

Tilsynsrapport Køge Kommune

Velfærdsforvaltningen - Ældre og Sundhed
Døgnrehabilitering

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: Døgnrehabilitering, Rådhusstræde 10 D, 2. sal, 4600 Køge

Leder: Teamleder Catharina Winsløw

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

Antal boliger: 15 midlertidige pladser

Dato for tilsynsbesøg: Den 15. marts 2023

Tilsynet er indledt og tilrettelagt sammen med: Leder og teamleder

Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:

- Interview med enhedens teamleder
- Tilsynsbesøg hos tre borgere
- Telefoninterviews med to pårørende (Det var kun muligt for teamleder at fremfinde to pårørende til telefoninterview i stedet for de planlagte tre)
- 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 til teamleder og leder af kvalitetsafdelingen om tilsynsforløbet.

Tilsynsførende:

Senior Manager Pia Elsner, DP i ledelse

Manager Else Marie Seehusen, sygeplejerske, SD/DSH

2. Kommunalt tilsyn

2.1 Overordnet vurdering

BDO har på vegne af Køge Kommune foretaget et uanmeldt tilsyn på enheden Døgnrehabilitering. 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 Døgnrehabilitering **overordnet er en velfungerende enhed**, som har engagerede medarbejdere og ledelse, der medvirker til trivsel og rehabilitering for borgerne. Tilsynet vurderer, at enheden generelt lever op til Køge Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau.

Der er ved årsskiftet igangsat implementering af et nyt omsorgssystem, og det er vurderingen, at ledelsen har igangsat en målrettet implementering. Vurderingen er, at den samlede journalføring på SEL og SUL ydelser fremstår med flere mangler, som det vil kræve en fortsat betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes.

Tilsynet vurderer, at pleje, omsorg og praktisk støtte og de rehabiliterende indsatser, som borgerne modtager i enheden, leveres med en god faglig kvalitet. Enheden har fokus på rehabilitering og på pleje og omsorg, herunder at der arbejdes systematisk med sundhedsfremmende indsatser. Borgerne er alle meget tilfredse med hjælpen, og de oplever, at de får hjælp til det, de har brug for, og at de har gavn af opholdet.

Det vurderes, at der er flere mangler i medicin håndteringen i forhold til dokumentation, opbevaring og dispensering, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes.

Tilsynets vurdering er, at der er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at rehabiliteringsindsatsen på stedet tilrettelægges på borgernes præmisser i et tæt samspil med borgernes eventuelle pårørende. Borgerne oplever at have indflydelse på eget liv, og borgerne er meget tilfredse med mad og måltider.

Det vurderes, at der på enheden er en imødekommende kultur, hvor medarbejderne har en feedback-kultur i forhold til uhensigtsmæssig kommunikation.

Det vurderes, at centret har et velorganiseret samarbejde med de pårørende, og at de pårørende generelt finder inddragelsen og kommunikationen på centret meget tilfredsstillende, hvor en enkelt pårørende dog giver udtryk for at have oplevet at få forskellig udmelding i forhold til aftaler om praktiske forhold.

Ledelsen redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx samarbejdet i sundhedsklyngen og dokumentationspraksis i forhold til at udfolde det nye omsorgssystem.

2.2 Tilsynets bemærkninger og anbefalinger

Bemærkninger:

Dokumentation SEL

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

- At der mangler implementering af fælles systematik i forhold til brugen af Nexus, herunder relatering af journalens delelementer.
- At der i tre tilfælde mangler opdatering af helbredsoplysninger.

Anbefalinger:

Dokumentation SEL

Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at den igangværende proces med implementering/opdatering af journaler fastholdes, herunder at der lægges en plan for gennemførelsen, så alle journaler fremstår med ny fælles systematik, fyldestgørende og opdaterede.

Tilsynet anbefaler, at ledelsen aftaler rammer og vilkår med medarbejderne i forhold til at sikre løbende dokumentation.

- At mestring, motivation og ressourcer kun er delvist udfoldet og delvist opdateret.
- At der i funktionstilstande generelt mangler borgernes forventninger og mål til indsatsen.
- At døgnrytmeplaner fremadrettet beskriver hjælpen for opgaverne, jf. ny systematik

Tilsynet bemærker, at medarbejderne tilkendegiver, at der i en travl hverdag kan være usikkerhed vedr. prioritering af dokumentation kontra kerneopgaven.

Dokumentation SUL

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

- At der i tre journaler mangler indarbejdelse af ny fælles systematik, herunder relateret af journalens delelementer.
- At der i tre tilfælde mangler en eller flere opdateringer af tilstande og handlingsanvisninger.

At der ikke ses systematisk dokumentation for samtykke og behandlingsansvarlig læge.

Dokumentation SUL

Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at den igangværende proces med implementering/opdatering af journaler fastholdes, så alle journaler fremstår med ny fælles systematik og fyldestgørende og opdaterede, herunder at samtykke og behandlingsansvarlig læge dokumenteres systematisk.

Medicinhåndtering

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

- At der i alle journaler mangler tilstande og handlingsanvisninger på de enkelte præparater.
- At der hos alle borgere er delvis systematisk adskillelse af medicin.
- At der hos en borger mangler flere præparater i beholdningen.
- At der hos en borger er doseringsfejl.

At der i alle tilfælde ikke er implementeret ny instruks for håndtering af risikomedicin.

Medicinhåndtering

Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medarbejderne efterlever gældende instruks og vejledning for medicinhåndtering, herunder at det indskræpes, at der ikke kan efterdoseres medicin. Ligeledes anbefales det, at instruks for risikomedicin implementeres, når den er godkendt i kvalitetsrådet.

Pårørendesamarbejdet

Tilsynet bemærker, at en enkelt pårørende giver udtryk for at have oplevet at få forskellige udmeldinger i forhold til aftaler om praktiske forhold.

Pårørendesamarbejdet

Tilsynet anbefaler, at ledelsen i dialog med medarbejderne indarbejder arbejdsgange og struktur, der understøtter at aftaler med borger/pårørende er kendt og anvendes af alle.

2.3 Aktuelle vilkår

Døgnrehabilitering er beliggende i Køge Kommunes Sundhedscenter, hvor der også er andre fagteams, som fx Genoptræning og Daghjem. Borgere på døgnophold på Døgnrehabilitering er som udgangspunkt borgere med meget komplekse problemstillinger, og borgerne er der af forskellige årsager, som fx genoptræning, aflastning/afklaring, afventer ophold i plejebolig mv. Borgernes ophold på Døgnrehabilitering har i gennemsnit en varighed på 17-19 dage. Ledelsen redegør for, at man via en tjekliste arbejder ud fra en fast struktur på den enkelte borgers ophold.

Ledelsen oplyser, at de er overgået til et nyt omsorgssystem, og at der i forlængelse af dette er arbejdet intensivt med dokumentationspraksis, herunder opdatering af journaler, så alle journaler fremstår med ny fælles systematik. Til at understøtte overgang til nyt omsorgssystem er der udpeget ressourcepersoner i brugen af det nye system. Ledelsen redegør for, at de desuden er ved at opstarte på struktureret triagering, og også her er der udpeget ressourcepersoner, der skal stå for undervisning af de øvrige medarbejdere. Der foregår allerede i dag triagering af borgernes ernæringstilstand.

I forbindelse med etablering af Sundhedsklynger er der igangsat et projekt "Stuegang med geriatrisk afdeling", der skal være med til at bygge bro og sikre den bedst mulige overgang mellem sygehus og kommune. Der gennemføres således struktureret stuegang en gang ugentligt med deltagelse af blandt andet en sygehuslæge, en praksislæge, kommunens ældrechef samt medarbejdere fra Døgnrehabilitering. Der har endvidere været deltagelse i et IV-projekt, hvor IV-behandling, som er påbegyndt på en hospitalsafdeling, følges op i patientens hjemkommune.

Leder oplyser, at de pt. er ved at behandle en skriftlig klage, og at der er en fast praksis for håndtering af klager.

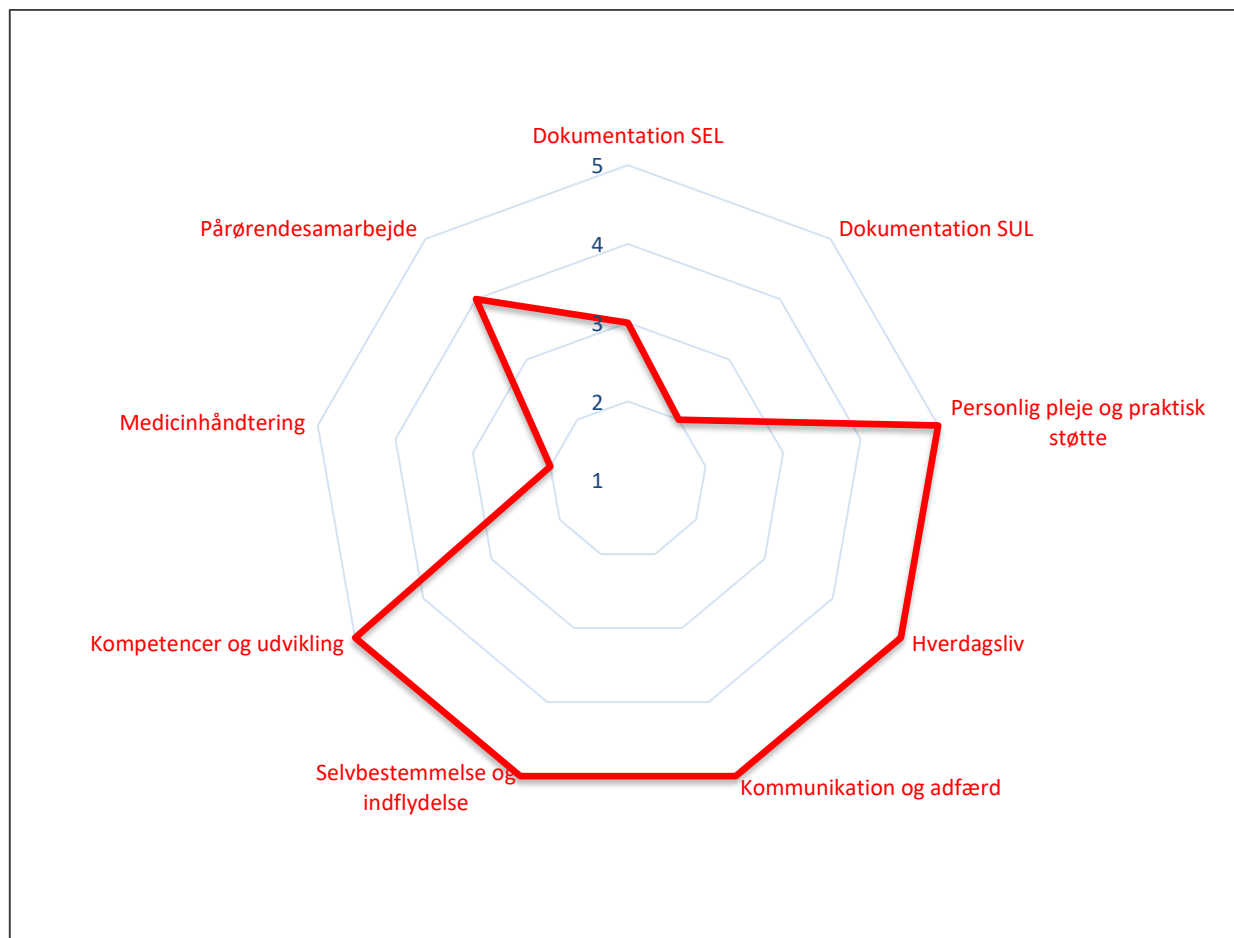
2.4 Opfølgning

Ledelsen redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx samarbejdet i sundhedsklyngen og dokumentationspraksis i forhold til at udfolde det nye omsorgssystem.

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: 3

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at centret i middel grad lever op til indikatorerne

Gennemgang af dokumentation

Dokumentationen fremstår overordnet med en god faglig standard, men har mangler, som vil kræve en fortsat målrettet indsats. Dokumentationen er delvist opdateret og fyldestgørende, hvor der i alle journaler mangler indarbejdelse af ny fælles systematik, herunder mangler i to tilfælde døgnrytmeplan specifikt for midlertidige pladser. På alle borgere er der generelle oplysninger med helbredsoplysninger, hvor der i alle journaler mangler opdateringer. Ressourcer, mestring og motivation er delvist udfoldet og delvist opdateret. Der er aktuelle funktionstilstande med notater, der handlevejledende beskriver den hjælp, som borgerne har behov for, men der mangler beskrivelser af borgernes forventninger og mål i forhold til de enkelte indsatser. Borgernes behov for pleje og omsorg er i et tilfælde beskrevet handlevejledende i døgnrytmeplanen, og den er systematisk opbygget. På alle borgere er der oprettet aktuelle tilstande for borgernes træning. Den daglige hjælp til borgerne er specificeret på medarbejdernes dagsplan. Der ses relevante målinger på alle borgerne.

Der mangler dog generelt relatering mellem journalens forskellige delområder.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør fagligt reflekteret for, hvordan de arbejder målrettet med dokumentationen, herunder at de er i en proces i forhold til at indarbejde/implementere nyt omsorgssystem. Medarbejderne oplyser, at der er en klar ansvarsfordeling og godt tværfagligt samarbejde i forhold til dokumentationen. Medarbejderne tilkendegiver dog, at der i en travl hverdag kan være usikkerhed på prioritering af dokumentation kontra kerneopgaven, da de oplever, at de mangler tid i hverdagen til løbende dokumentation.

Medarbejderne kender og følger GDPR-regler, og de giver konkrete eksempler på, hvordan de overholder reglerne.

2.6.2 Sundhedsfaglig dokumentation SUL

Score: 2

Vurdering:

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

Gennemgang af dokumentation

Dokumentationen har flere væsentlige mangler, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes. Den sundhedsfaglige dokumentation er delvist opdateret og fyldestgørende, men der mangler indarbejdelse af ny fælles systematik i alle journaler. På alle borgerne er der udarbejdet helbredstilstande med indsatser, indsatsmål og handlingsanvisninger, dog mangler der opdateringer af en eller flere helbredstilstande, herunder handlingsanvisninger. Der ses generelt løbende opfølgning og evaluering, fx observationsnotater og målinger. Journalens delområder mangler generelt indbyrdes relatering.

Der ses ikke systematisk dokumentation fra behandlingsansvarlig læge og for samtykke.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør fagligt for, hvordan de er i proces i forhold til at sikre en opdateret og fyldestgørende sundhedsfaglig dokumentation samt med at indarbejde ny fælles systematik for dokumentationspraksis.

2.6.3 Personlig pleje og praktisk støtte

Score: 5

Vurdering:

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

Interview med borgere

Borgerne udtrykker alle tilfredshed med de ydelser, de modtager, og med kvaliteten af ydelserne, og de oplever, at der er sammenhæng mellem den hjælp, som de har behov for, og den hjælp de får tilbudt.

Borgerne deltager alle på forskellig vis i de daglige opgaver, og de oplever, at de har mulighed for at være aktive i plejen, og at medarbejderne er gode til at motivere dem og træne med dem i hverdagsrehabilitering. En borger fortæller, at der bliver lavet nye aftaler i forhold til, hvad borgeren selv skal udføre i de daglige opgaver, efterhånden som borger bliver bedre. En borger modtager desuden genoptræning hos fysioterapeut, og borgeren udtrykker tilfredshed med dette.

Borgerne er tilfredse med rengøringsstandarderne i deres bolig.

Observation

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

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, at der arbejdes på at skabe tryghed i pleje og støtte gennem kontinuitet/aftaler/relationer, der sikrer borgerne den nødvendige pleje og omsorg (herunder fx en videreudvikling af nuværende kontaktpersonordning og overblikstavle). Medarbejderne har målrettet fokus på hverdagsrehabilitering, herunder hvordan de kan motivere og træne borgerne i dagligdagsopgaver. Medarbejderne redegør for, at der afvikles daglige møder samt faste tværfaglige møder med diverse fagspecialister, fx fra Visitationen, demensenheden osv., hvor der er mulighed for at drøfte den enkelte borgers behov.

Allerede ved visitationen til døgnophold på Døgnrehabilitering udarbejdes der en plan for opholdet, som der tages udgangspunkt i, i forhold til udførelse af pleje og støtte. Der laves løbende opfølgning på den ugentlige stuegang med deltagelse af relevante fagspecialister, såsom læge, sårsygeplejeske, ernæringsfaglig medarbejder, terapeuter osv. Ved ændringer i en borgers tilstand, er det borgerens kontaktperson, der er ansvarlig for dokumentation samt eventuel kontakt til relevant fagspecialist.

2.6.4 Hverdagsliv

Score: 5

Vurdering:

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

Mad og måltid

Interview med borgere

Alle borgerne er meget tilfredse med madens og måltidernes kvalitet. En borger giver dog udtryk for, at de sammenkogte retter smager ens.

Borgerne har indflydelse på, hvor de vil spise de enkelte måltider, men de fortæller, at medarbejderne opfordrer og motiverer dem til at spise i den fælles opholdsstue. Borgerne giver udtryk for god stemning ved måltiderne, og de fortæller, at medarbejdere sidder med ved måltiderne.

Borgerne oplever, at der bliver taget hensyn til deres ønsker og til behov for specialkost, og en borger fortæller endvidere, at der er mulighed for at spise forskudt af den faste spisetid for frokost, hvis borgeren ikke er sulten.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, hvordan de arbejder med at skabe gode måltider for borgerne, herunder hvordan de arbejder med at skabe ro og hygge omkring måltidet. Der er til måltiderne udpeget måltidsværter, der ved måltidet dels arbejder med rehabilitering og træning af borgerne og dels observerer, om den enkelte borger får spist og drukket. Ved måltiderne tilbydes der fadservering til de borgere, der selv kan tage. Medarbejderne oplyser, at de inddrager borgerne i forhold til, hvad borgerne ønsker at spise, og fortæller at borgerne nogle gange tilbydes lune retter til frokost.

Der arbejdes systematisk med triagering af ernæringstilstand og opfølgning på borgernes vægt. Allerede ved indflytning tilbydes borgerne vejning og ernæringscreening, og efterfølgende sker dette løbende en gang om ugen eller oftere ved behov. Ved u hensigtsmæssig vægtændring iværksættes der tiltag, fx i samarbejde med en ergoterapeut eller med kommunens diætist. Medarbejderne oplyser, at de har mulighed for at tage relevant hensyn til borgernes differentierede behov for ernæring ved fx tilbud om forskellige diættyper og kostformer.

Et aktivt miljø

Interview med borgere

Borgerne oplever alle at blive aktiveret via rehabiliteringsopgaver i dagligdagen. En borger modtager også genoptræning hos fysioterapeut.

Borgerne fortæller, at de enten sidder i den fælles opholdsstue eller i egen bolig, og de beskæftiger sig med forskellige aktiviteter, som at se film, læse osv.

En pårørende fortæller under telefoninterview, at pårørendes nære i starten af opholdet følte sig ensom, men at medarbejderne har været gode til at hjælpe med at skabe relationer mellem deres nære og en af de andre borgere.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, at borgerne aktiveres igennem de daglige rehabiliteringsopgaver, og en-til-en aktivitet er individuelt tilpasset den enkelte borger. Medarbejderne oplyser endvidere, at eleverne er ansvarlige for at planlægge forskellige aktiviteter for borgerne hver onsdag.

2.6.5 Kommunikation og adfærd

Score: 5

Vurdering:

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

Interview med borgere

Borgerne giver alle udtryk for, at de er meget tilfredse med medarbejderne, og de oplever medarbejderne som flinke og hjælpsomme. En borger oplever, til borgerens store tilfredshed, at når der er lavet en aftale med en medarbejder, så kan man altid regne med, at det aftalte bliver iværksat.

Borgerne oplever en god og ordentlig omgangsform med medarbejderne, og at medarbejderne udviser respekt for privatliv og personlige grænser.

En pårørende fortæller under telefoninterview, at pårørende oplever, at medarbejderne er gode til at tale i øjenhøjde med borgerne.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne kan reflekteret redegøre for en kommunikation og adfærd, hvor de lægger vægt på en individuel og ligeværdig tilgang. Medarbejderne har fokus på at være åbne i deres kommunikation og adfærd og på at benytte kropssprog og kropskontakt i deres omgang med borgerne ud fra en individuel vurdering.

Medarbejderne redegør for, at de er gode til at have fokus på egen og kollegaers kommunikation og adfærd, og at de har tillid til at drøfte eventuelt brud på omgangstonen indbyrdes.

Observation

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

2.6.6 Selvbestemmelse og indflydelse

Score: 5

Vurdering:

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

Interview med borgere

Borgerne giver alle udtryk for, at de er meget tilfredse med deres ophold på centret. De oplever en høj grad af fleksibilitet hos medarbejderne, blandt andet fortæller en borger, at der er mulighed for at få besøg uden for de faste besøgstider. Borgerne fortæller desuden, at der tages hensyn til vaner og døgnrytme, bl.a. i forhold til sengetider.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, hvordan de sikrer, at borgerne har medbestemmelse og indflydelse under deres ophold. Medarbejderne er opmærksomme på løbende at inddrage borgerne og eventuelle pårørende i planlægningen af borgernes pleje/forløb. Medarbejderne oplyser, at der følges op på borgernes stillingtagen til HLR og ønsker til den sidste tid. Ofte har borgerne allerede taget stilling til dette inden deres ophold.

2.6.7 Kompetencer og udvikling

Score: 5

Vurdering:

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

Interview med leder

Leder redegør for og vurderer, at medarbejderne har relevante sundhedsfaglige kompetencer og erfaring med målgruppen. Medarbejdergruppen er tværfagligt sammensat, og den består af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og en professionsbachelor i ernæring og sundhed. Grundet målgruppens kompleksitet er der en højere normering på Døgnrehabilitering end på kommunens plejecentre. Rengøring i boligerne varetages af husassistenter.

Ved behov/visitation inddrages terapeuter fra træningsenheden på Sundhedscentret. Der er ligeledes mulighed for at tilkalde kommunens specialister ved behov, såsom sår-sygeplejerske, inkontinenssygeplejerske, demenskoordinator osv.

Leder redegør for, at der arbejdes målrettet med kompetenceudvikling af medarbejderne med kompetenceprofil og kompetencekort. Alle medarbejdere kompetenceafklares, så der kan lægges individuelle kompetenceplaner for den enkelte medarbejder.

Der er tilknyttet en fast læge, der kommer en gang om ugen, og som underviser i aktuelle temaer.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for muligheden for løbende kompetenceudvikling og sparring både i daglig praksis, på daglige møder og gennem tematiseret undervisning, herunder inddragelse af andre faggrupper i tværfaglige samarbejder. Der er udpeget ressourcepersoner på forskellige områder, fx forflytning, triagering og omsorgssystem, som medarbejderne har mulighed for at trække på i hverdagen. Medarbejderne har desuden mulighed for at trække på kommunens specialkompetencer, som fx sår-sygeplejerske og inkontinenssygeplejerske, når der er behov for dette. Medarbejderne oplyser, at der desuden er mulighed for e-learning i relevante temaer, via Plan2learn.

Der arbejdes systematisk med kompetencekort, og medarbejderne understøtter ledelsens udsagn om, at de alle er blevet kompetenceafklaret.

Medarbejderne redegør for kendskab til og anvendelse af instrukser og vejledninger, herunder hvor de kan fremfinde disse ved behov. Medarbejderne tilkendegiver også at have kendskab til kommunens kvalitetsstandard og serviceniveau for området.

2.6.8 Medicinhåndtering og administration

Score: 2

Vurdering:

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

Medicinalgennemgang

Der er gennemgået medicin for tre borgere. Medicinen opbevares i borgernes boliger i en kasse i et skab. Der er farvede poser til adskillelse af medicin.

Dokumentation

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

- På alle borgere ses tilstand og handlingsanvisning på medicin håndtering, herunder dispensering og administration.
- I alle tilfælde mangler der helbredstilstande, svarende til aktuel medicinsk behandling, herunder mangler handlingsanvisninger.
- Medicinlisten tilgås elektronisk, og den er opdateret.
- For alle borgere er der udarbejdet tilstande og relevante handlingsanvisninger på medicinadministration.

Risikosituationslægemidler

- I alle tilfælde ikke 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.
- I et tilfælde findes løse kapsler i medicinkassen og i en pakning
- Hos alle borgere er der kun delvis systematisk adskillelse af medicin.
- Holdbarhedsdatoen er ikke overskredet på medicinske salver, dråber mv.

Dispensering af medicin

- Medicin er i to tilfælde korrekt dispenseret i doseringsæskerne.
- I et tilfælde ses doseringsfejl, hvor der ikke er doseret fuldt op i ugedoseringsæsken, og der er lagt en seddel i ugeæsken om, at der skal efterdoseres.

Administration af medicin og ikke dispenserbare præparater

- Medicinen er uddelt til tiden.
- Uddelt medicin er registreret korrekt i omsorgssystemet på tilsynstidspunktet, fraset et enkelt tilfælde.

Pn medicin

- Pn medicin er mærket med navn og CPR-nummer.
- Der er ikke ophældt pn medicin.

Interview med leder

Leder redegør for, at medarbejderne tilbydes relevant undervisning i medicin håndtering, samt at det er en del af introforløbet for nye medarbejdere og afløsere. Leder fortæller, at medicin håndteringsinstrukserne er tilgængelige elektronisk, og at der er faste møder mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, hvor det er muligt at gennemgå eventuelle ændringer på området.

Interview med borgere

Borgerne tilkendegiver, at de er trygge ved den måde, medarbejderne hjælper borgerne med deres medicin, og alle oplever at få medicin til tiden.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for kendskabet til gældende retningslinjer for medicindosering, herunder overensstemmelse mellem FMK og lokal medicinoversigt. Medicinen opbevares i borgernes boliger i en kasse i et skab, og der anvendes farvede poser til adskillelse af medicinen.

Medarbejderne har kendskab til risikomedicin, og de oplyser, at en ny instruks afventer godkendelse og implementering.

Medicinen dispenseres i borgerens bolig. Medicin doseres ud fra medicinlisten, og der er egenkontrol af doseringen ved en kollega. Medarbejderne tjekker medicin på mobil adgang inden udlevering. En medarbejder i hver vagt er tovholder på, at medicin er udleveret.

2.6.9 Pårørendesamarbejde

Score: 4

Vurdering:

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

Interview med leder

Ledelsen oplyser, at de arbejder strategisk og systematisk med pårørendesamarbejdet, blandt andet ved at have fokus på en tæt dialog med pårørende igennem hele forløbet og ved at inddrage pårørende i indflytningssamtalen og i de løbende planmøder.

Ledelsen redegør for, hvordan kommunen tilbyder diverse kursustilbud, der er målrettet de pårørende, som fx kurset "Lær at tackle hverdagen som pårørende". Desuden kan pårørende altid kontakte Demensteamet, hvor pårørende tilbydes demensfaglig rådgivning.

Pårørendeinterview

De pårørende er meget tilfredse med samarbejdet med centret, og de oplever medarbejderne som imødekomende, når de kommer på besøg. En pårørende sætter stor pris på fleksibiliteten hos medarbejderne, og pårørende fortæller at have mulighed for at spise sammen med sin nære, selv om det er uden for de faste besøgstider. Pårørende oplever, at centret sætter borgeren i centrum.

De pårørende føler sig velinformede, og de oplever, at aftaler overholdes. Dog er der en pårørende, der giver udtryk for at have oplevet at få forskellige udmeldinger i forhold til aftaler om praktiske forhold.

En pårørende fortæller, at alle fordomme er blevet gjort til skamme, og pårørende håber, at borgeren får lige så god behandling, når borgeren flytter i plejebolig.

3. Vurderingskema

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 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	<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 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. <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.

