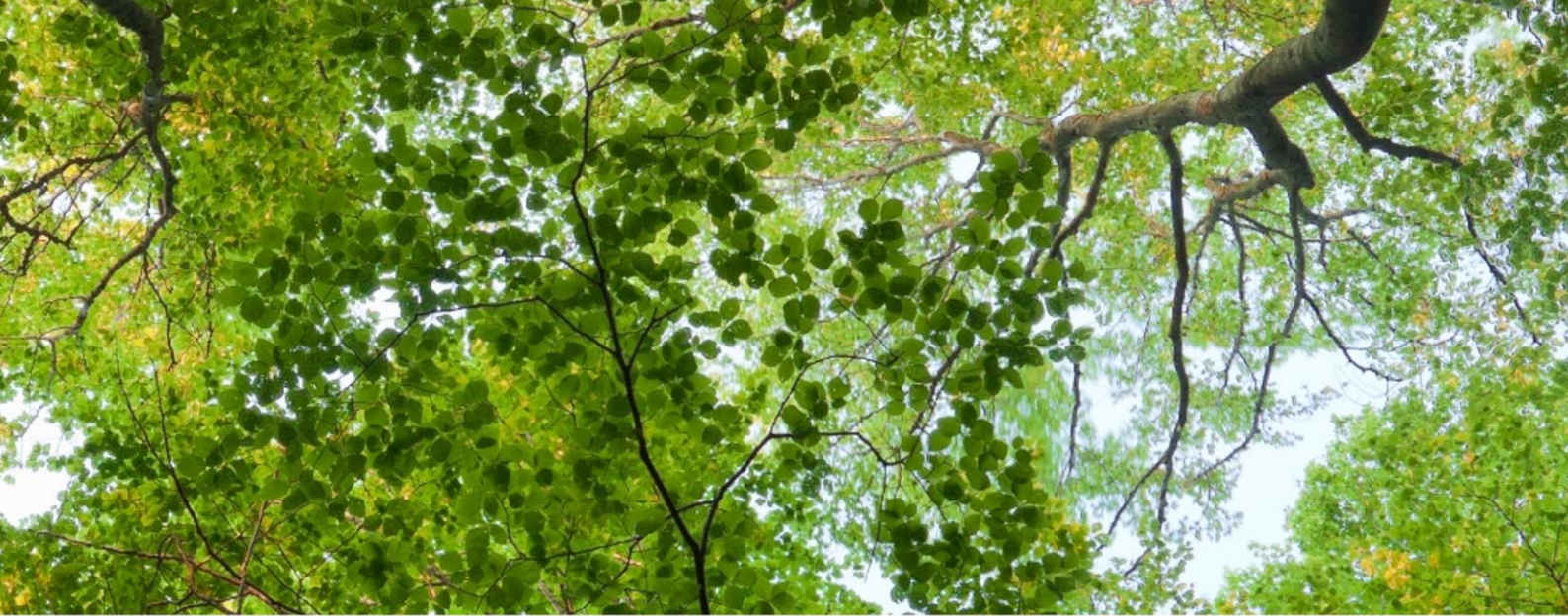




Tilsynsrapport Aalborg Kommune

Senior og Omsorg
Plejehjemmet Solvang

Anmeldt sundhedsfagligt kvalitetstjek
September 2025

Forord

Dette er afrapporteringen af et anmeldt kvalitetstjek, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for en række faktuelle oplysninger om kvalitetstjekket (herunder deltagere og tidspunkt) samt om enheden.

Anden del af rapporten indeholder de data, som BDO har indsamlet ved hhv. interviews og observationer og de individuelle undersøgelser. For hvert tema foretager BDO en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. Vurderingsskala findes sidst i rapporten.

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

På bagsiden findes information om BDO.

Med venlig hilsen



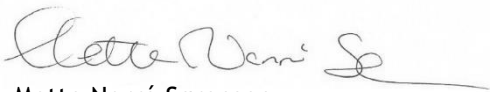
Niels Kristoffersen

Partner

Mobil: 28 99 80 63

Mail: nsk@bdo.dk

Partneransvarlig



Mette Norré Sørensen

Director

Mobil: 41 89 04 75

Mail: meo@bdo.dk

Projektansvarlig

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



1. Oplysninger om enheden

Tabel med oplysninger om enheden

Navn og adresse: Solvang Plejehjemmet, Ellehammersvej 39, 9130 Vadum

Leder: Mille-Sophie Kidde Nielsen

Målgruppebeskrivelse: Borgere visiteret til plejebolig

Antal boliger: 30 boliger

Dato for det sundhedsfaglige kvalitetstjek: Den 26. september 2025, kl. 08.30 - 13.00

I henhold til aftalen mellem BDO og Aalborg Kommune er det sundhedsfaglige kvalitetstjek anmeldt med 7 dages varsel

Deltagere i interviews:

Leder og tre medarbejdere

Tilsynsførende:

Margit kure, sygeplejerske, MHM

1.1 Aktuelle vilkår

Leder redegør for, at plejehjemmet er organiseret med en leder og en assisterende leder. Medarbejdergruppen er opdelt i to teams, som arbejder tæt sammen på tværs af afdelingerne. Medarbejdergruppen består primært af social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter, og der samarbejdes løbende med kommunens hjemmesygeplejersker. Der er aktuelt to ledige stillinger i aftenvagt, som er slået op. Indtil de er besat, dækkes vagterne midlertidigt af nyuddannede elever og timelønnede medarbejdere. Rengøring i borgernes boliger varetages af en medarbejder ansat i flexjob. Med afsæt i den nye Ældrelov, som har fokus på styrkelse af helhedsplejen, søges der aktuelt en terapeut og en sygeplejerske til plejehjemmet. Medarbejdergruppen er stabil, og der har ikke været rekrutteringsmæssige udfordringer. Fraværet er en smule forhøjet i øjeblikket, men vurderes generelt at være på et tilfredsstillende niveau.

Der er ikke modtaget skriftlige klager eller bekymringshenvendelser.

2. Sundhedsfagligt kvalitetstjek

2.1 Overordnet vurdering

BDO har på vegne af Aalborg Kommune foretaget et anmeldt sundhedsfagligt kvalitetstjek på Plejehjemmet Solvang. BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem interviews, observationer og skriftligt materiale. Der er foretaget tre stikprøver.

Det er BDO's overordnede vurdering, at Plejehjemmet Solvang generelt lever op til gældende instrukser og retningslinjer inden for det sundhedsfaglige område. Plejehjemmet fremstår overordnet velfungerende, og både medarbejdere og ledelse bidrager til en fagligt forsvarlig indsats.

Den sundhedsfaglige dokumentation fremstår generelt fyldestgørende og relevant, med enkelte mangler som vil kræve en mindre indsats at udbedre.

Plejehjemmet Solvang efterlever generelt Aalborg Kommunes retningslinjer for medicinhåndtering og medicininstruks, og det vurderes, at der er en tilfredsstillende praksis på området. Der er dog identificeret enkelte mangler vedrørende dokumentationen og medicinhåndtering, som vurderes at kunne udbedres med en ledelsesmæssig særlig opmærksomhed og indsats.

BDO har på baggrund af tilsynet givet anledning til fem anbefalinger, som vedrører temaerne sundhedsfaglig dokumentation, medicinhåndtering, instrukser og retningslinjer og utilsigtet hændelser.

2.2 Bemærkninger og anbefalinger

BDO giver anledning til følgende bemærkninger og anbefalinger i forhold til Plejehjemmets fremadrettede udvikling:

2.2.1 Bemærkninger

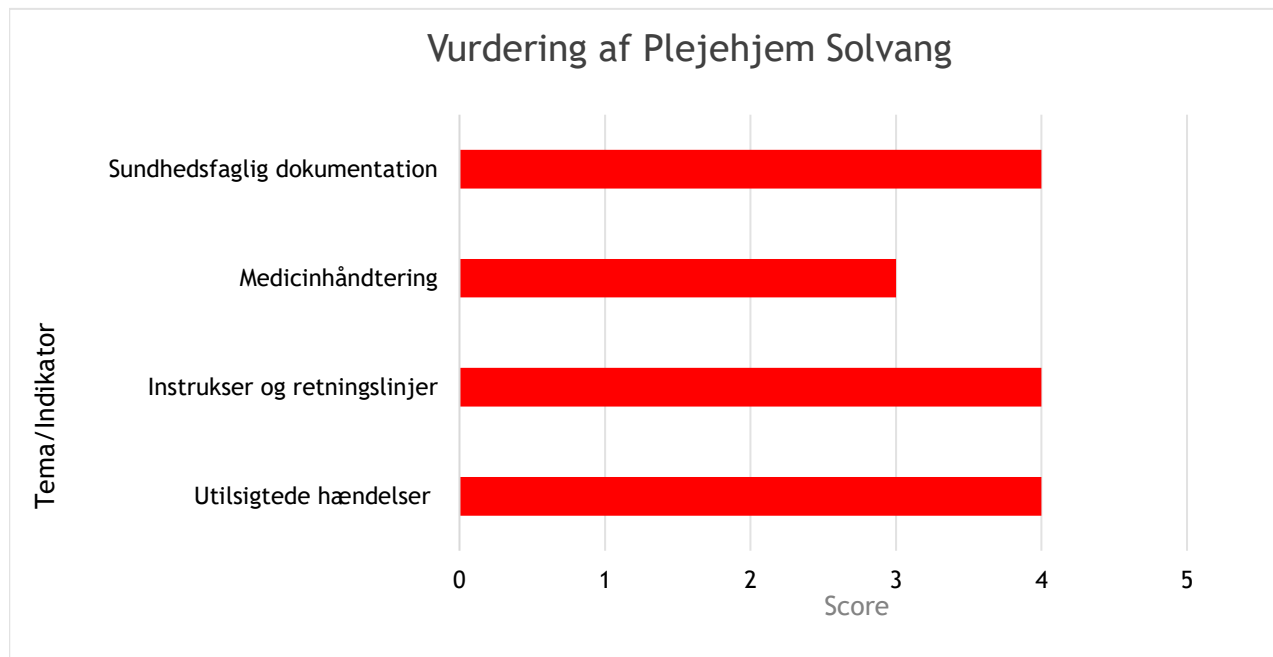
Tilsynet har ingen bemærkninger.

2.2.2 Anbefalinger

1. Det anbefales ledelsen at sikre, at borgerens helbredsoplysninger fremstår opdaterede.
2. Det anbefales, at ledelsen sikrer, at aktive helbredstilstande, afspejler den sundhedsfaglige indsats, der leveres til borgeren i form af borgerens behov for hjælp til medicinhåndtering, som borgeren modtager støtte til.
3. Det anbefales, at der er en ledelsesmæssig opmærksomhed på, at der konsekvent dokumenteres for udleveret medicin, med særlig fokus på kvittering for ikke dispenserbar medicin.
4. Det anbefales, at der er en ledelsesmæssig opmærksomhed på, at alle medarbejdere er introducerede til - og i praksis efterlever - gældende sundhedsfaglige instrukser og retningslinjer, vedrørende korrekt medicinhåndtering.
5. Det anbefales, at ledelsen er opmærksom på, at alle medarbejdere i samlerapporten for utilsigtede hændelser beskriver en hændelse relateret til ikke-givet medicin.

2.3 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)



2.4 Vurdering i forhold til temaer

2.4.1 Sundhedsfaglig dokumentation

Score: 4

Vurdering:

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

Medarbejderne kan redegøre for roller og ansvar i forbindelse med journalføring på det sundhedsfaglige område. Plejehjemmet har deltaget i et forbedringsprojekt, som blev igangsat i december 2023 og formelt afsluttet i december 2024. Fokus har været at styrke den røde tråd i dokumentationen og sikre tydelige handlingsanvisninger. På baggrund af de gode erfaringer er projektet videreført. Alle medarbejdere er undervist i Cura, og der arbejdes med sidemandoplæring og faglig sparring. En social- og sundhedsassistent har haft ansvar for journalgennemgang og dataindsamling i samarbejde med en konsulent. Gennemgange af journaler er nu kvartalsvise og drøftes på månedlige assistentmøder med fokus på sammenhæng og ensartethed.

Der afholdes daglige morgenmøder med triage og opgavefordeling i afdelingerne samt ugentlige triagemøder med deltagelse af hjemmesygeplejersken. Der anvendes ABCDE som redskab til vurdering af akut sygdom og der er et tæt og velfungerende samarbejde med hjemmesygeplejersken. Opgaver overdrages løbende, og der gives oplæring efter behov. Plejhjemslægen deltager fast månedligt og ved behov, og bidrager med undervisning og sparring. Et nyt forbedringsprojekt om urinvejsinfektioner (UVI) er under opstart med lægens inddragelse.

Samarbejdet med en fast terapeut fra kommunen fungerer godt og giver mulighed for faglig sparring og praktisk vejledning i øvelser.

Den sundhedsfaglige dokumentation fremstår i alle journaler generelt fyldestgørende og opdateret. I de to journaler indeholder helbredsoplysninger relevant dokumentation

for borgerens sygdomme og funktionsnedsættelser, samt kildeangivelse for disse oplysninger. I en journal ses der en enkelt manglende opdatering og utilstrækkelig sammenhæng mellem helbredsoplysningerne, medicinlisten og borgerens aktuelle helbred.

Helbredstilstande fremstår i alle journaler generelt relevante og opdaterede i forhold til borgerens aktuelle tilstand. I alle journaler ses helbredstilstand med beskrivelser af sundhedsfaglige problemstillinger samt hvordan disse kommer til udtryk. I alle journaler mangler der en helbredstilstand, der beskriver den sygeplejefaglige udredning og vurdering af borgernes helbredsmæssige problematik i relation til at modtage sundhedslovsindsats/hjælp til medicinbehandling. Der er i alle journaler dokumentation for behandlingsansvarlig læge.

Handlingsanvisninger i alle journaler fremstår relevante, konkrete og fagligt begrundede i forhold til borgernes aktuelle helbredstilstande og behov. Der er fyldestgørende og tydeligt beskrevet hvilke sundhedsfaglige indsatser der er i iværksat, og med link til VAR.

Der forelægger relevant dokumentation om information til borgerne og/eller de pårørende om planlagt behandling. Der ses i alle journaler oplysninger om habilitet, herunder om borgeren kan give informeret samtykke, eller om det er stedfortrædende pårørende, der varetager samtykket. I alle journaler ses der løbende opfølgning på borgernes behandlingskontroller, fx vægt- og blodtryksmålinger. Der ses dokumentation for vægt på alle borgere.

2.4.2 Medicinhåndtering

Score: 3

Vurdering:

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

Borgerne giver udtryk for stor tilfredshed med den hjælp, de modtager til medicinhåndtering. Borgerne har stor tillid til medarbejderne og alle føler sig trygge ved indsatsen. En borger som får injektioner beskriver, at medarbejderne efterfølgende følger op for at sikre, at borgeren har det godt, hvilket borgeren oplever som meget betryggende. En tredje borger kan ikke medvirke, på grund af kognitiv funktionsnedsættelse.

Lederen og medarbejdere redegør for, at alle nye medarbejdere har gennemgang af retningslinjer for medicinhåndtering med en superbruger samt introduceres til de lokale arbejdsgange og opbevaring. Ved hver dosering udfylder medarbejderen et tjekskema, som afleveres til lederen som del af egenkontrol. Som opfølgning gennemgår superbrugeren borgernes medicinskab månedligt. Medarbejderne redegør relevant for medicinhåndteringen og dokumentationen i forbindelse med medicinopgaver. De beskriver, at de arbejder efter gældende instrukser og retningslinjer, herunder Styrelsen for Patient-sikkerheds vejledning Korrekt håndtering af medicin. Medarbejderne redegør for at der er et krav om, at fastansatte har medicinkursus før de må håndtere medicin. Medarbejderne har kendskab til procedurer for dispensering, administration, opbevaring og dokumentation, samt håndtering af PN-medicin og risikosituationslægemidler, og arbejder ud fra disse. Medarbejderne anvender dispenseringsbord og tjekliste til opfølgning. Borgerne får medicinen udleveret i boligen og medarbejderne kvitterer for udleveret medicin.

Medicinlisterne indeholder relevante oplysninger såsom ordinationsdato, indikation, dosis og maksimal døgndosis for PN-medicin. Det fremgår tydeligt, om medicinen er fast eller PN, og for, om borgeren selv administrerer sin PN-medicin eller om den udleveres af medarbejdere. Der ses dokumentation for udlevering af PN-medicin. Der ses tydelig

dokumentation for dosisdispensering. Medicinen opbevares forsvarligt, og utilgængeligt for uvedkommende, i aflåst skab i borgerens bolig i hjemmeapotekskasse. Kasse, dosisæsker og dosisruller er korrekt mærket med borgerens navn og CPR-nummer. Der er tydelig adskillelse af aktuel, seponeret og PN-medicin. Der er anbrudsdato på medicin med begrænset, holdbarhed. Der er hos alle tre borgere overensstemmelse mellem den ophældte medicin og medicinlisterne.

I tre tilfælde bemærkes at medicinen ikke er administreret rettidigt. I et tilfælde mangler der kvittering for udleveret medicin og i tre tilfælde ses der manglende kvittering for udlevet ikke dispenserbar medicin.

Vedrørende manglende kvittering for ikke dispenserbar medicin ses i første tilfælde at der er dokumentation for opfølgning og hændelsen er indrapporteret som en utilsigtet hændelse.

I andet tilfælde mangler der kvittering for medicin i form af sprayer. Her ses ingen dokumentation for opfølgning.

I tredje tilfælde konstateres en uoverensstemmelse mellem de angivne datoer på skemaet for påsætning af medicinsk plaster og manglende kvittering i Cura. Der ses ikke dokumentation for opfølgende i journalen og der ses ikke opfølgning på indrapportering af utilsigtet hændelse i samlerapporten.

Flere borgere er i behandling med risikosituationslægemidler, herunder opioider, blodfortyndende medicin og kalium. Der foreligger faglige beskrivelser, behandlingsplaner, samt aftaler med læge.

2.4.3 Instrukser og retningslinjer

Score: 4

Vurdering:

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

Medarbejderne har kendskab til gældende sundhedsfaglige instrukser og retningslinjer, og kan redegøre for, hvor de findes og anvendes i daglig praksis.

Medarbejderne anvender VAR aktivt i det daglige arbejde, hvor der oprettes links til handlingsanvisninger og lokale instrukser og retningslinjer benyttes i konkrete situationer - fx ved injektioner eller ved tvivl om procedurer. Opdatering kommunikerer via CURA, og superbrugere formidler relevant viden på møder eller via mail.

Medarbejderne redegør for deres kendskab til arbejdsgange og hvor de finder information om magtanvendelse. Medarbejderne arbejder forebyggende og pædagogisk, med fokus på scenskift og alternative tilgange i borgerrelationen for at forebygge anvendelse af magt. Der drøftes borgerrelaterede emner på teamsmøder, ligesom morgenmøderne er centrale for faglige drøftelser og sparring.

Der tilbydes casebaseret undervisning af demenskoordinatoren, samt konflikthåndtering to gange årligt. Derudover gennemføres årlig e-læring i magtanvendelse.

Til grund for vurderingen tillægges det dog betydning, at tilsynet i forbindelse med medicingennemgangen observerer, at ikke alle medarbejdere er orienterede og bekendte med instruksen for "Korrekt håndtering af medicin" med fokus på kvittering for udleveret medicin herunder ikke dispenserbar medicin.

2.4.4 Utilsigtede hændelser

Score: 4

Vurdering:

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

Lederen og medarbejderne redegør for, at der i stigende grad arbejdes med samlerapporter og der er fokus på at skabe psykologisk tryghed i medarbejdergruppen, hvor fejl ses som læringsmuligheder, og hvor målet er at undgå gentagelser. Medarbejderne kan redegøre for, hvornår utilsigtede hændelser indrapporteres og hvordan der arbejdes med at sikre læring af UTH på stedet. Medarbejderne arbejder systematisk med samlerapportering, hvor UTH registreres i en fælles mappe. Ledelsen står for den formelle indrapportering, og der følges op både individuelt og i fællesskab, så der skabes læring på tværs af teamet. Ved UTH i sektorovergange, fx borgere der kommer hjem med tryksår eller uoverensstemmelser i medicin, sker indrapportering via CURA.

Til grund for vurderingen tillægges det dog betydning, at tilsynet i forbindelse med medicingennemgangen observerer, at der jvf. medicin gennemgangen ses, at der ikke er beskrevet en hændelse på samlerapportering vedrørende manglende dokumentation for skift af medicinsk plaster samt kvittering i Cura.

3. Vurderingsskema

I tilsynene i Aalborg Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt - 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 tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.
Score: 4	Indikatorerne er i høj grad opfyldt - 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	Indikatorerne er i middel grad opfyldt - 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	Indikatorerne er i lav grad opfyldt - 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. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt - 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. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

Om BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til danske kommuner. På ældreområdet gennemfører BDO sundhedsfaglige kvalitetstjek samt opgaver inden for læring, monitorering, implementering og faglig udvikling. Indsatserne retter sig mod en bred vifte af tilbud, herunder plejehjem, hjemmepleje og trænings- og rehabiliteringsindsatser.

På det sociale område arbejder BDO med tilsvarende opgaver inden for handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's konsulenter har bred erfaring med at understøtte faglig kvalitet og ledelsesudvikling på tværs af kommunale sektorområder.

