



# Tilsynsrapport Frederiksberg Kommune

Plejehjemmet Flintholm

Opfølgende dokumentationstilsyn 2024

# Indhold

Indhold.....	2
Forord.....	3
1. Oplysninger.....	4
1.1 Generelle oplysninger om tilsynet.....	4
2. Vurdering.....	5
2.1 Tilsynets vurderinger.....	5
2.2 Tilsynets anbefalinger.....	6
3. Datagrundlag.....	7
3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder på dokumentationsområdet.....	7
3.2 Dokumentation.....	8
3.3 Kompetencer og udvikling.....	10
3.4 Tværfagligt samarbejde.....	11
4. Tilsynets metode.....	12
4.1 Metode.....	12
4.2 Vurderingsskema.....	12
4.3 Tilsynets tilrettelæggelse.....	13
Om BDO.....	14

# Forord

Dette er afrapporteringen af et anmeldt opfølgende tilsyn, 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



Niels Kristoffersen

*Partner*

Mobil: 28 99 80 63

Mail: nsk@bdo.dk

**Partneransvarlig**



Mette Norré Sørensen

*Director*

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

## 1.1 Generelle oplysninger om tilsynet

### Oplysninger om plejehjemmet og tilsynet

Navn og adresse: Flintholm Plejeboliger, Elga Olgas Vej 5, 2000 Frederiksberg

Leder: Peter Lyng Kjær

Antal boliger: 50 boliger

Dato for tilsynsbesøg: Den 29. oktober 2024. Tilsynet er varslet 14 dage før afholdelse.

Tilsynets deltagerkreds:

Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:

- Interview med plejehjemmets ledelse
- Interview af otte beboere
- Gennemgang af dokumentation
- Gruppeinterview med fire medarbejdere (en social- og sundhedshjælper, en social- og sundhedsassistent, en sygeplejerske og en pædagog)

Beboerne, 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:

Louise Chandais, Manager og sygeplejerske

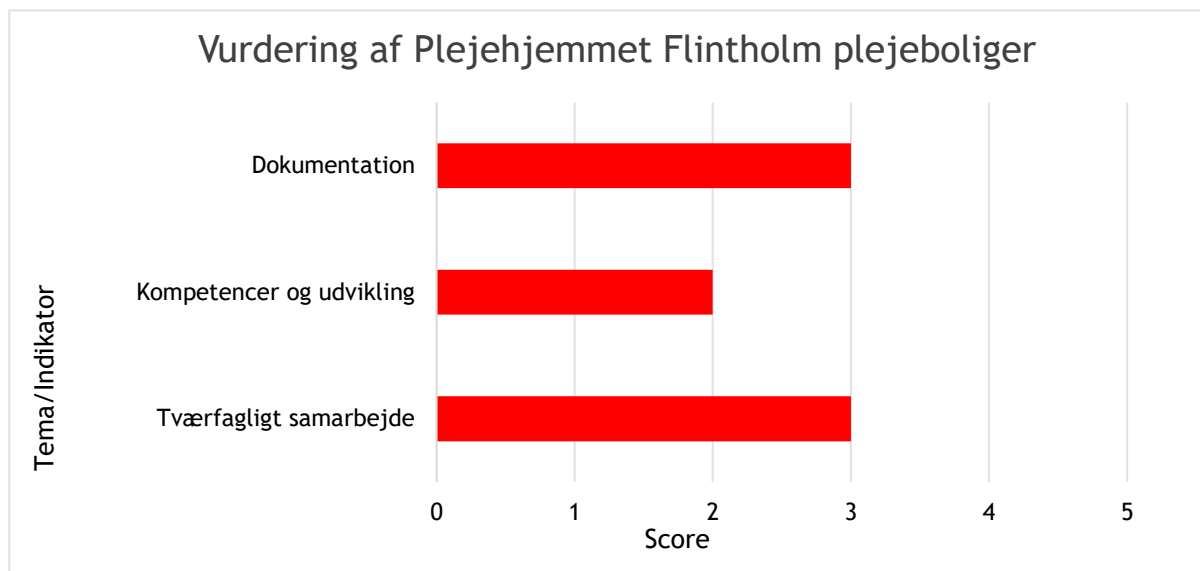
Kristina Ovesen, Manager og sygeplejerske



## 2. Vurdering

### 2.1 Tilsynets vurderinger

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



#### Dokumentation

Tilsynet vurderer, at der er arbejdet målrettet med dokumentationen, hvilket afspejles i, at der generelt ses ensartede, opdaterede og fyldestgørende besøgsplaner. Dog ses der mangler ift. at beskrive de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i besøgsplanen. Tilsynet vurderer, at funktionsevnetilstande og generelle oplysninger er veldokumenterede med relevante og opdaterede oplysninger. I relation til handlingsanvisninger for opgaveoverdragede sygeplejeydelser vurderer tilsynet, at der er flere mangler på dette område. Tilsynet vurderer ydermere, at der er en del mangler i forhold til opfølgninger på forværringer hos beboerne. Endelig vurderer tilsynet, at medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med oprettelse, anvendelse og ajourføring af dokumentationen på trods af manglerne i dokumentationen.

#### Kompetencer og udvikling

Tilsynet vurderer, at ledelsen har fokus på og kendskab til medarbejdernes dokumentationskompetencer, og de understøtter medarbejderne på nødvendig vis i dagligdagen. Dog vurderer tilsynet, at dokumentationsgrundlaget fremstår med mangler, hvor der fortsat er brug for at udvikle medarbejdernes kompetence-niveau. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne i et tilfælde mangler de nødvendige kompetencer til at sikre, at en beboer modtager den rette lægehjælp. Derudover mangler der handling og faglig refleksion over beboernes helbredstilstand og behandling. Tilsynet vurderer også, at der generelt er en manglende opmærksomhed på lovgivningen vedrørende autoriserede medarbejdere og deres kompetenceområder. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for indrapporteringen af utilsigtede hændelser, og at de har kendskab til læring, der er udtaget herfra.

#### Tværfagligt samarbejde

Tilsynet vurderer, at ledelsen sikrer gode rammer for det tværfaglige samarbejde ved triageringsmøderne og i forhold til dokumentationen. Dog er det tilsynets vurdering, at plejehjemmet har et udviklingsområde i forhold til at sikre, at det tværfaglige samarbejde afspejles i beboernes journaler, f.eks. i forbindelse med triagering og opfølgning på forværring af beboernes tilstand. Dertil undrer tilsynet sig over, at der ikke er handlet på en konkret beboers helbredsmæssige problemstilling, når beboerens tilstand er triageret gul. Ligeledes er det tilsynets vurdering, at der i forbindelse med udskrivelse fra hospital skal udarbejdes instruks

på området. Dertil er det tilsynets vurdering, at medarbejderne oplever et godt tværfagligt samarbejde, hvor der opleves gode muligheder for sparring og vejledning.

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 ledelsen at fortsætte den målrettede indsats for at sikre, at besøgsplanerne fremstår med fokus på sundhedsfremme og forebyggelse og en ensartet systematik døgnet rundt. Dertil at have fokus på løbende at følge op i dokumentationen i forhold til eventuelle forværringer i beboerens situation, og endelig at sikre, at det dokumenteres, hvordan opgaveoverdragede sygeplejeydelser skal leveres.
2. Tilsynet anbefaler ledelsen straks at iværksætte en betydelig og målrettet indsats med fokus på at styrke medarbejdernes faglige kompetencer i forhold til at sikre pleje og behandling af beboerne. Dertil at sikre, at forværringer og problematikker behandles i overensstemmelse med gældende instrukser på området.
3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at der udarbejdes tydelige arbejdsgange og instrukser for triageringsmøderne og udskrivelser fra hospital, samt sikrer, at medarbejderne kender og følger disse.

## 3. Datagrundlag

### 3.1 Opfølgning fra sidste tilsyn og udviklingsområder på dokumentationsområdet

#### Ledelsen:

Ved sidste tilsyn i juni måned fik ledelsen en anbefaling om at indlede en radikal indsats rettet mod dokumentationsområdet. Ledelsen indleder med at fortælle, at synliggørelsen af problematikkerne ved dokumentationen fra sidste tilsyn har bidraget til god læring og en allerede forbedret dokumentationspraksis.

Ledelsen fortæller, at der er lavet en ny 'Cura-styregruppe' i kommunen, som består af seks ledelsesrepræsentanter og flere Cura-nøglepersoner fra henholdsvis plejehjem og hjemmepleje. Cura-styregruppens opgave er aktuelt at kigge på, hvordan Cura kan re-implementeres på driftsenhederne, og hvordan de lokale Cura-ambassadører kan understøttes i det daglige arbejde. Dertil fortæller ledelsen, at alle ledere har fået et kompetenceløft både ift. til det tekniske og faglige kendskab til Curas omsorgsjournal, og derved nu har bedre forudsætninger for at kunne støtte medarbejderne i den sundhedsfaglige dokumentation.

Ledelsen fortæller, at i forbindelse med udvikling af dokumentationsområdet er der fokuseret på en forenkling af Flintholms arbejdsgang for besøgsplanerne. Hertil er der hentet inspiration fra et andet plejehjem i kommunen, som har udarbejdet en skabelon for udfyldelse af besøgsplanen. Skabelonen er introduceret til medarbejderne, og justeret lidt ift. overskrifterne, så besøgsplanen er målrettet Flintholms beboere.

De to teamledere, der ligeledes er Cura-ambassadører på Flintholm, har gennemgået alle omsorgsjournaler og indsat den nye skabelon i samtlige besøgsplaner, herunder reflektive spørgsmål som et støtte-redskab. Dertil har teamlederne oplært og hjulpet medarbejderne individuelt med at udfylde besøgsplanerne med rette faglige indhold.

Sideløbende med implementeringen og arbejdet med de nye besøgsplaner har ledelsen også iværksat en indsats rettet mod at beskrive relevant og aktuel status i borgernes funktionsevnetilstande. Hertil har ledelsen erfaret, at det har været vigtigt at forklare medarbejderne, *hvorfor* det er afgørende, at funktionsevnetilstandene er udfyldt korrekte. Det er blandt andet vigtigt for hospitalerne at have denne information ifm. en evt. indlæggelse og som et redskab i hverdagen i forhold til at arbejde sundhedsfremmende.

Ledelsen fortæller, at de daglige tavlemøder anvendes til at opretholde et kontinuerligt fokus på dokumentationen, hvor medarbejderne trygt kan henvende sig med spørgsmål og få faglig sparring af teamlederne og sygeplejerskerne.

Hertil fortæller ledelsen, at det har været afgørende for implementeringen, at medarbejderne oplever psykologisk tryghed på arbejdspladsen og et åbent læringsmiljø, hvor det er tilladt at stille spørgsmål. Ledelsen har særligt italesat og anerkendt medarbejderne for, at det ikke er deres kompetencer ift. opfyldelsen af kerneopgaven, der har haft mangler, men derimod de skriftlige og tekniske kompetencer ift. brug af Cura-omsorgsjournal.

Tilbagemeldingerne fra medarbejderne til ledelsen har i høj grad handlet om en usikkerhed fra medarbejderne side, omhandlende hvor detaljeret dokumentationen skal være, og hvilke elementer der er vigtige at skrive ned. Dertil har medarbejderne positivt meldt tilbage til ledelsen, at de oplever sig trygge ift. at stille spørgsmål til ledelsen eller til at spørge en kollega om hjælp ifm. med dokumentationen, og at de også føler det legalt at italesætte over for en kollega, hvis der f.eks. opleves, mangler i en besøgsplan.

Ledelsen fortæller, at de anvender et journalauditeringsskema ift. at monitorere processen, og at auditresultaterne fremlægges for medarbejderne en gang ugentligt på et af de daglige tavlemøder. Dertil fortæller ledelsen, at dokumentationsindsatsen fortsat er i proces, og at der forventes et kontinuerligt arbejde fremadrettet med at forbedre niveauet for den sundhedsfaglige dokumentation.

## 3.2 Dokumentation

### OBSERVATION

Der foretaget observation i otte beboeres omsorgsjournal.

#### Besøgsplanerne

Alle journaler er oprettede med de nye besøgsplaner, som ses overskuelige og systematisk opbyggede med brug af overskrifter, såsom *Særlige behov, Sundhedspædagogisk plan, Triggere, Mobilitet, Tilbydes hjælp til, Bad, Toiletbesøg, Mundpleje, Kost/Ernæring og Medicinadministration*.

Alle besøgsplaner fremstår ajourførte, og indeholder generelt handlevejledende beskrivelser af hjælpen til støtte og pleje til beboerne, fraset enkelte mangler i få besøgsplaner om aftenen. I disse besøgsplaner ses der spørgsmål under overskrifterne, som er tiltænkt at skulle slettes efter udfyldelsen af besøgsplanen, men hvor dette ikke er blevet gjort. Herudover fremtræder besøgsplanen mindre læsevenlige. Dertil bemærker tilsynet, at hjælpespørgsmålene ikke er med til at støtte medarbejderen til at forklare, hvordan hjælpen skal leveres.

Besøgsplanerne indeholder generelt beskrivelser af beboernes særlige opmærksomhedspunkter, såsom at *"sengehesten skal være oppe, har gulvsensor, risiko for fald pga. alkoholmisbrug, brug af GPS"*.

Alle besøgsplaner beskriver generelt beboernes ressourcer, og hvordan medarbejderne understøtter disse ud fra en rehabiliterende tilgang, fraset enkelte mangler i få besøgsplaner, hvor der kan udvikles på, hvordan beboernes ressourcer medinddrages i plejen

Besøgsplanerne indeholder generelt et fokus på de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, såsom opmærksomhed på at forhindre fald, indtagelse af tilstrækkelig væske og ernæring, korrekt mundpleje og månedlig vejning. Dog ses der mangler på tryksårsforebyggende indsatser i besøgsplanen for to af beboerne, der er i høj risiko for at udvikle tryksår.

#### Funktionsevnetilstande

I alle journalerne ses Funktionsevnetilstandene ajourførte og med relevante og aktuelle beskrivelser, der har sammenhæng til indsatserne besøgsplanerne.

#### Generelle oplysninger

I alle journalerne fremgår de generelle oplysninger om beboerne med relevante beskrivelser af mestringsevne, motivation, roller, vaner og livshistorie, som giver værdi for forløbet.

#### Handlingsanvisninger for opgaveoverdraget sygeplejeydelser

Alle otte beboere modtager en opgaveoverdraget sygeplejeydelse, som f.eks. medicinadministration af tabletter, øjendråber, medicinsk creme og laksantia. Hertil ses der en del mangler i seks af journalerne, idet der mangler henholdsvis handlingsanvisninger for administration af øjendråber, laksantia, vagitorie, medicinsk shampoo og medicinsk creme. Dertil har tilsynet bemærket, at der er manglende beskrivelser af årsagen og en behandlingsplan i den relevante Helbredstilstand hos fire beboere, der henholdsvis er i behandling med vagitorie, laksantia, medicinsk creme og øjendråber. Tilsynet bemærker desuden, at flere beboere er i blodfortyndende behandling samtidigt med, at beboerne har en faldrisiko. Her ses manglende opmærksomhed på dette i dokumentationen.

Alle handlingsanvisninger for medicinadministration af tabletter er oprettede med et generelt link til VAR. I handlingsanvisninger ses ikke en specifik beskrivelse af, hvordan beboeren skal have deres medicin. Derimod kan dette læses i besøgsplanen under overskriften *Medicinadministration* i alle besøgsplanerne. Alle de oprettede handlingsanvisninger indeholder samtykke fra beboerne til behandlingen.

#### Observationsnotater

I forhold til opfølgning på beboernes problematikker eller forværringer ses der flere mangler:



- En beboer er i behandling for UVI (urinvejsinfektion), hvor der ikke ses opfølgende notater om beboerens tilstand. Tilsynet får oplyst, at beboeren er triageret gul på tavlen i afdelingen, men det kan ikke ses i journalen.
- En beboer har skrabet sit ben på en sengehest, og har pådraget sig et sår for to dage siden - her ses der ingen opfølgingsnotat.
- En beboer har mistet sin ægtefælle for fem dage siden, og er i sorg, her ses der ingen notater om opfølgning på dette.

Hos de andre beboere, ses der henholdsvis et enkelt opfølgingsnotat på en obstipationsproblematik og almindelige daglige notater om hverdagen.

### **Beboerne**

Tilsynet har interviewet beboerne om deres behov for hjælp til pleje og støtte samt observeret de otte beboere, og kan konstatere, at dokumentationen er i overensstemmelse med beboernes oplevelser. Dertil ses det, at beskrivelserne af beboernes funktionsevnetilstande og indsatser til pleje og støtte fremgår af dokumentationen.

### **MEDARBEJDERINTERVIEW**

Medarbejderne fortæller, at indførelse af besøgsplaner med faste overskrifter har hjulpet meget ift., *hvad* og *hvor* man skal skrive i besøgsplanen. Medarbejderne oplever journalen mere anvendelig nu ift. at få et overblik over hjælpen til støtte og pleje hos beboerne.

Medarbejderne fortæller, at alle beboerne har to kontaktpersoner, hvor det skal være en sundhedsfaglig medarbejder, der har ansvaret for ajourføring af funktionsevnetilstandene, og at det er en social- og sundhedsassistent, der har ansvaret for den sygeplejefaglige udredning og opdatering af helbredstilstandene. Dertil er de to sygeplejersker ansvarlige for at understøtte de andre medarbejdere i den sundhedsfaglige dokumentation, så denne fagligt kvalificeres.

I forhold til funktionsevnetilstandene, fortæller en af medarbejderne, at det har givet en stor indsigt at opdatere disse, idet det kræver et tæt kendskab til de enkelte beboere at beskrive deres funktionsevnedestættelser på de relevante områder.

Medarbejderne fortæller, at de følger op på afvigelser eller forværringer hos beboerne på de daglige tavlemøder, hvor mandag og fredag er forbeholdt triagering af beboerne. Triagering foregår ved en fysisk tavle, men medarbejderne fortæller, at der ikke er en systematisk tilgang, som sikrer, at oplysninger om beboerne, der drøftes på disse møder, føres over i journalen. Hvis der laves et observationsnotat i forhold til en beboer, der er triageret, så er normal praksis at bruge overskriften *Triage* på observationsnotatet.

I forhold til oprettelse af Handlingsanvisninger fortæller medarbejderne, at det er social- og sundhedsassistenten eller sygeplejerskens ansvar at oprette disse.

Alle medarbejderne fortæller dog, at det er nemt at få hjælp og faglig sparring ved teamlederne i dagligdagen, og de oplever en øget trykthed blandt deres kollegaer ift. at stille spørgsmål ved tvivl.

### **Tilsynets vurdering - 3**

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der er arbejdet målrettet med dokumentationen, hvilket afspejles i, at der generelt ses ensartede, opdaterede og fyldestgørende besøgsplaner. Dog ses der mangler ift. at beskrive de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i besøgsplanen.

Tilsynet vurderer, at funktionsevnetilstande og generelle oplysninger er veldokumenterede med relevante og opdaterede oplysninger. I relation til handlingsanvisninger for opgaveoverdragede sygeplejeydelser vurderer tilsynet, at der er flere mangler på dette område.

Tilsynet vurderer ydermere, at der er en del mangler i forhold til opfølgninger på forværringer hos beboerne.

Endelig vurderer tilsynet, at medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med oprettelse, anvendelse og ajourføring af dokumentationen på trods af manglerne i dokumentationen.

### 3.3 Kompetencer og udvikling

#### INTERVIEW MED LEDER:

Ledelsen oplever generelt, at medarbejderne har udfordringer ved at formulere sig på et fagligt sprog i journalerne, og at de ofte er i tvivl om, *hvad, hvor og hvor meget* der skal dokumenteres i journalerne. Derfor finder ledelsen det nødvendigt at fortsætte med den tætte daglige opfølgning af dokumentationen til tavlemøderne. Dertil fortæller ledelsen, at der i Cura-styregruppen drøftes udarbejdelse af bedre vejledninger eller tjeklister, der kan hjælpe medarbejderne i dagligdagen. Ledelsen oplyser, at plejehjemmet ikke har en kvalitets- og udviklingsmedarbejder, der har ansvar for introduktion eller kompetenceudvikling af medarbejderne, men at dette arbejde derfor varetages af de to teamledere.

#### OBSERVATIONER

Tilsynet observerer en beboers fod, som ses hævet, misfarvet og med en kompressionsforbinding påsat halvvejs op ad skinnebenet. Hertil læses det i dokumentationen, at beboeren er i blodfortyndende behandling, og er faldet for ti dage siden, og har skadet sin ankel. I observationsnotatet beskrives det, at beboeren har stærke smerter, hævet fod, er svimmel, og at der måles en forhøjet puls. Der fremgår ikke lægekontakt, jf. instruks.

Dagen efter beskrives det, at beboeren ikke ønsker kontakt til lægen, og der måles et meget lavt blodtryk. Efterfølgende ses der løbende notater om, at en autoriseret medarbejder selv ændrer i ordinationen for smertestillende samt opstarter kompressionsbehandling uden lægekontakt.

Der ses flere observationsnotater med beskrivelser af smerter og misfarvning af foden, uden at der på noget tidspunkt er taget kontakt til en læge.

Ledelsen er forbeholdt dette, og forvaltningen er underrettet umiddelbart efter tilsynsbesøget.

#### MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne fortæller, at de har fået vejledning til den sundhedsfaglige dokumentation ved teamlederne, både individuelt og i grupper, og ved de daglige tavlemøder, hvor der anvendes en storskærm til at kigge på konkrete beboeres journaler. Hertil svarer medarbejderne, at de oplever sig godt hjulpet af teamlederne.

Medarbejdergruppen har umiddelbart været stabil siden sidste tilsyn. En af de interviewede medarbejdere er forholdsvis nyansat, og kan fortælle, at der ikke har været introduktion til brug af instrukser eller tjeklister ift. dokumentation og delegerede sygeplejeydelser.

De øvrige medarbejdere er bekendte med, at der findes vejledningsmappe med instrukser og procedurer, herunder VAR-portalen.

Medarbejderne fortæller, at de indberetter UTH (utilsigtede hændelser) via samlerapportering, som lederne indsamler. Efterfølgende bringes de indberettede utilsigtede hændelser op til triageringsmøderne med henblik på læring.

#### Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at ledelsen har fokus på og kendskab til medarbejdernes dokumentationskompetencer, og at de understøtter medarbejderne på nødvendig vis i dagligdagen. Dog vurderer tilsynet, at dokumentationsgrundlaget fremstår med mangler, og at der fortsat er brug for at udvikle medarbejdernes kompetenceniveau.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne i et tilfælde mangler de nødvendige kompetencer til at sikre, at en beboer modtager den rette lægehjælp. Derudover mangler der handling og faglig refleksion over beboernes helbredstilstand og behandling. Tilsynet vurderer også, at der generelt er en manglende opmærksomhed på lovgivningen vedrørende autoriserede medarbejdere og deres kompetenceområder.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for indrapporteringen af utilsigtede hændelser, og at de har kendskab til læring, der er uddraget herfra.

## 3.4 Tværfagligt samarbejde

### 3.4.1 Data

#### INTERVIEW MED LEDER:

Ledelsen oplyser, at rammerne for det tværfaglige samarbejde sikres i forbindelse med triageringsmøder, hvor medarbejderne fra plejen, fysioterapeuten, pædagogerne og sygeplejerskerne drøfter beboernes behov og helbredsmæssige tilstand. I forhold til dokumentationen i journalen har fysioterapeuten ansvaret for at udarbejde *Forflytningsvejledningerne*, og kan også støtte medarbejderne i at få relevante beskrivelser ind i besøgsplanen. Pædagogerne, der er ansat, har primært fokus på beboerne på de sociale pladser, hvor de bidrager med *Sundhedspædagogiske handleplaner*, og bidrager til besøgsplanen ved at beskrive pædagogisk tilgang og evt. triggere hos beboerne.

#### OBSERVATIONER

Tilsynet bliver oplyst, at to beboere er, triagerede gule på tavlen på personalekontor. I begge tilfælde ses der manglende konsekvent opfølgning på beboernes tilstande i observationsnotater. Den ene beboer er triageret gul, grundet behandling for UVI, og den anden beboer er triageret gul, grundet hævelse og misfarvning af fod.

#### MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne oplever, at der er gode muligheder for faglig sparring både fra andre kollegaer, fysioterapeuten og fra sygeplejerskerne, og de oplever ligeledes, at det er let at samarbejde på tværs af faggrupperne, da medarbejderne løbende mødes til de daglige tavlemøder og triageringsmøder. Medarbejderne fortæller, at både pædagogerne og fysioterapeuten bidrager til besøgsplanen og beskrivelserne i funktionsevnetilstandene på deres fagområde. Dette giver stor værdi for hjælpen til pleje og støtte. Dertil fortæller medarbejderne, at ergoterapeuten fra det kommunale ernæringsrejsehold dokumenterer i funktionsevnestilstanden for spise/fødeindtag, når beboerne udredes for dysfagi. Tilsynet stiller spørgsmål til arbejdsgangen vedrørende dokumentationen i forbindelse med, at beboerne udskrives fra hospitalet. En erfaren medarbejder svarer, at der er bestemte ting, der skal gennemgås i journalen, men at dette gøres ud fra hukommelsen og ikke ud fra en tjekliste eller instruks på området.

#### Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at ledelsen sikrer gode rammer for det tværfaglige samarbejde ved triageringsmøderne og i forhold til dokumentationen.

Dog er det tilsynets vurdering, at plejehjemmet har et udviklingsområde i forhold til at sikre, at det tværfaglige samarbejde afspejles i beboernes journaler, f.eks. i forbindelse med triagering og opfølgning på forværring af beboernes tilstand. Dertil undrer tilsynet sig over, at der ikke er handlet på en konkret beboers helbredsmæssige problemstilling, når beboerens tilstand er triageret gul. Ligeledes er det tilsynets vurdering, at der i forbindelse med udskrivelse fra hospital skal udarbejdes instruks på området.

Dertil er det tilsynets vurdering, at medarbejderne oplever et godt tværfagligt samarbejde, hvor der opleves gode muligheder for sparring og vejledning.

## 4. Tilsynets metode

### 4.1 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.

### 4.2 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>

Vurdering	Vurderingsgrundlag
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>

### 4.3 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 1-3 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.