

# Tilsynsrapport Køge Kommune

Velfærdsforvaltningen - Ældre og Sundhed  
Ølby Ældrecenter, Lynghøj og Lyngbo 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 plejecentret og tilsynet

Adresse: Ølby Ældrecenter, Lynghøj og Lyngbo Plejeboliger, Ølbycenter 77 B, 86, 64, 4600 Køge

Leder: Ghita Gale

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

Antal boliger: 76 plejeboliger og 20 centerboliger

Dato for tilsynsbesøg: Den 13. marts 2023

Tilsynet er indledt og tilrettelagt sammen med: Centerleder

Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:

- Interview med plejecentrets leder
- Tilsynsbesøg hos seks borgere (En pårørende deltog i tilsynsbesøg hos en borger)
- Telefoninterviews med tre pårørende
- Gruppeinterview med tre medarbejdere
- Gennemgang af dokumentation 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 af kvalitetsenheden 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 Ølby Ældrecenter, Lynghøj og Lyngbo 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 overordnede vurdering, at Ølby Ældrecenter, Lynghøj og Lyngbo Plejeboliger er et velfungerende center, som har engagerede medarbejdere og ledelse, der medvirker til trivsel for borgerne. Tilsynet vurderer, at centret 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 fremstår med flere mangler, som vil kunne afhjælpes med den igangværende målrettede indsats.

Tilsynet vurderer, at pleje, omsorg og praktisk støtte, som borgerne modtager på centret, leveres med en god faglig kvalitet, hvor der i et tilfælde mangler daglig oprydning på borgerens badeværelse. Centret har fokus på kerneopgaven, herunder at der også arbejdes systematisk med sundhedsfremmende og hverdagsrehabiliterende indsatser. Borgerne er meget tilfredse med hjælpen, og de oplever, at de får hjælp til det, de har behov for.

Tilsynet vurderer, at der er flere mangler i medicinbehandlingen i forhold til dokumentation og opbevaring, som vil kunne afhjælpes med den igangværende målrettede indsats.

Det vurderes, at der er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at hverdagslivet på stedet tilrettelægges på borgernes præmisser, herunder at der systematisk tales med borgerne om ønsker til livets afslutning. 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 centret er en imødekommende kultur, hvor medarbejderne har en feedback kultur i forhold til uhensigtsmæssig kommunikation.

Vurderingen er, at centret har et velorganiseret samarbejde med de pårørende, og at de pårørende er tilfredse med samarbejdet, og de finder, at inddragelsen og kommunikationen på centret generelt er tilfredsstillende. En pårørende udtrykker dog at have manglet information i en konkret situation i forhold til bemandingssituationen.

Ledelsen redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx er der massivt fokus på dokumentationspraksis i forhold til at udfolde det nye omsorgssystem samt et målrettet fokus på medicinpraksis..

### 2.2 Tilsynets bemærkninger og anbefalinger

#### Dokumentation SEL

Tilsynet bemærker, at der er flere mangler i dokumentationen, jf. SEL, i forhold til

- At der i tre journaler mangler indarbejdelse af ny fælles systematik i journalerne.
- At der i tre journaler mangler enkelte opdateringer af helbredsoplysninger.
- At der i to tilfælde mangler delvis beskrivelse af og opdatering af generelle oplysninger.
- At der mangler enkelte opdateringer af funktionstilstande, og derudover mangler

#### **Anbefalinger:**

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

Tilsynet anbefaler, at ledelsen afdækker muligheden for tilstrækkelig internetadgang i forhold til, at medarbejderne kan tilgå borgernes journaler online.

der generelt beskrivelse af borgernes forventninger og mål.

- At der i et tilfælde i døgnrytmeplanen mangler beskrivelse af hjælpen i dagvagt, og at hjælpen i forhold til nat i to tilfælde kun er delvist beskrevet.
- At der i et tilfælde mangler dokumentation for borgerens vægt.

Tilsynet bemærker, at der flere steder på centret er ingen eller dårlig internetadgang, hvilket besværliggør tidstro adgang til dokumentation.

#### Dokumentation SUL

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

- At der i tre journaler, mangler indarbejdelse af ny fælles systematik.
- At der i fire tilfælde mangler opdateringer af en eller flere helbredstilstande, herunder handlingsanvisninger.

At der i et tilfælde mangler dokumentation for samtykke.

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

#### Personlig pleje og praktisk støtte

Tilsynet bemærker, at der i et tilfælde mangler daglig oprydning på badeværelset i en bolig.

Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at der sker daglig oprydning i boligerne efter behov.

#### Kompetencer og udvikling

Tilsynet bemærker, at medarbejderne under interview giver udtryk for en usikkerhed i forhold til dokumentationspraksis i forhold til nyt omsorgssystem.

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

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

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

#### Pårørendesamarbejdet

Tilsynet bemærker, at en enkelt pårørende har manglet information om medarbejdersituationen i en periode, hvor pårørende har oplevet mange forskellige medarbejdere hos borgeren.

Tilsynet anbefaler, at ledelsen afstemmer forventninger med bruger-/pårørenderåd om informationsniveau ved væsentlige ændringer i bemands-situationen.

### Medicinhåndtering

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

- At der i fire tilfælde mangler helbredstilstande, svarende til aktuell medicinsk behandling, og at der ligeledes mangler handlingsanvisninger.
- At der i to tilfælde mangler anbrudsdato på insulinpenne.
- At der i tre tilfælde mangler navn på medicin i borgernes beholdninger.
- At der i et tilfælde mangler tidstro dokumentation.

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

Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medarbejderne efterlever gældende instruks og vejledning for medicinhåndtering, herunder at instruks for risikomedicin implementeres, når den er godkendt i kvalitetsrådet.

## 2.3 Aktuelle vilkår

Leder redegør for, at boligerne på Ølby Ældrecenter, Lynghøj og Lyngbo Plejeboliger er beliggende på tre forskellige adresser. På Lynghøj og Lyngbo er der leve-bo enheder, hvor medarbejderne har base på den enkelte etage i huset, dog arbejder social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker på tværs, alt efter opgaver og behov.

Leder oplyser, at de er overgået til nyt omsorgssystem, Nexus, og at der i forlængelse af dette er arbejdet intensivt med dokumentationspraksis, herunder opdatering af journaler, så alle journaler fremstår med ny fælles systematik. Overgang til nyt omsorgssystem har krævet oplæring af medarbejderne i brugen af det nye system, og de er stadig i proces med dette. Leder oplyser desuden, at kommunens kvalitetssygeplejerske er i proces med gennemgang og opdatering af diverse instrukser til efterfølgende implementering på de enkelte plejecentre.

I forlængelse af risikobaseret tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed, på baggrund af en klage i 2021, er der arbejdet intensivt med forbedring af dokumentationspraksis og medicinhåndtering. Leder oplyser, at der blandt andet er gennemført audit på medicinhåndteringen, og at der er bestilt tablets til at tilgodese, at medarbejderne har adgang til tidstro dokumentation i direkte tilknytning til, at opgaverne udføres.

Leder redegør for, hvordan der arbejdes med triagering og tværfaglige borgerkonferencer efter behov, og at der arbejdes med Tom Kitwoods teori og blomstringsmodel som værktøj til borgere med demens.

Leder oplyser, at der inden for det seneste år har været skriftlige klager fra én pårørende i forhold til rammer og ikke i forhold til udførelsen af plejen, som er håndteret i dialog med den pårørende. Ledelsen redegør for et opsøgende samarbejde med de pårørende, blandt andet i forhold til at forebygge klagesager.

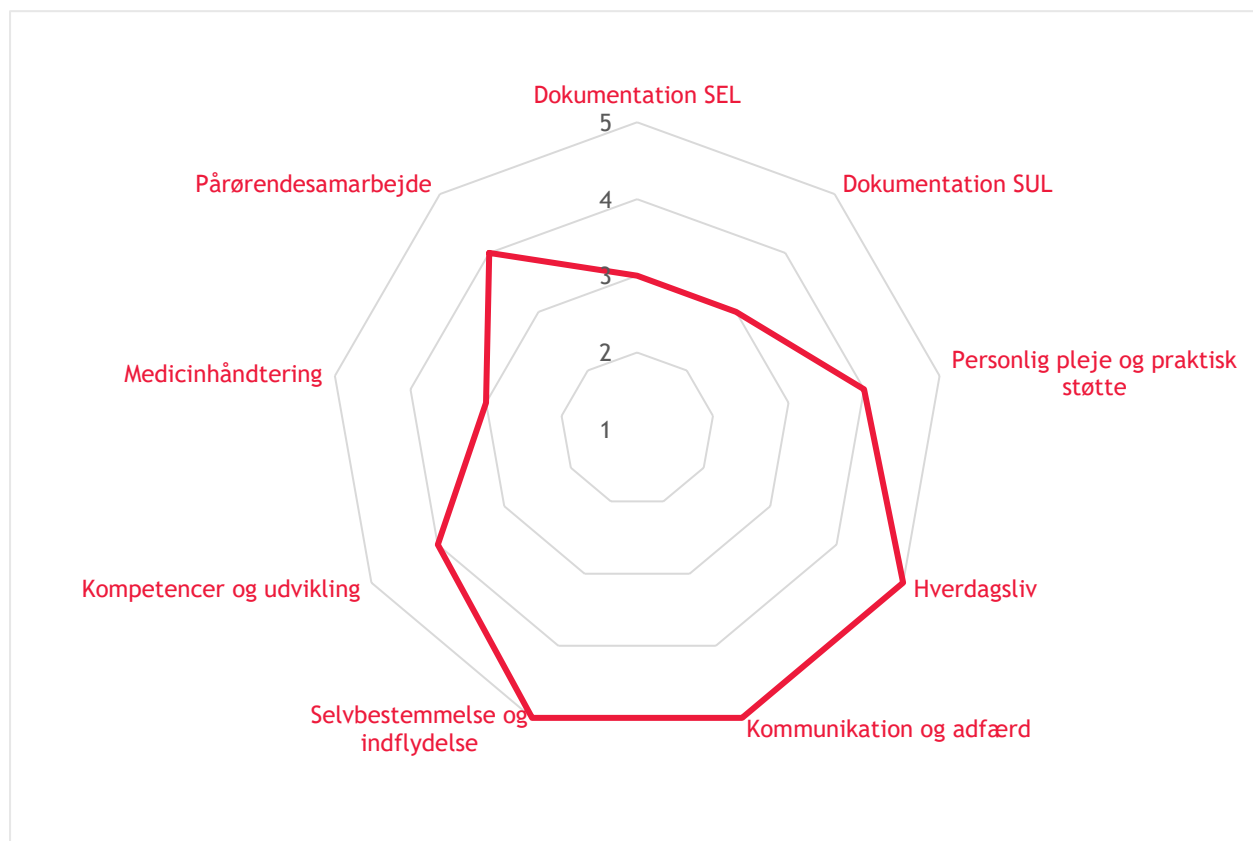
## 2.4 Opfølgning

Leder redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx er der massivt fokus på dokumentationspraksis i forhold til at udfolde det nye omsorgssystem, og ligeledes er der et målrettet fokus på medicinhåndtering..

## 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 plejecentret i middel grad lever op til indikatorerne Gennemgang af dokumentation

Dokumentationen fremstår overordnet med en god faglig standard, men den har flere mangler, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats. Ved gennemgang af journaler konstateres, at der er igangsat implementering af Nexus. Dokumentationen er delvist opdateret og fyldestgørende, i tre journaler der indarbejdet ny fælles systematik, hvor dette mangler i tre. På alle borgere er der generelle oplysninger med helbredsoplysninger, hvor der i tre tilfælde mangler enkelte opdateringer. Ressourcer, mestring og motivation og livshistorie er beskrevet på alle borgerne, fraset at disse i to tilfælde kun er delvist udfoldet. Der er udfyldt funktionstilstande, hvor der mangler enkelte opdateringer, og hvor der generelt ikke er 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 i dagvagt, og i to tilfælde er hjælpen om natten delvist udfoldet. 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. Der er relevante målinger på alle borgere, fraset at der i en journal mangler vægt på borgeren. Der er dokumentation for borgernes stillingtagen til HLR. I enkelte journaler er der anført medicinske præparater, fx i døgnrytmeplanen.

Tilsynet har efterfølgende drøftet med ledelsen, at medicinske præparater udelukkende fremgår af medicinliste/FMK.

#### Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør fagligt reflekteret for, hvordan de arbejder målrettet med dokumentationen, så den understøtter kvaliteten i daglig praksis. Der er dog ikke klar ansvarsfordeling for dokumentation i nyt omsorgssystem. Medarbejderne understøtter leders oplysning om, at de er i en proces med forbedring af dokumentationspraksis, herunder at man er i gang med at indarbejde ny fælles systematik.

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.

## 2.6.2 Sundhedsfaglig dokumentation SUL

Score: 3

### Vurdering:

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

#### Gennemgang af dokumentation

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

I alle journaler ses der dokumentation fra behandlingsansvarlig læge og for samtykke, fraset at der i et tilfælde mangler dokumentation for samtykke. Der ses løbende opfølgning og evaluering. Journalens delområder er indbyrdes relaterede.

#### Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør fagligt for, hvordan de sikrer en opdateret og fyldestgørende sundhedsfaglig dokumentation, og det er sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, der er ansvarlige for, at den sundhedsfaglige dokumentation er vedligeholdt. Medarbejderne oplyser, at de er i proces med at indarbejde ny fælles systematik for dokumentationspraksis. Medarbejderne oplyser, at de ligeledes er i proces i forhold til tværfagligt samarbejde omkring de 12 sygeplejefaglige problemområder.



### 2.6.3 Personlig pleje og praktisk støtte

Score: 4

#### Vurdering:

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

#### Interview med borgere

De borgere, der har deltaget i interviews, er meget tilfredse med omfanget af hjælpen og med kvaliteten af hjælpen, og borgerne oplever, at de får hjælp til det, de har brug for. En borger klarer selv de fleste opgaver, og borgeren oplyser, at borgeren har tillid til, såfremt behovet ændrer sig, at borgeren vil få den fornødne hjælp. De borgere, der kan, deltager alle på forskellig vis i de daglige opgaver, og de oplever, at de har mulighed for at være aktive i plejen.

Borgerne oplever, at deres ønsker og vaner i forhold til plejen imødekommes, hvor de alle giver udtryk for, at medarbejderne lytter til de ønsker, de har. Borgerne får som udgangspunkt hjælpen som aftalt.

Borgerne tilkendegiver, at det er medarbejdere, de kender, som kommer hos dem, hvilket de sætter pris på.

Borgere, der ikke deltager i interviews, grundet kognitive begrænsninger, observeres i egen bolig, og de virker trygge, veltilpasse og velsoignerede i situationen.

Borgerne er tilfredse med rengøringsstandarden i boligerne, dog er der en borger, der er utilfreds med serviceniveauet i forhold til hyppigheden for rengøring i boligen.

#### Observation

Borgerne er velsoignerede, og der er en hygiejnemæssig forsvarlig standard i boligerne, dog observeres der lettere manglende daglig oprydning på et badeværelse. Hjælpe midler er rengjorte.

#### Interview med medarbejdere

Medarbejderne kan fagligt reflekteret redegøre for en sundhedsfremmende og forebyggende tilgang, hvor der er fokus på kerneopgaven og på indsatsen til borgere med kognitive udfordringer. Medarbejderne har målrettet fokus på hverdagsrehabilitering, herunder hvordan de kan motivere og træne borgerne i hverdagen, hvilket også fremgår af handlingsanvisninger i borgernes døgnrytmeplan. Medarbejderne redegør for, hvordan de arbejder på at sikre kontinuiteten og på at skabe tryghed i pleje og støtte med kontaktpersonsordning. Ved indmøde om morgenen planlægges dagens opgaver blandt andet ud fra borgernes døgnrytme og aktuelle tilstand, kompetencer og relationer. Tilsynet observerer, at der på en afdeling findes en tavle med oversigt over de faste opgaver.

Medarbejderne redegør for, hvordan borgerne ved behov triageres på et dagligt fælles møde, men uden at der systematisk arbejdes med triagemøder. Ligeledes afvikles der tværfaglige borgerkonferencer efter behov. Medarbejderne arbejder med personcentreret omsorg, og de benytter Tom Kitwoods teori og blomstringsmodel som værktøj til borgere med demens.

Rengøring i boligerne varetages af kommunens servicekorps..

## 2.6.4 Hverdagsliv

Score: 5

### Vurdering:

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

#### ***Mad og måltid***

##### *Interview med borgere*

Borgerne kan i varieret omfang svare på spørgsmål, og de der kan, giver udtryk for at være tilfredse med maden og madens kvalitet. Hos to borgere, der begge bor i centerbolig, står de selv eller en pårørende for den daglige madlavning.

Borgerne i plejeboligerne har selv indflydelse på, hvor de indtager maden, og flere borgere tilkendegiver, at det er hyggeligt at spise i fællesskabet, og de oplever, at medarbejderne sidder med til måltiderne. En borger fortæller, at morgenmad og frokost aktuelt spises i egen bolig, hvilket borgeren er ked af. Det er efterfølgende oplyst til tilsynet, at fællesspisning på nuværende tidspunkt kun sker om aftenen, grundet et særligt behov for skærmning hos en borger på den pågældende afdeling.

##### *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. De planlægger måltiderne i forhold til blandt andet roller og ansvar, og de oplyser, at de som udgangspunkt sidder med til måltiderne. Ved måltiderne tilbydes der fadserving til de borgere, der selv kan tage. Medarbejderne oplyser, at de inddrager borgerne i forhold til, hvad borgerne ønsker at spise, og at de nogle gange laver lune retter til frokost og afholder temamiddage, som fx græsk eller italiensk middag.

Der arbejdes systematisk med ernæringscreening og opfølgning på borgernes vægt. Allerede ved indflytning tilbydes borgerne vejning og ernæringscreening, og efterfølgende vejes borgerne en gang om måneden eller oftere ved behov. Ved eksempelvis utilsigtet vægttab eller tygge-synkebesvær er der mulighed for at inddrage en ernæringsansvarlig medarbejder fra kommunens ernæringssteam. Medarbejderne oplyser, at de har mulighed for at tage relevant hensyn til borgernes differentierede behov for ernæring ved fx tilbud om små mellemmåltider og forskellige diættyper.

#### ***Et aktivt miljø***

##### *Interview med borgere*

Borgerne er tilfredse med udbuddet af aktiviteter, hvor de fortæller om en lang række af faste aktiviteter. En borger kan ikke svare på spørgsmål.

Borgerne fortæller, at de deltager i de aktiviteter, de har lyst til, og at de oplever en god stemning og et aktivt miljø med aktiviteter, der er tilpasset deres behov og ønsker. En borger oplyser, at medarbejderne ofte tilbyder hjælp til at komme til og fra diverse aktiviteter. Flere af borgerne tilkendegiver, at de er meget glade for klippekortsordningen og de muligheder, dette giver dem.

##### *Interview med medarbejdere*

Medarbejderne redegør reflekteret for deres opgaver i forhold til aktiviteter. Der er forskellige aktiviteter i de enkelte enheder, og på Lyngbo er der et stort fællesrum, der benyttes til diverse aktiviteter. Der er pt. ingen frivillige tilknyttet, så det er aktivitetsmedarbejderen og medarbejderne der står for aktiviteterne. Medarbejderne motiverer borgerne til deltagelse i aktiviteter, og medarbejderne er, efter behov, med til at understøtte dette.

Borgerne har desuden klippekortsordning, der blandt andet kan benyttes til sociale aktiviteter.

### 2.6.5 Kommunikation og adfærd

Score: 5

**Vurdering:**

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

Interview med borgere

Borgerne udtrykker tilfredshed med medarbejderne, og de oplever medarbejderne som flinke og hjælpsomme. En borger kan ikke svare på spørgsmål.

Borgerne tilkendegiver, at medarbejderne udviser respekt for privatliv og personlige grænser, fx banker medarbejderne på døren, inden de går ind i boligen. En pårørende deltog i tilsynsbesøget, og pårørende fortæller, at de har oplevet en medarbejder, der begyndte på nogle opgaver i boligen, uden først at tale om det med borgeren. Der er blevet klaget over medarbejderens adfærd, og klagen er blevet håndteret til borgerens tilfredshed. Den pårørende oplever, at de øvrige medarbejdere tager stort hensyn til borgerens personlige grænser.

Flere af borgerne giver udtryk for, at de har en god kontakt til deres faste hjælpere.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, at de i kommunikationen med borgerne vægter en individuel tilgang både ud fra, at borgerne er forskellige og ud fra den givne situation. Medarbejderne har fokus på, hvorledes der sikres respektfuld adfærd og anerkendende kommunikation med borgerne, blandt andet via kendskab og relationskabelse. Medarbejderne redegør for vigtigheden af at få noteret - og dermed overleveret - viden om, hvordan man møder den enkelte borger.

Medarbejderne har opmærksomhed på at foregribe forråelse, og medarbejderne har indbyrdes fokus på omgangstonen, og de har tillid til at drøfte brud på omgangstonen indbyrdes. Medarbejderne udtrykker også fokus på at italesætte professionel kommunikation og adfærd over for elever.

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 plejecentret i meget høj grad lever op til indikatorerne

Interview med borgere

De borgere, der er i stand til det, udtrykker, at de er tilfredse med at bo i plejebolig /centerbolig. Flere af borgerne tilkendegiver, at de selv har indflydelse på hverdagen, og at de blandt andet kan gå og komme, som de vil. Borgerne fortæller, at der tages hensyn til vaner og døgnrytme, bl.a. i forhold til sengetider, og borgerne oplever medarbejderne som værende søde og imødekommende.

Den borger, som ikke kan svare relevant under interview, observeres at være tryk og veltilpas.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, hvorledes borgerne sikres selvbestemmelse, blandt andet at der arbejdes med indflytningssamtale og borgernes livshistorie for at lære borgerne godt at kende, og at eventuelle pårørende inddrages i planlægningen af borgerens pleje. Medarbejderne oplyser, at der ved indflytningssamtalen spørges ind til borgernes stillingtagen til HLR og ønsker til den sidste tid, og ellers når der er en naturlig anledning til dette, eventuelt i samarbejde med egen læge og / eller pårørende.

## 2.6.7 Kompetencer og udvikling

Score: 4

**Vurdering:**

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

Interview med leder

Leder redegør for, at medarbejdergruppen er tværfagligt sammensat, og den består af sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter og vurderer at medarbejderne har relevante sundhedsfaglige kompetencer og erfaring med den målgruppe, der bor på centret. Der er ansat en aktivitetsmedarbejder samt en medarbejder til klippekortordningen. Der er ansat timelønnede afløsere som i gang med en sundhedsfaglig uddannelse, eller de overvejer karriereskift til området, og leder ser dette som en mulighed for at skabe grundlag for den fremtidige rekruttering af faglærte medarbejdere.

Der er mulighed for at tilkalde kommunens specialister ved behov, såsom terapeuter, inkontinenssygeplejerske, demenskoordinator, kostfagligt personale 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 faste plejhjemslæger, der kommer mindst en gang om ugen, hvilket giver mulighed for løbende sparring og guidning i forhold til borgerne.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for muligheder for faglig sparring både i daglig praksis og i tværfaglige mødefora. Medarbejderne oplyser, at der er mulighed for løbende kompetenceudvikling i form af forskellige undervisningstilbud fra kommunens fagspecialister. Medarbejderne kan fortælle, at der blandt andet har været undervisning i Tom Kitwoods blomstringsmodel.

Medarbejderne har mulighed for at trække på kommunens specialkompetencer, når der er behov for dette, og der er samarbejde med plejhjemslægerne.

Der arbejdes systematisk med kompetencekort, og der er oplæring i overdragede opgaver. Medarbejderne understøtter leders udsagn om, at de alle er blevet kompetenceafklaret. Der planlægges introdage til nye medarbejdere, og elever mødes tre gange ugentligt og udveksler erfaringer.

Medarbejderne redegør for kendskab 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, og de har tiltro til, at leder vil orientere dem ved eventuelle ændringer i serviceniveau med efterfølgende tilpasninger.

Medarbejderne giver udtryk for en usikkerhed i forhold til dokumentationspraksis.

## 2.6.8 Medicinhåndtering og administration

Score: 3

**Vurdering:**

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

Tilsynet har gennemgået seks borgeres medicin, heraf er en borger selvadministrerende, og en borger er delvis selvadministrerende.

Medicinalgennemgang

Borgernes medicin opbevares i egen bolig. Opbevaringen er afstemt med borgerne.

Dokumentation

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

- På alle borgere ses tilstand og en generel handlingsanvisning på medicinbehandling, herunder dispensering og administration.
- I fire tilfælde mangler der helbredstilstande, svarende til aktuel medicinsk behandling, herunder manglende handlingsanvisninger.
- Medicinlisten tilgås elektronisk, og den er opdateret, dog er der flere steder på centret problemer med internetadgang.

#### Risikosituationslægemidler

- At der i alle 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.
- Der er angivet anbrudsdato på medicinske salver, dråber m.v. med begrænset holdbarhed efter åbning, fraset at der i to tilfælde mangler anbrudsdato.
- At der i tre tilfælde mangler navn på pakning i borgernes medicinbeholdning.
- At holdbarhedsdatoen ikke er overskredet på medicinske salver, dråber mv.

#### Dispensering af medicin

- Medicinen er korrekt dispenseret i doseringsæskerne.
- Medicinen er uddelt til tiden, og der er kvitteret tidstro for udlevering.
- Medicinen er opbevaret efter gældende regler (Køleskab, aktuelt og ikke aktuelt adskilt).

#### 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 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 leder og sygeplejersker, der har ansvaret for at sikre, at medarbejderne er opdaterede i forhold til medicinbehandlingsinstrukserne, og at disse følges i hverdagen. Leder afholder ugentlige møder med sygeplejerskerne, og der er desuden faste møder mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, hvor eventuelle ændringer på området gennemgås.

#### 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 kendskab til gældende retningslinjer for medicindosering, herunder overensstemmelse mellem FMK og lokal medicinoversigt, at medicinen opbevares i borgerens bolig i et skab og generelt i kasse.

Medarbejderne har kendskab til risikomedicin, og de oplyser, at ny instruks afventer godkendelse og implementering. Det er sygeplejersker, der dispenserer risikomedicin. Medicinen dispenseres i borgerens bolig, og den doseres ud fra medicinlisten. Medarbejderne

tjekker medicin på mobil adgang inden udlevering, hvor antal kontrolleres, og der kvitteres for, at medicin er givet.

### 2.6.9 Pårørendesamarbejde

Score: 4

#### Vurdering:

Tilsynet vurderer, at plejecentret 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 indflytningssamtaler med deltagelse af sygeplejerske og kontaktperson, og det er hensigten, at borgere og pårørende skal tilbydes løbende dialogsamtaler efter indflytning, herunder opsøgende telefonisk kontakt til pårørende ved behov.

Der er et bruger-pårørenderåd, der blandt andet laver arrangementer på centret, hvor også de pårørende kan deltage. Leder oplyser, at det er svært at få de pårørende involveret i bruger-pårørenderarbejdet, og at der er igangsat forskellige arbejdsgrupper med henblik på at styrke samarbejdet med de pårørende.

#### Pårørendeinterview

Alle pårørende er tilfredse med samarbejdet med centrene, og de oplever medarbejderne som imødekommende, når de kommer på besøg. En pårørende fortæller, at der bliver budt på kaffe af medarbejderne.

Fælles for de pårørende er, at de alle oplever, at samarbejdet med medarbejderne og ledelsen fungerer godt. Alle pårørende oplever at være medinddraget i forhold til deres nære, herunder at de aftaler, der indgås, også efterleves, fx at blive kontaktet i forhold til ændringer, praktiske forhold osv.

Tilsynet bemærker, at en af de pårørende tilkendegiver at have manglet information om medarbejdersituationen i en periode, hvor pårørende har oplevet mange forskellige medarbejdere hos borgeren.

### 3. Vurderingsskema

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 målrettet indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne</li> <li>• En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul>
Score: 2	<p><b>Indikatorerne er i lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne</li> <li>• Få elementer i indikatorerne er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul> <p>Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.</p>

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.

