Tilsynsrapport Hørsholm Kommune

Center for Sundhed og Omsorg
Plejehjem Sophielund

Uanmeldt tilsyn
August 2024

BDO

Indhold

Indhold 2
Forord 3
1. Oplysninger om plejecentret 4
2. Vurdering 5
2.1 Tilsynets vurderinger 5
2.2 Tilsynets anbefalinger 7
3. Datagrundlag 9
3.1 Status 9
3.2 Opfølgning 9
3.3 Værdigrundlag 10
3.4 Sundhedsfaglig dokumentation 11
3.5 Medicinhåndtering og administration 13
3.6 Personlig pleje og støtte 14
3.7 Praktisk hjælp 15
3.8 Mad og måltider 16
3.9 Kommunikation og adfærd 17
3.10 Aktiviteter og vedligeholdende træning 18
3.11 Fysiske rammer 19
3.12 Organisatoriske rammer 20
3.13 Kompetencer 21
3.14 Tværfagligt samarbejde 22
4. Tilsynets formål og metode 24
4.1 Formål 24
4.2 Metode 24
4.3 Tilsynets tilrettelæggelse 24
4.4 Vurderingsskema 25
Om BDO 26

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 plejecenter.

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.

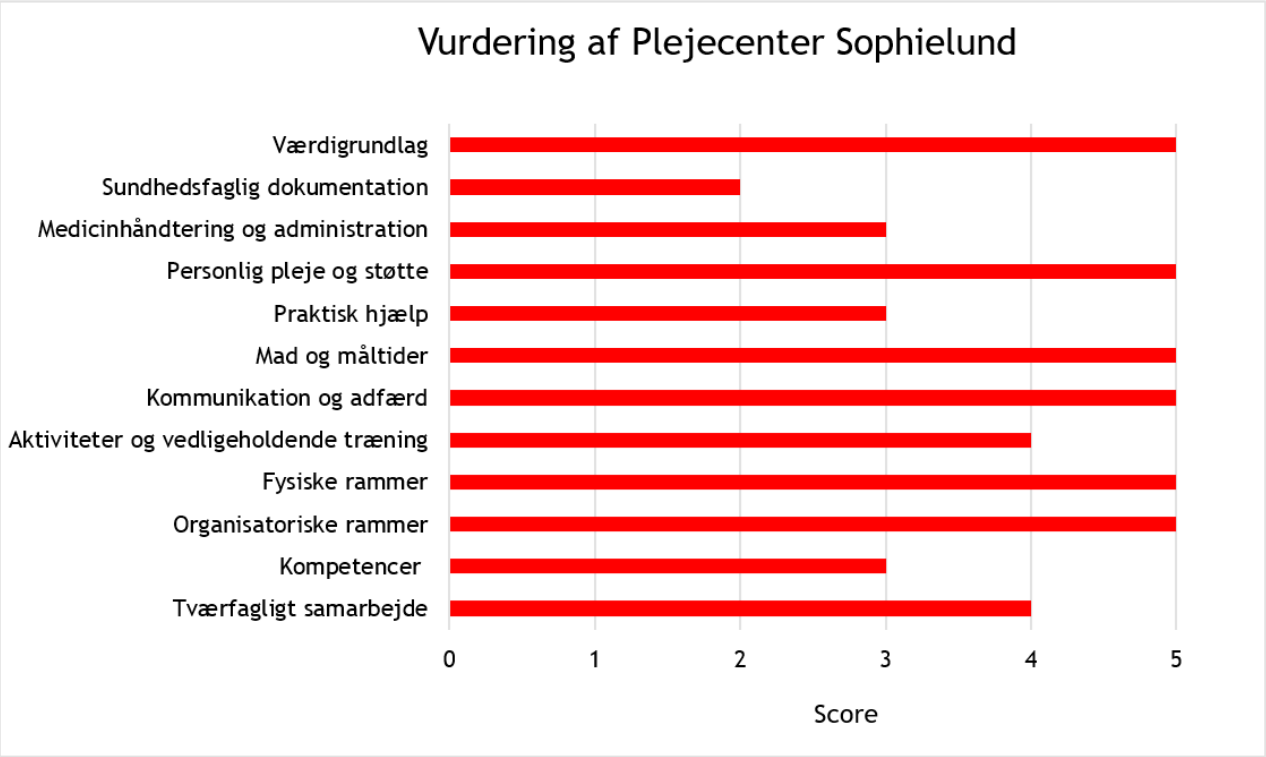
1. Oplysninger om plejecentret

Oplysninger om plejehjemmet og tilsynet
Navn og adresse: Plejehjem Sophielund, Sophielund 85-91, 2970 Hørsholm
Leder: Roberto Velosa
Antal boliger: 60 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 26. august 2024
Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejecentrets ledelse • Rundgang på plejecentret, herunder dialog med medarbejdere og beboere • Tilsynsbesøg hos fire beboere • Gennemgang af dokumentation og medicin • Gruppeinterview med tre medarbejdere (to social- og sundhedshjælpere og en social- og sundhedsassistent) Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløbet og identificerede lærings- og udviklingsområder.
Tilsynsførende: Gitte Lee Anderskov, Senior Manager og sygeplejerske Louise Chandais, 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 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.

Dokumentation

Det er tilsynets vurdering, at dokumentationen på servicelovsområdet ses med en del, mangler ift. beskrivelse af indsatserne over døgnet. Dertil vurderer tilsynet, at den sygeplejefaglige dokumentation overordnet fremstår med manglende struktur og sammenhæng. Det vurderes, at dokumentationen har flere og væsentlige mangler i opfyldelsen, hvorved det vurderes, at dokumentationen ikke er tilstrækkelig ift. at sikre kontinuitet i pleje og behandlingsforløb. Det er tilsynets vurdering, at de konstaterede mangler har betydning for beboernes sikkerhed og autonomi, og vil kræve en betydelig og målrettet indsats at rette op på. Tilsynet vurderer imidlertid, at de interviewede medarbejdere kan redegøre for arbejdsgange ifm. oprettelse og ajourføring af dokumentationen, men at medarbejderne giver udtryk for, at plejehjemmet fortsat er i proces omkring at ensrette dokumentationen så journalen bliver mere anvendelig.

Medicinhåndtering og administration

Tilsynet vurderer, at medicinen opbevares ud fra en ensartet og systematisk tilgang, og at der er foretaget korrekt dispensering hos de tre beboere som får fast medicin. Samtidigt vurderes det, at både ledelsen og medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med medicinhåndteringen. Dog vurderes det, at der forekommer usikkerhed omkring arbejdet med risikosituationslægemidler. Desuden er det tilsynets

vurdering, at der forekommer væsentlige fejl og mangler i forhold medicinskemaet herunder i arbejdsgangen, når FMK og LMK synkroniseres, hvor det her vurderes, at der er udviklingsområder ift. refleksionsniveauet, hvilket vurderes vil kræve en målrettet indsats at afhjælpe.

Personlig pleje og støtte

Det er tilsynets vurdering, at beboerne modtager en pleje og støtte, som er tilpasset den enkelte beboers vaner, ønsker og behov. Dertil vurderer tilsynet, 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.

Praktisk støtte

Det er tilsynets vurdering, at de fire besøgte boliger og observerede hjælpemidler generelt fremstår rengjorte fraset et tæppe i en bolig og en kørestol, som ses med urenheder. Dertil vurderes det, at flere siddemøbler på fællesarealerne fremstår mindre indbydende pga. urenheder ligesom flere gangarealer fremstår mindre rengjorte. Tilsynet vurderer, at beboerne er tilfredse med den praktiske hjælp og rengøring ligesom medarbejderne på faglig reflekteret vis kan redegøre for den daglige indsats til praktisk støtte ud fra en rehabiliterende tilgang.

Mad og måltider

Tilsynet vurderer, at de observerede måltider foregår med inddragelse af principper for det gode måltid med fokus på beboernes individuelle behov og præferencer. Det vurderes, at beboerne er tilfredse med madens kvalitet, og der opleves 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

Det er tilsynets vurdering, at der forekommer en respektfuld og individuelt tilpasset kommunikation med beboerne på Sophielund. Ligeledes vurderes det, at beboerne oplever en venlig og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Dertil vurderes det, at medarbejderne med faglig indsigt og på en refleksiv måde kan redegøre for, hvorledes der sikres en kommunikation og adfærd som er afstemt beboernes individuelle behov.

Aktiviteter og vedligeholdende træning

Det vurderes, at medarbejderne tilbyder beboerne hverdagsaktiviteter med varieret kadence og alt efter, hvordan den pågældende dag former sig. Det vurderes, at de interviewede beboere udtrykker tilfredshed med hverdagslivet og aktivitetsniveauet på plejehjemmet.

Samtidig vurderes det, at medarbejderne kan redegøre for, hvordan aktiviteter og vedligeholdende træning tænkes ind i dagligdagen, men hvor det vurderes, at der ikke er en systematik for, at alle beboere bliver tilbudt aktiviteter og vedligeholdende træning ud over ADL.

Fysiske rammer

Det vurderes, at indretningen på plejehjemmet er tilpasset målgruppen, og at der arbejdes aktivt med at skabe hyggelige og hjemlige rammer indendørs og indbydende 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.

Organisering

Det vurderes, at der er en tydelig organisering af ledelse, medarbejdere og tværfagligt samarbejde på Sophielund, og at organiseringen understøtter en høj kvalitet i opgaveløsningen. Desuden vurderes det, at medarbejderne kan redegøre for de daglige arbejdsgange i forhold til planlægning og vidensdeling.

Kompetencer

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det vurderes, at ledelsen kan redegøre for, hvordan der på flere områder arbejdes systematisk med at kompetenceudvikle medarbejderne indenfor relevante faglige områder. Dog vurderes det, at rekrutteringsudfordringerne og anvendelsen af ufaglærte medarbejdere påvirker medarbejdernes samlede faglige niveau trods det, at ledelsen arbejder systematisk med oplæring og opfølgning hos de ufaglærte medarbejdere. Herudover vurderes det, at de interviewede medarbejdere oplever at have de nødvendige kompetencer til at løse de faglige opgaver samt oplever gode muligheder for læring, men hvor det er tilsynets vurdering, at der ses et behov for yderligere kompetenceudvikling omkring en fælles teoretisk demensfaglig referenceramme, dokumentation og medicinhåndtering.

Tværfagligt samarbejde

Tilsynet vurderer, at indikatorerne til tværfagligt samarbejde i høj grad er opfyldt. Det vurderes, at der er en struktur og rammesætning for det tværfaglige samarbejde på Sophielund, hvilket medarbejderne også kan redegøre for. Det vurderes imidlertid, at der ikke foreligger en systematik omkring afholdelse af tværfaglige beboerkonferencer, hvor det sikres, at hver enkelt beboers trivsel gennemgås med en fast kadence.

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. Det er tilsynets anbefaling, at ledelsen straks iværksætter en målrettet indsats på dokumentationsområdet, så den sundhedsfaglige journal kan anvendes som et aktivt redskab til kontinuitet i pleje og behandlingsforløb. Det anbefales, at alle journaler gennemgås efter en fast skabelon, så alle journaler fremstår med relevant fagligt indhold og sammenhæng. På servicelovsområdet anbefales, at der er særligt fokus på:
   - At der foreligger døgnrytmeplaner for alle vagtlag, som indeholder handlevejledende beskrivelser af alle servicelovsindsatser i forhold til, hvad beboeren selv gør, og hvordan medarbejderen skal hjælpe og støtte fx, hvordan hjælpes beboeren med bad, kan beboer selv kalde på hjælp, hvad indbefatter tilsyn om natten, kan borger sige til ved toiletbesøg osv. Dertil, at døgnrytmeplanerne indeholder sundhedsfremmende og forebyggende tiltag som fx 'borger har tendens til UVI: borger hjælpes på toilettet kl. 8, 10, 12 og 14, borger skal drikke tre glas væske i hver vagt osv.'
   - At der i journalerne beskrives med oplysninger med relevans for den personcentrerede omsorg som fx livshistorie, mestring, ressourcer, motivation.

   På sundhedslovsområdet anbefales, at der er særligt fokus på:
   - At helbredstilstande tydeliggør den sygeplejefaglige udredning, så disse vælges relevant og beskrives med problemets udtryk, behandling og aftaler med behandlingsansvarlig læge. Der skal ses sammenhæng mellem helbredstilstande, beboerens medicinske behandling og beboerens 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 der dokumenteres sundhedsfaglig opfølgning på observationer med forværring.
   - At sundhedslovsindsatser beskrives handlevejledende

2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter et målrettet fokus på medicinområdet således, at der sikres:
   - Rette kompetencer til arbejdsgangene relateret til FMK/LMK opdateringer.
   - At ordinationer lagt over i LMK konsekvent tjekkes igennem ved dispensering af medicin.
   - At der sikres angivelse af maximal døgndosis ved pn ordinationer.

- At der konsekvent kvitteres for administreret ikke-dispensérbar medicin.
- At medarbejderne kender til risikosituationslægemiddelgrupperne og den ekstra opmærksomhed disse kræver, jf. Styrelsen for Patientsikkerhed.

3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter fokus på at understøtte en rammesætning, der i højere grad muliggør et dagligt initiativ til at tilbyde beboerne målrettede vedligeholdende trænings- og hverdagsaktiviteter.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter fokus på en systematisk kompetenceudvikling af medarbejderne i forhold til faglig dokumentation og medicinhåndtering.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen etablerer en fast systematik for afholdelse af beboerkonferencer i en teoretisk ramme ved anvendelse af faste faglige begreber, hvor det sikres at alle beboere gennemgås i en fast kadence.

3. Datagrundlag

3.1 Status

Data

Af faglige udviklingsområder som ledelsen aktuelt er optaget af, fremhæves flere fokusområder. Heriblandt et fokus på, at der afholdes triageringsmøder tre gange om ugen i både dagvagt og aftenvagt og med deltagelse af ledelse. Dertil et kontinuerligt fokus på demensfagligheden. Der har siden sidste tilsyn været et undervisningsforløb ved VISO ligesom plejehjemmet fornyeligt har haft et fokuseret tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed 'målrettet behandling med antipsykotisk medicin til patienter med demenssygdom'.

Der udføres hver måned egenkontrol på en beboer, hvor ledelse og sygeplejerske gennemgår alle indsatser omkring beboeren herunder; sygepleje, pleje, dokumentation, medicinhåndtering, trivsel, praktisk hjælp, vedligeholdende træning og aktiviteter, faldforebyggelse osv.

3.2 Opfølgning

Data

OPFØLGNING PÅ SENESTE TILSYN

Ved sidste års tilsyn fik plejecentret anbefalinger vedrørende; dokumentation, medicinhåndtering, kommunikation, kompetencer og aktiviteter.

Ledelsen redegør for, at i forhold til dokumentationen er der udarbejdet en handleplan, hvor der er arbejdet ind i alle underpunkter af anbefalingen. Der har været en øget kompetenceudvikling af sygeplejersker og social og sundhedsassistenter, som fungerer som ressourcepersoner ift. omsorgssystemet og den faglige dokumentation. Disse ressourcepersoner går også i aftenvagt indimellem, så aftenvagten ligeledes kan få sparring til dokumentationsarbejdet. Der er særligt arbejdet med døgnrytmeplanerne efter en skabelon, som er udarbejdet af kommunens kvalitetsgruppe. Alle medarbejdere som fungerer som kontaktpersoner for beboerne samles med fast kadence, hvor der er forskelligt fokus indenfor dokumentationen. Kontaktpersonerne (social og sundhedsassistenter) kan overdrage dele af dokumentationen på servicelovsområdet til kollegaer med tæt sparring. Dokumentationen på sundhedslovsområdet udarbejdes løbende af sygeplejerske og kontaktpersoner, enten ved triagemøder eller ifm. udførsel af pleje og behandling. Medarbejderne har bærbare pc'er til rådighed, således at der kan dokumenteres tidstro.

Vedrørende anbefalingen omkring medicinområdet, fortæller ledelsen, at der udføres en grundig 'egenkontrol' på en tilfældigt udvalgt beboer en gang månedligt af sygeplejerske og ledelse. Indsatserne til beboeren gennemgås, herunder medicinhåndtering. Tilsynet fremvises en tjekliste og ledelsen fortæller, at findes der mangler/fejl til medicinhåndteringen i stikprøven vil sygeplejerske og ledelse sætte fokus herpå ved mono- og tværfaglige møder. Ledelsen fortæller, at der er et tæt samarbejde med plejehjemmets læge omkring den medicinske behandling, hvor der er et stort fokus på nedbringelse af polyfarmaci samt særligt fokus på nedbringelse antipsykotisk medicin.

I forhold til anbefalingen til kommunikation omhandlende en opmærksomhed på at undgå at omtale beboeren i tredje person ved dennes tilstedeværelse, fortæller ledelsen, at der er et kontinuerligt fokus på, at beboerne mødes med en hensigtsmæssig og faglig kommunikation. Ledelsen fortæller, at der generelt arbejdes med at skabe en kultur for straks at italesætte situationer, når disse observeres, men at det er forskelligt, hvor langt husene er i forhold til dette.

Vedrørende anbefalingen omkring aktiviteter herunder at se nærmere på kadence og variationen af aktiviteter, fortæller ledelsen, at plejehjemmet aktuelt er i en proces omkring, at medarbejderne i plejen selv faciliterer aktiviteter. Dette har været et stort ønske fra medarbejderne. Almindelige hverdagsaktiviteter skal medarbejderne således selv lægge ind i dagligdagen. Ledelsen nævner aktiviteter

som at plukke æbler, skære disse, gåture osv. Ved forslag til større arrangementer som fx busture vil det blive arrangeret i samarbejde med ledelsen. Ledelsen forsøger at være synlig i det daglige ved fx at være til stede til morgenmøderne, hvor ledelsen spørger ind til, hvad der er af planer den pågældende dag.

3.3 Værdigrundlag

Data

OBSERVATIONER

Ved rundgang på plejehjemmet observeres flere eksempler på, hvordan medarbejderne arbejder ud fra en anerkendende tilgang, hvor værdighed og respekt for beboernes individuelle ønsker og behov prioriteres. Medarbejderne fremstår nærværende i deres kontakt med beboerne, og der emmer af en hjemlig atmosfære på plejehjemmet. Fx observeres det, at en beboer, har fået møbleret med en lænestol uden for sin bolig. Beboeren ser tryg ud ved at sidde på afstand af fællesområdet, og ved stadig at kunne følge med i livet på fællesarealet.

LEDER

Ledelsen fortæller, at der arbejdes efter Hørsholms Kommunes værdier Ordentlighed, Ambition, involvering og Udsyn. I tillæg hertil har Sophielund sine egne værdier;

- Samarbejdet bygger på Åbenhed og Ærlighed
- Der opleves God og Tryg atmosfære
- Der udvises Værdighed og Respekt
- Der opleves Kvalitet og Udvikling

Ledelsen fremhæver, at der er fokus på at sætte ord på værdigrundlaget, så betydningen af ordene får en fælles platform for medarbejderne på Sophielund. Desuden fremhæves, at beboerne er i centrum og at Sophielund i mange år haft mottoet: *Home away from home*. Mottoet tages også jævnligt op for at sætte ord på, hvad det betyder for medarbejderne.

Ledelsen fortæller at der indimellem opsiges medarbejdere, som af ledelsen vurderes til ikke at repræsentere Sophielunds værdier.

MEDARBEJDERNE

Medarbejderne fortæller, at der er fokus på relations dannelse; hvilket bl.a. viser sig ved at møde beboere og pårørende på deres præmisser. Derudover gøres der meget ud af at skabe tryghed for beboere og pårørende som fx gøres ved at være imødekommende og at overholde aftaler. Der tages altid udgangspunkt i beboernes individuelle behov den pågældende dag. Medarbejderne siger; *"Sophielund er vores Home away from home"*.

BEBOERNE

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 giver udtryk for at opleve, at kunne leve det liv, de ønsker. En beboer siger fx; *"jeg har det godt, i starten troede jeg ikke, at jeg ville vænne mig til det, men det har jeg gjort nu, og jeg kan godt lide 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.

3.4 Sundhedsfaglig dokumentation

Data

OBSERVATIONER

Der er foretaget observation i fire beboeres omsorgsjournal.

Døgnrytmeplan

I tre ud af fire journaler konstateres det, at døgnrytmeplanen for dag ses opdateret med overordnede handleanvisende beskrivelser for de servicelovsindsatser, beboeren modtager fraset, at to af beboerne mangler beskrivelse af hjælpen til bad. Dertil ses, at de tre døgnrytmeplaner for dag generelt indeholder beskrivelser af særlige hensyn og opmærksomhedspunkter, fx ses beskrivelser af hænder, der er ømme og skal vaskes med forsigtighed, at beboeren går op i sit hår, og at beboeren vågner mellem kl. 7-8. Dertil indeholder de tre besøgsplaner generelt beskrivelser af handlinger i forhold til beboerens fysiske, psykiske og sociale ressourcer og begrænsninger, så det fremgår, hvad beboeren selv udfører, og hvor medarbejderne skal tilbyde kompenserende pleje og støtte, bl.a. i forhold til forebyggende og sundhedsfremmende tiltag ifm. med fx hudpleje, hvor huden skal sikres tørret grundigt ved kontraherede ekstremiteter, at tale i korte sætninger, og at maden skal gives i små mundfulde pga. tendens til fejlsynkning. I den fjerde journal konstateres det, at døgnrytmeplanen for dag ikke er opdateret og aktuel ift. de aktuelle indsatser, beboeren modtager. Dertil konstateres det, at alle fire journaler har enkelte til flere mangler til døgnrytmeplaner, der beskriver den individuelle indsats til aften og nat. I to journaler er der ikke oprettet en plan for aften og flere oprettede planer for aften og nat ses sparsomt beskrevet ift., hvordan beboeren fx hjælpes med toiletbesøg, hvad nat-tilsynet indebærer, om beboeren selv kan kalde på hjælp og hvordan beboeren hjælpes i seng.

Funktionsevnetilstande

I alle fire journaler fremstår funktionsevnetilstandene generelt relevante, opdaterede og aktuelle.

Generelle oplysninger

To ud af fire journaler ses beskrevet med fyldestgørende livshistorie, som kan bidrage til relations arbejdet. I to journaler er livshistorie ikke beskrevet.
Felterne; mestring, motivation og ressourcer ses ikke beskrevet og oplysninger herom ses kun sparsomt beskrevet andre steder i journalen.
Helbredsoplysninger ses fyldestgørende beskrevet i en journal med sammenhæng til medicinskema og beboerens helbredstilstande. I tre journaler ses helbredsoplysninger med enkelte til flere mangler.

Helbredstilstande

I alle journaler fremstår helbredstilstanden omkring demens med udførlige beskrivelser af, hvordan sygdommen viser sig hos den enkelte. Alligevel ses enkelte til flere mangler ift. relevant aktivering af helbredstilstande og mangler til fagligt indhold i de aktiverede helbredstilstande. I alle journaler ses manglende beskrivelser af, hvordan problemet kommer til udtryk habituelt og ved forværring. Gældende for en beboer, som er i behandling med stesolid pn for krampeanfald, mangler beskrivelse af, hvornår beboeren sidst har haft et krampeanfald, og hvad medarbejderne skal være opmærksomme på. Beboeren er dertil kendt med UVI, hvor der ligeledes savnes en beskrivelse af, hvordan symptomer herpå viser sig hos beboeren. En anden beboer mangler beskrivelse af, hvordan smerteproblematik og obstipationsproblemer kommer til udtryk. En tredje beboer mangler beskrivelse af gigtproblematikker, og en fjerde beboer mangler beskrivelse af akutte smerter, hvordan disse kommer til udtryk, og om beboeren selv kan sige til ved behov for pn medicin.

Handlingsanvisninger

Der ses en forskellig arbejdsgang for beskrivelse af medicinadministration idet der ses handlingsanvisning med link til VAR i en journal og i to andre journaler ses ingen handlingsanvisning, men i stedet en beskrivelse af medicinadministration i døgnrytmeplanen. I en journal mangler en handlingsanvisning for håndtering af pn rektal stesolid ift., hvem der må administrere dette, og hvordan og hvornår dette må gives.

Opfølgning på observationer/ændringer

Der observeres generelt mangelfuld opfølgning på flere indsatser og observationer hos de fire beboere. Manglerne vedrører opfølgning på observeret hoste og slim hos to beboere. Dertil savnes der opfølgning hos en tredje beboer på observeret rødme af huden bagtil, og hos en fjerde beboer mangler der opfølgning på to faldepisoder indenfor den sidste måned, hvor beboeren beskrives med hudafskrabning og blåt mærke på øjet. Der ses i denne forbindelse heller ikke ændret triage farve.

MEDARBEJDERNE

Medarbejderne fortæller, at døgnrytmeplanerne som udgangspunkt udfyldes og opdateres af kontaktpersonen. 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. Dertil skal der stå særlige opmærksomhedspunkter som fx, hvordan beboeren viser behov for toiletbesøg. Dertil skal beboerens ressourcer beskrives, samt hvis der er forbyggende indsatser, der skal udføres fx observation af svamp på hudområder osv.

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.

Den sygeplejefaglige del af journalen oprettes med udgangspunkt i de 12 sygeplejefaglige problemområder. Der skal være sammenhæng mellem helbredstilstande, medicin skema, og hvad beboeren ellers har af aktuelle eller potentielle problematikker.

Dertil opdateres helbredstilstandene ved ændringer samt gennemgås fast hver tredje måned og ved årlig lægegennemgang.

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

Medarbejderne italesætter, at en beboer triageres gul ved ændring i adfærd eller ved forværring af tilstand, 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 har været svært at få et overblik i journalerne, og at der har været forskellige arbejdsgange og meninger om, hvor i journalen forskellige oplysninger anføres. Medarbejderne mener, at der er ved at være en fælles retning, og at journalerne nu begynder at være mere sammenhængende.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at dokumentationen på servicelovsområdet ses med en del, mangler ift. beskrivelse af indsatserne over døgnet. Dertil vurderer tilsynet, at den sygeplejefaglige dokumentation overordnet fremstår med manglende struktur og sammenhæng. Det vurderes, at dokumentationen har flere og væsentlige mangler i opfyldelsen, hvorved det vurderes, at dokumentationen ikke er tilstrækkelig ift. at sikre kontinuitet i pleje og behandlingsforløb. Det er tilsynets vurdering at de konstaterede mangler har betydning for beboernes sikkerhed og autonomi, og vil kræve en betydelig og målrettet indsats at rette op på. Tilsynet vurderer imidlertid, at de interviewede medarbejdere kan redegøre for arbejdsgange ifm. oprettelse og ajourføring af dokumentationen, men at medarbejderne giver udtryk for, at plejehjemmet fortsat er i proces omkring at ensrette dokumentationen, så journalen bliver mere anvendelig.

3.5 Medicinhåndtering og administration

Data

Tilsynet har gennemgået fire beboeres medicin. Tre beboere får fast medicin og en beboer har én ordination på et pn præparat.

DOKUMENTATION

Medicinoversigt

Alle fire beboeres medicinlister ses opdaterede, og alle faste ordinationer ses med dato for ordination, beskrevet med indikation, dosis og antal tabletter. Det er tydeligt angivet, om medicinen er fast eller pn. Handelsnavne på medicinoversigten stemmer overens med det aktuelle handelsnavn på medicinen i beboernes beholdning. Fordelt på tre beboere konstateres følgende:

- En behandling med ikke dispensérbar medicin (moxalole) er ikke overført korrekt til LMK, idet præparatet figurerer til 1 brev mandag og torsdag hver uge, hvilket ikke stemmer overens med ordinationen: 1 brev hver 3. dag.
- To pn ordinationer ses angivet uden en maksimal døgndosis (moxalole og stesolid).
- En pn ordination (moxalole) fremgår utydeligt, idet der i bemærkningsfeltet til ordinationen er anført beskrivelsen: ”2 tbl man, ons, fre og 3 tbl tirs, tors, lør, søn”. Denne beskrivelse giver ikke mening, når ordinationen er lagt ind som en pn ordination. Dertil er den ordinerede medicin ikke tabletter men pulver.
- En tyggetablet er lagt ind i LMK som en tablet, men bør fremgå under overskriften ”Andre dispenseringsformer”. Tyggetabletten som er større end almindelige tabletter er doseret sammen med tabletter.

Opbevaring

For alle tre 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. Ingen af de pågældende ikke-dispensérbare præparater kræver anbrudsdato, da medicinen har samme holdbarhed efter åbning.

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

Risikosituationslægemidler

En beboer er i behandling med blodfortyndende medicin, hvor der her ses beskrivelse af behandlingsaftaler med behandlingsansvarlig læge. Der ses dog ikke i journalen beskrevet særlig opmærksomhed og tiltag i tilfælde af, at beboeren skulle falde.

Dispensering af medicin

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

Administration af medicin og ikke dispensérbare præparater

For alle tre beboere, der får fast medicin, er der på tilsynsdagen kvitteret for medicinadministration af medicin, svarende til administrationstidspunktet. Der konstateres følgende:

- Hos en ud af tre beboere, som får ikke-dispensérbar medicin, ses udfald i kvitteringer i syv ud af 14 dage.

LEDER

Ledelsen redegør for, hvorledes ny viden om medicinhåndtering eller særlige fokusområder kommer ud lokalt via kommunens kvalitetsgruppe, som en af plejehjemmets sygeplejersker sidder i.

Instrukser og retningslinjer kan tilgås via My Med Cards både på PC og mobil. Dertil er kommunen i gang med at implementere MySkills, som er et elektronisk system til at holde struktur og overblik over medarbejdernes kompetencer ift. uddannelse, kurser og opgaveoverdragelse. Alle nye medarbejdere skal tage e-learning moduler til medicinhåndtering på MySkills rettet mod deres enkelte fagområde. Ledelsen skal derefter godkende gennemførelsen.

BEBOERNE

Tre beboere giver udtryk for at være trygge ved medarbejdernes håndtering af deres medicin. En beboer kan ikke besvare spørgsmålene til emnet.

MEDARBEJDERNE

Medarbejderne redegør for medicinhåndtering 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 medarbejderen sørger for at udføre dispenseringen et sted, 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, navn og klokkeslæt på doseringsæske, samt tabletter tælles, inden de gives til beboeren. Dertil observerer medarbejderen, at beboeren indtager medicinen, hvorefter der kvitteres på PC.

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

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

Tilsynets vurdering – 3

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

Tilsynet vurderer, at medicinen opbevares ud fra en ensartet og systematisk tilgang, og at der er foretaget korrekt dispensering hos de tre beboere, som får fast medicin. Samtidigt vurderes det, at både ledelsen og medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med medicinhåndteringen. Dog vurderes det, at der forekommer usikkerhed omkring arbejdet med risikosituationslægemidler. Desuden er det tilsynets vurdering, at der forekommer væsentlige fejl og mangler i forhold medicinskemaet herunder i arbejdsgangen, når FMK og LMK synkroniseres, hvor det her vurderes, at der er udviklingsområder ift. refleksionsniveauet, hvilket vurderes vil kræve en målrettet indsats at afhjælpe.

3.6 Personlig pleje og støtte

Data

OBSERVATION

Der ses ved rundgang på plejehjemmet mange beboere, som opholder sig på fællesarealerne. Flere af beboerne fremstår smilende, og alle beboerne virker veltilpasse og generelt velsoignerede. En beboer observeres mindre soigneret og med mindre rent tøj på. Det observeres, at beboeren selv er stået op og kommet ud til morgenmaden. Efter morgenmaden observeres det, at en medarbejder følger beboeren ind i sin bolig og italesætter, at de vil gå på badeværelset sammen. Beboeren følger med medarbejderen, som beboeren ser ud til at være tryg ved. 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. Beboerne ses individuelt klædt i rent tøj, har velplejede hænder og friseret hår.

BEBOERNE

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.

En beboer kan svare kortfattet med et nik, få ord eller et smil. Beboerne giver udtryk for at opleve selvbestemmelse, og at de støttes i at være aktive under plejen.

En beboer siger fx; ”*man kan ikke klage, man har det godt her med hjælp*”, en anden beboer siger; ”jeg kan love dig for, at jeg får den hjælp, jeg har brug for, jeg er meget tilfreds” og en tredje beboer siger; ”det klarer jeg selv, men de (medarbejderne) er der, lidt rundt omkring”.

Beboerne giver udtryk for at være trygge ved hjælpen, og at opleve kontinuitet. En beboer udtaler fx; *”det er god hjælp af høj kvalitet, når en ny kommer til (medarbejder) bliver de skolet, så de kan hjælpe, men det er mest de samme, der kommer”.*

MEDARBEJDERNE

Medarbejderne fortæller, at de observerer beboeren ift. hvad beboeren selv kan, og hvad medarbejderne skal hjælpe med. Alle beboere har særlige behov og egne vaner som beskrives i døgnrytmeplanen og som medarbejderne tilpasser plejen efter. Der kan være beboere, som altid har været vant til at gå sent i seng, at sove længe om morgenen eller at gå i bad om aftenen. Medarbejderne fremhæver, at borgerne ikke skal ændre deres dagsrytmer, fordi de flytter på plejehjem.

Medarbejderne fortæller desuden, at de har et tæt samarbejde og sparrer ved faglig tvivl. Har en medarbejder fx svært ved at få lov at hjælpe en beboer, kan der nemt byttes rundt med en kollega, som kan forsøge med en anden tilgang.

Tryghed skabes ved at beboerne mærker omsorg og ved genkendelighed. Der gøres meget ud af at prioritere medarbejderkontinuitet ved fordeling af beboerne. Der anvendes ikke nødkald på Sophielund, hvorfor der er opmærksomhed på hyppige tilsyn ved de beboere, som opholder sig i egen bolig. Ellers opholder de fleste beboere sig på fællesarealerne. Dertil anvendes bevægelsessensorer i boligerne ved de beboere, som hurtigt har brug for tilstedeværelse af en medarbejder, det kunne være pga. øget faldrisiko eller pga. psykosociale funktionsbegrænsninger.

Medarbejderne fortæller, at i tilgangen til beboere med demens, udøves en høj grad af tålmodighed samt nærværende tilstedeværelse. Der er fokus på beboernes livshistorie som anvendes i relations arbejdet. Ved at kende til beboerens liv, kan medarbejderne målrette samtaleemner fx i situationer, hvor borgeren er psykisk ustabil. Her kan det berolige beboeren, at medarbejderen taler om et emne, som er kendt for beboeren.

Medarbejderne beskriver desuden, at der arbejdes rehabiliterende, så beboernes støttes til at bibeholde deres funktionsniveau.

Tilsynets vurdering – 5

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

Det er tilsynets vurdering, at beboerne modtager en pleje og støtte, som er tilpasset den enkelte beboers vaner, ønsker og behov. Dertil vurderer tilsynet, 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.

3.7 Praktisk hjælp

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer, at de fire besøgte boliger generelt fremstår renholdte og ryddelige, svarende til beboernes ønsker og levestil. Gulve, overflader og badeværelser ses rene. I en af de besøgte boliger observeres der et tæppe med urenheder. Tæppet er lagt ud over en sofa. Dertil observeres det, at hjælpemidler generelt ses rengjorte, fraset en kørestol til en af de besøgte beboere, som fremstår

mindre rengjort. Desuden observeres fællesarealerne med urene møbler. Flere stole i flere fællesarealer ses med indtørrede spildte madvarer og urenheder. Ligeledes ses en klaverskammel med urenheder. Dertil ses flere gangarealer med støvansamlinger i hjørnerne.

BEBOERNE

De fire interviewede beboere udtrykker fuld tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til rengøring og praktiske opgaver, hvor beboerne oplever at deltage. En beboer udtaler fx; "rengøringen fungerer fint, vi har fået samlet så meget som muligt på enkeltpersoner, og det fungerer godt. Jeg har mit kontor, der ordner jeg noget selv" og en anden beboer siger; "rengøringen bliver nødt til at være god, med så små lejligheder (…) der bliver ordnet hver dag".

MEDARBEJDERNE

Medarbejderne fortæller, at rengøringen i boligerne varetages i samarbejde med rengøringspersonalet, men at det er plejepersonalets ansvar at hjælpe beboerne med den daglige oprydning og lettere rengøring samt praktiske opgaver som sengeredning og opfyldning af plejeremedier. Dertil luftes alle boliger ud dagligt og 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, fx ved borddækning, ved at lægge mindre vasketøj sammen eller at feje.

I den daglige pleje og rengøring anvendes handsker, sprit og engangsforklæde, og ved særlig risiko for infektionssmitte, har medarbejderne adgang til instrukser og værnemidler.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at de fire besøgte boliger og observerede hjælpemidler generelt fremstår rengjorte fraset et tæppe i en bolig og en kørestol, som ses med urenheder. Dertil vurderes det, at flere siddemøbler på fællesarealerne fremstår mindre indbydende pga. urenheder ligesom flere gangarealer fremstår mindre rengjorte. Tilsynet vurderer, at beboerne er tilfredse med den praktiske hjælp og rengøring, ligesom medarbejderne på faglig reflekteret vis kan redegøre for den daglige indsats til praktisk støtte ud fra en rehabiliterende tilgang.

3.8 Mad og måltider

Data

OBSERVATION

I morgentimerne ses der dækket op til morgenmad med dækkeservietter, servietter i glas og blomster på bordene. Mælkeprodukter, drikkelse og frisk frugt opbevares på en køleplade på køkkenbordet, hvorfra medarbejderne øser op til beboerne efter beboernes ønsker. Beboerne observeres at spise individuelt anrettet morgenmad. Enkelte beboere har en tallerken med smør, ost og marmelade, så de selv kan smøre brødet ved bordet. Flere beboere anvender ergonomisk service som fx skrå kopper med stor hank, tudekop, bestik med særligt stort håndtag, og særlig kant på tallerkener, som understøtter beboernes evne til at være selvhjulpne. I flere huse anvendes mørkt porcelæn (tallerkener) på de lyse borde, så beboerne kan se kontrasten.

Frokosten observeres kort i alle huse. Maden præsenteres på fade eller i skåle og beboerne kan vælge, hvad der frister. Det er varieret, hvad der tilbydes af mad. I et hus er der højtbelagt smørrebrød, og andre steder lune frikadeller og flødekartofler og et tredje sted er der hjemmelavet asiatisk wok mad. I alle huse observeres beboerne at spise den serverede mad. Det bemærkes, at alle beboerne tilbydes individuelle drikkevarer, der er fx cola, øl, saft, vin og vand. I et hus observeres det, at en medarbejder spørger en beboer, om der ønskes mere grønt til maden. Generelt i husene er langt de fleste beboere samlet om de mindre borde, der observeres i et hus, at en enkelt beboer spiser i egen bolig. Medarbejderne sidder med ved bordene, efter at de er færdige med de praktiske opgaver i køkkenet ifm.

tilberedning og servering. Den medarbejder, der er i køkkenet, benytter forklæde og handsker relevant.

Der observeres en rolig og hyggelig stemning i alle husene. I et af husene sidder alle beboerne på terrassen og spiser i sommervejret. I et andet hus er der musik i baggrunden. I alle huse er der generelt en god dialog omkring bordet om forskellige hverdags relaterede emner. Der er medarbejdere, der hjælper de beboere, der har behov for hjælp til udskæring eller behov for støtte til at drikke.

BEBOERNE

Alle fire beboere giver udtryk for at være tilfredse med madens kvalitet. Beboerne angiver, at maden er god og smager godt. Dertil giver enkelte beboere udtryk for, at der er en god stemning under måltiderne, og at der bliver taget hensyn til ønsker og behov. En beboer kan fortælle at hjælpe til med at tage af bordet efter måltidet. En beboer siger fx; *"Maden smager dejligt, jeg kan sige, hvad jeg ikke kan lide, de (medarbejderne) kommer med små hjemmelavede retter, pyntet så smukt uden at være for meget, de gør noget ud af serveringen"*. Borger smiler og tilføjer; *"jeg vælger at spise ude med de andre"*. En anden beboer udtaler; *"Maden er udmærket!* Beboeren smiler og siger; *"Der er i det store hele et godt selskab i frokostlokalerne"*.

MEDARBEJDERNE

Medarbejderne fortæller, hvorledes de forsøger at skabe ro om måltidet ved fx at sørge for, at tv og opvaskemaskine er slukket. Medarbejderne deltager altid under måltidet og sørger for at fordele sig ved bordene, så de bedst understøtter beboernes behov. Medarbejderne fremhæver, at måltidet skal ses som socialt samvær, og at det skal være rart og hyggeligt, hvor medarbejderne tager initiativ til dialog. Medarbejderne fortæller, at de står for at købe ind til morgenmad og frokost, hvor der tages udgangspunkt i den mad, som beboerne fortæller at kunne lide. Mange beboere kan ikke udtrykke ønsker til maden, hvorfor medarbejderne observerer, hvilken mad beboerne spiser med stor appetit. Dertil fortæller medarbejderne, at de observerer beboerne i forhold til ernæringsudfordringer. Fx observeres der for tyggefunktion, synkefunktion og behov for ergonomisk service. Der kan trækkes på diætist og ergoterapeut fra kommunen.

Der er fokus på, at beboerne er så selvstændige som muligt under måltiderne. De beboere, som selv kan tage fra fad, opfordres til dette, ligesom nogle beboere kan hjælpe til med fx borddækning eller andre praktiske opgaver ifm. måltidet.

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 med fokus på beboernes individuelle behov og præferencer. Det vurderes, at beboerne er tilfredse med madens kvalitet, og der opleves 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.

3.9 Kommunikation og adfærd

Data

OBSERVATION

Ved rundgang på plejehjemmet observeres det, at medarbejderne har en venlig, respektfuld og imødekommende kommunikation og adfærd i mødet med beboerne. Der observeres flere situationer, hvor medarbejderne anvender fysisk berøring i kontakten til beboerne, hvilket virker omsorgsfuldt og med en beroligende effekt på beboerne. Medarbejderne henvender sig til beboerne på en nærværende måde og sætter sig i øjenhøjde. Ligeledes observerer tilsynet, at medarbejderne banker på beboernes døre, inden de træder ind i deres boliger.

BEBOERNE

Beboere giver udtryk for at opleve en behagelig omgangstone, og at medarbejderne er flinke og rare. En beboer siger fx; ” De er så søde og flinke” og en anden beboer siger; *”Det kan jeg love dig, de taler altid ordentligt”*. Beboerne oplever også medarbejdernes indbyrdes omgangstone som god, samt oplever at medarbejderne banker på, inden de går ind i beboernes bolig.

MEDARBEJDERNE

Medarbejderne fortæller, at det er vigtigt at kunne aflæse en beboer med demens, da der ofte kan ligge en anden mening bag det, beboeren udtrykker verbalt. Derfor skal medarbejderne være særligt opmærksomme på at aflæse beboerens kropssprog og mimik i kommunikationen med beboeren. Medarbejderne fremhæver følgende punkter som særdeles vigtige i kommunikationen:

- At udvise en nærværende tilstedeværelse
- At udvise god tid
- At udvise et roligt og åbent kropssprog -kropssprog aflæses af beboeren og smitter
- Tydelig og kortfattet kommunikation
- At tilpasse kommunikationen individuelt
- At anvende spejling

Tilsynets vurdering – 5

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

Det er tilsynets vurdering, at der forekommer en respektfuld og individuelt tilpasset kommunikation med beboerne på Sophielund. Ligeledes vurderes det, at beboerne oplever en venlig og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Dertil vurderes det, at medarbejderne med faglig indsigt og på en refleksiv måde kan redegøre for, hvorledes der sikres en kommunikation og adfærd som er afstemt beboernes individuelle behov.

3.10 Aktiviteter og vedligeholdende træning

Data

OBSERVATION

Tilsynet observerer ved rundgang på plejehjemmet, at beboerne flere steder sidder sammen og ser fjernsyn eller drikker et glas saft i fællesrummet med nogle medarbejdere. På en afdeling sidder nogle beboere og lytter til musik, mens enkelte beboere læser dagens avis. Enkelte beboere ses opholde sig på terrassen i det gode sommervejr, og som beskrevet under afsnittet Mad og Måltider, er der et hus som spiser frokost på terrassen. Tilsynet observerer ingen målrettede træningsaktiviteter på tilsynsdagen ud over den gangtræning som de beboere, der kan gå, får ved at gå til og fra boligen.

I husene hænger der synlige whiteboard tavler, hvor det i et enkelt hus ses, at der har været planlagt 2-3 aktiviteter pr. uge, i de to foregående uger op til tilsynet. Følgende aktiviteter ses fordelt som en enkeltstående begivenhed i løbet af de to uger; neglesalon, gåtur, sang, musikquiz og bage kage/brunch. Der ses ingen beskrivelser af planlagte aktiviteter eller vedligeholdende træningsaktiviteter for den aktuelle uge.

Rundt om på fællesarealerne ses aviser, blade, spil, puslespil, bøger, musikanlæg, og en afdeling har en fugl. Dertil observeres, at en af medarbejderne har sin hund med i et af husene. Det ses, at hunden skaber glæde for flere af beboerne, som kæler og klapper hunden, når den kommer forbi.

Det bemærkes, at der i døgnrytmeplanerne er beskrevet, hvilke aktiviteter som beboerne kan lide at lave, som fx at se tv, at læse og at komme ud i haven.

BEBOERNE

En beboer giver udtryk for at have travlt og deltager i mange aktiviteter i løbet af dagen og derfor også går meget sent i seng. Beboeren nævner ikke eksempler men oplever at have et travlt hverdagsliv på

plejehjemmet. En anden beboer fortæller, at det kommer an på vejr og vind, hvad beboeren foretager sig og angiver ikke at savne aktiviteter i hverdagen. Den tredje beboer fortæller at komme på en gåtur indimellem, hvor en medarbejder skubber beboerens kørestol. En beboer besvarer ikke spørgsmålene til temaet.

MEDARBEJDERNE

Medarbejderne beskriver, at beboerne inddrages i hverdagsaktiviteter i huset. Fx er der en beboer, som er meget glad for hunde, og der tages derfor initiativ til, at beboeren kan sidde med en medarbejders hund, som ofte er med på arbejde. Nogle beboere er med til at købe blomster, som beboerne efterfølgende kan arrangere i vaser. Når vejret er til det, bliver der ofte arrangeret en gåtur. Dertil er der fokus på almindelige hverdagsaktiviteter som at hjælpe med at tage tallerkener af bordet efter et måltid, at sidde og snakke, at se tv, at høre musik osv. Er der ro og tid kan der arrangeres aktiviteter som fx banko. Der arrangeres også større ture i samarbejde med ledelse som fx bustur. Den vedligeholdende træning understøttes i løbet af dagen, hvor beboerne støttes til at være så aktive som muligt under de praktiske og plejemæssige opgaver. Fx kan en beboer opfordres til at rejse-sætte-sig nogle gange inden beboeren endeligt sætter sig ved spisebordet, samt ved gåture opfordres de fysisk stærke beboere til at skubbe de beboere, som sidder i en kørestol, hvilket giver god træning for hele kroppen.

Tilsynets vurdering – 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at medarbejderne tilbyder beboerne hverdagsaktiviteter med varieret kadence og alt efter, hvordan den pågældende dag former sig. Det vurderes, at de interviewede beboere udtrykker tilfredshed med hverdagslivet og aktivitetsniveauet på plejehjemmet.

Samtidig vurderes det, at medarbejderne kan redegøre for, hvordan aktiviteter og vedligeholdende træning tænkes ind i dagligdagen, men hvor det vurderes, at der ikke er en systematik for, at alle beboere bliver tilbudt aktiviteter og vedligeholdende træning ud over ADL.

3.11 Fysiske rammer

Data

OBSERVATION

På plejehjemmets fællesarealer ses en hjemlig indretning med møbler, som er tilpasset målgruppen og med muligheder for relevant afskærmning. Fællesarealerne fremstår ryddelige og møbleringen inviterer til ophold og socialt samvær. Der er indrettet med fjernsynsstuer, borde og sofagrupper med puder samt stueplanter. Dertil ses pyntegenstande og rammer på væggene med motiver, som passer til målgruppen. På alle udgangsdøre er der malet demensvenlige malerier af fx landskaber eller bogreoler. Der ses bordlamper, som 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. Alle terrassedøre er åbnet ud til sommervejret.

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

LEDER

Ledelsen fortæller, at de fysiske rammer altid bliver vurderet ud fra beboernes behov. Der indrettes forskelligt i husene alt efter beboersammensætningens behov. Plejehjemmet indrettes med møbler, som er arvet fra tidligere beboere og som passer til målgruppen. Der gøres meget ud af, at der indrettes med genstande, som er med til at gøre fællesområderne i husene hjemlige. Dertil er der opmærksomhed på at lukke dørene mellem husene for at sætte en tryg ramme for beboerne. De beboere, der vurderes at kunne lide at gå ture på gangene mellem boligerne, opfordres naturligvis hertil.

Plejehjemmet skal som det første i kommunen starte implementering af døgnrytmelys indenfor nærmeste fremtid. Der afventes spændt, om der vil kunne mærkes en effekt på beboerne.

I forhold til behandling af personfølsomme oplysninger 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.

MEDARBEJDERNE

Medarbejderne fortæller, at det er vigtigt, at de fysiske rammer virker hjemlige for beboerne. Det skal være møbler, som beboerne kan genkende, og derfor indrettes der primært med møbler fra beboernes generation. Der skabes god stemning og hjemlighed ved, at der fx tilberedes mad i køkkenerne, at radioen kører, og at der er blomster på bordene. 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 arbejdes aktivt med at skabe hyggelige og hjemlige rammer indendørs og indbydende 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.

3.12 Organisatoriske rammer

Data

LEDER

Plejehjemmet er organiseret med en forstander og to afdelingsledere. Der er ansat to sygeplejersker, hvor der fornyeligt har været udskiftning.

Der afholdes triageringsmøder tre gange om ugen i både dag- og aftenvagt med deltagelse af ledelsen. Derudover afholdes der "15 faglige minutter" to gange ugentligt, hvor en sygeplejerske eller en ressourceperson tager et emne op til faglig reflektion. Der afholdes møder for social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker i en fast kadence, hvor der sparres omkring sundhedslovsydelserne. Beboerkonferencer afholdes, når der observeres et behov. Desuden er der en fast mødestruktur mellem ledelsen, sygeplejerskerne og plejehjemslægen.

Derudover 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 beskriver rekrutteringsudfordringer af faguddannet personale og der er aktuelt enkelte vakante social og sundhedshjælper stillinger. Der rekrutteres kun personale, som har interesse og kompetencer inden for demens. Ledelsen beskriver, at der på forsøgsbasis planlægges med flere ressourcer i dagtimerne, så der er bedre muligheder for at lave aktiviteter med beboerne.

Dertil er der ansat ungarbejdere i alle huse, som kommer i eftermiddags- og aftentimerne med henblik på at opholde sig på fællesarealerne, som en ekstra ressource ifm. forberedelse og afvikling af aftensmaden i det enkelte hus. Den ekstra ressource bevirker, at der er mere ro i fællesområderne op til aftensmåltidet idet ungarbejderne sidder sammen med beboerne.

MEDARBEJDERNE

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 dag afholdes der morgenmøde i hvert team, hvor beboere og øvrige praktiske opgaver fordeles. Ved sygemelding hjælper teams hinanden. Medarbejderne understreger, at organiseringen i teams fungerer rigtigt godt. Mellem vagtlag er der en kort mundtlig overlevering, og der læses et døgn tilbage i journalerne. Ved behov for sygeplejefaglig sparring tages der i dag tiden fat i plejehjemmets sygeplejerske og i aften, nat og weekender kan der rekvireres assistance fra hjemmeplejens akutteam.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt. Det vurderes, at der er en tydelig organisering af ledelse, medarbejdere og tværfagligt samarbejde på Sophielund, og at organiseringen understøtter en høj kvalitet i opgaveløsningen. Desuden vurderes det, at medarbejderne kan redegøre for de daglige arbejdsgange i forhold til planlægning og vidensdeling.

3.13 Kompetencer

Data

LEDER

Der er ansat to faste sygeplejersker, hvoraf den ene er i en delt stilling mellem basis og udvikling. Der har dog manglet en sygeplejerske i en periode, hvorfor det ikke har været muligt at prioritere udviklingsopgaverne. Dertil er der ansat social- og sundhedsassistenter i alle vagtlag, social og sundhedshjælpere og ufaglærte medarbejdere herunder også 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.

Plejehjemmet følger kommunens kvalitetsråds årshjul. Kommunens kvalitetsarbejde på det sundhedsfaglige område er organiseret ved et kvalitetsråd, hvor der sidder sygeplejersker fra flere af kommunens enheder. Sophielunds ene sygeplejerske sidder i kvalitetsrådet og bringer nye fokusområder tilbage lokalt og faciliterer læring på området. Der har i den seneste tid været fokus på misbrug og demens. Kvalitetsrådet planlægger løbende undervisning af enhedernes ressourcepersoner, som ligeledes bringer ny viden i spil lokalt.

Ledelsen fortæller, at der er ressourcepersoner inden for en lang række faglige områder som fx demens, dokumentation, hygiejne, forflytning, velfærdsteknologi, psykiatri, rehabilitering og faldforebyggelse. Tilsynet fremvises en oversigt med emner og navne på ressourcepersoner. Alle ressourcepersoner har været på kurser i det pågældende område og får jævnligt ny viden ved at deltage i kurser internt i kommunen. Ressourcepersonerne står til rådighed for sparring og undervisning af deres kollegaer.

Der arbejdes med kompetencemapper via det elektroniske MySkills, 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. De ufaglærte medarbejdere kommer igennem et introduktionsforløb via MySkills samt skal tage ABC-demens online-kursus indenfor de første seks måneder af deres ansættelse.

Der er social og sundhedsassistenter til stede i alle vagter, som ligeledes bliver kvalificerede til at håndtere sygeplejeopgaver i weekend-, aften- og nattevagterne og er sygeplejekompetencerne ikke til stede rekvireres akutteamet i kommunen.

Ledelsen fortæller, at der fornyeligt har været et forløb med demensrejseholdet på Sophielund, som har givet ledelse og medarbejdere en genopfriskning af fagområdet samt ny viden. Det er dog ledelsens oplevelse, at medarbejderne, faglærte som ufaglærte, altid kan bruge mere demens faglig viden, idet sygdommen er en kompleks størrelse.

MEDARBEJDERE

Medarbejderne fortæller om, at de elektroniske kompetencemapper er i gang med at afløse de fysiske kompetencemapper. I My Med Cards kan medarbejderne fremsøge beskrivelser af hvilke opgaver, de enkelte faggrupper må oplæres i, og hvem der må oplære. Medarbejderne fortæller, at de generelt føler sig klædt på til de opgaver, som de får overdraget, og at de ikke påtager sig opgaver, som de mangler oplæring i. Der opleves tryghed til at melde ud til ledelse eller kollegaer, hvis der er noget, som medarbejderne har brug for viden eller læring inden for.

Medarbejderne oplever generelt, at der samlet set er de rette kompetencer til stede på plejehjemmet, for at imødekomme beboernes pleje og behandlingsbehov. Dog kan medarbejderne mærke, at det er svært at få faglærte medarbejdere, hvor der opleves stor forskel på faglærte og ufaglærte medarbejdere.

Medarbejderne italesætter de "15 faglige" møder som givende, idet at der her sættes fokus på aktuelle faglige fokusområder som fx UVI eller pleje til døende. Her deltager ufaglærte medarbejdere også.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det vurderes, at ledelsen kan redegøre for, hvordan der på flere områder arbejdes systematisk med at kompetenceudvikle medarbejderne indenfor relevante faglige områder. Dog vurderes det, at rekrutteringsudfordringerne og anvendelsen af ufaglærte medarbejdere påvirker medarbejdernes samlede faglige niveau trods det, at ledelsen arbejder systematisk med oplæring og opfølgning hos de ufaglærte medarbejdere. Herudover vurderes det, at de interviewede medarbejdere oplever at have de nødvendige kompetencer til at løse de faglige opgaver samt oplever gode muligheder for læring, men hvor det er tilsynets vurdering, at der ses et behov for yderligere kompetenceudvikling omkring en fælles teoretisk demensfaglig referenceramme, dokumentation og medicinhåndtering.

3.14 Tværfagligt samarbejde

Data

LEDER

Ledelsen fortæller, at der arbejdes tværfagligt på flere niveauer, herunder nævnes det tværfaglige samarbejde ved de daglige triagemøder, den daglige opgaveløsning hos beboerne, hvor social og sundhedshjælpere, social og sundhedsassistenter og sygeplejersker arbejder tæt sammen, samt ved beboerkonferencer, hvortil der udarbejdes en tværfaglig handleplan.

Herudover beskrives det, hvordan sygeplejerskerne er meget nærværende og opsøgende i husene, hvor de udover at deltage i triageringsmøder, foretager løbende sparring med medarbejderne.

Lederen italesætter, at der som en forsøgsordning ikke er en fysioterapeut, som er fast tilknyttet Sophielund, men at kommunen er i proces omkring en evt. organisering af udekørende fysioterapeuter. Aktuelt trækkes på fysioterapeuter fra kommunens midlertidige pladser.

Ved behov for fx dysfagiudredning samarbejdes der ligeledes med en ergoterapeut fra de midlertidige pladser, ligesom der kan trækkes på andre faggrupper og specialister i kommunen. Dertil haves faste møder mellem plejehjemslægen, ledelse og sygeplejersker.

MEDARBEJDERE

Medarbejderne fortæller, at de har et meget tæt samarbejde med plejehjemslægen, hvor der er fast stuegang en gang ugentligt. Ved kompleks sygepleje i vagterne vil medarbejderne kontakte akutsygeplejen. Der er sygeplejerske- og social- og sundhedsassistentmøder i en fast kadence, hvor faglige emner tages op til læring og tværfaglig refleksion. Dertil kan der trækkes på tværfaglige samarbejdspartnere i kommunen som fx ergo- og fysioterapeuter fra kommunens midlertidige pladser. Ved beboere, som er småspisende, er der dialog med køkkenet omkring kostmuligheder. Dertil kan der samarbejdes

med hjemmeplejens sårsygeplejerske ift. komplicerede sår, og der sparres med alle husets ressourcepersoner på det pågældende område fx forflytning, inkontinens og ernæring. Ressourcepersoner kan også tage ny viden på området op til "15 faglige". Dertil inddrages pårørende, som anses som en del af huset. Beboerkonferencer planlægges og afholdes efter behov, når det vurderes, at der er et behov omkring en beboer, og ellers tages beboerne op til triagemøder ved observerede ændringer. Ved beboerkonferencer ses der hele vejen rundt om beboeren. Bl.a. ses der på, hvordan medarbejderne kan understøtte beboeren til at få fyldt *Karret* op med gode ting.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne til tværfagligt samarbejde i høj grad er opfyldt. Det vurderes, at der er en struktur og rammesætning for det tværfaglige samarbejde på Sophielund, hvilket medarbejderne også kan redegøre for. Det vurderes imidlertid, at der ikke foreligger en systematik omkring afholdelse af tværfaglige beboerkonferencer, hvor det sikres, at hver enkelt beboers trivsel gennemgås med en fast kadence.

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, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for beboere og 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 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, 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 besluttes 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	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle beboere med ingen eller få mindre væsentlige mangler • Tilsynet har ingen anbefalinger • Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
Score: 4	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af beboerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af beboerne • En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
Score: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • 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 • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af beboerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af beboerne • Der er fare for beboernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

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 150 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.