

Tilsynsrapport Køge Kommune

Velfærdsforvaltningen - Ældre og Sundhed
Plejhjemmet Møllebo og Pedersvej Centerboliger

Uanmeldt tilsyn
April 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 Høberg 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: Plejehjemmet Møllebo, Nørre Boulevard 103, 4600 Køge, og Pedersvej Centerboliger, Pedersvej 102-104, 4600 Køge

Leder: Jette Rødgård

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

Antal boliger: 24 boliger på Plejehjemmet Møllebo og 18 centerboliger på Pedersvej

Dato for tilsynsbesøg: Den 4. april 2023

Tilsynet er indledt og tilrettelagt sammen med: Teamleder og sygeplejerske

Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:

- Interview med plejehjemmets ledelse
- Tilsynsbesøg hos **seks borgere**
- Telefoninterview 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 om tilsynet til ledelse og til konsulent fra kvalitetsenheden.

Tilsynsførende:

Senior Manager Margit Kure, sygeplejerske, MHM

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 Plejehjem Møllebo og Pedersvej Centerboliger. 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 Plejehjemmet Møllebo og Pedersvej Centerboliger er et velfungerende center, som har engagerede medarbejdere og ledelse, der medvirker til trivsel for borgerne. Tilsynet vurderer, at **centret delvis 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. Det vurderes, at den samlede journalføring på SEL og SUL har **flere væsentlige mangler, som vil kræve en fortsat målrettet indsats for at kunne afhjælpes.**

Tilsynet vurderer, at pleje, omsorg og praktisk støtte, som borgerne modtager i plejeboligerne, leveres med en god faglig kvalitet, og borgerne er meget tilfredse med hjælpen og med kvaliteten af hjælpen. Dog oplever en pårørende, at afløsere ikke altid kender til de opgaver, de skal løse. Centret har fokus på kerneopgaven, herunder at der også arbejdes med sundhedsfremmende og hverdagsrehabiliterende indsatser samt pædagogiske indsatser til borgere med kognitive og psykiske udfordringer.

Det vurderes, at der i forhold til medicin håndtering er konstateret **en del mangler i forhold til dokumentation og opbevaring.**

Tilsynets vurdering er, at der er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at hverdagslivet på stedet tilrettelægges på borgernes præmisser, og borgerne oplever at have indflydelse på eget liv. Borgerne er meget tilfredse med mad og måltider og centrets tilbud om aktiviteter.

Det vurderes, at der på centret er en imødekommende kultur, hvor medarbejderne har en feedbackkultur i forhold til uhensigtsmæssig kommunikation. Dog oplever en borger medarbejdere, som taler ned til borgeren.

Det vurderes, at centret har et velorganiseret samarbejde med de pårørende, og de pårørende finder, at inddragelse og kommunikation på centret er meget tilfredsstillende.

Ledelsen redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx kompetenceudvikling og pårørendesamarbejdet.

2.2 Tilsynets bemærkninger og anbefalinger

Bemærkninger:

Dokumentation SEL

Tilsynet bemærker vedrørende dokumentationen:

- At der i en journal mangler opdatering af helbredsoplysninger på enkelte områder.
- At de generelle oplysninger i en journal mangler opdatering, og at der i fem journaler mangler livshistorie.
- At funktionsevnetilstande i fem journaler mangler hel eller delvis opdatering, og at der i alle journaler mangler hele eller

Anbefalinger:

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

delvise beskrivelse af borgernes forventninger og mål.

- At der i to døgnrytmeplaner mangler hand-
levejledende beskrivelse på et enkelt om-
råde.
- At der i et tilfælde mangler beskrivelse af
borgerens kognitive udfordringer og beho-
vet for hjælp og støtte.
- At der i to døgnrytmeplaner mangler beskri-
velse af særlige opmærksomhedspunkter.
- At der hos en borger mangler dokumenta-
tion for vægt.
- At der ikke ses fælles systematik i døgnryt-
meplanerne.

Dokumentation SUL

Tilsynet bemærker vedrørende dokumentatio-
nen:

- At der i to journaler er helbredstilstande,
der mangler opdatering på flere områder.
- At der i fem journaler mangler en eller flere
handlingsanvisninger, herunder indsatsmål.
- At der i en journal mangler dokumentation
for behandlingsansvarlig læge, og i to jour-
naler mangler der samtykke.
- At der ikke ses en sammenhængende doku-
mentation og relatering imellem journalens
delelementer.

Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsat har målret-
tet fokus på og sikrer, at den igangværende proces
med implementering af Nexus og opdatering af
journaler fastholdes, så alle journaler fremstår fyl-
destgørende, opdaterede og sammenhængende og
med en relatering imellem journalens elementer.

Personlig pleje og praktisk støtte

Tilsynet bemærker, at en pårørende oplever, at
afløsere ikke altid kender til de opgaver, de skal
løse.

Tilsynet anbefaler, at leder sikrer, at afløsere
grundigt introduceres til opgaver og borgere.

Kommunikation og adfærd

Tilsynet bemærker, at en borger giver udtryk
for, at medarbejderne taler ned til borgeren.

Tilsynet anbefaler, at leder følger op og drøfter
professionel kommunikation og adfærd med med-
arbejderne.

Pårørendesamarbejdet

Tilsynet bemærker, at en pårørende oplever, at
borgeren ikke altid får den nødvendige hjælp,
når det er afløsere, som skal hjælpe.

Tilsynet anbefaler, at leder afstemmer forventnin-
ger med den pårørende om borgers behov og drøf-
ter borgerens helhedssituation.

Medicinhåndtering

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

- At der hos to borgere mangler helbredstilstand relateret til borgernes behov for hjælp til medicin, og at der i en journal mangler sammenhæng mellem helbredstilstande og aktuel medicinsk behandling.
- At der hos to borgere mangler handlingsanvisninger på medicindispensering og medicinadministration samt handlingsanvisning på øjendråber.
- At der i et tilfælde mangler navn og CPR-nummer på alle dags- og ugeæsker.
- At der i to tilfælde er et eller flere medicinske præparater i beholdningen, der ikke fremgår af medicinlisten.
- At der i to tilfælde mangler dato på ekstra dagsdoseringsæske, hvor der er doseret medicin.
- At der i flere tilfælde ikke er systematisk kvitteret for udleveret medicin.

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

2.3 Aktuelle vilkår

Leder redegør for, at der har været iværksat en udviklingsproces på centret afledt af de givne påbud fra det tidligere tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed. Leder oplyser, at Styrelsen for Patientsikkerhed har været på et opfølgende tilsyn i medio marts år 2023, og at centret vil blive indstillet til en ophævelse af de givne påbud, men at de fortsat afventer tilsynsrapporten. Implementering af det nye Nexus er fortsat et fokusområde. I den første fase, som lige er afsluttet, har udvalgte medarbejdere haft opgaven med tastning af data fra det gamle til det nye system. **Der er nu lagt en plan for systematisk gennemgang af alle journaler med de tilknyttede assistenter, og centrets ressourcepersoner skal løbende forestå undervisningen.**

Centret er forholdsvist langt i processen med implementering af mobiladgang, men de er fortsat udfordret adgangsteknisk.

Udvælgelse af faglige udviklingsområder planlægges på **fælles møder med teamleder og sygeplejersker**. Fx er der fokus på medarbejdernes faglige kompetencer og planlægning af kompetenceudvikling, **evt. med brug af kommunens fagspecialister.**

Tilgangen til borgerne tager afsæt i personcentret omsorg. Der har været særligt fokus på pårørendesamarbejdet, hvor demensrejseholdet har været inddraget og har forestået undervisning. Som et nyt tiltag har centret **udviklet og implementeret omsorgshjulet i forbindelse med indflytnings samtalen, og ligeledes er sygeplejersken opsøgende i samarbejdet.**

Leder oplyser, at kommunen har afholdt et fælles møde, hvor alle pårørende fra kommunens plejecentre blev inviteret ind. Leder oplyser, at der i forlængelse af dette møde blev fremsendt en skriftlig klage. **Klagens indhold gik på samarbejdet med ledelsen og på løsningen af mindre praktiske problemstillinger.** Som opfølgning på klagen har der været afholdt et opfølgende møde med deltagelse af repræsentanter fra forvaltningen, hvor der blev udarbejdet et skriftligt referat.

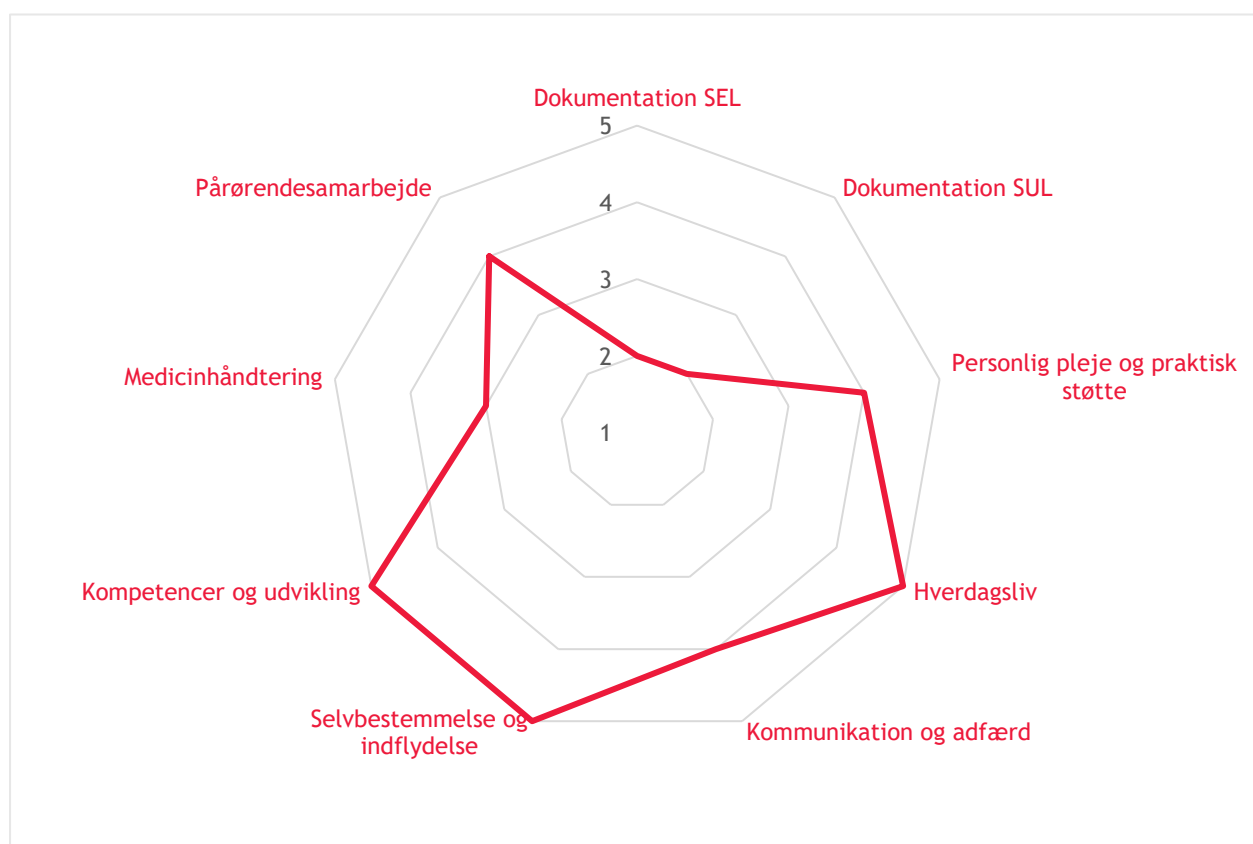
2.4 Opfølgning

Ledelsen redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx kompetenceudvikling og pårørendesamarbejdet.

2.5 Score

For hvert overordnet tema, der undersøges i tilsynet, opnår tilbuddet en score fra 1-5, hvor 5 er den bedste. Således fremgår det af nedenstående figur, i hvor høj grad tilbuddet opfylder indikatorerne for hvert tema. (Temaer, som ikke er relevante for det pågældende tilbud, tæller ikke med i den samlede vurdering).

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



2.6 Vurdering i forhold til temaer

2.6.1 Dokumentation SEL

Score: 2

Vurdering:

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

Gennemgang af dokumentation

Dokumentationen har flere mangler. Dokumentationen fremstår delvist opdateret og fyldestgørende. På alle borgere er der generelle oplysninger med ressourcer, mestring

og motivation, fraset at disse mangler i en journal. I en journal er borgerens livshistorie beskrevet, mens den mangler i fem journaler. Der er i alle journaler udfyldt helbredsoplysninger, som dog i et tilfælde mangler opdatering. I en journal er der opdaterede funktionstilstande, men hvor der i fem journaler mangler hel eller delvis opdatering samt beskrivelser af borgernes forventninger og mål. Der er relevante indsatser på alle borgere. Borgernes behov for pleje og omsorg er beskrevet handlevejledende i døgnrytmeplanen, og der tager udgangspunkt i borgernes helhedssituation og ressourcer, dog mangler der i to døgnrytmeplaner handlevejledende beskrivelse på et enkelt område, fx tilsyn om natten og hjælp til bad. Døgnrytmeplanen er i fire journaler systematisk opbygget med borgers og medarbejders indsats, mens der mangler systematik i to døgnrytmeplaner. Der er lagt vægt på at beskrive borgernes kognitive udfordringer, og hvorledes der støttes op om disse, dog mangler der i en døgnrytmeplan beskrivelse af borgerens kognitive udfordringer og behovet for hjælp og støtte ved angst og uro. Der er beskrevet særlige opmærksomhedspunkter i fire døgnrytmeplaner, men dette mangler i to døgnrytmeplaner. Der ses dokumentation på alle borgere for systematisk vægt, fraset i et tilfælde, og der er relevant dokumentation for borgernes stillingtagen til HLR.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør fagligt for, hvordan de arbejder målrettet med dokumentationen, så den kan understøtte kvaliteten i daglig praksis. Alle medarbejdere oplæres i at udfylde og anvende funktionsevnetilstande og døgnrytmeplan. Der arbejdes ud fra kompetencer og tilhørende ansvarsbeskrivelser. Der er lagt en plan for opdatering af alle journaler samtidig med, at fx døgnrytmeplanen undervejs tilrettes. Der arbejdes med fast gennemgang af tilstande og døgnrytmeplan hver tredje måned.

Medarbejderne kender og følger GDPR-regler, og de giver konkrete eksempler på, hvordan de overholder reglerne, fx at logge ud på pc efter brug. Alle medarbejdere modtager en mail om e-learning vedrørende gældende GDPR-regler.

2.6.2 Sundhedsfaglig dokumentation SUL

Score: 2

Vurdering:

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

Gennemgang af dokumentation

Dokumentationen har flere og væsentlige mangler. Dokumentationen fremstår i lav grad opdateret og fyldestgørende.

På alle borgere er der udarbejdet helbredstilstande, dog mangler der opdatering af helbredstilstande i en journal, og i en anden journal mangler der oprettelse af flere helbredstilstande. Der er indsatser, indsatsmål og handlingsanvisninger, mens der i fem journaler mangler en eller flere indsatsmål og handlingsanvisninger.

I alle journaler ses der dokumentation fra behandlingsansvarlig læge, fraset i en journal. I fire journaler er der dokumentation for samtykke, men dette mangler i to journaler.

Der ses delvis løbende opfølgning og evaluering. I to tilfælde ses der manglende sammenhæng mellem beskrivelser i helbredstilstande og beskrivelser i døgnrytmeplan, fx vejrtrækning og ernæring. Journalens delområder er kun delvist indbyrdes relaterede.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør fagligt for, hvordan de arbejder med dokumentationen, så den kan understøtte kvaliteten i daglig praksis. Der er igangsat en proces, hvor sygeplejersker og assistenter mødes, og hvor de i fællesskab gennemgår og opdaterer borgernes

journaler. Alle medarbejdere vil fremadrettet være ansvarlige for udfyldelse og opdatering.

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

Borgerne er meget tilfredse med omfanget og med kvaliteten af hjælpen, og borgerne oplever, at de får hjælp til det, de har brug for, fx siger en borger, at der aldrig bliver sagt nej, når man beder om noget.

Borgerne er på hver deres måde aktive i det daglige, og de giver udtryk for, at de vil klare så meget som muligt selv. En borger fortæller, at borgeren i en periode med et langvarigt sygdomsforløb fik fuld hjælp, men over tid er borgeren igen blevet selvhjulpent, og borgeren får nu kun tryghedsbesøg. En anden borger føler sig ikke syg, men borgeren er tilfreds med støtten til struktur i det daglige. En borger tilkendegiver, at kvaliteten af hjælpen til nedre toilette ikke altid er lige god. Fælles for borgerne er, at de oplever, at det overvejende er faste medarbejdere, der kommer hos dem. En borger fremhæver, at det er faste medarbejdere, der kommer hos borgeren, og at medarbejderne kommer til aftalt tid, og borgeren udtrykker at være heldig. En anden borger fremhæver, at der altid kommer hjælp, når borgeren bruger nødkald. Borgerne er generelt tilfredse med rengøringen, fraset en enkelt borger, som tilkendegiver, at den metode og måde, der bliver gjort rent på, ikke kan kaldes rengøring.

Under interview med pårørende fremgår det, at en pårørende er meget tilfreds med de faste medarbejdere, men pårørende er mindre tilfreds, når det er afløserne, som løser opgaverne, da afløserne ikke altid har tilstrækkeligt kendskab til borgeren.

Tilsynet er efterfølgende oplyst, at problemstillingen hos borgeren, der ikke er tilfreds med kvaliteten af nedre toilette er kendt og at der løbende er dialog med borgeren omkring dette. Sygeplejersken vil følge op med borger.

Observation

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

Interview medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for pleje og omsorg til borgerne. De har målrettet fokus på en sundhedsfremmende, rehabiliterende og forebyggende tilgang, herunder pædagogiske indsatser til borgere med kognitive og psykiske udfordringer. Medarbejderne mødes til fælles morgenbriefing i hver afdeling, hvor de også læser i dokumentationen, planlægger opgaver og fordeler borgerne. Medarbejderne anvender en fysisk kalender til diverse borgeraftaler, og de arbejder på at få mere struktur på opgaven og få lagt alle aftaler ind som en opgave i Nexus. Dagens opgaver ses på kørelisten på deres telefoner. Til at sikre kontinuiteten har alle borgere tre ansvarlige kontaktpersoner, to i dagvagt og en i aftenvagt. Medarbejderne samarbejder løbende på tværs af afdelinger, og de har fast opfølgning og borgerdrøftelse på formiddagsmøde, hvor de iværksætter indsatser. Medarbejderne samarbejder ligeledes med centrets plejehjems-læge.

Medarbejderne redegør for, at der tages afsæt i personcentreret omsorg til borgere med kognitive udfordringer samt anvendelse af pædagogiske indsatser. Mange af borgerne har behov for hjælp til at strukturere deres hverdag, og til at visualisere dette

anvendes der fx laminerede hjælpekemaer. Der afholdes borgerkonferencer med borgergennemgang og med deltagelse af alle vagter.

Medarbejderne redegør for den rehabiliterende tilgang, og de har fokus på, at borgerne skal bevare evnen til at kunne klare så meget som muligt selv. Medarbejderne motiverer og støtter borgerne, og de samarbejder med terapeuter, når en borger har et træningspotentiale.

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

Data beror på, at tre borgere er på døgnforplejning på det ene center, og tre borgere i det andet center står selv for forplejningen. De tre borgere er alle meget tilfredse med mad og måltider, og de oplever, at maden er god og varieret. De vælger selv, hvor de indtager maden, og en borger spiser alle måltider i fællesskabet, og de to andre nyder morgenmaden i egen bolig.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, hvordan de arbejder med at skabe gode måltider for borgerne, blandt andet ved at planlægge opgaverne på forhånd og at motivere borgerne på Møllebo til at deltage i fællesskabet. Medarbejderne er med til at sikre ro under måltidet og med at styrke det sociale fællesskab ved at holde en samtale i gang. Borgeren på Pedersvej spiser i egen bolig, og borgerne står selv for indkøb.

Der udarbejdes kostplan til alle borgere, hvor de tager hensyn til borgernes ønsker og vaner. Borgerne vejes ved indflytning med fast opfølgning hver måned, eller hyppigere ved utilsigtet væggtab. Medarbejderne oplyser, at de samarbejder med de ernæringsansvarlige på centret omkring borgere med ernæringsmæssige problemstillinger, og medarbejderne oplever, at de får god vejledning og undervisning ved behov.

Et aktivt miljø

Interview med borgere

Fælles for alle borgerne er, at de er meget tilfredse med de tilbudte aktiviteter. Borgerne oplever en god stemning og et aktivt miljø, og de har en meningsfuld hverdag. Borgerne deltager i aktiviteter, fx er der en borger, der tager imod alle aktiviteter, for ellers er dagene for lange. Flere af borgerne er optagede af egne aktiviteter - en borger har stadigvæk sin kolonihave, og borgeren går til alle aktiviteter i centrets aktivitetsafdeling. En anden borger ser frem til ferierejse med ægtefælle, hvor andre er mere optagede af små aktiviteter i boligen.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, hvordan der arbejdes med afsæt i borgernes ønsker i forhold til aktiviteter, hvor blandt andet en aktivitetsmedarbejder planlægger og afvikler aktiviteter. Aktivitetsmedarbejderen kommer ligeledes rundt og tilbyder borgerne klippekortsaktiviteter i de enkelte afdelinger. Når der er mulighed for det, tilbyder medarbejderne borgerne en-til-en kontakt. Medarbejderne udtrykker, at de i højere grad savner muligheder for at kunne tilbyde spontane aktiviteter, men at de arbejder med at styrke planlægning og indarbejde faste arbejdsrutiner i hverdagen for at skabe rum til flere aktiviteter.

2.6.5 Kommunikation og adfærd

Score: 4

Vurdering:

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

Interview med borgere

Borgerne er generelt meget tilfredse med medarbejderne, og de oplever omgangstone og adfærd som anerkendende og respektfuld. **Dog giver en borger udtryk for, at enkelte af medarbejderne taler ned til borgeren.** Borgerne tilkendegiver alle, at der er respekt for deres privatliv og personlige grænser. Flere af borgerne giver udtryk for, at de har en særlig god kontakt til deres faste hjælpere. Der er en borger, som giver udtryk for usikkerhed omkring spilleregler omkring kommunikationsveje, hvilket gør, at borger ikke ved, hvem borgeren skal henvende sig til.

Tilsynet er efterfølgende oplyst, at sygeplejersken er borgeren behjælpelig med kommunikation til borgerens samarbejdspartnere. Sygeplejersken vil følge op med borgeren.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, at de møder borgerne ligeværdigt, og at de er meget opmærksomme på at udvise en individuel kommunikation på borgernes præmisser. Kendskabet til borgerne har stor betydning for den jargon, der anvendes. Medarbejderne anvender ofte indbyrdes ironi og sort humor, men de har samtidig stor respekt for at holde den gode tone.

Medarbejderne oplever, at der er et tillidsfuldt samarbejde i gruppen og en god feedbackkultur, hvor de kan korrigere hinanden og give konstruktiv feedback.

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

Borgerne er meget tilfredse med at bo i de respektive afdelinger, og de oplever, at de kan leve et liv på egne præmisser, trods de begrænsninger, de hver især har. Borgerne oplever at have indflydelse på hverdagen og eget liv, fx pleje og omsorg, aktiviteter og dagligdag, og en borger fremhæver, at borgeren bliver spurgt, og at medarbejderne siger, at det er dig, der bor her, og det er dig, der bestemmer.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, at borgerne har medbestemmelse og indflydelse på deres hverdag. Medarbejderne redegør for, at de gennem fleksibilitet understøtter borgerne i at opnå mest mulig med- og selvbestemmelse, fx ved at rykke en badedag, og de spørger dagligt ind til borgernes ønsker, og de taler med borgerne om tingene. Centret afholder indflytningssamtale, og de arbejder med livshistorien for at styrke kendskabet til borgerne, og vaner og ønsker dokumenteres i døgnrytmeplanen.

Medarbejderne taler med borgerne om den sidste tid, som nævnes ved indflytningssamtalen, og som følges op, når borgerne er parate til det. Medarbejderne fortæller samtidigt, at de i samarbejde med egen læge vil styrke deres fokus vedrørende HLR og livets afslutning.

2.6.7 Kompetencer og udvikling

Score: 5

Vurdering:

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

Interview med leder

Leder redegør for, at medarbejdersammensætningen består af to sygeplejersker, social- og sundhedsmedarbejdere samt to ernæringsfaglige medarbejdere. Der er faglærte i alle stillinger, og der er tilknyttet faste timelønnede afløsere. Leder vurderer, at medarbejderne har relevante faglige kompetencer og erfaring med målgruppen.

Centret er under opstart med anvendelse af de nye kompetenceprofiler, og der er opstartet kompetenceafklaring i mindre grupper, som planlagt.

Centret har ressourcepersoner på flere områder, fx hygiejneambassadør og ernæring, og der er uddannet mødefacilitatorer, som anvendes, når der afholdes borgerkonferencer.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, at der er gode muligheder for faglig sparring og løbende kompetenceudvikling, hvor de blandt andet nævner træning og behandling sammen med fysioterapeuten for yderligere at understøtte borgernes træning. Medarbejderne udtrykker ligeledes gode muligheder for faglig sparring og drøftelser på de faste møder, fx assistent- og sygeplejerskemøder samt muligheden for undervisning fra specialistsygeplejersker.

Der er igangsat kompetenceafklaring ud fra de nye kompetenceprofiler.

Medarbejderne redegør for deres kendskab til instrukser og retningslinjer, som de har adgang til på DOKKEN og i VAR.

2.6.8 Medicinhåndtering og administration

Score: 3

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

Tilsynet har gennemgået seks borgeres medicin.

Medicinalgennemgang

Medicinen opbevares i egen bolig, og der anvendes farvede poser til adskillelse af medicin.

Dokumentation

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

I gennemgangen foretages der en kontrol efter gældende kvalitetsstandarder, samt om medicinskema efterlever Styrelsen for Patientsikkerheds retningslinjer.

- Medicinlisten tilgås elektronisk, og den er opdateret.

- På fire borgere er der udarbejdet helbredstilstande og relevante handlingsanvisninger på medicindispensering og medicinadministration, men dette mangler på to borgere. Der mangler ligeledes handlingsanvisning på øjendråber.
- I fem journaler er der helbredstilstande, svarende til aktuel medicinsk behandling, men dette mangler i en journal.

Risikosituationslægemidler

- I relevante tilfælde ses der implementering af ny instruks for håndtering af risikomedicin.

Opbevaring

- I alle boliger er medicinen opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.
- Uge- og dagsdoseringsæsker er generelt mærket med navn og CPR-nummer, fra-set hos en borger.
- I to borgeres beholdninger opbevares der et eller flere præparater, som ikke fremgår af borgerens medicinliste.
- I to tilfælde er der dispenseret en ekstra dagsdoseringsæske, hvor der ikke er mærket med dato for dispensering.
- Der er angivet anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv. med begrænset holdbarhed efter åbning
- Holdbarhedsdatoen er ikke overskredet på medicinske salver, dråber mv.

Dispensering af medicin

- Der er dispenseret korrekt medicin i doseringsæskerne.
- Medicinen er opbevaret efter gældende regler (køleskab, aktuelt og ikke aktuelt adskilt).

Administration af medicin og ikke dispenserbare præparater

- Medicinen er uddelt til tiden
- I tre tilfælde er der ikke kvitteret for, at medicinen er uddelt.

Pn medicin

- Der er medicinskema på ordineret pn medicin hos relevante borgere.
- 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 de nye medicininstrukser er implementeret, hvor blandt andet leder fra kvalitetsrådet har deltaget med undervisning og sparring. Alle nye medarbejdere introduceres til instrukser og retningslinjer, og det ligger fast i introduktionsprogrammet, at disse skal gennemgås.

Interview med borgere

Alle borgerne er trygge med hjælpen til deres medicin, og alle borgerne udtrykker, at de får medicinen til tiden. En borger, som har fået hjælp til medicin i flere år, nævner, at medarbejderne tæller og tæller, så det er nok godt nok, og en anden borger er helt tryk ved at lade eksperterne råde.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for gældende medicininstruks, og de beskriver, hvordan der foretages overdragelse af en opgave. Medicinen opbevares forsvarligt i borgernes boliger i æsker med borgerens navn og CPR-nummer. Medarbejderne redegør for gældende retningslinjer for medicindosering, hvor de ved opstart sikrer, at der er overensstemmelse mellem FMK og medicinliste. Medarbejderne anvender dispenseringsbord, og der arbejdes aktuelt på at skabe et særskilt rum til dispensering. Medarbejderne foretager afslutningsvis egenkontrol.

Medarbejderne kender til risikosituationslægemidler, og de giver eksempler på disse, og de redegør for ansvar og kompetencer, fx hvilke præparater som kun må dispenseres af sygeplejersker. Medarbejderne redegør for, hvordan de sikrer, at borgerne får den rette medicin ved at sammenholde medicinlisten med tabletter i æsker, og at de kvitterer for udlevering.

2.6.9 Pårørendesamarbejde

Score: 4

Vurdering:

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

Interview med leder

Leder redegør for, at der afholdes indflytningssamtale med forventningsafstemning, og anvendelse af omsorgshjulet sikrer, at de kommer omkring relevante emner. De er blevet opmærksomme på at få nedskrevet indgåede aftaler, og som opfølgning tilbydes alle borgere og deres pårørende en opfølgende samtale. Sygeplejersken arbejder opsøgende i samarbejdet, og de pårørende opfordres til at henvende sig, og der laves konkrete aftaler efter behov. Centrets målgruppe er borgere, som ofte har kognitive og psykiske udfordringer, og en stor andel af borgerne har sparsom eller ingen kontakt med deres pårørende. Når der er pårørende, arbejder centret målrettet med at få et godt samarbejde, og kommer der en henvendelse, er de opsøgende, og de giver de pårørende tilbagemeldinger.

Der har tidligere været etableret Bruger- og pårønderåd, men i øjeblikket har de en gruppe af frivillige, Møllebo's venner, som bidrager og hjælper med aktiviteter.

Pårørendeinterview

De pårørende er generelt meget tilfredse med samarbejdet omkring deres nære. En pårørende er meget glad for, at borgeren er kommet på dette center, hvilket blandt andet skyldes de faste og meget søde medarbejdere. Samme pårørende udtrykker samtidigt, at borgeren ikke altid får den nødvendige hjælp, når det er afløser, som skal hjælpe borgeren.

Alle pårørende oplever, at det generelt fungerer fint med, at aftaler overholdes, og at der er et tilpas informationsniveau. To pårørende oplever, at når der har været noget, er der talt om det, og der handles herpå. Dog udtrykker en pårørende et kritikpunkt i forhold til praktiske opgaver samt borgerens manglende aktivitetsniveau. Den pårørende har talt med ledelse og sygeplejerske, men pårørende oplever ikke, at alle problemstillinger er imødekommet.

Alle pårørende oplever, at medarbejderne er imødekommende, når de kommer på centret, og en pårørende nævner, at der bydes på kaffe.

Vedrørende den pårørende, som har kritikpunkter, er dette efterfølgende drøftet med ledelsen og sygeplejersken, som oplyser, at der har været afholdt flere møder med den

pårørende, og at borgerens situation i sin helhed er meget kompleks. Leder vil følge op og kontakte den pårørende.

Tilsynet er efterfølgende oplyst vedrørende ovenstående borger, hvor den pårørende oplever, at borgeren ikke altid får den nødvendige hjælp, at det er en kendt problemstilling, og at borgeren ofte selv frasiger sig hjælpen, når det er afløsere, som kommer.

3. Vurderingsskema

I tilsynene i Køge Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

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

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 1	<p>Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none">• Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes• Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne• Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind• Tilsynet har en eller flere anbefalinger. <p>Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.</p>

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.

