



# Tilsynsrapport Køge Kommune

Velfærdsforvaltningen - Ældre og Sundhed  
Lerbæk Torv Plejeboliger

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 plejeboligerne og tilsynet

Navn og Adresse: Lerbæk Torv Plejeboliger, Lerbæk Torv 42, 4600 Køge

Leder: Halil Baldan

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

Antal boliger: 67 plejeboliger

Dato for tilsynsbesøg: Den 23. marts 2023

Tilsynet er indledt og tilrettelagt sammen med: Teamleder

Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:

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

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

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

Tilsynsførende:

Senior Manager Margit Kure, sygeplejerske, MHM

Senior Manager Pia Elsner, DP i ledelse

## 2. Kommunalt tilsyn

### 2.1 Overordnet vurdering

BDO har på vegne af Køge Kommune foretaget et uanmeldt tilsyn på Lerbæk Torv Plejeboliger. 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 Lerbæk Torv Plejeboliger overordnet er et center, som har engagerede medarbejdere og ledelse, der medvirker til trivsel for borgerne. Det er tilsynets vurdering, at centret i middel grad lever op til Køge Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau, og vedrørende dokumentation og medicin håndtering lever centret i meget lav grad op til gældende retningslinjer og praksis på området.

Centret er ved årsskiftet overgået til nyt omsorgssystem, og det er vurderingen, at ny leder lige har igangsat implementering. Det vurderes, at den samlede journalføring på SEL og SUL har omfattende og væsentlige mangler, som vil kræve en radikal og målrettet indsats for at kunne afhjælpes.

Tilsynet vurderer, at pleje, omsorg og praktisk støtte, som borgerne modtager på centret, leveres med en god faglig kvalitet, og borgerne er meget tilfredse med kvaliteten af hjælpen, som svarer til det behov, de har. Dog giver en borger udtryk for, at hjælpen til en konkret praktisk opgave ikke altid efterkommes. Ligeledes observeres der to snavsede hjælpemidler.

Centret har fokus på kerneopgaven, herunder at der arbejdes med sundhedsfremmende og hverdagsrehabiliterende indsatser.

Tilsynet vurderer, at medicin håndteringen har omfattende mangler med fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind. Der er konstateret flere mangler i forhold til dokumentation, dispenseringsfejl og opbevaring, som det vil kræve en radikal og målrettet indsats at afhjælpes. Det er ligeledes vurderingen, at der er medarbejdere, som bevidst ikke følger gældende retningslinjer for medicin håndtering.

Tilsynets vurdering er, at der overordnet er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at hverdagslivet på stedet tilrettelægges på borgernes præmisser, og borgerne oplever generelt at have indflydelse på eget liv, dog oplever en borger, at borgerens tøj ikke håndteres, som borgeren ønsker det. Borgerne er tilfredse med mad og måltider og med de tilbudte aktiviteter.

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

Vurderingen er, at de faglige kompetencer kun delvist er tilstrækkelige. Dels udtrykker medarbejderne usikkerhed om arbejdsgange, herunder opgaver og ansvarsfordeling i forhold til det nye omsorgssystem, og dels er der ansat faste ufaglærte medarbejdere.

Det vurderes, at centret har et velorganiseret samarbejde med de pårørende, og de pårørende finder, at inddragelsen og kommunikationen på centret er meget tilfredsstillende, dog udtrykker en pårørende et behov for mere løbende information med medarbejderne, da borgeren ikke selv kan udtrykke egne behov.

Ledelsen redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx er der sat fokus på dokumentationspraksis i forhold til at udfolde det nye omsorgssystem, og ligeledes er der et målrettet fokus på, via ændret vagtplanlægning, at sikre en hensigtsmæssig fordeling af kompetencer.

## 2.2 Tilsynets bemærkninger og anbefalinger

### Bemærkninger:

#### Dokumentation SEL

Tilsynet bemærker omfattende mangler i dokumentationen i forhold til:

- At der generelt mangler indarbejdelse af ny fælles systematik i journalerne.
- At helbredsoplysninger i fire journaler mangler opdatering.
- At generelle oplysninger i en journal mangler opdatering, og i et tilfælde kun er delvist udfyldt.
- At funktionsevnetilstande i to journaler ikke er udfyldt, og i to tilfælde mangler der opdatering på flere områder, samt at der i fire journaler mangler beskrivelse af borgerens forventninger og mål.
- At der er to døgnrytmeplaner, som ikke er udfyldt, to er delvist udfyldt, og to mangler opdatering på et enkelt område.

Ved alle borgerne mangler der dokumentation for borgernes vægt.

### Anbefalinger:

#### Dokumentation SEL

Tilsynet anbefaler, at leder intensiverer den igangsatte proces i forhold til implementering/ opdatering af journaler, så alle journaler fremstår med ny fælles systematik, og at de er fyldestgørende og opdaterede.

Tilsynet anbefaler, at leder udarbejder en handleplan for implementeringsprocessen, og at leder foretager en løbende opfølgning og evaluering.

#### Dokumentation SUL

Tilsynet bemærker omfattende mangler i dokumentationen i forhold til:

- At der i fem journaler mangler en eller flere helbredstilstande.
- At der på alle borgere mangler en eller flere handlingsanvisninger.
- At der hos to borgere mangler dokumentation for samtykke, og at der hos fem borgere mangler dokumentation for behandlingsansvarlig læge.
- At journalens delområder generelt mangler indbyrdes relatering.

#### Dokumentation SUL

Tilsynet anbefaler, at leder intensiverer den allerede igangsatte proces i forhold til implementering/opdatering af journaler, så alle journaler fremstår med ny fælles systematik, og at de er fyldestgørende og opdaterede.

#### Personlig pleje og praktisk støtte

Tilsynet bemærker, at en borger under besøg nævner, at der ikke er foretaget vanlig oprydning i soveværelset sidst på formiddagen.

Tilsynet bemærker to snavsede hjælpemidler.

#### Personlig pleje og praktisk støtte

Tilsynet anbefaler, at leder sikrer, at indgåede aftaler med borgeren om oprydning overholdes, og at dette dokumenteres i døgnrytmeplanen.

Tilsynet anbefaler, at leder sikrer rengjorte hjælpemidler, herunder at sikre en afklaring af arbejdsgange, og hvem der er ansvarlig for opgaven.

Selvbestemmelse og indflydelse

Tilsynet bemærker en borger, som oplever, at det rene tøj ikke håndteres, som borger ønsker det.

Selvbestemmelse og indflydelse

Tilsynet anbefaler, at leder afstemmer forventninger med borgeren omkring håndtering af vaske-tøj.

Kompetencer og udvikling

Tilsynet bemærker, at medarbejderne udtrykker usikkerhed om arbejdsgange, herunder opgaver og ansvarsfordeling i forhold til det nye omsorgssystem.

Tilsynet bemærker, at der er ansat faste ufaglærte medarbejdere samt ufaglærte timelønnede medarbejdere.

Tilsynet bemærker at leder tilkendegiver, at der er behov for et kompetenceløft hos medarbejderne.

Kompetencer og udvikling

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

Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsat har fokus på rekruttering af medarbejdere med sundhedsfaglig uddannelse, og introduktion og oplæring af medarbejdere uden sundhedsfaglig uddannelse.

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

Tilsynet anbefaler, at leder fremadrettet har fokus på at sikre kompetenceløft til medarbejderne.

Pårørendesamarbejdet

Tilsynet bemærker, at en af de pårørende efterspørger en løbende information fra medarbejderne fra dagligdagen, som fx hvad borgeren har foretaget sig, idet borgeren ikke selv har et sprog, og dermed ikke kan fortælle de pårørende om dette.

Pårørendesamarbejdet

Tilsynet anbefaler, at leder i samarbejde med medarbejder drøfter, hvordan de sikrer afstemning af forventninger, og hvordan de imødekommer de pårørende, som har et behov for løbende information.

Medicinhåndtering

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

- At der i tre journaler mangler handlingsanvisning på medicindispensering og administration, og at der i to journaler mangler handlingsanvisning på medicinadministration.
- At der hos en borger mangler helbredstilstand, som relaterer sig til medicindispensering og medicinadministration.
- At der hos fem borgere generelt mangler sammenhæng mellem helbredstilstande og medicinske præparater.
- At der i to tilfælde ikke er overensstemmelse mellem handelsnavn på medicinliste og handelsnavn på medicinsk præparat i beholdning.

Medicinhåndtering

Tilsynet anbefaler, at leder indskærper, at alle medarbejderne efterlever gældende instruks og vejledning for medicinhåndtering.

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

Tilsynet anbefaler, at leder implementerer arbejdsgange i hverdagen, som sikrer udlevering og dispensering af medicin til tiden samt tidstro kvittering for udleveret medicin.

Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer implementering af instruks for risikomedicin.

- At der i et tilfælde konstateres dispenseringsfejl i alle æsker.
- At der i et tilfælde er ikke anbrudt aktuel medicin, som opbevares i aktuel beholdning.
- At i et tilfælde er aktuel medicin ikke adskilt fra ikke aktuel medicin.
- At der i et tilfælde mangler anbrudsdato på øjendråber og i et andet tilfælde anbrudsdato på salve.
- At der i et tilfælde ikke fremgår håndkøbsmedicin på medicinliste.
- At der i et tilfælde ikke fremgår medicin på medicinlisten, som borgeren selv administrerer.
- At der hos fem borgere ses delvis kvittering for udleveret medicin.
- At der i relevante tilfælde ikke er implementeret ny instruks for håndtering af risikomedicin.

Tilsynet bemærker, at to borgere har oplevet, at de selv må kontakte medarbejderne, dels i forhold til at få udleveret medicin til tiden og dels i forhold til at sikre, at der er doseret medicin i borgernes doseringsæske.

Tilsynet bemærker, at medarbejderne under interview udtrykker, at der er medarbejdere, som bevidst ikke efterlever gældende retningslinjer for medicin håndtering.

## 2.3 Aktuelle vilkår

Leder redegør for at være ansat som centerleder i oktober 2022, og at ledelsen af centret i en periode frem til leders ansættelse har været underlagt en leder fra et nærliggende plejecenter. Leder oplever, at der har været behov for at arbejde med nye grundplaner og vagtplaner, der træder i kraft pr. 1. april 2023. Den nye planlægning skal blandt andet sikre en hensigtsmæssig fordeling af kompetencer i de to teams, som medarbejderne er grupperet i, samt at alle medarbejdere har vagter til kl. 15.00, så de har mulighed for deltagelse i undervisning og journalgennemgang om eftermiddagen.

Leder oplyser, at centret er overgået til nyt omsorgssystem, Nexus, og at der i forlængelse af dette arbejdes målrettet med dokumentationspraksis, herunder opdatering af journaler, så alle journaler på sigt fremstår med ny fælles systematik. Leder tilkendegiver, at det er en svær implementeringsproces, der er igangsat i forbindelse med overgangen til nyt omsorgssystem. Der er udpeget to ressourcepersoner, som er ansvarlige for den interne uddannelse af medarbejderne. Der er allerede planlagt målrettet undervisning for medarbejderne både på tværs af faggrupper og for de enkelte faggrupper, alt efter indhold af undervisning. Leder oplever generelt, at kommunen har igangsat **mange nye udviklingstiltag, bl.a. implementering af triageringsmodul i forbindelse med overgang til nyt omsorgssystem.**

Leder redegør for, at der er planlagt iværksættelse af flere forskellige tiltag, som fx ibrugtagning af telefoner for at tilgodese, at medarbejderne har adgang til tidstro dokumentation i direkte tilknytning til, at opgaverne udføres. **Ligeledes er der planlagt opstart på struktureret triagering.**

Leder oplyser, at der ikke har været klagesager i den periode, leder har været ansat. Leder redegør for planer om opsøgende samarbejde med de pårørende, blandt andet i forhold til at forebygge klagesager, fx i form af tilbud om opfølgende samtaler.

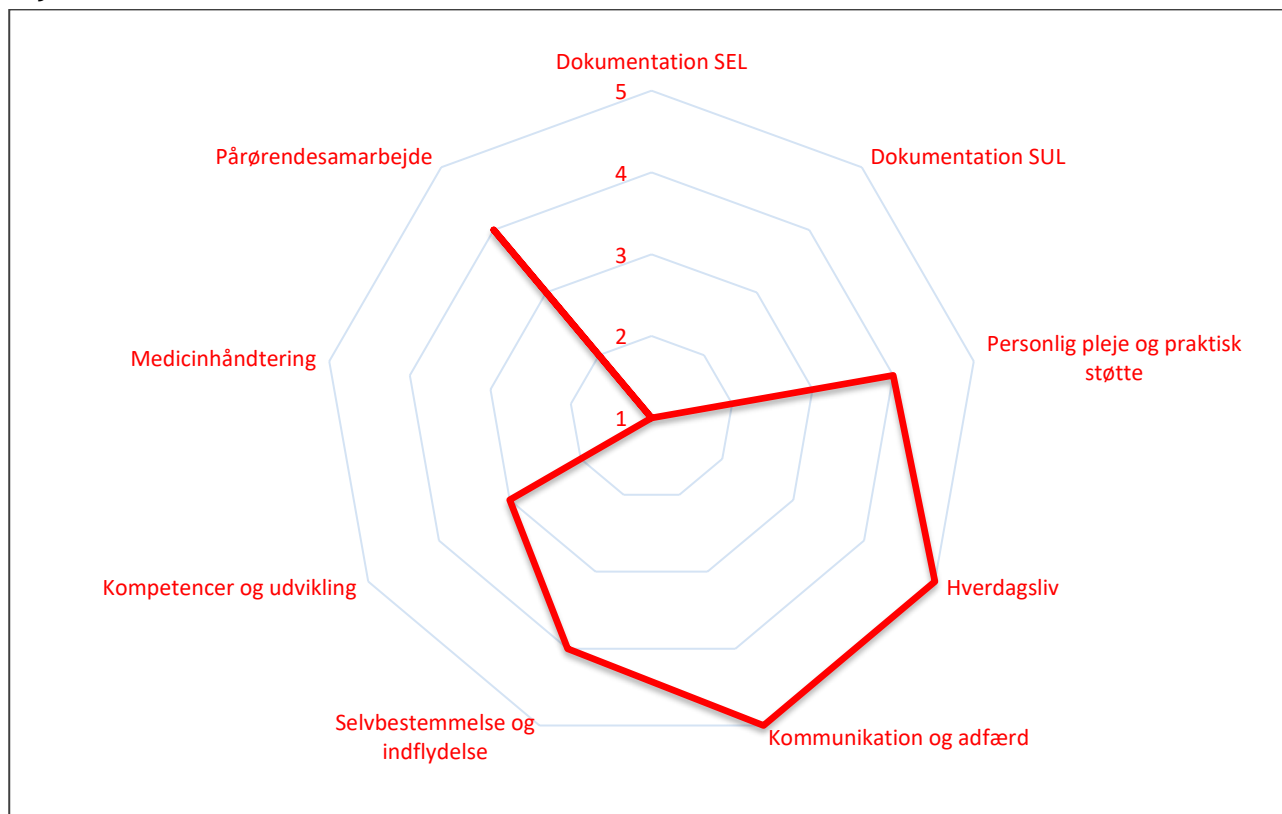
## 2.4 Opfølgning

Leder redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx er der fokus på dokumentationspraksis i forhold til at udfolde det nye omsorgssystem, og ligeledes er der et målrettet fokus på, via ændret vagtplanlægning, at sikre en hensigtsmæssig fordeling af kompetencer.

## 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: 1

**Vurdering:**

Tilsynet vurderer, at plejeboligerne i meget lav grad lever op til indikatorerne

Gennemgang af dokumentation

Dokumentationen har omfattende mangler, som vil kræve en radikal og målrettet indsats for at kunne afhjælpes. Dokumentationen er i meget lav grad opdateret og fyldestgørende. På fem borgere er der generelle oplysninger med ressourcer, mestring og motivation og livshistorie, som i et tilfælde er delvist udfyldt, og i et andet tilfælde ikke er udfyldt. Der er helbredsoplysninger på alle borgerne, men i fire tilfælde mangler der opdatering. Der er aktuelle funktionstilstande på to borgere, hos to borgere mangler der opdatering på flere områder, og på to borgere mangler der udfyldelse af funktionstilstande. Hos fire borgere mangler der beskrivelse af borgernes forventninger og mål. Der er indsatser på alle borgerne.

I to døgnrytmeplaner er borgernes behov for pleje og omsorg beskrevet handlevejledende, hvor der tages udgangspunkt i borgernes helhedssituation og ressourcer. Dog mangler begge døgnrytmeplaner opdatering på et eller flere områder. En døgnrytmeplan er systematisk opbygget med borgers og medarbejders indsats, men kun delvist i den anden. To døgnrytmeplaner er delvist udfyldt, og to døgnrytmeplaner mangler helt beskrivelser på alle områder.

Der mangler dokumentation for vægt på alle borgerne. Der er relevant dokumentation for borgernes stillingtagen til HLR.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, hvordan de arbejder med dokumentationen, herunder at de er i en proces i forhold til at implementere nyt omsorgssystem. Der er dog ikke en klar ansvarsfordeling for dokumentation i nyt omsorgssystem. Medarbejderne understøtter leders oplysning om, at de er i en proces med forbedring af dokumentationspraksis, herunder at de er i gang med at indarbejde ny fælles systematik, og at de skal opstarte ibrugtagning af telefoner i dokumentationsarbejdet. Medarbejderne fortæller desuden, at der er planlagt opstart af "tastehold" med henblik på opdatering af alle døgnrytmeplaner.

Medarbejderne tilkendegiver, at de er ved at få et bedre overblik over de forskellige funktionaliteter og moduler i omsorgssystemet, og at de dermed i højere grad føler sig i stand til at arbejde med korrekt dokumentation.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne har kendskab til håndtering af personfølsomme oplysninger, hvilket blandt andet sikres ved en årlig obligatorisk e-learning, som medarbejderne skal bestå, og ved intro til nye medarbejdere.

### 2.6.2 Sundhedsfaglig dokumentation SUL

Score: 1

**Vurdering:**

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

Gennemgang af dokumentation

Dokumentationen har omfattende mangler, som vil kræve en radikal og målrettet indsats for at kunne afhjælpes. Dokumentationen er i meget lav grad opdateret og fyldestgørende, og der mangler indarbejdelse af ny fælles systematik i alle journaler. Der er oprettet helbredstilstande på borgerne, men der mangler en eller flere

helbredstilstande hos alle borgerne. Der er tilknyttet indsatser, og handlingsanvisninger, dog mangler der i alle tilfælde oprettelse af en eller flere handlingsanvisninger.

I fem journaler mangler der dokumentation fra behandlingsansvarlig læge, og i to tilfælde mangler der dokumentation for samtykke.

I en journal ses der manglende opfølgning og evaluering på indsatser. Der mangler generelt relatering imellem journalens delområder.

#### Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør 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: 4

#### Vurdering:

Tilsynet vurderer, at plejeboligerne i 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. En borger giver udtryk for, at der på dagen er manglende daglig oprydning i soveværelset, hvilket tilsynet også kan observere. Borgerne deltager alle på forskellig vis i de daglige opgaver, og de oplever, at de har mulighed for at være aktive i plejen.

Borgerne er tilfredse med rengøringsstandarden i deres bolig.

#### Observation

Borgerne er velsoignerede, og der er en hygiejnemæssig forsvarlig standard i boligerne, dog observeres der manglende daglig oprydning i soveværelset i en bolig.

Hjælpe midler er rengjorte, fraset to lettere snavsede hjælpe midler i to boliger. Det er efterfølgende oplyst tilsynet, at rengøring af boligerne ikke varetages af centrets medarbejdere, og at der er uklarhed om arbejdsgangen for rengøring af hjælpe midler i boligerne.

#### Interview med medarbejdere:

Medarbejderne kan reflekteret redegøre for pleje og omsorg til borgerne, hvor der er fokus på kerneopgaven og på de sundhedsfremmende og hverdagsrehabiliterende indsatser. Medarbejderne redegør for, hvordan de arbejder på at sikre kontinuiteten og på at skabe tryghed i pleje og støtte med blandt andet kontaktpersonsordning, overlap mellem vagttag, døgnrytmeplaner og ved i planlægningen at have fokus på, at det er de faste medarbejdere, der kommer hos borgerne.

Medarbejderne fortæller, at borgerne, som et nyt tiltag ligger på bestemte ruter, men at der ved indmøde sker en konkret vurdering og fordeling af opgaver ud fra blandt andet borgernes habitus og kompetencerne, der er på arbejdet den dag.

Medarbejderne redegør for, hvordan der arbejdes med TOBS af borgerne, og at borgerne ved behov triageres på et dagligt fælles møde om formiddagen, men uden at der systematisk arbejdes med triagemøder. Ligeledes afvikles der tværfaglige borgerkonferencer efter behov.

## 2.6.4 Hverdagsliv

Score: 5

### Vurdering:

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

#### ***Mad og måltid***

##### Interview med borgere

Borgerne har mulighed for at spise frokost (varm mad) i centrets café. Morgenmad og aftensmad indtager borgerne i deres egen bolig enten ved, at borgerne selv tilbereder den, eller at de får hjælp af medarbejderne.

En borger har valgt at få leveret mad fra en privat leverandør, og borgeren spiser maden i egen bolig, to borgere tilbereder selv deres mad, mens de øvrige tre borgere vælger at indtage deres frokost i caféen. Alle borgerne, der spiser i caféen, er tilfredse med den varme mad, og de giver udtryk for god stemning ved måltiderne.

##### Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for deres roller og ansvar i forhold til det gode måltid, fx når de hjælper med servering og anretning i boligerne og i caféen.

Der arbejdes systematisk med ernæringscreening og opfølgning på borgernes vægt. Allerede ved indflytning tilbydes borgerne vejning, og efterfølgende vejes borgerne en gang om måneden eller oftere ved behov, og fremadrettet skal der systematisk tilbydes ernæringscreening efter hospitalsindlæggelse og vægttab. Ved eksempelvis utilsigtet vægttab eller tygge-synkebesvær er der mulighed for at inddrage ergoterapeut og ernæringsansvarlig medarbejder fra kommunens ernæringssteam

#### ***Et aktivt miljø***

##### Interview med borgere

Borgerne er tilfredse med udbuddet af aktiviteter, hvor de fortæller om en lang række faste aktiviteter som fx banko, højtlesning, neglebar, fællessang og stolegymnastik. Nogle af borgerne fravælger aktivt at deltage i de faste aktiviteter, og de deltager kun, når der er arrangeret underholdning o.lign. De øvrige borgere fortæller, at de deltager i de aktiviteter, de har lyst til. Borgerne oplever en god stemning og et aktivt miljø med aktiviteter, der er tilpasset deres behov og ønsker.

Alle borgerne oplever at have en meningsfuld hverdag med hver deres forskellige gøremål.

##### Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for deres opgaver i forhold til aktiviteter. Der er tilbud om forskellige aktiviteter for borgerne, aktivitetstilbuddene fremgår dels af tavle på centret, og dels af nyhedsbrev til borgerne. Der er ansat en aktivitetsmedarbejder, der står for aktiviteterne. Medarbejderne motiverer borgerne til deltagelse i aktiviteter, og medarbejderne er, efter behov, med til at understøtte dette. Medarbejderne hjælper borgere, der har brug for det, til og fra aktiviteterne.

## 2.6.5 Kommunikation og adfærd

Score: 5

### Vurdering:

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

##### Interview med borgere

Borgerne oplever en anerkendende og respektfuld omgangstone og adfærd blandt medarbejderne. Borgerne oplever, at medarbejderne udviser respekt for deres privatliv og for deres personlige grænser. En borger nævner dog, at en enkelt medarbejder taler til borgeren, som om borgeren er et barn. Det er oplyst til tilsynet, at dette er håndteret i samarbejde med den pågældende medarbejder og borgeren.

Borgerne oplyser, at medarbejderne banker på døren, inden de træder ind i boligen, hvilket borgerne værdsætter. En borger fortæller, at de fleste medarbejder tillige giver sig til kende ved navn, når de træder ind.

#### Interview med medarbejdere

Medarbejderne kan reflekteret redegøre for kommunikation og adfærd, og at de lægger vægt på en individuel og respektfuld tilgang. Medarbejderne møder borgerne der, hvor borgerne er, og de kommunikerer på borgernes niveau.

Der er opmærksomhed på at foregribe forråelse, og medarbejderne har fokus på egen og kollegaers omgangstone og adfærd over for borgerne. Medarbejderne har tillid til at drøfte eventuel uprofessionel kommunikation og adfærd indbyrdes og med leder.

#### 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: 4

#### Vurdering:

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

#### Interview med borgere

Alle borgere giver udtryk for, at de er meget tilfredse med at bo i deres plejebolig, og de oplever alle at have indflydelse på hverdagen og eget liv. Flere af borgerne fortæller, at de oplever, at medarbejderne tager et stort hensyn til deres ønsker og vaner, dog oplever en borger, at borgerens tøj ikke håndteres, som borgeren ønsker det. Borgerne oplever medarbejderne som værende meget imødekommende og fleksible.

Både medarbejderne og borgerne redegør for, at der er praksis for, at der hos de borgere, hvor det er relevant, indhentes samtykke fra borgerne til, at medarbejderne må gå ind i boligen, selv om borgeren ikke er hjemme. Eksempelvis fortæller en borger, at der er lavet aftale om, at der må gøres rent i boligen, uden at borgeren er hjemme.

#### Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, hvordan borgerne har medbestemmelse og indflydelse, og hvordan de i hverdagen motiverer og guider borgerne med henblik på at give borgerne en god dag. Medarbejderne er opmærksomme på at tage hensyn til borgernes døgnrytme og vaner, og at det i øvrigt er noget, de løbende har en dialog og forventningsafstemning med borgerne om.

Medarbejderne oplyser, at det er fast procedure ved indflytning, at der spørges ind til borgernes ønsker til livets afslutning, eller når der er en naturlig anledning til dette. Stillingtagen til HLR sker eventuelt i samarbejde med plejehjems-lægen.

### 2.6.7 Kompetencer og udvikling

Score: 3

#### Vurdering:

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

#### Interview med leder

Leder redegør for, at medarbejdergruppen er tværfagligt sammensat, og at den består af social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygeplejersker, en ergoterapeut (arbejder også med aktiviteter for borgerne) samt tre ufaglærte medarbejdere. Leder oplyser, at der er ansat social- og sundhedsassistenter i alle vagtlag. Der

er ansat en fast gruppe af timelønnede afløsere, flere af disse er i gang med en sundhedsfaglig uddannelse eller er pensioneret sundhedspersonale. Leder oplyser endvidere, at alle ufaglærte afløsere skal igennem en lang introduktionsperiode. Alle medarbejdere skal gennemgå et basiskursus i psykiatri, som kommunens demensteam udbyder.

Rengøringen i boligerne varetages af kommunens servicekorps

Leder oplever, at der pt. ses udskiftning i medarbejdergruppen pga. fokus på håndtering af fravær. Lederen er ved at skabe stabilitet efter en periode med meget fravær.

Leder redegør for, at der arbejdes med kompetenceudvikling af medarbejderne, og at alle medarbejdere skal kompetenceafklares, så der kan lægges individuelle kompetenceplaner for den enkelte medarbejder. Leder tilkendegiver, at der er behov for et kompetenceløft hos medarbejderne, men at der først skal arbejdes med at styrke den borgerrettede kvalitet og helhedsplejen.

Leder oplyser at være opmærksom og lydhør over for medarbejdernes efterspørgsel efter kompetenceudvikling og på at sikre, at medarbejderne har den fornødne tid til at gennemgå relevante undervisningsmoduler i deres e-learning program.

Leder redegør for anvendelse af instrukser og retningslinjer, herunder hvordan det sikres, at medarbejderne er bekendte med eventuelle nye.

#### Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for muligheden for løbende kompetenceudvikling og sparring både i daglig praksis, på daglige møder og gennem tematiseret undervisning, bl.a. som e-learning eller i form af forskellige undervisningstilbud fra kommunens fagspecialister. Medarbejderne oplever desuden at have mulighed for inddragelse af andre faggrupper i tværfaglige samarbejder/møder.

Der er udpeget ressourcepersoner på forskellige områder, fx forflytning og omsorgssystem, som medarbejderne har mulighed for at trække på i hverdagen. Medarbejderne har desuden mulighed for at trække på kommunens specialkompetencer, som fx sårsygeplejerske og inkontinenssygeplejerske, når der er behov for dette. Medarbejderne efterspørger dog mulighed for deltagelse i ekstern undervisning.

Medarbejderne giver udtryk for, at deres oplevelse er, at undervisning i nyt omsorgssystem har været mangelfuld, og at der er usikkerhed om arbejdsgange, herunder opgaver og ansvarsfordeling i forhold til det nye omsorgssystem.

Der arbejdes med nye kompetenceprofiler, og der er igangsat opgaveoverdragelse, hvilket ikke alle medarbejdere er tilfredse med, idet dette har betydet, at der er sket en opgaveglidning mellem faggrupperne.

Medarbejderne redegør for kendskab og anvendelse af instrukser og vejledninger, herunder hvor de kan fremfinde disse ved behov.

## 2.6.8 Medicinhåndtering og administration

Score: 1

### Vurdering:

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

Tilsynet har gennemgået fem borgeres medicin, en borger fik ingen medicin.

#### Mediciggennemgang

Borgernes medicin opbevares i egen bolig i et aflåst skab i kasser, fraset hos en borger, hvor medicinen opbevares på en hylde i køkkensektionen.

#### Dokumentation

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

- Der ses helbredstilstand, som beskriver borgernes behov for hjælp til medicindispensering og medicinadministration, fraset at dette mangler hos en borger
- I tre tilfælde mangler der handlingsanvisning på medicindispensering og administration.
- I to tilfælde mangler der handlingsanvisning på medicinadministration.
- I alle journaler mangler der generelt helbredstilstande, svarende til aktuell medicinsk behandling.
- Medicinlisten tilgås elektronisk, og den lokale medicinliste er opdateret med FMK.
- I to tilfælde mangler der overensstemmelse mellem medicinsk navn på medicinliste og handelsnavn på medicinsk præparat i aktuell beholdning.

#### **Risikosituationslægemidler**

- At der i relevante tilfælde ikke er 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 opbevares ikke anbrudt aktuell medicin i aktuell beholdning.
- I et tilfælde er aktuell medicin ikke adskilt fra ikke aktuell medicin.
- At der i to tilfælde mangler anbrudsdato på henholdsvis medicinske salver og øjendråber med begrænset holdbarhed efter åbning.

#### **Dispensering af medicin**

- I et tilfælde konstateres der dispenseringsfejl i alle æsker, hvor der ikke er doseret fuldt op i to ugedoseringsæsker, og hvor der er lagt en seddel i ugeæskerne om, at der skal efterdoseres.
- I to tilfælde er medicin korrekt dispenseret i doseringsæskerne.
- Medicinen opbevares efter gældende regler (Køleskab, aktuelt og ikke aktuelt adskilt).
- At der i et tilfælde ikke fremgår medicin på medicinlisten, som borgeren selv administrerer.

#### **Administration af medicin og ikke dispenserbare præparater**

- Medicinen er uddelt til tiden.
- Hos fem borgere ses der delvis kvittering for udleveret medicin inden for det seneste døgn.

#### **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**

Leder redegør for, at det er sygeplejersker, der har ansvaret for at sikre, at medarbejderne er opdaterede i forhold til medicin håndteringsinstrukserne, og at disse følges i hverdagen. 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 på, og alle borgerne oplever at få medicin til tiden. Dog er der to

borgere, der oplyser, at de har oplevet, at de selv måtte kontakte medarbejderne i forhold til enten at huske på at udlevere medicin til tiden eller at sikre, at der er doseret medicin i borgernes doseringsæsker.

#### 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. Medarbejdere udtrykker, at der er medarbejderne, som bevidst efterdoserer, og som ikke efterlever gældende retningslinjer for medicinhåndtering.

Medarbejderne har kendskab til risikomedicin, og de oplyser, at det er sygeplejersker, der dispenserer risikomedicin.

Medicinen dispenseres i borgerens bolig, og der doseres ud fra medicinlisten. Der kvitteres for, at medicin er givet. Der er planlagt ibrugtagning af telefoner til at sikre en højere grad af tidstro dokumentation.

Medarbejderne redegør for, hvordan de sikrer, at borgerne får den rigtige medicin ved udlevering.

## 2.6.9 Pårørendesamarbejde

Score: 4

### Vurdering:

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

#### Interview med leder

Leder redegør for, hvordan der strategisk arbejdes med forventningsafstemning og tiltag, der kan udvikle og styrke samarbejdet med de pårørende. Der afholdes indflytningssamtale med deltagelse af leder, og det er hensigten, at borgere og pårørende skal tilbydes opfølgningssamtale efter tre måneder. Der er udarbejdet en skabelon for indholdet af indflytningssamtalen.

Alle borgere og pårørende er inviterede til Husrådsmøde, som efter planen skal afvikles to gange årligt. Desuden udsendes der nyhedsbrev hver anden måned.

#### Pårørendeinterview

Alle pårørende er tilfredse med samarbejdet med centret. Fælles for de pårørende er, at de alle oplever, at samarbejdet med medarbejderne og ledelsen fungerer godt. Alle pårørende oplever at være medinddragede i forhold til deres nære, herunder at de aftaler, der indgås, også efterleves, fx at blive kontaktet i forhold til ændringer i borgerens sundhedstilstand, praktiske forhold osv. En pårørende tilkendegiver, at der ikke er "en plet at sætte" på det sygeplejefaglige arbejde omkring borgeren.

Tilsynet bemærker, at en af de pårørende efterspørger en løbende information fra medarbejderne om dagligdagen, som fx hvad borgeren har foretaget sig, idet borgeren ikke selv har et sprog, og dermed ikke kan fortælle de pårørende om dette.

### 3. Vurderingskema

I tilsynene i Køge 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 tilbage-meldingen 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 mål-rettet 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 mål-rettet 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>



Vurdering	Vurderingsgrundlag
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>

## 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.

