



# Tilsynsrapport Albertslund Kommune

Sundhed, Pleje og Omsorg  
Plejecenter Albertshøj

Uanmeldt tilsyn  
August 2024

# Indhold

Indhold.....	2
Forord.....	3
1. Oplysninger om plejecentret .....	4
2. Vurdering .....	5
2.1 Tilsynets vurderinger .....	5
2.2 Tilsynets anbefalinger .....	7
3. Datagrundlag.....	8
3.1 Status .....	8
3.2 Opfølgning fra seneste tilsyn .....	8
3.3 Dokumentation .....	9
3.4 Personlig pleje og støtte .....	12
3.5 Praktisk hjælp .....	13
3.6 Mad og måltider .....	13
3.7 Kommunikation og adfærd.....	14
3.8 Aktiviteter og vedligeholdende træning .....	15
3.9 Pårørendesamarbejde .....	16
3.10 Tværfagligt samarbejde.....	17
3.11 Medicinhåndtering .....	18
4. Tilsynets formål og metode.....	20
4.1 Formål .....	20
4.2 Metode.....	20
4.3 Tilsynets tilrettelæggelse.....	21
4.4 Vurderingsskema .....	21
Om BDO.....	23

# Forord

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

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete plejecenter. Herefter følger tilsynets samlede vurdering af plejecentret og anbefalinger.

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. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

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

Med venlig hilsen



Birgitte Hoberg Sloth

Partner

Mobil: 28 10 56 80

Mail: bsq@bdo.dk

Partneransvarlig



Karin Kappel

Senior Manager

Mobil: 41 89 02 85

Mail: kakap@bdo.dk

Projektansvarlig

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



# 1. Oplysninger om plejecentret

## Oplysninger om plejecentret og tilsynet

Navn og adresse: Plejecentret Albertshøj, Skolegangen 1, 2620 Albertslund

Leder: Konst. Leder Camilla Pedersen

Antal boliger: 117 boliger

Dato for tilsynsbesøg: Den 29. august 2024

Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:

- Interview med plejecentrets ledelse
- Gennemgang af dokumentationen
- Gennemgang af medicin
- Tilsynsbesøg hos tre beboere
- Interview af to pårørende
- Gruppeinterview med tre medarbejdere (en social- og sundhedshjælper og to social- og sundhedsassistenter)

Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen om tilsynsforløbet og identificerede lærings- og udviklingsområder.

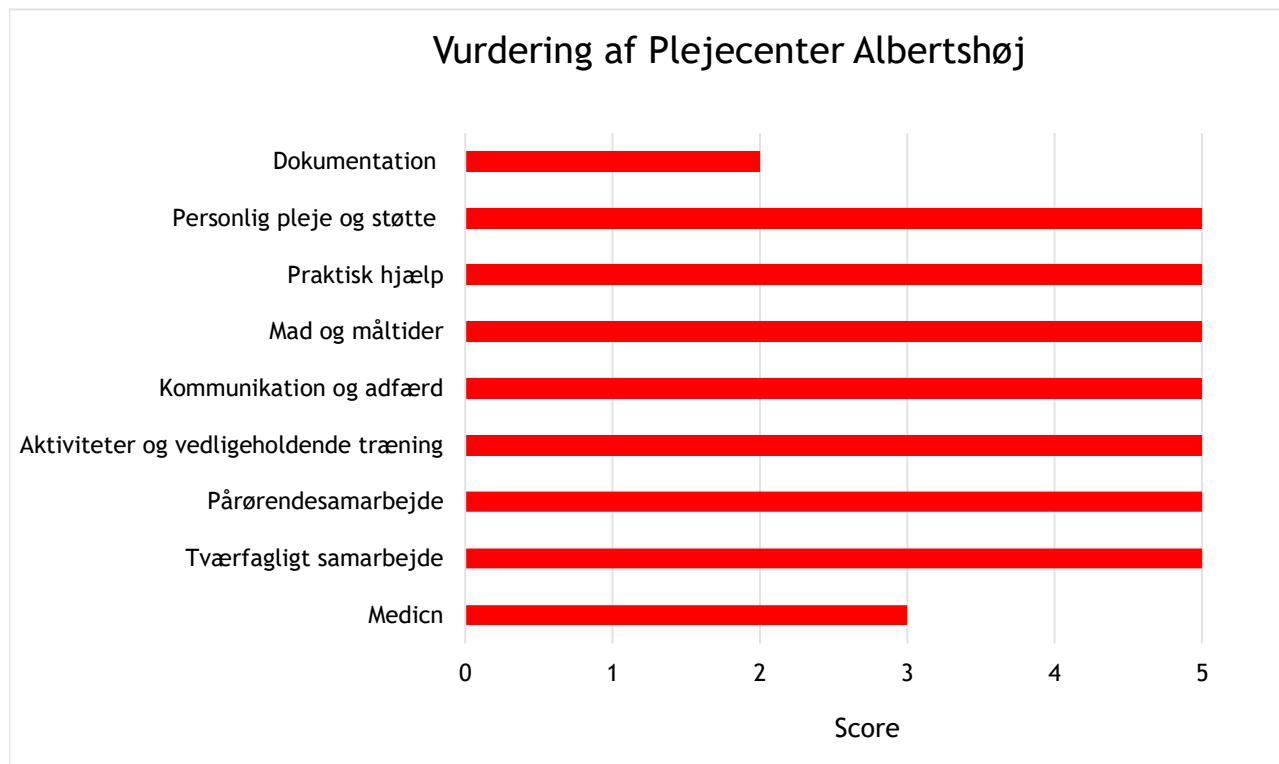
Tilsynskonsulenter:

Karin Kappel, Senior Manager og sygeplejerske

## 2. Vurdering

### 2.1 Tilsynets vurderinger

Tilsynet har foretaget vurderinger inden for hvert tema, hvilket fremgår af nedenstående diagram:



#### Dokumentation

Tilsynet vurderer, at der er væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for beboernes sikkerhed og autonomi, som det vil kræve en betydelig og målrettet indsats at afhjælpe.

I forhold til servicelovsområdet er handlingsanvisningerne generelt mangelfulde i forhold til fyldestgørende at beskrive beboernes behov for pleje og støtte. Tilsynet vurderer desuden, at der er oprettet et stort antal ydelser med tilhørende handlingsanvisninger på servicelovsområdet, hvilket ikke bidrager til at give læseren et systematisk, overskueligt og hurtigt overblik over ydelserne, og samtidigt medfører det dobbeltdokumentation for medarbejderne.

Funktionsevnetilstandene og de generelle oplysninger er generelt opdaterede, men der mangler enkelte opdateringer. Beboernes livshistorier ses begrænset eller slet ikke beskrevet. Der ses i forhold til sundhedslovsområdet væsentlige mangler i relation til oprettelse og opdatering af beboernes helbredstilstande og handlingsanvisninger. Desuden vurderes der manglende opfølgning på flere sundhedsfaglige problemstillinger hos en ud af tre beboere.

Tilsynet vurderer på trods af ovenstående, at medarbejderne kan redegøre fyldestgørende for arbejdet med dokumentationen.

#### Personlige pleje og støtte

Det er tilsynets vurdering, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov.

Det vurderes, at beboerne er særdeles tilfredse med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje. Dertil er det tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig reflekteret vis kan redegøre for hjælpen til personlig pleje, og at medarbejderne i høj grad udviser en faglig forståelse for arbejdet med den personcentrerede omsorg og den rehabiliterende tilgang.

### **Praktisk hjælp**

Tilsynet vurderer, at beboernes boliger og hjælpemidler fremstår rengjort, og at beboerne er tilfredse med hjælpen til de praktiske opgaver. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre særdeles tilfredstillende for tilrettelæggelsen af de praktiske opgaver.

### **Mad og måltider**

Tilsynet vurderer, at der er en hensigtsmæssig organisering af de observerede måltider, samt at medarbejderne i høj grad har fokus på at skabe en hyggelig stemning for beboerne.

Tilsynet vurderer, at beboerne oplever, at maden er god og varieret. Dertil vurderer tilsynet, at beboerne oplever, at måltiderne er hyggelige.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for, hvordan de sikrer rammerne for det gode måltid for beboerne.

### **Kommunikation og adfærd**

Tilsynet vurderer, at der på fællesarealerne er en venlig, imødekommende og ligeværdig kommunikation imellem beboerne og medarbejderne.

Dertil vurderer tilsynet, at beboerne oplever en god kontakt med medarbejderne, hvor der udvises respekt for deres privatliv. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, der har betydning for den enkelte beboers oplevelse af en hensigtsmæssig og god kommunikation.

### **Aktiviteter og vedligeholdende træning**

Tilsynet vurderer, at plejecentret har tilfredsstillende og varierede aktivitetstilbud, der understøtter socialt samvær og aktivitet. Tilsynet vurderer, at beboerne er tilfredse med tilbuddet om aktiviteter på plejecentret, og oplever, at medarbejderne støtter deres deltagelse. Ligeledes vurderer tilsynet, at medarbejderne kan redegøre for organiseringen og tilrettelæggelsen af aktivitetstilbuddene på plejecentret og betydningen af socialt samvær og fysiske aktiviteter.

### **Pårørendesamarbejde**

Det er tilsynets vurdering, at de pårørende i begge interviews tilkendegiver en meget høj grad af tilfredshed med plejecenterets omsorg og pleje til beboerne, herunder en stor tryghed ved medarbejdernes faglighed, kommunikation og tilgængelighed over for både beboerne og de pårørende.

Dertil vurderer tilsynet, at både ledelsen og medarbejderne har fokus på at sikre et velfungerende samarbejde med plejecentrets pårørende, hvor de pårørende oplever inddragelse, følger sig velinformerede og velkomne på plejecentret.

### **Tværfagligt samarbejde**

Tilsynet vurderer, at ledelsen har fokus på at sikre, at medarbejderne har de rette kompetencer til at kunne varetage beboernes behov for pleje og støtte, og at de sikres muligheder for faglig sparring i hverdagen. Det er desuden tilsynets vurdering, at medarbejderne oplever et velfungerende tværfagligt samarbejde med såvel kolleger på plejecentret som kommunale samarbejdspartnere, hvorved medarbejderne sikres mulighed for faglig sparring og kompetenceudvikling.

### **Medicin**

Tilsynet vurderer, at der overordnet er en struktureret og systematisk praksis for medicin håndteringen, men hvor der konstateres afvigelser i forbindelse med håndtering af risikosituationslægemidler, i sikringen af tidstro kvittering for administration af ikke-dispensérbare præparater samt i opdateringen af handelsnavne. Beboerne vurderes at være trygge og tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Dertil er det tilsynets vurdering, at de interviewede medarbejdere på faglig reflekteret vis kan redegøre for arbejdsgangene omkring medicin håndtering.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation, observationer og observationsstudier. Derudover foretages kontrol af medicinen. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

## 2.2 Tilsynets anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

1. Tilsynet anbefaler, at plejecenterets ledelse har skærpet fokus på, at dokumentationen til enhver tid lever op til de gældende dokumentationskrav, herunder:
  - At der sker konsekvent opfølgning på observationsnotater.
  - At der er overensstemmelse imellem helbredsoplysninger og beboernes medicinliste.
  - At der er oprettet relevante helbredstilstande i beboernes journaler, og at disse indeholder relevant indhold vedrørende symptomer, plan, kontroller, behandlingsansvar mv.
  - At der oprettes handlingsanvisninger, omhandlende beboernes sygeplejefaglige indsatser, og at disse fremstår med retvisende indhold, herunder at ydelsen er beskrevet handlevejledende og med individuelle beskrivelser.
  - At handlingsanvisninger på servicelovsområdet indeholder handlevejledende beskrivelser af beboernes behov for pleje og støtte, herunder beskrivelser af beboernes ressourcer, sundhedsfremme og forebyggelse samt særlige hensyn.
  - At det vurderes, om omfanget af oprettede handlingsanvisninger i beboernes journaler kan reduceres og dermed bidrage til et forbedret overblik.
2. Tilsynet anbefaler, at plejecenterets ledelse fastholder det målrettede fokus på at sikre, at medicinhåndteringen sker med udgangspunkt i gældende retningslinjer, herunder:
  - At handelsnavne konsekvent opdateres.
  - At der kvitteres tidstro og konsekvent for ikke-dispensérbare præparater.
  - At der i relation til beboernes behandling med risikosituationspræparater er en tydelig behandlingsplan.

## 3. Datagrundlag

### 3.1 Status

#### Data

##### Interview med ledelsen:

Ledelsen på Albertshøj beskriver, hvordan der er fokus på medarbejdertrivsel i kølvandet på de tilbagemeldinger, som ledelsen modtog i forbindelse med afviklingen af medarbejdertilfredshedsundersøgelsen. Der er efterfølgende afholdt fokusgruppeinterviews, og indgået et tæt samarbejde med TRIO. Plejecenteret deltager i Projektet 'God dag for alle i ældreplejen', hvor medarbejdere tilbydes at deltage i supervisionsgrupper, og hvor det ligeledes er muligt at modtage individuel supervision efter behov. Projektet er støttet af Socialstyrelsen.

Desuden beskriver ledelsen fokus på to yderligere indsatsområder, opstart af selvstyrende teams i lighed med hjemmeplejen samt aktivitetsmedarbejdernes arbejde med at udarbejde årshjul for aktiviteter, så tilrettelæggelsen af aktiviteter nu foregår langt mere systematisk og med en tilstrækkelig forberedelsestid.

### 3.2 Opfølgning fra seneste tilsyn

#### Data

##### Interview med ledelsen:

Plejecenteret fik i forbindelse med det seneste tilsyn anbefalinger i relation til dokumentationen, medicinbehandlingen, mad og måltider, kommunikationen, pårørendes oplevelse af medarbejdernes adfærd og nærvær, samt pårørendes oplevelse af madens og plejens kvalitet.

Ledelsen beskriver, at der er ansat en udviklingssygeplejerske siden sidste tilsyn, der varetager ansvaret for to ugentlige Cura-caféer for medarbejderne. Cura-Caféerne er obligatoriske, og den enkelte medarbejder arbejder med egne beboere i forbindelse med deltagelsen i Cura-café. Dertil beskriver ledelsen, at der er en løbende opmærksomhed på flere områder af dokumentationsarbejdet, bl.a. at ensrette dokumentationen i huset og at sikre udfyldelse af de generelle oplysninger, bl.a. med livshistorier. Centralt i Albertslund Kommune er der placeret en kvalitetssygeplejerske, der har et tæt samarbejde med den lokale udviklingssygeplejerske. På sigt vil kvalitetssygeplejersken samle alle udviklingssygeplejersker i kommunen med en fast kadence med henblik på at sikre kompetencer og ensretning på tværs af kommunen. Endelig har plejecenteret revideret procedurerne for modtagelse af nye beboere, så der i højere grad er fokus på alle dele af dokumentationen i forbindelse med en ny beboers indflytning på plejecentret.

Ledelsen fortæller, at der er arbejdet målrettet med hele medicinområdet, hvortil der ligeledes arbejdes systematisk med audits og læring heraf. Dertil har plejecenteret taget medicinrum i brug i de nye afdelinger, hvilket har øget den stringente opbevaring og gode forhold til dispensering. Stikkeskemaerne anvendes nu konsekvent hos beboere med insulinkrævende diabetes.

Ledelsen beskriver et stort og løbende fokus på afvikling af gode måltider. Herunder arbejdes der med rollen som måltidsvært, forebyggelse af forstyrrelser under måltiderne samt inddragelsen af beboerne i menuen og måltiderne. Flere aftenvagter har fornyeligt været på kursus i måltidsværtsskab.

Aftensmaden leveres af 'Mad til hverdag', og beboerne tilkendegiver generelt høj tilfredshed på beboermøderne. I forbindelse med indflytning tilbydes alle beboere en samtale med en kostansvarlig medarbejder med henblik på at sikre en individuel tilpasset kost til den enkelte beboer. Der er kostansvarlige medarbejdere i alle afdelinger, der prioriterer at spise med under måltiderne ind imellem, hvorved de opnår indsigt i beboernes feedback om maden.

Ledelsen fortæller, at der er stort fokus på medarbejdernes kommunikation og adfærd, hvor der bl.a. har været drøftelse om beboernes oplevelse af nærvær på fællesarealerne.



Uhensigtsmæssig kommunikation italesættes af ledelsen, og der har været et enkelt tilfælde siden sidste tilsyn, hvor ledelsen har taget afsked med en medarbejder med udgangspunkt i uhensigtsmæssig kommunikation og adfærd. Ledelsen fortæller, at brug af mobiltelefoner på fællesarealerne italesættes, men at arbejdstelefoner let kan forveksles med private telefoner. Medarbejderne dokumenterer mere på fællesarealerne end tidligere, netop for at være synlige og nærværende over for beboerne.

Plejecentrets ledelse fremhæver et stort fokus på et godt pårørendesamarbejde, hvor alle pårørende skal føle sig trygge i at tage kontakt til medarbejdere og ledelse, hvis der er noget, de undrer sig over, eller ikke er tilfredse med.

Pårørendesamarbejdet omtales yderligere under målepunktet 'Pårørendesamarbejde'.

### 3.3 Dokumentation

#### Data

##### Observationer:

Tilsynet gennemgår tre beboerjournaler.

##### Handlingsanvisninger SEL

Generelt ses et stort antal oprettede ydelser - op mod 30 - med tilhørende handlingsanvisninger i journalerne, hvilket ikke bidrager til at give læseren et systematisk, overskueligt og hurtigt overblik over de indsatser, der skal leveres. Dertil ses manglende systematik i oprettelsen, hvor det for nogle beboere f.eks. er indeholdt i ydelsen 'Øvre hygiejne' at få klippet negle, mens det for andre beboere er oprettet som en selvstændig ydelse 'Klippe negle'.

Gældende for handlingsanvisningerne på servicelovsområdet fremstår en journal med betydelige mangler, og to journaler med en del mangler, hvor beboernes behov for pleje og støtte ikke i tilstrækkelig grad ses udfoldet og handlevejledende beskrevet. Handlingsanvisningerne er generelt sparsomt beskrevne og med begrænsede beskrivelser af beboernes egne ressourcer, sundhedsfremmende og forebyggende tiltag samt særlige hensyn.

I forhold til en beboer ses relevante beskrivelser af beboerens foretrukne hverdagsaktiviteter, en handlevejledende beskrivelse af beboernes støtte i forbindelse med bad, herunder forflytninger og hudpleje. Beboerens støtte ses generelt velbeskrevet i dag- og aftentimer, fraset toiletbesøg, men for natetimerne beskrives der blot tilsyn x tre uden specificering af tidspunkter eller behov for støtte.

I forhold til en anden beboer ses relevante beskrivelser af beboerens behov for støtte til personlig pleje igennem hele døgnet, fraset enkelte mangler. I forhold til beboeren fremgår det af handlingsanvisning for 'Mad anrettes og serveres', at beboeren selv vælger, hvad beboeren ønsker at spise. Der ses imidlertid ingen beskrivelser af, at beboeren potentielt fejlsyner, og tidligere har haft en dysfagi-problematik, som fortsat skal observeres, jf. notat fra ergoterapeut juli 2024.

En tredje beboers journal fremstår med betydelige mangler i forhold til beskrivelserne af beboerens behov for pleje og støtte. Beboeren er kørestolsbruger, alkoholiker, og lider af diabetes med svære senfølger, hvilket ikke afspejles i beskrivelserne af plejens tilrettelæggelse. Der ses f.eks. ingen beskrivelser af, hvordan hjælpen til bad foregår, herunder hvordan beboerens egne ressourcer aktiveres.

I forhold til 'Mad varmes og anrettes' ses diabetes-hensyn beskrevet i handlingsanvisning for morgenmad, hvor det beskrives, at beboeren skal have mad inden kl. 10 på grund af blodsukker, samt tilbydes sukkerfri saft. I forhold til tilsvarende handlingsanvisning for frokost og aftensmad ses der ingen hensyn til diabetes.

##### Funktionsevnetilstande

I alle tre journaler fremgår funktionsevnetilstandene generelt relevante, opdaterede og aktuelle og med sammenhæng til de oprettede handlingsanvisninger for servicelovsområdet. En enkelt journal mangler aktivering af 'mentale funktioner' hos en beboer med manglende indsigt i egen situation.

### Generelle oplysninger

I alle tre journaler fremgår generelt relevante beskrivelser under mestring, motivation, ressourcer, roller og vaner. Livshistorierne er imidlertid sparsomt eller slet ikke beskrevet. I alle tre journaler ses enkelte mangler og opdateringer i listen over helbredsoplysninger under de generelle oplysninger, hvis der sammenlignes med beboernes helbredstilstande og medicinske behandlinger, f.eks. fremgår det i relation til en beboer, at beboeren er i behandling med risikosituationslægemidlet Kalium, hvilket ikke længere er tilfældet.

### Opfølgning på indsatser

Der ses generelt relevant opfølgning på indsatser i to ud af tre journaler, f.eks. i forhold til beskrivelser af rødme, smerter og faldrisiko. I forhold til en journal ses der manglende opfølgning på flere områder. F.eks. ses manglende opfølgning efter en kort indlæggelse på hospitalet, efter at en beboer blev utilpas og fik brystsmerter. Desuden ses der ingen opfølgning på registrering af rødme under højre bryst i april måned.

### Helbredstilstande

I en ud af tre journaler ses relevante helbredstilstande oprettet med sammenhæng til beboerens medicinske behandlinger og tilstand. Bl.a. ses i forhold til 'Smerter' beskrivelser af, hvordan man kan se på beboeren, at denne har smerter samt behandlingsansvarlig læge. Der ses desuden oprettelse af potentielle problemer i beboerens journal.

To journaler fremstår med mangler i forhold til beboernes helbredstilstande.

I forhold til en beboer med diabetes mangler helbredstilstanden tydelig beskrivelse af referenceværdier for blodsuktermålinger, idet den faste insulin dagligt justeres i forhold til blodsuktermålingerne. Den plan, som fremgår under ordinationen, fremstår uforståelig med en del forkortelser. Dertil ses manglende beskrivelser af kosthensyn og særlige forhold omkring beboerens samtidige alkoholmisbrug og manglende sygdomsindsigt.

Helbredstilstand omkring sår, cirkulationsforstyrrelser og syn mangler væsentlige opdateringer. Der mangler desuden oprettelse af en helbredstilstand i forhold til et potentielt problem med udskillelser, da beboeren har ordineret Movicol pn.

I forhold til en tredje beboer mangler journalen oprettelse af helbredstilstande, relateret til beboerens inhalationsbehandling, og et potentielt problem med dysfagi, som er vurderet af en ergoterapeut i juli 2024.

### Handlingsanvisninger

Der ses generelt væsentlige mangler i forhold til handlingsanvisningerne på sundhedslovsområdet relateret til alle tre beboere.

I forhold til en journal fremstår handlingsanvisning for medicindispensering og cirkulationsbehandling relevant beskrevet. Handlingsanvisning for ernæringsindsats er uden indhold, og måling af BT mangler opdatering, idet det fremgår, at beboeren skal have *'daglig måling af blodtryk ind til efter påske'*.

Desuden mangler handlingsanvisning for medicinadministration opdatering, idet det fremgår, at beboeren skal have daglig medicin kl. 7.45, hvilket ikke er tilfældet.

I forhold til en anden journal ses manglende handlevejledning i de oprettede handlingsanvisninger. Der ses bl.a. fire handlingsanvisninger vedrørende beboerens top-kateter, hvori det fremgår, 'Procedure efter VAR', men der ses ingen henvisninger til VAR-proceduren. Beboeren har ligeledes en 'Libre sensor' blodsuktermåler, som skal udskiftes en gang om ugen. Handlingsanvisningen beskriver blot, hvor sensorerne opbevares i boligen, men ikke hvordan proceduren med udskiftningen foregår. Beboeren har desuden nekrotiske diabetessår på fingrene, og beboeren skal have bomuldshandsker på, når han skal udenfor, idet beboerens sarte fingre tager skade af at dreje på kørestolens hjul. Dette fremgår ikke af handlingsanvisning for diabetessår.

I forhold til en tredje journal ses relevante beskrivelser i handlingsanvisningerne for kompression og inhalation. Handlingsanvisningen for medicinadministration beskriver imidlertid, at beboeren anvender

fortykningsmiddel i drikkevarer, hvilket ikke længere er tilfældet. Handlingsanvisningen for medicindispensering er fra før, beboeren flyttede ind på plejecentret, og beskriver forholdene i det tidligere hjem.

#### **Interview med medarbejderne:**

Medarbejderne beskriver, at de udfylder handlingsanvisninger for servicelovsområdet med oplysninger om beboernes behov for pleje og støtte, hvordan de guider og anvender beboernes egne ressourcer, og hvor man finder de forskellige remedier, medarbejderne skal bruge i boligen. Handlingsanvisningerne skal beskrives i et sprog, som alle kan forstå, og fungere som en god guide for f.eks. afløsere og vikarer.

Medarbejderne beskriver desuden, hvordan de er opmærksomme på at beskrive særlige tilgange til beboerne, f.eks. kommunikationsmetoder, så beboere med kognitive udfordringer føler sig trygge ved at modtage hjælp.

Medarbejderne beskriver desuden, hvordan de er opmærksomme på at udfylde de generelle oplysninger med beboernes livshistorier, vaner, roller og motivation. De generelle oplysninger skal, ifølge medarbejderne, bidrage til, at give et godt billede af den enkelte beboer. Helbredsoplysningerne skal være i overensstemmelse med beboerens helbredstilstande. Dertil fortæller medarbejderne, at de altid skriver beboernes eventuelle behandlinger med risikosituationslægemidler under helbredsoplysninger, så man hurtigt kan få et overblik i forbindelse med f.eks. lægekontakt.

Funktionsevnetilstande udfyldes af alle faggrupper, og opdateres ved ændringer. Medarbejderne oplyser, at de desuden altid sætter en opfølgningsdato på funktionsevnetilstandene.

Medarbejderne beskriver, hvordan de opretter og udfylder helbredstilstande i forhold til samtlige af beboernes medicinske behandlinger og sundhedsfaglige udfordringer. I helbredstilstanden skal beboernes symptomer, samtykke og den behandlingsansvarlige læge fremgå. Dertil skal helbredstilstanden indeholde kontroller og opfølgning. Medarbejderne fortæller, hvordan de også i forhold til helbredstilstandene anvender opfølgningsdatoerne, og altid beskriver bivirkninger i helbredstilstanden, hvis beboeren opstarter en ny medicinsk behandling.

Medarbejderne opretter en ydelse, når beboeren skal have sygeplejefaglig støtte, hvortil der oprettes en handlingsanvisning. Medarbejderne beskriver, hvordan de f.eks. i handlingsanvisningen Medicindispensering vil notere oplysninger om, hvornår man doserer, hvor medicinen opbevares osv.

Medarbejderne beskriver desuden, hvilket indhold de vil beskrive i handlingsanvisninger for kateterpleje og sårpleje, og de oplyser, at de i forbindelse med en tidsbegrænset ordination altid vil påføre en opfølgning den dag, behandlingen afsluttes.

Medarbejderne opretter observationsnotater i forbindelse med opfølgning på indsatser, f.eks. observationer af en beboers psykiske tilstand, hvor medarbejderne oplyser, at de opretter 'trinvis dokumentation', som fremstiller notaterne i bogform, hvilket giver et godt overblik i forbindelse med lægekontakt.

#### **Tilsynets vurdering - 2**

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldte.

Tilsynet vurderer, at der er væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for beboernes sikkerhed og autonomi, og som det vil kræve en betydelig og målrettet indsats at afhjælpe.

I forhold til servicelovsområdet er handlingsanvisningerne generelt mangelfulde i forhold til at beskrive beboernes behov for pleje og støtte. Tilsynet vurderer desuden, at der er oprettet et stort antal ydelser med tilhørende handlingsanvisninger på servicelovsområdet, hvilket ikke bidrager til at give læseren et systematisk, overskueligt og hurtigt overblik over ydelserne, og samtidigt medfører det dobbelt-dokumentation for medarbejderne.

Funktionsevnetilstandene og de generelle oplysninger er generelt opdaterede, men mangler enkelte opdateringer. Beboernes livshistorier ses begrænset, eller slet ikke beskrevet. Der ses i forhold til

sundhedslovsområdet væsentlige mangler i relation til oprettelse og opdatering af beboernes helbreds-tilstande og handlingsanvisninger. Desuden vurderes manglende opfølgning på flere sundhedsfaglige problemstillinger hos en ud af tre beboere.

Tilsynet vurderer på trods af ovenstående, at medarbejderne kan redegøre fyldestgørende for arbejdet med dokumentationen.

### 3.4 Personlig pleje og støtte

#### Data

##### Observation:

Tilsynet interviewer tre beboere. Hos alle beboerne ses det, at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til deres behov. Beboerne fremstår således soignerede og veltilpasse i overensstemmelse med deres habitus.

##### Interview med beboere:

Beboerne fortæller, at de får den hjælp og støtte, som de har behov for, og at de er trygge ved den tildelte hjælp, som primært leveres af faste og vellidte medarbejdere. Beboerne fortæller, at de oplever, at hjælpen er af en god kvalitet, og at hjælpen for det meste leveres til den aftalte tid. Dertil fortæller beboerne, at de gør det, de selv er i stand til, hvortil beboerne giver eksempler på, hvordan de selv udfører dele af deres personlige hygiejne. En beboer beskriver i den forbindelse, hvordan medarbejderne er gode til at *'skubbe til beboeren'*, så beboeren bliver mere aktiv.

##### Interview med medarbejdere:

Medarbejderne beskriver, hvordan de, med udgangspunkt i kontaktpersonsystemet, har et godt kendskab til beboerne, hvilket tilsammen med den daglige dialog og faglige observationer bidrager til at sikre beboerne den pleje og støtte, som de hver især har brug for. Plejecentret gennemfører hjemmebesøg forud for en ny beboers indflytning, samt har indflytningssamtaler og eftersamtaler, når beboeren er flyttet ind. Samtalerne sker med udgangspunkt i at opnå viden om beboernes ønsker og vaner.

Medarbejderne beskriver, hvordan de hver dag orienterer sig i beboerens ydelser og handlingsanvisninger, og de trykker 'leveret' i Cura, når ydelsen er tildelt.

Medarbejderne beskriver, hvordan de arbejder ud fra den personcentrede omsorg, og de anvender bl.a. *Trivselskarret* og *Blomsten* i deres daglige arbejde med beboerne. Der tages derfor individuelle hensyn til den enkelte beboer, f.eks. hvis en beboer har svært ved at håndtere afløsere i plejen. Hvis en beboer ikke ønsker at få hjælp, forlader medarbejderne boligen, og forsøger igen senere. Alle ændringer i plejen og afvigelser i beboerens tilstand dokumenteres.

Plejecentret triagerer dagligt, og anvender beboernes triageringsniveau aktivt i arbejdstilrettelæggelsen, så beboerne varetages af en medarbejder med rette kompetence.

Der afholdes jævnlige beboerkonferencer i demensenheden, som også skal indføres på de somatiske afdelinger på sigt.

Medarbejderne beskriver, hvordan de arbejder rehabiliterende, og sikrer, at beboernes ressourcer anvendes i det omfang, det er muligt, både i forbindelse med den daglige personlige pleje og i forbindelse med hverdagsaktiviteter. Medarbejderne er bevidste om betydningen af en rehabiliterende tilgang i relation til beboernes livskvalitet.

#### Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldte.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til deres behov.

Det vurderes, at beboerne er særdeles tilfredse med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje. Dertil er det tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig reflekteret vis kan redegøre for hjælpen til personlig pleje, og at medarbejderne i høj grad udviser en faglig forståelse for arbejdet med den personcentrerede omsorg og den rehabiliterende tilgang.

### 3.5 Praktisk hjælp

#### Data

##### Observation:

Tilsynet observerer, at de besøgte boliger fremstår renholdte og ryddelige, ligesom alle fællesarealer fremstår rene. Dertil ses rene hjælpemidler.

##### Interview med beboere:

Alle tre beboere udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til rengøring og praktiske opgaver, og at disse er tilrettelagt og udføres med udgangspunkt i beboernes ønsker og vaner.

##### Interview med medarbejdere:

Medarbejderne fortæller, at der er en fast kommunal rengøringsmedarbejder på plejecentret, der rengør boligerne hver 14. dag. Medarbejderne supplerer rengøringen ved at støtte beboerne med oprydning og varetagelse af mindre rengøringsopgaver, f.eks. rengøring af hjælpemidler. Medarbejderne kan redegøre for snitflader i forbindelse med de praktiske opgaver, og de redegør for de hygiejniske retningslinjer, både i forbindelse med de almindelige praktiske opgaver og i forbindelse med smitteudbrud.

#### Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldte.

Tilsynet vurderer, at beboernes boliger og hjælpemidler fremstår rengjort, og at beboerne er tilfredse med hjælpen til de praktiske opgaver. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre særdeles tilfredsstillende for tilrettelæggelsen af de praktiske opgaver.

### 3.6 Mad og måltider

#### Data

##### Observation:

Flere beboere er fra morgenstunden samlet til morgenmad i plejecentrets hjemlige rammer, hvor beboerne sidder omkring veldækkede borde med dug og blomster. Beboerne tilbydes individuelle morgenmadstilbud, og der ses deltagende medarbejdere, der bidrager til en hyggelig stemning og samtale.

Til frokost ses appetitligt anrettet smørrebrød, som serveres på fade, hvorfra beboerne selv kan forsyne sig. Beboere, med behov for hjælp til at spise, støttes på en omsorgsfuld og værdig måde.

Både i forbindelse med og uden for måltiderne ses beboerne sidde med forskellige drikkevarer foran sig, og medarbejderne tilbyder løbende opfyldning.

##### Interview med beboere:

Beboerne tilkendegiver stor tilfredshed med maden og måltiderne på Albertshøj, som beskrives velsmagende og veltilberedt. Alle tre beboere indtager deres måltider i fællesstuen, og de oplever en hyggelig stemning, hvor det er muligt at tale med medbeboere under måltidet.

**Interview med medarbejdere:**

Medarbejderne beskriver, hvordan en *køkkendame*, tilknyttet hver afdeling, tilbereder måltidet, som til frokost er smørrebrød og en lun ret. Beboerne tilbydes individuelt tilpassede måltider, og medarbejderne beskriver, hvordan de orienterer sig i Cura i forhold til kosthensyn og diæter.

Medarbejderne beskriver desuden, hvordan de sidder med ved bordene, og indtager et pædagogisk måltid. Medarbejderne har fokus på at sikre ro under måltidet, hvilket bl.a. sikres ved at sørge for servering af frokost til beboere i boligerne, inden frokosten påbegyndes i fællesstuen.

Medarbejderne redegør for måltidsværtens rolle, og beskriver, hvordan der, allerede før måltidet, er aftalt en rolle og ansvarsfordeling, som fremgår af dagens arbejdseddell.

Medarbejderne beskriver, hvordan den rehabiliterende tilgang anvendes under måltiderne, hvor nogle beboere kan hjælpe med at dække bord, nogle beboere kan selv øse maden op på tallerkenen, og hvordan der er små kander på bordet, som beboerne selv kan hælde fra. Desuden fortæller medarbejderne, hvordan de forsøger at understøtte, at beboerne hjælper hinanden under måltiderne.

**Tilsynets vurdering - 5**

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der er en hensigtsmæssig organisering af de observerede måltider, samt at medarbejderne i høj grad har fokus på at skabe en hyggelig stemning for beboerne.

Tilsynet vurderer, at beboerne oplever, at maden er god og varieret. Dertil vurderer tilsynet, at beboerne oplever, at måltiderne er hyggelige.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for, hvordan de sikrer rammerne for det gode måltid for beboerne.

## 3.7 Kommunikation og adfærd

**Data****Observation:**

Tilsynet observerer en venlig og imødekommende kommunikation fra medarbejderne overalt på plejecentret. En medarbejder henvender sig bl.a. til en beboer, og siger; *'Jeg kan så godt lide dit hår, når det er glat som nu'*. Beboeren lyser op i et stort smil, og fortæller medarbejderen, hvordan beboeren får håret til at sidde på den måde. En anden medarbejder afslutter en samtale med en beboer med at sige; *'tusinde tak for snakken. Vi må fortsætte en anden dag'*. Medarbejderen smiler til beboeren, og giver beboeren et håndtryk, inden medarbejderen går videre. Alle medarbejderne optræder roligt, både i færd og i toneleje, hvilket bidrager til at skabe en afslappet og tryk stemning i afdelingerne. Tilsynskonsulent mødes i alle afdelinger med et smil, øjenkontakt og et friskt *'hej'*, hvor medarbejderne spørger, om de kan hjælpe med noget.

**Interview med beboere:**

Alle beboerne oplever en venlig og imødekommende omgangstone fra medarbejderne, hvor beboerne altid oplever at blive talt pænt og respektfuldt til, uanset om der er tale om faste medarbejdere eller afløsere. Medarbejderne banker altid på, og præsenterer sig over for beboerne ved ankomsten. Beboerne beskriver en hjemlig ånd på plejecentret, hvor det også er muligt at lave lidt sjov med hinanden.

**Interview med medarbejdere:**

Medarbejderne beskriver, hvordan de har en individuelt tilpasset kommunikation med den enkelte beboer, hvor nogle beboere foretrækker at tale meget og andre lidt.

Medarbejderne fremhæver, hvordan det altid er vigtigt at fortælle beboerne, hvad de gør forud for en handling, så beboeren er forberedt. Hvis plejeopgaven varetages af to medarbejdere, vil det primært være den ene medarbejder, der har kontakten med beboeren, og medarbejderne vil være opmærksomme på ikke at tale hen over hovedet på beboeren.

Dertil beskriver medarbejderne, at de er opmærksomme på øjenkontakt og kropssprog i kontakten med beboerne. Medarbejderne redegør for forskellige kommunikative greb, herunder afledning, f.eks. ved en beboer, der er blufærdig, guides der i forbindelse med aktivisering af beboernes egne ressourcer og spejling, hvis beboerne har svært ved at udføre konkrete opgaver.

En medarbejder fortæller desuden, at medarbejderen guider en beboer uden at anvende højre/venstre, som beboeren ikke kan huske forskel på, men siger f.eks. 'hen mod vinduet' i stedet for.

#### **Tilsynets vurdering - 5**

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der på fællesarealerne er en venlig, imødekommende og ligeværdig kommunikation imellem beboerne og medarbejderne.

Dertil vurderer tilsynet, at beboerne oplever en god kontakt med medarbejderne, hvor der udvises respekt for deres privatliv. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, der har betydning for den enkelte beboers oplevelse af en hensigtsmæssig og god kommunikation, og de anvender i deres fremstilling konkrete faglige begreber.

### **3.8 Aktiviteter og vedligeholdende træning**

#### **Data**

##### **Observation:**

På tilsynsdagen er en gruppe beboere på bustur til Herstedvester sammen med en aktivitetskoordinator.

På fællesarealerne ses mange beboere, der sidder sammen i grupper. En gruppe sidder f.eks. og ser den nye regering blive præsenteret på tv sammen med nogle medarbejdere.

Om eftermiddagen er mange beboere samlet på altanerne til kaffe og lagkage, hvor der igen ses tilstedeværende medarbejdere, der faciliterer det sociale samvær og samtalerne.

Tilsynet overhører, at en beboer opfordres til at komme ud og drikke kaffe. Medarbejderen lokker med at fortælle, hvilke medbeboere der allerede er på altanen. Beboeren lader sig herefter overtale.

Overalt på plejecentret ses en hjemlig indretning med mange billeder, pynt og blomster, duge, tæpper og puder. Der ses flere reoler med bøger, blade og spil målrettet målgruppen.

##### **Interview med beboere:**

Alle tre beboere oplyser, at der er et varieret udbud af aktiviteter på plejecentret, og at de deltager i det, der har deres interesse. Her nævner beboerne bl.a. stoleympnastik, bankospil og grisefest.

Beboerne får den støtte, de har behov for, i relation til at deltage i de sociale aktiviteter på plejecentret.

##### **Interview med medarbejdere:**

Medarbejderne oplyser, at der er aktivitetsmedarbejdere, tilknyttede alle afdelinger, der har et stort kendskab til afdelingens beboere og deres individuelle ønsker til aktiviteter. Hver afdeling har en liste med beboernes ønsker til ture ud af huset. En tavle på gangen viser ugens aktivitetsprogram, og medarbejderne støtter beboerne i at deltage.

Medarbejderne beskriver et bredt udvalg af vedligeholdende træningsaktiviteter, herunder ballongymnastik, faldskærm, stoleympnastik, gåture, og træning ved fysioterapeut iværksættes med henvisning fra beboernes egen læge.

Plejecentret har, ifølge medarbejderne, flere frivillige, der både kommer i hverdagen og i weekendene, herunder bl.a. Cykelpiloter.

### Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at plejecentret har tilfredsstillende og varierede aktivitetstilbud, der understøtter socialt samvær og aktivitet. Tilsynet vurderer, at beboerne er tilfredse med tilbuddet om aktiviteter på plejecentret, og de oplever, at medarbejderne støtter deres deltagelse. Ligeledes vurderer tilsynet, at medarbejderne kan redegøre for organiseringen og tilrettelæggelsen af aktivitetstilbuddene på plejecentret og betydningen af socialt samvær og fysiske aktiviteter.

## 3.9 Pårørendesamarbejde

### Data

Tilsynet møder ingen pårørende på plejecentret på tilsynsdagen, og gennemfører derfor, med hjælp fra plejecentrets ledelse, telefoninterviews med pårørende til to af plejecentrets beboere.

### Interview med ledelsen:

Ledelsen beskriver, at der er et velfungerende samarbejde med plejecentrets tilknyttede pårørende, hvor pårørende kontaktes systematisk i henhold til de aftaler, som indgås i forbindelse med indflytning. Ledelsen er optaget af at sikre inddragelse af de pårørende, allerede inden beboeren flytter ind på plejecentret. Der er et aktivt beboer-pårørenderåd på plejecentret med bred deltagelse af både pårørende, beboere, afdelingsleder, centerchef, adm. medarbejder og kommunens ældreråd.

Kritiske pårørende mødes konstruktivt, og inviteres ind til fysiske møder, og der arbejdes med at være proaktive i relation til pårørende, der ikke selv henvender sig til ledelsen. Der tales altid ind i det fælles formål og de samme interesser i forhold til den enkelte beboer. Plejecentret har et tæt samarbejde med kommunens pårørenderådgiver, som bl.a. kan inddrages til supervision til medarbejderne.

### Interview med pårørende

#### Pårørende 1

En pårørende fortæller, at hendes familiemedlem har boet på Albertshøj i to år, og at de i forbindelse med indflytning blev tilbudt deltagelse i introduktionsmøder. Den pårørende fortæller om en meget tryk oplevelse ved, at familiemedlemmet flyttede ind på Albertshøj, bl.a. på grund af de faste medarbejdere og et velfungerende samarbejde med dem. Den seneste tid - pga. det nye byggeri - er flere af de tidligere faste medarbejdere flyttet over i den nye afdeling. Det skal den pårørende lige vænne sig til, men den pårørende fortæller, at familiemedlemmet fortsat virker helt tryk ved medarbejderne, selv om det er nye ansigter. Den pårørende føler sig velinformeret, og kan altid få fat på plejecentret, når der er behov for det. Medarbejderne opleves meget imødekommende, og de tager ofte kontakt i forbindelse med den pårørendes besøg på plejecentret. Den pårørende oplever også tit, at afdelingslederen kommer og siger hej, og altid følger op på evt. indgåede aftaler. Endelig beskriver den pårørende, hvordan der er en høj grad af beboerdemokrati på plejecentret, hvor den pårørende oplever at familiemedlemmet ofte italesætter emner på beboermøderne - på både egne og medbeboeres vegne.

#### Pårørende 2

En anden pårørende fortæller, at det er meget trygt at have familiemedlemmet på Albertshøj, og den pårørende føler sig 100 % inddraget. Den pårørende italesætter oplevelsen af en meget værdig tilgang til beboerne, hvor de altid bliver behandlet og talt ordentligt til, og får den pleje, de har behov for. Den pårørende oplever desuden, at man bliver taget godt imod, hvis man henvender sig til medarbejdere eller ledelse på Albertshøj, og den pårørende oplever ikke, at der er forskel på, om det er kontaktpersonen eller en anden medarbejder, der tales med. Beskeder kommer altid videre til rette sted. Den pårørende oplever altid at blive kontaktet i relevant omfang, senest i forbindelse med familiemedlemmets indlæggelse på hospitalet.



**Interview med medarbejdere:**

Medarbejderne beskriver, hvordan de sikrer, at pårørende inddrages i det omfang, de selv og beboeren har lyst til. Desuden bestræber medarbejderne sig på at holde pårørende orienterede ud fra de aftaler, der er indgået i forbindelse med indflytning.

Medarbejderne er opmærksomme på at tage godt imod pårørende, der kommer på besøg, så de føler sig velkomne. Pårørende kan deltage i forbindelse med stuegang, hvis de ønsker, og plejecentret har flere årlige arrangementer, hvor pårørende kan deltage.

Medarbejderne beskriver desuden plejecentrets beboer-pårørenderåd, og afslutningsvist fortæller medarbejderne, at de henter sparring og støtte hos kommunens pårørendekoordinator, hvis pårørendesamarbejdet er svært.

**Tilsynets vurdering - 5**

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at de pårørende i begge interviews tilkendegiver en meget høj grad af tilfredshed med plejecenterets omsorg og pleje til beboerne, herunder en stor tryghed ved medarbejdernes faglighed, kommunikation og tilgængelighed overfor både beboerne og de pårørende.

Dertil vurderer tilsynet, at både ledelsen og medarbejderne har fokus på, at sikre et velfungerende samarbejde med plejecentrets pårørende, hvor de pårørende oplever inddragelse, føler sig velinformerede og velkomne på plejecentret.

### 3.10 Tværfagligt samarbejde

**Data****Lederinterview**

Ledelsen beskriver et velfungerende tværfagligt samarbejde, hvor der er et særligt samarbejde med de tværfaglige samarbejdspartnere i samme hus, herunder bl.a. terapeuter fra genoptræningen, den kommunale diætist og sygeplejerskerne i sygeplejeklinikken. Ledelsen beskriver, at der er forflytningsvejledere i alle afdelinger og i stort set alle vagtlag. Alle afdelinger har tilknyttet aktivitetsmedarbejdere, der sikrer daglige aktiviteter, herunder fysisk vedligeholdende træning. Alle aktiviteter fremgår af tavler i afdelingerne. Aktivitetsmedarbejderne udarbejder et månedligt beboerblad, og plejecentret har en lokal Facebook-gruppe, som er målrettet pårørende og beboere.

Plejecentret gennemfører daglig triage etagevis, og skal i gang med at afholde beboerkonferencer, som faciliteres af plejecentres udviklingssygeplejerske. Endelig oplyser ledelsen, at demenskonsulenterne i kommunen anvendes til sparring og undervisning.

**Interview med medarbejdere**

Medarbejderne beskriver, hvordan der afholdes daglig triage, hvor alle beboere gennemgås - også beboere, der er triagerede grønne. Når beboerne gennemgås, laves der fælles aftaler om tiltag, og ansvarlig medarbejder udpeges. Der dokumenteres undervejs i triagen.

Medarbejderne nævner en lang række samarbejdspartnere, som de trækker på i hverdagen, herunder nævner medarbejderne pårørendekoordinator, sygeplejersker, demenskoordinator, terapeuter og diætist.

Medarbejderne inviteres til personalemøder hver 6. - 8. uge, og har i tillæg hertil SSA-møder, praktikvejledermøder og gruppemøder på tværs af døgnnet med henblik på at sikre det gode samarbejde på tværs af døgnnet.

### **Tilsynets vurdering - 5**

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at ledelsen har fokus på at sikre, at medarbejderne har de rette kompetencer til at kunne varetage beboernes behov for pleje og støtte og at sikre muligheder for faglig sparring i hverdagen. Det er desuden tilsynets vurdering, at medarbejderne oplever et velfungerende tværfagligt samarbejde med såvel kolleger på plejecentret, som kommunale samarbejdspartnere, hvorved medarbejderne sikres mulighed for faglig sparring og kompetenceudvikling.

## **3.11 Medicinhåndtering**

### **Data**

#### **Observation:**

Tilsynet gennemgår tre beboeres medicin.

#### **Medicinoversigten:**

Alle beboernes medicinlister ses opdaterede, og alle ordinationer ses med dato for ordination, beskrevet med indikation, dosis og antal tabletter. Pn medicin er angivet med antal enheder og max døgndosis. Det er tydeligt angivet, om medicinen er fast eller pn, samt om medicinen er dosisdispenseret. Dertil ses det, at handelsnavne på medicinoversigten generelt stemmer overens med det aktuelle handelsnavn på medicinen i beboerens beholdning, fraset to beboeres medicinlister, hvor hhv. et og to handelsnavne ikke er opdaterede.

#### **Opbevaring:**

For alle medicingennemgange ses det, at beboernes medicin opbevares sikkert og forsvarligt. I de ældre afdelinger opbevares beboernes medicin i aflåste skabe i beboernes boliger. I de nye afdelinger er der etableret medicinrum. Tilsynet bemærker, at der i alle afdelinger er en ensartet systematik i alle medicinskabe ved hjælp af kurve og farvede poser. På ikke-dispensérbare præparater er der anført navn og anbrudsdato, som ikke er overskredet. Til formålet er der fortrykte labels hos alle beboere.

#### **Risikosituationslægemidler:**

En af de besøgte beboere har ordineret insulin. Der ses anbrudsdato på pennen, som indikerer, at pennen er holdbar. Der opbevares et stikkeskema sammen med beboerens insulin, som generelt anvendes i forbindelse med de daglige insulingivning, fraset enkelte afvigelser. Der ses manglende kvittering for insulingivning kl. 17 i tre tilfælde ud af 14 dage.

Som omtalt under dokumentationsafsnittet mangler helbredstilstanden vedrørende beboerens diabetesbehandling tydelig beskrivelse af referenceværdier for blodsuktermålinger, idet den faste insulin dagligt justeres i forhold til blodsuktermålingerne. Den plan, som fremgår under ordinationen i FMK, fremstår uforståelig med en del forkortelser.

#### **Dispensering af medicin:**

Alle doseringsæsker er mærkede med CPR-nummer og beboerens navn, og dertil er alle æsker mærkede med uge nr. I alle medicingennemgange ses der overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne.

#### **Administration af ikke-dispensérbare præparater**

Beboernes medicin ses administreret korrekt i henhold til tilsynstidspunktet.

Ud over de allerede omtalte manglende kvitteringer for insulin ses der i forhold til en anden beboer fire daglige ikke-dispensérbare præparater, hvor der over en 14 dages periode er 15 manglende kvitteringer.

**Interview med beboerne:**

Beboerne tilkendegiver at være meget trygge ved medarbejdernes håndtering af deres medicin.

**Interview med medarbejdere:**

Medarbejderne redegør for, hvorledes de sikrer hensigtsmæssige arbejdsgange omkring medicinbehandling, og her nævner de bl.a., at der sikres uforstyrrede arbejdsforhold under dispenseringen, hvilket er nemmest at etablere i de nye afdelinger, hvor der findes medicinrum. Medarbejderne redegør på korrekt vis for, hvorledes der herefter opdateres FMK, tjekkes CPR-nummer, ordinationer, udløbsdatoer på medicin osv. i forbindelse med dispenseringsprocessen. Medarbejderne fortager altid eftertælling som det sidste efter en dispensering.

Medarbejderne kan desuden på korrekt vis redegøre for, hvorledes de kontrollerer, om antal tabletter i doseringsæsken stemmer overens med medicinlisten i CURA, før medicinen administreres. Hertil nævner medarbejderne, at de altid ser beboeren indtage medicinen, og de sikrer tidstro kvittering af ikke-dispensérbar medicin. Får beboeren af en eller anden grund ikke medicinen, laves et 0 i kvitteringsfeltet, så det er tydeligt, at det ikke er en forglemmelse. Årsagen dokumenteres i et observationsnotat, og der tages kontakt til en medicinansvarlig.

Social- og sundhedshjælperne, der varetager delegerede opgaver, modtager individuel oplæring og undervisning, og de har et udfyldt kompetenceskema.

**Tilsynets vurdering - 3**

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der overordnet er en struktureret og systematisk praksis for medicinbehandling, men hvor der konstateres afvigelser i forbindelse med håndtering af risikosituationslægemidler i sikringen af tidstro kvittering for administration af ikke-dispenserbare præparater samt i opdateringen af handelsnavne.

Beboerne vurderes at være trygge og tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Dertil er det tilsynets vurdering, at de interviewede medarbejdere på faglig reflekteret vis kan redegøre for arbejdsgangene omkring medicinbehandling.

## 4. Tilsynets formål og metode

### 4.1 Formål

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 148a er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet.
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og økonomisk forsvarlig måde.
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer.

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, områdecentrums referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for beboere og således også på, hvordan hjælpen efter deres og de pårørendes opfattelse fungerer. De fysiske rammers egnethed i forhold til beboernes behov indgår ligeledes i tilsynet.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

*Det økonomiske tilsyn* dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

### 4.2 Metode

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets resurser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem beboernes og pårørendes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er strukturet og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, fokusgruppeinterviews, observation og gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten af de ydelser, som beboerne modtager på plejecentret.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

### 4.3 Tilsynets tilrettelæggelse

Tilsynsforløbet besluttet og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundhedsfaglig baggrund.

### 4.4 Vurderingsskema

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau:

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

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>

## 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.