



# Tilsynsrapport Hørsholm Kommune

Center for Sundhed og Omsorg  
Sophielund Plejehjem

Uanmeldt tilsyn  
August 2023



# Indhold

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| Indhold .....                                    | 2  |
| Forord .....                                     | 3  |
| 1. Oplysninger om plejehjemmet .....             | 4  |
| 2. Vurdering .....                               | 5  |
| 2.1 Tilsynets vurderinger .....                  | 5  |
| 2.2 Tilsynets anbefalinger .....                 | 7  |
| 3. Datagrundlag .....                            | 8  |
| 3.1 Opfølgning og status .....                   | 8  |
| 3.2 Værdigrundlag .....                          | 9  |
| 3.3 Sundhedsfaglig dokumentation .....           | 10 |
| 3.4 Medicinhåndtering og administration .....    | 12 |
| 3.5 Personlig pleje og støtte .....              | 13 |
| 3.6 Praktisk hjælp .....                         | 14 |
| 3.7 Mad og måltider .....                        | 15 |
| 3.8 Kommunikation og adfærd .....                | 16 |
| 3.9 Aktiviteter og vedligeholdende træning ..... | 16 |
| 3.10 Fysiske rammer .....                        | 17 |
| 3.11 Organisatoriske rammer .....                | 18 |
| 3.12 Kompetencer .....                           | 19 |
| 3.13 Tværfagligt samarbejde .....                | 20 |
| 4. Tilsynets formål og metode .....              | 21 |
| 4.1 Formål .....                                 | 21 |
| 4.2 Metode .....                                 | 21 |
| 4.3 Tilsynets tilrettelæggelse .....             | 21 |
| 4.4 Vurderingsskema .....                        | 22 |
| Om BDO .....                                     | 23 |

# 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, observationsstudier og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. 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: meo@bdo.dk

**Projektansvarlig**

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

# 1. Oplysninger om plejehjemmet

## Oplysninger om plejehjemmet og tilsynet

Adresse: Sophielund Plejehjem, Sophielund 85-91, 2970 Hørsholm

Leder: Roberto Velosa

Antal boliger: 60 boliger

Dato for tilsynsbesøg: d. 23. august 2023

Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:

- Interview med plejehjemmets ledelse
- Rundgang på plejehjemmet, herunder dialog med medarbejdere og beboere
- Tilsynsbesøg hos fire beboere
- Gennemgang af dokumentation og medicingennemgang
- Gruppeinterview med to medarbejdere  
(en social- og sundhedshjælper og en social- og sundhedsassistent)

Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.

Tilsynsførende:

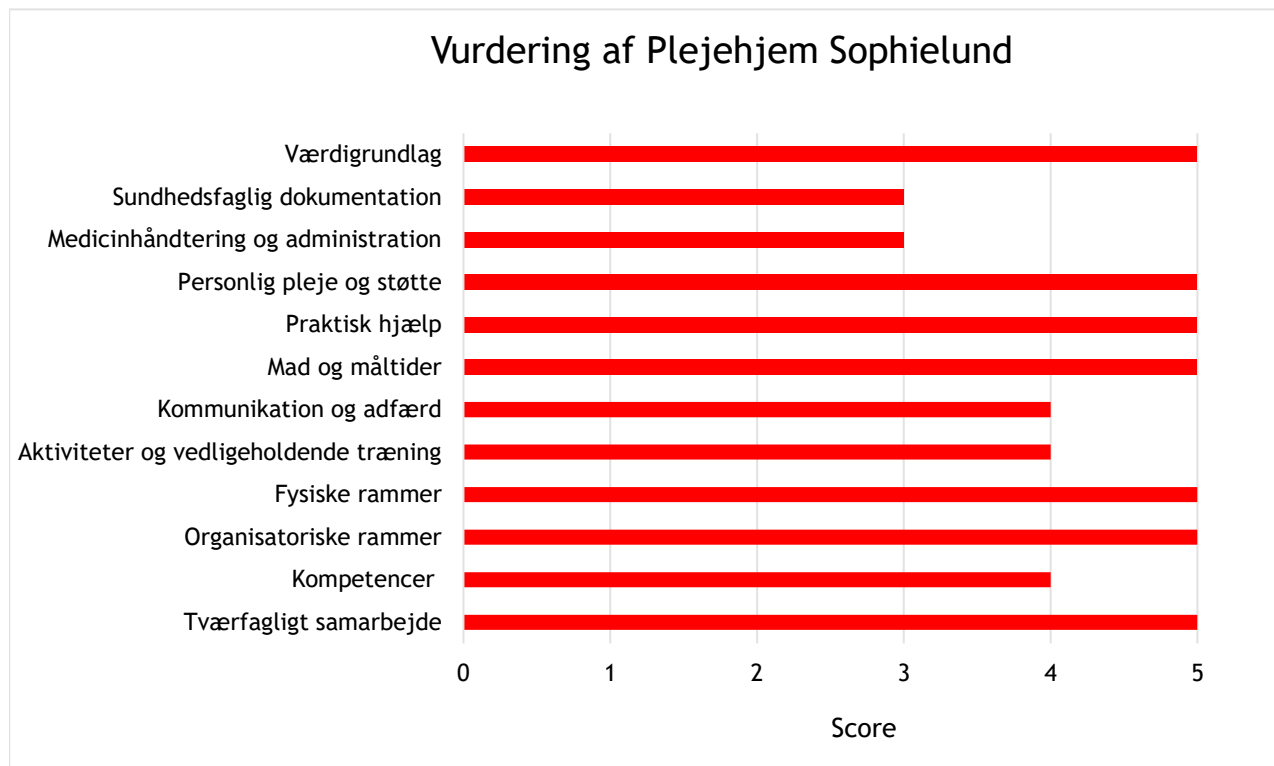
Gitte Lee Anderskov, Manager og sygeplejerske

Kristina Ovesen, Manager og sygeplejerske

## 2. Vurdering

### 2.1 Tilsynets vurderinger

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



#### Værdigrundlag

Det vurderes, at både lederen og medarbejderne kan redegøre for, hvilke værdier der efterleves i hverdagen, og at dette ses afspejlet i hverdagslivet på stedet. Dertil er det tilsynets vurdering, at beboerne udtrykker glæde og tilfredshed med livet på plejehjemmet.

#### Sundhedsfaglige dokumentation

Det er tilsynets vurdering, at der ikke er sket forbedringer på området siden sidste tilsyn. Tilsynet vurderer, at der generelt er udviklingsområder i alle dele af dokumentationen, hvilket vil kræve en målrettet indsats at afhjælpe. I forhold til døgnrytmeplaner ses der mangler vedrørende systematik og ensretning, handlevejledende beskrivelser samt beskrivelser af den pædagogiske tilgang. Dertil er det tilsynets vurdering, at der er mangler i forhold til udfyldelse af generelle oplysninger og oprettelse af handlingsanvisninger på alle sundhedslovsindsatser. Det er desuden tilsynets vurdering, at helbreds tilstande mangler at blive aktiverede, og at flere tilstande mangler beskrivelse af, hvorledes problemet kommer til udtryk. Dertil er det tilsynets vurdering, at der i flere tilfælde mangler sammenhæng mellem helbredsoplysninger og medicinliste, og at der ses mangler på opfølgning af sundhedslovsindsatser. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange ifm. oprettelse, anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

#### Medicinhåndtering

Det er tilsynets vurdering, at medicinen generelt opbevares ud fra en ensartet og systematisk tilgang, og at der er foretaget korrekt dispensering hos de fire beboere. Samtidigt vurderes det, at både ledelsen og medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med medicinhåndteringen. På trods af dette er det dog tilsynets vurdering, at der forekommer fejl og mangler i forhold til både opbevaring, dokumentation, administration og observeret arbejdsgange, hvilket vil kræve en målrettet indsats at afhjælpe.

### Personlig pleje og støtte

Tilsynet vurderer, at beboerne er tilfredse med den hjælp, de modtager til personlig pleje og støtte, og at beboerne oplever kontinuitet og tryghed. Dertil er det tilsynets vurdering, at medarbejderne i meget høj grad kan redegøre for, hvorledes det sikres, at beboerne får den pleje og støtte, de har behov for.

### Praktisk hjælp

Det er tilsynets vurdering, at både boliger og hjælpemidler fremstår ryddelige og tilstrækkeligt rengjorte, hvilket også er gældende for fællesarealer.

Det vurderes, at beboerne får den praktiske hjælp og støtte, som de har behov for, og at de er tilfredse med kvaliteten heraf. Medarbejderne kan redegøre for levering af praktisk hjælp og støtte ud fra en rehabiliterende tilgang.

### Mad og måltider

Tilsynet vurderer, at de observerede måltider foregår med inddragelse af principper for det gode måltid. Det vurderes, at beboerne er tilfredse med madens kvalitet, og at de oplever en god stemning under måltiderne. Dertil er det tilsynets vurdering, at beboerne oplever indflydelse på maden, og at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for det gode måltid og for den rehabiliterende tilgang.

### Kommunikation og adfærd

Beboerne oplever alle en venlig og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Tilsynet vurderer, at medarbejderne med faglig indsigt og på en refleksiv måde kan redegøre for, hvorledes der sikres en respektfuld kommunikation og adfærd i forhold til målgruppen. Dog er det tilsynets vurdering, at der i enkelte tilfælde, i beboerens tilstedeværelse, kommunikeres om beboeren i tredje person.

### Aktiviteter og vedligeholdende træning

Det vurderes, at plejehjemmet tilbyder beboerne planlagte aktiviteter ved aktivitetsmedarbejder flere gange om ugen. Dertil vurderes det, at beboerne udtrykker tilfredshed med aktiviteterne, som de deltager i, i varierende grad. Samtidigt vurderes det, at medarbejderne på en faglig og reflekteret måde kan redegøre for, hvordan der arbejdes med aktiviteter og vedligeholdende træning som en fast del af hverdagen. Dog er det tilsynets vurdering, at der kunne være udviklingsmuligheder på området både i forhold til aktivitetstilbuddene og hyppigheden.

### Fysiske rammer

Det vurderes, at indretningen på plejehjemmet er tilpasset målgruppen, og at der arbejdes aktivt med at skabe hyggelige og hjemlige rammer og gode udemiljøer. Det er tilsynets vurdering, at både ledelsen og medarbejderne kan redegøre for faglige overvejelser og tiltag i forhold til de fysiske rammer samt for korrekt opbevaring af personfølsomme oplysninger.

### Organisatoriske rammer

Det vurderes, at lederen kan redegøre for, hvorledes organiseringen understøtter en høj kvalitet i plejen, og at medarbejderne kan redegøre for de daglige arbejdsgange i forhold til planlægning og videndeling.

### Kompetencer

Det vurderes, at ledelsen kan redegøre for, hvordan der arbejdes målrettet med at sikre, at de rette kompetencer er til stede på plejehjemmet. Hertil vurderes det, at anvendelsen af ufaglærte medarbejdere påvirker medarbejdernes samlede faglige niveau, men at ledelsen kan redegøre for, hvordan der arbejdes systematisk med oplæring og opfølgning hos de ufaglærte medarbejdere. Herudover vurderes det, at medarbejderne oplever at have de nødvendige kompetencer til at løse de faglige opgaver samt gode muligheder for kompetenceudvikling. Dog er det tilsynets vurdering, at kompetenceudvikling inden for dokumentationsområdet ikke er sat i system.

### Tværfagligt samarbejde

Tilsynet vurderer, at både ledelsen og medarbejderne kan redegøre for et godt og velfungerende tværfagligt samarbejde.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation, observationer og observationsstudier. Derudover foretages kontrol af medicinen. 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 ledelsen øger indsatsen på dokumentationsområdet, og at der herunder arbejdes målrettet med at sikre:
  - At døgnrytmeplaner udarbejdes med en ensartet og systematisk opbygning, så planerne bliver overskuelige, og dermed anvendelige i praksis. Der kan med fordel arbejdes efter en skabelon.
  - At døgnrytmeplanerne indeholder handlevejledende beskrivelser af alle servicelovsindsatser i forhold til, hvad beboeren selv gør, og hvordan medarbejderen skal hjælpe og støtte.
  - At der er sammenhæng mellem helbredstilstande, den medicinske behandling og beboernes aktuelle helbredsmæssige tilstand.
  - At helbredsoplysninger udfyldes på struktureret vis i forhold til beboerens aktuelle lidelser/sygdomme og handicaps, herunder sammenhæng til medicinliste, og at oplysningerne opstilles overskueligt.
  - At generelle oplysninger med relevans for den personcentrerede omsorg beskrives.
  - At der dokumenteres opfølgning på observationer med forværring.
  - At medarbejderne kender til risikosituationslægemidler, jf. Styrelsen for Patientsikkerhed.
2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter et øget fokus på medicinområdet således, at der sikres:
  - At der kvitteres for administreret medicin.
  - At der konsekvent sættes label med beboerens navn og CPR-nummer på al medicin.
  - At handelsnavn opdateres, så medicinskema og medicin i beholdningen stemmer overens.
  - At arbejdsgangen for nummerering af ugemapper i forhold til kalenderuger følges som tiltænkt.
  - At der følges op på behandling med medicinsk salve på en konkret beboer, som ikke har medicinen i sin bolig, men hvortil der er kvitteret dagligt, senest på tilsynsdagen.
3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter opmærksomhed på kommunikation og adfærd, så beboere, ved tilstedeværelse, ikke omtales i 3. person.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter fokus på systematisk kompetenceudvikling af medarbejderne i forhold til faglig dokumentation og i forhold til omsorgssystemet.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter opmærksomhed på udbuddet af aktiviteter i forhold til frekvens og variation.

## 3. Datagrundlag

### 3.1 Opfølgning og status

#### Data

##### OPFØLGNING PÅ SENESTE TILSYN

Ved sidste års tilsyn fik plejehjemmet anbefalinger vedrørende tre områder; 1) dokumentation med fokus på døgnrytmeplaner, sammenhæng mellem helbredstilstande og medicinske behandlinger, generelle oplysninger og opfølgning på triageringsniveau, 2) medicin håndtering med fokus på opbevaring, dokumentation og administration og 3) styrkelse af faglige kompetencer.

Ledelsen redegør for, at i forhold til dokumentationsområdet har kommunen fået implementeret en ny version af Nexus (volumen 2). I den forbindelse arbejdes der med at ensrette brugen af systemet i forhold til beslutninger om, hvor forskellige oplysninger skrives i systemet. Ledelsen fortæller, at i forhold til døgnrytmeplaner og helbredstilstande har der lokalt været et øget fokus herpå. Plejehjemsleder udfører hver måned en *egenkontrol* på et tilfældigt udvalgt antal beboere, og leder gennemgår både medicin og journal ved hjælp af en tjekliste. Data samles, hvilket giver et overblik over, hvilke fejl og mangler der går igen, og resultater tages op på "15 faglige minutter". Dertil tager afdelingsleder eller sygeplejerske sig af konkret opfølgning og kompetenceudvikling med de enkelte medarbejdere. I forhold til generelle oplysninger arbejdes der især med at indhente informationer ved indflytning, hvor der bliver beskrevet, hvad der giver mening for den enkelte beboer. Her arbejdes der tværfagligt, da forskellige faggrupper observerer forskellige områder. Ledelsen oplyser, at der generelt er arbejdet på at øge sammenhængen i dokumentationen. Plejehjemmet har aktuelt tre ressourcepersoner i Nexus/dokumentation, der sidemandsoplærer kollegaer. Der arbejdes med at gøre tilgangen pædagogisk og overskuelig. Der arbejdes derfor med dele af dokumentationen ad gangen.

I forhold til medicin håndteringen fortæller ledelsen, at de desværre ikke har et medicinrum, men at det er noget, der ønskes på sigt. Der er indkøbt mobilt medicinbord, som anvendes ved dispensering, hvor medarbejderne kan køre bordet til et roligt område og dispensere uforstyrret, ofte i beboers bolig. Medicinen opbevares aflåst i beboers bolig. I forhold til administration arbejdes der med tidstro kvittering ved bærbar pc, som medarbejderne tager med rundt ved medicinadministration. Medicin, som administreres af social og sundhedsassistent eller sygeplejerske, opbevares særskilt, og den er lagt ind med et forskudt administrationstidspunkt i forhold til medicin, som gives af social- og sundhedshjælper.

Ledelsen fortæller, at der, i forhold til at sikre medarbejdernes kompetencer, arbejdes i det daglige med at sikre, at medarbejdernes kompetencer kontinuerligt styrkes. Sygeplejerskerne opfordres til at være så meget som muligt ude i praksis, så faglige refleksioner og sparring sker, idet der tit opstår behov herfor. Dertil afholdes der Nexus-café ved ressourcepersoner, hvilket udviklingssygeplejersken er tovholder på. Dertil er der krav til, at nyansatte faglærte som afløsere/ufaglærte skal gennemgå onlinekurset ABC-demens. Beboerne har ofte mange problemstillinger, når først de kommer på plejehjem, da de har været længst muligt i eget hjem, hvilket kræver mange kompetencer ved medarbejderne. Plejehjemmet har mulighed for at hente ekstern hjælp og rådgivning. F.eks. har plejehjemmet været med i et uddannelsesforløb over et år med demensrejseholdet, hvilket har været meget lærerigt for medarbejderne. Dertil kan der trækkes på VISO i forhold til særligt komplekse forløb. Her kommer VISO ud og støtter fagligt op om forløbet.

Ledelsen fortæller, at af andre udviklingsområder er ledelsen aktuelt optagede af at få ressourcepersonerne mere i spil lokalt. Kommunen er organiseret ved specialister til forskellige fagområder, hvortil, der er knyttet ressourcepersoner, som står for at bringe viden i spil lokalt. Ledelsen arbejder aktuelt med at få styrket ressourcepersonerne endnu mere, så deres rolle tydeliggøres i hverdagen. Derudover følges et årshjul for udviklingsområder med udgangspunkt i kommunens kvalitetsråds udviklingsfokus.



## 3.2 Værdigrundlag

### Data

#### OBSERVATIONER

På tilsynsdagen ses der flere eksempler på, hvordan medarbejderne arbejder ud fra en anerkendende tilgang, hvor beboernes trivsel prioriteres. Medarbejderne fremstår nærværende i deres kontakt med beboerne, og der emmer af en hjemlig atmosfære på plejehjemmet.

Hertil ses f.eks., at en beboer har fødselsdag på tilsynsdagen. Afdelingen er pyntet op med flag. Om formiddagen ses en medarbejder, som laver lagkage. Efter frokosten observeres det, at der synges fødselsdagssang med beboerne, og at der efterfølgende serveres den tilberedte lagkage. Dertil ses en beboer, som målrettet har fået møbleret med en stol uden for sin bolig, og hvor beboere sidder i eftermiddagstimerne. Det observeres, at beboeren udtrykker tilfredshed med at sidde på afstand af fællesområdet, og at beboeren stadig kan følge med i livet på fællesarealet.

#### INTERVIEW MED LEDELSEN

Ledelsen fortæller, at der arbejdes efter Hørsholms Kommunes værdier. Hertil fortæller ledelsen, at det er vigtigt at tage værdigrundlaget og sætte ord på, hvad ordene betyder for Sophielund. F.eks., hvad betyder *Omsorg* for Sophielund; hvad betyder *omsorg* for den enkelte medarbejder, og hvordan får betydningen af ordet en fælles platform for medarbejderne på Sophielund. Det er vigtigt, at værdierne og ordene ikke bliver "luft" og u håndgribeligt for medarbejderne. Ledelsen understreger, at beboerne er i centrum. Sophielund har i mange år haft mottoet: *Home away from home*. Det er et 10 år gammelt motto, og det skal derfor jævnligt tages op for at sætte ord på, hvad det betyder for medarbejderne. Dertil fortæller ledelsen, at medarbejderne har et begreb; "Sophielund-ånden", hvortil ledelsen i fremtiden gerne vil sætte flere ord på, hvad begrebet indebærer. Ledelsen fortæller, at det tiltænkes at planlægge en værdi-dag, hvor der kan tales om værdier i dybden.

#### INTERVIEW MED MEDARBEJDERE

Medarbejderne fortæller, at der arbejdes med empati, tid og tålmodighed, hvilket er meget vigtigt for beboere med demens. Det er beboernes individuelle behov den pågældende dag, der er i centrum. F.eks., hvis en beboer gerne vil være oppe til sent på natten og sover længe om morgenen, så er det sådan, og så planlægger medarbejderne hjælpen herefter. En medarbejder siger; "*Sophielund er mit andet hjem. Det er den ånd, som er her*". Dertil er der et godt samarbejde kollegaer imellem, og der er generelt et godt pårørendesamarbejde.

#### INTERVIEW MED BEBOERE

Tilsynet foretager interviews med fire beboere. Heraf har beboerne i varierende grad vanskeligt ved at redegøre for flere af tilsynets spørgsmål. Alle beboerne italesætter dog stor tilfredshed med at bo på plejehjemmet, hvor de oplever, at de kan leve det liv, de ønsker. En beboer siger; "*jeg har det godt, og jeg trives her, jeg er meget glad for at være her*".

### Tilsynets vurdering - 5

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

Det vurderes, at både ledelsen og medarbejderne kan redegøre for, hvilke værdier der efterleves i hverdagen, og at disse kan ses afspejlet i hverdagslivet på stedet. Dertil er det tilsynets vurdering, at beboerne udtrykker glæde og tilfredshed med livet på plejehjemmet.

### 3.3 Sundhedsfaglig dokumentation

#### Data

##### OBSERVATIONER

Der er foretaget observation i fire beboeres omsorgsjournal, og dokumentationen er gennemgået sammen med udviklingssygeplejersken.

##### **Døgnrytmeplan**

Døgnrytmeplanerne fremstår generelt opdaterede og aktuelle for alle fire beboere, og de indeholder overordnet beskrivelser af den hjælp og støtte, som beboerne modtager over hele døgnet, fraset en enkelt beboer, som mangler en plan for nat. I døgnrytmeplanerne fremgår der i flere tilfælde beskrivelser af beboernes ressourcer og særlige opmærksomhedspunkter, som f.eks. at beboeren sover længe. I enkelte tilfælde ses der også beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, som f.eks. at beboeren har diabetes, er i ernæringsrisiko eller er i faldrisiko, og ved alle eksempler er det beskrevet, hvilke forebyggende handlinger, der skal udføres. Dog konstaterer tilsynet følgende mangler til døgnrytmeplanerne:

- En ensartet, systematisk og overskuelig struktur, der bidrager dels til at få alle nødvendige beskrivelser med, og dels til at planerne bliver anvendelige i praksis.
- Handlevejledende beskrivelser af, hvordan hjælpen leveres til den enkelte beboer.
- I enkelte tilfælde mangler der beskrivelser af særlig pædagogisk tilgang samt beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag.

##### **Funktionsevnetilstande**

Tilsynet oplyses, at kommunen som noget nyt er begyndt at arbejde med funktionsevnetilstande, hvor der som standard aktiveres bestemte tilstande. Funktionsevnetilstandene ses dog i de fire journaler i varieret grad aktiveret, opdateret og relevant udfyldt. I to journaler fremstår tilstandene aktuelle og opdaterede. I en journal er der kun aktiveret en tilstand omkring "at gå". I en anden journal er tilstanden "at spise" ikke opdateret i forhold til beboerens aktuelle funktionsniveau.

##### **Generelle oplysninger**

For alle fire beboere ses der mangler under de generelle oplysninger, hvortil der f.eks. ikke er taget stilling til beboernes mestring, ressourcer eller livshistorie.

Helbredsoplysningerne fremstår generelt uden en systematisk og overskuelig opbygning. Her ses der for flere beboere lange lægefaglige notater, som er kopieret ind, indeholdende f.eks. diagnosekoder, medicinske ordinationer og oplysninger om netværk. Dertil mangler der flere relevante oplysninger, som beboeren er i medicinsk behandling for, og der er dermed ikke sammenhæng til medicinlisten.

##### **Helbredstilstande**

I to ud af fire journaler fremgår der generelt relevant stillingtagen til aktuelle og potentielle helbredstilstande, og der ses sammenhæng mellem helbredstilstande og medicinoplysninger. Dog konstaterer tilsynet følgende mangler til helbredstilstandene:

- Flere tilstande er ikke oprettede, f.eks. mangler der i en journal en tilstand på respiration, beboeren har respirationsproblemer. I en anden journal mangler der en tilstand, som beskriver beboerens demens og smerter, beboeren har ordination på pn morfica.
- I flere tilstande mangler der tydelige beskrivelser af, hvorledes problemet kommer til udtryk. F.eks. ved en beboer med søvnproblemer, som er i medicinsk behandling herfor, mangler der beskrivelse af, hvordan beboerens søvnproblemer viser sig, og om der er effekt af behandlingen.
- Flere tilstande ses med uoverskueligt meget tekst.
- Tilstandene ses anvendt med forskellig systematik for indhold.

##### **Handlingsanvisninger**

For to ud af fire beboere ses det, at der er oprettet relevante handlingsanvisninger i forhold til sundhedslovsindsatserne for f.eks. medicindispensering, medicinadministration og kompressionsbehandling med relevant link til retningslinjer i VAR. Tilsynet konstaterer følgende mangler til handlingsanvisninger:

- En beboer mangler handlingsanvisning på administration af inhalationsmedicin.
- En beboer mangler handlingsanvisning på administration af medicinsk salve.

### **Opfølgning på observationer/ændringer**

Alle beboerne er på tilsynsdagen triageret grøn.

Tilsynet konstaterer, at der kun i nogen grad er dokumenteret opfølgning på observationer med forværring. F.eks. konstateres der manglende opfølgning på en beboer, som har haft opkast og utilpashed to dage forinden tilsynsdagen. Dertil konstateres der manglende opfølgning på fortsatte UVI-symptomer efter endt behandling samt manglende dokumentation af effekt af medicinsk salve.

### **INTERVIEW MED MEDARBEJDERE**

Medarbejderne fortæller, at døgnrytmeplanerne udfyldes og opdateres af kontaktpersonen, og at dette gøres ved ændringer. Medarbejderne redegør desuden for, at døgnrytmeplanerne skal indeholde en detaljeret beskrivelse af den hjælp, som beboeren skal have, så alle kan udføre plejen, som beboeren ønsker det. Der skal f.eks. stå, hvis beboeren kan have gode og dårlige dage, og hvad medarbejderen så skal gøre. Dertil skal beboerens ressourcer og særlige opmærksomhedspunkter også fremgå af beskrivelserne.

For nye beboere tages der udgangspunkt i den medfølgende dokumentation, og der samarbejdes med både beboeren og pårørende om indhentning af f.eks. livshistorie. Herefter opdateres døgnrytmeplanen løbende i takt med, at kendskabet til beboeren øges.

Medarbejderne henviser til, at handlingsanvisninger oprettes af social- og sundhedsassistenter eller sygeplejersker for indsatser, som f.eks. øjendrypning eller andre sundhedslovsindsatser.

Medarbejderne italesætter, at en beboer triageres gul ved ændring i adfærd eller ved forværring af tilstand, som f.eks. ved urinvejsinfektion, så alle medarbejdere er opmærksomme. Beboerne triageres røde, når de er nyindflyttede eller indlæggelsestruede. I tilfælde af observerede ændringer ved beboerne, vil medarbejderne kontakte en kollega med højere kompetenceniveau, og de observerede ændringer vil blive dokumenteret.

Medarbejderne fortæller, at det kan være svært at få et overblik i journalerne, og at medarbejderne skriver oplysninger forskellige steder i journalen. Dertil er der forskellig adgang, alt efter faggruppe, hvortil f.eks. social- og sundhedshjælpere ikke kan læse de samme oplysninger som social- og sundhedsassistenter. Medarbejderne oplever gode muligheder for hjælp og sparring til dokumentationen i hverdagen.

### **Tilsynets vurdering - 3**

Tilsynet vurderer, at den sundhedsfaglige dokumentation i middel grad lever op til indikatorerne. Det er tilsynets vurdering, at der ikke er sket forbedringer på området siden sidste tilsyn. Tilsynet vurderer, at der generelt er udviklingsområder i alle dele af dokumentationen. I forhold til døgnrytmeplaner mangler der systematik og ensretning, handlevejledende beskrivelser samt beskrivelser af den pædagogiske tilgang. Dertil er det tilsynets vurdering, at der er mangler i forhold til udfyldelse af generelle oplysninger og oprettelse af handlingsanvisninger på sundhedslovsindsatser. Det er desuden tilsynets vurdering, at helbredstilstande mangler at blive aktiveret, og flere tilstande mangler beskrivelse af, hvorledes problemet kommer til udtryk. Dertil er det tilsynets vurdering, at der i flere tilfælde mangler sammenhæng mellem helbredsoplysninger og medicinliste, og at der ses mangler på opfølgning på observationer med forværring samt på sundhedslovsindsatser. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange ifm. oprettelse, anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

### 3.4 Medicinhåndtering og administration

#### Data

Tilsynet har gennemgået fire beboeres medicin.

#### DOKUMENTATION

Alle fire beboeres medicinlister ses opdaterede, og alle ordinationer ses med dato for ordination, beskrevet med indikation, dosis og antal tabletter. Pn medicin er angivet med antal enheder og max døgndosis. Det er tydeligt angivet, om medicinen er fast eller pn. Dog konstaterer tilsynet mangler ved en ud af fire beboere, idet tre handelsnavne på medicinoversigten ikke stemmer overens med det aktuelle handelsnavn på medicinen i beboernes beholdning.

#### OPBEVARING

For alle fire medicingennemgange ses, at beboernes ene ugemappe med doseret medicin samt ikke dispensérbar medicin opbevares i aflåst skab i det tilhørende køkken i fællesområdet. Her ses ugemapper med navn, CPR-nummer og bolignummer, og der ses individuelle kurve med ikke-dispensérbar medicin. På ikke dispensérbare præparater er der anført navn, fraset et tilfælde. Ingen af de pågældende ikke-dispensérbare præparater kræver anbrudsdato, da medicinen har samme holdbarhed efter åbning.

Dertil opbevares beboernes resterende medicin i beboernes boliger, låst inde i et køkkenskab, hvor der ses system for adskillelse af aktuel, ikke aktuel og pn medicin.

Dog konstaterer tilsynet følgende mangler, relateret til opbevaring:

- En beboer mangler navn og CPR-nummer på en inhalationsmedicin.
- I et tilfælde er aktuel og ikke aktuel medicin opbevaret sammen.
- Hos en beboer findes en medicinsk salve ikke i beboerens beholdning, men der er kvitteret herfor, senest på tilsynsdagen.

#### *Risikosituationslægemidler*

Tre ud af fire beboere er i behandling med et risikosituationslægemiddel (antidiabetika, blodfortyndende, opioid), hvor der i alle tre journaler konstateres mangler i forhold til dokumentation af aftaler om opfølgning/kontrol med den behandlingsansvarlig læge.

#### *Dispensering af medicin*

I alle fire medicingennemgange ses der overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsken. Alle doseringsæsker er mærkede med CPR-nummer og beboerens navn.

#### *Administration af medicin og ikke dispensérbare præparater*

For alle fire beboere er der på tilsynsdagen kvitteret for medicinadministration af tabletter, svarende til administrationstidspunktet. Dog konstaterer tilsynet, at tre ud af fire beboere får ikke-dispensérbar medicin, og at der i alle tre tilfælde mangler kvittering for denne i op til seks ud af 14 dage.

#### *Instruks for medicinhåndtering*

Tilsynet observerer, at der er en arbejdsgang med nummerering af ugemapper og ibrugtagning i forhold til ugenummer på årskalender, men at der, jf. kalenderuge 34, skulle være taget ugemapper nr. 2 i brug, hvor tilsynet observerer, at der er taget ugemapper nr. 1 i brug.

Dertil observerer tilsynet en medarbejder, som sidder ved et spisebord i fællesrummet og doserer medicin.

#### INTERVIEW MED LEDELSEN

Ledelsen redegør for, hvorledes der arbejdes med medicinkørekort til alle medarbejdere, som ikke er faglærte. Sygeplejerskerne står for undervisningen og godkendelse af hver enkelt medarbejder. Når medarbejderen er godkendt til varetagelse af medicinhåndtering, udleveres medicinskabsnøgle for et

år ad gangen. Derefter skal medicinkørekortet fornyes. I forhold til faglærte medarbejdere er gennemgang af korrekt medicinhandling en del af introduktionsprogrammet.

Ledelsen understreger, at der er fokus på psykologisk tryghed, at medarbejderne føler sig trygge ved at være åbne omkring behov for sparring eller behov for mere viden på et område. Sygeplejerskerne har et tæt samarbejde med plejehjemslægen i forhold til medicinhandling.

#### INTERVIEW MED BEBOERE

Alle fire beboere giver udtryk for at være trygge ved medarbejdernes handling af deres medicin, og de oplever at få medicinen til tiden.

#### INTERVIEW MED MEDARBEJDERE

Medarbejderne redegør for korrekt medicinhandling for både administration og dispensering, hvortil der altid eftertælles. Medarbejderne redegør for, hvorledes der tjekkes CPR-nummer, ordinationer, udløbsdatoer på medicin osv. i forbindelse med dispensering. Der dispenseres ved et dispenseringsbord, og der trækkes et sted hen, hvor der ikke forekommer forstyrrelser. Til sidst udføres der egenkontrol. Der anvendes dispenseringsmodul i Nexus, hvor handelsnavn kan skiftes midt i en doseringsperiode. Ved medicinadministration identificeres beboeren, der tjekkes ugedag og navn og klokkeslæt på doseringsæske, samt tabletter tælles, inden de gives til beboeren. Dertil observerer medarbejderen, at beboeren indtager medicinen.

På plejehjemmet arbejdes der med opgaveoverdragelse, og der er stor opmærksomhed på oplæring til opgaverne og løbende opfølgning med sygeplejerske.

Der anvendes PC til optælling og kvittering af medicinen.

Medarbejderne fortæller, at medicin, som skal håndteres af medarbejdere med sygeplejerskekompetencer, lægges i systemet på andre tidspunkter, end hvor beboeren får medicinadministration af social- og sundhedshjælpere. Denne arbejdsgang mindsker risikoen for, at social- og sundhedshjælpere kommer til at kvittere for medicin, som ikke er givet.

Medarbejderne har svært ved at redegøre for risikosituationslægemidler, jf. Styrelsen for Patientsikkerhed.

#### Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for medicinhandling i middel grad er opfyldt.

Hertil vurderes, at medicinen generelt opbevares ud fra en ensartet og systematisk tilgang, og at der er foretaget korrekt dispensering hos de fire beboere. Samtidigt vurderes det, at både ledelsen og medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med medicinhandlingen. På trods af dette er det tilsynets vurdering, at der forekommer fejl og mangler i forhold til både opbevaring, dokumentation, administration og observeret arbejdsgange, hvilket vil kræve en målrettet indsats at afhjælpes.

### 3.5 Personlig pleje og støtte

#### Data

##### OBSERVATION

I alle afdelinger opholder flere beboere sig på fællesarealerne ved tilsynets rundgang på plejehjemmet. Flere af beboerne fremstår smilende, og alle beboerne virker veltilpasse og velsoignerede. Tilsynet observerer, at beboere, der besøges i boligerne, ligeledes fremstår soignerede og veltilpasse. Beboernes tilstande bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til deres levestil og behov.

##### INTERVIEW MED BEBOERE

Alle fire beboere giver udtryk for, at hjælpen svarer til deres behov, og at de er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Beboerne italesætter på forskellig vis, hvordan deres ønsker og vaner imødekommes, f.eks. at de oplever selvbestemmelse, og at de støttes i at være aktive under plejen. En beboer siger

f.eks.; ”jeg er yderst tilfreds, de er meget søde og hjælpsomme” og en anden beboer siger; ”det klarer jeg selv, det er så nemt, det er lige at dreje på hanen”.

Beboerne giver alle udtryk for at være trygge ved hjælpen, fordi de kender alle medarbejderne, der kommer og hjælper dem.

#### INTERVIEW MED MEDARBEJDERE

Medarbejderne fortæller, at de sikrer, at beboerne får den hjælp og støtte, som de har behov for ved at observere den enkelte beboer samt ved at være i dialog med beboeren. Beboernes behov kan ændre sig fra dag til dag, hvilket medarbejderne understreger er vigtig viden i forhold til at arbejde med beboere med demens. Medarbejderne fortæller, at nogle beboere meget gerne selv vil, og de kan blive kede af det, hvis de opdager, at de ikke kan. Da må medarbejderne kompensere hjælpen på en måde, så den enkelte beboer stadig oplever at have udført plejen selv.

Medarbejderne fortæller, at de er gode til at sparre med hinanden i hverdagen. Det kan f.eks. være i tilfælde, hvor en beboer er svær at få lov at hjælpe eller i tilfælde af, at der observeres ændringer.

Ofte har medarbejderne en tæt kontakt til pårørende. Tryghed skabes ved kontinuitet og ved omsorg og kærlighed. Medarbejderne fortæller, at der gives mange kram, og medarbejderne hører ofte fra pårørende, at de oplever, at medarbejderne er gode til at skabe tryghed for beboerne.

Medarbejderne fortæller, at der anvendes humor med nogle beboere, hvor der grines sammen, f.eks. fortæller den ene medarbejder, at medarbejderen synger en del, og så er der nogle beboere, der siger, at det lyder forfærdeligt, og så griner de alle.

#### Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboerne er tilfredse med den hjælp, de modtager til personlig pleje og støtte, samt at beboerne oplever kontinuitet og tryghed. Tilsynet vurderer, at medarbejderne i meget høj grad kan redegøre for, hvorledes de sikrer, at beboerne får den pleje og støtte, de har behov for.

## 3.6 Praktisk hjælp

#### Data

##### OBSERVATION

Tilsynet observerer, at de besøgte boliger fremstår renholdte og ryddelige, svarende til beboernes ønsker og levestil. Beboernes hjælpemidler fremstår ligeledes tilfredsstillende rengjorte, ligesom fællesarealer fremstår pæne og rene.

##### INTERVIEW MED BEBOERE

De fire interviewede beboere udtrykker stor tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til rengøring og praktiske opgaver.

Det er forskelligt, hvorvidt beboerne kan inddrages i de praktiske opgaver. Tre beboere fortæller, at de ikke har kræfter til ret meget, men at de bidrager med det, de kan. En anden beboer beskriver selv at kunne varetage lettere oprydning.

##### INTERVIEW MED MEDARBEJDERE

Medarbejderne fortæller, at rengøringen i boligerne varetages i samarbejde med rengøringspersonalet, men at det er plejepersonalets ansvar at hjælpe beboerne med oprydning, lettere rengøring, sengeredning og opfyldning af plejeremedier. Der sørges for, at der bliver luftet ud dagligt, og at skraldespande bliver tømt. Det tjekkes altid, om der ser pænt ud i boligen, inden boligen forlades. Beboerne inddrages i de praktiske opgaver i det omfang, det er muligt, f.eks. ved borddækning, ved at lægge mindre vasketøj sammen eller at gå med ned til glascontaineren.

### Tilsynets vurdering - 5

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

Det er tilsynets vurdering, at både boliger og hjælpemidler fremstår ryddelige og tilstrækkeligt rengjorte, hvilket også er gældende for fællesarealer. Det vurderes, at beboerne får den praktiske hjælp og støtte, som de har behov for, og at de er tilfredse med kvaliteten heraf. Medarbejderne kan redegøre for levering af praktisk hjælp og støtte ud fra en rehabiliterende tilgang.

## 3.7 Mad og måltider

### Data

#### OBSERVATION

I morgentimerne observerer tilsynet, at der sidder beboere i spiseområderne og har en kande med væske stående på bordet, som de selv kan forsyne sig fra.

Tilsynet foretager en kort observation af frokostmåltidet på to forskellige afdelinger. Her serveres smørrebrød, som er velanrettet på fade. I begge afdelinger sidder beboerne samlet om et langt bord.

På en afdeling observeres, hvordan en medarbejder præsenterer maden for beboerne, og at medarbejderen herefter går rundt og spørger hver beboer, hvilken mad der ønskes. Beboerne tilbydes først smørrebrød, herefter ostemad og afslutningsvis tilbydes beboerne vandmelon. Medarbejderen anretter og serverer herefter den ønskede mad for beboerne. På den anden afdeling ses det ligeledes, at maden er anrettet ud fra beboernes individuelle ønsker og behov.

Der sidder medarbejdere med ved bordet under begge måltidssituationer. Medarbejderne inviterer beboerne til dialog om relevante emner, f.eks. om tidligere rejser og forskellige madkulturer. Der er en rolig og hyggelig stemning, som på den ene afdeling bærer præg af et humoristisk samspil mellem medarbejderne og beboerne.

På en afdeling observeres, hvorledes en medarbejder støtter en beboer i at spise ved at skære maden ud og stikke maden på gaflen. Herefter fører beboeren gaflen til munden. Dette gøres på en respektfuld og hensynsfuld måde, hvor medarbejderen er nærværende, og sidder ved siden af beboeren.

#### INTERVIEW MED BEBOERE

Alle fire beboere giver udtryk for at være tilfredse med madens kvalitet, da de alle sammen fortæller, at maden er god og smager godt. Dertil giver beboerne udtryk for, at der er en god stemning under måltiderne, og at der bliver taget hensyn til ønsker og behov. En beboer kan fortælle, hvorledes der hjælpes med at dække bord til måltiderne.

#### INTERVIEW MED MEDARBEJDERE

Medarbejderne fortæller, hvorledes de forsøger at skabe ro om måltidet. Medarbejderne deltager altid under måltidet, og unødige forstyrrelser undgås. Måltidet er et samlingssted, og det skal være hyggeligt. Der sørges for, at radio og tv er slukket, og medarbejderne tager initiativ til hverdagsdialog. Dertil fortæller medarbejderne, at de forsøger at "opfange", når beboerne udtaler sig om mad, de kan lide. Så prøver de at servere den slags mad, som er omtalt. Dertil fortæller medarbejderne, at de observerer beboerne i forhold til ernæringsudfordringer. F.eks. observeres der for tyggefunktion, og måltiderne tilrettes derefter, og der bestilles særkost.

Medarbejderne fortæller ligeledes, at de arbejder rehabiliterende under måltiderne, så vidt det er muligt, ved f.eks. at de beboere, som kan hjælpe til, eller som kan forsyne sig selv, bliver opfordret her til.

### Tilsynets vurdering - 5

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

Tilsynet vurderer, at de observerede måltider foregår med inddragelse af principper for det gode måltid. Det vurderes, at beboerne er tilfredse med madens kvalitet, og de oplever en god stemning under

måltiderne. Dertil er det tilsynets vurdering, at beboerne oplever indflydelse på maden, og at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for det gode måltid og for den rehabiliterende tilgang.

### 3.8 Kommunikation og adfærd

#### Data

##### OBSERVATION

På tilsynsdagen observeres det, at medarbejderne har en venlig, respektfuld og imødekommende kommunikation og adfærd i mødet med beboerne. I flere tilfælde observeres det, hvordan medarbejderne anvender fysisk berøring i kontakten til beboerne, samt hvordan medarbejderne henvender sig til beboerne på en nærværende måde og i øjenhøjde med beboerne. Ligeledes observerer tilsynet, at medarbejderne banker på beboernes døre, inden de træder ind i deres boliger. Dog bemærker tilsynet, at der i to afdelinger forekommer to af hinanden uafhængige situationer, hvor to medarbejdere i dialog med hinanden omtaler en tilstedeværende beboer i tredje person, hvilket virker mindre inkluderende og respektfuldt i situationen.

##### INTERVIEW MED BEBOERE

Alle fire beboere giver udtryk for, at de generelt oplever en behagelig omgangstone, og at alle medarbejdere er flinke og rare. En beboer siger f.eks.; *"jeg har det godt med dem alle sammen. De taler pænt"*. Beboerne oplever også medarbejdernes indbyrdes omgangstone som god, og medarbejderne banker altid på, inden de går ind i beboernes bolig.

##### INTERVIEW MED MEDARBEJDERE

Medarbejderne fortæller, at det i mødet med beboere med demens er vigtigt at være nærværende i kommunikationen og at vise god tid og rummelighed. Dertil er det vigtigt at udvise et åbent kropssprog. Det er også vigtigt at kunne aflæse en beboer med demens, da der ofte kan ligge en anden mening bag det, der siges verbalt. Herudover er det vigtigt, at medarbejderen ikke korrigerer en beboer med demens, men at medarbejderen møder beboeren, hvor beboeren er.

#### Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Beboerne oplever alle en venlig og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Tilsynet vurderer, at medarbejderne med faglig indsigt og på en refleksiv måde kan redegøre for, hvorledes der sikres en respektfuld kommunikation og adfærd i forhold til målgruppen. Dog er det tilsynets vurdering, at der i enkelte tilfælde, på en mindre inkluderende måde, kommunikeres om beboeren i tredje person i beboerens tilstedeværelse.

### 3.9 Aktiviteter og vedligeholdende træning

#### Data

##### OBSERVATION

I afdelingerne hænger der synlige aktivitetsplaner på informationstavlerne med tilbud om aktiviteter. Det ses, at der i de fleste uger tilbydes tre aktiviteter om ugen, hvortil en af de tre aktiviteter kun tilbydes i nogle af husene. I en af de fem uger, der vises i aktivitetsplanen, fremgår der en dag med aktivitet både formiddag og eftermiddag. Af aktiviteterne ses f.eks. besøgshund, bingo, eventyr med VR-briller, gymnastik og krea. Tilsynet bemærker, at der ikke fremgår udendørsaktiviteter af planen.

På tilsynsdagen er der ingen planlagte aktiviteter ud over klargøring til sommerfest i to af husene, hvor beboere og pårørende er inviterede.



Tilsynet observerer ved rundgang på plejehjemmet, at beboerne flere steder sidder sammen og ser fjernsyn eller drikker en kop kaffe i fællesrummet med nogle medarbejdere. På en afdeling sidder nogle beboere og lytter til musik, mens en beboer på en anden afdeling læser dagens avis. Det observeres også, at enkelte beboere går en tur rundt på gangene. Tilsynet observerer ingen træningsaktiviteter ved medarbejdere på tilsynsdagen, eller at der er beboere, som opholder sig udendørs, trods sommervejret.

#### INTERVIEW MED BEBOERE

Beboerne giver udtryk for, at de deltager i de aktiviteter, der måtte være. En af beboerne svarer dog, ikke at have interesse i at deltage i noget.

#### INTERVIEW MED MEDARBEJDERE

Medarbejderne fortæller, at det ofte ikke er beboerne, der har ønsker til aktiviteter, men at det mere er de pårørende. Medarbejderne fremhæver, at aktiviteter, såsom at komme ud at gå eller sidde i den friske luft, indtænkes i den daglige pleje. En medarbejder fortæller f.eks., at hvis en beboer er dørsøgende, og kigger efter sine pårørende, kan beboeren afledes ved, at en medarbejder tager beboeren i hånden og går en lille tur.

Medarbejderne fortæller, at det er aktivitetsmedarbejderen, der planlægger og afholder aktiviteter i det daglige, og at fysioterapeuten ofte arrangerer fælles gåture udenfor.

Dertil fortæller medarbejderne, at de ofte snakker med beboerne om gamle dage, laver puslespil eller maler med beboerne. Medarbejderne mener ikke længere, at der anvendes klippekortsordning i kommunen.

#### Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at plejehjemmet tilbyder beboerne planlagte aktiviteter ved aktivitetsmedarbejder flere gange om ugen. Dertil vurderes det, at beboerne udtrykker tilfredshed med aktiviteterne, som de deltager i, i varieret grad.

Samtidig vurderes det, at medarbejderne på en faglig og reflekteret måde kan redegøre for, hvordan der arbejdes med aktiviteter og vedligeholdende træning som en fast del af hverdagen.

Dog er det tilsynets vurdering, at der kunne være udviklingsmuligheder på området, både i forhold til karakteren af aktivitetstilbud og hyppigheden.

### 3.10 Fysiske rammer

#### Data

##### OBSERVATION

På plejehjemmets fællesarealer ses en hjemlig indretning med møbler, som er tilpasset målgruppen og med mulighed for relevant afskærmning. Fællesarealerne ser rene og ryddelige ud, og indretningen fremstår indbydende til socialt samvær og hyggelig aktivitet med fjernsynsstuer, borde og sofagrupper med puder i sofaerne samt stueplanter. Dertil ses pyntegenstande og rammer på væggene med motiver, som passer til målgruppen. På alle udgangsdøre er der malet demensvenlige malerier af f.eks. landskaber eller bogreoler. Belysningen kommer fra bordlamper, hvilket giver en hyggelig og afdæmpet belysning. I et rum er der forskellige træningsredskaber, så beboerne gives mulighed for at træne. I forbindelse med hver afdeling, ses der lukkede haver, hvor der er plantet blomster og opsat borde, stole og lamper, hvilket får områderne til at fremstå indbydende og med en hyggelig indretning.

Under tilsynsbesøget ses det, at alle personfølsomme oplysninger opbevares forsvarligt.

##### INTERVIEW MED LEDELSEN

Ledelsen fortæller, at de fysiske rammer er et emne, der bliver talt meget om. På personalemøder tales der ofte om indretning, behov for omrokering, afprøvning af andet slags service osv. De fysiske rammer bliver altid vurderede ud fra beboernes behov. Ledelsen fortæller om en beboer-case, hvor der var behov for, at beboeren sov/boede i opholdsstuen for at føle sig tryk. Beboers seng blev således flyttet ud i dagligstuen med tilpasset afskærmning, hvilket fik beboeren til at trives bedre. Ligeledes fortæller ledelsen, at der kan være beboere, som synes sommerfest med mange mennesker er for meget, hvortil disse beboere vil blive tilbudt at spise deres aftensmad i et af de andre huse, hvor der er fred og ro, men de vil blive tilbudt samme festmad.

Dertil indrettes der efter målgruppen med hjemlige genstande og møbler, som alt sammen er doneret arvegods fra tidligere beboere. Der tænkes over årstider, og der tænkes over, hvilken musik der spilles osv.

I forhold til GDPR-regler italesættes det i det daglige, at der skal slukkes for Pc'en, når den forlades, og at medarbejderne skal være opmærksomme på at sende personfølsomme data via *sikker mail*. Dertil tager medarbejdere et GDPR-kursus årligt.

#### INTERVIEW MED MEDARBEJDERE

Medarbejderne fortæller, at møbleringen kan rykkes rundt efter behov. Dertil fortæller medarbejderne, at det er vigtigt, at de fysiske rammer virker hjemlige for beboerne. Det skal være møbler, som beboerne kan genkende, og derfor indrettes der kun med møbler fra beboernes tid. Der skabes god stemning og hjemlighed ved, at der f.eks. tændes for radioen, at der bages kage, eller at der ses tv. Medarbejderne redegør for korrekt håndtering og opbevaring af personfølsomme oplysninger. Herunder beskrives det, at de altid logger af computeren, når denne forlades, og at de aldrig sender personfølsomme data over mail.

#### Tilsynets vurdering - 5

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

Det vurderes, at indretningen på plejehjemmet er tilpasset målgruppen, og at der er arbejdes aktivt med at skabe hyggelige og hjemlige rammer og gode udemiljøer. Det er tilsynets vurdering, at både ledelsen og medarbejderne kan redegøre for faglige overvejelser og tiltag i forhold til de fysiske rammer samt for korrekt opbevaring af personfølsomme oplysninger.

### 3.11 Organisatoriske rammer

#### Data

##### INTERVIEW MED LEDELSEN

Plejehjemmet er organiseret med en forstander og to afdelingsledere.

Der afholdes triageringsmøder tre gange om ugen i både dag- og aftenvagte med deltagelse af ledelsen, og fra 1. september afholdes der "15 faglige minutter" to gange ugentligt. Dertil afholdes der møder for social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker i en fast kadence. Herudover afholdes der faste beboerkonferencer. Desuden er der fast mødestruktur mellem ledelsen, sygeplejerskerne og plejehjemslægen.

Herudover beskrives det, at alle sundhedslovsindsatser er planlagt på en køreliste, hvilket bidrager til at skabe overblik over de daglige indsatser.

I forhold til organisering af samarbejdet imellem de syv huse fortæller ledelsen, at der arbejdes med søsterhuse, hvor et antal medarbejdere (teams) står for beboerne i to konkrete huse, hvilket har givet gode erfaringer. Det har høj prioritet, at medarbejdernes kompetencer fordeles ligeligt i teams. Ledelsen fortæller, at der er ansat ca. 15 nye medarbejdere siden februar, hvilket ledelsen ser som en naturlig del ved lederskifte og forandringer. Der rekrutteres kun personale, som har interesse og kompe-

tencer inden for demens, og plejehjemmet modtager aktuelt flere uopfordrede ansøgninger, da ansøjerne har hørt om plejehjemmet. Der er aktuelt en vakant social- og sundhedsassistentstilling og en social- og sundhedshjælperstilling.

#### INTERVIEW MED MEDARBEJDERE

Medarbejderne beskriver, at der afholdes faste triageringsmøder tre gange ugentligt, hvor beboernes tilstand drøftes. Ved faglig tvivl opsøges kollega med højere kompetenceniveau, og der italesættes anvendelse af VAR og lokale instrukser. Hver morgen afholdes der møder, hvor beboere og øvrige praktiske opgaver fordeles. Ved sygdom melding hjælper teams hinanden. Medarbejderne understreger, at organiseringen i teams fungerer rigtig godt.

#### Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt. Det vurderes, at ledelsen kan redegøre for, hvorledes organiseringen understøtter en høj kvalitet i plejen, og at medarbejderne kan redegøre for de daglige arbejds gange i forhold til planlægning og vidensdeling.

### 3.12 Kompetencer

#### Data

#### INTERVIEW MED LEDELSEN

Der er ansat to faste sygeplejersker, hvoraf den ene er i en delt stilling mellem basis og udvikling. Den anden sygeplejerske er aktuelt på barsel, hvortil der er ansat en sygeplejerske i vikariat. Dertil er der ansat social- og sundhedsassistenter i alle vagtlag, social og sundhedshjælpere og ufaglærte timelønnede. Sidstnævnte er ofte unge, der har et sabbatår, og som har en særlig interesse inden for at arbejde med mennesker, og som påtænker at tage en sundhedsfaglig uddannelse.

Ledelsen fortæller, at der fortsat er ressourcepersoner inden for dokumentation, hygiejne, forflytning, velfærdsteknologi, psykiatri og demens.

Der arbejdes med kompetencemapper, så social- og sundhedshjælpere og ufaglærte kan udføre sundhedsfaglige opgaver. Der sikres løbende kompetenceudvikling af medarbejderne, alt efter beboernes behov, så det sikres, at medarbejderne til enhver tid kan varetage beboernes behov. I forhold til de ufaglærte medarbejdere, skal de tage ABC-demens online-kursus.

Der er social og sundhedsassistenter til stede i alle vagter, som ligeledes bliver kvalificerede til at håndtere sygeplejeopgaver i weekend-, aften- og nattevagterne. F.eks. i forhold til palliativ pleje ved en beboer i terminal fase, kan social- og sundhedsassistenten give medicin.

#### INTERVIEW MED MEDARBEJDERE

Medarbejderne fortæller, at de altid føler sig klædt på til opgaven, og hvis ikke, så siger de fra. Medarbejderne oplever tryk til at melde ud til ledelse eller kollegaer, hvis der er noget, som de har brug for viden eller læring inden for.

Medarbejderne fortæller om anvendelsen af kompetenceskemaer, og at det fungerer godt.

Medarbejderne giver udtryk for, at de savner målrettet undervisning i Nexus og dokumentation, og at det kunne sættes mere i system, så det sikres, at alle medarbejdere får øget deres kompetencer inden for området. De afholdte Nexus caféer er på frivillig basis, og det er nok ikke alle medarbejdere, der får det prioriteret, ligesom det også er begrænset, hvad man kan nå til en seance.

#### Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at ledelsen kan redegøre for, hvordan der arbejdes målrettet med at sikre, at de rette kompetencer er til stede på plejehjemmet. Hertil vurderes det, at anvendelsen af ufaglærte medarbejdere påvirker medarbejdernes samlede faglige niveau, men at ledelsen kan redegøre for, hvordan der arbejdes systematisk med oplæring og opfølgning hos de ufaglærte medarbejdere. Herudover vurderes det, at medarbejderne oplever at have de nødvendige kompetencer til at løse de faglige opgaver samt gode muligheder for kompetenceudvikling, dog er det tilsynets vurdering, at kompetenceudvikling inden for dokumentationsområdet kan optimeres ved yderligere systematik.

### 3.13 Tværfagligt samarbejde

#### Data

##### INTERVIEW MED LEDELSEN

Ledelsen fortæller, at der via triage arbejdes tværfagligt eller ved beboerrelateret undervisning, baseret på en aktuel case, hvortil der udarbejdes en tværfaglig handleplan. Det kan også handle om f.eks. arbejdsmiljø, og her arbejdes der med at løse udfordringen tværfagligt.

Herudover beskrives det, hvordan sygeplejerskerne er meget nærværende og opsøgende på afdelingerne, hvor de både deltager i triageringsmøder, foretager supervision af medarbejderne, og løser opgaver hos enkelte beboere.

Lederen italesætter også et tæt samarbejde mellem fysioterapeuten og medarbejderne i afdelingerne. Terapeuten er altid med i vurderingen af nye beboere, eller når en beboer falder, ligesom fysioterapeuten også har fokus på beboernes hjælpemidler.

Ved behov for f.eks. dysfagi-udredning samarbejdes der med en ergoterapeut fra kommunen, ligesom der kan trækkes på andre faggrupper og specialister i kommunen.

##### INTERVIEW MED MEDARBEJDERE

Ved kompleks sygepleje i vagterne vil medarbejderne kontakte akutsygeplejen. Dertil fortæller medarbejderne, at de har et meget tæt samarbejde med plejehjemslægen.

Der er sygeplejerske- og social- og sundhedsassistentmøder i en fast kadence, hvor faglige emner tages op til læring og tværfaglig refleksion. Dertil samarbejdes der med fysioterapeuten, aktivitetsmedarbejderen og demenskoordinatoren. Ved beboere, som er småtspisende, er der dialog med køkkenet omkring kostmuligheder.

#### Tilsynets vurdering - 5

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

Både ledelsen og medarbejderne kan redegøre for et godt og velfungerende tværfagligt samarbejde.

## 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 beboere 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 resurser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem beboernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

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

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier 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 beboerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

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 Tilsynets tilrettelæggelse

Tilsynsforløbet besluttet 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.

## 4.4 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 beboere 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 beboerne</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 beboerne</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 beboernes 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 beboerne</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 beboerne</li> <li>Der er fare for beboernes 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>            |

## 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 f.eks. økonomi, ledelse, evaluering m.m.

