Årsrapport
Holbæk Kommune

Aktiv hele livet

Tilsyn plejecentre, dagcenter og socialfagligt tilsyn

2022

Forord

Rapporten indeholder afrapportering af tilsyn med plejecentre, dagcenter og socialfagligt tilsyn.

Læseren præsenteres indledningsvist for tilsynets samlede vurdering af plejecentrene med en tilhørende graf, som viser resultatet af kvalitetsmålingen. Herefter gennemgås de overordnede temaer, som tilsynet har afdækket, og der er indsat et cirkeldiagram, som viser det samlede billede af, hvilke scorer der er tildelt det enkelte tema. Dette diagram underbygges med kvalitativ vurdering, hvor også eventuelle tværgående udviklingspunkter og anbefalinger er anført. Dernæst følger en opgørelse over anbefalinger fordelt på plejecentre og temaer, og herefter kommer en oversigt over det enkelte plejecenters vurdering og anbefalinger.

Efterfølgende er der en kort gennemgang af tilsyn på et dagcenter.

Bagerst i rapporten findes en kort beskrivelse af formål og metode. Ligeledes findes den vurderingsskala, som er anvendt ved tilsynene, og som definerer de scorer, som er givet.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Margit Kure
Senior Manager
Mobil: 2429 5072
Mail: mku@bdo.dk
Projektansvarlig

1. TILSYN PÅ PLEJECENTRE OG FRIPLEJEBOLIGER

1.1 SAMLET VURDERING

BDO har på vegne af Holbæk Kommune gennemført uanmeldte tilsyn på Holbæk Kommunes syv plejecentre, heraf to friplejehjem, hvor der også er gennemført socialfagligt tilsyn. Tilsynene er gennemført i andet og tredje kvartal 2022. På baggrund af det indsamlede datamateriale, interviews og efterfølgende analyser heraf, er tilsynet kommet frem til nedenstående vurdering.

Den samlede vurdering er, at alle centre overordnet lever op til Holbæk Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau, fraset et center som i lav grad lever op til Holbæk Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau. Der er dog på alle centre fundet mangler i dokumentationen, og på et center har dokumentationen på det socialfaglige område en middel standard og flere mangler.

Det er tilsynets overordnede vurdering, at Holbæk Kommunes plejecentre og de to friplejehjem generelt er velfungerende og leverer en god kvalitet i ydelserne til borgerne, herunder at der er fokus på en sundhedsfremmende og hverdagsrehabiliterende indsats. Dog vurderes det på et center, at de sundhedsfaglige ydelser, som borgerne modtager, leveres med en lav faglig kvalitet, blandt andet på grund af manglende sundhedsfaglige kompetencer og manglende muligheder for løbende opfølgning og faglig sparring i de enkelte afdelinger. Det vurderes samtidigt, at der i forbindelse med oplæring af nye medarbejdere, eller oplæring til nye sundhedsfaglige opgaver, ikke i tilstrækkelig grad sikres fagpersoner til oplæring.

På et center er vurderingen, at tilgangen til demensindsatsen ikke er systematisk, og at tilgangen til borgere med demens overvejende er erfaringsbaseret. På et center er vurderingen, at medarbejderne i pressede situationer ikke arbejder fuldt rehabiliterende, og på et andet center observeres der manglende opfølgning på en sundhedsmæssig problemstilling.

Borgerne er samlet set meget tilfredse med hjælpen. På et center vurderes der at være enkelte borgere, som ikke er tilfredse med rengøringen i boligerne.

Det er tilsynets vurdering, at der på alle centre er engagerede medarbejdere og ledelse, som medvirker til trivsel for borgerne. Ligeledes vurderes det, at der på alle centre er god overensstemmelse mellem de respektive ledelsers og medarbejderes fokus på, at hverdagslivet tilrettelægges på borgernes præmisser, og at borgerne er tilfredse med tilbuddet om aktiviteter. Det er dog vurderingen, at et af kommunens friplejehjem(bosted) befinder sig i en udfordrende situation, hvad angår økonomiske forhold, personalegennemstrømning, ledelsesskift samt det generelle faglige niveau. Det er samtidig tilsynets vurdering, at der ledelsesmæssigt er bevidsthed om bostedets problemområder, og at den konstituerede direktør har et relevant fagligt fokus på, at der på flere områder skal igangsættes indsatser.

Det vurderes, at organisering og arbejdsgange omkring indrapportering og opfølgning på UTH generelt er implementeret, og at der er implementeret arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse. Dog er der på tre centre et fortsat udviklingspotentiale.

Den samlede vurdering er, at alle centre har et velorganiseret samarbejde med de pårørende, og de pårørende finder generelt inddragelsen og kommunikationen på centrene meget tilfredsstillende. Alle pårørende tilkendegiver, at de oplever imødekommenhed, når de kommer til de respektive centre, og ligeledes at evt. problemstillinger løbende bliver løst. Dog er der på tre centre enkelte pårørende, som giver udtryk for kritikpunkter i samarbejdet.

Tilsynet vurderer, at ledelserne på de respektive centre redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx demensindsatsen, rekruttering og ligeledes, at der er fokus på professionel kommunikation og adfærd.

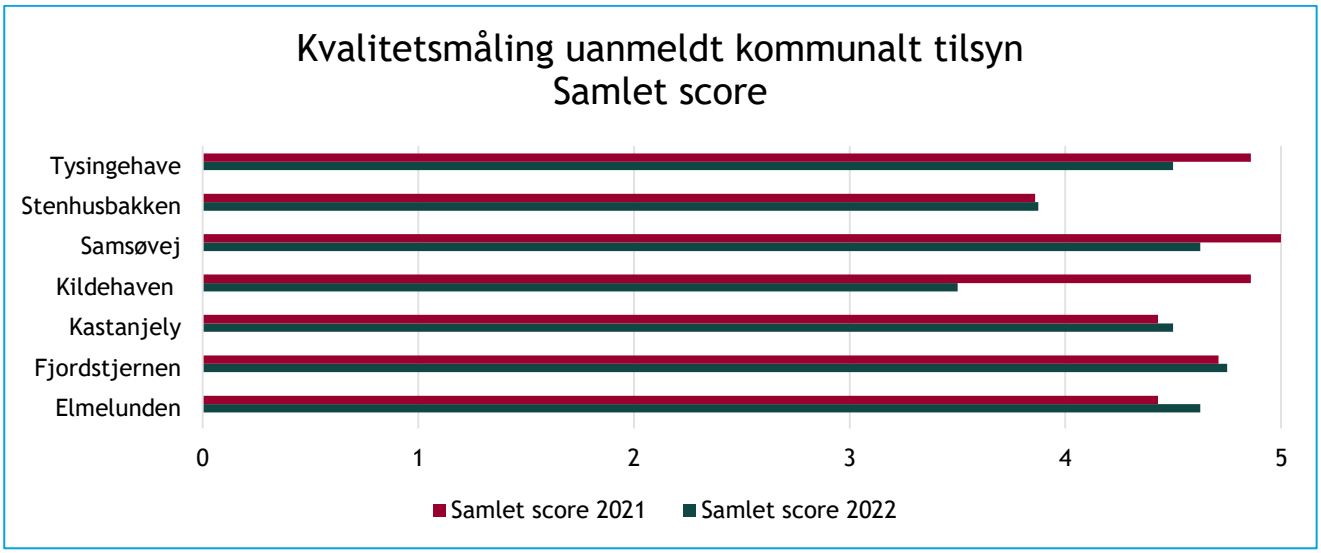
1.1.1 Socialfagligt tilsyn

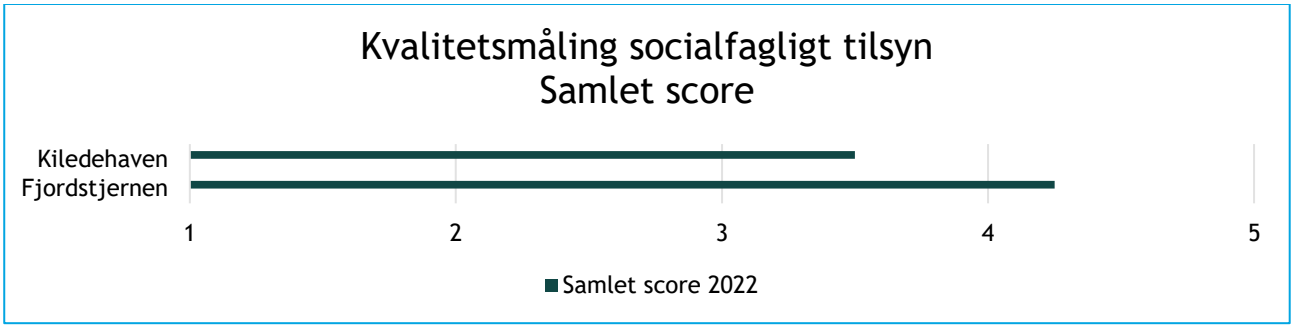
På de to friplejehjem er målgruppen borgere med et behov for specialpædagogiske indsatser. På det ene friplejehjem vurderes det overordnet, at de visiterede borgere har omfattende behov for specialpædagogisk indsats, hvorfor der bør implementeres metoder, der kan understøtte en ensartet og målrettet indsats med afsæt i tilbuddets forskellige målgrupper.

På det andet friplejehjem er det tilsynets vurdering, at tilbuddets faglige tilgang ikke umiddelbart understøttes af konkret metodevalg, hvilket efterlader indtryk af stor metodefrihed, der videregives til nye ansatte og afløsere ved sidemandsoplæring.

1.2 KVALITETSMÅLING

For hvert overordnede tema, der undersøges i tilsynet, opnår plejehjemmet en score fra 1 til 5, hvor 5 er den bedste. Nedenstående diagram viser, i hvor høj grad tilbuddet gennemsnitligt opfylder indikatorerne for de 5 temaer. Diagrammet viser centrenes score for 2022 og 2021.





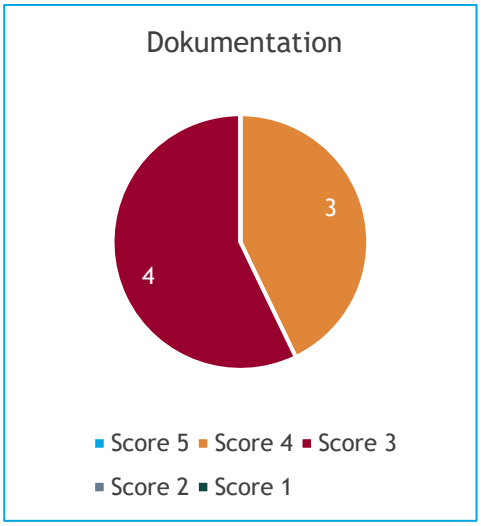
Der foreligger ikke sammenlignelige data fra 2021, da det socialfaglige tilsyn blev afviklet selvstændigt. I 2022 er det socialfaglige tilsyn gennemført sammen med det uanmeldte kommunale tilsyn.

1.3 VURDERING AF TEAMER

For hvert overordnet tema, der undersøges i tilsynet, opnår centret en score fra 1 til 5, hvor 5 er den bedste. Nedenstående diagram viser, i hvor høj grad tilbuddet gennemsnitligt opfylder indikatorerne for de 5 temaer.

1.3.1 Dokumentation SEL

Af nedenstående diagram fremgår fordelingen af scorer inden for temaet *Dokumentation SEL* for de syv plejecentre.



Tre plejecentre har opnået scoren 4, og fire plejecentre har opnået scoren 3

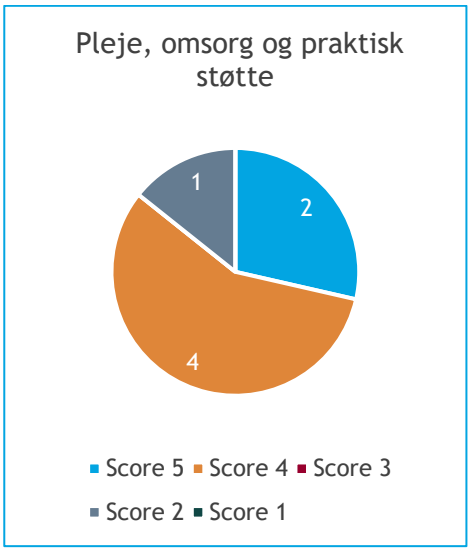
Det er tilsynets overordnede vurdering, at dokumentationen samlet set fremstår med en god og professionel standard, men at der på alle centre er fundet mangler. De fundne mangler handler generelt om, at dokumentationen ikke på alle områder er fyldestgørende og opdateret. Fx mangler der opdateringer på generelle oplysninger, herunder helbredsoplysninger, og på funktionstilstande, samt at der på flere centre mangler beskrivelse af borgers ønsker og mål for indsatsen.

Anbefalinger

Til dette tema har tilsynet givet tretten anbefalinger fordelt på alle syv centre. Gennemgående er anbefalingen, at det nuværende fokus på dokumentationspraksis fastholdes, herunder at det sikres, at dokumentationen er fyldestgørende og opdateret.

1.3.2 Pleje, omsorg og praktisk støtte

Af nedenstående diagram fremgår fordelingen af scorer inden for temaet *Pleje, omsorg og praktisk støtte* for de syv plejecentre.



To plejecentre har opnået scoren 5, og fire plejecenter har opnået scoren 4 og et plejecenter har opnået scoren 2.

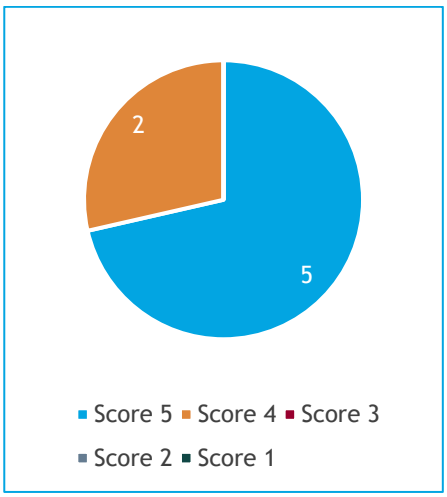
Tilsynets samlede vurdering er, at borgerne er meget tilfredse med den hjælp, de modtager, hvor enkelte borgere påtaler rengøringsstandarden, og at de oplever, at rengøringen i deres boliger ikke er optimal. Borgerne er meget tilfredse med at bo på de respektive centre, og de oplever, at hjælpen overordnet svarer til deres behov. Pleje og omsorg leveres generelt efter en god faglig standard og med en rehabiliterende og pædagogisk tilgang, blandt andet med afsæt i Tom Kitwoods teorier og Marte Meo som værktøj. Dog er der på et center medarbejdere, som tilkendegiver, at de i pressede situationer ikke arbejder fuldt rehabiliterende. På alle centre er der faste tværfaglige mødefora med fokus på sundhedsfremme og forebyggelse. Der arbejdes blandt andet med triagering og løbende opfølgning på indsatser, hvor medarbejderne på et center giver udtryk for, at det ikke altid er muligt at få løbende sparring på sundhedsfaglige problemstillinger i hverdagen. De besøgte borgere fremstår soignerede og veltilpasse.

Anbefalinger

Tilsynet har givet samlet syv anbefalinger til fem af de syv centre. De givne anbefalinger har hver deres tema, og der henvises til skemaet med bemærkninger og anbefalinger.

1.3.3 Hverdagsliv

Af nedenstående diagram fremgår fordelingen af scorer inden for temaet *Hverdagsliv* for de syv plejecentre.



Fem plejecentre har opnået scoren 5, og to plejecentre har opnået scoren 4.

Aktiviteter

Det samlede billede er, at borgerne er meget tilfredse med et bredt udvalg af aktiviteter. Borgerne oplever en god stemning og et aktivt miljø. De fortæller alle, at der er et bredt udbud af aktiviteter, og at de fleste deltager i forskellige aktiviteter efter eget ønske. Den samlede vurdering er, at medarbejderne reflekteret kan redegøre for arbejdet med aktiviteter til borgerne. På et af centrene er der en række frivillige tilknyttet, og flere steder oplyses der om, at der samarbejdes med forskellige institutioner i lokalsamfundet. På et center bemærkes det, at der kun i et begrænset omfang tilbydes en-til-en aktivitet, samt at fælles aktiviteter og måltider er udfordret på de fysiske rammer. Lokalet, som anvendes, ligger centralt i plejecentret, men der er gennemgang mellem afdelinger samt lokalet anvendes af medarbejderne til frokostpause, hvilket giver uro i forhold til aktiviteter og måltidet.

Mad og måltider

Den samlede vurdering er, at borgerne generelt er meget tilfredse med maden, og de oplever, at der er et varieret udbud. Borgerne vælger selv, hvor de vil spise, og de, der vælger fællesskabet, oplever, at det er rart at deltage i fællesskabet og få en snak med andre.

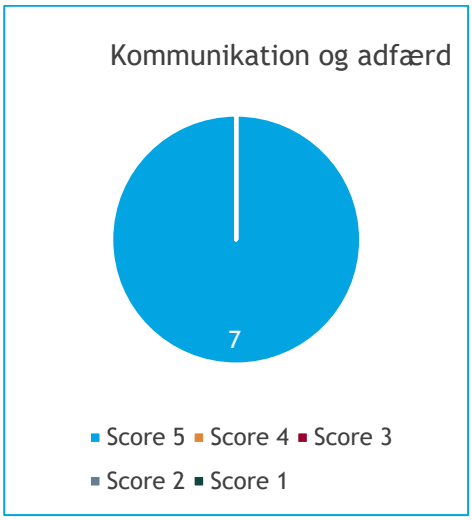
På tværs af centre kan medarbejderne reflekteret redegøre for det gode måltid og i at støtte borgerne i at spise i fællesskabet. I forhold til servering og anretning indtænkes rehabilitering, som løbende justeres i forhold til borgernes ressourcer. Fælles for alle centre er, at medarbejderne er opmærksomme på at arbejde rehabiliterende under måltidet, herunder også at understøtte borgernes sociale behov. Borgerne tilbydes relevant opfølgning på deres ernæringsmæssige tilstand.

Anbefalinger

Til dette tema er der givet tre anbefalinger. De givne anbefalinger har hver deres tema, og der henvises til skemaet med bemærkninger og anbefalinger.

1.3.4 Kommunikation og adfærd

Af nedenstående diagram fremgår fordelingen af scorer inden for temaet *Kommunikation og adfærd* for de syv plejecentre.



Syv plejecentre opnået scoren 5.

Borgerne er meget tilfredse med medarbejderne, hvor de generelt udtrykker, at medarbejderne er søde, flinke og imødekommende. Omgangstone og adfærd er anerkendende og respektfuld, og omgangstonen er præget af humor.

På tværs af centre kan medarbejderne reflekteret redegøre for, hvorledes der sikres respektfuld adfærd og anerkendende kommunikation med borgerne, blandt andet ved at behandle dem ligeværdigt og respektere deres individuelle behov. Ligeledes vurderes det, at der blandt medarbejderne er en kultur, hvor de kan korrigere hinanden ved uhensigtsmæssig kommunikation og adfærd.

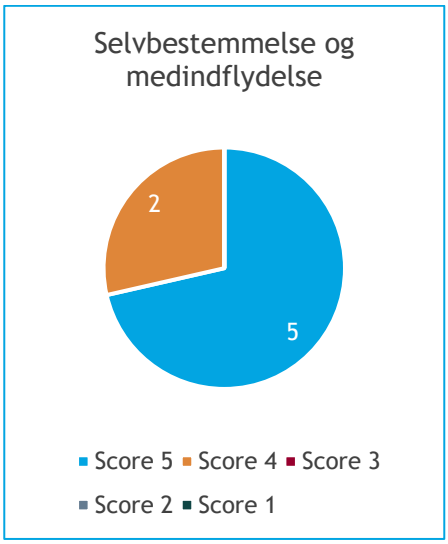
Fælles på alle centre observerer tilsynet under rundgang og interview med medarbejderne en respektfuld og anerkendende kommunikation og adfærd, dog bemærkes det, at kommunikationen ikke er professionel i et enkelt tilfælde.

Anbefalinger

Der er ikke givet anbefalinger til dette tema.

1.3.5 Selvbestemmelse og medindflydelse

Af nedenstående diagram fremgår fordelingen af scorer inden for temaet *Selvbestemmelse og medindflydelse* for de syv plejecentre.



Fem plejecentre har opnået scoren 5, og to plejecentre har opnået scoren 4

Borgerne er meget tilfredse med at bo på de respektive centre. Borgerne tilkendegiver, at de selv bestemmer, og at de har indflydelse på dagligdagen, og de oplever, at de bliver behandlet respektfuldt og har livskvalitet på trods af egne skavanker og begrænsninger.

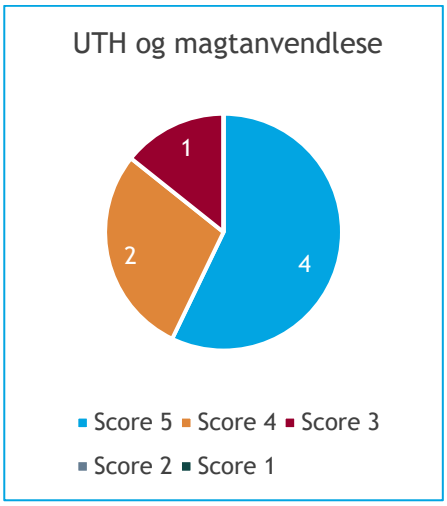
På tværs af alle centre kan medarbejderne reflekteret redegøre for, hvorledes borgerne sikres selvbestemmelse, blandt andet at der arbejdes målrettet med at skabe den gode relation og den individuelle dialog med borgeren og pårørende samt på at møde borgeren på borgerens præmisser. På et center bemærkes det, at livshistorien ikke indgår aktivt i forhold til borgernes selvbestemmelse, og på et center tilkendegiver borgerne, at de ikke har indflydelse på menuvalg.

Anbefalinger

Til dette tema er der givet to anbefalinger. De givne anbefalinger har hver deres tema, og der henvises til skemaet med bemærkninger og anbefalinger.

1.3.6 UTH og magtanvendelse

Af nedenstående diagram fremgår fordelingen af scorer inden for temaet *UTH og magtanvendelse* for de syv plejecentre.



Fire plejecentre har opnået scoren 5, to plejecentre har opnået scoren 4, og et plejecenter har opnået scoren 3.

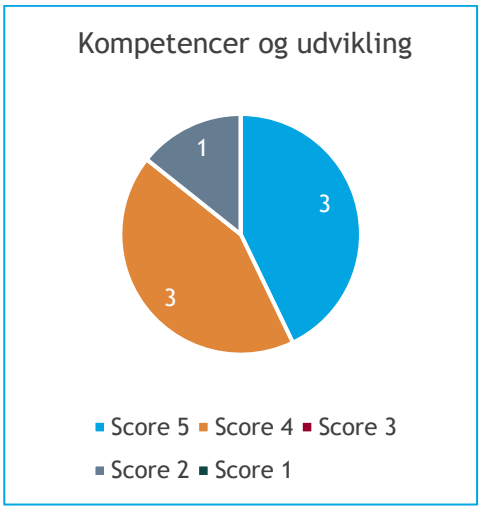
Den samlede vurdering er, at organisering og arbejdsgange omkring indrapportering og opfølgning på UTH generelt er implementeret, og at der er implementeret arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse. Dog er de nye retningslinjer for magtanvendelse ikke implementeret på et center, på et center er der behov for at genopfriske praksis, og på et center sker der angiveligt ikke systematisk opfølgning og læring på UTH, og der er usikkerhed omkring arbejdsgange og retningslinjer for magtanvendelse.

Anbefalinger

Der er givet fire anbefalinger til dette tema til tre centre. De givne anbefalinger har hver deres tema, og der henvises til skemaet med bemærkninger og anbefalinger.

1.3.7 Kompetencer og udvikling

Af nedenstående diagram fremgår fordelingen af scorer inden for temaet *Kompetencer og udvikling* for de syv plejecentre.



Tre plejecentre har opnået scoren 5, tre plejecentre har opnået scoren 4 og et center har opnået scoren 2.

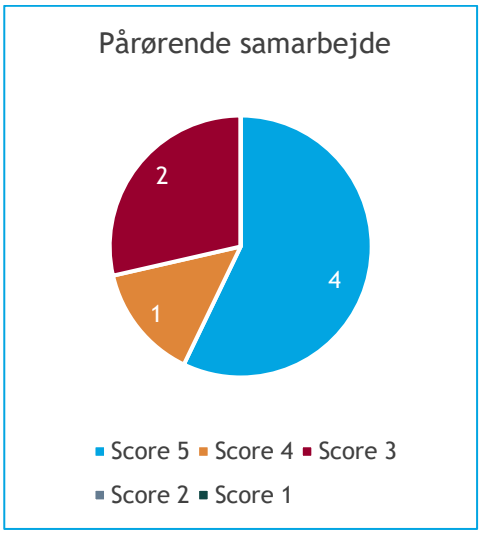
Det er tilsynets samlede vurdering, at der på seks af kommunens syv plejecentre er fokus på medarbejdernes kompetenceudvikling. På disse centre er der god praksis for tværfaglig sparring og læring i de respektive tværfaglige mødefora og i tilknytning til borgernære opgaver i daglig praksis. På det sidste center bemærkes det, at praksis med delegering af sundhedslovsydelser ikke altid følger gældende retningslinjer. Ligeledes bemærkes det, at medarbejdersammensætningen består af forskellige faglige kompetencer, hvoraf flere er ufaglærte.

Anbefalinger

Tilsynet har givet syv anbefalinger til dette tema, hvor et centre har fået fire anbefalinger. Anbefalingerne har hver deres tema, og der henvises til skemaet med bemærkninger og anbefalinger.

1.3.8 Pårørendesamarbejde

Af nedenstående diagram fremgår fordelingen af scorer inden for temaet *Pårørende samarbejde* for de syv plejecentre.



Fire plejecentre har opnået scoren 5, et plejecenter har opnået scoren 4, og to centre har opnået scoren 3.

Den samlede vurdering er, at alle centre har et velorganiseret samarbejde med de pårørende, og de pårørende finder generelt inddragelsen og kommunikationen på centrene meget tilfredsstillende, dog er der på et center flere pårørende, som tilkendegiver, at deres oplevelse er, at aftaler ikke altid efterleves, samt at enkelte pårørende oplever, at der ikke er tilstrækkelig information/kommunikation.

Ledere og medarbejdere kan reflekteret redegøre for samarbejdet med de pårørende. På alle centre arbejdes der aktivt på at styrke samarbejdet, blandt andet afholdes der indflytningssamtaler.

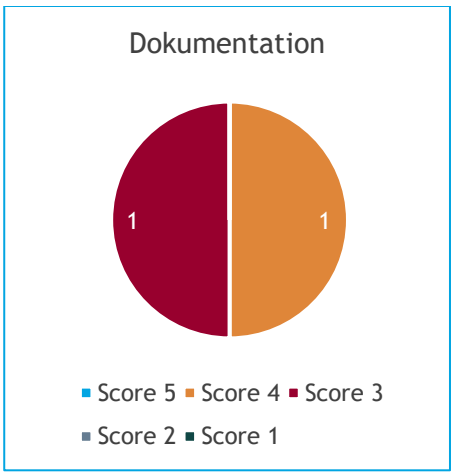
Anbefalinger

Til dette tema er der samlet givet fem anbefalinger, hvor et center har fået tre. Anbefalingerne har hver deres tema, og der henvises til skemaet med bemærkninger og anbefalinger.

1.4 VURDERING AF TEMAER MÅLRETTET SOCIALFAGLIGT TILSYN

1.4.1 Dokumentation SUL

Af nedenstående diagram fremgår fordelingen af scorer inden for temaet *Pårørende samarbejde* for de syv plejecentre.



Et plejecenter har opnået scoren 4, et plejecenter har opnået scoren 3.

Tilsynet bemærker, at der på det ene center ses få mangler i dokumentationen, fx er et delmål ikke afsluttet.

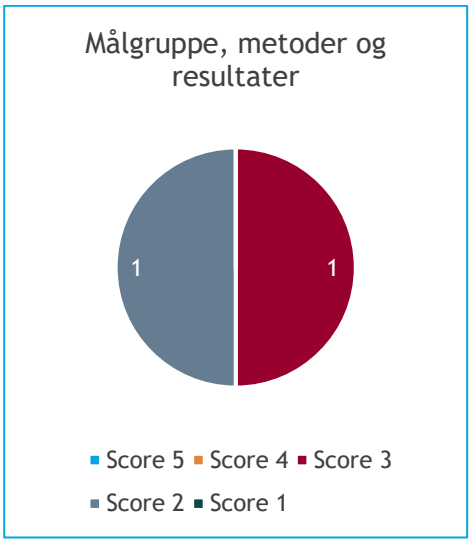
Det bemærkes, at evalueringerne i flere tilfælde står med den ældste evaluering øverst, hvilket gør det vanskeligt at se, om der er nye evalueringer. På det andet center fremstår dokumentationen i nogen grad usystematisk og mangelfuld. Således ses indsatsmål uden delmål, delmål uden handling, delmål uden formål og beskrivelse samt manglende opdatering af delmålene.

Anbefalinger

Til dette tema er der samlet givet to anbefalinger. Anbefalingerne har hver deres tema, og der henvises til skemaet med bemærkninger og anbefalinger.

1.4.2 Målgruppe, metoder og resultater

Af nedenstående diagram fremgår fordelingen af scorer inden for temaet *Målgruppe, metoder og resultater* for de to plejecentre, der leverer socialfaglige ydelser.



Et plejecenter har opnået scoren 3, og et plejecenter har opnået scoren 2.

På det ene center bemærker tilsynet, at medarbejderne bliver usikre, når de i deres fremstilling skal koble den neuropædagogiske tilgang til de konkrete metoder. Desuden bemærkes det, at målgruppebeskrivelsen fortsat er bredt beskrevet på Tilbudsportalen. Det bemærkes, at der på afdelingen Voksen handicap er beskrevet målgrupper, der ikke er relevante for tilbuddet.

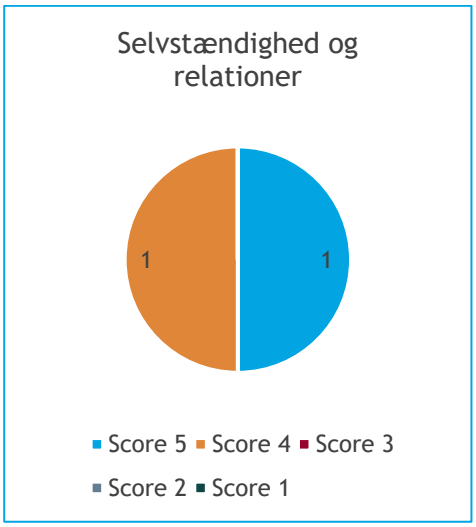
På det andet center bemærkes det at medarbejderne oplyser, at tilbuddets faglige tilgang – neuropædagogik - ikke umiddelbart understøttes af konkrete metodevalg, hvilket afstedkommer en meget praksisorienteret metodefrihed. Der beskrives stor kompleksitet i målgruppen med heraf følgende behov for specialpædagogisk indsats. I forlængelse heraf oplyser medarbejderne, at der er visiteret borgere med infantil autisme til tilbuddet, hvilket ikke har afstedkommet overvejelser om, hvorvidt tilbuddet i tilstrækkelig grad har implementeret faglige tilgange og metoder, der modsvarer behovet i denne målgruppe.

Anbefalinger

Til dette tema er der samlet givet to anbefalinger. Anbefalingerne har hver deres tema, og der henvises til skemaet med bemærkninger og anbefalinger.

1.4.3 Selvstændighed og relationer

Af nedenstående diagram fremgår fordelingen af scorer inden for temaet *Selvstændighed og relationer* for de to plejecentre, der leverer socialfaglige ydelser.



Et plejecenter har opnået scoren 5, et plejecenter har opnået scoren 4.

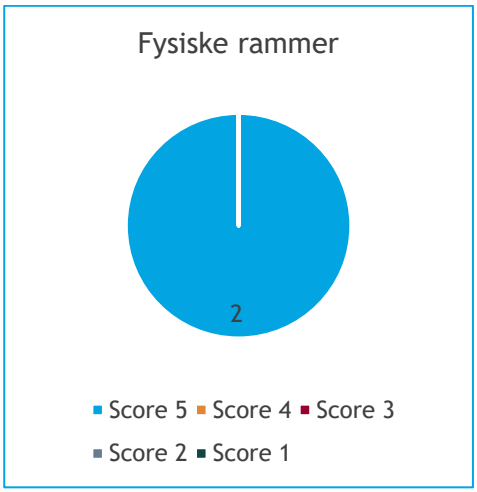
På begge plejecentre er der et relevant fokus på udvikling af borgernes sociale kompetencer og selvstændighed. Dog oplyser medarbejderne på det ene plejecenter, at der med fordel kunne være mere fokus på at understøtte borgernes selvstændighed og mestringsevne, fx i forbindelse med personlig pleje og praktiske opgaver, hvor borgerne ikke altid udfordres tilstrækkeligt i forhold til at være aktivt deltagende.

Anbefalinger

Til dette tema er der ikke givet anbefalinger. Det plejecenter, som har opnået scoren fire, har fået en anbefaling under temaet personlig pleje i forhold til at styrke fokus på borgernes aktive deltagelse i forbindelse med personlig pleje og praktiske opgaver.

1.4.4 Fysiske rammer

Af nedenstående diagram fremgår fordelingen af scorer inden for temaet *Fysiske rammer* for de to plejecentre der leverer socialfaglige ydelser.



To plejecentre har opnået scoren 5.

Det er tilsynets vurdering, at de fysiske rammer på begge plejecentre imødekommer målgruppens behov og giver muligheder for udvikling og trivsel hos den enkelte borger. De to centre er meget forskellige, men fælles er, at borgerne har egne lejligheder, der er individuelt indrettede, og alle boligerne har et meget personligt præg. Alle boligerne er velegnede til borgere med fysiske funktionsnedsættelser. Fællesarealerne fremtræder rummelige og velegnede til at danne rammer om borgernes dagligdag.

Anbefalinger

Til dette tema er der ikke givet anbefalinger.

1.5 TILSYNETS SAMLEDE ANBEFALINGER

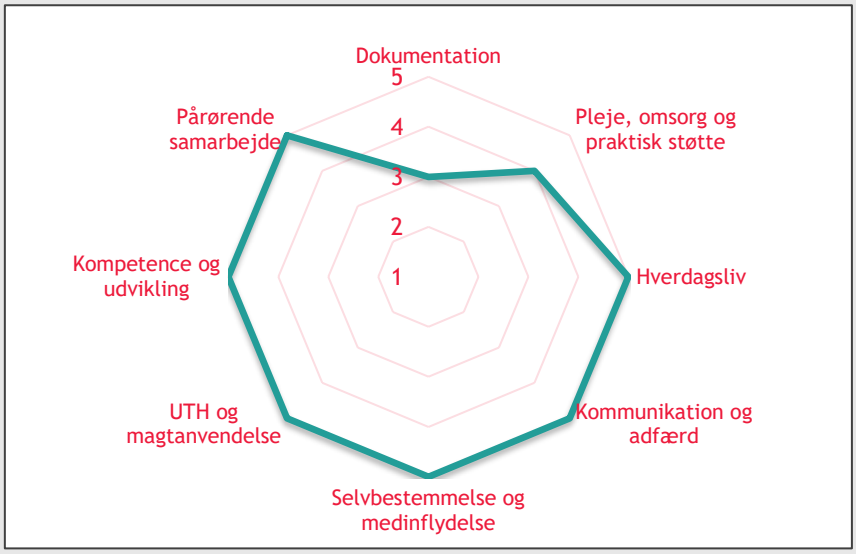
Tilsynet har samlet set givet Holbæk Kommunes centre, heraf to friplejehjem, 43 anbefalinger. Alle centre har fået anbefalinger, som skal ses i et lærende perspektiv med henblik på at udvikle eller fastholde den gode kvalitet.

Overordnet er der fortsat behov for målrettet fokus på dokumentationspraksis, så alle centre opnår en ensartet og systematisk tilgang til brug af systemet.

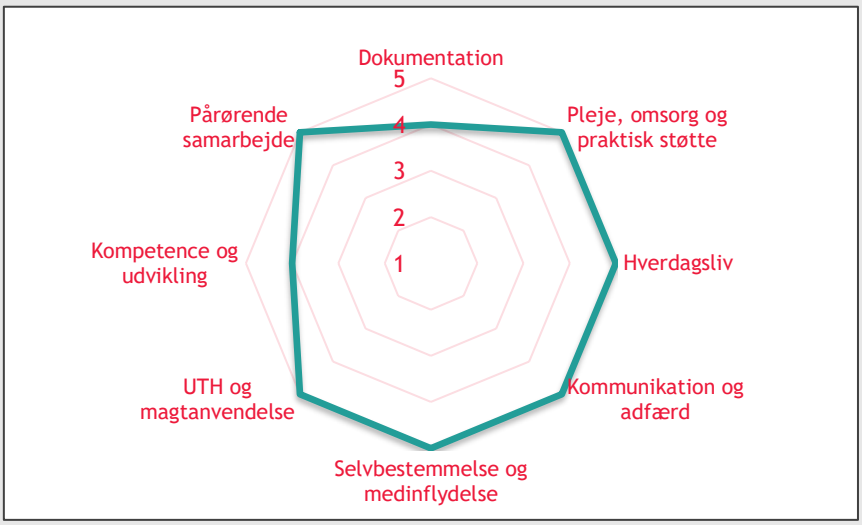
Nedenfor ses fordelingen af anbefalingerne inden for de respektive temaer ved 2022.

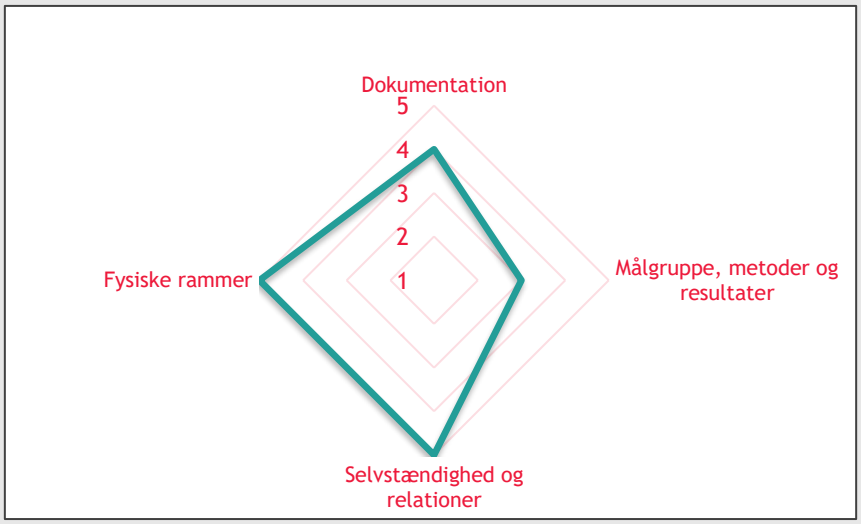
	Dokumentation	Pleje og omsorg og praktisk støtte	Hverdagsliv	Selvbestemmelse og medindflydelse	UTH og magtanven-delse	Kompetencer og ud-vikling	Pårørendesamarbejde	Målgruppe, metode og resultater	Selvstændighed og re-lationer	Fysiske rammer	Total
Elmelunden	2	1									3
Fjordstjernen	2					1		2			5
Kastaniely	2	1					1				4
Kildehaven	2	3		1	1	4	3				14
Tysingehave	1		1			1					3
Samsøvej	2	1			1						4
Stenhusbak-ken	2	1	2	1	2	1	1				10
	13	7	3	2	4	7	5	2			43

1.6 INDIVIDUELLE VURDERINGER OG ANBEFALINGER

Bemærkning	Anbefalinger
Elmelunden 	
Dokumentation SEL Tilsynet bemærker, at der i forhold til journalføringen er mangler i forhold til, at: • Helbredsoplysninger ikke systematisk er udfyldt, men oplysninger fremgår andet sted i journalen. • Mestring, ressourcer og motivation mangler beskrivelse, men det fremgår delvist under samlet faglig vurdering. • Funktionstilstande mangler enkelte opdateringer og sammenhæng til døgnrytmeplan. • Borgers forventninger og mål/indsats/indsatsmål mangler at blive beskrevet. • Der i en journal er anført medicinske præparater.	Tilsynet anbefaler ledelsen at sikre, at det igangværende fokus på dokumentationspraksis fastholdes, så alle journaler fremstår opdaterede med fælles systematik, herunder at helbredsoplysninger, beskrivelse af mestring, ressourcer og motivation og livshistorie fremgår under generelle oplysninger. Derudover anbefales det, at funktionstilstande er opdaterede, og at der er sammenhæng mellem funktionstilstande og døgnrytmeplan. Endelig anbefales det, at der i alle journaler dokumenteres borgers forventning og mål/indsatsmål. Tilsynet anbefaler, at medicinske oplysninger udelukkende fremgår i FMK.
Pleje, omsorg og praktisk støtte Tilsynet bemærker, at enkelte borgere påtaler rengøringsstandarden, og at de oplever, at rengøringen i deres boliger ikke er optimal.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at alle medarbejderne har kendskab til serviceniveauet for praktisk støtte, samt at der sker forventningsafstemning, så borgerne modtager hjælp, svarende til serviceniveau.

Fjordstjernen

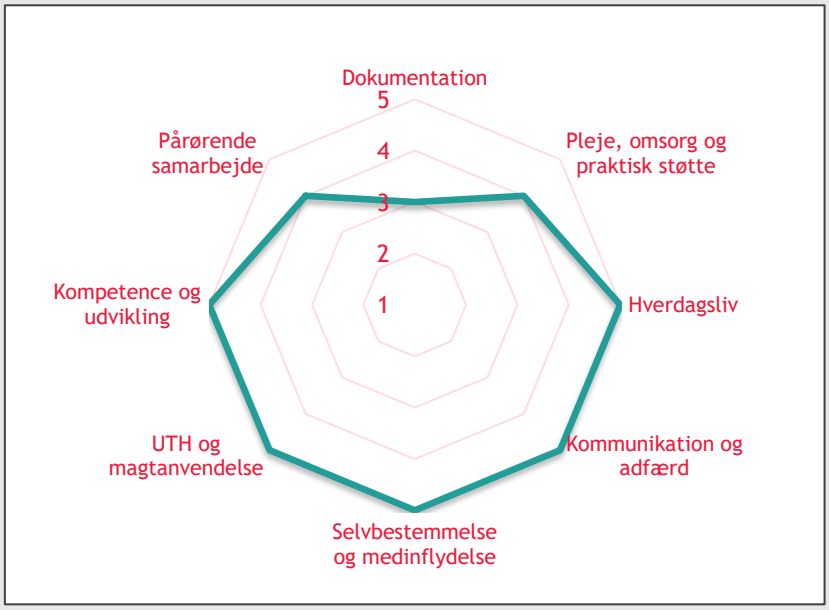




Dokumentation *<u>SEL</u>* Tilsynet bemærker vedrørende journalføringen, at der ses sporadiske mangler i forhold til funktionsevnebeskrivelser, indsatsmål og beskrivelser af problemstilling i døgnrytmeplanen.	Tilsynet anbefaler, at der fortsat arbejdes på at kvalificere dokumentationen, så den fremstår sammenhængende og fyldestgørende.
<u>Socialfaglig</u> Tilsynet bemærker, at der ses få mangler i dokumentationen, fx er et delmål ikke afsluttet. Det bemærkes, at evalueringerne i flere tilfælde står med den ældste evaluering øverst, hvilket gør det vanskeligt at se, om der er nye evalueringer.	Tilsynet anbefaler, at der fortsat er fokus på regelmæssig opdatering af data, samt at dateringen foretages hensigtsmæssigt.
<u>Kompetencer og udvikling</u> Tilsynet bemærker, at der er ansat ufaglærte medarbejdere i faste pædagogstillinger.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsat har fokus på at rekruttere og fastholde faguddannet personale for at styrke et fælles fagligt refleksionsniveau og sikre kompetencer.

Målgruppe, metoder og resultat Tilsynet bemærker, at medarbejderne bliver usikre, når de i deres fremstilling skal koble den neuropædagogiske tilgang til de konkrete metoder. Tilsynet bemærker, at målgruppebeskrivelsen fortsat er bredt beskrevet på Tilbudsportalen. Det bemærkes, at der på afdelingen Voksen handicap er beskrevet målgrupper, der ikke er relevante for tilbuddet.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter en særlig opmærksomhed på, at medarbejderne tilegner sig kompetencer i form af værktøjer, som anvendes i praksis med afsæt i den neuropædagogiske tilgang. Tilsynet anbefaler, at ledelsen med fordel kan arbejde med at definere en mere præcis og mindre bred målgruppe, så der sikres sammenhæng mellem målgruppe, faglige tilgange og metoder.

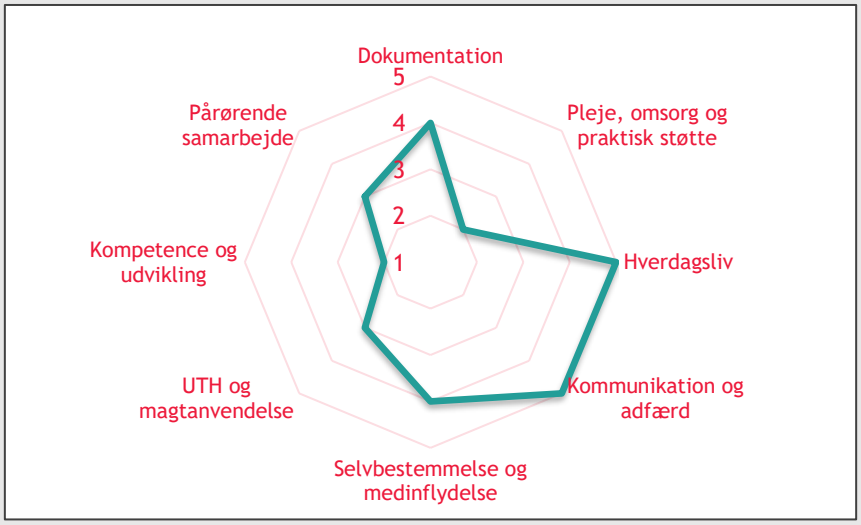
Kastaniely

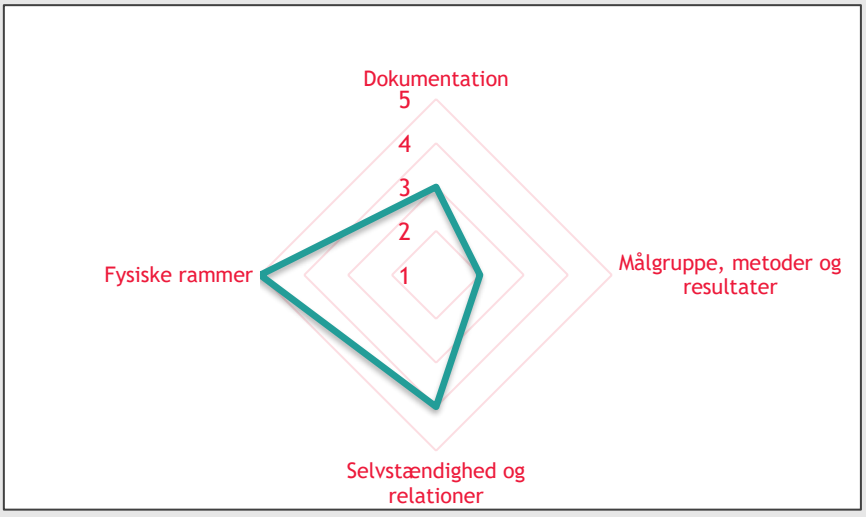


Dokumentation Tilsynet bemærker, at der vedrørende dokumentationen mangler opdaterede generelle oplysninger og helbredsoplysninger, og at døgnrytmeplaner mangler beskrivelse af problemstillinger og handlevejledende beskrivelser. Ligeledes bemærkes det, at der mangler udfyldelse af borgers mål og ønsker for indsatsen, samt at der ikke ses systematisk sammenhæng mellem funktionsevnetilstande, døgnrytmeplan og Blomsten. Tilsynet bemærker at medarbejderne tilgår og drøfter borgerinformationer på fællesarealer, dog er medarbejderne opmærksomme på at skærme af i forhold til oplysninger om borgerne på fællesarealer.	Tilsynet anbefaler, at der fortsat er fokus på dokumentationspraksis, så dokumentationen fremstår sammenhængende, opdateret og fyldestgørende og med fokus på udfyldelse af borgers mål og ønsker i tilstande. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsat arbejder på en løsning, så der skabes tryghed for, at gældende regler for GDPR overholdes.
Pleje, omsorg og praktisk støtte Tilsynet bemærker en borger, som har et behandlingshjælpemiddel i boligen, og som har sundhedsmæssige problemstillinger, som ikke er fulgt.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen hos den konkrete borger sikrer, at der foretages opfølgning på borgerens sundhedsmæssige problemstilling.

Pårørende samarbejde Tilsynet bemærker, at enkelte pårørende i varierende grad er tilfredse med samarbejdet, blandt andet i forhold til at overholde aftaler og at være opsøgende i samarbejdet.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen indarbejder fast praksis for pårørendesamarbejdet i forhold til, at indgåede aftaler overholdes samt at være mere opsøgende med evt. faste opfølgningsaftaler.

Kildehaven



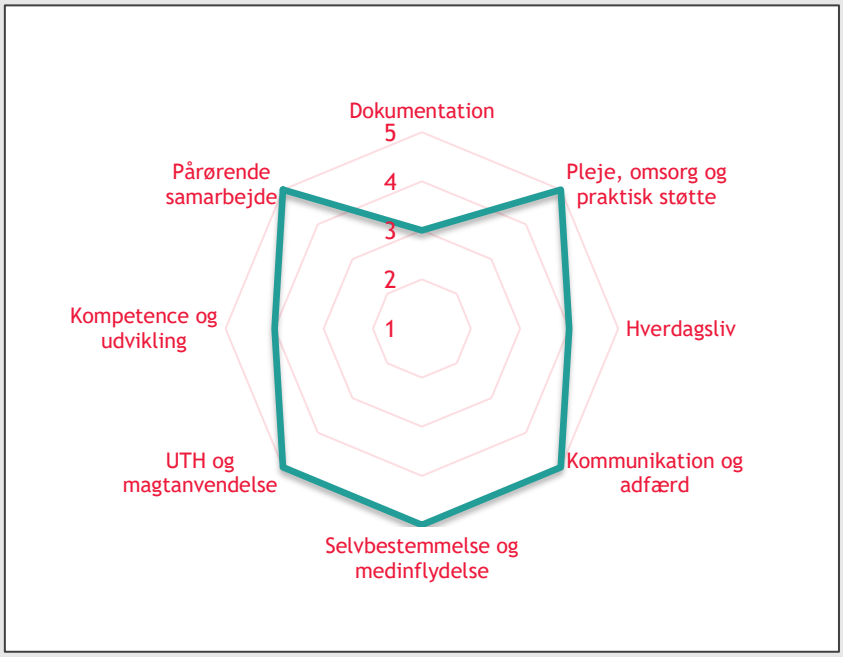


Dokumentation *SEL* Tilsynet bemærker, at der vedr. journalføring på alle borgerne mangler funktionsvurdering for borgernes bevilling. Ligeledes bemærkes det, at der mangler systematik i forhold til at dokumentere vægt på borgerne. *Socialfaglig* Tilsynet bemærker, at dokumentationen ikke i tilstrækkelig grad foretages systematisk, herunder gennem opstilling af delmål og opfølgning herpå.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen drøfter, hvordan der sikres dokumentation for borgernes funktionsvurdering, som ligger til grund for udmålingen af borgernes indsatser og bevilling, evt. ved at rette henvendelse til og drøfte dette med borgernes hjemkommune. Tilsynet anbefaler at der arbejdes med ensartet praksis for dokumentation på borgernes vægt. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer ensartet og systematisk dokumentation med henblik på at kunne følge borgernes progression samt tilpasse indsatsen løbende.

Pleje, omsorg og praktisk støtte Tilsynet bemærker, at medarbejderne under interviewet udtrykker, at de i højere grad kunne have fokus på at inddrage borgernes ressourcer.	Tilsynet anbefaler, at alle medarbejderne introduceres til den rehabiliterende tankegang. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter afdækning af den enkelte borgers ressourcer med henblik på at sikre borgers optimale udviklingsmuligheder.
Tilsynet bemærker, at medarbejderne giver udtryk for, at det ikke altid er muligt at få løbende sparring på sundhedsfaglige problemstillinger i hverdagen.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at adgangen til de sundhedsfaglige kompetencer styrkes.
Selvbestemmelse og indflydelse Tilsynet bemærker, at borgerne tilkendegiver, at de ikke har indflydelse på menuvalg.	Tilsynet anbefaler, at borgerne sikres indflydelse på menuvalg i tilbuddet.
UTH og magtanvendelse Tilsynet bemærker, at medarbejderne udtrykker, at der på områder, fraset medicin og fald, indrapporteres få UTH i forhold til, hvad der kan forventes sammenlignet med tilsvarende tilbud. Tilsynet bemærker, at medarbejderne ikke er undervist i de nyeste retningslinjer for magtanvendelse fra 2020.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter den relevante undervisning samt lægger en plan for løbende opfølgning vedr. UTH. Herunder introduktion til nye medarbejder og afløsere.
Kompetence og udvikling Tilsynet bemærker, at der arbejdes med delegering af sundhedslovsydelser, og at medarbejderne i den forbindelse oplyser, at der ikke altid er individuel oplæring til en delegeret opgave, og ligeledes at oplæring kan ske uden involvering af relevant sundhedspersonale, fx fra ufaglært til ufaglært.	Tilsynet anbefaler og indskærper ledelsen at sikre, at der anvendes og arbejdes ud fra korrekt delegeringspraksis, herunder at der udarbejdes og sikres implementering af retningslinjer på området.
Tilsynet bemærker, at der ikke er en ligelig fordeling af sundhedsfaglige kompetencer i de enkelte afdelinger.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer en mere ligelig fordeling af de sundhedsfaglige kompetencer imellem afdelingerne.
Tilsynet bemærker, at medarbejdersammensætningen består af forskellige faglige kompetencer, hvoraf flere er ufaglærte.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen målrettet og systematisk arbejder med kompetenceudvikling for at løfte det faglige niveau. Tilsynet anbefaler, at ledelsen har målrettet fokus på rekruttering og fastholdelse af medarbejdere med relevante faglige uddannelser.
Pårørende samarbejde Tilsynet bemærker at en pårørende udtrykker, at ledsagerordningen ikke fungerer optimalt.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen melder ud til borgere og pårørende, hvordan de vil arbejde med ledsagerordningen. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at aftaler indgået med borgerne, overholdes.

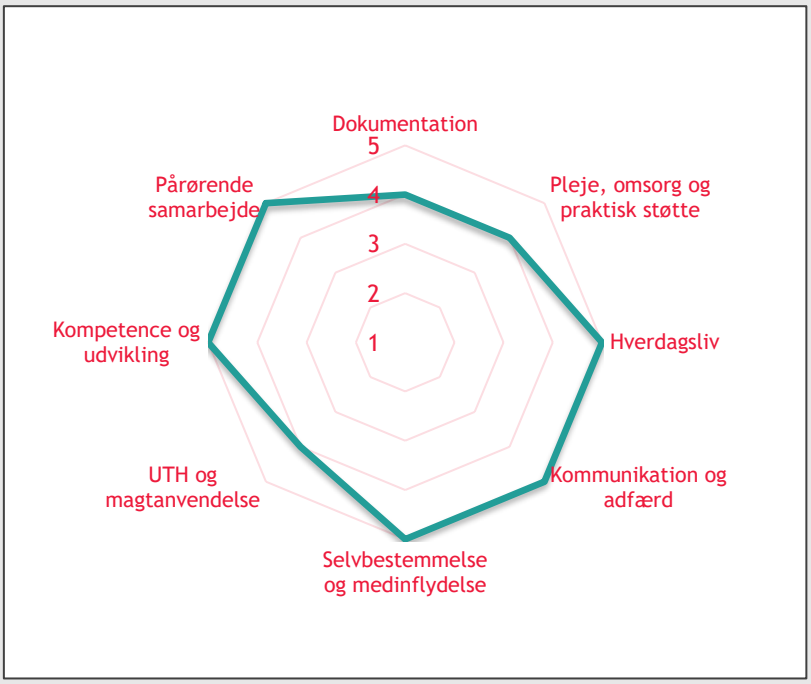
Tilsynet bemærker, at en pårørende udtrykker bekymring over aflysning af aftaler om aktiviteter til borgerne, særligt i en afdeling. Tilsynet bemærker, at en pårørende udtrykker bekymring over mangelfuld og sen information vedr. den aktuelle situation.	Tilsynet anbefaler, at information til de pårørende gives så hurtigt som muligt.

Tysingehave



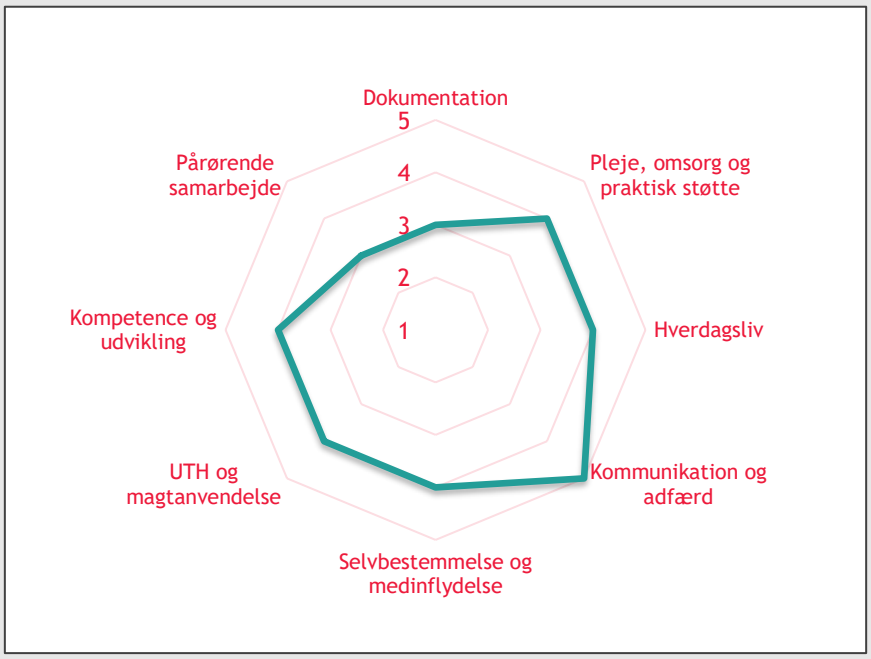
Dokumentation Tilsynet bemærker, at der i forhold til journalføringen er flere mangler i forhold til: • At generelle oplysninger er fyldestgørende og opdaterede, herunder at borgernes livshistorie er beskrevet. • At helbredsoplysninger er opdaterede og fyldestgørende og fremstår med en ensartet systematik. • At funktionstilstande mangler enkelte opdateringer, og ligeledes at der mangler enkelte beskrivelser af borgernes ønsker og mål for boindsats/indsatsmål. • At døgnrytmeplanen er opdateret og fyldestgørende.	Tilsynet anbefaler ledelsen at sikre, at der fortsat er fokus på dokumentationspraksis, så alle journaler er fyldestgørende i forhold til generelle oplysninger, herunder helbredsoplysninger og borgernes livshistorie. Ligeledes anbefales det, at funktionstilstande er opdaterede, og at der systematisk beskrives borgernes ønsker og mål for indsatsen, samt at døgnrytmeplaner er opdaterede og fyldestgørende.
Hverdagsliv Tilsynet bemærker, at to borgere har ønsker i forhold til individuelle aktiviteter.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen i dialog med medarbejderne sætter fokus på individuelle aktiviteter, fx med afsæt i borgernes livshistorie.
Kompetencer og udvikling Tilsynet bemærker, at medarbejdersituationen er præget af, at der i perioder benyttes en del afløsere. Det kan i vagterne opleves, at der er få faste medarbejdere og flere afløsere, hvilket får betydning for afvikling af de tværfaglige mødefora.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsat har fokus på rekruttering for at sikre stabilitet i medarbejdergruppen og afvikling af de borgerrettede møder.

Samsøvej



Dokumentation SEL Tilsynet bemærker, at der i forhold til journalføringen er mangler i forhold til, at: • Helbredsoplysninger ikke systematisk er udfyldte, men oplysninger fremgår andet sted i journalen. • Beskrivelse af mestring, ressourcer, motivation og livshistorie er beskrevet, dog mangler enkelte opdateringer og fælles systematik. • Funktionstilstande mangler enkelte opdateringer og enkelte sammenhænge til døgnrytmeplanen. • Beskrivelse af borgers ønsker og mål for borgers indsats/indsatsmål er beskrevet, dog mangler der generelt indsatsmål. Der i en journal er anført medicinske præparater.	Tilsynet anbefaler ledelsen at sikre, at det igangværende fokus på dokumentationspraksis fastholdes, så alle journaler fremstår opdaterede med fælles systematik, herunder sammenhæng mellem funktionstilstand og døgnrytmeplan, samt at der i alle journaler beskrives indsatsmål. Tilsynet anbefaler, at medicinske oplysninger udelukkende fremgår i FMK.
UTH og magtanvendelse Tilsynet bemærker, at der under interview med medarbejderne er usikkerhed omkring principper for magtanvendelse.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen i dialog med medarbejderne genopfrisker principper for magtanvendelse.
Pleje, omsorg og praktisk støtte Tilsynet bemærker, at medarbejderne tilkendegiver, at de i pressede situationer ikke arbejder fuldt rehabiliterende.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen i dialog med medarbejderne afstemmer, hvilke indsatser der skal prioriteres i pressede situationer

Stenhusbakken



Dokumentation Tilsynet bemærker, at der i forhold til journalføringen er flere mangler i forhold til, at: • Helbredsoplysninger er udfyldt på alle borgere, men med enkelte mangler. • Funktionstilstande mangler enkelte opdateringer. • Beskrivelse af borgers ønsker og mål for borgers indsats/indsatsmål er sparsomt udfoldet. • Beskrivelse af mestring, ressourcer, motivation og livshistorie er beskrevet, dog ses der enkelte mangler. • At døgnrytmeplanen mangler enkelte opdateringer, og at beskrivelse af hjælpen i enkelte journaler kan foldes yderligere ud i forhold til aftenvagten. At der i flere journaler er anført medicinske præparater.	Tilsynet anbefaler ledelsen at sikre, at der fortsat er fokus på dokumentationspraksis, så alle journaler er fyldestgørende, samt at der i alle journaler beskrives borgers ønsker og mål for indsatsen/indsatsmål. Tilsynet anbefaler, at medicinske oplysninger udelukkende fremgår i FMK.
Pleje, omsorg og praktisk støtte Tilsynet bemærker, at der ikke arbejdes systematisk med Tom Kidwoods teori og metode, fx er der ifølge medarbejderne ikke systematiske borgerkonferencer, og medarbejderne tilkendegiver samtidig, at tilgangen til borgere med demens overvejende er erfaringsbaseret	Tilsynet anbefaler ledelsen et fortsat fokus på en systematisk tilgang til arbejdet med borgerkonferencer, herunder at teori og metode indgår integreret i medarbejdernes praksis.
Hverdagsliv Tilsynet bemærker, at der kun i et begrænset omfang tilbydes en-til-en aktivitet.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen i samarbejde med medarbejderne finder løsninger på, at borgerne efter behov tilbydes en til en aktivitet.

Tilsynet bemærker, at fælles aktiviteter og måltidssituationen er udfordret på de fysiske rammer, idet lokalet som anvendes, ligger centralt i plejecentret, og er gennemgang mellem afdelinger samt anvendes af medarbejderne til frokostpause, hvilket giver uro i forhold til aktiviteter og måltidet.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen afdækker muligheder for at finde løsninger, der kan tilgodese mere ro omkring måltid og aktivitet.
Selvbestemmelse og medindflydelse Tilsynet bemærker, at livshistorie ikke systematisk indgår som et aktivt værktøj i forhold til borgernes selvbestemmelse.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medarbejderne arbejder systematisk med borgernes livshistorie.
UTH og magtanvendelse Tilsynet bemærker, at medarbejderne tilkendegiver, at de ikke oplever, at der sker systematisk opfølgning og læring på UTH. Tilsynet bemærker, at der er usikkerhed omkring arbejdsgange og retningslinjer for magtanvendelse.	Tilsynet anbefaler ledelsen, at der implementeres fast praksis for opfølgning og læring på UTH. Tilsynet anbefaler, at det sikres, at alle medarbejdere har kendskab til arbejdsgange og retningslinjer for magtanvendelse.
Kompetencer og udvikling Tilsynet bemærker, at medarbejderne efterspørger tematiseret undervisning i aktuelle faglige temaer.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen i dialog med medarbejderne aftaler rammer og vilkår for kompetenceudvikling.
Pårørendesamarbejdet Tilsynet bemærker, at flere pårørende tilkendegiver, at deres oplevelse af aftaler ikke altid efterleves, samt at enkelte pårørende oplever, at der ikke er tilstrækkelig information/kommunikation.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen sætter fokus på samarbejdet med de pårørende, herunder at indgåede aftaler overholdes. Ligeledes anbefales det at være opsøgende i samarbejdet, fx invitere til opfølgende møder i forbindelse med den halvårlige borgergennemgang.

2. TILSYN PÅ DAGCENTER

2.1 OVERORDNET VURDERING

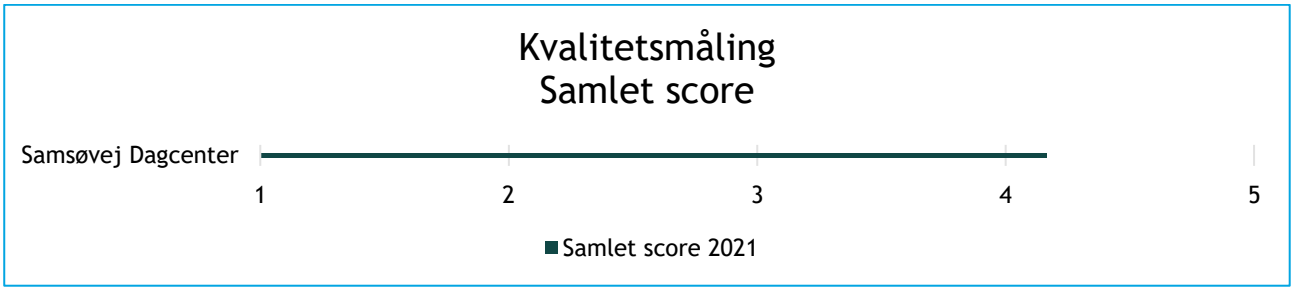
BDO har på vegne af Holbæk Kommune foretaget et uanmeldt tilsyn på Dagcenter Samsøvej. BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem interviews, observationer og skriftligt materiale.

Det er tilsynets samlede vurdering, at Dagcenter Samsøvej er et velfungerende dagcenter, som har engagerede medarbejdere og ledelse, som bidrager til trivsel for borgerne. Vurderingen er, at dagcentret lever op til Holbæk Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau. Dog er der flere mangler i journalføringen, som kræver en målrettet og fokuseret indsats at udbedre.

Dagcentrets tilbud om socialt samvær og aktiviteter leveres med en høj faglig kvalitet og med et målrettet fokus på at styrke borgernes relations dannelse og sociale netværk. Borgerne er særdeles tilfredse med dagcentrets tilbud og de mange aktiviteter.

Tilsynets vurdering er, at der i høj grad er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at dagen tilrettelægges med afsæt i borgernes individuelle mål og behov og på deres præmisser. Medarbejderne er fagligt kompetente, og medarbejderne kan på relevant vis reflektere over, hvordan de arbejder med pædagogiske indsatser til borgere med demens.

Det vurderes, at der i dagcentret er en imødekommende kultur, og borgerne og de pårørende er meget tilfredse med samarbejdet med medarbejderne. En pårørende udtrykker dog usikkerhed om, hvem der er kontaktperson og ligeledes et behov for øget dialog med medarbejderne.

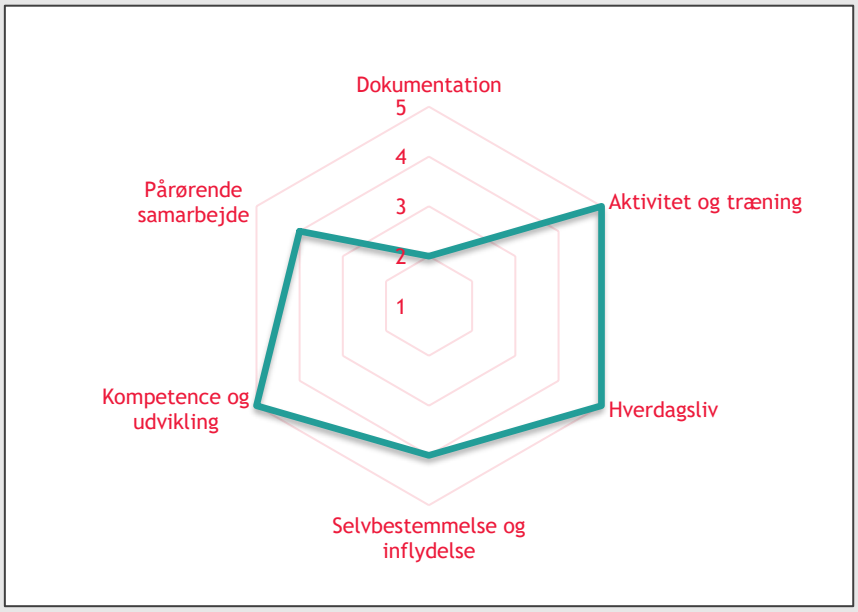


Anbefalinger

Tilsynet har givet fire anbefalinger til dagcentret fordelt på tre tema, som er henholdsvis dokumentation, selvbestemmelse og indflydelse og pårørendesamarbejdet. Der henvises til skemaet med bemærkninger og anbefalinger.

2.2 TILSYNETS VURDEDRING OG ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger i forhold til den fremadrettede udvikling på dagcentret:

Bemærkninger	Anbefalinger
Samsøvej Dagcenter 	
Dokumentation Tilsynet bemærker vedrørende dokumentationen, at: • Det i to tilfælde ikke er muligt at genfinde formål og mål med dagcenteropholdet. • Der i to tilfælde mangler udfyldelse af de generelle oplysninger og livshistorie. • Der i et tilfælde mangler dagrytmeplan • Det i to tilfælde ses, at dagrytmeplanen helt eller delvist mangler i forhold til borgernes aktuelle problemstillinger og kognitive udfordringer, samt hvorledes der støttes op om disse.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen kontakter myndigheden med henblik på afklaring og ensartet arbejdsgang i forhold til dokumentationen vedrørende borgerens formål og mål med dagcenteropphold. Tilsynet anbefaler, at ledelsen i forbindelse med ny implementeringsproces på dokumentationen udvikler arbejdsgange, så medarbejderne bidrager til udfyldelse af dokumentationen, herunder at sikre fyldestgørende udfyldelse af dagrytmeplan.
Selvbestemmelse og indflydelse Tilsynet bemærker, at medarbejderne udtrykker, at de kan blive bedre til at få dokumenteret borgernes livshistorie.	Tilsynet anbefaler, at ledelsen i forbindelse med ny implementeringsproces udvikler arbejdsgange, så der arbejdes systematisk med dokumentation af borgernes livshistorie for at kunne understøtte borgernes selvbestemmelse og et meningsfuldt liv.
Pårørende samarbejdet Tilsynet bemærker, at en pårørende udtrykker usikkerhed om, hvem der er borgerens kontaktperson og ligeledes et behov for, at dialogen styrkes.	Tilsynet anbefaler, at medarbejderne kontakter den pårørende og afstemmer forventninger til samarbejdet.

3. FORMÅL OG METODE

3.1 FORMÅL

Det overordnede formål med tilsynene er at afdække, hvorvidt der er sammenhæng mellem de beskrevne og vedtagne rammer, og den praksis, der udføres på stedet.

Tilsynet vil, jf. lovgivningen og bekendtgørelsen på området, have fokus på, at det enkelte tilbud er tilpasset den enkeltes borgers ønsker og muligheder. Herunder at tilbuddet medvirker til at øge den enkeltes livskvalitet i dagligdagen, at der er mulighed for personlig udvikling, at der er mulighed for at deltage i relevante sociale aktiviteter, og at der er mulighed for at udfolde sig sammen med andre og deltage i sociale fællesskaber. Tilsynet vil endvidere have fokus på de pædagogiske, organisatoriske og personalemæssige forhold.

Det overordnede formål med BDO's tilsynskoncept er at:

- Kontrollere om der på det enkelte tilbud praktiseres en udviklende og relevant ydelse, der er afpasset målgruppen som sådan, samt den enkeltes ønsker og muligheder.
- Kontrollere at gældende lovregler, kvalitetsstandarder, serviceniveau og administrative retningslinjer efterleves.
- Understøtte en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten af tilbuddet.
- Skabe grundlag for refleksion over egen praksis hos både medarbejdere og ledelse.

3.2 METODE

Metodisk arbejdes der ud fra tre datakilder, hhv. gennemgang af dokumentation, observation og semistrukturerede kvalitative interviews med ledelse, medarbejdere og borgere. Tilsynene foretages som uanmeldte tilsyn.

Interviewguides vil være målrettet det enkelte tilbudstype. De tilsynsførende vil have en faglig baggrund som er relevant inden for det pågældende tilsynsområde. Således vil tilsynet også med hensyn til dokumentation, have viden om og erfaring med at gennemgå og vurdere dokumentationen uanset område.

3.3 VURDERING

I tilsynene i Holbæk Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

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 borgere 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 borgerne • 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 borgerne • 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 borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne • 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 borgerne • Der er fare for borgernes 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 plejecentre, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.