



# Tilsynsrapport Aalborg Kommune

Senior og Omsorg  
Skipper Klement Demensplejehjem

Uanmeldt socialfagligt og sundhedsfagligt tilsyn  
Maj 2024

# Forord

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

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om demensplejehjemmet.

Anden del af rapporten indeholder de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og de individuelle undersøgelser. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. Vurderingsskala findes sidst i rapporten.

Tilsynets form, indhold, metode og afvikling er afstemt med kommunen.

På bagsiden findes information om BDO.

## Med venlig hilsen



Birgitte Hoberg Sloth

*Partner*

Mobil: 28 10 56 80

Mail: [bsq@bdo.dk](mailto:bsq@bdo.dk)

**Partneransvarlig**



Helle Charlotte Nielsen

*Senior Manager*

Mobil: 41 89 00 92

Mail: [henie@bdo.dk](mailto:henie@bdo.dk)

**Projektansvarlig**

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



# 1. Oplysninger om Demensplejehjemmet

## Tabel med oplysninger om Demensplejehjemmet og tilsynet

Navn og adresse: Skipper Klement Demensplejehjem, Runddyssen 289, 9230 Svenstrup J.

Leder: Vikarierende leder Jakob Thøgersen

Tilbudstype og juridisk grundlag: Kommunalt demensplejehjem

Målgruppebeskrivelse: Borgere visiteret til plejebolig

Antal boliger: 48 boliger, heraf 12 aflastningspladser

Dato for tilsynsbesøg: Den 14. maj 2024, kl. 08.00 - 14.30

Deltagere i interviews:

Vikarierende leder og to assisterende ledere, tre medarbejdere, to borgere og to pårørende.

Tilsynet foretog endvidere observationer på fællesarealer samt små dialoger med borgere og medarbejdere undervejs i tilsynet.

Tilsynet blev afrundet med ledelsen, der fik en kort tilbagemelding om tilsynsforløbet.

Tilsynsførende:

Manager Jeanette Serup, sygeplejerske

## 1.1 Aktuelle vilkår

Tilsynet indledes og planlægges i samarbejde med ledelsen, som består af vikarierende leder samt to assisterende ledere. Ledelsen har fordelt ledelsesopgaverne imellem sig, hvor vikarierende leder har det overordnede ansvar for ledelsen, medarbejdere og demensplejehjemmet. Den ene assisterende leder, der har været ansat et års tid, har det overordnede sundhedsfaglige ansvar, og den anden assisterende leder har ansvaret for pårørendesamarbejdet, indflytningssamtaler og det administrative vedr. aflastningspladserne. Vikarierende leder, der er tiltrådt stillingen i august måned 2023, oplyser om et demensplejehjem med dedikerede medarbejdere, som har været igennem og fortsat er i en positiv udviklingsproces. Vikarierende leder har siden sin opstart prioriteret en sikker drift og borgernes trivsel, ligesom rekruttering af faglærte medarbejdere har været et aktivt indsatsområde, og har resulteret i fastansættelse af flere faglærte medarbejdere, så forbruget af vikarer er halveret siden sidste års tilsyn. Fordeling af medarbejderressourcer har ligeledes ledelsens store bevågenhed ift. at sikre rette kompetencer på alle tider af døgnet, hvorfor en ny vagtplanlægning er iværksat, og medvirker til rette levering af kerneydelser til borgerne, fordelt på hele døgnet. Derudover oplyser ledelsen om reetablering af mono- og tværfaglige møder, ligesom dokumentationspraksis samt medicin håndtering har været udviklingsområder, demensplejehjemmet har fokuseret på.

Ledelsen redegør for de mange indsats- og udviklingsområder, og de tilkendegiver samtidigt at have prioriteret de forskellige tiltags rækkefølge for at sikre medarbejderdeltagelse og -interesse, idet de overtog en træt medarbejdergruppe, som var præget af flere lederskift og et højt sygefravær. Dog bemærker ledelsen positivt medarbejdernes trivsel i takt med implementering af de forskellige ledelsesmæssige tiltag.

Medarbejdersituationen er, ifølge ledelsen, stabil. Korttidsfraværet beskrives som lavt, hvor langtidsfraværet aktuelt er påvirket af to medarbejders langtidssygemeldinger. Vikarierende leder tilføjer, at der for de to sygemeldte medarbejdere er udarbejdet en plan for tilbagevenden til jobbet, og at sygemeldingerne ikke er arbejdsrelaterede. Der er ingen vakante stillinger, og ledelsen oplyser, at der ikke er modtaget klager siden sidste tilsyn.

## 1.2 Opfølgning

Ledelsen oplyser at have arbejdet med sidste års anbefalinger vedr. medarbejdernes ønske om reetablering af borgerrelaterede møder, dokumentationspraksis samt nedbringelse af brugen af eksterne vikarer med henblik på at sikre kontinuitet i kerneopgaven.

Tilsynet bemærker, at anbefalinger vedr. dokumentationen fortsat er gældende, ligesom brug af eksterne vikarer stadig anvendes, omend i et mindre omfang.

# 2. Socialfagligt tilsyn

## 2.1 Overordnet vurdering

BDO har på vegne af Aalborg Kommune foretaget et uanmeldt socialfagligt tilsyn på Skipper Klement Demensplejehjem. BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem interviews, observationer og skriftligt materiale.

Der er foretaget tre stikprøver.

Det er tilsynets overordnede vurdering, at Skipper Klement Demensplejehjem efterlever det politisk fastsatte serviceniveau og de dertil knyttede kvalitetsstandarder for området.

Tilsynet vurderer, at demensplejehjemmet er i en positiv udviklingsproces efter en turbulent tid med lederskifte, et højt sygefravær og deraf et højt forbrug af eksterne vikarer. Den nuværende ledelse har sikret rekruttering af faglærte medarbejdere samt iværksat flere udviklingstiltag, som understøtter og sikrer rette kompetencer til leveringen af kerneopgaven, og som medvirker til trivsel og trygge rammer for borgerne. Tilsynet vurderer desuden, at der er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at hverdagslivet på stedet tilrettelægges på borgernes præmisser.

Pleje, omsorg og praktisk hjælp leveres med en høj borger- og pårørendeoplevet kvalitet, og medarbejderne kan på relevant vis reflektere over, hvordan de arbejder rehabiliterende i samspillet med borgere med demenssygdomme. Det er tilsynets vurdering, at dokumentationspraksis fortsat udgør et udviklingsområde, ligesom tilsynet fortsat anbefaler en ledelsesmæssig opmærksomhed på nedbringelse af vikarforbruget.

I relation til årets fokusområde er demensplejehjemmet kendetegnet ved stor opmærksomhed på at sikre den gode indflytning for borgerne, hvilket understøttes af dialoger forud for indflytning, indflytningssamtaler og løbende opsamlingsmøder alt efter behov.

Det socialfaglige tilsyn har givet anledning til fem anbefalinger, som er rettede mod temaerne *Målgrupper, metoder og resultater*, *Anerkendelse, inddragelse og indflydelse* og temaet *Kompetencer*, og det er tilsynets vurdering, at manglerne vil kunne udbedres ved en målrettet indsats af såvel ledelse som medarbejdere.

## 2.2 Tilsynets bemærkninger og anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende bemærkninger og anbefalinger i forhold til demensplejehjemmet fremadrettede udvikling:

### 2.2.1 Bemærkninger

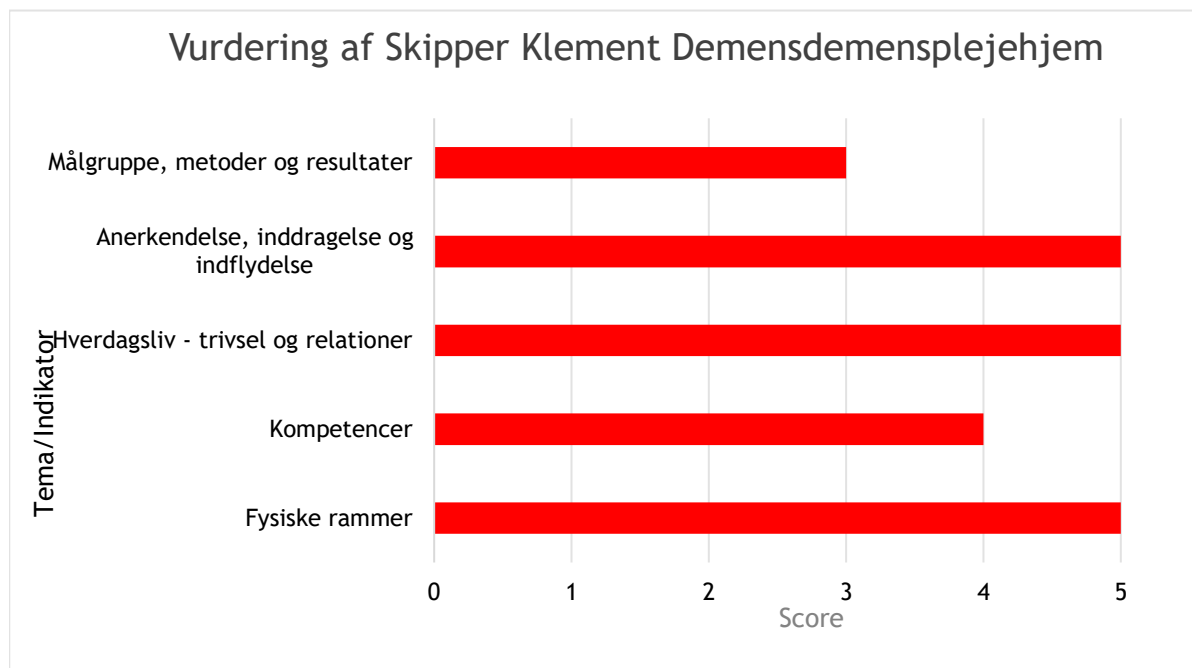
Grundet borgernes dagsform har det for tilsynet kun været muligt at spørge sporadisk ind til borgernes oplevelse af pleje, omsorg og hverdagslivet på demensplejehjemmet.

## 2.2.2 anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler ledelsen at følge op på pårørendeudsagn vedr. ønske om, at medarbejderne bærer navneskilte.
2. Tilsynet anbefaler, at medarbejderne opdaterer besøgsplaner med fyldestgørende beskrivelser af borgernes aktuelle pleje- og omsorgsbehov, herunder støtte i forbindelse med bad, toiletbesøg og medarbejdernes faglige tilgange i relevante tilfælde.
3. Tilsynet anbefaler medarbejderne at ajourføre generelle oplysninger med punkterne mestring, motivation, ressourcer samt borgerens livshistorie i de konkrete tilfælde.
4. Tilsynet anbefaler medarbejderne at tydeliggøre faglige indsatser i observationsnotater ved observerede ændringer af borgernes adfærd.
5. Tilsynet anbefaler ledelsen en fortsat opmærksomhed på at nedbringe forbruget af afløsere og eksterne vikarer med henblik på at sikre kontinuitet og rette kompetencer til målgruppen.

## 2.3 Score

For hvert overordnet tema, der undersøges i tilsynet, opnår tilbuddet en score fra 1-5, hvor 5 er den bedste. Således fremgår det af nedenstående figur, i hvor høj grad tilbuddet opfylder indikatorerne for hvert tema. (Temaer, som ikke er relevante for det pågældende tilbud, tæller ikke med i den samlede vurdering).



## 2.4 Vurdering i forhold til temaer

### 2.4.1 Målgruppe, metoder og resultater

**Score: 3**

**Vurdering:**

Tilsynet vurderer, at demensplejehjemmet i middel grad lever op til indikatorerne. Borgerne er tilfredse med de pleje- og omsorgsydelser, de modtager, og som svarer til deres behov. En borger oplyser, at det har været en stor omvæltning at flytte på demensplejehjem, men borgeren er nu faldet godt til, og fremhæver, at medarbejderne

er søde og omsorgsfulde over for borgeren. En anden borger oplyser at være meget selvhjulpne i plejesituationer, men borgeren er glad for den hjælp, borgeren modtager ifm. sin udskillelsesproblematik. Borgerne, som tilsynet har mødt, fremstår alle soignerede, og de virker veltilpassede. De pårørende er overvejende tilfredse med kvaliteten af den leverede pleje og omsorg til deres kære. Dog bemærker en pårørende, at medarbejderne ikke bærer navneskilte, hvilket borger har et ønske om, alternativt en medarbejdertavle med billeder og navne af medarbejderne, så den pårørende fx kan understøtte sit familiemedlem i, hvem der har hjulpet borgeren den pågældende dag. Pårørendeudsagnet er formidlet til ledelsen, som vil følge op med den pårørende.

Demensplejehjemmet arbejder med faglige tilgange og metoder, der skaber kontinuitet, og som sikrer borgerne den relevante pleje og omsorg via faste kontaktteams, koordinerende morgenmøder samt orientering i dokumentationen. De faste teams omkring borgerne sikrer, ifølge medarbejderne, genkendelighed og tryghed for borgerne samtidigt med, at borgerkendskabet for medarbejderne ligeledes medvirker til, at de hurtigt kan handle på små afvigelser, som borgerne ikke altid selv formår at udtrykke. Ved ændringer i borgernes tilstande inddrages en social- og sundhedsassistent, der vurderer yderligere tiltag og evt. handling. Opgaverne hos borgerne fordeles af medarbejderne ud fra relationer, kompetencer og borgernes dagsform, dog tilkendegiver medarbejderne stor fleksibilitet i opgaveløsningen, idet borgernes dagsform og døgnrytme kan variere meget fra dag til dag.

Demensplejehjemmet understøtter en helhedsorienteret indsats i forhold til borgerne via et velfungerende samarbejde med fx hjemmesygeplejen, demenssygeplejersker, ældrepsykiatrien samt demensplejehjemslægen.

Medarbejderne beskriver, hvordan de arbejder med rehabilitering i det daglige samarbejde med borgerne, så deres fysiske og mentale trivsel understøttes, herunder i den daglige ADL og ved små hverdagsaktiviteter, som fx at dække borde og lægge vasketøj sammen. Der er fokus på sundhedsfremme og forebyggelse, og medarbejderne oplyser bl.a. om deres fokus på hudpleje og ernæringsindsatser.

Medarbejderne arbejder med pædagogiske tilgange, som forebygger magtanvendelse og indgreb i selvbestemmelsesretten, og demensplejehjemmet efterlever regler og instrukser, når magtanvendelse er nødvendigt. I den forbindelse oplyser medarbejderne, at der dem bekendt ikke er indhentet forhåndsgodkendelser hos nogle borgere for nuværende. Medarbejderne ved, hvor reglerne om magtanvendelse findes, og de oplyser, at de altid vil involvere ledelsen, såfremt magtanvendelse skulle blive nødvendigt.

Dokumentationen er for tre borgere gennemgået sammen med en assisterende leder og demensplejehjemssygeplejersken. Assisterende leder oplyser, at dokumentationen fortsat udgør et udviklingsområde, og at medarbejderne løbende sidemandsoplæres, alt efter behov. Derudover har demensplejehjemssygeplejersken understøttet dokumentationspraksis, og bl.a. bidraget med et årshjul, der sikrer audit og gennemgang af borgerjournaler ud fra forskellige fokusområder. Medarbejderne arbejder fokuseret med dokumentationen, så kvaliteten i den daglige praksis understøttes, og de kan oplyse om en klar rolle- og ansvarsfordeling ifm. opdatering af borgerjournaler.

Den socialfaglige dokumentation fremstår delvist opdateret og fyldestgørende beskrevet. Borgernes behov for pleje og omsorg er i besøgsplaner beskrevet handlevejledende med udgangspunkt i borgernes ressourcer og helhedssituation. Dog savnes beskrivelsen af hjælpen til bad ved to borgere samt hjælpen til toiletbesøg hos den ene af borgerne. Derudover savnes der ved to borgerne uddybelse eller beskrivelse af den faglige tilgang. Generelle oplysninger foreligger hos en borger velbeskrevet og ajourførte, hvor der ved de to øvrige borgere savnes udfyldelse eller opdatering af punkterne mestring, motivation og ressourcer, ligesom livshistorien savnes hos en borger. Funktionsevnetilstande ses oprettede og vurderede. Faglige indsatser og observationsnotater er fulgt rettidigt op, mens en observation, i et tilfælde, mangler beskrivelse af medarbejdernes faglige tiltag hos en borger med ændret og urolig natlig adfærd. Der er ved en borger dokumenteret ønsker for den sidste tid.

Dokumentationen er beskrevet i et fagligt og professionelt sprog.

## 2.4.2 Anerkendelse, inddragelse og indflydelse

Score: 5

### Vurdering:

Tilsynet vurderer, at demensplejehjemmet i meget høj grad lever op til indikatorerne. Borgerne oplever, at de bliver hørt og respekterede, og de beskriver, at de har indflydelse på deres hverdag, både i forhold til deres pleje, døgnrytme og deltagelse i tilbudte aktiviteter. De pårørende oplever et velfungerende samarbejde med medarbejdere og ledelse, og de føler sig generelt velinformerede med familiemedlemmets samtykke. De pårørende oplever desuden stor imødekommenhed af ledelse og medarbejdere ved kontakt, eller når de er på besøg, hvor de altid bydes velkomne og tilbydes en kop kaffe. Begge pårørende roser desuden medarbejderne for deres omsorg og tilgange til deres kære.

Medarbejderne kan redegøre for, hvordan borgerne sikres indflydelse i hverdagen, hvor kommunikationen tilpasses borgernes individuelle behov, ønsker og egen jargon. Opgaverne omkring borgerne tilrettelægges ligeledes med udgangspunkt i den enkeltes borgers behov og dagsform, hvor opgaver ofte flyttes til et senere tidspunkt på dagen, såfremt borgeren ikke kan motiveres til fx et bad. Dertil redegør medarbejderne for inddragelse af sang eller musik, som ofte anvendes i den daglige udførelse af forskellige plejerelaterede opgaver.

Medarbejderne redegør for, at pårørende mødes med ordentlighed, og de bemærker et velfungerende og tæt samarbejde med de pårørende, som de anser for vigtige samarbejdspartnere.

Tilsynet observerer i alle afdelinger en anerkendende og respektfuld omgangstone i samspillet mellem borgere og medarbejdere. I en afdeling bemærkes desuden to borgere i opholdsstuen, der nyder afdæmpet og rolig musik forud for eftermiddagskaffen.

## 2.4.3 Hverdagsliv - trivsel og relationer

Score: 5

### Vurdering:

Tilsynet vurderer, at demensplejehjemmet i meget høj grad lever op til indikatorerne. Borgerne giver udtryk for tilfredshed med deres hverdag. Borgerne er tilfredse med udbuddet af aktiviteter, og en borger oplyser at have deltaget i dagens gudstjeneste, ligesom borgeren altid deltager ved sang- og musikarrangementer.

De pårørendes oplevelse af hverdagslivet er, at demensplejehjemmets tilbud om aktiviteter svarer til deres kæres behov for stimuli og aktiviteter. En pårørende oplyser glædeligt om det afholdte afdansningsbal, hvor ægteparret dansede og afsluttede ballet med pålægskagemand. En anden pårørende oplyser, at familiemedlemmet deltager i de forskellige tilbudte arrangementer, og særligt nyder den direkte udgang til terrasse og have fra sin bolig, som altid har været en stor del af familiemedlemmets liv.

Medarbejderne redegør for, hvordan meningsfulde hverdagsaktiviteter har stor betydning for borgernes livskvalitet, identitet og oplevelse af at føle sig inkluderet. Aktiviteterne planlægges af assisterende ledere, og de afvikles af både medarbejdere og husets "venner", som er frivillige af demensplejehjemmet. Af aktiviteter nævner medarbejderne erindringsdans, sang- og musikarrangementer, seancer ved musikterapeut samt større årtidsbestemte arrangementer. Medarbejderne tilføjer, at de i afdelingerne tilbyder små aktiviteter, såsom boldspil, puslespil eller en gåtur i sansehaven. Medarbejderne reflekterer samtidigt over, at ikke alle borgere kan rumme større aktiviteter eller for megen stimuli, hvorfor de tilbydes en-til-en kontakt, fx at holde i hånd, en kop kaffe

eller at se på familie billeder. Medarbejderne redegør desuden for opstarten af et "midnaghjem", hvor seks borgere ad gangen, tre gange ugentligt, har mulighed for at deltage i forskellige aktiviteter og at spise deres frokost sammen. Tiltaget er relativt nyt, men medarbejderne er meget positivt stemte, og de oplyser, at flere borgere har haft stor glæde heraf samtidig med, at flere borgers fysiske ressourcer har været positivt fremtrædende, fx i forbindelse med selv at smøre og anrette frokost.

Medarbejderne har fokus på borgere, der vil profitere af træning efter SEL § 86, og de kender til mulighederne for, at borgerne kan modtage træning af medarbejdere udefra, og supplerer, at der aktuelt er enkelte borgere, der modtager træning, og at træningen ofte er vedligeholdende.

Borgerne er tilfredse med madens kvalitet og måltiderne, som enten indtages i fællesskabet eller i egen bolig, alt efter borgernes ønsker.

Medarbejderne redegør for deres roller under måltidet, og de er opmærksomme på madens og måltidets betydning for borgernes livskvalitet, hvor borgerne ud fra deres individuelle behov understøttes i indtagelsen af mad og væske, og at de evt. skærmes fra unødige stimuli. En fast bordplan understøtter ligeledes borgerdynamikken, og forebygger evt. konflikterne borgerne i mellem.

#### 2.4.4 Kompetencer

Score: 4

##### Vurdering:

Tilsynet vurderer, at demensplejehjemmet i høj grad lever op til indikatorerne.

Ledelsen vurderer, at medarbejderne har de relevante kompetencer i forhold til målgruppens kompleksitet, og de fremhæver i den forbindelse ledelsens rekrutteringsindsats ift. ansættelse af social- og sundhedsassistenter, som har resulteret i ca. ligelig fordeling af social- og sundhedshjælper og -assistenter i medarbejdergruppen. Derudover er der ansat fire pædagoger, ligesom et internt afløserkorps, bestående af medarbejdere, der er under uddannelse inden for sundhedsområdet, fx sygeplejestuderende, afløser efter behov, og de er grundigt introducerede til begrænsede plejeopgaver. Ledelsen oplyser derudover, at der fortsat anvendes eksterne vikarer, og at det er et bevidst valg for at tilgodese, at faste medarbejdere kan holde planlagt fri samt ferie. Dog supplerer ledelsen med at have en forventning om, at vikarforbruget yderligere kan nedbringes efter ferieperioden.

Ledelsen oplyser, at den generelle kompetenceudvikling foregår både på demensplejehjemmet, hvor Cura-caféer med sidemandsoplæring i Cura er i fuld proces, ligesom vidensdeling mellem medarbejderne sker via mono- og tværfaglige møder, teammøder og månedlige borgerkonferencer, som faciliteres af demenssygeplejen. Ledelsen redegør derudover for, at samtlige medarbejdere ved ansættelse skal deltage i demensuddannelse, som afvikles i samarbejde med SOSU-Nord, ligesom medarbejderne løbende deltager i kurser vedr. update for SOSU-medarbejderne, nænsomt nødværge og psykofysisk træning. Ledelsen arbejder målrettet med den generelle medarbejdertrivsel, som leder vurderer som værende god, omend ledelsen er opmærksomme på, og har forståelse for, at medarbejderne er slidte efter de mange udviklingstiltag.

Medarbejderne oplever gode muligheder for sparring og løbende kompetenceudvikling, hvor relevante samarbejdspartnere involveres ad hoc. Medarbejderne føler sig fagligt kompetente til opgaverne, og de fremhæver de reetablerede mono- og tværfaglige møder, teammøder og borgerkonferencer som fagligt understøttende og udviklende. Medarbejderne redegør for borgerkonferencer, som foregår efter en fast struktur, og som tager afsæt i Personcentreret omsorg, hvor faglige metoder og begreber anvendes i drøftelserne omkring borgerne. Medarbejderne oplyser desuden, at de på sigt selv skal være ansvarlige for afviklingen heraf, når de er godt klædt på til opgaven. Medarbejderne anerkender ledelsen for deres imødekommenhed og synlighed i hverdagen, og de



supplerer, at de ser mening i de forskellige udviklingstiltag, der har været etableret, og som er undervejs på demensplejehjemmet. Medarbejderne tilføjer derudover, at et tidligere igangsat Affectum forløb, som var tiltænkt at understøtte medarbejdernes trivsel, er pauseret, grundet andre iværksatte tiltag, men at medarbejdertrivsel opleves som god.

Nye medarbejdere introduceres, ifølge medarbejderne, via et fast introduktionsprogram med følgevagter, hvor medarbejderne introduceres grundigt til opgaverne. I den forbindelse oplyser medarbejderne om en opmærksomhed på, at elever og evt. nyanstattede medarbejdere ikke varetager plejen ved særligt sårbare borgere eller varetager komplekse opgaver.

#### 2.4.5 Fysiske rammer

Score: 5

##### Vurdering:

Tilsynet vurderer, at demensplejehjemmet i meget høj grad lever op til indikatorerne. Borgerne finder deres boliger hyggelige og velindrettede. En borger er meget glad for sin bolig med direkte udgang til haven.

Både ledelse og medarbejdere vurderer, at demensplejehjemmets fysiske rammer understøtter borgernes trivsel og behov for tryghed. Demensplejehjemmet er i et plan, hvor samtlige boliger har udgang til egen terrasse og den omkringliggende lukkede sansehaver. Flere døre er beklædt med film eller vægdekorationer, og demensplejehjemmet er opdelt i fire afdelinger, hvor hver afdeling har deres eget køkken, spisestue og opholdsstue. Derudover har demensplejehjemmet et sanserum og et minidagshjem, hvor der er indtænkt reminiscens. Gangarealerne har enkelte små nicher, som indbyder til et lille hvil eller socialt samvær. Et nyt medicinrum er blevet indrettet, så medarbejderne kan dispensere medicinen uforstyrret.

Leder og medarbejdere kan redegøre for, hvordan de arbejder for at skabe en god stemning og indretning af fællesarealer.

Tilsynet observerer en tilfredsstillende hygiejnisk standard i de besøgte boliger, på fællesarealer og vedrørende borgernes hjælpemidler.

#### 2.4.6 Årets fokusområde: Den gode indflytning

Ingen score

De pårørende oplyser om en god og tryk modtagelse ifm. indflytning på demensplejehjemmet. En pårørende fremhæver en meget omsorgsfuld og professionel håndtering af sin kæres indflytning med tæt kontakt fra ledelsen forud for indflytning, hvilket resulterede i, at borgeren oplevede en rolig og tryk overgang fra egen bolig til indflytning på demensplejehjemmet, hvilket for de pårørende er meget værdsat. Begge pårørende oplyser at have deltaget i en indflytningssamtale kort tid efter indflytning, hvor der blev spurgt ind til borgernes ønsker, livshistorie og behov for hverdagen.

Ledelsen og medarbejderne kan redegøre for struktur og praksis i forbindelse med en borgers indflytning, hvor indflytningssamtaler afholdes, jf. kommunens kvalitetsstandard, inden for fire uger efter indflytning af assisterende leder, medarbejdere, evt. borger og pårørende. En tjekliste anvendes desuden til at sikre struktur på samtalen og dokumentationen heraf, ligesom opfølgende samtaler tilbydes løbende og efter behov.

## 3. Sundhedsfagligt tilsyn

### 3.1 Overordnet vurdering

BDO har på vegne af Aalborg Kommune foretaget et uanmeldt sundhedsfagligt tilsyn på Skipper Klement Demensplejehjem. BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem interviews, observationer og skriftligt materiale.

Der er foretaget tre stikprøver ved medicinkontrollen.

Det er tilsynets overordnede vurdering at medarbejderne på Skipper Klement demensplejehjem arbejder målrettede med den sundhedsfaglige dokumentation. Dog vurderer tilsynet, at den sundhedsfaglige dokumentation fortsat udgør et udviklingsområde. Det er tilsynets vurdering, at demensplejehjemmet lever op til gældende instrukser og retningslinjer inden for det sundhedsfaglige område, og at de varetager borgernes sundhedsfaglige indsatser i samarbejde med tværfaglige samarbejdspartnere. Tilsynet vurderer dog et ledelsesmæssigt behov for at understøtte medarbejdernes viden, kendskab og praksis ift. indrapportering af utilsigtede hændelser, og at drøftelser i plenum vil fremme medarbejdernes viden samt bidrage til forebyggelse og læring i relation til utilsigtede hændelser.

Det sundhedsfaglige tilsyn har givet anledning til i alt fem anbefalinger, rettet mod temaerne *Sundhedsfaglige opgaver og dokumentation, Indberetning og opfølgning af UTH* samt i relation til *Medicinkontrollen*. Det er tilsynets vurdering, at manglerne vil kunne udbedres ved en målrettet ledelsesmæssig indsats.

### 3.2 Tilsynets bemærkninger og anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende bemærkninger og anbefalinger i forhold til demensplejehjemmets fremadrettede udvikling:

#### 3.2.1 Bemærkninger

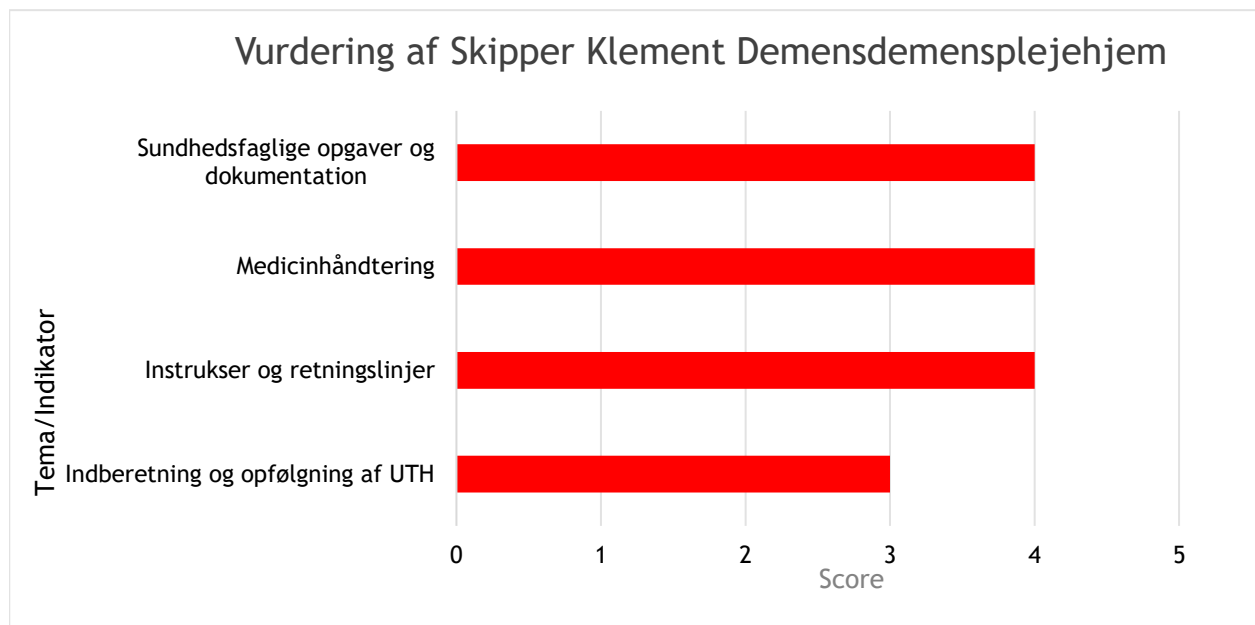
Tilsynet har ingen bemærkninger.

#### 3.2.2 Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at social- og sundhedsassistenter, i samarbejde med hjemmesygeplejen, opretter og ajourfører fyldestgørende handlingsanvisninger for uddelegerede sundhedsfaglige ydelser med henvisning til aktuelle links.
2. Tilsynet anbefaler, at social- og sundhedsassistenter ajourfører sundhedsfaglige kontroller i alle tilfælde.
3. Tilsynet anbefaler, at social- og sundhedsassistenter er opmærksomme på ikke at fjerne udløbsdatoer fra borgernes medicinske præparater.
4. Tilsynet anbefaler ledelsen at sikre, at samtlige medarbejdere er introducerede til retningslinjer for indrapportering af utilsigtede hændelser.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen følger op på utilsigtede hændelser sammen med medarbejderne med hensigt på læring og forebyggelse.

### 3.3 Score

For hvert overordnet tema, der undersøges i tilsynet, opnår tilbuddet en score fra 1-5, hvor 5 er den bedste. Således fremgår det af nedenstående figur, i hvor høj grad tilbuddet opfylder indikatorerne for hvert tema. (Temaer, som ikke er relevante for det pågældende tilbud, tæller ikke med i den samlede vurdering).



### 3.4 Vurdering i forhold til temaer

#### 3.4.1 Sundhedsfaglige opgaver og dokumentation

**Score: 4**

**Vurdering:**

Tilsynet vurderer, at demensplejehjemmet i høj grad lever op til indikatorerne.

Medarbejderne kan redegøre for roller og ansvar i forbindelse med journalføring, relateret til det sundhedsfaglige område, hvor social- og sundhedsassistenter opdaterer helbredstilstande, og de øvrige medarbejdere dokumenterer ændringer og opfølgninger i observationsnotater.

Medarbejderne oplyser om praksis for iværksat pleje og behandling, som understøttes af de ugentlige triagemøder, hvor en hjemmesygeplejerske er deltagende, samt en lægekoneference, hvor plejehjemslægen kommer på demensplejehjemmet ca. hver 14. dag. Medarbejderne redegør desuden for handlinger ved ændringer i borgernes tilstande, hvor de udfører TOBS-målinger forud for kontakt til hjemmesygeplejen eller demensplejehjemslægen. Derudover involveres øvrige tværfaglige samarbejdspartnere, fx diætist ved behov for ernæringsindsatser, ligesom omsorgstandplejen og fodterapeuten har deres gang på demensplejehjemmet. Medarbejderne redegør for et vel fungerende samarbejde med hjemmesygeplejen, som opgaveoverdrager eller uddelegerer sundhedsfaglige opgaver, og de udfylder handlingsanvisninger forud for endelig delegering.

Den sundhedsfaglige dokumentation er overvejende fyldestgørende og opdateret. Helbredsoplysninger foreligger, og borgernes aktuelle pleje og behandling er dokumenteret i helbredstilstande. Handlingsanvisninger for uddelegerede SUL-indsatser foreligger overvejende med fyldestgørende beskrivelser, fraset hos en borger, hvor der savnes

uddybende beskrivelse ift. borgerens vægtmåling, og hvor en handlingsanvisning mangler ift. borgerens kompressionsbehandling. Derudover ses der flere handlingsanvisninger med henvisning til forældede links.

Der ses oplysninger om habilitet med henvisning til stedfortrædende samtykke.

Endvidere ses løbende opfølgninger på faglige indsatser, som fx borgernes vægt- og blodtryksmålinger. Sundhedsfaglige kontroller mangler opdatering hos en borger.

### 3.4.2 Medicinhåndtering

**Score: 4**

**Vurdering:**

Tilsynet vurderer, at demensplejehjemmet i høj grad lever op til indikatorerne.

Medarbejderne kender og arbejder efter gældende retningslinje for Styrelsen for Patientsikkerheds "Korrekt håndtering af medicin", herunder udførelse af tællekontrol forud for udlevering af dispenseret medicin.

Medarbejderne redegør for opbevaring af borgernes medicin, som opbevares forsvarligt i et aflåst medicinrum, hvor kun social- og sundhedsassistenter har adgang. Medicinen er opbevaret med tydelig adskillelse i medicinposer, hvor det fremgår, om det er aktuelt, seponeret eller pn medicin. Derudover opbevares den dispenserede medicin i aflåste medicinskabe i de fire afdelinger.

Borgernes medicinlister er i alle tilfælde opdaterede og stemmer overens med FMK. Der er overensstemmelse mellem den ordinerede og dispenserede medicin, og ugeomslag og doseringsæsker er mærkede korrekt. Der er hos en borger, i medicinposen med seponeret medicin, fundet et enkelt medicinsk præparat, hvoraf der ikke fremgår udløbsdato, og hvor medarbejderen med det samme kasserer det medicinske præparat.

Uddelt medicin er registreret korrekt i Cura.

### 3.4.3 Instrukser og retningslinjer

**Score: 4**

**Vurdering:**

Tilsynet vurderer, at demensplejehjemmet i høj grad lever op til indikatorerne.

Medarbejderne har kendskab til gældende sundhedsfaglige instrukser og retningslinjer, og de kan redegøre for, hvor de findes og anvendes i daglig praksis. VAR-portalen anvendes fx ved genopfriskning af procedurer eller som opslagsværk, så det sikres, at det er de sidst opdaterede versioner, der anvendes.

Til grund for scoren tillægges medarbejdernes manglende kendskab til procedure og retningslinjer for indrapportering af utilsigtede hændelser.

### 3.4.4 Indberetning og opfølgning af UTH

**Score: 3**

**Vurdering:**

Tilsynet vurderer, at demensplejehjemmet i middel grad lever op til indikatorerne.

Ledelsen oplyser, at utilsigtede hændelser indrapporteres via samlerapportering, og at assisterende leder er tovholder og sagsbehandler på hændelserne, som ikke er mange, og som primært omhandler fald eller medicin.

Medarbejderne oplyser, hvornår utilsigtede hændelser indrapporteres via samlerapportering, dog tilkendegiver to medarbejdere, at de er usikre på praksis for indrapportering, ligesom de ikke er bekendte med, hvor mappen med indrapporteringsskemaer findes. Derudover supplerer medarbejderne, at de ikke har oplevet, at utilsigtede hændelser er blevet drøftet i medarbejdergruppen med henblik på at skabe læring og forebyggelse af hændelser. Medarbejderudsagn er videreformidlet til ledelsen.

## 4. Vurderings-skema

I tilsynene i Aalborg Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	<p><b>Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler</li> <li>• Tilsynet har ingen anbefalinger</li> <li>• Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.</li> </ul>
Score: 4	<p><b>Indikatorerne er i høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne</li> <li>• Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul>
Score: 3	<p><b>Indikatorerne er i middel grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne</li> <li>• En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul>
Score: 2	<p><b>Indikatorerne er i lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne</li> <li>• Få elementer i indikatorerne er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul> <p>Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.</p>
Score: 1	<p><b>Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes</li> <li>• Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne</li> <li>• Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul> <p>Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.</p>

## 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.