

Tilsynsrapport Gribskov Kommune

Center for Social og Sundhed
Plejecenter Bavne Ager

Uanmeldt helhedstilsyn
Inkl. medicinkontrol
August 2020

1. OPLYSNINGER OM PLEJECENTRET OG TILSYNET

| Generelle oplysninger plejecentret og om tilsynet |
|--|
| Navn og Adresse: Bavne Ager Plejecenter, Bavne Ager 1A -1B, 3250 Gilleleje |
| Leder: Inge Fjordside |
| Antal boliger: 72 boliger |
| Dato for tilsynsbesøg: Den 12. august 2020 |
| <p>Deltagere i interviews:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I plejecentrets leders fravær - sygeplejefaglig leder, pædagogisk leder, to ansvarshavende sygeplejersker • Tilsynsbesøg hos tre beboere • Gruppeinterview med tre medarbejdere (en social-og sundhedsassistent, en ergoterapeut og en psykomotoriks terapeut) <p>Der er foretaget rundgang på plejecentret, herunder dialog med medarbejdere og beboere.</p> <p>Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til ledelsen om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.</p> |
| <p>Tilsynsførende:</p> <p>Senior Manager Mette Norré Sørensen, sygeplejerske</p> <p>Senior Manager Margit Kure, sygeplejerske, MHM</p> |

1.1 AKTUELLE VILKÅR

| Aktuelle vilkår |
|--|
| <p>Centret er åbent i medio 2019. Der er siden åbningen foretaget en organisatorisk omstilling, Således er der nu en chef og en sygeplejefaglig afdelingsleder samt ansvarshavende sygeplejerske i hver af de tre afdelinger. Derudover er der pædagoger, fysio- og ergoterapeuter, psykomotoriske terapeuter samt afdelingsleder for eget produktionskøkken. Der er for kort tid siden blevet tilknyttet en centerlæge til stedet.</p> <p>De første 25 medarbejdere som blev ansat var inden centrets åbning igennem et tre ugers introduktionsforløb og øvrige ansatte modtog et fire dages introduktion i værdier, tilgange m.m. og nogle dages introduktion i selve huset og strukturen.</p> <p>Centret oplevede udbrud af Corona samtidig med at Danmark lukkede ned hvilket betød at smitten var kommet ind på centret før nedlukningen for besøgende på plejecentret. Centret formåede at inddæmme smitten til en afdeling og har opmærksomhed på grundig introduktion og sikring af tilgængelige værnemidler.</p> <p>Centret benytter Cura som dokumentationsværktøj, hvor der i opstartsfasen har været flere udfordringer, som først er løst for et par måneder siden. Det har derfor i en periode været nødvendigt at dokumentere på papir. Det er ledelsens oplevelse, at de næsten er i mål med at få dokumentationen elektronisk. Det oplyses, at fire medarbejdere har adgang til Nexus, og kan tilgå relevant dokumentation på beboerne.</p> |

Der arbejdes på at få skabt mere struktur på aktiviteter og få alle medarbejdere i spil omkring indsatsen. Der er en daglig ansvarlig terapeut, som er tovholder på opgaven.

Der tilbydes fast vedligeholdende træning to gange dagligt. Der er også mulighed for selvtræning i redskabsrummet, ligesom beboerne kan tilkøbe træningsydelse.

På hver afdeling er der indrettet et wellnessrum, som kan benyttes i forbindelse med badet eller klippekortordningen. Dertil oplyses tilsynet, at der er fokus på hjemlighed, og at det er tilladt, at beboerne har husdyr med på centret.

1.2 OPFØLGNING

Opfølgning

Det er første gang, at centret har kommunalt uanmeldt tilsyn.

2. HELHEDSTILSYN

2.1 OVERORDNET VURDERING

BDO har på vegne af Gribskov Kommune foretaget et uanmeldt helhedstilsyn på Bavne Ager Plejecenter. 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 Bavne Ager Plejecenter er velfungerende, men at der på flere områder er behov for yderligere indsats, særlig omkring dokumentation, pleje og støtte samt mad og måltider. Centret har foretaget en organisatorisk ændring, og det er tilsynets vurdering, at den nye organisering vil kunne understøtte og styrke den samlede kvalitet i pleje og omsorg til beboerne.

Tilsynet vurderer, at de sundhedsfaglige ydelser, som beboerne modtager på plejecentret, leveres med tilfredsstillende faglig kvalitet, og vurderingen er, at beboerne er meget tilfredse med hjælpen, som svarer til deres behov. Det er samtidig tilsynets vurdering, at medarbejderne kan øge opmærksomheden på beboernes tilstand i løbet af dagen og sikre, at beboernes behov for hjælp og støtte dækkes.

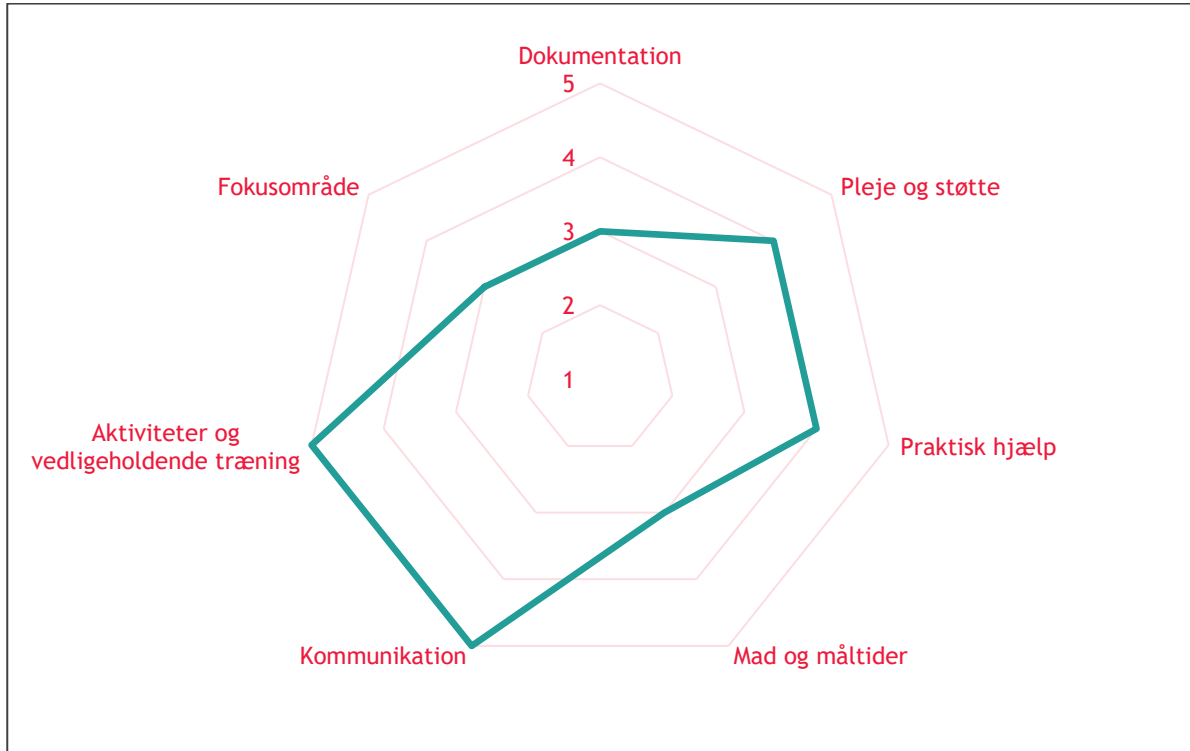
Det er tilsynets vurdering, at plejecentrets indsats i forhold til tidlig opsporing kan styrkes ved i højere grad at sikre systematisk dokumentation for vejning af beboerne samt dokumentation for iværksatte indsatser.

Det er tilsynets vurdering, at der arbejdes med faldforebyggelse og faldudredning, men hvor der samtidig ses manglende systematisk dokumentation på rejse-og-sætte-sig test. Ingen af de besøgte beboere har haft fald.

2.2 SCORE

For hvert overordnede 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 |
|--------------------------|---|
| Tema 1: Dokumentation | Tilsynet vurderer, at plejecentret i middel grad lever op til indikatorerne. Plejecentret er i proces med at udvikle den samlede dokumentation på området. |
| Score: 3 | <p>Der er oprettet besøgsplan på alle beboere, som delvis understøtter kvaliteten i den daglig praksis.</p> <p>To besøgsplaner er opdaterede og beskriver tilfredsstillende og handlingsvejledende beboernes behov for pleje og omsorg samt beboernes fysiske og sociale ressourcer. Hos begge beboere kunne besøgsplanen på enkelte områder være mere beskrivende og handlevejledende, fx omkring hjælp til bad.</p> <p>I den ene besøgsplan mangler beskrivelse af beboernes svækkede hukommelse og behov for tryghed samt beboerens behov for støtte i den forbindelse.</p> <p>Den tredje besøgsplan er sparsom og meget mangelfuld udfyldt i forhold til den pleje og omsorg, beboeren har behov for, samt hvordan beboerens ressourcer fysisk, psykisk og socialt inddrages i opgaveløsningen.</p> <p>Det er ikke muligt at vurdere, om besøgsplanen hos to beboere er fyldestgørende beskrevet, da der kun delvist er udfyldt aktuelle funktionsevnetilstande og helbredstilstande.</p> <p>Der ses ikke eksempler på beskrivelser af afvigelser i beboerens tilstand.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Dokumentationen er generelt beskrevet i et fagligt og professionelt sprog, i et tilfælde ses eksempel på en beskrivelse, som kunne formuleres mere anerkennende.</p> <p>Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter er ansvarlige for udarbejdelse og opdatering af dokumentationen.</p> <p>Medarbejderne redegør for retningslinjer i forhold til dokumentationsarbejdet, og oplyser, at disse er under udarbejdelse. Der arbejdes med undervisning og sidemandsoplæring for at udvikle området.</p> <p>Der arbejdes ikke med elektronisk triagering, men der triageres dagligt i alle tre afdelinger ved triagerings tavle, og ændringer dokumenteres elektronisk</p> |
| <p>Tema 2: Pleje og støtte</p> <p>Score: 4</p> | <p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Beboerne giver udtryk for at få de pleje- og omsorgsydelser, de har behov for, og er meget tilfredse med måden, plejen leveres på. Ved behov for hjælp samt brug af nødkald oplever beboerne, at hjælpen kommer straks.</p> <p>Beboerne er trygge ved indsatsen, som overvejende leveres af faste medarbejdere. Beboerne udtrykker, at medarbejderne opleves som kompetente og grundige, og at de giver sig god tid til opgaven. En beboer nævner dog, at vikarerne ikke altid er lige kompetente.</p> <p>Beboerne oplever, at der er kontinuitet og fleksibilitet i hjælpen.</p> <p>Beboerne oplyser, at aftaler overholdes, og der tages individuelle hensyn i plejen.</p> <p>Beboerne oplever at have mulighed for at anvende egne ressourcer under plejen. En beboer udtaler, at de færdigheder, der kan udvikles og forbedres, bliver beboeren støttet til at træne ekstra med. Anden beboer nyder wellness-rummet hvor beboer får tilbudt klipning, massage og ansigtsbehandling.</p> <p>Medarbejderne sikrer, at beboerne modtager den nødvendige pleje og støtte via dokumentationen, elektronisk opgaveliste, fordeling af opgaver efter kompetencebehov samt daglige triageringsmøder.</p> <p>Omkring hver borger er der organiseret et team af medarbejdere med hver deres forskellige kompetencer, derved sikres kvalitet, kontinuitet og tryghed i pleje og omsorgen.</p> <p>Pleje og omsorg leveres efter en god faglig standard, og medarbejderne kan redegøre for, hvordan et rehabiliterende sigte er integreret i de daglige indsatser. Medarbejderne kan ligeledes redegøre for, hvordan der reageres på ændringer i beboernes tilstand via inddragelse af teamets kompetencer og daglige drøftelser på triageringsmøder.</p> <p>Der er fast beboergennemgang på teammøde hver 3. måned, men et stigende behov gør, at hyppigheden nu er ændret til hver 3. uge.</p> <p>Medarbejderne fortæller, at de hos beboere med særlige problemstillinger inddrager kollegaers kompetencer på centret, men hvor medarbejderne samtidig udtrykker, at de ikke har det fulde overblik over, hvem der besidder hvilke kompetencer, fx ift. demens, terminalpleje psykiatri og misbrug.</p> <p>Beboerne er velsoignerede, og den hygiejnemæssige standard er forsvarlig.</p> |
| <p>Tema 3: Praktisk hjælp</p> <p>Score: 4</p> | <p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i høj grad lever op til indikatorerne.</p> <p>Borgerne oplever at modtage praktisk hjælp, svarende til deres behov. To beboere er meget tilfredse med kvaliteten af den praktiske hjælp, mens en beboer er mindre tilfreds, da der er snavset i hjørnerne. Beboerne inddrages i det omfang, de ønsker, fx med afstøvning og oprydning.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>En beboer nævner desuden til tilsynet, at der savnes en direkte udgang til haven fra boligen og udtrykker, at gangene ligner hinanden, hvorfor det er svært at finde rundt og hen til fællesudgangen.</p> <p>Der er ansat servicemedarbejdere, som varetager rengøringen i boligerne. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en refleksiv måde redegøre for den praktiske hjælp til beboerne, hvor de sikrer den daglige rengøring af fx toilet og håndvask samt oprydning i boligen og har opmærksomheden på, at boligen fremstår pæn og ryddelig, når den forlades.</p> <p>Medarbejderne har fokus på den rehabiliterende tilgang, hvor nogle beboere selv klarer vasketøj, skift af sengelinned, bære skrald ud og lettere rengøringsopgaver.</p> <p>Den hygiejniske standard i boligen svarer til beboernes levevis, behov og livsstil - dog observeres to hjælpemidler mindre rene.</p> |
| <p>Tema 4: Mad og måltider</p> <p>Score: 3</p> | <p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i middel grad lever op til indikatorerne. Beboerne giver udtryk for stor tilfredshed med madens kvalitet, som er velsmagende og veltilrettelagt. Beboerne får løbende valget omkring, hvad og hvor de ønsker at spise deres mad. En beboer oplyser, at madens nyders med de andre beboere i den fælles spisestue tilknyttet afdelingen.</p> <p>Beboerne spiser i de respektive afdelinger, og medarbejderne kan redegøre for beboernes indflydelse på mad og måltider, hvor køkkenchefen jævnligt spørger ind til beboernes ønsker. Medarbejderne har opmærksomhed på at skabe gode rammer for måltidet med opgavefordeling, kontinuitet og værtsrolle, som samlet bidrager til en god stemning og hygge. Beboerne vælger selv snitter fra omdelte fade, og den varme mad serveres i skåle og fade for at inddrage beboernes ressourcer under måltidet.</p> <p>Tilsynet observerer et frokostmåltid.</p> <p>Borgerne sidder ved små borde, og har faste pladser. På alle bordene står små buketter blomster, enkelte buketter er visne. Der står salt/peber og servietter fremme på bordene. Der er små kander med rød saft, som beboerne selv kan skænke fra.</p> <p>Der er en del uro, indtil medarbejderne får sat sig ned mellem beboerne, maden serveres inden alle beboere har sat sig. En beboer spørger ind til, hvilke suppe der serveres, medarbejder, som serverer suppen, kan ikke svare korrekt på spørgsmålet. En beboer ønsker snitter i stedet for suppe, medarbejder giver ikke beboer mulighed for at se fadet, da det er placeret på nederste hylde på serveringsbordet. De beboere, som får hjælp med spisningen, bliver hjulpet på en meget værdig og anerkendende måde</p> <p>Tilsynet observerer, at en beboer på tilsynsdagen ligger i sengen fuldt påklædt. Det er meget varmt, og der er ikke sat drikke frem til beboer. Tilsynet bemærker, at der ikke i besøgsplan er beskrevet beboerens behov for støtte og hjælp til væskeindtag.</p> |
| <p>Tema 5: Kommunikation</p> <p>Score: 5</p> | <p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i meget høj grad lever op til indikatorerne. Beboerne oplever, at der er en god omgangstone, medarbejdernes adfærd er respektfuld og venlig, og beboernes livsførelse og råderum til at være sig selv respekteres. Kommunikationen tilpasses den enkelte beboer, og medarbejderne giver sig tid og er lyttende. En beboer udtrykker, at det altid er muligt at få lidt støtte, når livet er svært.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflekteret måde redegøre for, hvorledes der sikres respektfuld adfærd og anerkendende kommunikation med beboerne. Medarbejderne nævner, at kendskabet til den enkelte beboer er vigtigt, og at beboerne skal føle sig set. Dertil, at kommunikationen er ligeværdig, og at beboerne bliver mødt individuelt.</p> <p>Ved observation kan der konstateres en god og anerkendende tone. Der er mange medarbejdere på fællesarealerne og en venlig og imødekommende atmosfære.</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 meget tilfredse med tilbuddet om aktiviteter og finder, at dette passer til deres behov og ønsker. En beboer lægger karklude og viskestykker sammen og deltager blandt andet i sangklub i afdelingen hver aften og oplever, at dagen flyver afsted. Anden beboer deltager efter eget ønske ikke i aktiviteter, men har indtryk af, at der er mange aktivitetstilbud.</p> <p>Beboerne tilbydes vedligeholdende træning, der svarer til deres behov og ønsker. En beboer ønsker ikke at benytte sig af træningstilbuddet og oplever, at det er nok træning at gå på de lange gange og beboer nyder at hjælpe de øvrige beboere, mens anden beboer går til gymnastik to gange ugentlig.</p> <p>Medarbejderne kan relevant redegøre for, hvorledes aktiviteter planlægges og udføres i forhold til beboernes ønsker og behov. To terapeuter er tovholdere, men alle medarbejdere er ansvarlige for planlægning og afvikling af aktiviteter. Der er aktivitetsplan med årstidens temaer, faste ugentlige aktiviteter og mulighed for spontane tilbud, fx ud af huset i egen bus.</p> <p>Beboerne har ligeledes mulighed for at tilkøbe ydelser i forhold til en aktivitet. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en refleksiv måde redegøre for arbejdet med vedligeholdende træning til beboerne via tilbud om fast ugentlig gymnastik og fysisk træning to gange dagligt.</p> <p>Hos beboere med funktionstab inddrages terapeut, som igangsætter træningsindsats og vedligeholdende indsatser og understøttes af plejen i forbindelse med den daglige opgaveløsning.</p> <p>Det observeres, at der er træning i salen på tilsynsdagen. Desuden bliver tilsynet oplyst, at der er udflugt med bussen</p> <p>Rundt omkring på fællesarealerne ses flere beboerne, nogle sidder og nyder hinandens selskab over en kop kaffe, andre nyder solen på terrassen.</p> |
| <p>Tema 7: Årets fokusområde <i>Tidlig opsporing</i> (Faldudredning, og udførelse og opfølgning på rejse-sætte sig test)</p> <p>Score: 3</p> | <p>Tilsynet vurderer, at plejecentret i middel grad lever op til indikatorerne. Der er dokumenteret systematisk vægt på to beboere, mens dette mangler hos en beboer, som har et lavt BMI. I forhold til denne beboer mangler ligeledes opfølgning enten via notater eller handleanvisning i journalen. Hos en beboer med regelmæssig vejning ses der væg udsving, som ikke er fulgt op af notat eller handleanvisning i journal.</p> <p>Beboerne udtrykker, at de jævnligt bliver vejet og får tilbudt rejse-sætte sig test, jf. Gribskovs Kommunes retningslinjer på området.</p> <p>Medarbejderne har viden om frekvens for vejning samt tilbud om ernærings-screening, og hvorledes der udarbejdes handleanvisning på ernæringsmæssige problemstillinger. Hvis beboeren frasiger sig vejning, bliver dette dokumenteret. Ved vægttab afdækkes årsagen, og køkkenpersonalet inddrages omkring særligt beriget kost.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Der er dokumenteret rejse-sætte-sig test hos to beboere, mens dette mangler hos tredje beboer.</p> <p>Medarbejderne har implementeret systematiske arbejdsgange i forhold til udførelse af rejse-sætte-sig test og er bevidste om at dokumentere, hvis beboer frasier sig indsatsen. Medarbejderne er bekendt med retningslinjer og kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med faldproblematikker.</p> <p>Ingen af de besøgte beboere har haft faldepisoder.</p> |
|--|--|

2.4 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

| Anbefalinger |
|---|
| <p>Anbefaling 1: Tilsynet anbefaler, at kvaliteten af dokumentationen højnes ved at rette fokus på, at besøgsplanerne er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fyldestgørende og aktuelle • handlingsvejledende • og med sammenhæng til funktionsevnetilstande og helbredstilstande |
| <p>Anbefaling 2: Tilsynet anbefaler, at der sikres opfølgning på sundhedsfremmende og forebyggende indsatser - og dette fremkommer af beboernes dokumentation. Herunder arbejdet med handlingsanvisninger hos borgere med ernæringsproblematikker.</p> |
| <p>Anbefaling 3: Tilsynet anbefaler, at der rettes fokus på kompetenceafklaring med det formål, at synliggøre og udnytte centrets tværfaglige kompetencer i pleje og omsorg til beboerne.</p> |
| <p>Anbefaling 4: Tilsynet anbefaler, at der implementeres arbejdsgange, som sikrer, at beboernes hjælpemidler fremstår rengjorte.</p> |
| <p>Anbefaling 5: Tilsynet anbefaler, at der overvejes, hvordan de fysiske rammer kan indrettes i forhold til målgruppen, så beboerne har bedre mulighed for at orientere sig på centret.</p> |
| <p>Anbefaling 6: Tilsynet anbefaler, at der sikres arbejdsgange, så der foregår en kontinuerlig dokumentation af vejning og rejse-sætte-sig test.</p> |
| <p>Anbefaling 7: Tilsynet anbefaler, at der arbejdes med det gode måltid, herunder afklaring af roller og ansvar i forbindelse med måltidet og brug af måltidsværter.</p> |

3. MEDICINKONTROL

3.1 OVERORDNET VURDERING

BDO har i forlængelse af helhedstilsynet på Bavne Ager Plejecenter 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.

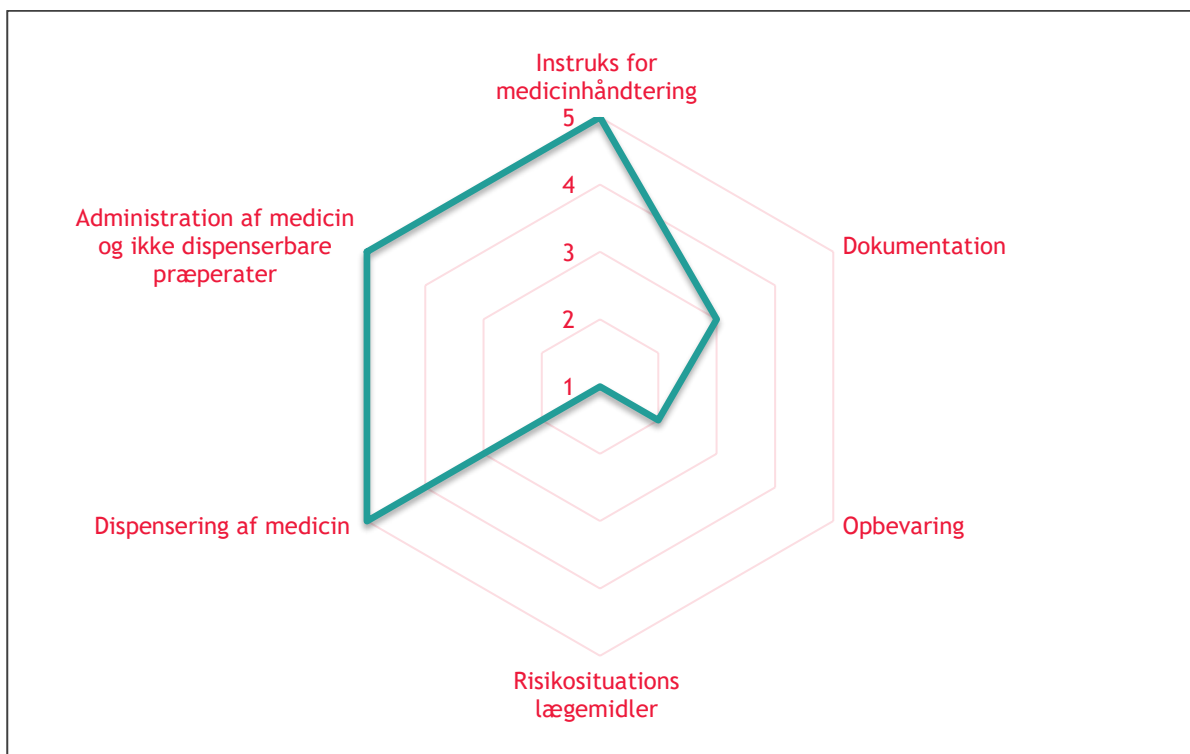
Det er tilsynets vurdering, at plejecentret følger gældende retningslinjer og procedurer for medicinhåndtering i forhold til dispensering og administration og har en tilfredsstillende praksis på disse områder.

Det er samtidig tilsynets vurdering, at der er flere og væsentlige mangler i forhold til dokumentation, opbevaring og risikosituationslægemidler, som har betydning for beboernes sikkerhed - og som vil kræve en målrettet og radikal indsats at ubedre.

3.2 SCORE

For hvert overordnede 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 |
|---|--|
| Tema 1 Dokumentation Score: 3 | Tilsynet vurderer, at plejecentret i middel grad lever op til indikatorerne. Det lægges til grund for vurderingen: <ul style="list-style-type: none"> • At der er overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og medicinlisten i to tilfælde, mens der i et tilfælde er manglende sammenhæng mellem præparatets korrekte handelsnavn og medicinliste • At der generelt ikke foreligger opdaterede medicinaftaler efter gældende retningslinjer. Tilsynet er oplyst, at der er igangsat tiltag i forhold til at få skriftlige aftaler beskrevet i journalen under aktuelle helbredstilstande. • At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for dokumentation af medicin. |
| Tema 2: Opbevaring Score: 2 | Tilsynet vurderer, at plejecentret i lav grad lever op til indikatorerne. Det lægges til grund for vurderingen: <ul style="list-style-type: none"> • At den ordinerede medicin opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende, inkl. pn medicin. • Medicinen opbevares i aflåst skab i medicinrum. Det konstateres, at der ikke i alle tilfælde er orden og struktur, således vender kasserne den forkerte vej, så navn og indhold ikke kan læses. Dertil observeres, at der er taget hul på flere ens præparater, så det ikke er muligt at afgøre, hvilken pakning der er dispenseret fra • At medicin, som ikke er i brug, opbevares adskilt fra medicin, der er i brug (fx i en plastikpose). I et tilfælde er et præparat ikke opbevaret korrekt • 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. I to tilfælde er holdbarhedsdato overskredet i forhold til pn medicin og seponeret medicin • At pn medicin er mærket korrekt • At der er overensstemmelse mellem pn medicinliste og borgers pn beholdning • At medarbejderen kan redegøre for korrekt mærkning af pn medicin • At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for korrekt opbevaring af medicin, hvor beboernes medicin opbevares adskilt i medicinrum, og hvor doseret medicin opbevares i aflåst skab i beboernes bolig. • Tilsynet bemærker, at der foreligger store mængder pauseret medicin i alle beboernes medicinkasser. |
| Tema 3: Risikosituationslægemidler Score: 1 | Tilsynet vurderer, at plejecentret i meget lav grad lever op til indikatorerne. Det lægges til grund for vurderingen: <ul style="list-style-type: none"> • At medarbejderne delvis kan redegøre for, hvordan der arbejdes med risikosituationslægemidler • At det ikke fremgår af dokumentationen, at der arbejdes med risikosituationslægemidler, jf. retningslinjer på området. |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • At der ikke er udarbejdet tilstrækkelig sikkerhed omkring risikosituationsmedicin (marvevan), sammentælling mangler, og der er ophældt medicin(marvevan) til et døgn, som ikke er ordineret. |
| <p>Tema 4: Dispensering af medicin</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 der er overensstemmelse mellem ordineret medicin/medicinliste og den ophældte medicin (obs. dosisdispenseret medicin) • At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for dispensering, herunder brugen af medicinlisten på iPad ved dispensering og kontrol ved anden kollega. • At beboerne er tilfredse med håndteringen af medicinen. |
| <p>Tema 5: Administration af medicin og ikke Dispenserbare præparater</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 medicinen er uddelt til tiden • At ophældt medicin er mærket korrekt • At uddelt medicin er registreret korrekt i journalen på tilsynstidspunktet • At beboerne er inddragede i og trygge ved medicinadministrationen • At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for administration af medicin. |
| <p>Tema 6: Instruks og medicin håndtering</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"> • Medarbejderen oplyser, at de introduceres til medicin håndteringsinstrukser, som følges i hverdagen • At medarbejderen kan redegøre for gældende instrukser og retningslinjer for medicin håndtering, som tilgås elektronisk på Share Point, og hvor lokale retningslinjer er indarbejdet. Det er udelukkende faste medarbejdere, som har omgang med beboernes medicin |

3.4 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

| Anbefalinger |
|--|
| <p>Anbefalinger 1: Tilsynet anbefaler, at der arbejdes systematisk og målrettet på, at der foreligger opdaterede medicin-aftaler efter gældende retningslinjer, samt at der sikres overensstemmelse mellem præparatets handelsnavn og medicinliste.</p> |
| <p>Anbefalinger 2: Tilsynet anbefaler, at der sikres korrekt opbevaring af medicin</p> |
| <p>Anbefalinger 3: Tilsynet anbefaler, at der omkring risikosituationslægemidler igangsættes en radikal indsats for at sikre tilstrækkelig sikkerhed på området.</p> |

3.5 VURDERINGSSKALA

BDO arbejder ud fra nedenstående vurderingsskala:

| Samlet vurdering |
|--|
| <p>5 - Særdeles tilfredsstillende</p> <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 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 - Meget tilfredsstillende</p> <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 beboere • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger |
| <p>3 - Tilfredsstillende</p> <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 beboere • En del af elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. |
| <p>2 - Mindre tilfredsstillende</p> <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 af elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. <p>Det mindre tilfredsstillende samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen</p> |
| <p>1- Ikke tilfredsstillende</p> <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 ikke tilfredsstillende samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.</p> |

OM BDO

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

BDO gennemfører i dag tilsyn på såvel ældreområdet som på det sociale område i en lang række kommuner over hele landet. På ældreområdet omfatter tilsynene plejecentre, hjemmepleje samt trænings- og rehabiliteringscentre. På det sociale område omfatter tilsynene både handicap- og psykiatriområdet, herunder aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelsestilbud og alkoholbehandling.

BDO's rådgivningsafdeling løser ud over tilsynsopgaver en lang række forskelligartede rådgivningsopgaver inden for alle sektorer i den kommunale virksomhed. BDO's rådgivningsafdeling beskæftiger i dag godt 90 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.

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

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