vurderer, at der ikke systematisk sker udarbejdelse af de generelle oplysninger, idet der for fire beboere ikke er beskrevet tilstrækkeligt i felterne mestring, motivation, roller, ressourcer og vaner. Tilsynet vurderer, at der ikke arbejdes målrettet med dokumentation af livshistorien, idet denne ikke er tilstrækkelig udfyldt for alle otte beboere. Der foreligger ikke dokumentation af, hvorvidt beboerne eventuelt ikke har ønsket at deltage til udarbejdelse af livshistorien.

Det er tilsynets vurdering, at plejecentret har en stor udfordring ift. at sikre udarbejdelse af de nødvendige handlingsanvisninger på opgaveoverdragede sundhedslovsindsatser, idet der ved seks beboere konstateres manglende handlingsanvisninger på forskellige opgaveoverdragede sundhedslovsindsatser.

Det er tilsynets vurdering, at der ikke konsekvent sker dokumentation af data fra planlagte vægtmålinger samt at der i en journal er beskrevet en vigtig observation, som der ikke er dokumenteret en opfølgning på. Tilsynet vurderer at medarbejderne er bekendte med kravet til dokumentationen, men at medarbejderne beskriver udfordringer med at finde tid til at udføre dokumentationen i løbet af arbejdsdagen. Yderligere er det tilsynets vurdering, at medarbejderne italesætter betydelige mangler med udarbejdelsen af beboernes besøgsplaner og handlingsanvisninger, samt at vikarer og afløsere fortsat ikke konsekvent kan tilgå beboernes omsorgsjournaler.

**Personlig pleje:**

Det er tilsynets vurdering, at beboerne fremstår soignerede, veltilpasse og at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Tilmed vurderer tilsynet, at halvdelen af beboerne udtrykker tilfredshed med de faste medarbejders pleje, punktlighed og kvalitet, men at fire af beboerne oplever udfordringer i relation til afløsere og vikarer, utilfredsstillende lang ventetid på hjælp, samlebånd-sagtige arbejdsgange samt manglende medinddragelse. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for hvordan de sikrer beboerne den rette pleje, skaber tryghed samt medvirker til hverdagsrehabilitering, men at medarbejderne italesætter udfordringer i rettidigt at få besvaret beboernes nødkald, manglende personaledekning om eftermiddagen samt et manglende kendskab til demensfaglige teorier og metoder.

**Praktisk hjælp og støtte:**

Det er tilsynets vurdering, at både hjælpemidler og boliger fremstår tilfredsstillende rengjorte samt af fællesarealerne fremtræder ryddelige og renholdt. Tilsynet vurderer, at beboerne tilkendegiver tilfredshed med hjælpen til praktisk støtte samt at medarbejderne tilmed kan redegøre for arbejdsgange og refleksioner relateret til opgaven.

**Mad og måltider:**

Det vurderes, at der er en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid. Medarbejderne arbejder ud fra faste roller og beboerne sikres rolige omgivelser med mulighed for selvbestemmelse og medindflydelse. Tilsynet vurderer, at trefjerde af beboerne er tilfredse med madens kvalitet, muligheden for medindflydelse og rammerne for måltidet, men at en af beboerne beskriver en uhensigtsmæssig adfærd fra enkelte medarbejdere.

Det er tilsynets vurdering, at både ledelsen og medarbejderne italesætter en manglende anvendelse af og fokus på plejecenterets fælles måltidsinstruks, idet måltiderne forløber forskelligt og af varierende kvalitet, ydermere da måltidssituationerne i en afdeling beskrives som ustrukturerede, utilfredsstillende og hektiske.

**Kommunikation og adfærd:**

Det er tilsynets vurdering, at der omkring på plejecenteret opleves en imødekommende kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side, hvilket flertallet af beboerne også tilkendegiver. Dog vurderer tilsynet, at to af de interviewede beboere beskriver enkelte aftenvagters kommunikation som uacceptabel samt at en tredje beboer oplever, en manglende opfølgning og information fra medarbejdernes side.

Det vurderes, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe ligeværdig og respektfuld kommunikation, men at medarbejderne dagligt oplever at blive forstyrret og afbrudt af kaldesystemets alarmer og telefonopkald.

**Aktiviteter og træning:**

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på plejecenteret og at beboerne oplever, at de tilbydes meningsfulde aktiviteter og træning, som de kan deltage i efter eget ønske. Dog er det tilsynets vurdering, at en af beboerne ikke i tilstrækkelig grad støttes til at deltage i aktiviteterne og træning.

Derudover vurderes det, at medarbejderne på særdeles tilfredsstillende vis kan redegøre for området, men at der i enkelte afdelinger opleves udfordringer med at få prioriteret den rette mængde tid, til at afholde lokale aktiviteter.

**Pårørende:**

Det er tilsynets vurdering, at begge de pårørende italesætter meget tilfredsstillende forhold omhandlende medinddragelse, samarbejde, kommunikation og aktiviteter på plejecenteret. Ydermere er det tilsynets vurdering, at plejecenterets pleje og imødekommenhed medvirker til at begge pårørende føler sig trygge ved den hjælp og omsorg som deres kære modtager.

**Kompetencer og udvikling:**

På baggrund af interview med ledelsen og medarbejderne vurderer tilsynet, at der forekommer et ledelsesmæssigt fokus på at sikre en hensigtsmæssig fordeling og organisering samt italesættelsen af ledelsesmæssige ambitioner for kompetenceudvikling.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne italesætter gode muligheder for oplæring og daglig sparring, men at flere af medarbejderne efterspørger mere grundlæggende viden og uddannelse indenfor vigtige fagområder. Det er tilsynets vurdering, at plejecenteret gennem en konstruktiv og tillidsbaseret metode har arbejdet med medarbejderkulturen og indberetningerne af de utilsigtede hændelser.

#### **Tværfagligt samarbejde:**

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt, og at der generelt er et ledelsesmæssigt fokus på at sikre gode rammer for det tværfaglige samarbejde gennem en fast mødestruktur på tværs af faggrænser. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne ligeledes beskriver et velfungerende tværfagligt samarbejde med gode muligheder for faglig sparring.

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

## **2.2 Tilsynets anbefalinger**

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

1. Tilsynet anbefaler, at der omgående ledelsesmæssigt igangsættes et målrettet arbejde med at sikre, at dokumentationen vedrørende servicelovsydelser til enhver tid lever op til gældende retningslinjer på området. Herunder anbefaler tilsynet, at der rettes et særligt skærpet fokus på arbejdet med beboernes besøgsplaner, de generelle oplysninger og handlingsanvisninger på opgaveoverdragede sundhedslovsydelser. Herudover en skærpet opmærksomhed på, at observationsnotater samt vægtmålinger i højere grad følges op samt at plejecenteret får udviklet instrukser og vejledninger, som medarbejderne kan benytte ifm. deres dokumentationsarbejde. Yderligere opfordres ledelsen til at sikre medarbejdernes oplevelse af, at de har den rette mængde tid til at kunne løse deres dokumentationsrelaterede opgaver.
2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer en systematisk introduktion af afløsere og vikarer, herunder introduktion til fælles arbejdsgange og praksis for plejen, anvendelsen af besøgsplaner samt et fokus på beboernes medinddragelse i plejen. Derudover en skærpet ledelsesmæssig opmærksomhed på, at afløsere og vikarer altid kan tilgå CURA.
3. Tilsynet anbefaler ledelsen at sikre, at beboernes nødkald besvares indenfor rimelig tid samt at nødkaldesystemet/telefonsystemet tilrettes og organiseres med fokus på, at beboere og medarbejdere i højere grad oplever en mere forstyrrelsesfri og stille hverdag
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at beboerne oplever en individuel tilpasset pleje samt at medarbejderressourcer og vagtplanlægning ikke er noget, som hindrer beboerne i at kunne efterspørge og modtage hjælp til plejeopgaver samt at det ikke er noget, som beboerne direkte bør forholdes.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer en organisering med en tilstrækkelig personaledekning gennem hele døgnet, så medarbejderne i højere grad oplever at kunne løse de nødvendige plejeopgaver samt i højere grad at kunne varetage beboernes behov og akutte henvendelser.
6. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder og skærper plejecenterets fælles fokus på at sikre principperne for "det gode måltid" samt at plejecenterets fælles måltidsinstruks udbredes til alle afdelinger og introduceres for samtlige medarbejdere på plejecenteret, således at måltiderne i højere grad forløber ens, med fokus på nærvær, ro og samvær.
7. Tilsynet anbefaler, at medarbejderne tilrettelægger aktiviteterne og træning således, at de beboere som har behov for følgeskab, også altid kan efterspørge og modtage det.
8. Tilsynet anbefaler, at ledelsen afdækker medarbejdernes ønsker omkring kompetenceudvikling, så medarbejderne i højere grad oplever en tryghed og en større faglighed i at kunne varetage de komplekse opgaver.

## 3. Datagrundlag

### 3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder

#### Ledelsen:

Tilsynet indledes med at BDO orienteres om at forstanderen er fraværende pga. ferie, hvorefter plejecenterets to afdelingssygeplejersker byder velkommen.

I forbindelse med sidste års BDO-tilsyn blev der givet i alt syv anbefalinger til forbedringstiltag, nedenfor vil ledelsens redegørelse omhandlende arbejdet med anbefalingerne blive beskrevet.

Første anbefaling fokuserede på plejecenterets dokumentationsindsats, hvor BDO anbefalede, at ledelsen skærpede deres fokus på dokumentationsområdet, herunder at sikre, at besøgsplanerne fremstod ajourførte.

Ifm. ledelsesinterviewet redegør afdelingssygeplejerskerne for, at dokumentationsindsatsen sikres ved at dokumentationsarbejdet italesættes på de daglige triagemøder ude i afdelingerne. Derudover er der for nyligt blevet ansat en sygeplejerske på deltid, som blandt andet skal fokusere på at følge medarbejdernes dokumentationsarbejde. Sygeplejersken skal herunder foretage sidemandsoplæring og vejlede medarbejderne i deres dokumentationsarbejde. Derudover skal en del af on-boardingprocessen indeholde dokumentationsundervisning fra den selvsamme sygeplejerske.

Der er oprettet et ”fagligt fællesskab” hvor plejecenterets sygeplejersker i samarbejde med social og sundhedsassistenterne løbende samles og drøfter dokumentationsarbejdet i CURA. Det faglige fællesskabs mødestruktur understøttes og faciliteres af en af afdelingssygeplejerskerne samt af den dokumentationsansvarlige sygeplejerske.

Medarbejderne anvender drejebøger og lokale retningslinjer, når de opstarter en beboerjournal samt når de oplever tvivlsspørgsmål.

Plejecenteret er fortsat i proces med at følge dokumentationsarbejdet gennem audits.

Den næste anbefaling blev givet på baggrund af en mangelfuld introduktion af afløsere og vikarer samt at afløserne ikke altid var vidende om at fremsøge grundlæggende viden omkring beboernes individuelle pleje og behandling i CURA. Herefter en anbefaling omhandlende, at ledelsen skulle afdække udfordringen omkring den lange besvarelse af beboernes nødkald.

Ledelsen er fortsat i proces med, at den nyansatte sygeplejerske skal varetage introduktionen af nye medarbejdere herunder de nyansatte afløsere, samt at sygeplejersken skal være ansvarlig for at vikarkoder altid er til rådighed i weekender og ferieperioder. Fastansatte afløsere skal i højere grad oprettes og tilknyttes en fast adgang til CURA. Medarbejderne er blevet opfordret til altid af henvende sig til en af afdelingssygeplejerskerne i tilfælde af manglende IT-adgang for afløsere og vikarer.

Ifm. triagemøderne har ledelsen flere gange italesat den mangelfulde besvarelse af beboernes nødkald, hvorefter medarbejderne har været i dialog med beboerne omkring, at der indimellem kan forekomme lidt ventetid på nødkald, i tilfælde af at flere beboere benytter kaldene samtidig. Beboerne er blevet forsikret om, at medarbejderne altid tilstræber at besvare nødkaldene indenfor rimelig tid.

Den tredje anbefaling, der blev givet, vedrørte, at ledelsen igangsatte en målrettet indsats i forhold til at sikre principperne for det gode måltid, herunder et fokus på medarbejdernes organisering, den rehabiliterende indsats, værtsrollen samt et fokus på hygge og hjemlighed.

I den forbindelse redegør ledelsen for, at principperne for ”det gode måltid” efterfølgende har været italesat og drøftet med medarbejderne. Ifm. måltiderne er der et stort fokus på medarbejdernes organisering og værtsroller samt at medarbejderne skal deltage og spise sammen med beboerne, for derved at igangsætte samtaler og medvirke til hyggelige spisesituationer. Medarbejderne har fokus på at matche beboerne med udgangspunkt i beboernes kognition, interesser og beboernes ønsker for socialt samvær.

Der har været arbejdet med plejecenterets måltidsinstruks, som eksempelvis instruerer medarbejderne i fokus på anretning og hverdagsrehabilitering, medarbejdernes roller samt koordineringen. Ifm. interviewet tilkendegiver ledelsen, at det ikke er alle medarbejdere og afløsere, som er blevet introduceret



til plejecenterets måltidsinstruks, men at der ofte er en afdelingssygeplejerske til stede ifm. måltiderne for derved at supervisere og anvise medarbejdergruppen. Herudover har ledelsen italesat og vejledt medarbejderne omkring korrekt anvendelse af værnemidler ifm. anretning og servering af måltiderne.

Den fjerde anbefaling som ledergruppen har arbejdet med, omhandlede et ledelsesmæssigt fokus på tilstedeværelsen af at have de rette kompetencer og medarbejdere til rådighed i vagternes ydertimer. Plejecenteret er organiseret med en fælles vagtplanlægger for alle medarbejdere, så vagtplanlæggerens opgave er at sikre den korrekte bemanning og medarbejderkompetence for hele døgnet. Vagtplanlæggeren og den samlede ledelse afholder et fast ugentligt planlægningsmøde som bl.a. består i at se på den kommende uges bemanning. Derudover afholder vagtplanlæggeren og de to afdelingssygeplejersker ad hoc møder i løbet af ugen.

På plejecenteret er der i ydertimerne altid en ansvarshavende social og sundhedsassistent, som samarbejder med Frederiksberg Kommunes udekørende sygeplejeteam.

Ledelsen har højprioriteret at arbejde med den femte anbefaling, som vedrørte implementeringen af en tydelig arbejdsgang for arbejdet med de utilsigtede hændelser, herunder opfølgning og faglig sparring på baggrund af de indberettede hændelser. Derudover anbefalede BDO, at ledelsen fremover italesatte arbejdet med de utilsigtede hændelser, som et lærende og anerkendende redskab til forbedringsarbejdet.

Det er ledelsens ambition at det fremadrettede arbejde med de utilsigtede hændelser skal tilknyttes den dokumentationsansvarlige sygeplejerske, som skal agere risikomanager og sagsbehandle indberetningerne. Sygeplejersken har allerede igangsat arbejdet og sygeplejersken er opsøgende ift. at foretage samlet rapportering en gang om måneden. Der har endnu ikke været afholdt hændelsesanalyser med medarbejdergruppen, men ledelsen og risikomanageren er i en konstruktiv proces med at få dette organiseret, den første analyse vil fokusere på manglede medicinudlevering.

Medarbejderne tilkendegiver på nuværende tidspunkt en tillid, tryghed og forståelse for, at indberetningerne af de utilsigtede hændelser er med fokus på læring og udvikling.

Den sjette anbefaling omhandlede, at ledelsen skulle sikre et fokus på en systematik i opgaveoverdragelsen af sundhedslovsydelser, så medarbejderne i højere grad havde oplevelsen af at være klædt på til opgaven. I den forbindelse har ledergruppen fokus på delegationskemaer samt på oplæringsprocessen af medarbejderne. På sigt skal risikomanageren varetage oplæringen og opgaveoverdragelsen, hvor også afdelingssygeplejerskerne skal indgå i samarbejdet med den specifikke medarbejder. Ledergruppen har fokus på at identificere opgaver, som kan opgaveoverdrages til social og sundhedshjælperne, for derved at styrke kontinuiteten og styrke fokus på helhedsplejen. Der er endnu ikke udviklet en lokal instruks for arbejdet med opgaveoverdragelsen, men ledelsen tiltænker, at risikomanageren skal udarbejde denne.

Den syvende anbefaling omhandlede, at ledelsen opfordredes til at afdække årsagerne til, at medarbejderne oplevede udfordringer med kommunikationen med fysioterapeuterne via CURA. Efterfølgende har ledergruppen italesat udfordringen for medarbejderne, herunder fysioterapeuterne, som nu i højere grad sikrer, at beboernes træning og udvikling også bliver dokumenteret korrekt i CURA. Ledelsen og medarbejderne tilkendegiver en tydelig forbedring af samarbejdet, hvor beboerrelaterede opgaver nu i højere grad sendes korrekt via CURA. Derudover foreligger der en fast rutine for, hvornår terapeuterne deltager på afdelingernes triagemøder.

Ledelsen arbejder derudover med at få opstartet en konvertering af beboernes medicin, som tiltænkes at skulle konverteres til dosisdispenseringer, for derved at minimere risikoen for manuelle doseringsfejl samt at fritage social og sundhedsassistenterne for medicindoseringsarbejdet og derved anvende deres ressourcer på anden vis. Ledelsen vil i den forbindelse samarbejde med plejecenterets to plejehjems-læger, som skal bidrage til konverteringsprocessen.

Et andet område, som ledelsen har været optaget af, er at udvikle en ny mødestruktur for et mere stringent triagemøde. Den nye mødestruktur har derudover vist sig at være tidsbesparende samt at fokus ifm. triagemøderne nu i højere grad relaterer sig til at få anvendt og dokumenteret i CURA. Den nye mødestruktur er udviklet i samarbejde med en ekstern konsulent, som sammen med ledelsen og medarbejdere har bidraget til den nye struktur, hvilket bl.a. indebærer en drejebog og udnævnelsen af en mødeleder.

## 3.2 Dokumentation

### OBSERVATION

Der foretages observation i beboernes omsorgsjournaler.

#### Besøgsplanen

Repræsentativt for alle otte beboeres besøgsplaner, finder tilsynet betydelige fejl og mangler af varierende grad, som vil blive oplistet nedenfor.

For tre ud af otte beboere fremstår deres besøgsplaner med tilfredsstillende og udførlige beskrivelser gældende for hele døgnet. Besøgsplanerne er ajourførte, handleanvisende og svarer til beboernes aktuelle situation og behov. Eksempelvis fremgår der i en beboers besøgsplan, en beskrivelse af hjælpen til den personlige pleje, efterfulgt af en beskrivelse omkring beboerens forskellige hjælpemidler, samt beskrivelse af proceduren ved mundplejen. I alle tre journaler fremgår der beskrivelser af den rehabiliterende tilgang samt sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, eksempelvis en beskrivelse af, at en beboer selv kan iklæde sig nattøj, en beskrivelse af en forflytningsprocedure vha. et drejetårn, samt at en beboer skal smøres med salve og lotion på begge hæle. Dog er alle tre besøgsplaner med mangler, idet der i en af besøgsplanerne ikke er beskrevet en beboers svære hørenedsættelse. I den anden beboers besøgsplan mangler beskrivelsen af beboerens svære psykiske udfordringer og for to af beboerne fremgår der ikke nogen beskrivelse omkring bad.

For fem ud af otte beboere fremstår deres besøgsplaner med betydelige mangler, hvor det generelle indhold er mangelfuldt og ikke yder den nødvendige bistand og vejledning for medarbejderne, til at kunne udføre en korrekt og ensartet pleje. Flere af besøgsplanerne mangler helt beskrivelser fra aften og nattevagter og generelt for hovedparten af besøgsplanerne, mangler der grundlæggende og individuelle beskrivelser af den personlige pleje og bad. I en besøgsplan fremgår det, at medarbejderne administrerer beboerens øjendråber og inhalationsmedicin, men der er ikke oprettet handlingsanvisninger på dette i journalen.

En anden beboer er særligt udfordret på baggrund af dennes fremskredne Parkinsons sygdom, men besøgsplanen fremgår kun med yderst sparsomme beskrivelser for hele døgnet. Hos en anden beboer orienterer den tilsynsførende sig i beboerens funktionsevnetilstande, hvor der er anført svære begrænsninger hos beboeren ved at foretage toiletbesøg, men beboerens besøgsplan beskriver absolut ingen af disse svære begrænsninger.

#### Funktionsevnetilstande

Alle otte beboeres funktionsevnetilstande fremstår opdaterede og ajourførte, herunder indsatser og indsatsmål. For alle otte beboere ses, at der er oprettet vurderinger af funktionsevnetilstande, på trods af at beboeren ikke oplever nogle begrænsninger, hvilket ikke er nødvendigt.

#### Generelle oplysninger

For tre ud af otte beboere vurderes de generelle oplysninger at være tilstrækkelige og relevante, samt at de bidrager med værdi for borgerforløbet. I alle tre journaler fremgår der relevante beskrivelser vedrørende beboernes mestring, motivation, ressourcer, roller og vaner. Eksempelvis, at en beboer meget gerne vil deltage i aktiviteter og at beboeren sætter en ære i at klare mest muligt selv.

I de resterende fem beboeres journaler, fremstår de generelle oplysninger med mangelfulde og forældede oplysninger. I en journal er oplysningerne sidst ajourført i 2021/2022 og vurderes ikke svarende til

beboerens aktuelle situation, idet der i oplysningerne eksempelvis er beskrevet faste toilettider, men beboeren afviser efterfølgende dette.

I en anden beboerjournal figurerer der oplysninger, som burde være beskrevet i beboerens besøgsplaner. Eksempelvis er der anført, under overskriften "ressourcer", "skift af sengelinned og oprydning på stuen dagligt", hvilket ikke er foreneligt med beboerens egne ressourcer. Ydermere fremstår der en beskrivelse om, at beboeren har behov for støtte gennem hele døgn, for at kunne få hverdagen til at fungere, men der mangler en besøgsplan for hhv. aften- og nattevagten.

For en anden beboer fremstår de generelle oplysninger med et yderst sparsomt indhold, dette til trods for at beboeren er særligt udfordret og at beboeren gennem længere tid har vist tegn på at være tiltagende indadvendt og trist.

Alle otte beboere har helt eller delvise mangler i at få beskrevet deres livshistorie i journalen.

### **Handlingsanvisninger for opgaveoverdraget sygeplejeydelser**

Generelt i alle otte journaler, fremgår det ikke i handlingsanvisningerne, om de enkelte sundhedslovsydelser er blevet opgaveoverdraget til social og sundhedshjælpere. Tilsynet drøfter indholdet i flere af handlingsanvisningerne med afdelingssygeplejersken, som fortæller, at flere af de aktuelle ydelser er opgaveoverdragede ydelser, men at plejecenteret ikke har en praksis for at synliggøre dette i journalen.

En ud af otte beboere har ikke opgaveoverdragede sundhedslovsydelser, hvor en anden beboer har en velbeskrevet og handlevejledende handleanvisning på medicinadministration, som indeholder en beskrivelse vedrørende en særlig opmærksomhed på, at beboeren har Parkinsons og derfor skal have medicinudlevering på "skæve" tidspunkter.

I de resterende seks journaler fremstår der flere fejl og mangler i de handlingsanvisninger, som omhandler opgaveoverdragede sundhedslovsydelser.

En beboer får dagligt udleveret laksantia og tabletter, men der er ikke oprettet handlingsanvisninger på medicinudleveringen. Derudover smøres beboeren dagligt med hormoncreme, hvor der ikke er oprettet en handlingsanvisning og ikke ordineret en slutdato på behandlingen, hvilket afdelingssygeplejersken efterfølgende følger op på. Ved halvdelen af beboerne er der mangler i handlingsanvisningen omhandlende medicinudlevering, idet flere af handlingsanvisningerne mangler de nødvendige informationer og kun indeholder link et til VAR.

En anden beboer modtager dagligt hjælp til kompressionsstrømper. Ydelsen er opgaveoverdraget til en fast social og sundhedshjælper, men der fremgår ikke en handlingsanvisning på opgaven.

En beboer er i fast hormonsalve samt laksantia og en anden beboer behandles daglige med øjendråber og inhalationsmedicin, dog fremstår der ikke handlingsanvisninger på ydelserne.

Ved en beboer er der slet ikke oprettet nogle ydelser og derved heller ingen handlingsanvisninger, hvilket undrer tilsynet, da beboeren tilkendegiver at modtage hjælp til sygeplejeydelser.

En anden beboer modtager dagligt medicinudlevering, men i handlingsanvisningen for medicinudlevering er der kun beskrevet "medicin ses indtaget". Beboeren har en handlingsanvisning på undersøgelser og målinger, hvor beboeren skal vejes en gang om måneden, dog er beboeren kun blevet vejlet en gang det sidste halve år.

### **Eventuelle bemærkninger til observationsnotater:**

I tre ud af otte beboeres observationsnotater, fremgår der flere gode og tilfredsstillende beskrivelser omhandlende en konkret problemstilling, som medarbejderne tilmed har fulgt op på. I de andre fem beboeres observationsnotater findes der flere mangler, så som, at der i juli måned i år er en beskrivelse omkring en beboers hævede underekstremiteter og en beskrivelse af, at der skal tages kontakt til den praktiserende læge. Men efterfølgende figurerer der ingen notater og der er ikke oprettet en helbredstilstand eller handlingsanvisning vedrørende hævelsen.

En anden beboer har flere observationsnotater på "psykisk/social hverdagsobservation" hvor medarbejderne beskriver beboerens daglige psykiske tilstand og forandringer. Dog mangler der at blive oprettet en generel socialpædagogisk handleplan, hvori medarbejderne vil have mulighed for at orientere sig i den overordnede plan for tilgangen, observationer og behandlingsplan.

## MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at det er kontaktpersonen, som er ansvarlig for at opstarte og ajourføre den enkelte beboers besøgsplan. Derudover er der et samarbejde mellem de respektive aften- og nattevagter til at få udfyldt beskrivelserne i ydertimerne. Medarbejderne er vidende om, at en besøgsplan skal udarbejdes med individuelle- og udførlige beskrivelser omkring fremgangsmåde og plejen til den enkelte beboer. Flere fortæller, at besøgsplanerne udfyldes forskelligt, idet der ikke foreligger en ensartet vejledning eller instruks, men at den nyansatte risikomanager på sigt skal udarbejde en fælles vejledning. Der fortælleres omkring en bevidsthed af, at flere af beboernes besøgsplaner ikke er udfyldt eller kun er delvist udfyldt, idet medarbejderne ikke oplever, at der er tilstrækkelig tid til rådighed, til at få ajourført dokumentationen, hvilket de allerede har tilkendegivet overfor ledelsen. Der fortælleres omkring en fortsat udfordring med, at afløsere og vikarer ikke altid har adgang til CURA og derfor ikke altid har mulighed for at læse omkring beboerne, inden at besøget påbegyndes. Medarbejderne fortæller, at der er tvivl om, hvilke faggrupper som opstarter og ajourfører beboernes funktionsevnetilstande i journalerne. To af medarbejderne henviser til en tjekliste ifm. indflytningen af en ny beboer, men medarbejderne oplever ofte, at der ikke er tilstrækkeligt med tid til rådighed til at få udført tilrettelse af tilstandene. I forlængelse heraf fortæller en af medarbejderne, at hvis dokumentationsopgaven ikke bliver uddelegeret og prioriteret i planlægningen, så bliver den sjældent løst. En af medarbejderne fortæller, at hun tilstræber at udfylde de generelle oplysninger sammen med beboeren, for derved at få de nødvendige oplysninger med i journalen, så medarbejderne kan arbejde personcentreret. Ydermere opfordres beboeren og de pårørende til at medvirke med informationer, så livshistorien kan nedskrives og informationerne benyttes til det relationelle arbejde. Medarbejderne redegør med flere gode eksempler på en tilfredsstillende praksis ifm. opgaveoverdragelse af sundhedslovsydelser, hvor social og sundhedshjælperne oplæres over flere omgange, for til sidst selv at kunne varetage opgaven. Medarbejderne er selv vidende om, at der mangler flere af de nødvendige handlingsanvisninger på opgaveoverdragede sundhedslovsydelser.

Der fortælleres om en dagligdag med gode muligheder for sparring og at medarbejderne altid kan søge vejledning ved en kollega eller ved en sygeplejerske.

### Tilsynets vurdering: 2

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at dokumentationen i besøgsplanerne har flere mangler i forhold til at indeholde ajourførte og handlevejledende beskrivelser af den hjælp, som beboerne modtager gennem hele døgnet. Det er tilsynets vurdering, at besøgsplanerne generelt kun indeholder sparsomme beskrivelser af beboernes egne ønsker og vaner ift. tilrettelæggelsen og udførelsen af hjælpen. Således vurderes det, at der mangler beskrivelser af, at hjælpen leveres med udgangspunkt i beboernes individuelle ønsker.

Tilsynet vurderer, at der ikke systematisk sker udarbejdelse af de generelle oplysninger, idet der for fire beboere ikke er beskrevet tilstrækkeligt i felterne mestring, motivation, roller, ressourcer og vaner. Tilsynet vurderer, at der ikke arbejdes målrettet med dokumentation af livshistorien, idet denne ikke er tilstrækkeligt udfyldt for alle otte beboere. Der foreligger ikke dokumentation af, hvorvidt beboerne eventuelt ikke har ønsket at deltage til udarbejdelse af livshistorien.

Det er tilsynets vurdering, at plejecentret har en stor udfordring ift. at sikre udarbejdelse af de nødvendige handlingsanvisninger på opgaveoverdragede sundhedslovsindsatser, idet der ved seks beboere konstateres manglende handlingsanvisninger på forskellige opgaveoverdragede sundhedslovsindsatser.

Det er tilsynets vurdering, at der ikke konsekvent sker dokumentation af data fra planlagte vægtmålinger samt at der i en journal er beskrevet en vigtig observation, som der ikke er dokumenteret en opfølgning på. Tilsynet vurderer, at medarbejderne er bekendte med kravet til dokumentationen, men at medarbejderne beskriver udfordringer med at finde tid til at udføre dokumentationen i løbet af arbejdsdagen. Yderligere er det tilsynets vurdering, at medarbejderne italesætter betydelige mangler med udarbejdelsen af beboernes besøgsplaner og handlingsanvisninger, samt at vikarer og afløsere fortsat ikke konsekvent kan tilgå beboernes omsorgsjournaler.

### 3.3 Personlig pleje

#### OBSERVATION

Beboernes tilstand bærer præg af, at indsatsen er svarende til deres behov. Alle beboere fremstår generelt soignerede og veltilpasse.

#### BEBOERINTERVIEW

Fire ud af otte beboere oplever at hjælpen til den personlige pleje passer til deres behov og at beboerne selv har mulighed for at være aktive ifm. plejen. Ydermere oplever de, at deres individuelle ønsker og vaner imødekommes og at de har en oplevelse af medinddragelse og selvbestemmelse. De fire beboere tilkendegiver, at de modtager hjælpen til tiden, at det som regel er de samme medarbejdere og at de er trygge ved at modtage hjælpen.

De andre fire beboere tilkendegiver flere forhold, som de ikke finder tilfredsstillende. En af beboerne fortæller, at hvis kontaktpersonen ikke er på arbejde, så bliver plejen ikke udført som den skal, idet afløserne ikke er vidende om, hvordan hjælpen skal udføres, til trods for at beboeren henviser afløseren til besøgsplanen på medarbejderens tablet. Når det ikke er de faste medarbejdere, som varetager besøget, så bliver aftalerne ikke altid overholdt og beboeren beskriver generelt en frustration omkring manglende kontinuitet ved afløsernes og vikarernes opgavevaretagelse.

En anden beboer fortæller, at hun ca. 1-2 gange om måneden oplever at ringe forgæves efter hjælpen til toiletbesøg. Beboeren siger *"nogle gange kommer der ikke nogen, andre gange kommer de meget forsinket, jeg har erfaret, at man bare skal ringe og ringe"* (tilstedeværende søn genkender udfordringen).

Beboeren tilkendegiver generelt en glæde over at være på plejecenteret, men indimellem har hun en følelse af, ikke længere at bestemme selv. Eksempelvis fortæller beboeren, at hun får påført creme i ansigtet hver morgen og det bryder hun sig bestemt ikke om.

En tredje beboer fortæller oplevelsen af, at opholdet på plejecenteret ikke altid lever op til de forventninger, hun havde til at flytte på plejehjem. Beboeren tilkendegiver, at hun ofte må vente på grund af personalemangel, sygdom og aktuelt ferieafvikling. Ventetiden kan være op til 30-45 min. Der foreligger ikke en aftale omkring et fast tidspunkt for, hvornår hun kan få hjælp til at komme op. Beboeren siger, at det er et spørgsmål om medarbejdernes planlægning, hvornår hun kan få hjælp.

Beboeren oplever, at det primært er to til tre faste medarbejdere, der varetager hendes morgenpleje, men i øjeblikket er det flere pga. ferieafvikling.

Beboeren fortæller, at det er "samlebåndsagtigt" om morgenen, hvor medarbejderne hjælper flere beboere på en gang og derfor går til og fra beboeren. Beboeren tilkendegiver dog selv, at hun ikke kan se, hvordan det ellers skal kunne hænge sammen for medarbejderne.

Beboeren oplever, at de to til tre medarbejdere, der kommer hos hende, har et godt kendskab til, hvad hun har brug for af hjælp. Beboeren har parkinson og det svinger ofte meget, hvad hun selv kan.

Hun føler sig ikke altid tryk ved hjælpen, fordi hun ikke kan regne med, hvornår hun kan få hjælp, hvorefter hun tilkendegiver, at hun indimellem har en opgivende følelse i kroppen.

#### MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør for, hvordan de sikrer sig, at beboerne modtager den pleje og støtte, som de har behov for. Eksempelvis fortæller en medarbejder, at hun altid gennem dialog og en imødekomende og nysgerrig tilgang, vil møde den enkelte beboers ønsker og rutiner. Medarbejderen vil altid forberede sig inden besøget, ved at læse i beboerens besøgsplan og ved tvivl, vil hun opsøge sparring med en kollega. Indimellem kan det, på baggrund af kompleksiteten, være nødvendigt at skifte besøg og kontaktpersonstilknytning internt, hvilket medarbejderne selv organiserer. Der er et fokus på at skabe tryk i plejesituationen, ved at medarbejderne reflekterer over eget kropssprog, arbejds-tempo og kontinuitet. Tilsynet spørger ind til medarbejdernes procedure for besvarelse af beboernes

nødkald, og opfatter at afdelingerne har organiseret deres arbejdsgange forskelligt. I en afdeling besvares nødkaldene kollektivt af afdelingens medarbejdere, hvortil en medarbejder fra en anden afdeling, beskriver andre forhold. I den konkrete afdeling, er der ofte nødkald som opnår en utilfredsstillende lang besvarelse fra medarbejdernes side, hvilket skyldes travlhed og for få medarbejdere i eftermiddagstimerne.

Tilsynet spørger ind til medarbejdernes viden og forståelse omkring demensfaglige teorier eller metoder, som de gør brug af i hverdagen. Medarbejderne kan ikke med tilstrækkelig sikker overbevisning redegøre for at have kendskab til demensfaglige teorier eller metoder, og i forlængelse heraf, efterspørger flere af medarbejderne mere konkret demensviden.

Med tilstrækkelig faglig overbevisning kan medarbejderne redegøre for, hvordan de arbejder rehabiliterende samt at de har fokus på at vedligeholde beboernes funktioner, eksempelvis ved at motivere beboerne til selv at forflytte sig, anvende spejling og guide.

### **Tilsynets vurdering: 3**

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne fremstår soignerede, veltilpasse og at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Tilmed vurderer tilsynet, at halvdelen af beboerne udtrykker tilfredshed med de faste medarbejders pleje, punktlighed og kvalitet, men at fire af beboerne oplever udfordringer i relation til afløsere og vikarer, utilfredsstillende lang ventetid på hjælp, samlebåndagtige arbejdsgange samt manglende medinddragelse.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for at sikre beboerne den rette pleje, skabe tryghed samt at medvirke til hverdagsrehabilitering, men at medarbejderne italesætter udfordringer i rettidigt at få besvaret beboernes nødkald, manglende personaledekning om eftermiddagen samt et manglende kendskab til demensfaglige teorier og metoder.

## **3.4 Praktisk støtte og hjælp**

### **OBSERVATION**

Boligerne og fællesarealerne fremstår rene og ryddelige, hvor hjælpemidlerne tilmed fremstår renholdte.

### **BEBOERINTERVIEW**

Alle otte beboere fortæller, at de er meget tilfredse med rengøringsstandarden, samt at de er tilfredse med hjælpen til den praktiske støtte.

### **MEDARBEJDERINTERVIEW**

Medarbejderne redegør for overvejelser vedrørende hjælpen til praktiske opgaver og hjælpen til at holde orden i boligen og tilkendegiver efterfølgende tilstrækkeligt kendskab til de hygiejniske retningslinjer.

Den praktiske støtte og hjælp er organiseret ved faste rengøringsmedarbejdere, som en gang ugentligt varetager rengøringen af beboernes boliger. Medarbejderne fra pleje varetager de daglige oprydningsopgaver i boligerne samt de akutte rengøringsopgaver. Nattevagterne og rengøringsmedarbejderne deles om opgaven med at renholde beboernes hjælpemidler.

### **Tilsynets vurdering: 5**

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at både hjælpemidler og boliger fremstår tilfredsstillende rengjorte samt af fællesarealerne fremtræder ryddelige og renholdt. Tilsynet vurderer, at beboerne tilkendegiver tilfredshed med hjælpen til praktisk støtte samt at medarbejderne tilmed kan redegøre for arbejdsgange og refleksioner relateret til opgaven.

## 3.5 Mad og måltider

### **OBSERVATION af en måltidssituation på en vilkårlig afdeling**

Beboerne sidder omkring spisebordene, ude i den fælles spisestue. Bordene er fint dækket med dækkeservietter, papirservietter samt kander med saft og vand. Der opleves en hyggelig og hjemlig stemning i spisestuen, hvor der tilmed føres en venskabelig og fri jargon imellem beboere og medarbejdere. En medarbejder varetager serveringen og er korrekt klædt i engangsforklæde. Tre andre medarbejdere sidder blandt beboerne og de sikrer at tilbyde beboerne den nødvendige hjælp og støtte, som de har behov for. Måltidet opleves roligt og velorganiseret, hvor beboernes selvbestemmelse og medindflydelse synliggøres ifm. serveringen.

### **BEBOERINTERVIEW**

Seks ud af otte beboere tilkender tilfredshed med madens kvalitet og beskriver, at måltiderne i den fælles spisestue ofte er hyggelige og at medarbejderne altid er behjælpelige med at få måltidet til at forløbe på bedste vis. Beboerne tilkendegiver ydermere en rig mulighed for at kunne efterspørge mellemmåltider. Flere af beboerne fortæller, at de har faste pladser, hvor de mødes med andre beboere og indtager måltiderne i et hyggeligt samvær.

En af beboerne beskriver, at stemningen under måltiderne er påvirket af, at medarbejderne sidder tæt på spiseområdet og ifølge beboeren taler meget højt, hvilket virker ekskluderende og generende.

### **MEDARBEJDERINTERVIEW**

Medarbejderne fortæller, at det er forskelligt fra afdeling til afdeling, hvordan måltiderne tilrettelægges, idet medarbejderne ikke har kendskab til den overordnede fælles måltidsinstruks. Flere fortæller, at de har fokus på at afsætte rigelig tid til måltiderne, idet måltiderne opleves som en fælles aktivitet for afdelingernes beboere, hvor fællesskab og nærvær er i fokus. Medarbejderne fordeler sig imellem beboerne og medvirker til at føre en dialog og til at hjælpe beboerne med at etablere nye relationer.

For de beboere, som ønsker at spise inde i deres egne boliger, så serveres deres mad på bakker som beboerne enten selv henter eller som bringes ned af medarbejderne.

I en afdeling koordineres medarbejdernes roller og arbejdsopgaver altid inden, at måltidet påbegyndes. I en anden afdeling fortæller medarbejderen, at måltiderne ofte er meget ustrukturerede og at måltidssituationerne ofte ikke fungerer optimalt, idet medarbejderne ikke kender til hinandens roller og opgaver. Afdelingen mangler hjælp til at få koordineret de forskellige opgaver, hvilket resulterer i, at måltidet ofte er utilfredsstillende og usammenhængende. Ydermere oplever flere af de interviewede medarbejdere, at de må gå fra bolig til bolig og skiftevis hjælpe flere beboere med at indtage en mundfuld mad, hvilket medarbejderne finder utilfredsstillende. Årsagen er, at der er for få medarbejdere, til at en medarbejder kan fokusere på en enkelt måltidssituation, i en bolig.

I en afdeling oplever medarbejderne ofte en stressende atmosfære omkring frokostsituationen, idet afdelingen som oftest skal afslutte måltiderne inden kl. 13, da køkkenpersonalet har fri. Dette medfører ofte, at spisesituationerne bliver mindre hyggelige og at der ikke opleves at være den nødvendige tid til rådighed.

Alle medarbejdere tilkendegiver, at der dagligt er fokus på at tilbyde og servere mellemmåltider samt proteinholdige drikke til beboerne.

### **Tilsynets vurdering: 3**

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid. Medarbejderne arbejder ud fra faste roller og beboerne sikres rolige omgivelser med mulighed for selvbestemmelse og medindflydelse. Tilsynet vurderer, at trefjerdele af beboerne er tilfredse med madens kvalitet, muligheden for medindflydelse og rammerne for måltidet, men at en af beboerne beskriver en uhensigtsmæssig adfærd fra enkelte medarbejdere.

Det er tilsynets vurdering, at både ledelsen og medarbejderne italesætter en manglende anvendelse af og fokus på plejecenterets fælles måltidsinstruks, idet måltiderne forløber forskelligt og af varierende kvalitet, ydermere da måltidssituationerne i en afdeling beskrives som ustrukturerede, utilfredsstillende og hektiske.

## **3.6 Kommunikation og adfærd**

### **OBSERVATION**

Overalt på plejecenterets afdelinger observeres der en hyggelig stemning og atmosfære.

### **BEOERINTERVIEW**

En af de interviewede beboere kan ikke medvirke til spørgsmålet omhandlende kommunikation og adfærd.

Fire ud af syv beboere oplever at medarbejderne fremtræder med en imødekommende kommunikation og adfærd. Omgangstonen beskrives som hyggelig, hvor medarbejderne udviser respekt og udviser ligeværd overfor beboerne på plejecenteret.

To ud af otte beboere nævner, at enkelte aftenvagter fører en skrap og kommanderende tone overfor beboerne. En af beboerne beskriver yderligere, at nogle af aftenvagterne giver beboeren følelsen af at være til besvær, eksempelvis ved at medarbejderne siger, at det er et ubejlejligt tidspunkt hun anmoder om hjælp på.

En anden beboer beskriver oplevelsen af, at flere af medarbejderne ikke altid optræder nærværende og engagerede ifm. beboerens henvendelser. Beboeren nævner, at han flere gange har italesat en sundhedsmæssig problemstilling overfor medarbejderne og efterfølgende anmodet om at tale med lægen, hvorefter medarbejderne ikke foretog sig yderligere. Beboeren beskriver, at han mangler opfølgning og information fra medarbejdernes side.

### **MEDARBEJDERINTERVIEW**

Medarbejderne redegør for, hvordan de imødekommer beboerne, samt hvordan omgangstonen på plejecenteret forløber. Eksempelvis er en af medarbejderne meget bevidst omkring hendes eget kropssprog samt altid at møde den enkelte beboer med en individuel og åben tilgang. Ydermere er det vigtigt, at dialogen foregår i øjenhøjde, at inddrage den enkelte beboer i hverdagens rutiner samt at vise ligeværdighed i relationen. En anden af medarbejderne fortæller, at der ofte benyttes en individuel jargon, som er målrettet til den enkelte beboer. Medarbejderne oplever et tilfredsstillende samarbejde med beboernes pårørende, hvor de pårørende altid hilses velkommen i afdelingen og hvor medarbejderne har fokus på at svare på eventuelle spørgsmål.

Samtlige medarbejdere tilkendegiver, at de vil reagere, hvis de oplever at en kollega ikke fører en værdig tone eller hvis de oplever andet, som ikke er i overensstemmelse med god ordentlighed og skik. Alternativt så vil medarbejderne rette henvendelse til ledelsen, for at orientere dem omkring udfordringen.

I forbindelse med interviewet, så tilkendegiver flere af medarbejderne, at de dagligt føler sig udfordret ved, at deres arbejdstelefoner ofte ringer og forstyrrer ifm. plejesituationerne. Telefonerne alarmerer både ved aktivering af de enkelte afdelingers demensalarmer og ved almindelige telefonopkald. Hvis kaldet fra den enkelte alarm ikke bliver besvaret, så vil kaldet efter kort tid viderestilles til de andre telefoner i afdelingen, hvilket efter medarbejdernes udsagn, medvirker til at forstyrre. Ydermere



er der flere af beboerne, som selv ringer til plejecenterets afdelingstelefoner, for derved at få kontakt til medarbejderne, hvilket også virker forstyrrende.

Medarbejderne er selv bevidste om, at de i højere grad selv skal besvare beboernes kald og alarmer, så de derved hindrer, at kaldene viderestilles til kollegaernes telefoner.

### **Tilsynets vurdering: 3**

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der omkring på plejecenteret opleves en imødekommende kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side, hvilket flertallet af beboerne også tilkendegiver. Dog vurderer tilsynet, at to af de interviewede beboere beskriver enkelte aftenvagters kommunikation som uacceptabel samt at en tredje beboer oplever en manglende opfølgning og information fra medarbejdernes side.

Det vurderes, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe ligeværdig og respektfuld kommunikation, men at medarbejderne dagligt oplever at blive forstyrret og afbrudt af kaldesystemets alarmer og telefonopkald.

## **3.7 Aktiviteter og træning**

### **OBSERVATION**

På tilsynsdagen observeres der flere fælles aktiviteter omkring på fællesarealerne, eksempelvis fællesang og siddende træning. Derudover fremtræder plejecenters købmandsbutik som et socialt mødested for flere af beboerne.

Omkring på plejecenteret hænger der aktivitetskalendere med oversigter over de forskellige aktivitets-tilbud, som beboerne kan deltage i. Beboerne kan bl.a. deltage i wellness, cafe, filmaften, quiz, koncerter, banko m.m.

En af de interviewede beboere har et sommertræningsprogram hængende ved sengen, så beboeren selv kan følge med i træningsøvelserne, en anden beboer har plejecenterets beboerblad liggende i boligen.

### **BEBOERINTERVIEW**

Syv ud af de otte beboere tilkendegiver, at de finder aktivitets- og træningsudbuddene tilstrækkelige og deltager selv flere gange om ugen i diverse sammenkomster. Flere af beboerne orienterer sig omkring aktivitetstilbuddene i plejecenterets beboerblad, og afkrydser ved de tilbud, som de selv ønsker at deltage i.

Beboerne finder ligeledes træningstilbuddene relevante og tilstrækkelige, og flere af beboerne deltager i stolegymnastik og enkelte beboere har tilknyttet vederlagsfri fysioterapeut.

En af beboerne deltager ikke i plejecenterets fællesaktiviteter i det omfang, som han selv kunne ønske sig, idet beboer er gangbesværet og har vanskeligheder med at læse omkring dagens aktiviteter. Beboeren ønsker, at han i højere grad kunne blive hentet og hjulpet ned til aktiviteterne, men det sker desværre sjældent. Yderligere oplever beboeren ikke, at han i tilstrækkelig grad deltager i træningsaktiviteterne, idet han ikke orienteres om, hvornår de finder sted.

### **MEDARBEJDERINTERVIEW**

Medarbejderne redegør i tilstrækkelig grad for, hvordan de vedligeholder beboernes funktionsniveau samt hvordan beboerne tilbydes træning. Der er fokus på at italesætte og motivere den enkelte beboer til selv at forflytte sig i det omfang som de selv kan, samt fokus på at motivere til at beboerne eksempelvis går vha. en rollator eller en talerstol.

Fysioterapeuten har fokus på at udarbejde træningsplaner for de beboere, som modtager træning. I træningsplanerne fremgår beskrivelser af træningsøvelser og beboerens udvikling.

Medarbejderne fra de enkelte afdelinger fortæller om deres fokus på at støtte op omkring hverdagsaktiviteter, der fortælles dog omkring udfordringer med at få prioriteret den rette mængde tid, til at afholde lokale aktiviteter. En af afdelingerne ser ofte film sammen.

Plejecenteret har en tværgående aktivitetsmedarbejder, som koordinerer og faciliterer fællesaktiviteterne, hvor det er plejepersonalets ansvar at minde beboerne omkring dagens aktivitet samt at følge beboerne hen til aktiviteten.

#### **Tilsynets vurdering: 4**

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på plejecenteret og at beboerne oplever, at de tilbydes meningsfulde aktiviteter og træning, som de kan deltage i efter eget ønske. Dog er det tilsynets vurdering, at en af beboerne ikke i tilstrækkelig grad støttes til at deltage i aktiviteterne og træning.

Derudover vurderes det, at medarbejderne på særdeles tilfredsstillende vis kan redegøre for området, men at der i enkelte afdelinger opleves udfordringer med at få prioriteret den rette mængde tid, til at afholde lokale aktiviteter.

### **3.8 Interview med pårørende**

Interview med to pårørende, der er til stede på plejecenteret under tilsynsbesøget.

Begge pårørende fortæller omkring flere positive tiltag, som sikrer, at de pårørende bliver inddraget i hverdagslivet på plejecenteret samt ifm. deres kæres hverdag.

En af de pårørende kommer dagligt og den pårørende oplever altid tilgængelige medarbejdere som stiller sig til rådighed til at svare på den pårørendes henvendelser. Indimellem inviteres den pårørende med til fællesarrangementer, men da den pårørende dagligt er på besøg, så deltager han også i de lokale aktiviteter og træningsseancer.

Den pårørende til den anden beboer føler sig ligeledes tilstrækkeligt inddraget og tilkendegiver en stor glæde over det gode samarbejde med plejecenterets medarbejdere og ledelse.

Kommunikationen med medarbejdere og ledelse forløber som oftest ifm. de fysiske besøg, men en af de pårørende anvender derudover også en kontaktbog, som både den pårørende og medarbejdere skriver i. Indholdet i kontaktbogen kan variere fra en beskrivelse omkring en hverdagssituation til konkrete spørgsmål, hvilket den pårørende finder velfungerende.

Begge de pårørende føler sig trygge ved den hjælp og omsorg, som deres kære modtager på plejecenteret. Der beskrives en oplevelse af, at der både bliver taget hånd om beboerens og ægtefællens behov, hvilket giver den pårørende en stor tilfredsstillelse.

#### **Tilsynets vurdering: 5**

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at begge de pårørende italesætter meget tilfredsstillende forhold omhandlende medinddragelse, samarbejde, kommunikation og aktiviteter på plejecenteret. Ydermere er det tilsynets vurdering, at plejecenterets pleje og imødekommenhed medvirker til at begge pårørende føler sig trygge ved den hjælp og omsorg, som deres kære modtager.

### **3.9 Kompetencer og udvikling**

#### **INTERVIEW MED LEDER:**

Ledelsen redegør for sammenhængen mellem beboernes behov og medarbejdernes kompetencer, hvor ledelsen finder sammenhængen tilfredsstillende. I et af plejecenterets større personaleteams, er det

altid afdelingssygeplejersken, som varetager planlægningen og fordelingen af medarbejdere og ressourcer. Afdelingssygeplejersken tager udgangspunkt i medarbejderkompetencer, kompleksiteten i opgaveløsningen samt kontinuitet.

I de andre afdelinger er medarbejderne selv ansvarlige for fordelingen og planlægningen ifm. deres morgenmøde.

Afdelingssygeplejerskerne fortæller, at de målrettet søger efter sygeplejersker til basisstillinger, men at det på nuværende tidspunkt ikke er lykkedes at ansætte nogen. Ledelsen har god erfaring med at ansætte sygeplejersker på flexjob ordninger. På nuværende tidspunkt er der to sygeplejersker tilknyttet denne ordning, hvoraf den ene sygeplejerske udelukkende varetager medicindoseringer.

I det store personaleteam er der tre vakante social og sundhedsassistentstillinger, hvor de mindre afdelinger ikke har nogle vakante stillinger. I forbindelse med dagvagten arbejder medarbejderne ikke direkte på tværs af plejecenterets afdelinger, hvilket ledelsen tilkendegiver deres opmærksomhed omkring. I aften og nattevagterne arbejder medarbejderne på tværs og hjælper indbyrdes hinanden med eksempelvis tilsyn og forflytninger.

Enkelte medarbejdere har været tilknyttet medicinkursus og praktikvejlederuddannelse, derudover har der været afholdt fælles temadage for medarbejderne omhandlende demens og magtanvendelse.

Flere medarbejdere tiltænkes at skulle varetage roller som forflytningsvejledere og skal derfor tilknyttes forflytningsvejlederuddannelse.

Plejecenterets aktivitetsmedarbejder, som er uddannet pædagog, har afsluttet en diplomuddannelse i demens og skal på sigt varetage ansvaret for demensområdet, herunder supervision og indberetning af magtanvendelser. På nuværende tidspunkt er det de to afdelingssygeplejersker, som varetager magtanvendelsesindberetningerne og efterfølgende bistår med hjælp til udarbejdelsen af de socialpædagogiske handleplaner samt debriefingen til medarbejderne omkring de overordnede og lokale demensfaglige tiltag.

Ledelsen fortæller, at de oplever rekrutteringsudfordringer og en personaleomsætning, som er på niveau med de andre plejecentre i Frederiksberg Kommune. Sygefraværet beskrives stabilt lavt, hvor der tages udgangspunkt i systematiske sygefraværssamtaler med afsæt i Frederiksbergs Kommunes sygefraværspolitik.

### **MEDARBEJDERINTERVIEW**

Medarbejderne redegør for sammenhængen mellem deres kompetencer og beboernes behov for behandling, hvor flere beskriver gode muligheder for oplæring og daglig sparring i konkrete problemstillinger samt en viden om at tilgå VAR portalen. En medarbejder har overfor ledelsen tilkendegivet at være fagligt udfordret på baggrund af to beboeres komplekse demenssygdomme, men medarbejderen oplevede ikke den nødvendige støtte eller forståelse fra lederens side. Medarbejderen er fortsat tilknyttet til den ene beboers pleje, hvilket medarbejderen føler særligt udfordrende, idet medarbejderen ikke føler sig tilstrækkeligt klædt på til opgaven.

I forbindelse med interviewet efterspørger medarbejderne generelt en større grad af kompetenceudvikling, idet medarbejderne oplever faglige udfordringer på flere områder. En af social og sundhedsassistenterne varetager medicinansvaret og medicindoseringerne for afdelingens beboere, men medarbejderen har endnu ikke fuldført et medicinkursus, hvilket undrer medarbejderen.

Flere medarbejdere efterspørger desuden undervisning i risikosituationsmedicin, demens og misbrug. Der fortælles om et målrettet arbejde omkring de utilsigtede hændelser, hvor medarbejderne nu i højere grad oplever en lærende og anerkendende kultur. I tilfælde af en utilsigtet hændelse, noterer den enkelte medarbejder på en indberetningsliste på personalekontorerne og en gang om måneden samler risikomanageren ind til samlet rapportering. Efterfølgende sendes data omkring hændelser ud til medarbejdernes arbejdsmails, hvor de kan læse omkring tendenser og konkrete forslag til forbedring. Medarbejderne kan overfor tilsynet redegøre tilstrækkeligt for arbejdet med de utilsigtede hændelser, herunder indberetning af infektioner, fald, tryksår og sektorovergange.

### **Tilsynets vurdering: 4**

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

På baggrund af interview med ledelsen og medarbejderne vurderer tilsynet, at der forekommer et ledelsesmæssigt fokus på at sikre en hensigtsmæssig fordeling og organisering samt ledelsesmæssige ambitioner omkring rammerne for kompetenceudvikling.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne italesætter gode muligheder for oplæring og daglig sparring, men at flere af medarbejderne efterspørger mere grundlæggende viden og uddannelse indenfor vigtige fagområder. Det er tilsynets vurdering, at plejecenteret gennem en konstruktiv og tillidsbaseret metode har arbejdet med medarbejderkulturen og indberetningerne af de utilsigtede hændelser.

## 3.10 Tværfagligt samarbejde

### 3.10.1 Data

#### INTERVIEW MED LEDER:

Forudsætningerne for et tilfredsstillende tværfagligt samarbejde sikres blandt andet ifm. de daglige triagemøder, hvor viden og tiltag deles mellem de forskellige faggrupper og medarbejdere, og hvor ledelsen tilmed altid deltager. Terapeuterne, afdelingernes demensnøglepersoner og plejehjemslægerne deltager også ud fra en fast turnus.

Derudover varetager plejecenterets to aktivitetsmedarbejdere ansvaret med koordineringen og facilitering af de forskellige aktivitetstiltag, som forløber lokalt og fælles.

Der beskrives derudover et velfungerende og trygt samarbejde med gerontopsykiaterne i Frederiksberg Kommune.

Ledelsen er bekendt med, at de på nuværende tidspunkt ikke afholder beboerkonferencer, men at det er ledelsens klare ambition, at få genoptaget konferencerne indenfor nærmeste fremtid.

#### MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller ligeledes omkring et tilfredsstillende tværfagligt arbejde, som understøttes ifm. de daglige triagemøder. Derudover samarbejder medarbejderne med de udekørende sygeplejersker, plejehjemslægerne, hukommelsesklinikken samt interne- og eksterne terapeuter.

Samarbejdet med plejecenterets fysioterapeuter italesættes blandt medarbejderne som forbedret og fysioterapeuterne reagerer tilfredsstillende hurtigt, hvis medarbejderne eksempelvis anmoder om hjælpemidler eller en vekselryksmadras. Derudover tilkendegiver medarbejderne en faglig tilfredsstillelse over, at terapeuterne deltager ifm. triagemøderne.

#### Tilsynets vurdering: 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt, og at der generelt er et ledelsesmæssigt fokus på at sikre gode rammer for det tværfaglige samarbejde gennem en fast mødestruktur på tværs af faggrænser.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne ligeledes beskriver et velfungerende tværfagligt samarbejde med gode muligheder for faglig sparring.

## 4. Tilsynets formål og metode

### 4.1 Formål

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 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 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, plejehjemmets 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 plejehjem. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for borgere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

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 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, observationer samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i 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 Vurderingsskema

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	<p><b>Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler</li> <li>• Tilsynet har ingen anbefalinger</li> <li>• Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.</li> </ul>
Score: 4	<p><b>Indikatorerne er i høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne</li> <li>• Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul>
Score: 3	<p><b>Indikatorerne er i middel grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne</li> <li>• En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul>
Score: 2	<p><b>Indikatorerne er i lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne</li> <li>• Få elementer i indikatorerne er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul> <p>Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.</p>
Score: 1	<p><b>Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes</li> <li>• Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne</li> <li>• Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul> <p>Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.</p>

## 4.4 Tilsynets tilrettelæggelse

Tilsynsforløbet beslattes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

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 kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundhedsfaglig 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 plejehjem, 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.

