



# Tilsynsrapport Gribskov Kommune

Center for Sundhed og Omsorg  
Plejecenter Trongården

Uanmeldt tilsyn, inkl. medicinkontrol  
April 2024

# Indhold

|  |    |
|--|----|
| Indhold.....                             | 2  |
| Forord.....                              | 3  |
| 1. Oplysninger om tilsynet .....         | 4  |
| 1.1 Aktuelle vilkår .....                | 4  |
| 1.2 Opfølgning.....                      | 5  |
| 2. Helhedstilsyn.....                    | 7  |
| 2.1 Overordnet vurderinger .....         | 7  |
| 2.2 Score .....                          | 7  |
| 2.3 Vurdering i forhold til temaer ..... | 8  |
| 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. Vurderingskema .....                  | 15 |
| Om BDO.....                              | 16 |

## Forord

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

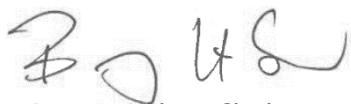
Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete plejecenter.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra den indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

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

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen



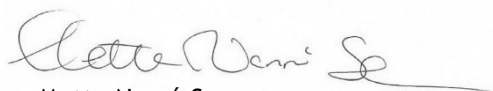
Birgitte Høberg Sloth

*Partner*

Mobil: 28 10 56 80

Mail: bsq@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 tilsynet

## Generelle oplysninger om tilsynet

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

Ledelsen: Lise Charlotte Elley (konstitueret centerleder) og Heidi Mørck (leder af demensafsnit Skrænten + aktivitetscenter)

Antal boliger: 48 boliger + 4 midlertidige pladser

Dato for tilsynsbesøg: Den 2. april 2024

### Deltagere i interviews:

- Plejecentrets ledere Lise Elley og Heidi Mørck samt Charlotte Milton (Virksomhedsleder af Pleje Gribskov) og Lotte Gille (Sygeplejefaglig leder)
- Tilsynsbesøg hos tre beboere
- Gennemgang af dokumentation hos tre beboere
- Gruppeinterview med tre medarbejdere (en social- og sundhedshjælper og to social- og sundhedsassistenter)

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:

Louise Chandais - Manager og Sygeplejerske

Mette Norré Sørensen - Director og Sygeplejerske

## 1.1 Aktuelle vilkår

Siden sidste tilsyn er der sket en organisationsændring med en ny ledelse. Der er nu en konstitueret Centerleder og en leder for demensafsnittet 'Skrænten' og aktivitetscenteret. Ledelsen beretter om, at der arbejdes med at finde frem til rette organisering på sigt, og at nuværende organisering er en del af en proces, som løbende evalueres.

Ledelsen fortæller, at der er enkelte vakante stillinger fordelt på de forskellige vagtlag, men at det generelt er blevet nemmere at få besat stillingerne med faglærte medarbejdere. Aktuelt er der en centersygeplejerske ansat, og der er et ønske om at rekruttere en basissygeplejerske eller flere. Der benyttes timelønnede ufaglærte vikarer til at dække vagterne, og kun eksterne faglærte vikarer, hvis det vurderes, at der ikke er de rette kompetencer til stede i vagtlaget.

Ledelsen beretter om, at der generelt er en kulturforandring i gang, og at der er stort fokus på at arbejde mere på tværs, både lokalt og med Helsingegården. Der er stor ledelsesbevågenhed på kerneopgaven og kvalificering af denne.

Ledelsen fortæller om tiltag, der har styrket rekruttering og fastholdelse af medarbejderne gennem den sidste periode. Blandt andet har der været et samarbejde med VUC i 2023 mht. afholdelse af kursusforløb for at styrke medarbejdere med et behov for at optimere dansk- og matematikundskaber.

Ledelsen fortæller om arbejdet med projektet 'Frie rammer', som omhandler at give plejecentret og medarbejderne mere frihed til at tilrettelægge arbejdet via ønskeplaner med håb om, at det giver mere tid hos beboerne og mere arbejds glæde hos medarbejderne. Ledelsen beretter om et fortsat arbejde med 'I sikre hænder' og at der er planer om at kompetenceudvikle både ledere og medarbejdere via Forbedringsagentuddannelsen.

Ledelsen fortæller, at der gennem det sidste år er arbejdet med at optimere medarbejdernes faglige kompetence inden for demensområdet, blandt andet ved, at medarbejderne har gennemført kursus i 'Nænsom nødværge, og arbejdet med redskaberne fra 'Demens rejseholdet' for at øge beboernes trivsel.

Siden sidste tilsyn er der sket en ændring i boligantallet, idet syv boliger er overgået til Center for Sociale Indsats, og dette har medført, at der er færre beboere med sociale problemer på de midlertidige pladser. Aktuelt er der fire boliger på de midlertidige pladser.

## 1.2 Opfølgning

Ved sidste års helhedstilsyn modtog plejecentret anbefalinger rettet mod; dokumentation af døgnrytmeplaner og funktionsevnetilstande, rammerne for måltidet, medarbejdernes indbyrdes kommunikation, tidlig opsporing og triage samt dokumentation for den demensfaglige indsats.

Lederne beskriver, at der er arbejdet massivt med at optimere dokumentationen, og at der blandt andet er arbejdet med at skrive døgnrytmeplanerne i 'jeg form', som har medført, at døgnrytmeplanerne nu opleves langt mere personlige og handlevejledende, set ud fra beboerens perspektiv. Medarbejderne har enkeltvis fået individuel vejledning og tid til dette arbejde via støtte fra centerlederen. Derudover har der været tilkøbt konsulenthjælp fra en privat sygeplejerske, som har gennemgået journalerne sammen med medarbejderne. Der har været generel undervisning i dokumentationen, og det er et tema, der oftest drøftes på de faglige møder. Derudover italesætter ledelsen dokumentationsopgaven som værende en naturlig del af driften, og at opgaven tydeliggøres ved at benytte begrebet 'at gå *til* dokumentation' frem for 'at gå *fra* til dokumentation'.

Ledelsen fortæller om en løbende ledelsesbevågenhed på, om måltidet afvikles i gode rammer, blandt andet ved at sikre, at fjernsynet er slukket, og at medarbejderne har en klar rollefordeling med opgaverne under måltidet.

Ledelsen fortæller, at der generelt er fokus på kulturen og kommunikationen på plejecenteret, og at regler og retningslinjer for ytringer har været italesat, hvilket har optimeret den gode stemning og det psykiske arbejdsmiljø.

Ledelsen beretter, at arbejdet med triagering og tidlig opsporing har fyldt en del det sidste år, blandt andet ved at benytte 'I sikre hænder' og indførelse af faste triageringsmøder flere gange ugentligt. Derudover er der indført fast dokumentationspraksis med daglige observationsnotater på beboere, der er triagerede gule og røde.

Ledelsen fortæller vedrørende demensområdet, at der er indført systematiske beboerkonferencer for beboerne på demensafsnittet, hvor beboernes trivsel monitoreres via Blomsten på e-tavlen, og at der arbejdes med at dokumentere pædagogisk tilgang og handlinger i døgnrytmeplanerne efterfølgende. Derudover har alle medarbejdere været igennem et kursusforløb med nænsom nødværge.

Ved sidste års tilsyn på medicinkontrol modtog plejecentret anbefalinger i forhold til; overensstemmelse mellem handelsnavn og medicinlisten, dokumentation for behandlingsplaner og nedbringelse af anti-psykotisk medicin, opbevaring af medicin, opmærksomhed på risikosituationslægemidler, medicindispensering, tidstro kvittering for administreret medicin samt medarbejdernes viden om medicinhåndteringsinstruksen.

Ledelsen fortæller, at der nu er indført en arbejdsgang med brug af dispenseringsmodulet i Nexus, og at dette har gjort det nemmere for medarbejderne at sikre det korrekte handelsnavn på præparaterne, og at der nu laves egenkontrol efter dispenseringen. Derudover sørger både leder, sygeplejerske og farmakonom for at lave stikprøvekontroller på medicindispenseringen.

Ledelsen fortæller, at der er faste plejecenterlæger, og at de altid vil indgå i dialog om nedtrapning med anti-psykotisk medicin, men at det er ledelsens hovedansvar at sikre dette. Derudover er det italesat, at medarbejderne skal dokumentere behandlingen i helbredstilstande i journalen.

Ledelsen fortæller om en større indsats, rettet mod en øget opmærksomhed på risikosituationslægemidler, og at alle medarbejderne har set Styrelsen for Patientsikkerheds oplysningsfilm om præparaterne, og at der

er indført en praksis med at synliggøre lægemidlerne på medicinlisten ved at skrive i bemærkningsfeltet, samt at have skilte på medicinkassen med en label.

Ledelsen fortæller, at det ikke længere er et problem med opbevaring af andre sager i medicinbeholdningen, da plejecentret har et fælles medicinrum, og at det kun er den dispenserede medicin, der opbevares i boligen. Medicinen er adskilt i aktuel, ikke-anbrudt aktuel og pn medicin via farvede poser med mærkning.

Ledelsen fortæller, at der fortsat er stort fokus på, at medarbejderne skal kvittere tidstro for administreret medicin, og at der foregår en aktuel proces med at fjerne medicinskemaerne i papirform. Fremadrettet skal det kun være muligt at tilgå medicinlisten via telefon eller tablet for medarbejderne. Ledelsen supplerer til sidst med, at arbejdet med at sikre, at medarbejderne har kendskab til medicinbehandlingsinstruksen, er en fast del af introduktionsprogrammet for alle nyansatte, samt at der er daglig italesættelse om at orientere på intranettet eller i instruksmappen.

## 2. Helhedstilsyn

### 2.1 Overordnet vurderinger

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 kvalitetstandarder 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 lever op til Gribskov Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau, dog er det tilsynets vurdering, at dokumentationen på servicelovsydelser kan optimeres, idet funktionsevnetilstande ses mangelfulde i forhold til beskrivelse af funktionsnedsættelsen.

Det er tilsynets vurdering, at hjælpen til pleje og støtte og praktisk hjælp leveres med en god faglig kvalitet, og at beboerne er meget tilfredse med hjælpen, og føler sig trygge i hverdagen, samt oplever kontinuitet og mulighed for selvbestemmelse og anvendelse af egne ressourcer i det omfang, de ønsker. Tilsynet vurderer dog, at fællesarealerne kan udgøre en risiko for fald ved regnvejr, idet der siver regnvand ind gennem taget og ned på gulvet. Ledelsen oplyser, at der er en proces i gang med at løse dette.

Tilsynet vurderer, at beboerne udtrykker stor tilfredshed med madens kvalitet samt muligheden for inddragelse i måltidet. Tilsynet vurderer dog, at der er en forskel på støjniveauet og oplevelsen af hjemlig hygge imellem afdelingerne, idet der på én afdeling opleves en rolig og hjemlig atmosfære, og at der på de andre afdelinger er larm fra køkkenet og mindre forstyrrelser fra et tændt fjernsyn i baggrunden.

Det er tilsynets vurdering, at plejecentret har gode rammer og muligheder for varierende aktiviteter og vedligeholdende træning, og at størstedelen af beboerne profiterer godt af dette, dog vurderer tilsynet, at der skal rettes en opmærksomhed på at sikre flere aktiviteter i de enkelte afdelinger, der individuelt er målrettet beboerne, samt at synliggøre aktiviteterne for både medarbejderne og beboerne.

Det er tilsynets vurdering, at der på fællesarealer og i den nære kontakt med beboerne observeres en venlig og imødekommende kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side samt en respektfuld og anerkendende omtale af beboerne indbyrdes medarbejderne imellem.

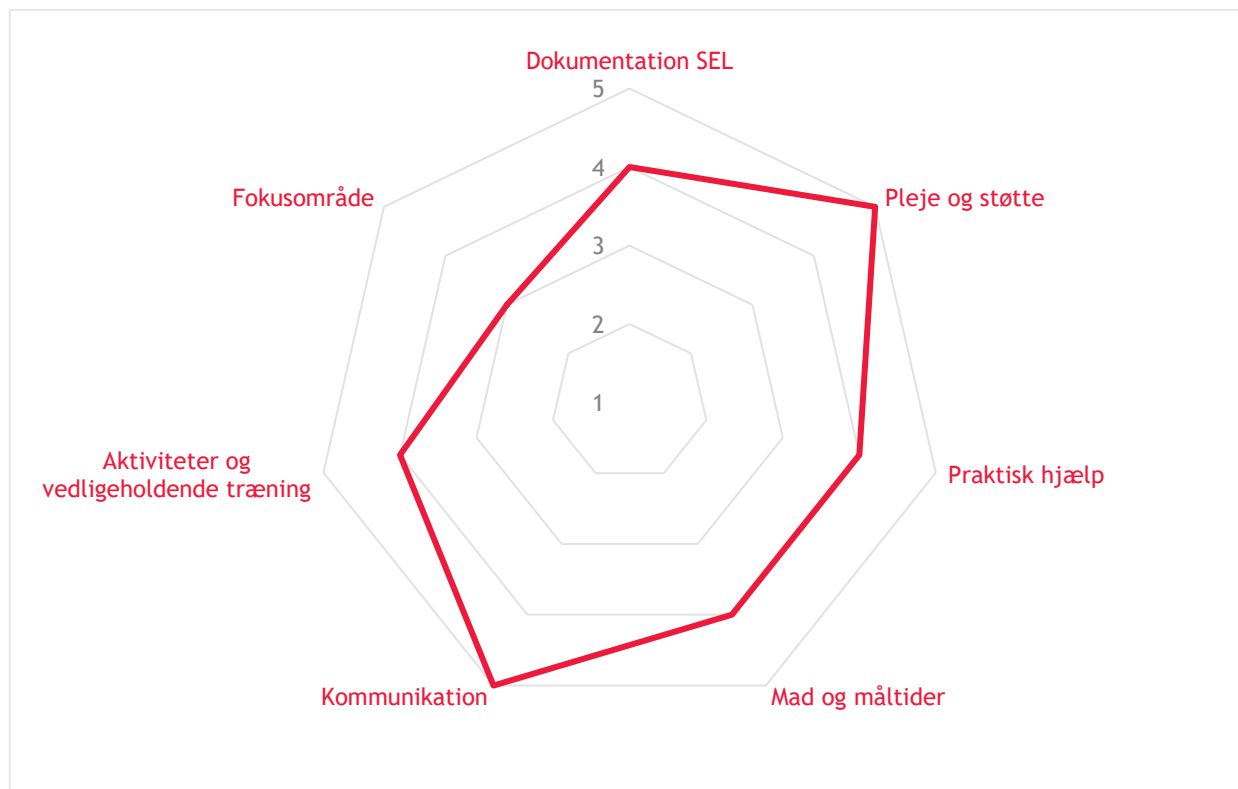
Det er tilsynets vurdering, at plejecentrets indsats i forhold til tidlig opsporing og triage generelt sker systematisk og konsekvent, dog vurderer tilsynet, at dokumentationen for RSS-test ikke er konsekvent, og at baggrunden for triageringsniveau ikke fremstår tydeligt i omsorgsjournalen alene, idet en del af dokumentationen også foregår på den elektronisk tavle i de enkelte afdelinger.

Det er tilsynets vurdering, at plejecentrets indsats i forhold til håndtering af beboere med demens har de rette rammer og arbejdsgange til at kunne udføre en omsorgsfaglig pleje og støtte til beboere med demens, samt at medarbejderne redegør for og anvender faglig teori og pædagogiske tilgange til at sikre beboernes trivsel.

Tilsynet vurderer, at plejecentrets indsats og samarbejde med lægerne om nedbringelse af anti-psykotisk medicin hos beboere med demenssygdom ikke fremstår tydeligt i dokumentationen, men at det indgår som et naturligt fokus på beboerkonferencerne og ved dialog med plejecenterlægen.

### 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 SEL - Score 4

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

Plejecentret arbejder målrettet med dokumentationen, som understøtter kvaliteten i daglig praksis, med en klar ansvarsfordeling i forhold til at dokumentere og opdatere dokumentationen, hvor det primært er social- og sundhedshjælperne, der sikrer en systematisk opdatering af døgnrytmeplan og funktionsevnetilstande.

Medarbejderne kan med stor faglig indsigt, og på en reflektiv måde, redegøre for arbejdet med dokumentationen, f.eks. hvorledes oplysninger til brug for dokumentationen indsamles via indflytningssamtalen, og hvordan brugbare og relevante oplysninger skal beskrives i døgnrytmeplanerne, så støtten og plejen tager udgangspunkt i beboernes ønsker og behov samt en opmærksomhed på forebyggelige sygeplejeindsatser.

Dokumentationen fremstår overordnet opdateret og fyldestgørende, og den er opbygget med en god systematik, ligesom dokumentationen indeholder afvigelser i beboernes tilstand.

Beboernes behov for pleje og omsorg er beskrevet i døgnrytmeplanerne med udgangspunkt i beboerens helhedssituation og ressourcer og med fokus på den pædagogiske tilgang. Døgnrytmeplanerne fremstår handlingsvejledende samt meget individuelle og nærværende, idet teksten er skrevet i 'jeg-form' fra beboerens perspektiv.

Beboernes aktuelle funktionsevnetilstande er relevant oprettede, og de har sammenhæng med den øvrige dokumentation, dog er beskrivelsen af flere af funktionsnedsættelserne ikke tilstrækkelig og konkret beskrevet. Enkelte af funktionsevnetilstandene er ikke opdaterede, idet de er fra før indflytningen på plejecenteret.

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, og at de er meget tilfredse med måden, plejen udøves på. Beboerne er ligeledes trygge ved indsatsen, og oplever, at der er kontinuitet og fleksibilitet i hjælpen, samt at aftaler overholdes. Beboerne oplever at have mulighed for at anvende egne ressourcer under plejen.

Medarbejderne sikrer, at beboerne modtager den nødvendige pleje og støtte, samt at der arbejdes med at skabe kontinuitet og tryghed, bl.a. ved at sikre fast personale hos komplekse beboere med nedsat kognitiv funktion og generelt ved hjælp af kontaktpersonordningen. Medarbejderne sikrer den nødvendige viden om beboerne ved at orientere sig i omsorgsjournalen og ved at afholde daglige møder med faglig sparring og planlægning af opgaverne, og de kan redegøre for, at der reageres på ændringer i beboernes tilstand.

Pleje og omsorg leveres efter en god faglig standard, og medarbejderne kan redegøre for, hvordan et rehabiliterende sigte indgår i det daglige samarbejde om plejen sammen med beboeren, f.eks. ved at nævne, at beboeren udfører de dele af en badesituation, de har ressourcer til.

Beboerne er velsoignerede, og de opleves veltilpasse, og den hygiejnemæssige standard er forsvarlig.

### 2.3.3 Praktisk hjælp - Score 4

Tilsynet vurderer, at plejecentret i 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, f.eks. ved, at de selv udfører lettere rengøring i boligen. En beboer nævner specifikt at være meget tilfreds med hjælpen til at holde sine planter og friske blomster.

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. Medarbejderne kan redegøre for brug af værnemidler og arbejdsgange ved særlig smitterisiko.

Medarbejderne har fokus på den rehabiliterende tilgang, og de giver beboerne mulighed for at løse de opgaver, de har ressourcer til. Den hygiejniske standard i boligen svarer til beboernes levevis, behov og livsstil, og derudover ses beboernes hjælpemidler rengjorte.

Fællesarealerne på plejecentret er lyse og indbydende, og de ses generelt rene og ryddelige, dog er der i store dele af bygningen større plamager af vand på gulvet, idet det drypper ind fra taget ved regnskyl. Det vurderes, at disse 'vandpytter' udgør en fare for at glide og at komme til skade for alle, der bevæger sig rundt på plejecentret.

### 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. Beboerne har mulighed for at bidrage i forhold til forberedelse af måltidet, f.eks. med borddækning, og de involveres i valg af menu.

Medarbejderne kan redegøre for beboernes indflydelse på mad og måltider, og hvordan der skabes gode rammer for måltidet ved at facilitere samtale omkring bordet og sørge for en rolig og hyggelig stemning. Medarbejderne arbejder rehabiliterende under måltiderne, og de inddrager beboernes ressourcer i det omfang, beboerne ønsker det.

Tilsynet observerer kort frokostmåltiderne på de tre afdelinger. Der er stor forskel på afviklingen af måltiderne, hvor der på en afdeling observeres, at beboerne sidder samlet ved små borde, og der er en meget hjemlig atmosfære. Beboerne kender hinanden, og det er tydeligt, at de er placerede i forhold til deres kognitive niveau. Der sidder medarbejdere ved alle bordene, der faciliterer samtale, og hjælper

beboerne med sufficient indtag. En beboer er skærmet i et andet rum, og sidder for sig selv og spiser, hvilket virker i overensstemmelse med beboerens behov. Et andet måltid, der afvikles i caféen, fremkommer mindre hjemligt, da rummet er stort, og der er en del larm fra køkkenet. I den tredje afdeling sidder beboerne ved langborde, lidt forskudt af hinanden. Der er pyntet op med blomster og påskepynt på bordene. Det observeres, at fjernsynet er tændt under måltidet, og først bliver slukket lige før desserten. Nogle borde er anrettede med et rehabiliterende sigte, idet der ses fade og kander, som beboerne selv kan forsyne sig fra, og ved andre borde tilbydes beboerne tallerkenserivering, da det er tilpasset deres behov.

### 2.3.5 Kommunikation - Score 5

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

Beboerne oplever, at der er en god omgangstone, og at medarbejdernes adfærd er respektfuld. Kommunikationen målrettes og tilpasses den enkelte beboers tilstand og individuelle behov.

Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en refleksiv måde redegøre for, hvordan der sikres en respektfuld adfærd og anerkendende kommunikation ved bl.a., at anvende øjenkontakt, udvise tålmodighed, have et indbydende kropssprog og at tale tydeligt i kontakten med beboerne. Medarbejderne kan redegøre for at tilpasse kommunikationen til beboere med nedsat kognitiv funktion og med udgangspunkt i beboernes livshistorie og oplevelser.

Tilsynet observerer generelt en varm og imødekommende atmosfære på plejecentret, og ved rundgang i afdelingerne opleves en venlig og ligeværdig omgangstone mellem medarbejderne og beboerne, f.eks. opleves en beboer, der kommer kørende i sin kørestol, og som giver udtryk for smerter, hvor en medarbejder straks sætter sig på hug, etablerer øjenkontakt, og fører en lavmælt dialog med beboeren omkring smerteproblematikken.

### 2.3.6 Aktiviteter og vedligeholdende træning - Score 4

Tilsynet vurderer, at plejecentret i høj grad lever op til indikatorerne for aktiviteter og vedligeholdende træning.

Beboerne er generelt tilfredse med tilbuddet om aktiviteter, og de finder, at tilbuddet passer til deres behov og ønsker. En beboer kan ikke svare, grundet nedsat kognitiv funktion, men beboeren tilkendegiver at være yderst tilfreds med at befinde sig i fællestuen, hvor der afspilles musik.

Beboerne tilbydes vedligeholdende træning, der svarer til deres behov og ønsker. En beboer, der opholder sig på de midlertidige pladser, fortæller om faste ugedage med træning, samt hvorledes beboeren selv holder funktionen af benene ved lige ved hjælp af en ben-cykel i boligen.

Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes større aktiviteter og fælles arrangementer planlægges og udføres i forhold til beboernes ønsker og behov. På en af afdelingerne fortæller medarbejderne, at der tilbydes mindre og målrettede aktiviteter på afdelingen, der tager hensyn til beboernes kognitive funktioner, f.eks. erindringsspil, fællessang, læse gamle aviser og spille brætspil. På de to andre afdelinger tilbydes der ikke i samme omfang mindre og målrettede aktiviteter til beboerne, men det oplyses, at der ofte ses film om eftermiddagen til kaffen.

På tilsynsdagen observeres der ingen aktivitet, og der ses en gammel aktivitetsplan fra marts måned på en af afdelingerne. Det observeres, at flere af aktiviteterne, som fremgår af aktivitetsplanen, ikke er målrettet beboerne, men er undervisning og oplysning om stuegang til medarbejderne.

### 2.3.7 Årets fokusområde: Triage og tidlig opsporing samt beboere med demens - Score 3

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

Beboerne opleves triagerede, jf. Gribskovs Kommunes retningslinjer på området, dog fremstår det uklart i omsorgsjournalen, hvilket grundlag beboerne er triagerede ud fra, idet den elektroniske tavle i afdelingerne bruges som det primære triageringsredskab. Triageringskategori og -tidspunkt ses i omsorgsjournalen, og årsag samt opmærksomhedspunkter kan udelukkende ses på e-tavlen.

Medarbejderne har viden om arbejdet i forbindelse med triage, og de kan redegøre for observationer og udarbejdelse af dokumentation på området, idet de nævner, at de dokumenteres i den relevante helbredstilstand samt med fortløbende observationsnotater med opfølgning. Medarbejderne har implementeret systematiske arbejdsgange i forhold til udførelse af triagering, der foregår et par gange på ugentlig basis. Derudover er der på daglig basis morgenmøde med koordinering og planlægning samt opfølgning på beboernes tilstand det sidste døgn.

Medarbejderne kan redegøre for, hvordan der arbejdes med forebyggende tiltag og tidlig opsporing ved at monitorere vægten og at udføre RSS-test hos beboerne på månedlig basis. Dokumentationen fremstår generelt fyldestgørende for vægtmåling, dog ses der mangel på dokumentation for månedlig udførelse af RSS-test. Medarbejderne kan redegøre for, hvornår og hvordan de tværfaglige samarbejdspartnere, såsom diætist og fysioterapeut, involveres i forhold til vægtændring og funktionsnedsættelse.

Medarbejderne kan redegøre for deres faglige overvejelser i deres tilgang til beboere med demenssygdom, og at de udfører hjælpen til støtte og pleje ud fra principperne i den personcentrede omsorg. Medarbejderne fortæller, hvordan de afholder systematiske beboerkonferencer, og at de anvender 'Blomsten' på e-tavlerne til at monitorere trivsel hos beboerne, og dokumenterer udførelsen af hjælpen i døgnrytmeplanerne. Døgnrytmeplanerne fremstår velbeskrevne med relevante beskrivelser af pædagogisk tilgang og vigtige opmærksomhedspunkter, set ud fra beboernes perspektiv, som medvirker til, at døgnrytmeplanerne opleves personlige og meget individuelle.

Dokumentationen fremstår ikke tilstrækkelig og overskuelig ift. behandlingsplanen for nedbringelse af antipsykotisk medicin, idet der hos én beboer i behandling med dette, mangler oplysninger i helbredstilstanden om status samt evaluering på medicinændring og en tydelig plan fremadrettet. I en anden stikprøve, hos en beboer, der er triageret gul, med forværring af kendt helbredstilstand, ses der mangler i dokumentationen ift. beskrivelse af den aktuelle status samt opfølgning og plan.

## 2.4 Tilsynets anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsat har fokus på dokumentation ift. opdatering af funktionsevnetilstande, samt at funktionsevnetilstandene fremstår med en konkret og tydelig beskrivelse af funktionsnedsættelsen, så der kan følges op på tilstanden.
2. Tilsynet anbefaler ledelsen at foretage handlinger, der sikrer, at der ikke forefindes vand på gulvene, som kan bringe både beboere og medarbejdere i unødigt fare for at falde.
3. Tilsynet anbefaler ledelsen fortsat at have fokus på rammerne omkring måltiderne for at understøtte en rolig og hjemlig stemning og uden unødigt forstyrrende larm for beboerne.
4. Tilsynet anbefaler ledelsen at have fokus på, at alle afdelinger har mulighed for at udføre mindre og målrettede aktiviteter for beboerne samt at synliggøre planen med aktiviteter for beboerne.
5. Tilsynet anbefaler ledelsen at sikre en tydeligere dokumentation i omsorgsjournalen ift. årsag for beboernes triageringsniveau samt opfølgning på handlinger.
6. Tilsynet anbefaler ledelsen at målrette en indsats, der sikrer, at der udføres dokumentation for RSS-test på alle beboerne eller sikrer, at det fremgår i journalen, om beboerne kan medvirke til dette.
7. Tilsynet anbefaler ledelsen at målrette en indsats, der sikrer, at dokumentationen fremstår med en overskuelig og tydelig plan for nedbringelse af anti-psykotisk medicin, samt sikrer, at helbredstilstandene generelt beskriver beboernes aktuelle status på sygdommen og behandlingen.

## 3. Medicinkontrol

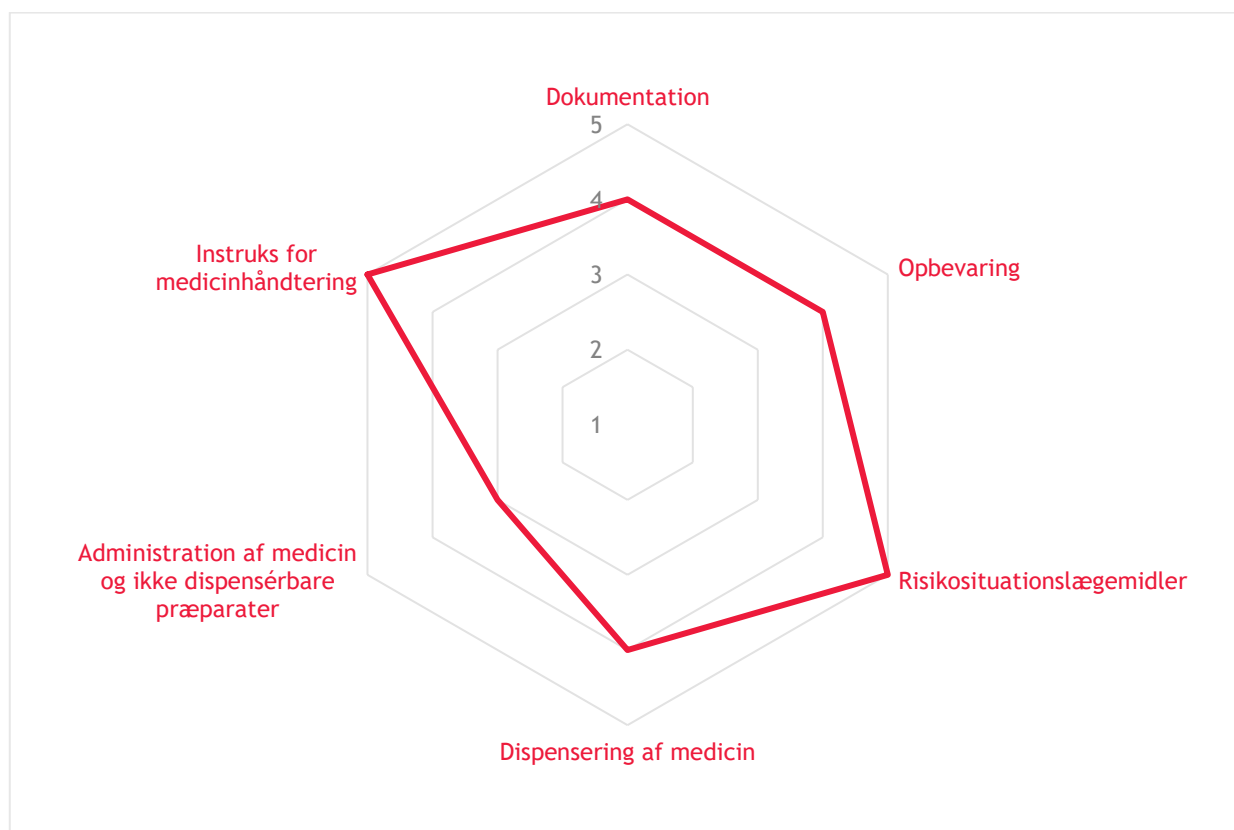
### 3.1 Overordnet vurdering

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 generelt følger gældende retningslinjer og procedurer for medicinhåndtering. Tilsynet vurderer, i forhold til risikosituationslægemidler og instrukser for medicinhåndtering, og at der er en tilfredsstillende praksis på området. Der er fundet enkelte mangler inden for dokumentation, opbevaring, og dispensering, som relativt nemt ville kunne udbedres, og der er fundet en del mangler inden for administration, som tilsynet vurderer, kan udbedres med en målrettet indsats.

### 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 4

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

Det lægges til grund for vurderingen:

- At der er overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og medicinlisten, fraset i én stikprøve, hvor der er fire handelsnavne, der ikke stemmer overens.
- At der er overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og medicinlisten.
- At medicinlister er opdaterede.
- At der foreligger opdaterede medicinaftaler efter gældende retningslinjer.
- At medarbejderne kan redegøre for retningslinjer for dokumentation af medicin.

#### 3.3.2 Opbevaring - Score 4

Tilsynet vurderer, at plejecentret i høj 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. I forhold til tre præparater mangler der label på de medicinske præparater i aktuelbeholdningen.
- At der i ét tilfælde opbevares et præparat i aktuelbeholdningen, som ikke længere er aktuelt.
- At holdbarhedsdatoer er overholdt på faste medicinske præparater.
- At ugedoseringsæsker med ophældt medicin er mærkede korrekt, fraset i ét tilfælde, hvor en dosisæske er påført forkert ugedag.
- At der er angivet anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed efter åbning, inkl. pn medicin.
- At pn medicin er mærket korrekt, fraset i en stikprøve, hvor der forefindes tre poser med ophældt pn medicin, hvor det konstateres, at holdbarheden er forkert angivet (kan kun holde i en mdr. efter ophældning, hvor der på posen er skrevet holdbarhedsdato fra den originale pakning).
- At der er overensstemmelse mellem pn medicinliste og beboers pn beholdning.
- At ophældt pn medicin er mærket med præparatets navn, styrke og dosis samt dato for ophældning og udløbsdato.
- At medarbejderen kan redegøre for korrekt mærkning af pn medicin.
- At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for korrekt opbevaring af medicin.

#### 3.3.3 Risikosituationslægemidler - Score 5

Tilsynet vurderer, at plejecentret i meget høj grad lever op til indikatorerne for arbejdet med risikosituationslægemidler.

Det lægges til grund for vurderingen:

- At medarbejderne kan redegøre for, hvordan der arbejdes med risikosituationslægemidler.
- At det fremgår af dokumentationen, at der arbejdes med risikosituationslægemidler, jf. retningslinjer på området.

### 3.3.4 Dispensering af medicin - Score 4

Tilsynet vurderer, at plejecentret i høj grad lever op til indikatorerne for dispensering af medicin  
Det lægges til grund for vurderingen:

- At der er overensstemmelse mellem ordineret medicin og den ophældte medicin, fraset i ét tilfælde, hvor der er dispenseret et præparat, som ikke har den korrekte dosis.
- At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for dispensering.
- At beboerne er tilfredse med håndteringen af medicinen.

### 3.3.5 Administration af medicin og ikke-dispenserbare præparater - Score 3

Tilsynet vurderer, at plejecenteret middel grad lever op til indikatorerne for administration af medicin og ikke dispenserbare præparater.

Det lægges til grund for vurderingen:

- At medicinen er uddelt til tiden.
- At ophældt medicin er mærket korrekt.
- At uddelt medicin er registreret korrekt i journalen på tilsynstidspunktet, fraset at der mangler kvittering i over halvdelen af de gennemgåede kontroller.
- At beboerne er inddragede i og trygge ved medicinadministrationen.
- At medarbejderne kan redegøre for retningslinjer for administration af medicin.
- At der mangler dokumenteret effekt for behandling med anti-psykotisk medicin i én stikprøve.

### 3.3.6 Instruks og medicin håndtering - Score 5

Tilsynet vurderer, at plejecenteret i meget høj grad lever op til indikatorerne for instruks og medicin håndtering

Det lægges til grund for vurderingen:

- At ledelsen sikrer, at medarbejderne er bekendte med medicin håndteringsinstrukser, og at de følger disse i hverdagen
- At medarbejderne kan redegøre for gældende instrukser og retningslinjer for medicin håndtering.

## 3.4 Tilsynets anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

1. Tilsynet anbefaler ledelsen fortsat at have fokus på at italesætte, at de medicinansvarlige medarbejdere skal være opmærksomme på at anvende dispenseringsmodulet og opdatere medicinlisten med de aktuelle handelsnavne.
2. Tilsynet anbefaler ledelsen fortsat at målrette en indsats, der sikrer, at al medicin i beholdningen opbevares korrekt, ved at alle præparater; har påført originaletiket, er adskilt i aktuel og ikke-aktuel medicin, er dispenseret i æske med korrekt ugedags angivelse, og at der påføres korrekt holdbarhedsdato ved anbrud af original emballage.
3. Tilsynet anbefaler ledelsen at italesætte, at de medicinansvarlige medarbejdere til enhver tid skal sikre, at det er det aktuelle præparat med angivet dosis, der dispenseres.
4. Tilsynet anbefaler ledelsen fortsat at målrette en indsats, der sikrer, at al medicin kvitteres tidstro, som angivet i omsorgsjournalen.
5. Tilsynet anbefaler ledelsen at målrette en indsats, der sikrer dokumentation for effekt af behandlingen med anti-psykotisk medicin.

## 4. Vurderingsskema

I tilsynene i Gribskov Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

| Vurdering | Vurderingsgrundlag  |
|-----------|---|
| Score: 5  | <p><b>Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle beboere med ingen eller få mindre væsentlige mangler</li> <li>• Tilsynet har ingen anbefalinger</li> <li>• Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.</li> </ul>  |
| Score: 4  | <p><b>Indikatorerne er i høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af beboerne</li> <li>• Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul>   |
| Score: 3  | <p><b>Indikatorerne er i middel grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af beboerne</li> <li>• En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul>  |
| Score: 2  | <p><b>Indikatorerne er i lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af beboerne</li> <li>• Få elementer i indikatorerne er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul> <p>Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.</p> |
| Score: 1  | <p><b>Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes</li> <li>• Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af beboerne</li> <li>• Der er fare for beboernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul> <p>Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.</p>            |

## Om BDO

BDO er en privat leverandør af rådgivning til de danske kommuner.

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene 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.