

Tilsynsrapport Køge Kommune

Velfærdsforvaltningen - Ældre og Sundhed
Bjæverskov Ældrecenter

Uanmeldt tilsyn
Marts 2023



Forord

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

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

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 den 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

Partneransvarlig



Margit Kure

Senior Manager

Mobil: 24 29 50 72

Mail: mku@bdo.dk

Projektansvarlig

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

1. Generelle oplysninger

Oplysninger om plejecentret og tilsynet

Navn og Adresse: Bjæverskov Ældrecenter, Bjæverskovhusene 34, 4632 Bjæverskov

Leder: Dorte Rud Fredriksen

Målgruppe: Tilsynet vedrører borgere, der modtager indsatser efter Serviceloven SEL og Sundhedsloven SUL, herunder medicingennemgang.

Antal boliger: 19 plejeboliger

Dato for tilsynsbesøg: Den 13. marts 2023

Tilsynet er indledt og tilrettelagt sammen med: Sygeplejerske

Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:

- Interview med ældrecentrets leder
- Tilsynsbesøg hos tre borgere
- Telefoninterviews med tre pårørende
- Gruppeinterview med fire medarbejdere
- Gennemgang af dokumentation for tre borgere

Tilsynet havde endvidere dialog med medarbejdere og borgere på fællesarealerne undervejs gennem tilsynet.

Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding om tilsynsforløbet til leder og til konsulent fra Nexus og implementeringsforce-afdelingen.

Tilsynsførende:

Senior Manager Margit Kure, sygeplejerske, MHM

2. Kommunalt tilsyn

2.1 Overordnet vurdering

BDO har på vegne af Køge Kommune foretaget et uanmeldt tilsyn på Bjæverskov Ældrecenter. 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 overordnede vurdering, at Bjæverskov Ældrecenter er et center, som har engagerede medarbejdere og ledelse, der medvirker til trivsel for borgerne.

Tilsynet vurderer, at Bjæverskov Ældrecenter delvis lever op til Køge Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau. Der er ved årsskiftet igangsat implementering af et nyt omsorgssystem, dog vurderes at medarbejderne udtrykker usikkerhed i forhold til dokumentationspraksis i det nye omsorgssystem.

Det vurderes, at den samlede journalføring på SEL har flere væsentlige mangler, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes.

Dokumentationen på SUL fremstår med en god faglig standard, men med mangler, som vil kunne afhjælpes med en målrettet indsats.

Tilsynet vurderer, at pleje, omsorg og praktisk støtte, som borgerne modtager på ældrecentret, leveres med god faglig kvalitet, og borgerne er meget tilfredse med hjælpen og med kvaliteten af hjælpen. Ældrecentret har fokus på kerneopgaven, herunder at der også arbejdes med sundhedsfremmende og hverdagsrehabiliterende indsatser, hvor det samtidig er vurderingen, at det tværfaglige samarbejde i forhold til rehabilitering kan styrkes.

Tilsynet vurderer, at medicin håndteringen i lav grad lever op til gældende instruks på området, og at der er konstateret mangler i forhold til dokumentation, dispenseringsfejl og opbevaring.

Vurderingen er, at der er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at hverdagslivet på stedet tilrettelægges på borgernes præmisser, og borgerne oplever at have indflydelse på eget liv. Borgerne er tilfredse med mad og måltider og med de tilbudte aktiviteter.

Det vurderes, at der på ældrecentret er en imødekommende kultur, hvor medarbejderne indbyrdes har en feedbackkultur i forhold til uhensigtsmæssig kommunikation

Det vurderes, at ældrecentret har et velorganiseret samarbejde med de pårørende, og de pårørende finder, at inddragelsen og kommunikationen på ældrecentret er meget tilfredsstillende, dog udtrykker en pårørende et ønske om, at alle medarbejdere bærer et synligt navneskilt.

Ledelsen redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx er der fokus på implementering af ny dokumentationspraksis..

2.2 Tilsynets bemærkninger og anbefalinger

Bemærkninger:

Dokumentation SEL

Tilsynet bemærker vedrørende dokumentationen:

- At generelle oplysninger i et tilfælde ikke er opdaterede.
- At helbredsoplysninger i to tilfælde ikke er opdaterede.

Anbefalinger:

Dokumentation SEL

Tilsynet anbefaler, at leder sikrer, at den igangværende proces med implementering/opdatering af journaler styrkes, så alle journaler fremstår med ny fælles systematik, fyldestgørende og opdaterede.

Tilsynet anbefaler, at leder i samarbejde med sygeplejersken udarbejder en handleplan for implementeringsprocessen, og at de har løbende opfølgning og evaluering.

- At funktionsevnetilstande i to tilfælde ikke er udfyldt, og at de i alle tilfælde generelt mangler beskrivelse af borgerens forventninger og mål.
- At døgnrytmeplanen i et tilfælde mangler beskrivelser for dag, og at den i enkelte tilfælde mangler opdateringer på flere områder.

At der i alle tilfælde mangler systematisk dokumentation for vægt, og at der i et tilfælde mangler d

Dokumentation SUL

Tilsynet bemærker vedrørende dokumentationen:

- At der i to journaler mangler indarbejdelse af ny fælles systematik.
- At der i to tilfælde mangler oprettelse eller opdatering af en eller flere helbredstilstande.
- At der i to tilfælde mangler dokumentation for behandlingsansvarlig læge og for samtykke.

At der i to tilfælde mangler opfølgning og evaluering på problemstillinger i handlingsanvisninger.

Dokumentation SUL

Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at den igangværende proces med implementering/opdatering af journaler styrkes, så alle journaler fremstår med ny fælles systematik, samt at de er fyldestgørende og opdaterede.

Personlig pleje og praktisk støtte

Tilsynet bemærker, at medarbejderne oplever begrænset adgang til terapeuterne, hvilket vanskeliggør samarbejdet om igangsætning og opfølgning på borgernes træningsindsatser.

Personlig pleje og praktisk støtte

Tilsynet anbefaler, at leder bringer emnet op i det fælles lederteam for at drøfte erfaringer med og forventninger til det rehabiliterende arbejde og det tværfaglige samarbejde, samt hvordan dette evt. kan styrkes.

Kompetencer og udvikling

Tilsynet bemærker, at der under interview med medarbejderne gives udtryk for en usikkerhed i forhold til dokumentationspraksis relateret til det nye omsorgssystem.

Tilsynet bemærker, at centret har medarbejdere ansat som timelønnede afløsere som er ufaglærte.

Kompetencer og udvikling

Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medarbejderne er fortrolige med dokumentationspraksis og brugen af det nye omsorgssystem.

Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer at der tilstrækkelige faglige kompetencer i fremmøde, når der er ufaglærte afløsere på vagt.

Pårørendesamarbejdet

Tilsynet bemærker, at en pårørende oplever, at det ikke er alle medarbejdere, som bærer navneskilt.

Pårørendesamarbejdet

Tilsynet anbefaler, at leder følger op og drøfter vigtigheden af, at medarbejderne bærer et synligt navneskilt.

Medicinhåndtering

Tilsynet bemærker, at der er flere mangler i medicinhåndtering i forhold til:

- At der hos to borgere mangler handlingsanvisning på medicindispensering og medicinadministration.
- At medicinlisten i et tilfælde ikke er opdateret med FMK.
- At der i et tilfælde mangler CPR-nummer på to ugeæsker og på en dagsæske.
- At der i to tilfælde mangler navn på pakning i beholdning.
- At der i et tilfælde konstateres dispenseringsfejl i flere æsker.
- At der i et tilfælde er medicin, som ikke er udleveret, hvor der mangler opfølgning i dokumentationen.
- At der i alle tilfælde er en eller flere manglende tidstro kvitteringer for medicinudleveringer.
- At der i et tilfælde ikke er implementeret ny instruks for håndtering af risikomedicin.
- At medarbejderne udtrykker en usikkerhed på håndtering og synliggørelse af risikosituationslægemidler.

At medarbejderne i interviewet udtrykker, at det ikke er alle medarbejdere, som anvender egenkontrol af anden medarbejder.

Medicinhåndtering

Tilsynet anbefaler, at leder sikrer, at medarbejderne efterlever gældende instruks og vejledning for medicinhåndtering, herunder implementering af instruks for risikomedicin.

Tilsynet anbefaler, at leder i samarbejde med medarbejderne implementerer arbejdsgange, som understøtter korrekt medicinhåndtering i hverdagen, fx egenkontrol af anden medarbejder.

2.3 Aktuelle vilkår

Leder har delt ledelse på henholdsvis Borup Plejeboliger og Bjæverskov Ældrecenter. Leder fratræder sin stilling ved udgangen af måneden.

Leder redegør for, at ældrecentret er overgået til nyt omsorgssystem, hvor de sidste data er overført i slutningen af januar, og der arbejdes målrettet med deres dokumentationspraksis. Overordnet styres oplæringsprocessen af to ressourcepersoner. Der har været gennemført modulopdelt lokalundervisning, målrettet den enkelte faggruppe, og der afholdes ugentlige netværksmøder med ressourcepersoner på teams. Teamleder, som er tovholder for processen på ældrecentret, planlægger tid til oprydning- og opdateringsopgaven til sygeplejersken og assistenter. Bjæverskov Ældrecenter er et mindre center med et dagligt fremmøde af få medarbejdere. Dette gør dem mere sårbare ved sygefravær, og det er erfaringen, at den planlagte tid til dokumentationen ofte inddrages til borgernære opgaver.

Leder redegør for, at der har været en skriftlig klagesag inden for det seneste år omhandlende opgaveløsningen. Leder har haft opfølgende møde med de pårørende og klagen er håndteret og løst. Leder redegør for, at der er fast arbejdsgang for, hvordan klager håndteres.

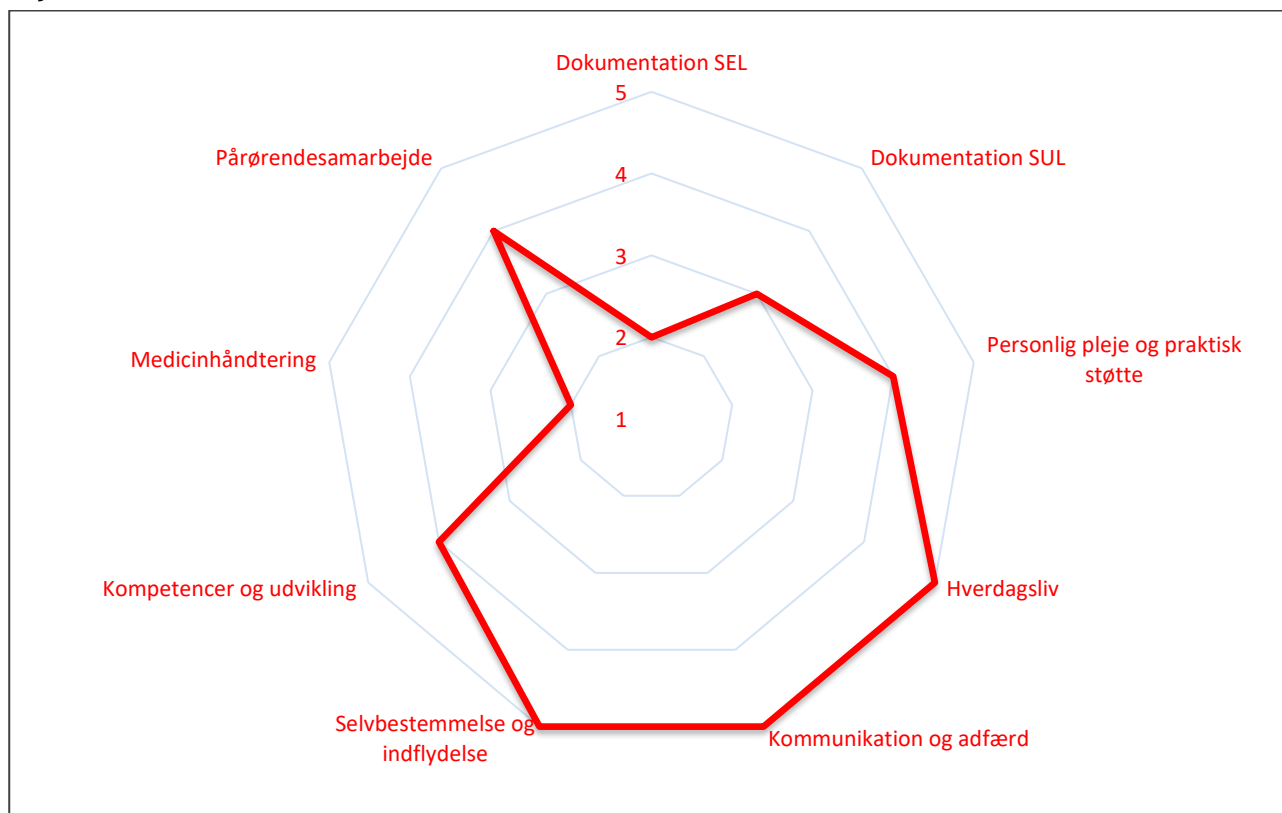
2.4 Opfølgning

Ledelsen redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx er der fokus på implementering af ny dokumentationspraksis.

2.5 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).

Figurens størrelse er et udtryk for kvaliteten målt på de valgte temaer og indikatorer. Jo større figur, jo højere kvalitet.



2.6 Vurdering i forhold til temaer

2.6.1 Dokumentation SEL

Score: 2

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at ældrecentret i lav grad lever op til indikatorerne.

Gennemgang af dokumentation

Dokumentationen har flere mangler, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes. Dokumentationen er delvist opdateret og fyldestgørende. På alle borgere er der generelle oplysninger med ressourcer, mestring og motivation og livshistorie, som dog i et tilfælde mangler opdatering. Der er helbredsoplysninger på to borgere, hvor der hos den ene borger mangler opdatering på flere områder, og hos den

anden borger mangler helt. Der er udfyldt funktionstilstande på en borger, men der mangler udfyldelse på to borgere. Hos alle borgere mangler der generelt beskrivelse af borgernes forventninger og mål.

Borgernes behov for pleje og omsorg er beskrevet handlevejledende i døgnrytmeplanen, fraset at der i et tilfælde mangler beskrivelse af hjælpen om dagen, og at der i et andet tilfælde mangler beskrivelse af problemstilling vedrørende vejtrækning. I et tilfælde er der behov for opdatering på enkelte områder. Der tages udgangspunkt i borgerens helhedssituation og ressourcer, og beskrivelsen er opbygget med borgers og medarbejders indsats, herunder at der ses en igangværende proces med en ensartet beskrivelse/struktur for de konkrete indsatser. Der er lagt vægt på at beskrive borgernes kognitive udfordringer, og hvorledes der støttes op om disse samt særlige opmærksomhedspunkter, fraset i et tilfælde. Der er dokumentation for vægt på alle borgere, dog ikke systematisk, og på en anden borger mangler der dokumentation for opfølgning på vægttab. Der er relevant dokumentation for borgernes stillingtagen til HLR.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør fagligt for, hvordan de arbejder med dokumentationen, så den kan understøtte kvaliteten i daglig praksis. Kontaktpersonen udfylder døgnrytmeplanen, og alle er ansvarlige for den løbende opdatering og der er fast praksis for opfølgning hver tredje måned. Medarbejderne læser og dokumenterer på faste pc'er og på telefoner.

Medarbejderne kender og følger GDPR-regler, og de giver konkrete eksempler på, hvordan de overholder reglerne, fx at personfølsomme oplysninger opbevares i aflåst skab, og medarbejderne tilbydes online-kurser i GDPR.

2.6.2 Sundhedsfaglig dokumentation SUL

Score: 3

Vurdering:

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

Gennemgang af dokumentation

Dokumentationen fremstår overordnet med en god faglig standard, men med flere mangler, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats. Den sundhedsfaglige dokumentation er delvist opdateret og fyldestgørende, og to journaler mangler indarbejdelse af ny fælles systematik. På alle borgere er der udarbejdet helbredstilstande med indsatser og handlingsanvisninger, dog mangler der i to tilfælde oprettelse/opdateringer af en eller flere helbredstilstande.

I en journal ses der dokumentation for behandlingsansvarlig læge og samtykke, mens dette mangler i to journaler. I en journal ses der løbende opfølgning og evaluering, mens dette mangler på et eller flere områder i to journaler. Journalens delområder er indbyrdes relaterede i en journal, mens dette delvist mangler i to journaler.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, hvordan de arbejder med dokumentationen, så den kan understøtte kvaliteten i daglig praksis. Overordnet er sygeplejersken og assistenter ansvarlige for at oprette helbredsoplysninger, helbredstilstande og handlingsanvisninger, og de har et fælles ansvar for den løbende opdatering. Efter opstart af det nye Nexus er assistenterne dog usikre på, hvornår der skal udarbejdes en handlingsanvisning.

2.6.3 Personlig pleje og praktisk støtte

Score: 4

Vurdering:

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

Interview med borgere

Borgerne er meget tilfredse med hjælpen. Alle borgere udtrykker, at de modtager relevante pleje- og omsorgsydelser, som svarer til deres behov. Borgerne udtrykker stor tilfredshed med omfanget og kvaliteten af ydelserne. En borger fremhæver, at medarbejderne yder fin hjælp til borgerens toiletbesøg igennem dagen, og en anden borger oplever hurtig respons på kald, når borgeren har behov for hjælp. Borgerne får hjælpen som aftalt, og den leveres som udgangspunkt af genkendelige medarbejdere. Borgerne deltager aktivt, og en borger oplever, at medarbejderne giver borgeren god tid til at gøre så meget som muligt selv, hvilket borgeren udtrykker har stor betydning for borgerens velbefindende.

Alle borgere udtrykker stor tilfredshed med rengøringen.

Observation

Borgerne er velsoignerede, og der er en hygiejnemæssig forsvarlig standard i boligerne, og hjælpemidler er rengjorte.

Interview med medarbejdere:

Medarbejderne redegør for, at borgernes behov for pleje og omsorg afdækkes i samarbejde med borgerne, og behovet for hjælp og støtte beskrives i dokumentationen. Planlægningen af ressourcer ligger i fast rulleplan. Ved fravær eller ændringer i borgernes tilstand justeres der ved indmøde, fx i forhold til fordeling af kompetencer. Dokumentation læses før borgerbesøg. Observeres der ændringer i borgerens tilstand, kan alle medarbejdere anvende ISBAR. Der er tæt samarbejde med sygeplejersken, og der er tilknyttet en læge, som kommer fast på stuegang en gang ugentligt. Der er daglig opfølgingsmøde med borgerdrøftelser, og gennemgangen understøttes af visning på stor skærm.

Til borgere med kognitive udfordringer arbejder medarbejderne ud fra kendskabet til borgerne og borgernes livshistorie. De vægter god kemi, og de bytter indbyrdes efter behov, og de arbejder med afsæt i pædagogiske principper med fokus på ro og tryghed hos den enkelte borger. Der afholdes borgerkonferencer ad hoc, hvor der anvendes kendte modeller, som er introduceret af Demensrejseholdet. Ved opstart vælger medarbejderne, hvilken model de taler ud fra. De har gode erfaringer med at inddrage Demensteamet.

Medarbejderne arbejder rehabiliterende i hverdagen, og de har fokus på at inddrage borgernes ressourcer. Medarbejderne har mulighed for at inddrage terapeuter i træningsforløb, men de oplever begrænset adgang til terapeuterne, hvilket vanskeliggør samarbejdet om igangsætning og opfølgning på borgernes træningsindsatser.

2.6.4 Hverdagsliv

Score: 5

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at ældrecentret i meget høj grad lever op til indikatorerne

Mad og måltid

Interview med borgere

Borgerne udtrykker stor tilfredshed med maden og måltidernes kvalitet. Borgerne vælger selv, hvor de ønsker at spise deres måltider, og der tages hensyn til deres individuelle ønsker og behov for ernæring. En borger bryder sig ikke om fisk, men borgeren fortæller,

at borgeren tilbydes alternativ menu, og borgeren nævner ligeledes, at maden bringes ned i boligen, hvis borgeren ønsker det.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, at de varetager alle roller omkring maden i forhold til tilberedning, anretning og servering, og at de har løbende undervisning og sparring af en ernæringskonsulent i kommunen. Borgerne kan komme med individuelle ønsker, fx til morgenmad og frokost. Medarbejderne sidder med ved bordet under måltiderne, hvor de støtter og hjælper borgerne, og de understøtter hygge og dialog under maden.

Borgerne tilbydes månedlig vejning. Ved utilsigtede vægtændringer foretages der en vurdering i samarbejde med en sygeplejerske, og ernæringskonsulent og læge inddrages ved behov. Medarbejderne noterer i dokumentationen, hvis borgerne ikke ønsker vejning, eller når de vurderer, at det ikke længere har et formål.

Et aktivt miljø

Interview med borgere

Borgerne oplever, at der er en god stemning og et aktivt miljø på ældrecentret, og alle borgerne oplever, at de har en indholdsrig hverdag. Borgerne fortæller, at de deltager i aktiviteter, når de har lyst, fx i gymnastik, og ingen af borgerne savner flere eller andre aktiviteter. En borger nævner, at dagen til tider kan være lang, men borgeren har ikke lyst til at deltage i ældrecentrets aktiviteter, og borgeren udtrykker, at medarbejderne ikke kan gøre noget.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, at der kommer en fast aktivitetsmedarbejder og en fast klippekortsmedarbejder, der i fællesskab samarbejder og planlægger aktiviteter. Medarbejderne deltager, når der er mulighed for det, og de deltager, når der afholdes faste månedlige aktiviteter og diverse højtidsarrangementer.

2.6.5 Kommunikation og adfærd

Score: 5

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at ældrecentret i meget høj grad lever op til indikatorerne

Interview med borgere

Borgerne er meget tilfredse med medarbejderne, og alle borgerne tilkendegiver, at medarbejderne er flinke, høflige og imødekommende. Alle borgerne føler sig respektfuldt behandlet, og en borger tilkendegiver, at medarbejderne altid banker på, før de går ind i boligen. En borger nævner, at medarbejderne også indbyrdes behandler hinanden godt, og alle borgerne oplever, at medarbejderne respekterer deres privatliv og personlige grænser.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, at de møder borgerne med respekt og åbenhed, og de er meget opmærksomme på at udvise situationsfornemmelse og at møde borgerne på deres præmisser. Medarbejderne udtrykker, at kendskabet til borgerne har stor betydning i forhold til jargon og humor, og de har ofte drøftelser om tiltaleform til borgerne på møder. Medarbejderne oplever, at der er et tillidsfuldt samarbejde i gruppen og en god feedback-kultur, hvor de kan korrigere hinanden.

Observation

Ved observation og under interview med medarbejderne omtales borgerne anerkendende og respektfuldt. Ved rundgang i boligerne og afdelingerne observeres det, at medarbejderne tilgår borgerne respektfuldt.

2.6.6 Selvbestemmelse og indflydelse

Score: 5

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at ældrecentret i meget høj grad lever op til indikatorerne

Interview med borgere

Borgerne udtrykker stor tilfredshed med at bo på ældrecentret. Borgerne oplever, at de kan leve deres liv på egne præmisser med en høj grad af livskvalitet. Borgerne oplever, at de har indflydelse på deres egen hverdag, og at de selv kan bestemme deres hverdag. En borger oplever at have sin fulde frihed, og to borgere giver flere eksempler på, hvordan de selv har indflydelse og selv bestemmer i hverdagen.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, hvordan borgerne understøttes i selvbestemmelse og indflydelse, fx døgnrytme. Der arbejdes med indflytningsamtale, og der er dialog om borgernes ønsker til livets afslutning i forbindelse med lægesamtalen. Derudover taler medarbejderne med borgerne om livets afslutning, når de har lært borgeren og deres pårørende bedre at kende, og når det falder naturligt.

2.6.7 Kompetencer og udvikling

Score: 4

Vurdering:

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

Interview med leder

Leder redegør for, at det er en stabil medarbejdergruppe. Ældrecentret er et mindre center med **forholdsvis få ansatte, hvilket mindsker fleksibiliteten og øger sårbarheden ved fravær**. Der er overvejende ansat social- og sundhedsuddannede medarbejdere, og flere stillinger er over tid konverteret til assistentstillinger. Leder vurderer, at medarbejderne har relevante sundhedsfaglige kompetencer og erfaring med den målgruppe, der bor på ældrecentret. **Der er assistenter i alle vagter og sygeplejerske i hverdagen**. Der er tilknyttet et fast team af ufaglærte afløsere, hvor flere har kendskab til faget, fx sygeplejestuderende.

Der afholdes sygeplejerskemøde hver 14. dag med sygeplejersker fra begge ældrecentre.

Som et nyt tiltag er der ved at blive igangsat kompetenceafklaring og brug af nye kompetenceskemaer med afsæt i den nye kompetenceprofil.

Medarbejderne har adgang til VAR, og sundhedsfaglige vejledninger ligger på dokken. **Nye retningslinjer printes ud, så de ligger tilgængelige, og de drøftes løbende på møder.**

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for et godt indbyrdes samarbejde i hverdagen og for deres faste møder, hvor de har sparring og erfaringsudveksling. Medarbejderne har løbende undervisning i faglige temaer, fx UVI og palliation, og de har mulighed for at trække på diverse specialister i kommunen, fx vedr. sårpleje.

Der er udarbejdet en ny kompetenceprofil, og medarbejderne er bekendte med, at der snarest skal igangsættes kompetenceafklaring, hvilket de ser frem til.

Medarbejderne har kendskab til og anvender instrukser og procedurer via elektronisk adgang, og de linker til VAR i handlingsanvisninger.

Efter opstart af det nye Nexus er medarbejderne dog usikre på ansvarsfordeling i forhold til udfyldelse og opdatering af funktionsevnetilstand.

Medarbejderne har kendskab til og arbejder ud fra kommunens kvalitetsstandarder og serviceniveau, som er afsættet for borgerens bevilling.

2.6.8 Medicinhåndtering og administration

Score: 2

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at ældrecentret i lav grad lever op til indikatorerne.

Tilsynet har gennemgået tre borgeres medicin.

Mediciggennemgang

Borgernes medicin opbevares i egen bolig i aflåst skab i kasser.

Dokumentation

Der foretages en struktureret gennemgang af de udvalgte borgeres dokumentation, herunder handlingsanvisninger på medicin og medicinskema.

- På alle borgere ses tilstand og i et tilfælde handlingsanvisning på medicinhåndtering, herunder dispensering og administration, mens der mangler handlingsanvisninger hos to borgere.
- I to tilfælde mangler der helbredstilstande, svarende til aktuel medicinsk behandling, herunder mangler handlingsanvisninger.
- Medicinlisten tilgås elektronisk, og i to tilfælde er den lokale medicinliste opdateret med FMK, mens medicinlisten hos en borger ikke er opdateret inden for det seneste døgn.

Risikosituationslægemidler

- I et tilfælde er der ikke implementeret ny instruks for håndtering af risikomedicin.

Opbevaring

- Medicinen opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.
- Uge og dagsdoseringsæsker er korrekt mærket med navn og CPR-nummer, fraset i et tilfælde, hvor to ugeæsker og en dagsæske mangler navn og CPR-nummer
- Der er angivet anbrudsdato på medicinske salver, dråber m.v. med begrænset holdbarhed efter åbning.
- I to tilfælde mangler der navn på en beholder i borgernes medicinbeholdning.
- Medicinen opbevares efter gældende regler (Køleskab, aktuelt og ikke aktuelt adskilt).

Dispensering af medicin

- I et tilfælde konstateres der dispenseringsfejl i flere doseringsæsker.
- I to tilfælde er medicin korrekt dispenseret i doseringsæskerne.

Administration af medicin og ikke dispenserbare præparater

- Medicinen er uddelt til tiden, dog ses der i et tilfælde, at medicinen ikke er givet, og hvor der mangler opfølgning i dokumentationen.
- Hos alle borgere er uddelt medicin inden for det seneste døgn kun delvist registreret korrekt i omsorgssystemet på tilsynstidspunktet.

Pn medicin

- Pn medicin opbevares adskilt fra anden medicin.
- Pn medicin er mærket med navn og CPR-nummer.
- Der er ikke ophældt pn medicin.

Interview med leder

Alle nye medarbejdere introduceres til retningslinjer for medicinhåndtering, og de gennemfører kursus i medicinhåndtering.

Interview med borgere

Alle borgerne er meget tilfredse og trygge med medarbejdernes håndtering af deres medicin, og de oplever, at de får medicinen til tiden.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, at de kender gældende medicininstruks, og medarbejderne kan redegøre for korrekt opbevaring samt for, hvordan de sikrer overholdelse af gældende retningslinjer. Medarbejderne har faste borgere, og de oplyser, at de har fast arbejdsgang for opdatering af lokal medicinliste og FMK samt for øvrige ændringer.

Medarbejderne redegør for sikker opbevaring af borgernes medicin i aflåst skab i deres bolig og for adskillelse i farvede poser.

Der anvendes dispenseringsvogn, som står i et lukket lokale, og medarbejderne anvender afslutningsvis egenkontrol, dog er det ikke alle medarbejdere, som anvender egenkontrol af anden medarbejder.

Medarbejderne har adgang til medicinlisten på telefon eller i borgernes boliger, og de beskriver, hvordan de i forbindelse med udlevering af medicin tjekker antal tabletter i dagsæsken, og de ser på, at borgeren indtager deres medicin. Medarbejderne dokumenterer tidstro for udlevering, men de oplever et behov for mere fokus på dette. Medarbejderne tilkendegiver, at arbejdsgange omkring risikosituationslægemidler er nye, og at de har et generelt behov for afklaring i forhold til udarbejdelse af dokumentationen, herunder handlingsanvisninger.

2.6.9 Pårørendesamarbejde

Score: 4

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at ældrecentret i høj grad lever op til indikatorerne

Interview af leder

Leder redegør for at ældrecentret tidligere har haft et bruger- og pårønderåd. Dette har ikke fungeret under CORONA, men det er nu genopslået for at erhverve nye medlemmer. Der afholdes samtaler med de pårørende, både før, under og efter indflytning og der er løbende orientering og opfølgning med de pårørende via mail eller på møder afstemt behovet.

Interview af pårørende

Alle pårørende er meget tilfredse med samarbejdet med medarbejdere og leder.

En pårørende udtrykker, at alle er venlige og imødekommende, og at der bliver taget hånd om tingene, hvis der er noget. En anden pårørende oplever, at medarbejderne er meget hjælpsomme, og at der altid er en god tone, også når medarbejderne taler indbyrdes. Den pårørende har dog et ønske om, at alle medarbejdere bærer navneskilt. Dette er tidligere drøftet med leder. Derudover oplever den pårørende, at der på udearealet er fliser, som ikke ligger hensigtsmæssigt, og den pårørende har kontaktet VAB, men der er ikke foretaget tiltag. Tredje pårørende fortæller, at borgeren trives og er glad for at bo på ældrecentret, hvilket giver den pårørende tryghed. Alle pårørende oplever, at aftaler overholdes, og at de bliver kontaktet ved behov.

Ovenstående vedrørende fliser ved personaleindgangen er efterfølgende drøftet med leder, som vil forsøge at kontakte VAB igen.

I forhold til navneskilte oplyser leder, at der udleveres navneskilte til alle medarbejdere.

3. Vurderingsskema

I tilsynene i Køge Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	<p>Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 tilbage-meldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
Score: 4	<p>Indikatorerne er i høj grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none">• 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	<p>Indikatorerne er i middel grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none">• Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mål-rettet 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	<p>Indikatorerne er i lav grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none">• Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og mål-rettet 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. <p>Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.</p>

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 1	<p>Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.</p>

4. Om BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejehjem, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

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

