

Tilsynsrapport Gribskov Kommune

Center for Social og Sundhed
Plejecenter Helsingegården

Uanmeldt tilsyn
Inkl. medicinkontrol
Juli 2022

INDHOLDSFORTEGNELSE

1.	OPLYSNINGER OM PLEJECENTRET OG TILSYNET	4
1.1	AKTUELLE VILKÅR.....	4
1.2	OPFØLGNING	5
2.	HELHEDSTILSYN	6
2.1	OVERORDNET VURDERING	6
2.2	SCORE	6
2.3	VURDERING I FORHOLD TIL TEMAER.....	7
2.4	TILSYNETS ANBEFALINGER	12
3.	MEDICINKONTROL	13
3.1	OVERORDNET VURDERING	13
3.2	SCORE	13
3.3	VURDERING I FORHOLD TIL TEMAER.....	14
3.4	TILSYNETS ANBEFALINGER	15
4.	VURDERINGSSKALA	16

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 overordnede vurdering af plejecentret.

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 de indsamlede data og øvrige indtryk. Herefter følger anbefalinger. Vurderingsskala findes sidst i rapporten.

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

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk

Mette Norré Sørensen
Senior Manager
Mobil: 4189 0475
meo@bdo.dk

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



1. OPLYSNINGER OM PLEJECENTRET OG TILSYNET

Generelle oplysninger om tilsynet
Navn og Adresse: Plejecenter Helsingegården, Parkvænget 20 A, 3200 Helsingø
Leder: Heidi Schwaner Christiansen og Heidi Mørck Fischer
Antal boliger: 89 beboere
Dato for tilsynsbesøg: Den 4. juli 2022
Deltagere i interviews: <ul style="list-style-type: none">• Plejecentrets ledelse• Tilsynsbesøg hos fire beboere• Gennemgang af dokumentation og medicinbeholdningen hos fire beboere• Gruppeinterview med tre medarbejdere (en social- og sundhedshjælper og tre social- og sundhedsassistenter)• Interview af en centersygeplejerske.
Der er foretaget rundgang på plejecentret, herunder observation, dialog med medarbejdere og beboere.
Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Gitte Duus Andersen, Manager og sygeplejerske, cand. cur Mette Norré Sørensen, Senior manager og sygeplejerske

1.1 AKTUELLE VILKÅR

Aktuelle vilkår
<p>Ledelsen beskriver, at der arbejdes målrettet med medicinområdet, hvor der blandt andet er planlagt tre timers introduktion for nyansatte medarbejdere. Som opfølgning herpå foretager plejecentrets farmakonom observation og praksisnær læring med de nye medarbejdere.</p> <p>Af øvrige projekter italesættes en indsats på den skærmede afdeling med demensrejseholdet, hvor der arbejdes med forskellige pædagogiske værktøjer med det formål at øge trivslen for beboere med demens og nedbringe anvendelsen af psykofarmaka. I projektet er der fokus på relationsarbejdet, og der anvendes begreber, som 'kontakt-ø', hvilket fx indebærer en kort gåtur eller anden en-til-en kontakt mellem en beboer og en medarbejder. I relationsarbejdet anvendes også beboernes livshistorie, og der er beboerkonferencer. Ledelsen beskriver, at indsatsen skal udbredes på hele plejecentret.</p> <p>Ledelsen italesætter også projektet omkring "Værktøjskassen" ved Videnscenter for demens og indsatsen omkring "familie-venner". Begge projekter indebærer et fokus på de pårørende, hvortil der blandt andet er arbejdet med pårørendegrupper og med informations- og dialogaftener for pårørende.</p> <p>Endvidere beskrives det, at der for en konkret beboer er kørt et Marte Meo forløb, hvilket bidrog til stor læring for medarbejderne.</p> <p>Herudover italesættes det, hvordan der er arbejdet med kommunikation og forråelse ud fra overskriften "når sproget bliver for rå". Herunder er der arbejdet med at skabe en god kultur, hvor medarbejderne</p>

forholder sig nysgerrige, og medarbejderne italesætter, hvis der observeres uhensigtsmæssig kommunikation.

Desuden beskrives det, at der til efteråret igangsættes kompetenceløft af medarbejderne i forhold til at læse og forstå dansk med fokus på "dokumentationsproget". Ledelsen beskriver, at der indledningsvist skal foretages screeninger af medarbejderne, og at lederne allerede har gennemført screeningen.

Lederen italesætter udfordringer i forhold til rekruttering af fastansatte faglærte medarbejdere, men at der er en god fastholdelse af medarbejderne på plejecentret. Som et forsøg på at skabe en attraktiv arbejdsplads er der ændret i frekvens for weekendvagter for sosu-medarbejdere, hvilket dog ikke har haft den ønskede effekt. Herudover er der ansat køkkenhjælper, som varetager opgaver med måltidet, hvilket har bidraget til at frigive ressourcer til de faglærte medarbejdere.

1.2 OPFØLGNING

Opfølgning

Ved sidste års tilsyn modtog plejecentret anbefalinger målrettet dokumentationen, en konkret beboer, triagering og medicinrådet.

I forhold til dokumentationen beskrives det, at der har været undervisning af social- og sundhedsmedarbejderne ved centersygeplejersken. Her er social- og sundhedshjælperen blevet undervist i udfyldelse af døgnrytmeplaner og funktionsevnetilstande, mens social- og sundhedsassistenterne er undervist i udfyldelse af helbredstilstande.

Herunder er der fokus på at sikre, at beskrivelserne er korte og præcise. Lederen beskriver, at korrekt udfyldelse af tilstande også italesættes som en del af de faste ugentlige møder for social- og sundhedsassistenterne. Herudover beskrives det, at kommunen er overgået til anvendelsen af VAR, og at der arbejdes med at indsætte link hertil i de udarbejdede handlingsanvisninger.

Som opfølgning hos en konkret beboer fortæller lederen, at der blev afholdt beboerkonference hos den pågældende beboer med det formål at sikre en fælles tilgang til beboeren.

Lederen italesætter, at tidspunktet for de daglige triageringsmøder er flyttet til klokken 11, så medarbejderne har mulighed for at orientere sig om beboerne inden mødet. Triageringsmøderne faciliteres af en centersygeplejerske eller en anden fast medarbejder, og møderne foregår systematisk ud fra triageringstavlen og med fokus på at sikre dokumentationen efterfølgende.

Vedrørende anbefalingerne på medicinrådet beskriver ledelsen, at Gribskov Kommune indgår i projektet "sikker medicin", og at plejecentret opstarter indsatsen til efteråret. Den sygeplejefaglige leder italesætter samtidigt, hvordan hun som en del af forbedringsuddannelsen har et projekt på en afdeling, som indebærer, at givningstidspunktet for medicinen tilpasses beboernes vaner og rutiner. Herudover udføres der stikprøvekontrol på medicinrådet, og instruksen for medicin er ligeledes opdateret.

2. HELHEDSTILSYN

2.1 OVERORDNET VURDERING

BDO har på vegne af Gribskov Kommune foretaget et uanmeldt helhedstilsyn på Plejecenter Helsingegården. BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem interviews, dokumentation og observationer. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

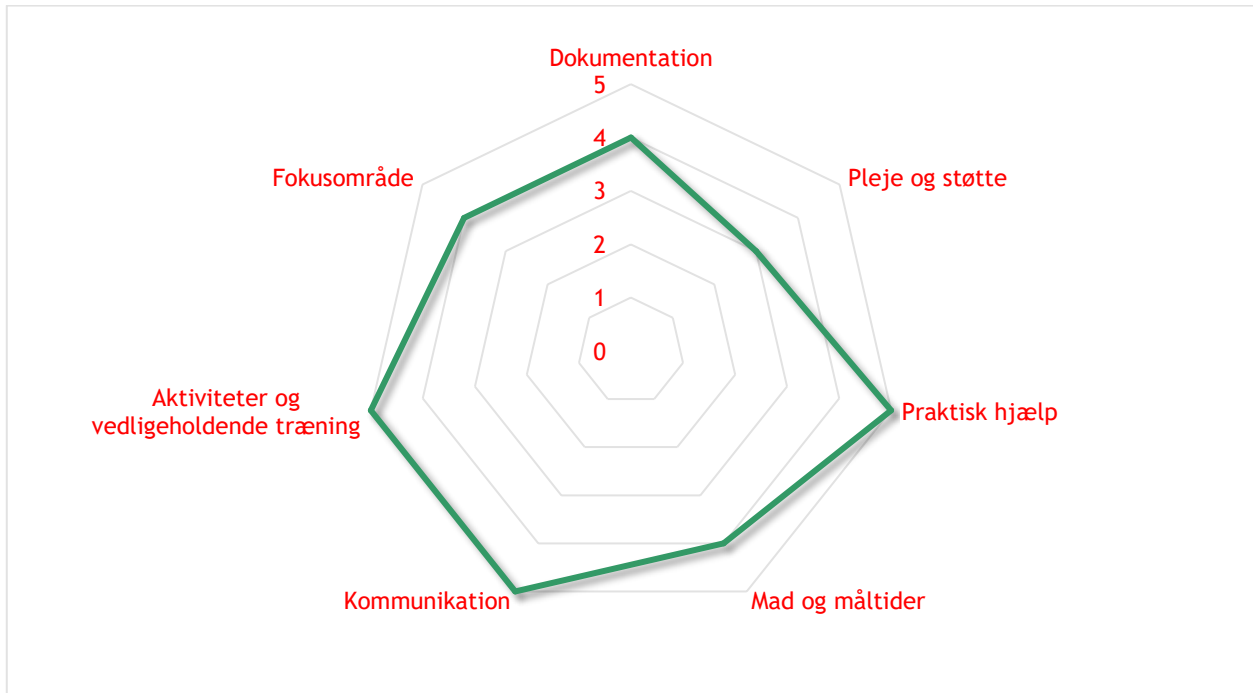
Det er tilsynets overordnede vurdering, at Plejecenter Helsingegården er et velfungerende plejecenter, som har engagerede medarbejdere og ledelse, der medvirker til trivsel for beboerne. Tilsynet vurderer, at plejecentret overordnet lever op til Gribskov Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau, og at de sundhedsfaglige ydelser, som beboerne modtager på plejecentret, generelt leveres med en god faglig kvalitet. Hertil vurderes det dog, at beboerne oplever manglende kontinuitet, hvilket kan påvirke kvaliteten af plejen, samt at der er lang besvarelse på nødkald. Samtidig vurderer tilsynet, at beboerne har forskellige opfattelser af madens kvalitet, og at der forekommer enkelte forstyrrelser under det observerede frokostmåltid.

Tilsynet vurderer, at der på fællesarealerne observeres en venlig, respektfuld og ligeværdig kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side, hvilket beboerne ligeledes giver udtryk for, at de oplever. Fællesarealernes indretning og de mange aktivitetskurve indbyder til gode aktiviteter og hyggeligt samvær.

Det vurderes, at dokumentationen foretages ud fra en høj faglig standard og med en ensartet tilgang, men at der fortsat er enkelte og mindre mangler i forhold til at sikre ajourførte oplysninger og handlevejledende beskrivelser af alle indsatser. Det er tilsynets vurdering, at plejecentrets indsats i forhold til tidlig opsporing, herunder triagering, foretages ud fra en systematisk og ensartet metode, hvilket medarbejderne ligeledes kan redegøre for. I beboernes journaler ses tydelig dokumentation af opfølgning i forhold til beboernes triageringsniveau, dog ses der ikke tydelig beskrivelse af årsagen til triageringen, hvilket derimod fremgår af notat på den triageringstavle, der anvendes som et aktivt redskab under de daglige triageringsmøder.

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



2.3 VURDERING I FORHOLD TIL TEMAER

Tema	Vurdering
<p>Tema 1: Dokumentation</p> <p>Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i høj lav grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Medarbejderne kan med stor faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for arbejdet med dokumentationen. Medarbejderne beskriver, at døgnrytmeplanen skal indeholde detaljerede beskrivelser af indsatsen, herunder også indsatsen til badet. Informationer om beboeren indhentes via beboeren selv og dennes pårørende, som også inviteres til indflytningssamtalerne. Medarbejderne italesætter, at der skal være sammenhæng i dokumentationen, og at tilstandshjulet bidrager til at skabe et godt overblik over den enkelte beboer. Medarbejderne beskriver, at den fyldestgørende og ajourførte dokumentation bidrager til at skabe tryghed for beboeren, idet plejen leveres ud fra beboerens faste rutine samt ønsker og vaner.</p> <p>Medarbejderne italesætter et godt samarbejde omkring dokumentationen, hvortil der altid er mulighed for hjælp og sparring, samt at ledelsen er opmærksomme på at afsætte tid til dokumentationen. En medarbejder roser også det nye introduktionsforløb.</p> <p>Dokumentationen fremstår generelt opdateret og fyldestgørende, og den er opbygget med en god ensartet systematik. Ligeledes ses der dokumentation af relevante målinger samt beskrivelser af opfølgning og afvigelser.</p> <p>Beboernes behov for pleje og omsorg er særdeles handlingsvejledende beskrevet i døgnrytmeplanerne, fraset i to tilfælde, hvor badet for to beboere ikke er handlingsvejledende beskrevet, idet der kun henvises til en konkret ugedag. For to beboere er enkelte tidsrum i ydertimerne ikke udfyldte, hvilket kan skyldes, at der ikke ydes støtte til beboerne på det pågældende tidspunkt.</p>

	<p>Døgnrytmeplanerne indeholder endvidere tydelige beskrivelser af, hvorledes beboernes ressourcer inddrages i den enkelte opgave. Herudover ses der beskrivelser af særlige opmærksomheder samt henvisninger til sundhedslovsindsatser, som beboerne støttes med. For en beboer ses det, at døgnrytmeplanen indeholder beskrivelser af stomipleje, hvilket ikke fremstår relevant, idet der er oprettet en handlingsanvisning for indsatsen med samme beskrivelse.</p> <p>Beskrivelserne i døgnrytmeplanen tager udgangspunkt i beboerens helhedssituation, og beskrivelserne har sammenhæng til den øvrige dokumentation.</p> <p>Funktionsevnetilstande ses opdaterede og relevant udfyldt for tre beboere, mens oplysningerne for en beboer skal ajourføres.</p> <p>Dokumentationen er beskrevet i et fagligt og professionelt sprog.</p>
<p>Tema 2: Pleje og støtte</p> <p>Score: 3</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i middel grad lever op til indikatorerne.</p> <p>En beboer kan ikke redegøre for tilsynets spørgsmål, men beboeren fremstår soigneret og veltilpas. De øvrige beboere giver udtryk for at modtage de pleje- og omsorgsydelser, de har behov for. Beboerne udtrykker tilfredshed med hjælpen, når den leveres af faste medarbejdere, som beboerne kender. Hertil beskriver alle tre beboere manglende kontinuitet, hvilket påvirker kvaliteten af hjælpen. En beboer fremhæver f.eks., hvordan nogle vikarer er hurtige, og dermed ikke leverer plejen grundigt. Beboeren italesætter, at dette kan bevirke, at beboerens stomipose nogle gange ikke er placeret korrekt, og at der derfor sker lækager. Dette har tilsynet dog ikke kunne genfinde beskrivelser af i dokumentationen. En anden beboer beskriver, at ikke alle medarbejdere ved, hvordan opgaven skal udføres, og derfor må de spørge beboeren herom, mens en tredje beboer finder det generende, at beboerens to faste medarbejdere skal have fri samtidigt.</p> <p>Beboerne beskriver, hvordan de gives mulighed for at anvende deres ressourcer aktivt i plejen, og beboerne fremhæver, at de oplever tryghed i hverdagen. Samtidigt beskriver beboerne dog ventetid på nødkaldet, hvortil en beboer siger: <i>"nogle gange går der så lang tid, at jeg tror, at de har glemt mig"</i>. Samme beboer efterspørger, at medarbejderne blot kigger ind og bekræfter, at de har hørt kaldet. Særligt om natten, hvor beboeren har sengehesten oppe, og derfor ikke selv kan komme ud af sengen, føler beboeren sig generet af den lange ventetid. En anden beboer har ikke nødkaldet på, idet nødkaldet er placeret i soveværelset ved siden af sengen. Tilsynet hjælper beboeren med at få nødkaldet på.</p> <p>Medarbejderne beskriver, hvordan de sikrer, at beboerne modtager den nødvendige pleje og støtte gennem den daglige planlægning, dokumentation og triageringsmøderne, samt at der arbejdes med kontaktpersonsordningen for både dag og aften som en del af at skabe kontinuitet hos beboerne. Hertil beskriver medarbejderne, at de i planlægningen er opmærksomme på, at plejen hos beboere med en særlig kompleksitet udelukkende varetages af faste medarbejdere, og de sikrer opfølgning ved en fast medarbejder hos de beboere, hvor plejen gennem flere dage er varetaget af en vikar/afløser.</p> <p>Medarbejderne italesætter synligt personale, ro, nærvær, hjemlighed og en ensartet tilgang som faktorer, der medvirker til at skabe tryghed for beboerne.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for, hvordan et rehabiliterende sigte indgår som en del af det faste samarbejde med beboerne, hvortil indsatsen tilpasses beboernes ressourcer på dagen med fokus på at skabe værdi for det enkelte menneske.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for, hvordan der reageres på ændringer i beboernes tilstand, samt hvorledes der videndeles på plejecentret. Hertil italesættes der forskellige tværfaglige og monofaglige mødefora samt daglige triageringsmøder.</p>

	<p>Beboerne fremstår velsoignerede, og den hygiejnemæssige standard vurderes forsvarelig.</p>
<p>Tema 3: Praktisk hjælp Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i meget høj grad lever op til indikatorerne. Beboerne italesætter en oplevelse af at modtage praktisk hjælp, svarende til deres behov. Beboerne udtrykker ligeledes tilfredshed med kvaliteten af den praktiske hjælp, og at de inddrages i det omfang, de ønsker. Hertil beskriver en beboer f.eks., hvordan rengøringsmedarbejderen har hjulpet beboeren med at finde en dug frem til bordet.</p> <p>Medarbejderne beskriver, hvordan de sikrer den daglige rengøring og oprydning i boligen. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for den praktiske hjælp til beboerne, også hvis beboerne har særlige behov. Hertil italesættes også en opmærksomhed på god hygiejne, anvendelse af isolationskasser og tydelig markering i journalen ved særlig smitterisiko.</p> <p>Medarbejderne har fokus på den rehabiliterende tilgang, og medarbejderne beskriver fx, hvordan de motiverer beboerne til at tømme skraldespanden eller deltage i andre opgaver med sammenhæng til beboernes livshistorie, som en del af at skabe meningsfuld beskæftigelse for beboeren.</p> <p>Den hygiejniske standard i boligen svarer til beboernes levevis, behov og livsstil.</p>
<p>Tema 4: Mad og måltider Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i høj grad lever op til indikatorerne. Beboerne giver udtryk for forskellige oplevelser af madens kvalitet. En beboer kan ikke redegøre for spørgsmålene, en anden beboer beskriver maden med tilfredshed, mens de øvrige to beboere udtrykker mindre tilfredshed med madens kvalitet. En beboer oplever ikke, at madens smag eller konsistens er, som beboeren ønsker det, og beboeren udtrykker samtidig, at maden ikke er tilpasset beboerens helbredsmæssige tilstand. En anden beboer udtrykker mindre tilfredshed med rugbrødet om aftenen, hvilket beboeren finder tørt. Samme beboer beskriver den varme mad som værende okay.</p> <p>To af beboerne fremhæver madsedlen, hvortil der er mulighed for, at beboerne kan vælge mellem flere forskellige retter. Ligeledes oplever beboerne, at der tages hensyn til, hvor de ønsker at spise deres mad. Beboerne fortæller, at medarbejderne sidder med under de fælles måltider, og medarbejderne forsøger at skabe dialog, men at det ofte er svært at skabe en god og hyggelig stemning, grundet beboersammensætningen.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for beboernes indflydelse på mad og måltider gennem de faste måltidsgrupper, mulighed for ønske om fødselsdagsmiddag samt udfyldelse af madseddel. Medarbejderne henviser til at de arbejder efter en fast procedure for "det gode måltid", hvilket indebærer, at bordet dækkes pænt, at beboerne inviteres ud, og at medarbejderne har fokus på at skabe en god og hyggelig stemning med dialog og ingen larm. Medarbejderne italesætter måltidet som en god ramme for relationsdannelsen, og medarbejderne beskriver, at de tager sig god tid til måltidet. Medarbejderne beskriver anvendelse af fadserving som en del af den rehabiliterende indsats, samt at nogle beboere kan bidrage med at skylle af eller hente madvognen.</p> <p>På flere afdelinger observeres det, at beboerne gives mulighed for selv at anrette og smøre deres morgenmad, idet der er placeret kurve med brød samt smør og pålæg på bordet. Ligeledes står der kander med kaffe, som beboerne selv kan skænke fra.</p>

	<p>Til frokost foretager tilsynet observation af et frokostmåltid, hvor fire beboere deltager sammen med to medarbejdere. Der er en tydelig rollefordeling mellem medarbejderne, hvor en medarbejder foretager servering af maden, mens den anden medarbejder sidder med ved bordet. Måltidet gennemføres ud fra en rehabiliterende tilgang i det omfang, det er muligt, grundet beboernes nedsatte funktionsniveau. Hertil ses det f.eks., hvordan en medarbejder sætter sig roligt ved siden af en beboer og verbalt vejleder beboeren til selv at spise maden. En anden beboer får serveret maden på en måde, så beboeren selv kan anrette maden på tallerkenen.</p> <p>Medarbejderne har fokus på at skabe rolige rammer og hyggelig stemning under måltidet. Dog forekommer der enkelte og mindre forstyrrelser, idet en kollega afbryder måltidet to gange for at stille et spørgsmål og hente en nøgle.</p>
<p>Tema 5: Kommunikation</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i meget høj grad lever op til indikatorerne. Beboerne beskriver, hvordan de oplever, at der er en god omgangstone, at medarbejderne taler ordentligt, og at medarbejderne har en respektfuld adfærd. Kommunikationen målrettes og tilpasses den enkelte beboers tilstand og behov.</p> <p>Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en refleksiv måde redegøre for, hvorledes der sikres respektfuld adfærd og anerkendende kommunikation med beboerne. Hertil fremhæver medarbejderne, at der gives tid til, at beboerne får svaret, der lyttes til beboerne, der tales højt og tydeligt, der sikres øjenkontakt og at medarbejderne er opmærksomme på kropssproget, som væsentlige faktorer i kommunikationen. En medarbejder italesætter en opmærksomhed på, at beboerne er voksne og vidende mennesker, hvilket skal respekteres. Medarbejderne beskriver, at denne tilgang bevirker, at beboerne oplever tryghed, og at de føler en fortrolighed med medarbejderne.</p> <p>Medarbejderne fremhæver også, hvordan der på plejecentret er en kultur, hvor de reagerer på uhensigtsmæssig kommunikation og adfærd ved at tale med kollegaen eller involvere lederen.</p> <p>Ved observation på fællesarealerne konstaterer tilsynet, at der er synlige medarbejdere, som alle har en venlig og imødekommende kommunikation og adfærd over for beboerne. Medarbejderne tiltaler beboerne ved fornavn, og der benyttes i flere tilfælde berøring i kommunikationen. Medarbejderne banker på døren, inden de træder ind i boligen, og på flere afdelinger observeres det ligeledes, at flere af beboerne har døren stående åben, så de kan hilse på de medarbejdere, der går forbi.</p> <p>På en afdeling observeres det, at en beboer kalder uroligt fra sin bolig. En medarbejder henvender sig efter kort tid til beboeren, og medarbejderen spørger ind til, hvad han kan hjælpe beboeren med. Beboeren bliver rolig ved synet af medarbejderen. På en anden afdeling ses det, at en beboer flere gange fjerner sin halskrave. En medarbejder går roligt hen til beboeren og hjælper beboeren halskraven på igen. Medarbejderen forklarer beboeren i en venlig tone, at det er vigtigt, at beboeren har kraven på. Beboeren accepterer dette.</p>
<p>Tema 6: Aktiviteter og vedligeholdende træning</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i meget høj grad lever op til indikatorerne. Beboerne er i meget høj grad tilfredse med tilbuddet om aktiviteter, og beboerne finder, at det passer til deres behov og ønsker. Hertil beskriver to af beboerne, at de ikke ønsker at deltage i aktiviteterne, hvilket respekteres. En beboer fortæller om at deltage i "Aktiviteten", hvor han cykler eller nyder højtlysningsen. Beboeren beskriver også, at han tilbydes udendørs cykelture med medarbejderne.</p>

	<p>Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes aktiviteter planlægges og udføres i forhold til beboernes ønsker og behov. Hertil beskrives et samarbejde mellem aktivitetsmedarbejderen og afdelingerne, og at beboerne spørges ind til ønsker for aktiviteter. Medarbejderne fremhæver også samarbejdet med de frivillige og de mange aktivitetskurve.</p> <p>Medarbejderne kan ligeledes med faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for arbejdet med vedligeholdende træning til beboerne. Herunder henvises der til den rehabiliterende tilgang under plejen, gåture, rejse/sætte sig øvelser, træningscafé og samarbejde med fysioterapeut og forflytningsmedarbejdere.</p> <p>Det observeres, hvordan beboerne tilbydes varierede muligheder for aktiviteter i hverdagen, fx gennem anvendelse af de mange aktivitetskurve, som findes på plejecentret fællesarealer, og som indbyder til sjove aktiviteter. Herudover er der også mulighed for at spille billard, hvilket tre beboere er i færd med under tilsynsbesøget. Udendørsarealer indbyder til gåture på de små stier, hvor de f.eks. kan hilse på hønsene. Der er også opsat kort, som indbyder til aktive besøg og gåture med pårørende.</p> <p>Tilsynet observerer, at en medarbejder går tur med en beboer. Medarbejderen holder beboeren i hånden, og de går ud i gården, hvor de sammen kigger på blomsterne.</p>
<p>Tema 7: Årets fokusområde Tidlig opsporing/ triage</p> <p>Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Beboerne opleves triagerede, jf. Gribskovs Kommunes retningslinjer på området. Hertil er to beboere triagerede gul, mens to andre er triagerede grøn.</p> <p>Medarbejderne har viden om arbejdet i forbindelse med triage, og de kan redegøre for observationer og udarbejdelse af dokumentation på området. Hertil beskriver medarbejderne, hvordan beboerne triageres røde i 48 timer efter en udskrivelse, eller hvordan beboerne triageres gule ved særlige opmærksomheder, som eksempelvis urinvejsinfektion eller smerteproblematik. Medarbejderne fremhæver, at der altid skal dokumenteres årsag til triageringen, og at dette sker ved triageringstavlen. Hertil beskrives der en opmærksomhed på, at beskrivelsen også skal overføres til Nexus, idet begrundelsen ikke automatisk overføres fra triageringstavlen til beboernes journal.</p> <p>Medarbejderne redegør for, hvordan der arbejdes systematisk og målrettet med triageringen til de daglige triageringsmøder. Til møderne deltager alle medarbejdere sammen med centersygeplejersken, og der er altid én tovholder for mødet. Medarbejderne beskriver triageringstavlen som et godt og brugbart redskab, der medvirker til at give et hurtigt overblik over beboernes situation. Til møderne italesættes muligheden for at drøfte beboernes forskellige problemstillinger samt en opmærksomhed på opdatering af dokumentationen, herunder også døgnrytmeplaner, såfremt beboernes tilstande er forandret.</p> <p>Medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med observationer, og de er bekendte med retningslinjer på området. Hertil italesættes også, at beboerne triageres grønne ved habituel status, og at der foretages dokumentation heraf som opfølgning.</p> <p>I dokumentationen ses det, at der er foretaget relevant triagering af de fire beboere. Det er dog ikke muligt at få et klart og tydeligt overblik over årsagen til triageringen for de to beboere, som begge er triagerede gule, idet årsagen hertil ikke ses beskrevet i journalen. For en beboer er der dog tilknyttet tags til triageringen, hvilket indikerer en årsag. På triageringstavlen fremgår årsagen tydeligt for triageringen af begge beboere, og dermed kan oplysningerne herom let fremfindes for medarbejderne i hverdagen.</p>

Samtidigt ses det, at der er foretaget systematisk dokumentation af opfølgning på triageringen i henhold til kommunens retningslinjer.

2.4 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder indsatsen omkring dokumentationen, så oplysningerne til enhver tid er ajourførte og indeholder handlevejledende beskrivelser af den støtte og pleje, som beboerne modtager.
2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter tiltag, der medvirker til at sikre, at vikarer og afløserne har tilstrækkeligt kendskab til beboernes behov for hjælp, fx gennem anvendelsen af døgnrytmeplanen, så beboerne oplever pleje af høj kvalitet, uanset hvem der leverer hjælpen.
3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen følger op på beboernes oplevelse af ventetid på nødkald.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder indsatsen omkring mad og måltider med fokus på at øge beboernes tilfredshed omkring madens kvalitet og undgå unødige forstyrrelser under måltidet.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder den systematiske indsats for triageringen, og at der samtidigt rettes en opmærksomhed på at sikre, at der fremgår tydelig beskrivelse af årsagen til triageringen i beboerens journal.

3. MEDICINKONTROL

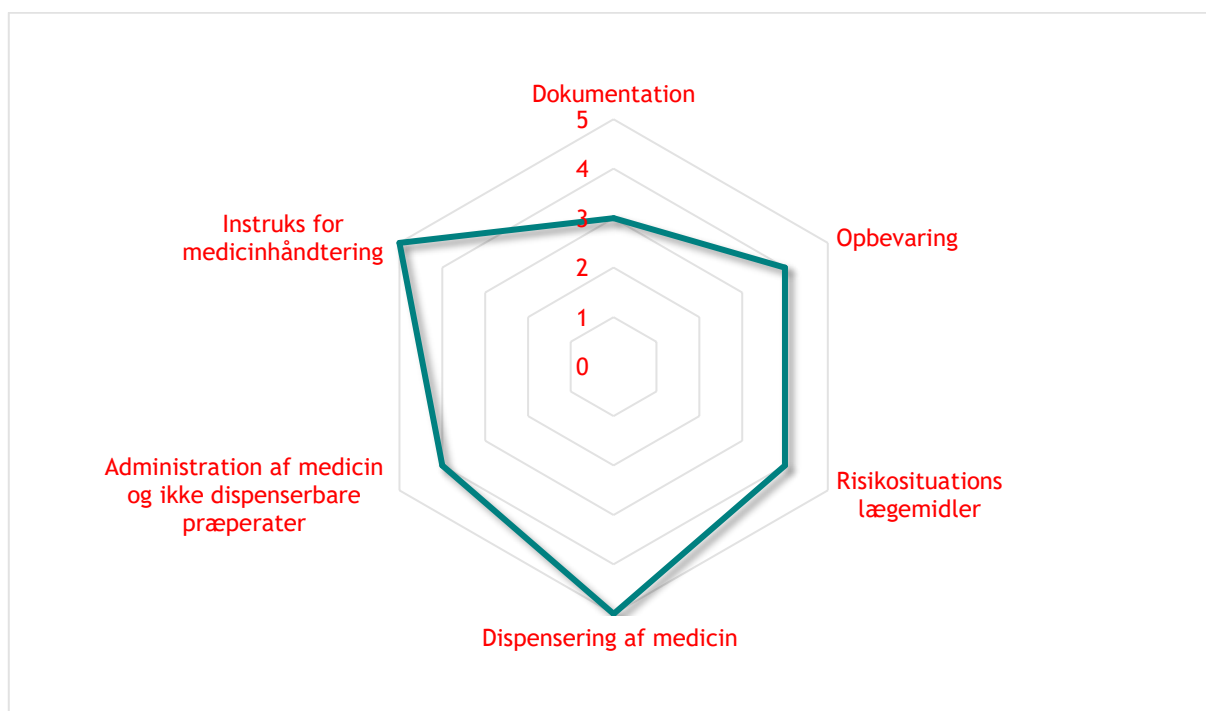
3.1 OVERORDNET VURDERING

BDO har i forlængelse af tilsynet på Plejecenter Helsingegården foretaget medicinkontrol hos fire beboere. BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem kontrol, observationer og skriftligt materiale.

Det er tilsynets vurdering, at plejecentret følger gældende retningslinjer og procedurer for medicin håndtering i forhold til medicindispenseringen, men at der er konstateret mangler i forhold til flere områder. Manglerne vedrører blandt andet manglende handlingsanvisninger ved insulingivning og blodsuktermåling, samt at der er fundet præparater med overskredet holdbarhed. Herudover foretages der ikke konsekvent kvittering/dokumentation ved administration af ikke dispenserbar medicin. Det er tilsynets vurdering, at en medarbejder ikke redegør for alle syv risikosituationslægemidler, som er identificeret af Styrelsen for Patientsikkerhed.

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



3.3 VURDERING I FORHOLD TIL TEMAER

Tema	Vurdering
<p>Tema 1 Dokumentation Score: 3</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i middel grad lever op til indikatorerne. Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At der er overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og medicinlisten. • At medicinlister er opdaterede. • At der ses mangler for to beboere i handlingsanvisningerne for insulin og blodsuktermåling. Hos en beboer konstateres det, at handlingsanvisning for insulin-givning ikke indeholder individuel beskrivelse af, hvordan opgaven skal udføres, idet der blot er indsat link til VAR. For en anden beboer konstateres det, at der ikke er oprettet handlingsanvisning for indsatsen til blodsuktermåling og insulin-givning på trods af, at beboeren får målt blodsukkeret to gange dagligt, og der administreres insulin efter skema. Tilsynet bemærker ligeledes, at indsatsen til administration af den dispensererede medicin for tre beboere udelukkende beskrives i døgnrytmeplanen.
<p>Tema 2: Opbevaring Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i høj grad lever op til indikatorerne. Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At den ordinerede medicin opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende, hvortil der anvendes farvede poser til at sikre korrekt adskillelse af medicinen. Hertil konstateres det dog, at to præparater ikke er påført korrekt label. Manglerne rettes under tilsynsbesøget. • At ugedoseringsæsker med ophældt medicin er mærket korrekt. • At pn medicin er mærket korrekt. • At der er overensstemmelse mellem pn medicinliste og beboers pn beholdning. • At medarbejderen kan redegøre for korrekt mærkning af pn medicin. • At der er angivet anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed efter åbning, men at der findes tre præparater med overskredet holdbarhed. • At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for korrekt opbevaring af medicin.
<p>Tema 3: Risikosituationslægemidler Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i høj grad lever op til indikatorerne. Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At det fremgår af dokumentationen, at der arbejdes med risikosituationslægemidler, jf. retningslinjer på området. • At medarbejderne i sin redegørelse af, hvordan der arbejdes med risikosituationslægemidler, kun beskriver tre risikosituationslægemidler og ikke redegør for de syv områder, som er identificeret af Styrelsen for Patientsikkerhed. Medarbejderen henviser til, at der kun er beskrevet tre risikosituationslægemidler i den kommunale instruks.
<p>Tema 4: Dispensering af medicin Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i meget høj grad lever op til indikatorerne. Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At der er overensstemmelse mellem ordineret medicin/medicinliste og den ophældte medicin. Hertil bemærker tilsynet positivt, at flere beboere er overgået til dosisdispensering. • At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for dispensering, herunder hvordan der sikres ro under dispenseringen.

	<ul style="list-style-type: none"> • At beboerne er tilfredse med håndteringen af medicinen.
<p>Tema 5: Administration af medicin og ikke Dispenserbare præparater</p> <p>Score: 4</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At medicinen er uddelt til tiden. • At ophældt medicin er mærket korrekt. • At der for de tre beboere, som får administreret ikke-dispenserbar medicin, ikke konsekvent kvitteres/dokumenteres for medicinadministrationen. • At beboerne er inddragede i og er trygge ved medicinadministrationen. • At medarbejderne kan redegøre korrekt for retningslinjer for administration af medicin.
<p>Tema 6: Instruks og medicinhåndtering</p> <p>Score: 5</p>	<p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i meget høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Det lægges til grund for vurderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At ledelsen sikrer, at medarbejderne er bekendte med medicinhåndteringsinstrukser og at disse følges i hverdagen. • At medarbejderen kan redegøre for gældende instrukser og retningslinjer for medicinhåndtering.

3.4 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at der udarbejdes handlingsanvisninger med individuelle beskrivelser af indsatsen for de sundhedslovsindsatser, som beboerne modtager hjælp og støtte til. 2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen, som en del af medicinindsatsen, sætter øget fokus på at sikre korrekt mærkning af beboernes medicin, og at der samtidig iværksættes tiltag, som understøtter, at medarbejderne til enhver tid kontrollerer holdbarheden på medicinen inden administration. 3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen følger op på instruksen for risikosituationslægemidler og at det sikres, at medarbejderne er bekendte med de syv risikosituationslægemidler, som er identificeret af Styrelsen for Patientsikkerhed. 4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medarbejderne til enhver tid foretager kvittering/dokumentation af administration af ikke dispenserbar medicin.

4. VURDERINGSSKALA

BDO arbejder ud fra nedenstående vurderingsskala:

Samlet vurdering
<p>5 - 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 beboere 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.
<p>4 - 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 beboerne• Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
<p>3 - 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 beboerne• En del af elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
<p>2 - 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 beboernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes• Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af beboerne• Få af elementer i indikatorerne er opfyldt• Tilsynet har en eller flere anbefalinger. <p>Tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen</p>
<p>1- 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 beboerne• Der er fare for beboernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind• Tilsynet har en eller flere anbefalinger. <p>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.