

Tilsynsrapport
Ringsted Kommune

Ældreområdet
Knud Lavard Centeret

Uanmeldt tilsyn
September 2018

INDHOLD

1.0	Vurdering	2
1.1	Tilsynets samlede vurdering	2
1.2	Tilsynets anbefalinger	3
2.0	Indledende oplysninger	4
3.0	Datagrundlag	5
3.1	Aktuelle vilkår og status	5
3.2	Værdigrundlag	5
3.3	Sundhedsfaglig dokumentation	6
3.4	Hverdagens praksis	6
	3.4.1 Pleje, omsorg og praktisk bistand	6
	3.4.2 Mad og måltider	7
	3.4.3 Kommunikation og adfærd	7
	3.4.4 Aktiviteter og medinddragelse i hverdagen	8
3.5	Organisatoriske rammer	8
3.6	Kompetencer	9
3.7	Fysiske rammer	9
4.0	Tilsynets formål og metode	10
4.1	Formål	10
4.2	Metode	10
4.3	Vurderingsskala	11
4.4	Tilsynets tilrettelæggelse	11

Forord

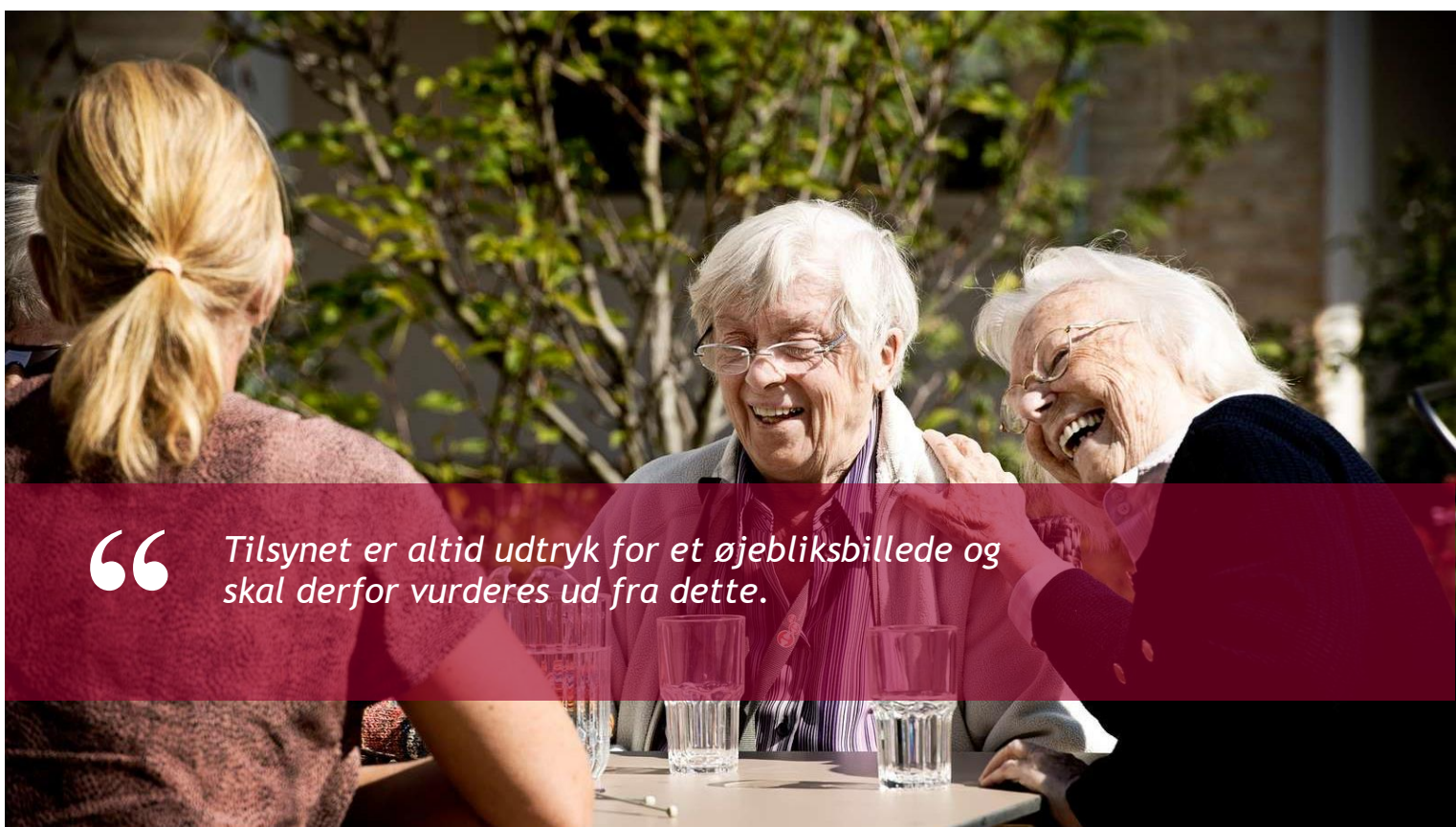
Dette er afrapporteringen af et uanmeldt tilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering af plejecentret og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete plejecenter.

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



“

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

VURDERING

1.1 TILSYNETS SAMLEDE VURDERING

Det overordnede indtryk af Knud Lavard Centeret er, at forholdene på plejecentret kan karakteriseres som:

Meget tilfredsstillende.

Overordnet vurderer tilsynet, at der siden tilsynet i 2017 er arbejdet målrettet med de givne anbefalinger, og at centret arbejder systematisk med tiltag, der fremmer den gode kvalitet i ydelserne.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt reflekteret tager afsæt i Ringsted Kommunes værdigrundlag, og at dette omsættes relevant i pleje og omsorg for borgerne.

Den samlede vurdering er, at den sundhedsfaglige dokumentation generelt lever op til kommunens kvalitetsstandarder og lovgivningen på området, og den igangværende omstilling til FSIII vil sikre tydelig sammenhæng i dokumentationen. Samlet fremstår dokumentationen aktuel og giver et fyldestgørende billede af pleje og omsorg, dog vurderes det, at daglig rytme og vaner på borgere i akut afsnittet er mangelfulde. Dokumentationen fungerer som et aktivt redskab for hverdagens praksis og fremstår i et fagligt og professionelt sprog.

Borgerne modtager relevante pleje- og omsorgsydelser. Pleje og omsorg leveres efter en meget tilfredsstillende faglig standard og med et rehabiliterende sigte, og medarbejderne har fokus på sundhedsfremmende og forebyggende tiltag. Der er taget hånd om fysiske, psykiske, mentale og sociale observerbare risici. Generelt er der en hygiejnemæssig forsvarlig standard.

Tilsynet vurderer, at der er meget tilfredsstillende fokus på mad og måltider, og medarbejderne kan meget tilfredsstillende redegøre for deres rolle og ansvar i forhold til måltidet. Ligeledes vurderer tilsynet, at medarbejderne meget tilfredsstillende kan redegøre for, hvordan de sikrer borgerne en god ernæringstilstand.

Vurderingen er, at kommunikation og adfærd er kendetegnet ved at være respektfuld og anerkendende.

Tilsynet vurderer, at tilbuddet om aktiviteter på centret matcher borgernes ressourcer og behov for socialisering. Endvidere vurderer tilsynet, at der i høj grad er fokus på borgernes differentierede behov for aktiviteter, dog vurderes at ikke alle borgere i akut afsnit i fuldt omfang er gjort opmærksomme på, at de kan deltage i centrets aktiviteter.

Rammer og struktur på plejecentret understøtter samarbejdet og fagligheden på tværs af faggrupper, afdelinger og vagter.

Det vurderes at, medarbejdere har relevante faglige kompetencer og mulighed for faglig sparring og vidensdeling på tværs.

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

1.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at der fortsat er fokus på dokumentation og særligt at få samlet oplysninger i FSIII, og på akut afsnit er der brug for en ekstra indsats for at sikre daglig rytme og vaner og relevante fokusområder frem til, at afdelingen overgår til FSIII.
2. Tilsynet anbefaler, at der sættes fokus på, at borgere i akut afsnit oplyses om mulighed for deltagelse i aktiviteter dels i afdelingen og dels i fælles aktiviteter.
3. Tilsynet anbefaler, at der sættes opmærksomhed på, at fællesarealer fremstår ryddelige uden fx vasketøj og opmagasinerede hjælpemidler.

INDLEDENDE OPLYSNINGER

Adresse
Eksercerpladsen 3, 4100 Ringsted
Leder
Henrik Mortensen
Antal boliger
94 plejeboliger og 14 akut- og midlertidige pladser
Dato og tidspunkt for tilsynsbesøg
Onsdag den 5. september 2018. kl. 08.30
Tilsynets deltagerkreds
<p>Tilsynet blev indledt og tilrettelagt i samarbejde med centerleder og souschef.</p> <p>Tilsynet har gennemgået dokumentation for tre borgere og efterfølgende talt med disse samt foretaget observationer. En af de besøgte borgere er på ophold i akut afsnittet.</p> <p>Tilsynet har gennemført interview med deltagelse af: Leder og souschef, tre medarbejdere.</p> <p>Tilsynet har derudover talt med borgere og medarbejdere, som var til stede på fællesarealerne.</p> <p>Ledelsen har som afslutning på tilsynet fået en foreløbig tilbagemelding på tilsynsforløbet.</p>
Tilsynsførende
Senior Manager Margit Kure, Sygeplejerske, MHM Manager Else Marie Seehusen, Sygeplejerske, SD/DSH

DATAGRUNDLAG

3.1 AKTUELLE VILKÅR OG STATUS

Datagrundlag Leder/ sted- fortræder	<p>Siden tilsynet i 2017 er ny souschef tiltrådt. Stillingen dækker desuden teamleder-funktion i akut afsnittet.</p> <p>Der er arbejdet systematisk med implementering af FSIII, og processen forløber fortsat. Dokumentation er fast på dagsorden på personalemøder og med undervisning i de enkelte afdelinger. Alle borgere er overført, der er nu indført en formular til daglig rytme og vaner. Visitationen er ansvarlig for og udarbejder sygeplejefaglig udredning og herfra udmøntes de konkrete opgaver til borgerne. Som noget nyt skal centrets sygeplejersker og assistenter frem over varetage sygeplejefaglig udredning og oprette indsatser og ydelser, og er derfor blevet oplært i dette.</p> <p>Der er kontinuerligt omstillingsprocesser, der ruller. Fx arbejdes med nye vagtplaner for nattevagten.</p> <p>Rehabilitering er fortsat fokusområde, og i kommunen er der igangsat total omstilling til den rehabiliterende tilgang. Der er iværksat en række initiativer med kurser, læringsværksteder for medarbejdere og ledere, og der uddannes implementeringsagenter. Alle nye borgere kommer igennem en rehabiliteringsvurdering, og der oprettes rehabiliteringsplan. Der afholdes ugentlige tværfaglige rehabiliteringsmøder, hvor der løbende iværksættes træningsplaner/handleplaner. Planlægningen starter, så vidt det er muligt, allerede inden indflytning med hjemmebesøg. Til hver borger er der udpeget en forløbsansvarlig, som blandt andet er ansvarlig for mødeindkaldelse osv.</p> <p>Ordnningen er implementeret for nye borgere, og der er lagt en plan for at samle de borgere op, som aktuelt bor på centret.</p> <p>Der er indført triagering og TOBS. I afdelinger med de stationære boliger er der løbende triagering med triagemøde en gang ugentlig. Sygeplejersken eller assistent er ansvarlig tovholder.</p> <p>For at tilgodese bedre udnyttelse af ledige kompetencer arbejdes på et tværgående projekt mellem centre og hjemmepleje med henblik på at etablere et fælles vikarkorps,</p>
Tilsynets vurdering	Tilsynet vurderer at der siden tilsynet i 2017 er arbejdet målrettet med de givne anbefalinger, og at centret arbejder systematisk med tiltag, der fremmer den gode kvalitet i ydelserne.

3.2 VÆRDIGRUNDLAG

Data	<p>Det bærende er Ringsted Kommunes værdigrundlag omsat til praksis på Knud Lavard Center. Det er borgernes hjem, og borgeren skal have selvbestemmelse og medindflydelse i eget liv, hvilket er omdrejningspunktet i alle opgaver. Centret har udarbejdet en case med den socialpædagogiske tilgang, som blandt andet bruges til ansættelsesinterviews. Det er fast, at alle ansøgere kommer til to samtaler, hvor casen er med til at afdekke ansøgers tilgang til, hvordan de handler og kommunikerer i samværet med borgere, pårørende og kollegaer.</p> <p>Medarbejderne fortæller, hvordan de arbejder med borgeren i centrum, blandt andet ved at tage afsæt i, hvad borger kan, og hvad borger gerne vil opnå. Med afsæt i den rehabiliterende tilgang har de fokus på en fælles tilgang til den enkelte borger og borgers mål.</p>
-------------	---

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt reflekteret tager afsæt i Ringsted Kommunes værdigrundlag, og at dette omsættes relevant i pleje og omsorg for borgerne.

3.3 SUNDHEDSFAGLIG DOKUMENTATION

Data

Dokumentationen bærer generelt præg af, at der fortsat er en igangværende proces med implementering af FSIII, og oplysningerne findes forskelligt beskrevet afhængig af, hvor i processen den enkelte afdeling er. På borgerne i de stationære boliger er der udfyldt generelle oplysninger med helbredsbeskrivelse og med beskrivelse af borgernes ressourcer, og der er udfyldt daglig rytme og vaner med beskrivelse af borgernes hjælp over døgnet. Ligeledes er der udfyldt rehabiliteringsplan. Indsatser og den sygeplejefaglige udredning skal fortsat hentes i FSII og har ikke direkte kobling med borgernes tilstand. På borgerne i akut afsnittet anvendes FSII. Den borger, tilsynet har gennemgået, har udfyldt aktuel rehabiliteringsplan og en meget kortfattet daglig rytme og vaner, som kun beskriver hjælp om natten, der ses ikke fokusområder på borgers sundhedsmæssige problemstillinger.

Medarbejderne redegør for, hvordan de anvender dokumentationen i hverdagen og tilkendegiver samtidig, at de er i gang med at implementere FSIII, og at de oplever det udfordrende, dels at der er mange nye ting, der skal læres, og også at der stadig dokumenteres i to systemer. I alle boliger er der fortsat mapper med daglig rytme og vaner og medicinliste osv.

Tilsynets vurdering

Tilsynet vurderer, at den sundhedsfaglige dokumentation generelt lever op til kommunens kvalitetsstandarder og lovgivningen på området og den igangværende omstilling til FSIII vil sikre tydelig sammenhæng i dokumentationen. Samlet fremstår dokumentationen aktuel og giver et fyldestgørende billede af pleje og omsorg, dog vurderes daglig rytme og vaner på borgere i akut afsnittet at være mangelfuld. Dokumentationen fungerer som et aktivt redskab for hverdagens praksis og fremstår i et fagligt og professionelt sprog.

3.4 HVERDAGENS PRAKSIS

3.4.1 Pleje, omsorg og praktisk bistand

Data

Alle borgerne oplever, at den tildelte hjælp svarer til deres behov, og de er meget tilfredse med hjælpen til personlig pleje og omsorg. Særligt giver borgere på akut afsnittet udtryk for at være særdeles tilfredse med opholdet og at have genvundet færdigheder. Alle udtrykker, at hjælpen til personlig pleje og praktisk hjælp udføres med udgangspunkt i deres ønsker og vaner, og borgerne er trygge ved den indsats, der ydes i forhold til deres sundhedsmæssige problemstillinger.

Generelt er borgerne meget tilfredse med rengøringen, dog giver en borger udtryk for, at serviceniveau til rengøring ikke svarer til hendes behov. Ligeledes giver samme borger udtryk for, at hun oplever, at medarbejderne er for travle, men omvendt giver en anden borger udtryk for, at medarbejderne tager sig god tid.

Medarbejderne sikrer, at borgerne modtager den nødvendige hjælp ved dagligt at være orienteret omkring den enkelte borger. Der er forskellig praksis ved indmøde i de tre afdelinger, men overordnet gennemgås fælles borgerjournal, advis, MedCom og relevant dokumentation. Planlægningen tager afsæt i medarbejderkompetencer og den rette match i opgaver, kompetencer og relationen mellem borger og medarbejder.

	<p>Medarbejderne oplyser, at der er rehabiliteringsplaner for nye borgere. Overordnet er det deres oplevelse, at det nye er, at der er kommet mere dokumentation, men også at der nu er sat ord på dét, som reelt er borgernes ønsker. Der ligger helt fast struktur for arbejdet med rehabiliteringsplaner, som generelt forløber over 12 uger.</p> <p>De besøgte borgere er soignerede, svarende til deres habitus, og boliger og fællesarealer fremstår generelt rengjorte, dog bemærkes, at der på en trappe er snavset.</p>
Tilsynets vurdering	<p>Borgerne modtager relevante pleje- og omsorgsydelser. Pleje og omsorg leveres efter en meget tilfredsstillende faglig standard og med et rehabiliterende sigte, og medarbejderne har fokus på sundhedsfremmende og forebyggende tiltag. Der taget hånd om fysiske, psykiske, mentale og sociale observerbare risici.</p> <p>Generelt er der er en hygiejnemæssig forsvarlig standard.</p>

3.4.2 Mad og måltider

Data	<p>Borgerne er alle meget tilfredse med maden, som de oplever veltillavet og varieret. Borgerne vælger selv, hvor de spiser, og alle giver udtryk for, at det er rart at spise i fællesskabet.</p> <p>Medarbejdernes praksis omkring det gode måltid er tilpasset de respektive afdelinger, men fælles er, at der i alle afdelinger sidder medarbejdere med ved bordet for at understøtte den rehabiliterende tilgang og det sociale element i at spise sammen. Medarbejderne har fokus på at motivere og inddrage borgerne i forhold til måltiderne. De gør rede for gode overvejelser omkring, hvad der skal til for at skabe en god stemning og ro omkring bordet. I demensafsnittet er det ekstra vigtigt, at der er fast struktur med faste pladser til borgerne.</p> <p>Alle borgere tilbydes at blive vejret en gang hver måned samt efter behov. Ved utilsigtede vægtændringer følges op, herunder også på eventuelle bagvedliggende årsager, og i et tværfagligt samarbejde iværksættes relevante indsatser. På akut afsnittet vejes borgerne ugentlig.</p>
Tilsynets vurdering	<p>Tilsynet vurderer, at der er meget tilfredsstillende fokus på mad og måltider, og medarbejderne kan meget tilfredsstillende redegøre for deres rolle og ansvar i forhold til måltidet. Ligeledes vurderer tilsynet, at medarbejderne meget tilfredsstillende kan redegøre for, hvordan de sikrer borgerne en god ernæringstilstand.</p>

3.4.3 Kommunikation og adfærd

Data	<p>Borgerne er meget tilfredse med medarbejderne og oplever en god omgangstone og ligeledes, at medarbejderne er søde og flinke.</p> <p>Medarbejderne omtaler borgerne anerkendende og respektfuldt og gør rede for, hvordan de fagligt reflekterer over, hvordan de arbejder med den individuelle tilgang og med fokus på, at kommunikationen sker på borgernes præmisser. Ligeledes er der fokus på egen adfærd og det nonverbale ved at tilgå borgerne, hvor de er og vise, at man gerne vil dem.</p> <p>Medarbejderne oplever, at de er gode til at dele viden med hinanden, om hvad der virker hos den enkelte borger og tilkendegiver ligeledes, at de kan korrigere hinandens adfærd på en positiv måde.</p> <p>Der arbejdes med kontaktpersonsystem, hjemmebesøg og indflytningssamtaler.</p>
Tilsynets vurdering	<p>Tilsynet vurderer, at kommunikation og adfærd er kendetegnet ved at være respektfuld og anerkendende.</p>

3.4.4 Aktiviteter og medinddragelse i hverdagen

Data	<p>Centret har samarbejde med en række frivillige, som er med til at understøtte de forskellige aktiviteter. Klippekortet er implementeret, og der er ansat aktivitetsmedarbejdere for at sikre en målrettet og styret indsats ift. borgerne. Oplevelsen er, at ca. 15-20% selv kan give udtryk for, hvad de vil bruge klippekortsordningen til. Til den anden store gruppe har aktivitetsmedarbejderne ansvar for - sammen med plejepersonalet - at igangsættes en-til-en aktiviteter og fællesaktiviteter. Aktivitetsmedarbejderne deltager i tværfaglige møder og samarbejder med plejepersonalet, og som en del af den rehabiliterende indsats arbejdes efter fælles mål. Medarbejderressourcen ligger i den faste normering, og medarbejdernes deltagelse i aktiviteter planlægges.</p> <p>Borgerne i de stationære boliger er meget tilfredse med udbud af aktiviteter, og en af dem kender klippekortet, men bruger det ikke, fordi det opleves besværligt, og en anden borger kan ikke huske at have hørt om ordningen.</p> <p>Borgerne i akut afsnittet er ikke omfattet af klippekortet. Borger som tilsynet har talt med der, har ikke kendskab til muligheden for at deltage i aktiviteter, men vil det gerne.</p> <p>Ved rundgang bemærker tilsynet, at der er bankospil i en enkelt afsnit.</p>
Tilsynets vurdering	<p>Tilsynet vurderer, at tilbuddet om aktiviteter på centret matcher borgernes ressourcer og behov for socialisering. Endvidere vurderer tilsynet, at der i høj grad er fokus på borgernes differentierede behov for aktiviteter, dog vurderes, at ikke alle borgere i akut afsnit i fuldt omfang er gjort opmærksomme på, at de kan deltage i centrets aktiviteter.</p>

3.5 ORGANISATORISKE RAMMER

Data	<p>Centret er organiseret i fire afdelinger med hver deres teamleder. Medarbejdergrupperne er tværfaglige, og der er, for at sikre kompetenceniveauet, ansat flere sygeplejersker, som arbejder med den koordinerende, udviklende og delegerende tilgang. Natsygeplejen dækkes af hjemmesygeplejen, og ergo- og fysioterapeuter kommer fra træningsenheden. Der er ansat husassistenter specifikt til rengøring i boliger.</p> <p>Sygeplejerskerne har fast sygeplejemøde hver måned. Assistenterne har tidligere haft et lignende mødeforum, men uvist af hvilken årsag er det ophørt.</p> <p>Det tværfaglige samarbejde sker dels løbende og i faste mødefora. Der er tværfagligt DTR møde en gang om ugen. På akut afsnittet indgår visitator. Den rehabiliterende tilgang udfoldes og tilpasses afdelingernes forskellige målgrupper fra en massiv rehabiliterende træningsindsats i akut afsnittet til et mere vedligeholdende perspektiv i demensafdelingen.</p> <p>I de stationære afdelinger arbejdes fast med triagering, og det dokumenteres, hvilke handlinger der iværksættes. Kontaktpersonen er ansvarlig for opfølgning.</p> <p>I akut afsnittet opleves, at triagering er en ekstra opgave, der ikke giver mening. Aktuelt er aftenvagten opnormeret med puljemidler for at sikre bedre rammer og tid til omsorg og aktiviteter.</p>
Tilsynets vurdering	<p>Tilsynet vurderer, at rammer og struktur på plejecentret understøtter samarbejdet og fagligheden på tværs af faggrupper, afdelinger og vagter.</p>

3.6 KOMPETENCER

Data	<p>Ledelsen oplever, at de nuværende kompetencer tilgodeser de differentierede målgrupperes behov, men også, at der til stadighed er behov for kompetenceudvikling og vurdering af medarbejdersammensætningen. I øjeblikket er der ligelig fordeling mellem assistenter og hjælpere.</p> <p>Ud over den aktuelle opgradering af kompetencer ift. rehabilitering er der til efteråret planlagt socialpædagogisk undervisning. Centret har tilknyttet stab af faste afløsere. Centret har endnu ikke plejehjemlægeordning og har indtil det evt. kommer på plads mulighed for at benytte kommunens lægekonsulent som sparringspartner og til relevant faglig udvikling.</p> <p>Medarbejderne oplever, at der er gode muligheder for kompetenceudvikling, dog tilkendegives, at der er begrænset mulighed for at blive uddannet til specialistfunktion, fx omkring ernæring, palliativ pleje, sårsygepleje osv.</p>
Tilsynets vurdering	Tilsynet vurderer, at medarbejdere har relevante faglige kompetencer og mulighed for faglig sparring og vidensdeling på tværs.

3.7 FYSISKE RAMMER

Data	<p>Borgerne på akut afsnittet oplever de fysiske rammer tilfredsstillende.</p> <p>Tilsynet bemærker under rundgang, at der flere steder på fællesarealer står hjælpemidler opmagasineret, og at der på en enkelt afdeling står vasketøj på gangen. Ligeledes bemærkes tobaksrøg inden for ved et at de store indgangspartier, som kommer fra medarbejdere, som står udenfor og ryger.</p>
Tilsynets vurdering	Tilsynet vurderer, at de fysiske rammer er i overensstemmelse med borgernes behov. Endvidere vurderer tilsynet, at hjælpemidler og vasketøj på fællesarealer giver et uroligt indtryk af rammerne.

3.8 MAGTANVENDELSE

Data	<p>Tilsynet har fulgt op på indsats omkring magtanvendelse. Alle medarbejdere er undervist og har fået gennemgået retningslinjer. Medarbejderne tilkendegiver, at den pædagogiske indsats er prioriteret sammen med en dialog med pårørende omkring forventninger. Medarbejdernes oplevelse er, at der ikke er situationer, der giver anledning til indberetninger om magtanvendelse. Centret har egen demenskonsulent, som sammen med medarbejderne er god til at afdække de konkrete behov og understøtte medarbejderne i at udføre opgaverne, så der ikke opstår konflikter.</p>
Tilsynets vurdering	Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for retningslinjer i forhold til magtanvendelse og kan på en meget tilfredsstillende måde redegøre for, hvordan der arbejdes med en forebyggende og pædagogisk indsats.

TILSYNETS FORMÅL OG METODE

4.1 FORMÅL

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 148a er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at borgerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet.
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og økonomisk forsvarlig måde.
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer.

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

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.

4.2 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets resurser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes og pårørendes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

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

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observation og 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 på plejecentret.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 VURDERINGSSKALA

BDO arbejder ud fra nedenstående vurderingsskala ved helhedstilsyn.

Samlet vurdering	Samlet vurdering
Særdeles tilfredsstillende	Bedømmelsen <i>særdeles tilfredsstillende</i> opnås, når forholdene kan karakteriseres som fremragende og eksemplariske, og hvor tilsynet har konstateret ingen, få eller mindre væsentlige mangler, som let vil kunne afhjælpes. Det særdeles tilfredsstillende resultat kan følges op af tilsynets anbefalinger.
Meget tilfredsstillende	Bedømmelsen <i>meget tilfredsstillende</i> opnås, når forholdene kan karakteriseres ved at være gode og tilstrækkelige, og hvor tilsynet har konstateret få mangler, som relativt let vil kunne afhjælpes. Det meget tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger.
Tilfredsstillende	Bedømmelsen <i>tilfredsstillende</i> opnås, når forholdene kan karakteriseres som tilstrækkelige, og hvor der er konstateret flere mangler, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats. Det tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger.
Mindre tilfredsstillende	Bedømmelsen <i>mindre tilfredsstillende</i> opnås, når forholdene på flere områder kan karakteriseres som utilstrækkelige, og hvor der er konstateret en del og/eller væsentlige mangler, som det vil kræve en bevidst og målrettet indsats at afhjælpe. Det mindre tilfredsstillende resultat følges op af tilsynets anbefalinger, fx anbefaling om udarbejdelse af handleplan.
Ikke tilfredsstillende	Bedømmelsen <i>ikke tilfredsstillende</i> opnås, når forholdene generelt kan karakteriseres som utilstrækkelige og uacceptable, og hvor der er konstateret mange og/eller alvorlige mangler, som det vil kræve en radikal indsats at afhjælpe. Det ikke tilfredsstillende tilsynsresultat følges op af tilsynets anbefalinger om, at problemområderne håndteres i umiddelbar forlængelse af tilsynet samt at der udarbejdes handleplan, eventuelt i samarbejde med forvaltningen. Det ikke tilfredsstillende tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet besluttet og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår. Så vidt muligt foregår tilsynet på et tidspunkt, hvor der er mulighed for dialog eller samvær med flere af borgerne.

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 plejecentrets egen hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte tilsyn gennemføres af to tilsynsførende. De tilsynsførende har en sygeplejefaglig og akademisk baggrund

Partneransvarlig
BIRGITTE HOBERG SLOTH
Partner
m: 2810 5680
e: bsq@bdo.dk

Projektansvarlig
MARGIT KURE
Senior Manager
m: 24295072
e: mku@bdo.dk

www.bdo.dk

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, danskejet rådgivnings- og revisionsvirksomhed, er medlem af BDO International Limited - et UK-baseret selskab med begrænset hæftelse - og del af det internationale BDO netværk bestående af uafhængige medlemsfirmaer. BDO er varemærke for både BDO netværket og for alle BDO medlemsfirmaerne. BDO i Danmark beskæftiger godt 1.100 medarbejdere, mens det verdensomspændende BDO netværk har ca. 74.000 medarbejdere i mere end 160 lande.

Copyright - BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, cvr.nr. 20 22 26 70.