



# Tilsynsrapport Kalundborg Kommune

Sundhed og Myndighed  
Plejhjem Rørmosecentret

Uanmeldt tilsyn  
September 2022

## 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 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: 2810 5680  
Mail: bsq@bdo.dk  
Partneransvarlig



Else Marie Seehusen  
Manager  
Mobil: 4189 0179  
Mail: ems@bdo.dk  
Projektansvarlig

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



# 1. GENERELLE OPLYSNINGER

Oplysninger om plejehjemmet og tilsynet
Navn og adresse: Plejehjem Rørmosecentret, Rørmosevej 2, 4281 Gørlev
Leder: Ruth Thorgaard Jensen og Lone Nunes
Antal boliger: 49 faste plejeboliger
Målgruppe: Tilsynet vedrører indsatser efter Serviceloven (SEL) samt medicingennemgang efter Sundhedsloven (SUL).
Dato for tilsynsbesøg: Den 12. september 2022
Tilsynet er indledt og tilrettelagt med: En afdelingsleder og en centersygeplejerske.  Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: <ul style="list-style-type: none"><li>• Interview med plejehjemmets leder og en centersygeplejerske</li><li>• Tilsynsbesøg hos tre borgere</li><li>• Gruppeinterview med tre medarbejdere</li><li>• Gennemgang af dokumentationen for tre borgere</li><li>• Gennemgang af medicin hos tre borgere.</li><li>• Telefoninterview med to pårørende</li></ul> Tilsynet havde endvidere dialog med medarbejdere og borgere på fællesarealerne undervejs gennem tilsynet.  Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen og en centersygeplejerske om tilsynsforløbet.
Tilsynsførende: Senior Manager Margit Kure, sygeplejerske, MH

## 2. UANMELDT TILSYN

### 2.1 OVERORDNET VURDERING

BDO har på vegne af Kalundborg Kommune foretaget et uanmeldt tilsyn på Plejehjem Rørmosencentret. 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 Rørmosencentret er et velfungerende center, som har engagerede medarbejdere og ledelse, som medvirker til trivsel for borgerne. Vurderingen er, at plejehjemmet lever op til Kalundborg Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau, men at der er mangler i journalføringen, som vil kunne afhjælpes med en mindre indsats.

Tilsynet vurderer, at de sundhedsfaglige ydelser, som borgerne modtager på plejehjemmet, generelt leveres med høj faglig kvalitet, herunder at der er fokus på en sundhedsfremmende og hverdagsrehabiliterende indsats, dog er der fundet en række mangler ved medicineftersynet.

Tilsynets vurdering er, at der i høj grad er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at hverdagslivet på stedet tilrettelægges på borgernes præmisser og i et samarbejde med pårørende.

Borgerne er meget tilfredse med de tilbudte aktiviteter, og de er ligeledes meget tilfredse med mad og måltider. Medarbejderne kan på relevant vis reflektere over, hvordan de arbejder med kerneydelsen og med en socialpædagogisk tilgang til borgere med demens.

Det vurderes, at plejehjemmet har et velorganiseret samarbejde med de pårørende, og de pårørende finder inddragelsen og samarbejdet/kommunikationen med plejehjemmet meget tilfredsstillende.

Ledelsen redegør for, hvordan der er fulgt op på anbefalinger på sidste års tilsyn, samt at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx den fortsatte udvikling af indsatsen til borgere med demens.

### 2.2 TILSYNETS BEMÆRKNINGER OG ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger i forhold til den fremadrettede udvikling på plejehjemmet:

<b>Bemærkninger</b>	<b>Anbefalinger</b>
<p><u>Dokumentation SEL</u></p> <p>Tilsynet bemærker, at der er flere mangler i opfyldelsen vedr. dokumentationspraksis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At de generelle oplysninger kun er delvist udfoldet hos en borger.</li> <li>• At helbredsoplysninger i et tilfælde mangler opdatering.</li> <li>• At funktionsevnetilstande i et tilfælde ikke er opdaterede.</li> <li>• At der i et tilfælde mangler dokumentation for systematisk vejning.</li> </ul> <p>Tilsynet bemærker, at medarbejderne udtrykker et behov for øget opmærksomhed på at dokumentere afvigelser hos borgere, som fraviger fra retningslinjer for opfølgning på ernæring.</p>	<p>Tilsynet anbefaler ledelsen et fortsat fokus på dokumentationspraksis, så de generelle oplysninger, helbredsoplysninger og funktionstilstande er fyldestgørende og opdaterede samt at sikre dokumentation for borgernes vægt.</p> <p>Tilsynet anbefaler, at ledelsen i samarbejde med medarbejderne drøfter arbejdsgange, som sikrer dokumentation for afvigelser.</p>

<p><u>Medicineftersyn</u></p> <p>Tilsynet bemærker, at der i forhold til medicin er fundet følgende mangler</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I et tilfælde mangler der CPR-nummer på en ugeæske og i et tilfælde på en dagsæske.</li> <li>• I alle tilfælde er medicinen ikke korrekt adskilt i forhold til aktuel medicin, aktuel ikke anbrudt medicin, pn medicin samt pauseret og seponeret medicin.</li> <li>• I et tilfælde mangler der borgers navn på to håndkøbspræparater.</li> <li>• I et tilfælde mangler der anbrudsdato på medicinsk salve.</li> <li>• I et tilfælde mangler der udløbsdato på pn medicin i poser.</li> </ul>	<p>Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at retningslinjer for medicinbehandling efterleves.</p>
--	--

## 2.3 AKTUELLE VILKÅR OG OPFØLGNING

### 2.3.1 Aktuelle vilkår

Den daglige ledelse på plejehjemmet varetages af to afdelingsledere, understøttet af centersygeplejersken. Ledelsen oplever rekrutteringsvanskeligheder, særligt i forhold til social- og sundhedsassistenter i aftenvagten. Social- og sundhedsassistenter arbejder på tværs af afdelingerne, og der er indført en times overlap ved vagtskifte for at give assistenterne mulighed for drøftelser om borgerne, men også nye udviklingstiltag, fx i Nexus. Leder oplyser, at alle stillinger er besatte.

Plejehjemmet har løbende fokus på dokumentationen. Superbrugerne i læringsteamet underviser løbende og støtter med sidemandsoplæring efter behov. Aktuelt afvikles der undervisning i det nye Nexus, som er under implementering. Der foretages opfølgning i dokumentationen en gang årligt i forbindelse med den årlige lægegennemgang, men derudover arbejdes der ikke med audit på dokumentation.

Der arbejdes ikke ud fra en fast tilgang til borgere med demens. Medarbejderne arbejder med afsæt i pædagogiske principper med fokus på borgernes indflydelse og medbestemmelse, og hvert andet år afholdes der demenskursus for alle faggrupper for at sikre de faglige kompetencer. Der er tilknyttet demenskoordinator til området, som inddrages efter behov.

Leder oplyser, at plejehjemmet er godkendt til at blive demenslandsby, og det skal udvides med 24 plejeboliger. På denne baggrund vil flere af de nuværende funktioner (hjemmeplejekontorer mm.) på plejehjemmet fraflytte. Dette skal frigøre lokaler til formålet, og der er ligeledes planlagt implementering af Tom Kitwoods teorier og blomstringsmodellen.

Leder oplyser, at der ikke har været skriftlige klager det seneste år, og at der er fast arbejdsgang for, hvordan klager håndteres.

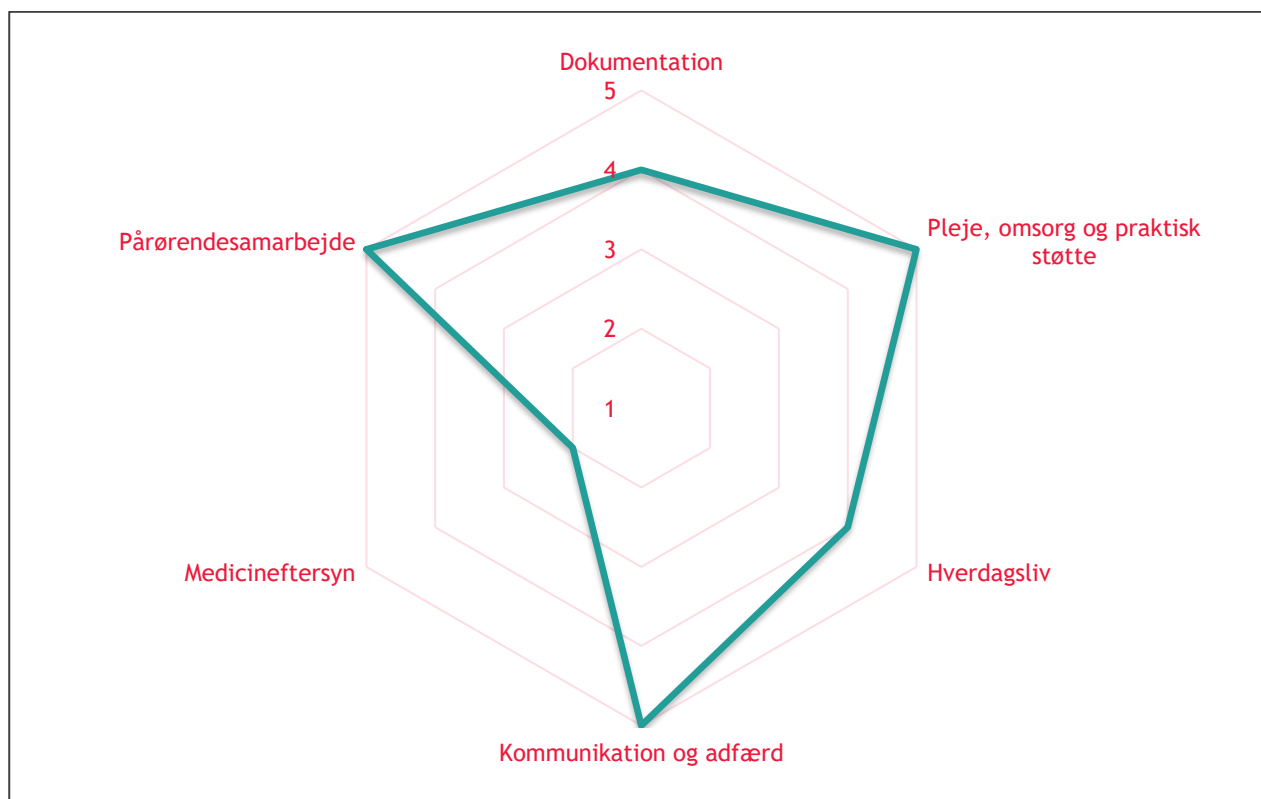
### 2.3.2 Opfølgning på sidste tilsyn

Ledelsen redegør for relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx i forhold til fortsat udvikling af indsatsen for borgere med demens.

## 2.4 SCORE

For hvert overordnet tema, der undersøges i tilsynet, opnår plejehjemmet en score fra 1 til 5, hvor 5 er den bedste. En grafisk figur indikerer, i hvor høj grad tilbuddet opfylder indikatorerne for hvert tema. Jo flere høje scorere, tilbuddet opnår, jo større bliver figuren, og dermed kvaliteten.

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



## 2.5 VURDERING I FORHOLD TIL TEMAER

### 2.5.1 Dokumentation

<b>Tema 1:</b> <b>Dokumentation</b>  Score: 4	<p>Tilsynet vurderer, at plejehjemmet i høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Gennemgang af dokumentation</u></p> <p>Dokumentationen fremstår med en god og professionel standard med få mangler. På alle borgere er der generelle oplysninger med ressourcer, mestring og motivation, fraset hos en borger, hvor oplysningerne er sparsomt udfyldt. Der er livshistorie på alle borgere. På to borgere er der udfyldt helbredsoplysninger, som på en borger er delvist udfyldt. Der er tilstande, som mangler enkelte opdateringer, og generelt mangler der indsatsmål og borgers forventninger og mål. Der er udfyldt døgnrytmeplan med handlevejledende beskrivelser af borgernes behov for pleje og omsorg, og som tager udgangspunkt i borgerens helhedssituation og ressourcer. Der er lagt vægt på at beskrive borgernes kognitive udfordringer, og hvorledes der støttes op om disse samt særlige opmærksomhedspunkter. Der ses relevante målinger, dog mangler der i et tilfælde dokumentation for systematisk vægt. Der er dokumentation for borgernes stillingtagen til den sidste tid, og borgerne er triagerede.</p> <p>Tilsynet er efterfølgende oplyst, at indsatsmål bliver indarbejdet, når ny version af Nexus implementeres.</p>
--	--

## 2.5.2 Pleje, omsorg og praktisk støtte

<p><b>Tema 2:</b> <b>Pleje, omsorg og praktisk støtte</b></p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejehjemmet i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Interview med borgere</u></p> <p>Borgerne er meget tilfredse med hjælpen. Borgerne modtager relevante pleje- og omsorgsydelser, som svarer til deres behov, og en borger tilkendegiver samtidig en stor tilfredsstillelse ved fortsat selv at kunne varetage den daglige pleje og toiletbesøg. Borgerne oplever, at det generelt er de samme medarbejdere, som hjælper dem i hverdagen, og en borger udtrykker, at når der kommer afløser, så ved de altid, hvad borgeren har brug for hjælp til. En anden borger tilkendegiver, at når der kommer nye medarbejdere, bliver de altid først præsenteret for borgeren. Alle borgerne udtrykker, at medarbejderne er søde og hjælpsomme, og alle borgerne er trygge ved hjælpen, fx overholdes faste aftaler altid.</p> <p><u>Observation</u></p> <p>Borgerne fremstår alle velsoignerede, og der er en hygiejnemæssig forsvarlig standard i boligerne, og hjælpemidler er rengjorte.</p> <p><u>Interview med medarbejdere</u></p> <p>Medarbejderne kan redegøre for pleje og omsorg til borgerne, og de har fokus på pædagogiske indsatser til borgere med demens og den rehabiliterende samt sundhedsfremmende og forebyggende tilgang.</p> <p>Medarbejderne læser dokumentationen ved indmøde, og de orienterer sig i kalender med aftaler og i kørelisten med SUL opgaver. Dagens opgaver fordeles ud fra kompetencebehov og relationer. Pleje- og omsorg tager afsæt i borgernes individuelle behov og habitus på dagen, og medarbejderne arbejder ud fra kendskabet til den enkelte borger og dennes livshistorie. Medarbejderne tager afsæt i en socialpædagogisk og neuropædagogisk tilgang, og de giver konkrete eksempler på anvendelse i hverdagen.</p> <p>Medarbejderne har løbende sparring om borgerne i hverdagen. Ved borgere med særlige behov og udfordringer planlægges der plejeklinik med borgerdrøftelser. Ved disse møder deltager relevante medarbejdere, centersygeplejerske og demenskonsulent.</p> <p>Der arbejdes med daglig triagering med deltagelse af centersygeplejerske. Tovholderfunktionen går på skift, og en gang månedligt er der gennemgang af alle borgere.</p> <p>Den rehabiliterende indsats er integreret i de daglige opgaver, hvor medarbejderne motiverer og guider borgerne til at være aktive i opgaveløsningen. Medarbejderne gør brug af spejling, og de har ligeledes opmærksomhed på at prioritere borgernes ressourcer og kompensere ved behov.</p>
---	---

### 2.5.3 Hverdagsliv

<p><b>Tema 3:</b> Hverdagsliv</p> <p>Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejehjemmet i høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><b>Aktiviteter</b> <u>Interview med borgere</u></p> <p>Borgerne er meget tilfredse med at bo på plejehjemmet. Alle borgere oplever, at de har en god og indholdsrig hverdag, og en borger udtrykker, at det er et rigtigt godt sted at være.</p> <p>En borger, som ofte sidder ude i fællesrummet, fortæller, at der er rigtigt hyggeligt at sidde der. Borgeren oplever en god stemning, og borgeren taler også indimellem med nogle af de øvrige borgere. Borgerne oplever en meningsfuld hverdag. En borger deltager i en række aktiviteter, og anden borger deltager også, men borgeren husker dog ikke lige i hvilke. En borger sætter stor pris på at deltage i mere praktiske opgaver, som fx oprydning og at lægge viskestykker sammen, og borgeren får derudover tiden til at gå med at skrive dagbog og strikke.</p> <p><b>Mad og måltid</b> <u>Interview med borgere</u></p> <p>Borgerne er alle enige om, at maden er god, og alle borgerne er meget tilfredse med maden og dens kvalitet. Borgerne har selv indflydelse på, hvor de indtager maden, men alle borgerne vælger at sidde i den fælles spisestue, hvor de kan hygge sig sammen med andre borgere.</p> <p><u>Interview med medarbejdere</u></p> <p>Medarbejderne redegør reflekteret for, hvordan de tager relevant hensyn til borgernes differentierede behov for ernæring. Borgerne vejes fast en gang månedligt - og med hyppigere opfølgning ved væggtab. Ved væggtab foretages der afdækning af borgerens problemstilling, og der bliver udarbejdet aftaler for et forløb. Kommunens diætist inddrages ved behov, og ved mistanke om dysfagi samarbejdes der med kommunens ergoterapeut. Medarbejderne tilkendegiver, at der indimellem er borgere, som af forskellige årsager ikke altid vejes, jf. retningslinjerne, og de erkender, at de kan blive bedre til at få dette dokumenteret.</p> <p>Der arbejdes ikke med ernæringscreening, men medarbejderne reflekterer sammen omkring formål og relevans, og de vil drøfte dette med ledelsen.</p>
---	---

### 2.5.4 Kommunikation og adfærd

<p><b>Tema 4:</b> Kommunikation og adfærd</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejehjemmet i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Interview med borgere</u></p> <p>Borgerne oplever en særdeles anerkendende og respektfuld omgangstone blandt medarbejderne. Alle borgere oplever, at medarbejderne er søde og venlige, og at de udviser respekt for borgernes personlige grænser. En borger sætter stor pris på medarbejdernes hjælpsomhed, og alle borgerne udtrykker stor tillid til medarbejderne i hverdagen.</p>
---	--



	<p><u>Interview med medarbejdere</u></p> <p>Medarbejderne redegør fagligt reflekteret for, at de vægter anerkendelse og respekten for den enkelte i den verbale og nonverbale kommunikation. Medarbejderne vægter at signalere ro og at lytte og udvise forståelse og også at være observerende og at spørge ind til, hvis en borger fx er trist. Medarbejderne sætter sig ofte ned sammen med en borger for at være nærværende, hvilket er tryghedsskabende for borgerne.</p> <p>Medarbejderne er opmærksomme på, at de indbyrdes har en god kommunikation. De kan sige fra på en borger og bytte indbyrdes, og de taler med hinanden om uhensigtsmæssig kommunikation.</p> <p><u>Observation</u></p> <p>Ved observation og under interview med medarbejderne omtales borgerne anerkendende og respektfuldt.</p>
--	---

### 2.5.5 Medicineftersyn

<p><b>Tema 5:</b> <b>Medicineftersyn</b></p> <p>Score: 2</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejehjemmet i lav grad lever op til indikatorerne</p> <p><u>Medicinalgennemgang</u></p> <p><b>Opbevaring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Borgernes medicin opbevares forsvarligt og utilgængeligt for andre i aflåst skab i aflåste bokse i boligen.</li> <li>• Alle doseringsæsker, ugeæsker og beholdere er mærket med navn og CPR-nummer, fraset en enkel dagsæske og en ugeæske. Der ses enkelte håndkøbspræparater, der ikke ses mærket med navn.</li> <li>• I alle tilfælde ses der ikke korrekt adskillelse af aktuel medicin, aktuel ikke anbrudt medicin, pn medicin samt pauseret og seponeret medicin.</li> <li>• I et tilfælde ses der manglende anbrudsdato på medicinsk salve med begrænset holdbarhed.</li> </ul> <p><b>Medicinhåndtering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der ses overensstemmelse mellem medicinliste og dispenseret medicin.</li> <li>• Medicin er korrekt udleveret, og der ses tidstro kvittering i omsorgssystemet.</li> <li>• Hos en borger er der dispenseret pn medicin i poser. På begge poser ses der manglende udløbsdato.</li> </ul>
--	---

### 2.5.6 Pårørendesamarbejde

<p><b>Tema 5:</b> <b>Pårørendesamarbejde</b></p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejehjemmet i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p><u>Interview med leder</u></p> <p>Ledelsen redegør for samarbejdet med de pårørende med kontakt forud for indflytning, indflytningssamtale med deltagelse af kontaktpersoner samt fast opfølgning og status en gang årligt. Der afholdes pårørendeaften to gange årligt,</p>
--	--

	<p>hvor ledelsen orienterer og giver en status, og hvor der er fælles drøftelser af udviklingstiltag. Efterfølgende inviteres de pårørende til at spise med ude i de enkelte huse for at give de pårørende mulighed for at tale sammen. Der er løbende samarbejde og drøftelser med de pårørende, og hvis der er spørgsmål/problemer, løses de sammen.</p> <p><u>Interview med pårørende</u></p> <p>Begge pårørende er meget tilfredse med samarbejdet med plejehjemmet, blandt andet siger en pårørende, at pårørende kun har positive oplevelser. En pårørende, som havde behov for at dele sine bekymringer, har kun oplevet lyttende og hjælpsomme medarbejdere. Begge pårørende oplever, at de er velinformerede, og at de bliver kontaktet, hvis der er behov for dette. Begge pårørende oplever, at de er tilpas inddraget omkring deres nære, og begge oplever stor imødekommenhed, og at det er behageligt at komme på plejehjemmet. Begge pårørende understreger, at der altid er roligt, når de kommer, og at de altid ser medarbejdere som sidder og hygger med borgerne.</p>
--	---

## 2.6 VURDERINGSSKEMA

I tilsynene i Kalundborg Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
<b>SCORE: 5</b>	<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>
<b>SCORE: 4</b>	<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>
<b>SCORE: 3</b>	<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 af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul>

<b>SCORE: 2</b>	<b>Indikatorerne er i lav grad opfyldt</b> <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 af elementerne 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>
<b>SCORE: 1</b>	<b>Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt</b> <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 plejecentre, 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.