



Tilsynsrapport Gribskov Kommune

Center for Sundhed og Omsorg
Plejecenter Trongården

Uanmeldt tilsyn, inkl. medicinkontrol
Maj 2023



Indhold

Tilsynsrapport Gribskov Kommune	1
Forord.....	3
1. Oplysninger om helhedsplejen 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	11
3. Medicinkontrol	12
3.1 Overordnet vurdering.....	12
3.2 Score	12
3.3 Vurdering i forhold til temaer	13
3.4 Tilsynets anbefalinger	14
4. Vurderingsskema	16
Om BDO.....	17

Forord

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

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om Helhedsplejen. Herefter følger tilsynets overordnede vurdering af Helhedsplejen.

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



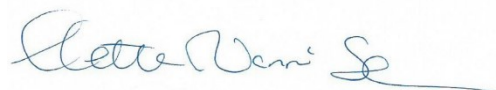
Birgitte Hoberg Sloth

Partner

Mobil: 28 10 56 80

Mail: bsq@bdo.dk

Partneransvarlig



Mette Norré Sørensen

Senior Manager

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 helhedsplejen og tilsynet

Generelle oplysninger om tilsynet

Navn og adresse: Plejecenter Trongården, Trongårdsbakken 1-3, 3210 Vejby

Ledere: Bettina Bach Offendahl og konstitueret leder Lise Elley

Antal boliger: 61 beboere

Dato for tilsynsbesøg: Den 15. maj 2023

Deltagere i interviews:

- Plejecentrets ledelse: konstitueret leder samt sygeplejefaglig leder
- Tilsynsbesøg hos tre beboere
- Gennemgang af dokumentationen hos tre beboere
- Gruppeinterview med tre medarbejdere (tre social- og sundhedsassistenter)

Der er foretaget rundgang på plejecenteret, herunder observation og dialog med medarbejdere og beboere.

Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.

Tilsynsførende:

Mai Britt Helmsdal Henriques - Manager og sygeplejerske

Gitte Anderskov - Manager og sygeplejerske

1.1 Aktuelle vilkår

Lederen fortæller, at 7 boliger på plejehjemmet delvist er lukkede eller under ombygning i forbindelse med, at boligerne konverteres til boliger for socialt udsatte borgere og midlertidige pladser. Desuden er aktivitetsrummet under omorganisering, da lokalerne frem over skal anvendes til aktivitetstilbud til borgere med demens. Trongårdens leder er konstitueret leder for to ud af tre af plejecentrets afdelinger, som også rummer en skærmet afdeling for borgere med demens. Ledelsen fortæller, at der pt. er to vakante social- og sundhedsassistentstillinger.

Lederen beskriver, hvordan plejehjemmet er optaget af faglig udvikling af demensindsatsen, og efter et forløb med Demensrejseholdet arbejder de med at implementere demens-værktøjskassen.

Som led i dette arbejde er der fokus på at nedbringe brugen af antipsykotisk medicin i samarbejde med plejehjemslægen. Ambitionen er at bringe forbruget ned til det absolut nødvendige og sideløbende at arbejde med at anvende pædagogiske virkemidler i stedet. De pædagogiske tilgange og pædagogiske virkemidler iværksættes i forbindelse med beboerkonferencer og det tværfaglige samarbejde på tværs af vagt-lagene. I forbindelse med beboerkonferencerne inddrages viden om beboerens døgnrytme, og pårørende inddrages i samarbejdet i forhold til at indhente viden om beboerens liv.

Lederen beskriver, at plejehjemmet arbejder med 'I sikre hænder', hvor der igennem to år har været fokus på *Medicinpakken*, blandt andet med tilpasning af medicintidspunkter til borgernes døgnrytme. Ledelsen beskriver, at der kvitteres for administreret medicin via en KMD-app på arbejdstelefonerne, og dermed sikres tidstro registrering. Alle medarbejderne har modtaget instruktion i dette.

'I sikre hænder' fortsætter med pakkerne for *triage* og *tidlig opsporing*.

På tilsynsdagen er der arrangeret bustur til et indkøbscenter, som en fællesaktivitet.

1.2 Opfølgning

Ved sidste tilsyn modtog plejehjemmet anbefalinger i forhold til temaerne dokumentation, relevant brug af handsker, triagering og tidlig opsporing samt anbefalinger i forhold til dokumentation og opbevaring af medicinen og administration af medicin og ikke dispensérbare præparater.

Ledelsen beskriver, at der i forhold til dokumentationen har været fokus på at udarbejde handlevejledende døgnrytmeplaner, så nye medarbejdere kan udføre opgaverne ved at følge beskrivelserne.

Der er fokus på, at døgnrytmeplanerne skal indeholde individuelle beskrivelser af kontakten til og samarbejdet med beboerne, særligt hvis en beboer har en demenssygdom og ikke selv kan redegøre for ønsker og behov. Arbejdet med dokumentationen sker systematisk ved, at hver medarbejder får afsat dokumentationstid. Metodisk arbejdes der med sidemandsoplæring i mindre grupper.

Ledelsen beskriver, hvorledes korrekt brug af handsker er et fast punkt på personalemøderne hver tredje måned, samt at det fremgår af personalenyt, som er en mail, der udsendes hver uge. Desuden indgår emnet som led i introduktion af nye medarbejdere.

Ledelsen fortæller, at der er etableret en fast struktur for triagering, hvor social- og sundhedsassistenterne selvstændigt afholder triageringsmøder ved triageringstavle. Ledelsen deltager fast en gang ugentligt. Ledelsen beskriver arbejdsgangen for triagering således, at når farve-scoren ændres, ændres beboerens tilstand, og dertil knyttes der et observationsnotat. I forhold til handlingsanvisninger tilknyttes der handlingsanvisninger til ydelser/indsatser, hvor det er relevant.

Ledelsen beskriver, at en del beboere er overgået til dosispakket medicin, og at plejehjemmet har god erfaring med anvendelse af dispenseringsmodulet i FMK. Plejehjemmet har tilknyttet en farmakonom, som foretager stikprøver og medicinaudits, hvortil ledelsen beskriver, at der sjældent findes fejl. Afvigelser og utilsigtede hændelser drøftes på møder for social- og sundhedsassistenterne.

Ledelsen beskriver, hvorledes borgernes medicin opbevares adskilt i farvede poser til fx aktuel eller pn medicin, og at medarbejderne inddrages i forbedringsarbejdet i forhold til medicin håndteringen som helhed.

2. Helhedstilsyn

2.1 Overordnet vurdering

BDO har på vegne af Gribskov Kommune foretaget et uanmeldt helhedstilsyn på Plejecenter Trongården. 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 Trongården er et velfungerende plejecenter, som har engagerede medarbejdere og ledelse, der medvirker til trivsel for beboerne. Tilsynet vurderer, at plejecentret på flere områder lever op til Gribskov Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau, men at der konstateres flere mangler i forhold til dokumentation, kommunikation samt mad og måltider.

Tilsynet vurderer, at de sundhedsfaglige ydelser, som beboerne modtager på plejecentret, leveres med god faglig kvalitet, og tilsynet vurderer desuden, at beboerne udtrykker stor tilfredshed med kvaliteten af den personlige pleje og den praktiske støtte, hvor de oplever, at hjælpen tilbydes på kompetent vis og af medarbejdere, som beboerne kender. Dertil vurderes det, at plejehjemmet har fokus på at skabe en aktiv hverdag for beboerne med mange og afvekslende aktivitetstilbud samt muligheder for træning. Aktiviteterne bliver leveret af plejecentrets aktivitetsmedarbejder og i samarbejde med flere faste frivillige.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne er meget tilfredse med medarbejdernes kommunikation og adfærd, men de tilkendegiver, at der kan forekomme en mindre god tone mellem medarbejderne imellem, hvilket påvirker stemningen og velværet for beboerne.

Tilsynet vurderer, at der i relation til mad og måltider siden sidste års tilsyn er sket forbedringer. Det observeres dog, at rammerne for måltidet fortsat fremstår med et institutionelt præg, og i et tilfælde observeres det, at medarbejderne ikke prioriterer at sidde med ved morgenbordet, hvilket ikke fremstår i tråd med beboernes behov.

Tilsynet konstaterer, at der fortsat er udfordringer på dokumentationsområdet i forhold til at sikre, at alle døgnrytmeplaner fremstår med handlevejledende beskrivelser. Desuden konstaterer tilsynet variation i kvaliteten i døgnrytmeplanerne. Døgnrytmeplanerne er opdelt i tidsintervaller, hvoraf flere har enslydende tekst, hvilket bidrager til, at døgnrytmeplanerne fremstår uoverskuelige og mindre brugbare som et fagligt værktøj.

Det er tilsynets vurdering, at plejehjemmet fortsat har udfordringer i forhold til at sikre dokumentation for tidlig opsporing og triagering, hvortil der konstateres flere mangler, herunder dokumentation af RSS-test eller angivelse af årsag, hvis en beboer ikke kan deltage i testen. Tilsynet konstaterer ligeledes manglende opfølgning på observerede symptomer for en potentiel urinvejsinfektion. Endelig er en beboer triageret 'gul', uden at årsagen hertil er angivet.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for enkelte aktiviteter med beboerne, afvikling af beboerkonferencer og samarbejdet med interne og eksterne fagpersoner, men tilsynet bemærker, at medarbejderne, på trods af det netop afsluttede forløb med demensrejseholdet, beskriver deres arbejde som ubevidst og uden henvisninger til demensrejseholdsforløbet eller til demens-værktøjskassen.

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

2.3.1 Dokumentation - Score 3

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

Plejecentret arbejder systematisk med dokumentationen, som understøtter kvaliteten i daglig praksis med en klar ansvarsfordeling i forhold til at dokumentere og opdatere dokumentationen. Ledelsen har sikret undervisning i dokumentation ved sidemandsoplæring i mindre grupper samt planlagt individuel tid for sparring. Social- og sundhedsassistenter afholder selvstændigt daglige møder, herunder triagering, hvor lederen deltager fast en gang ugentligt.

Medarbejderne kan med en vis faglig indsigt redegøre for arbejdet med dokumentationen. Der beskrives en daglig praksis, hvor der ved morgenmøder ses på ændringer i beboerens habituelle tilstand. Ved ændringer opdateres døgnrytmeplanerne, hvilket også sker planlagt hver tredje måned. Medarbejderne beskriver strukturen for døgnrytmeplanerne, hvor der er fokus på at beskrive beboerens døgnrytme, og det beboeren selv kan, og hvad medarbejderen skal yde støtte til. Der er fokus på, at beskrivelserne skal være detaljerede, så en afløser nemt kan løse opgaven. Funktionsevnetilstande opdateres en gang månedligt med fokus på det, beboeren ikke formår, hvor medarbejderne forholder sig til tilstandenes udvikling. Medarbejderne nævner i den sammenhæng, at hvis en beboer får en urinvejsinfektion, kan det medføre ændring i fx mobiliteten, men medarbejderne nævner ikke, hvorledes der dokumenteres i forhold til videre tiltag ved de eventuelle ændringer i tilstande for beboerne. Medarbejderne redegør for, at RSS-test foretages en gang månedligt.

Dokumentationen fremstår i middel grad opdateret og fyldestgørende, og den er opbygget med en varierende systematik, ligesom dokumentationen i mindre grad indeholder afvigelser i beboernes tilstand.

Der ses opdaterede døgnrytmeplaner, hvor beboernes behov for pleje og omsorg i varierende grad er handleansvise beskrevet i forhold til beboernes helhedssituation og ressourcer. For en beboer ses der ingen beskrivelse for behov for hvile eller behov for toiletbesøg. For samme beboer er det vanskeligt at få øje på mennesket og at se, hvad der gør dagen særlig for beboeren. Døgnrytmeplanerne fremstår

mindre overskuelige, hvor der ses mange aktiverede tidsrammer, beskrevet som enkeltstående planer, hvilket i nogle tilfælde udgør over fire forskellige planer til fx en dagvagt, nogle med enslydende tekst. Dette gør døgnrytmeplanerne mindre overskuelige. Kvaliteten er svingende i forhold til beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, og der ses i et tilfælde ingen opfølgning på observationer vedrørende et potentielt sundhedsproblem. I forhold til en beboer, som er triageret gul, er årsagen hertil ikke angivet. Funktionsevnetilstande ses sporadisk opdaterede, hvor enkelte er opdaterede i 2023, de resterende i 2022. I et andet tilfælde er mobilitet ikke opdateret, hvor der står, at beboeren går ved rollator, hvilket ikke er aktuelt. I et særligt opmærksomhedspunkt for en beboer er der skrevet om brud på haleben og smertebehandling, hvor der ikke findes yderligere plan for indsatsen. For en tredje beboer med demensdiagnose ses orienteringsevne opdateret, mens de resterende funktioner er dateret sommer 2022.

Dokumentationen er beskrevet i et fagligt og professionelt sprog.

2.3.2 Pleje og støtte - Score 5

Tilsynet vurderer, at plejecentret i meget høj grad lever op til indikatorerne for personlig pleje og støtte.

Beboerne giver udtryk for at få de pleje- og omsorgsydelser, de har behov for, hvor to beboere tilkendegiver at være meget tilfredse med måden, hvorpå plejen udøves, og en beboer kan ikke tilkendegive tilfredshed, grundet demenssygdom. En beboer, som selv klarer personlig hygiejne, men som tidligere har fået fuld hjælp, beskriver hjælpen som god og kompetent. Beboerne er ligeledes trygge ved indsatsen, og de oplever kontinuitet og fleksibilitet i hjælpen, samt at aftaler overholdes. Beboerne oplever at have mulighed for at anvende egne ressourcer under plejen, hvor to beboere fortæller, at de klarer det meste selv. En beboer har vanskeligt ved at svare på spørgsmålene.

Medarbejderne sikrer, at beboerne modtager den nødvendige pleje og støtte, samt at der arbejdes med at skabe kontinuitet og tryghed i plejen og omsorgen gennem faste, kendte medarbejdere, opdateret dokumentation samt drøftelser på morgenmøder og triagering. Medarbejderne tager udgangspunkt i beboernes vaner og døgnrytme for at sikre struktur og genkendelighed. Ved brug af afløserer tilknyttes afløserne fast til en afdeling eller de engageres i korte vikariater. Desuden fremhæver medarbejderne betydningen af opdaterede generelle oplysninger som et redskab i relations"- arbejdet.

Pleje og omsorg leveres efter en god faglig standard, og medarbejderne kan redegøre for, hvordan et rehabiliterende sigte er integreret i de daglige indsatser med udgangspunkt i borgernes funktionsevne og vaner. Medarbejderne nævner, hvorledes badetider planlægges, så det passer til beboernes tidligere rutiner, så det skaber bedre muligheder for beboernes deltagelse.

Medarbejderne kan redegøre for, at der reageres på ændringer i beboernes tilstand, samt hvorledes der videndeles på plejecentret. Der sker en fast månedlig vurdering af beboernes funktionsevne, og der er tillige løbende opmærksomhed på ændringer i beboernes tilstand, blandt andet ved triagering og daglige møder.

Beboerne er velsoignerede, og den hygiejnemæssige standard er forsvarlig.

2.3.3 Praktisk hjælp - Score 5

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

Beboerne oplever at modtage praktisk hjælp, svarende til deres behov. Beboerne er tilfredse med kvaliteten af den praktiske hjælp, og de inddrages i det omfang, de ønsker. En beboer beskriver at kunne låne en støvsuger og rengøre efter sit kæledyr, og en anden beboer giver udtryk for at hjælpe med rengøring og vasketøj.

Medarbejderne sikrer den daglige rengøring og oprydning i boligen, og de kan med faglig indsigt og på en refleksiv måde redegøre for den praktiske hjælp til beboerne, også hvis beboerne har særlige behov. Rengøring sker en gang om ugen, men sker der uheld, har medarbejderne adgang til rengøringsartikler

til opgaven. Medarbejderne har fokus på den rehabiliterende tilgang, og de inddrager beboerne i det omfang, de kan og vil, hvor medarbejderne fx nævner, at når det rene vasketøj kommer på afdelingen, så er der gerne beboere, som vil samarbejde om at lægge vasketøj sammen, fx klude.

Det observeres, at der står et tørrestativ på gangen.

Den hygiejniske standard i boligerne svarer til beboernes levevis, behov og livsstil.

2.3.4 Mad og måltider - Score 4

Tilsynet vurderer, at plejecentret i høj grad lever op til indikatorerne for mad og måltider.

Beboerne giver udtryk for stor tilfredshed med madens kvalitet og rammerne omkring måltidet. Beboerne oplever, at der bliver taget hensyn til deres ønsker og behov omkring mad og måltider, herunder hvor de ønsker at spise deres mad. En beboer fortæller om at bidrage i forhold til at dække bord ved måltiderne, og to beboere udtrykker stor tilfredshed ved de mange valgmuligheder for menuen, hvor en beboer fremhæver, at beboeren får sine livretter. En beboer vælger at spise sine måltider i boligen, men beboeren deltager dog altid ved fællesspisninger. En beboer har vanskeligt ved at besvare spørgsmålene.

Medarbejderne kan redegøre for beboernes indflydelse på mad og måltider, hvor det dagligt er muligt at vælge mellem flere forskellige retter, og medarbejderne redegør for, hvordan beboerne også kan vælge, hvor de vil indtage deres måltider. Medarbejderne beskriver, at der skabes gode rammer for måltidet ved blandt andet at sikre ro, og at en medarbejder deltager ved hvert bord, hvor medarbejderen indtager et pædagogisk måltid. Der er fokus på at facilitere måltiderne, fx at skabe samtaler om maden med beboerne. Medarbejderne beskriver, at de arbejder rehabiliterende, hvor de ved deres deltagelse kan støtte beboerne i det omfang, der er behov for. Der serveres gerne på fade, så beboerne selv kan tage det, de ønsker at spise. Ved morgenmaden deltager en fast køkkenhjælper, som stiller brød, smør mv. frem på bordet, så beboeren selv kan smøre deres mad. Medarbejderne beskriver, at beboerne er gode til at hjælpe hinanden i medarbejdernes fravær.

Tilsynet observerer, at der på en afdeling sidder en enkelt beboer alene tilbage ved bordet, mens en praktikant roligt rydder af bordet efter morgenmaden. Der står brød, smør og syltetøj fremme samt en termokande med kaffe. Brødet fremstår tørt og der er film over smørret. Praktikanten henvender sig til beboeren og spørger, om hun vil have mere at drikke, hvor beboeren dog har lukkede øjne og ser ud til at tage sig en formiddagslur. Der observeres under morgenmaden i en anden afdeling, at en beboer sidder og ser TV, imens morgenmaden indtages, og hvor der i den anden ende af fællesområdet sidder en beboer og drikker kaffe og læser avis. I midten af opholdsrummet sidder flere beboere samlet om et bord og spiser morgenmad. Der er medarbejdere til stede, som ikke sidder sammen med beboerne. Der observeres en rolig stemning.

Ved frokosttid ses en del beboere samlet i det fælles caféområde, hvor beboerne har fordelt sig lidt spredt ved de forskellige borde, der er opstillede i lige rækker. Der står kander med drikkevarer, som beboerne selv kan forsyne sig fra. Bordene er pyntede med ens blomster, som er opstillet med samme afstand. Der foregår samtaler ved nogle af bordene og en rolig aktivitet. Medarbejderne tilbyder diskret deres støtte, og de spørger til beboernes behov. Rammerne for måltiderne og medarbejdernes deltagelse under morgenmaden fremstår med et institutionelt præg og som mindre hjemlige.

2.3.5 Kommunikation - Score 4

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

Beboerne oplever, at der er en god omgangstone, men en beboer oplever dog, at tonen medarbejderne imellem kan være lidt hård. Beboerne oplever, at medarbejdernes adfærd er respektfuld og at kommunikationen målrettes og tilpasses den enkelte beboers tilstand og behov.

Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en refleksiv måde redegøre for kommunikationen, og de nævner, hvorledes der er fokus på ligeværdighed i relationen, og at beboerne har forskellige

forudsætninger for at indgå i samtalen, hvor der kan være behov for at anvende nonverbal kommunikation og spejling. Medarbejderne beskriver, hvorledes der sikres respektfuld adfærd og anerkendende kommunikation med beboerne ved fx at respektere, at en beboer dagligt pakker sine ting, og at medarbejderne anerkender dette.

Ved observation kan der konstateres en rar og venlig omgangstone samt et godt samspil mellem beboere og medarbejdere, hvor der observeres et åbent kropssprog med øjenkontakt, berøring og nærvær. Der observeres tillige en situation, hvor flere beboere på en gang går af sted på tur, hvilket skaber utryghed for en beboer, der bevæger sig hurtigt ned ad gangen. En medarbejder går straks efter beboeren og siger 'jeg kommer bag ved dig, jeg skal nok lukke døren', og efterfølgende ses det, at beboeren genfinder roen.

2.3.6 Aktiviteter og vedligeholdende træning - Score 5

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

Beboerne er i meget høj grad tilfredse med tilbuddet om aktiviteter, og de finder, at dette passer til deres behov og ønsker. To beboere oplever at være meget aktive, hvor den ene beboer fortæller om de mange forskellige tilbud, der er, men at de helst organiserer egne aktiviteter, og at de kun deltager fast i fællesspisning.

Beboerne tilbydes vedligeholdende træning, som modsvarer deres behov og ønsker. To beboere kan ikke forholde sig til spørgsmålet, og en beboer træner selv, men beboeren tilkendegiver at kunne henvende sig til en fysioterapeut ved behov.

Medarbejderne kan relevant redegøre for, hvorledes aktiviteter planlægges og udføres i forhold til beboernes ønsker og behov, hvor der nævnes en række forskellige aktiviteter i og uden for plejehjemmet. Medarbejderne nævner blandt andet at plejehjemmet har en høvlebænk, som ofte bruges af beboerne, samt at de har fundet meningsfulde opgaver til en beboer, der tidligere var ved postvæsenet, og som beskæftiger beboeren i flere timer. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en refleksiv måde redegøre for arbejdet med vedligeholdende træning til beboerne, hvor de integrerer træningen i ADL aktiviteter med beboerne, og de redegør for, at der tilbydes assisteret træning to gange ugentligt i plejehjemmets træningssal, hvor der kan lægges en træningsplan med fysioterapeuten, og hvor der også er mulighed med træning på egen hånd.

Det observeres, at beboerne har mange muligheder for aktiviteter i hverdagen, hvor der fx af plejehjemmets beboerblad fremgår en lang række planlagte aktiviteter, fx busture. Der er frivillige tilknyttet plejehjemmet, som deltager aktivt som cykelpiloter og med bagning. Der holdes fast fredagsbar, wellnessaktiviteter og andagt. På dagen for tilsynet er der en planlagt bustur til et indkøbscenter og over middag ses flere mindre grupper beboere optagede af at se TV. Det observeres, at en beboer, som spørger til mulighederne for træning, vejledes om dette, fx hvor beboeren kan henvende sig, og hvornår beboeren kan få fat i fysioterapeuten. Samtidig aftales det med beboeren, at han får støtte til kontakten vedrørende træningen.

2.3.7 Årets fokusområde: Triage, tidlig opsporing og demens - Score 3

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

Beboernes triageringsniveau fremgår af dokumentationen, men beboerne opleves ikke konsekvent triagerede, jf. Gribskovs Kommunes retningslinjer på området.

Medarbejderne har viden om arbejdet med triage, og de kan redegøre for observationer og udarbejdelse af dokumentation på området.

Medarbejderne beskriver, at hvis en beboer scores fx gul ved triagering grundet UVI, så skal der for triage-scoren angives dette som årsag. Der skal derefter skrives daglige opfølgende notater vedrørende problematikken i alle vagtlag. Observeres der derefter ikke en positiv forandring, hvis beboeren fx er i medicinsk behandling, så skal der reageres på dette.

Medarbejderne har implementeret systematiske arbejdsgange i forhold til udførelse og organisering af triage, hvor der triageres fast to gange ugentligt. Her gennemgås alle beboerne efter en fastlagt plan. De faste medarbejdere deltager i triagen, og en gang ugentligt deltager lederen. En medarbejder oplever ikke at have tilstrækkelig tid til hele opgaven. Beboernes triagerings-score fremgår af triageringstavlen.

Medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med observationer, og de er bekendte med retningslinjerne på området. Medarbejderne følger den fastlagte plan, og de får på triageringstavlen dokumenteret årsagen til farve-scoren, og de dokumenterer også dette i beboernes journal.

Registreringer i forhold til observationer varierer. To beboere triageres grønne, og en beboer er triageret gul, men der er ikke angivet årsag hertil, og der ses ingen opfølgende dokumentation efter triageringen.

Der ses ikke en systematisk dokumentation i forhold til tidlig opsporing, blandt andet er der for to beboere ikke dokumenteret RSS-test, og for en beboer ses en lang pause i test, uden at der angives årsag til pausen. I et tilfælde, hvor der dokumenteres opmærksomhed på symptomer for UVI, er der ingen opfølgning angivet. Der er i et tilfælde registreret en vægt under tærskelværdi, beboeren triageres derfor gul, men der ses ingen opfølgning.

Medarbejderne har viden om demensfagligt arbejde, og de beskriver, hvorledes der gøres brug af beboerkonferencer. Hvis en beboer ikke trives, tages problematikken op ved en beboerkonference, hvor der arbejdes med fokus på at finde gode løsninger for beboeren. Der arbejdes med pædagogiske tiltag som kontakt-Ø og en-til-en seance. På den skærmede demensafdeling arbejdes der med fokus på 'hjemlighed'.

Medarbejderne fortæller om et samarbejde med den kommunale demenskonsulent ved beboere med særligt svære situationer, og at der på plejecentret samarbejdes med den faste demensvidensperson samt med de medarbejdere på demensafsnittet, som har forskellige demensfaglige uddannelser og en lang praktisk erfaring. Den demensfaglige indsats er ikke tydeligt dokumenteret.

I forhold til fokusområdet om særlige foranstaltninger ved døre, skjulte udgange/havelåger/hegn mv., ses der almindelige lovlige udgange til fællesområder med fx snoretræk ved hovedindgangen.

2.4 Tilsynets anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

1. Tilsynet anbefaler, at indsatsen omkring dokumentationen skærpes, og at der rettes en særlig opmærksomhed på at sikre, at døgnrytmeplaner indeholder handlevejledende og individuelle beskrivelser. Dertil anbefales det, at planerne fremstår overskuelige med samlende beskrivelser for dag, aften og nat. Desuden anbefales det, at der rettes fokus på at sikre, at funktionsevnetilstande er aktuelle og opdaterede, at handleanvisninger oprettes, når det er fagligt relevant, og at opfølgende indsatser dokumenteres, når der identificeres mulige sundhedsproblematikker.
2. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt sikres fokus på, at rammerne for mad og måltider fremstår hjemlige, og at medarbejdere og køkkenmedhjælpere fastholder deres roller ved deltagelse i måltiderne, herunder morgenmaden.
3. Tilsynet anbefaler, at der skabes faglig refleksion med medarbejderne omkring indbyrdes faglig og professionel kommunikation, og hvilken betydning kommunikationen har som helhed, herunder kommunikationens indflydelse på stemning og velvære for beboerne.
4. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssigt sikres, at der skabes de nødvendige rammer, og at der arbejdes systematisk med tidlig opsporing, triagering og opfølgning efter de gældende retningslinjer, og at årsag til triagering er angivet.
5. Tilsynet anbefaler, at der rettes et fokus på den demensfaglige indsats, så indsatsen fremgår tydeligt af dokumentationen.

3. Medicinkontrol

3.1 Overordnet vurdering

BDO har i forlængelse af tilsynet på Plejecenter Trongården foretaget medicinkontrol hos tre 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 ikke i tilstrækkelig grad følger gældende retningslinjer og procedurer for medicinhandling i forhold til at sikre korrekt håndtering af beboernes medicin. Det vurderes, at Plejecenter Trongården fortsat har udfordringer i medicinhandlingen, svarende til anbefalinger fra 2022, og at der dertil også er fundet en dispenseringsfejl.

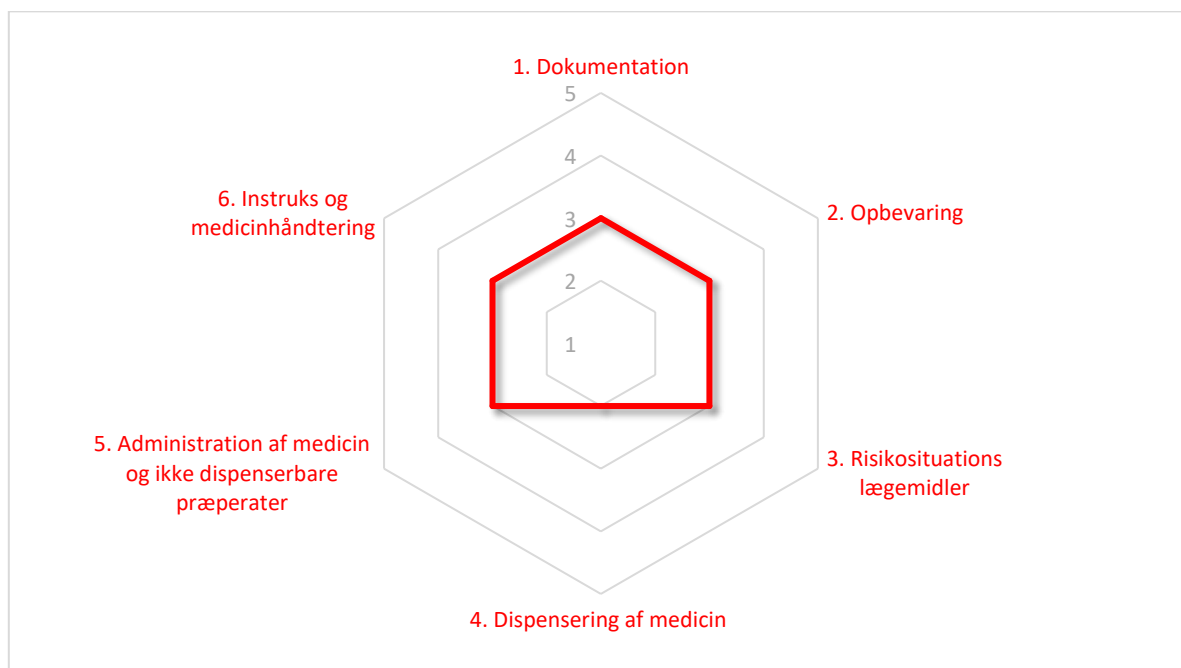
Tilsynet har konstateret en del mangler i forhold til dokumentation, opbevaring, risikosituationslægemidler, administration af medicin og ikke dispenserbare præparater samt instruks for medicinhandling. Dertil at der for området dispensering af medicin findes flere mangler, som det vil kræve en målrettet og systematisk indsats at udbedre.

Derudover bemærkes det, at der for alle de tre medicinlister i bemærkningsfeltet til samtlige præparater fremgår noter om mulige bivirkninger af medicinen. Det er tilsynets vurdering, at der ikke er taget specifikt stilling til relevansen heraf og informationen risikerer at forstyrre overblikket på medicinlisten.

Tilsynet vurderer, at det kræver en intensiv ledelsesmæssig indsats i forhold til fx undervisning, faglig støtte og praktisk vejledning for at komme i mål med medicinhandlingsopgaven.

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

3.3.1 Dokumentation - Score 3

Tilsynet vurderer, at plejecentret i middel grad lever op til indikatorerne for dokumentation i forhold til medicinområdet.

Det lægges til grund for vurderingen:

- At der i to af de tre stikprøver ikke er overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og medicinlisten for et præparat.
- At medicinlister er opdaterede.
- At der ikke foreligger opdaterede medicinaftaler efter gældende retningslinjer, hvor der for et præparat, risikosituationslægemiddel opioid, ikke foreligger en plan for behandling, og der for et andet præparat, antipsykotikum, ikke foreligger en plan for behandling eller aftrapning.
- At medarbejderne kan redegøre for retningslinjer for dokumentation af medicin.

3.3.2 Opbevaring - Score 3

Tilsynet vurderer, at plejecentret i middel grad lever op til indikatorerne for opbevaring af medicin.

Det lægges til grund for vurderingen:

- At den ordinerede medicin opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende, inkl. pn medicin, hvor der dog i en stikprøve ses opbevaring af to præparater, som ikke fremgår af medicinlisten. I en anden stikprøve opbevares en løs tirsdagsæske uden for ugemapperne, som er doseret med aktuel medicin. Dette lever ikke op til sikker medicin håndtering, herunder dispensering, da den løse æske virker tilfældig, og det ikke kan vides, hvornår den er dispenseret.
- At holdbarhedsdatoer er overholdt på faste medicinske præparater.
- At ugedoseringsæsker med ophældt medicin er mærket korrekt.
- At der er angivet anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed efter åbning, inkl. pn medicin.
- At pn medicin er mærket korrekt.
- At der ikke er overensstemmelse mellem pn medicinliste og beboers pn beholdning, hvor der i et tilfælde ses opbevaring af pn medicin i pose, som ikke fremgår af aktuel medicinliste.
- At ophældt pn medicin er mærket med præparatets navn, styrke og dosis samt dato for opbevaring og udløbsdato.
- At medarbejderne kan redegøre for korrekt mærkning af pn medicin.
- At medarbejderne kan redegøre for retningslinjer for korrekt opbevaring af medicin.

3.3.3 Risikosituationslægemidler - Score 3

Tilsynet vurderer, at Plejecentret i middel grad lever op til indikatorerne for arbejdet med risikosituationslægemidler.

Det lægges til grund for vurderingen:

- At medarbejderne på korrekt vis henviser til, at det er sygeplejerskens ansvar at håndtere risikosituationslægemidler (der er ikke en sygeplejerske med ved interviewet).
- At der af dokumentationen ikke fremgår, hvilke aftaler der er med behandlingsansvarlig læge omkring behandlingen med det enkelte risikosituationslægemiddel jf. retningslinjer på området.

3.3.4 Dispensering af medicin - Score 2

Tilsynet vurderer, at Plejecentret i lav grad lever op til indikatorerne for dispensering af medicin.

Det lægges til grund for vurderingen:

- At der ikke er overensstemmelse mellem ordineret medicin/medicinliste og den ophældte medicin, hvor der i et tilfælde ses en manglende tablet i en æske i aften-medicinen.
- At medarbejderne kan redegøre for retningslinjer for dispensering, men at de ikke i tilstrækkelig grad udfører egenkontrol og efterlever retningslinjerne i forbindelse med dispensering af medicin.
- At beboerne er tilfredse med håndteringen af medicinen.

3.3.5 Administration af medicin og ikke dispensérbare præparater - Score 3

Tilsynet vurderer, at plejecentret i middel grad lever op til indikatorerne for administration af medicin og ikke dispensérbare præparater.

Det lægges til grund for vurderingen:

- At ophældt medicin er mærket korrekt.
- At uddelt medicin ikke er kvitteret tidstro i journalen på tilsynstidspunktet, hvor der blandt andet kvitteres for morgenmedicin kl. 11.38 og 13.44, og for et præparat er der ikke kvitteret. For middagsmedicin kl. 12 kvitteres der kl. 13.10.
- At beboerne er inddragede i og trygge ved medicinadministrationen.
- At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for administration af medicin.

3.3.6 Instruks og medicin håndtering - Score 3

Tilsynet vurderer, at Plejecentret i middel grad lever op til indikatorerne for instruks og medicin håndtering.

Det lægges til grund for vurderingen:

- At ledelsen orienterer om, at medarbejderne er bekendte med medicin håndteringsinstrukser, og at de følger disse i hverdagen, herunder de gældende retningslinjer for risikosituationslægemidler samt de gældende retningslinjer for antipsykotisk medicin.
- At medarbejderne teoretisk kan redegøre tilstrækkeligt for gældende instrukser og retningslinjer for medicin håndtering, men, jf. fund, ikke i tilstrækkelig grad formår at anvende denne viden i praksis.

3.4 Tilsynets anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

1. Tilsynet anbefaler, at der til enhver tid sikres overensstemmelse mellem handelsnavn på præparaterne i medicinbeholdningen og medicinlisten.

2. Tilsynet anbefaler, at der foreligger opdaterede medicinaftaler efter gældende retningslinjer ved behandlingsplaner ved risikosituationslægemidler og planer for aftrapning ved antipsykotisk medicin.
3. Tilsynet anbefaler, at den ordinerede medicin opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende, inkl. pn medicin, og at der kun opbevares medicin i medicinbeholdningen, som fremgår af medicinlisten, samt at ikke aktuel medicin opbevares adskilt i dertil hørende poser eller destrueres.
4. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssigt sikres, at når der arbejdes med risikosituationslægemidler, synliggøres det fx ved dokumentation eller på medicin-opbevaringskasser, jf. anbefalingerne på området.
5. Tilsynet anbefaler, at der sikres overensstemmelse mellem ordineret medicin/medicinliste og den ophældte medicin, fx at der arbejdes målrettet med egenkontrol i forbindelse med dispensering af medicinen.
6. Tilsynet anbefaler, at der sikres tidstro kvittering for administreret medicin, så det ses, at medicinen uddeles til tiden.
7. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter indsatser, der sikrer, at medarbejderne er bekendt med og følger instrukserne for medicinhåndtering, herunder de gældende retningslinjer for risikosituationslægemidler samt gældende retningslinjer for antipsykotisk medicin.

4. Vurderingsskema

I tilsynene i Gribskov 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 tilbagemeldingen 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>
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.

