



Tilsynsrapport Gribskov Kommune

Center for Sundhed og Omsorg
Helsingegården Plejecenter

Uanmeldt tilsyn
Inkl. medicinkontroltilsyn
Maj 2023



Indhold

Tilsynsrapport Gribskov Kommune	1
Forord.....	3
1. Oplysninger om tilsynet	4
1.1 Aktuelle vilkår	4
1.2 Opfølgning.....	5
1.3 Overordnet vurderinger	6
1.4 Score	7
1.5 Vurdering i forhold til temaer	8
1.6 Tilsynets anbefalinger	11
2. Medicinkontrol	12
2.1 Overordnet vurdering.....	12
2.2 Score	12
2.3 Vurdering i forhold til temaer	13
2.4 Tilsynets anbefalinger	15
3. Vurderingsskema	16
4. Om BDO	18

Forord

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

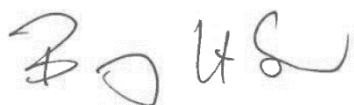
Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om plejecentret. Herefter følger tilsynets overordnede vurdering af plejecentret.

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

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

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen



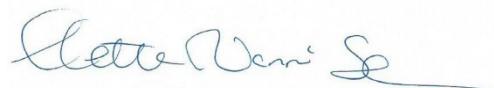
Birgitte Hoberg Sloth

Partner

Mobil: 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 tilsynet

Generelle oplysninger om tilsynet

Navn og adresse: Helsingegården Plejecenter, Parkvænget 20 A, 3200 Helsingø

Leder: Heidi Schwaner Christiansen og Sanne Klemmensen - konstitueret leder

Antal boliger: 81 beboere

Dato for tilsynsbesøg: Den 3. maj 2023

Deltagere i interviews:

- Plejecentrets ledelse (virksomhedsleder og sygeplejefaglige leder)
- Tilsynsbesøg hos fire beboere
- Gennemgang af dokumentation hos fire beboere
- Gruppeinterview med fire medarbejdere (to social- og sundhedshjælpere, to social- og sundhedsassistenter)

Der er foretaget rundgang på plejecentret, herunder observation, og der har været 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 Trust - Manager og sygeplejerske

1.1 Aktuelle vilkår

Ledelsen beskriver udfordringer på Helsingegården i forhold til rekruttering, og at der benyttes mange vikarer, ligesom der opleves et svingende fagligt niveau. Ledelsen beskriver, at der siden december 2022 har været et stort fokus på at skabe stabilitet og kontinuitet, og at der ses små tegn på, at det går i den rigtige retning, hvor der fx nu er ansat assistenter i både aftenvagt og nattevagt.

Ledelsen fortæller ligeledes, hvordan mangel på faste medarbejdere påvirker hele huset, og at det har medført travlhed.

Ledelsen har oplevet, at manglen på faste medarbejdere samt skiftende vikarer har påvirket beboerne og kvaliteten af arbejdet. Det har været nødvendigt at skærpe opmærksomheden på planlægningen, hvor faste medarbejdere er gået på tværs af huset for at fordele kompetencerne jævnt. Herudover er der brugt de samme vikarer og derved skabt kontinuitet for beboerne. Dertil er den daglige planlægning flyttet tættere på afdelingerne, hvor der nu er en gruppekoordinator, som planlægger og prioriterer kompetencerne på den enkelte afdeling med udgangspunkt i beboernes aktuelle behov.

Der er på plejecentret fokus på, at medarbejderne kan komme fra *ufaglært til faglært*, hvor der lige nu er fem medarbejdere på et 17 ugers kursus, hvor de bliver uddannet til social- og sundhedshjælpere.

Ledelsen beskriver, at de *nudger* meget i forhold til uddannelse, og at der følges et princip for ikke at fastansætte medarbejdere uden en faglært baggrund. Der er forsøgt med ansættelse af pædagogiske assistenter og pædagoger, hvilket dog er lidt udfordret af de gældende overenskomster. Ledelsen fortæller, hvordan manglen på faste medarbejdere har udgjort et pres på dokumentationsopgaven, hvilket har haft

indflydelse på kvaliteten af dokumentationen. I den forbindelse har ledelsen valgt, at hele medarbejdergruppen, inklusive ledergruppen, er blevet screenet i forhold til deres dansksproglige læse- og skrivekompetencer, og at der er indgået en aftale med VUC om sprogkurser.

Ledelsen fortæller, at det er prioriteret at bemande køkkenerne på afdelingerne. Der vil i det daglige være en fast medarbejder til stede dér, som kan støtte og være i dialog med beboerne, og som vil deltage ved frokosten (varm mad). Der er fokus på at få alle køkkener bemandede i alle hverdagene.

Plejecentret har eget produktionskøkken, som laver en menuplan med et måltidsskema, som beboerne kan udfylde for en måned ad gangen. Er der dage, hvor der er retter på menuen, som beboeren ikke spiser; fx en pastaret eller fisk, så er der mulighed for et alternativt valg. På plejecentret er der tilknyttet en diætist, og har en beboer behov for en tilpasset kost, udarbejdes der i samarbejde med beboeren en faglige vurdering.

Ledelsen beskriver, at der efter udskiftning i ledergruppen er fokus på at samle op på demensindsatsen, hvor den nuværende ledelse tilegner sig metoderne for brugen af den personcentrede omsorg og Tom Kitwoods Blomst.

På den skærmede demensafdeling er der tidligere introduceret til de demensfaglige metoder med afsæt i Sundhedsstyrelsens *Værktøjskasse*, og de har fået implementeret *Borgerkonferencen*, hvor der arbejdes med et fokus på at afdække beboernes udfordringer og på at afprøve enkelte nye tiltag for at forbedre situationen for den enkelte beboer. På den skærmede demensafdeling er der medarbejdere med demensuddannelse, ligesom der på de øvrige afdelinger også er medarbejdere med demensuddannelser. For 1½ år siden var der en gennemgang af ABC Demens for alle i huset, hvor der nu efter udskiftning i gruppen er behov for en fornyet indsats. Ledelsen beskriver ambitioner for, at alle fremtidige beboere skal have en borgerkonference kort tid efter indflytningen, så plejecentret kan screene beboeren og være på forkant i forhold til at kunne give det rette tilbud forebyggende, og dermed sikre beboerens trivsel.

Ledelsen beskriver, hvordan alle nyansatte, i forbindelse med introduktionen, får en dags undervisning ved en instruktør i *Nænsom Nødværge*. Erfaringen er, at det tilfører rigtig meget værdi at arbejde forebyggende, idet det gennem fokus på de små tegn hos beboerne, giver medarbejderen mulighed for at registrere, at en beboer måske er overbelastet og har behov for ro eller skærmning. .

Af anden undervisning nævner ledelsen en temadag for medarbejdere ved en psykolog fra *Wellbeing Institute* i forhold til at forebygge forrælse, hvor lederne har opfølgende samtaler med medarbejderne.

Ved beboere med særligt komplekse problematikker er der rettet henvendelse til VISO, og der samarbejdes tillige med den kommunale demenskonsulent. Derudover har Helsingegården haft et forløb med Demensrejseholdet fra Sundhedsstyrelsen, og der er i den forbindelse etableret pårørende grupper med inspiration fra redskaber fra *Værktøjskassen*.

Ledelsen fortæller, at der i forhold til at nedsætte brugen af antipsykotisk medicin samarbejdes med faste læger fra to forskellige lægehuse, hvor det er en stor gevinst, at lægerne kender beboerne i forvejen. Minimum en gang årligt sker der en gennemgang af beboerens medicin, og lægerne vejleder og underviser desuden i forbindelse med stuegang. Det beskrives, at enkelte gange, hvor der har været en beboer med en sindslidelse, så har det også været muligt at få supervision ved støttekontakt-enhed (§85), og der er desuden opstartet med enkelte geronto-psykiatriske sagsforløb. På plejecentret er der desuden fokus på at bruge ikke-farmakologiske metoder og sansemæssige redskaber, som fx en SenSit stol.

1.2 Opfølgning

Ledelsen beskriver, hvordan den ene centersygeplejerske jævnligt har monofaglig undervisning med gennemgang af journaler og en samtidig *hands-on* oprettelse af de forskellige elementer i journalsystemet, så medarbejderne kan opnå fortrolighed med funktioner og indhold. Der er ugentlige assistentmøder, hvor der med afsæt i tjeklister, som gennemgås med kontaktpersonen, sikres et overblik i forhold til, hvor langt medarbejderen er i processen i forhold til opdateringer i journalen.

I forhold til tilsynets anbefaling vedrørende at sikre, at afløsere og vikarer har tilstrækkeligt kendskab til beboernes behov, beskriver ledelsen, at der er etableret en arbejdsgang, hvor den, der er koordinator på

dagen, skal sørge for, at vikarer sættes godt i gang med opgaverne, og hvor der blandt andet er forberedt en vikarmappe med vikarkoder til EOJ og gæstenøglekort til boliger, så vikaren også kan orientere sig i fx døgnrytmeplanerne. Der er skabt en systematik omkring vikarer og afløsere i huset, og der er introduceret forventninger til arbejdet i huset på et møde for alle de timelønnede.

Ledelsen fortæller, at det i forhold til beboernes oplevelse af ventetid på nødkald blandt andet handlede om medarbejdernes forståelse for teknikken, og hvordan telefonerne anvendes, samt på at forstå, hvorledes opkaldene besvares. Der er nu påsat en kort introduktion bag på alle telefonerne, og der er etableret en fast arbejdsgang, hvor intern service tjekker, at telefonerne virker, og at der trækkes log/statistik på telefonerne, når der sker en fornyet henvendelse fra beboerne. Dermed kan det identificeres, hvor fejlen sker, og om telefonerne er anvendt korrekt, så indsatsen kan målrettes præcist.

Ledelsen beskriver, at der har været udfordringer i forhold til arbejdet med sammenhæng under måltiderne. En udfordring er, at der har været benyttet mange eksterne afløsere, som ikke er bekendte med aftaler og værdier, og så har det været en udfordring at få genindført fadservering efter COVID 19-pandemien, både fordi beboerne har nydt at blive serveret for, og fordi hygiejnereglerne, der var stramme under pandemien, nu skal aflæres, fx brugen af engangshandsker ved madservering. Ledelsen oplever, at informationer skal gives flere gange, og at der arbejdes med dette som en kulturforandring. Det prioriteres nu, at ledelsen deltager på en hel dag for introduktionen for nye medarbejdere, og at lederne går rundt ved måltiderne for at se og vejlede medarbejderne i arbejdet. Der er indført nye arbejdsgange og virkemidler, hvor medarbejderne fx tager et stofforklæde på, når der serveres for en beboer med demenssygdom for at signalere "måltid", og det forsøges at markere ugens forløb ved at skabe nogle forskelle for hverdags- og weekendmåltiderne, fx serveres der lidt andet brød til morgenmaden i weekenderne, og der serveres et glas vin for de beboere, som kunne ønske sig dette til aften.

Ledelsen beskriver, hvorledes der er arbejdet med at sikre kontinuitet og systematik omkring triageringen, hvor triageringen også er blevet en eksplicit del af introduktionen med fokus på, hvordan man gør. Den sygeplejefaglige leder har forestået undervisningen om triage - om hvad opgaven omhandler, hvordan der skal dokumenteres, og hvor man efterfølgende finder informationen. På en afdeling har triageringen været båret af ledelsen og en centersygeplejerske for at sikre medarbejdere et solidt kendskab til opgaven.

Ledelsen beskriver, at der har været fokus på udarbejdelse af handlingsanvisninger, og der har blandt andet været iværksat undervisning på området. Der er italesat brug af link til VAR.

Ledelsen beskriver, at der sker opfølgning, fx ved, at lederne foretager egenkontrol på medicinen, og at der, for at lette arbejdet, er lavet fortrykte labels til medicinen, hvor der blot skal udfyldes anbruds- og holdbarhedsdato. Der er lavet en aftale med en farmakonom i forhold til medicingennemgang, og der er et samarbejde med nærliggende Trongården Plejecenter i forhold til egenkontrol for at få andre øjne på og skabe læring på tværs.

Ledelsen har drøftet temaet risikosituationslægemidler på assistent-møderne samt på tirsdagsmøderne. Ledelsen har nøje undersøgt VAR portalen uden at finde data, der beskriver en gruppe af præparater eksplicit, og ledelsen har derfor været i dialog med VAR og bidraget til en forbedring i udsøgningsmulighederne på risikosituationslægemidler. Ledelsen beskriver at være udtaget til tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed på blandt andet Insulin, hvilket giver et øget fokus, der nu arbejdes videre med.

Ledelsen beskriver, at der har været udfordringer af teknisk karakter med telefonerne i huset, da der ikke var tilstrækkelige data på telefonerne, hvilket medførte, at kvittering for medicin skulle ske på tablets/PC. Der er hentet inspiration fra et andet plejecenter, og en implementering af ny praksis er fortsat i proces. Det har desuden ved stikprøver vist sig, at kvittering og manglende kvittering er personbåret, og der arbejdes med en målrettet indsats med disse data.

1.3 Overordnede vurderinger

BDO har på vegne af Gribskov Kommune foretaget et uanmeldt helhedstilsyn på Helsingegården 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 kvalitetstandards og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

Det er tilsynets overordnede vurdering, at Helsingegården 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, og at plejecentret siden sidste tilsyn har arbejdet med opfølgning på anbefalingerne.

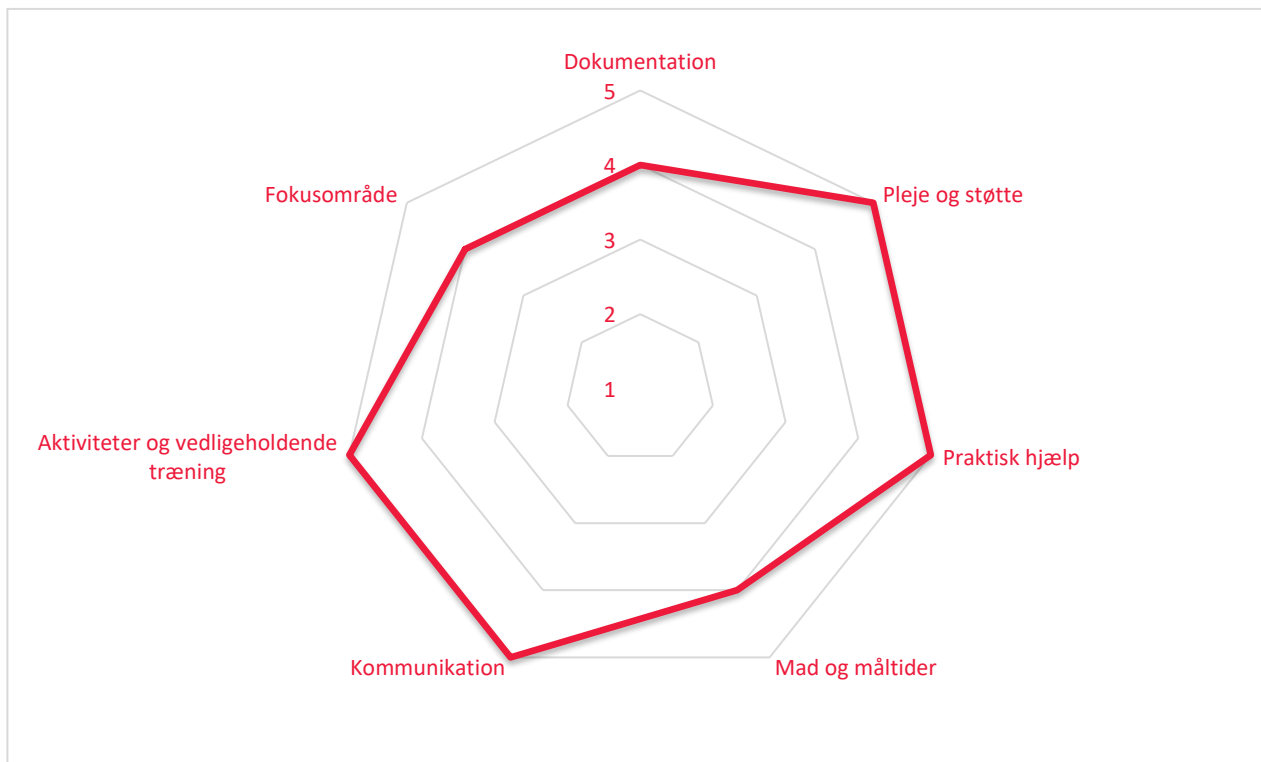
Tilsynet vurderer, at de plejefaglige ydelser, som beboerne modtager på plejecentret, leveres med god faglig kvalitet, hvilket tilkendes ved beboernes udsagn og oplevelse, fx tilfredshed med støtten til den personlige pleje og praktiske hjælp samt en oplevet tryghed på trods af mange forskellige medarbejdere. Hertil kommer en oplevet god kvalitet af maden og måltiderne. Det vurderes dog, at der i forbindelse med måltidet ses en grad af usikkerhed i organiseringen.

Det vurderes, at dokumentationen generelt foretages ud fra en høj faglig standard og med en ensartet tilgang, hvor der ses god sammenhæng mellem beboernes tilstande og de faglige beskrivelser, hvor der dog ses enkelte og mindre mangler i forhold til dokumentationen, fx er RSS ikke konsekvent dokumenteret, og der ses i tre af de fire stikprøver, at feltet generelle oplysninger er sparsomt udfyldt, og der savnes en dokumenteret livshistorie for beboerne, hvilket har betydning for den valgte metode om personcentreret omsorg. Det er tilsynets vurdering, at plejecentret, ved at fastholde fokus, kan komme i mål med de givne anbefalinger.

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. Fællesarealer frembyder til muligheder for aktiviteter og for ophold ved flere mindre siddepladser, både indendørs og udendørs, hvor der fx bor et andepar med udrugede ællinger, hvis liv opmærksomt følges af beboerne.

1.4 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.



1.5 Vurdering i forhold til temaer

1.5.1 Dokumentation

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

Plejecentret arbejder målrettet med dokumentationen, som understøtter kvaliteten i daglig praksis med en klar ansvarsfordeling i forhold at dokumentere og opdatere dokumentationen, hvor social- og sundhedshjælpere og kontaktpersonen har ansvaret for at opdatere døgnrytmeplanen, og social- og sundhedsassistenten har ansvaret for at sikre, at sygdomme og helbredsoplysninger stemmer overens med de faglige indsatser.

Medarbejderne kan med stor faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for arbejdet med dokumentationen, fx hvorledes omsorgs- og observationsnotater drøftes i forbindelse med triagering, og når ændringer vurderes som værende varige, så sker der en justering af dokumentationen, der tilpasses beboeren aktuelle tilstand.

Dokumentationen fremstår overordnet opdateret og fyldestgørende, og den er opbygget med en god systematik, hvor enkelte tidsrammer dog står som opdaterede i 2021-22. Beboernes behov for pleje og omsorg er handlingsvejledende beskrevet i døgnrytmeplanerne med udgangspunkt i beboernes helheds-situation og ressourcer, hvor der tydeligt fremgår, hvad beboerne selv kan, og hvad beboerne har behov for støtte til, fx kan en beboer selv klare toiletbesøg, en anden beboer skal skærmes for at forebygge uro, og for en tredje beboer er der fokus på at sikre kontakten til ægtefælle. Dokumentationen indeholder afvigelser i beboernes tilstand, hvor der fx er en beskrivelse af en beboers sparsomme nattesøvn og for en anden beboer er der en observation vedrørende beboerens angst ved besværet vejtrækning. Beboernes aktuelle funktionsevnetilstande er opdaterede og relevante.

Dokumentationen er beskrevet i et fagligt og professionelt sprog.

1.5.2 Pleje og støtte

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 de er i meget høj grad tilfredse med måden, hvorpå plejen udøves. Beboerne oplever ikke en generel kontinuitet, da der kommer forskellige medarbejdere, men de er trygge ved indsatsen, og de oplever, at der er fleksibilitet i hjælpen, samt at aftaler overholdes. En beboer tilkendegiver at genkende de fleste medarbejdere, og en anden beboer fortæller, at beboeren ikke kender alle, men at alle er flinke. Beboerne oplever at have mulighed for at anvende egne ressourcer under plejen og at kunne få rette hjælp, hvis de beder om det.

Medarbejderne sikrer, at beboerne modtager den nødvendige pleje og støtte, samt at der arbejdes med at skabe kontinuitet og tryghed i pleje og omsorg med fokus på relations arbejdet og faste kontaktpersoner, god planlægning og koordination samt opdateret dokumentation og faglige møder, såsom triagering. Pleje og omsorg leveres efter en god faglig standard, og medarbejderne kan redegøre for, hvordan et rehabiliterende sigte er integreret i de daglige indsatser, og hvorledes der arbejdes med personcenteret omsorg og kendskab til den enkeltes døgnrytme og præferencer, samt at der er fokus på at inddrage beboerne, når det falder naturligt.

Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der reageres på ændringer i beboernes tilstand, samt hvorledes der videndeles på plejecentret. Blandt andet nævnes det, at medarbejderne søger støtte fra kolleger med mere kompetence, når kompleksiteten øges, samt at der samarbejdes tværfagligt med terapeuter og læge. Det nævnes tillige, at vejledning af elever bidrager til at tilegne sig et fagligt sprog for arbejdet.

Alle fire beboeres tilstand bærer præg af at tildelt indsats svarer til deres behov, idet de alle fremstår soignerede og veltilpasse, efter deres egne ønsker.

1.5.3 Praktisk hjælp

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 oplever, at rengøringen sker rutinemæssigt og fint, og en beboer fortæller, at rengøringsmedarbejderne er tjenstvillige. Medarbejderne sikrer den daglige rengøring og oprydning i boligen, og de kan med faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for den praktiske hjælp til beboerne, også hvis beboerne har særlige behov. Medarbejderne nævner, at der for enkelte beboere kan være behov for en daglig indsats, og at medarbejderne har adgang til en rengøringsvogn for løbende rengøring. Medarbejderne har fokus på den rehabiliterende tilgang, hvor beboerne inddrages i det omfang, beboerne kan.

Ved tilsynsbesøg hos alle fire beboere fremstår boligerne rene og ryddelige, svarende til beboernes levevis, behov og livsstil. Ligeledes fremstår hjælpemidler tilstrækkeligt rengjorte.

1.5.4 Mad og måltider

Tilsynet vurderer, at plejecentret 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 bidrager i forhold til valg af menu, hvor to beboere fortæller, at de vælger i hele menuen for en måned ad gangen, og to beboere fortæller om ikke at benytte sig af valgmulighederne. En beboer siger begejstret; *"maden er pragtfuld og veltillavet"*, og en beboer oplever, at maden er indbydende og dufter godt.

Medarbejderne kan redegøre for beboernes indflydelse på mad og måltider, hvor beboere og pårørende kan deltage ved måltidsgruppemøder sammen med køkken og ernæringstovholder i afdelingen, og at ændringsforslag også kan tages op på de opfølgende samtaler. Beboerne har mulighed for ønskemenu på deres fødselsdag. Medarbejderne beskriver, at der skabes gode rammer for måltidet ved at medarbejderne deltager med et pædagogisk måltid, og at de støtter og skaber ro samt forsøger at skabe samtaler omkring bordet.

Medarbejderne arbejder rehabiliterende under måltiderne, og de inddrager beboernes ressourcer ved blandt andet at tilpasse måltidet efter beboernes funktionsevne, herunder tygge- og synkefunktion. Beboerne inddrages tillige ved borddækning og afrydning.

Tilsynet observerer et middagsmåltid med servering af varm mad, hvor der ved to langborde, samt to mindre bordgrupper, sidder beboere og to medarbejdere ved hvert bord. Bordene er dækket med tallerkener, glas og bestik. På bordene står kander med saftvand, hovedretten serveres på fade, og beboernes inddrages og sikres indflydelse idet fadene bydes frem, så de kan se maden og vælge, hvad de vil have. Medarbejderne støtter og hjælper beboerne med at tage fra fadene. Der opleves overordnet en rolig atmosfære og en god stemning, og medarbejderne og beboerne sidder og taler sammen.

Tilsynet oplever en generel god organisering ved hovedmåltidet. Der opstår dog et opbrud under måltidet, da alle er færdige med hovedretten, hvor flere medarbejdere rejser sig for at bære service ud fra bordet. Opbruddet bryder den gode stemning ved bordet, hvor samtalen herefter går i stå.

Efterfølgende serveres desserten i et roligt tempo, hvor beboerne inddrages og støttes i selv at vælge mængden. Da alle er færdige med at spise, sidder flere af medarbejderne og beboerne et stykke tid, og dialogen forsætter i et stille og roligt leje.

1.5.5 Kommunikation

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 behov. En beboer fortæller, at

medarbejderne henvender sig på en behagelig måde, og at de fx altid banker på, inden de går ind i boligen.

Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for, hvorledes der sikres respektfuld adfærd og anerkendende kommunikation med beboerne, blandt andet med en bevidsthed for forudsætningerne for kommunikationen, fx kan en beboer have en demenssygdom, og så kan det være væsentligt at skabe ro, fx ved at sætte sig ned og give sig tid. Der er også vigtigt at etablere god øjenkontakt og nærvær og fx sørge for, at der ikke er en telefon, som forstyrrer kontakten til beboeren. Når der skal kommunikeres med beboerne, er det fx vigtigt, hvis en beboer anvender tandprotese, at beboeren får denne på inden en samtale indledes, så beboeren kan artikulere bedst muligt, så medarbejderne kan forstå, hvad beboeren siger.

Tilsynet observerer ved rundgang i afdelingerne en venlig og ligeværdig omgangstone mellem medarbejderne og beboerne, dette observeres ligeledes medarbejderne imellem. Det understøttes også, da tilsynet under rundgang kommer forbi en spisesstue, hvor tilsynet overhører en dialog mellem en beboer og en medarbejder om havens andepar og ællingerne. Medarbejderne anvender en venlig og respektfuld tone over for beboeren, og de benytter sig af at stille åbne spørgsmål og holde pauser, så beboeren medinddrages på en understøttende måde i dialogen.

1.5.6 Aktiviteter og vedligeholdende træning

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. En beboer fremhæver sin lyst til fest og musik, hvor en anden beboer har interesse for Banko.

Beboerne tilbydes vedligeholdende træning, der svarer til deres behov og ønsker, hvor to beboere er glade for deltagelse i gymnastik, og to beboere deltager i det omfang, de synes, at de har lyst og overskud til.

Medarbejderne kan relevant redegøre for, hvorledes aktiviteter planlægges og udføres i forhold til beboernes ønsker og behov med strukturerede aktivitets- og træningstilbud flere gange ugentligt, og hvor lettillgængelige kondicykler og cykelpedaler står fremme på afdelingerne. Dertil er der busture med Helsingevenner med blandt andet cafébesøg, bankospil og fællesspisning.

Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for arbejdet med aktiviteter og vedligeholdende træning til beboerne, der integreres i den daglige støtte, og hvorledes der i forbindelse med indflytning spørges til interesser og fritidsaktiviteter, så beboerne kan få nogle relevante og meningsfulde tilbud.

Medarbejderne fortæller om en beboer, der har været faldet, hvor beboeren har holdt foredrag om, hvor vigtigt det er at holde sig fysisk i gang, og hvor beboeren opmuntrer de øvrige beboere til at fortsætte med at træne og holde sig i gang.

Der observeres ved rundgang på plejecentret varierende igangværende aktiviteter, og ligeledes ses der flere steder på gangene tilgængelige udendørsspil. Der ses en medarbejder, som spiller billard sammen med nogle beboere. Træningssalen er åben, og her observeres flere beboere i gang med træning. I aktivitetsafdelingen sidder der en del beboere sammen med en medarbejder og snakker. Det observeres, at flere døre står åbne ud til gangarealerne, hvor det observeres, at beboerne sidder og hygger sig i boligen, og hvor de fx ser tv.

I haven ses en medarbejder, der sammen med en beboer står og betragter et andepar, der har udruget en flok ællinger.

1.5.7 Årets fokusområde: Triage, tidlig opsporing og demens

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

Beboerne opleves triagerede, jf. Gribskovs Kommunes retningslinjer på området, hvor alle fire beboere fremstår korrekt triagerede. En beboer er triageret gul, da beboeren efter indflytning er trist, hvor det beskrives, hvordan medarbejderen følger op på beboerens medicinske behandling for depression med samtaler om beboerens livssituation, hvor det er beskrevet, hvordan beboeren er inddraget i processen. En anden beboer er triageret rød, hvor der beskrives om uro og risiko for, at beboeren går fra plejecentret. Her er det beskrevet, hvilke indsatser der er sat i værk, fx at beboeren har fået installeret en bevægelsessensor, der giver signal, når beboeren står op om natten og gerne vil hjem, og hvordan medarbejderen skal håndtere situationen, når beboeren er oppe og kan være forvirret og skal hjælpes tilbage i seng.

For fire beboere fremgår vejninger månedligt, og for to beboere er der dokumenteret værdier, og for en beboer er der dokumenteret respirationsfrekvens, hvor beboeren har en respirationsproblematik.

Medarbejderne har viden om arbejdet i forbindelse med triages, og de kan redegøre for observationer og udarbejdelse af dokumentationen på området, hvor de beskriver de forskellige farvekoder, og hvorledes ændringer i helbredsmæssige tilstande eller adfærd medfører forandring i scoren, hvilket sker i et samarbejde med social- og sundhedsassistent og sygeplejerske. Medarbejderne har implementeret systematiske arbejdsgange i forhold til udførelse og organisering af triages, blandt andet med et dagligt møde med fokus på triage. Medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med observationer, og de er bekendte med retningslinjer på området, hvor det fx beskrives, at ernæringstovholder tilbyder beboerne vejning en gang månedligt, samt at der sker en vurdering i forhold til beboernes muligheder for deltagelse til vejning og RSS.

Registreringer i forhold til observationer er systematisk opbygget, og der er udarbejdet plan for triage. Der fremgår for to beboere dokumentation af RSS, og for en beboer fremgår det, at beboeren ikke kan deltage. For en beboer er der intet dokumenteret om RSS. Beboeren er for nyligt indflyttet, og det ses af dokumentationen at der er fokus på en del forskellige problemstillinger af både helbredsmæssig og psykologisk karakter. Det er beskrevet, at beboeren kan forflytte sig selvstændigt, blandt andet at beboeren selvstændigt kan gå til toilettet og selvstændigt kan klare toiletbesøget.

Medarbejderne har viden om arbejdet i forbindelse med demens, og de kan beskrive, hvorledes der afholdes borgerkonferencer, hvor medarbejderne med afsæt i Blomsten og ud fra beboernes perspektiv drøfter, hvilke udfordringer der ses, og hvilke forandringer der kan foretages for at sikre beboerens trivsel. Drøftelser og sparring sker mellem demensafdelingen og mellem vagtlagene, og ved nye tiltag sker der en opfølgning og forløb evalueres. For en af de fire beboere ses en fyldestgørende beskrivelse under Generelle oplysninger, og for tre beboere ses dette sparsomt udført, herunder savnes der livshistorier. Medarbejderne fortæller at have gennemgået e-learning ABC Demens.

Vedrørende foranstaltninger af dør- eller låsesystemer ses der fri og uhindret adgang til have og øvrige udearealer fra plejecentret.

1.6 Tilsynets anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

1. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt sættes fokus på måltidssituationen for derved at sikre medarbejdernes forståelse for at skabe rolige rammer under måltidet.
2. Tilsynet anbefaler, at det i forhold til medarbejdernes brug af engangshandsker sikres, at medarbejderne har viden om korrekt håndhygiejne inden, imellem og efter brug af engangshandsker.
3. Tilsynet anbefaler, at der i forhold til rejse-sætte-sig test sker en konsekvent dokumentation af dette i beboerens journal, og hvis beboeren ikke er i stand til at deltage, beskrives der en faglig vurdering heraf.

2. Medicinkontrol

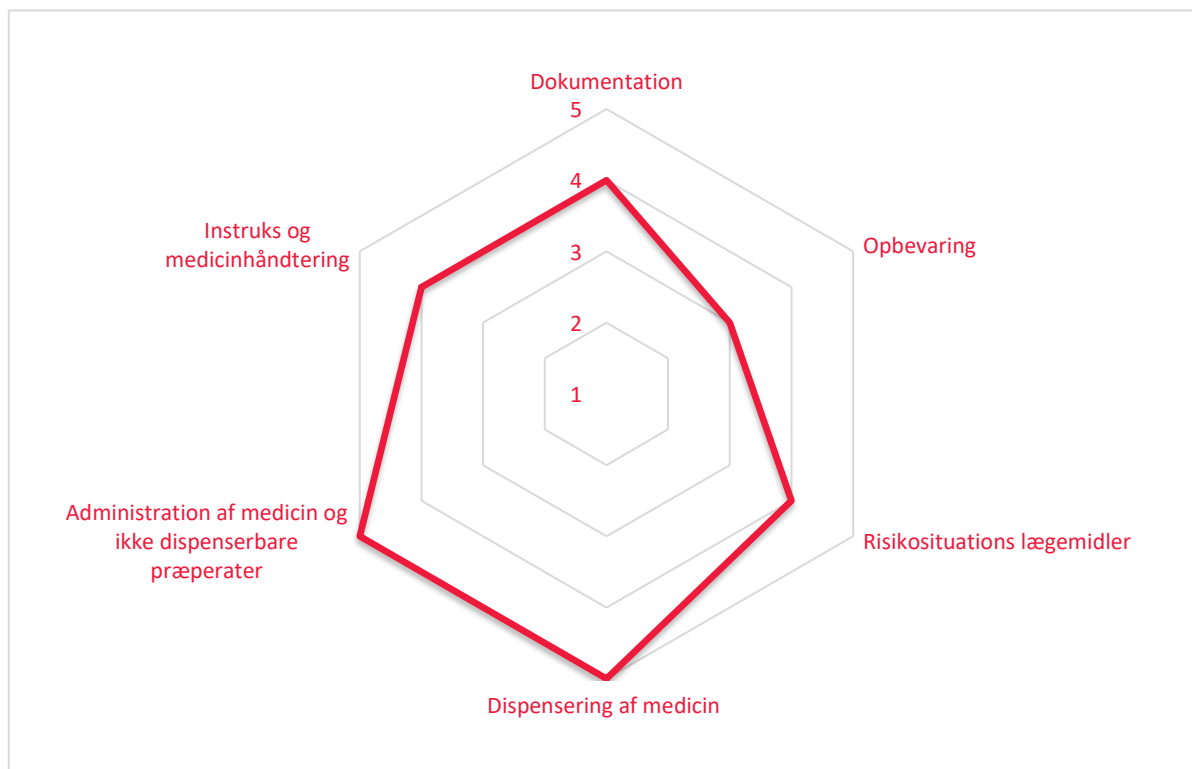
2.1 Overordnet vurdering

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

Det er tilsynets vurdering, at medicinhåndteringen på plejecentret nogen grad lever op til gældende retningslinjer og procedurer for medicinhåndtering, hvor der findes mangler for dokumentation, risikosituationslægemidler, opbevaring samt stringens i forhold til at følge de gældende instrukser for medicinhåndtering. I forhold til området dokumentation er der fundet fejl i en stikprøve, idet der ikke er overensstemmelse mellem handelsnavn for den ordinerede medicin og den aktuelle medicinliste. Det vurderes at der er behov for stringens i forhold til at sikre synlighed for risikosituationslægemidler. Dertil er der fundet en del mangler vedrørende opbevaring, hvor der ses opbevaring af genstande i medicinboksene, som ikke er relateret til medicinhåndteringsopgaven.

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

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 i en af de fire stikprøver er uoverensstemmelse mellem handelsnavne for den ordinerede medicin og medicinlisten i forhold til præparater.
- At medicinlister er opdaterede.
- At der foreligger opdaterede medicinaftaler efter gældende retningslinjer.
- At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for dokumentation af medicin.

2.3.2 Opbevaring

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 ikke opbevares forsvarligt, hvor det for en stikprøve observeres, at flere afsluttede præparater opbevares i henholdsvis køleskab og i medicinskab. For en anden stikprøve opbevares afsluttet/seponeret medicin ikke adskilt fra øvrig medicin, og at en tilgængelig pose dertil ikke er anvendt. For en tredje stikprøve ligger to dages aftenmedicin fra dosisulle af ældre dato sammen med aktuel medicin. For to stikprøver ses opbevaring af personlige effekter (smykker og penge) sammen med medicinen. Gennemgående ses en del opbevaring af et større antal kvitteringer for medicin fra apotek i opbevaringskasserne, hvilket ikke er i overensstemmelse med retningslinjerne.
- At den ordinerede medicin opbevares utilgængeligt for uvedkommende, inkl. pn medicin.
- 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 er overensstemmelse mellem pn medicinliste og beboers pn beholdning.
- At ophældt pn medicin er mærket med præparatets navn, styrke og dosis samt dato for opbevaring og udløbsdato.
- At medarbejderen kan redegøre for korrekt mærkning af pn medicin.
- At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for korrekt opbevaring af medicin.

2.3.3 Risikosituationslægemidler

Tilsynet vurderer, at plejecentret i 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, i det medarbejderne henviser til at ansvar for varetagelse af opgaven ligger hos sygeplejerske og farmakonom

- At, når der arbejdes med risikosituationslægemidler, jf. retningslinjer på området, ikke konsekvent gøres opmærksomt på dette, fx i beboerens medicinliste eller ved skiltning på medicinboksene.

2.3.4 Dispensering af medicin

Tilsynet vurderer, at plejecentret i meget høj grad lever op til indikatorerne for dispensering af medicin

Det lægges til grund for vurderingen:

- At der er overensstemmelse mellem ordineret medicin/medicinliste og den ophældte medicin.
- At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for dispensering.
- At de fire beboerne er tilfredse med håndteringen af medicinen.

2.3.5 Administration af medicin og ikke dispensérbare præparater

Tilsynet vurderer, at plejecentret i meget høj grad lever op til indikatorerne for administration af medicin og ikke dispensérbare 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.
- At beboerne er inddragede i og trygge ved medicinadministrationen.
- At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for administration af medicin.

2.3.6 Instruks for medicinhåndtering

Tilsynet vurderer, at plejecentret i høj grad lever op til indikatorerne for instruks for medicinhåndtering

Det lægges til grund for vurderingen:

- At ledelsen ikke i tilstrækkelig grad sikrer, at medarbejderne er bekendte med medicinhåndteringsinstrukser og følger disse i hverdagen
- At medarbejderne i interviewet kan redegøre for gældende instrukser og retningslinjer undtaget risikosituationslægemidler, hvor opgaven varetages af sygeplejerske og farmakonom

2.4 Tilsynets anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen, som en del af medicinindsatsen, øger fokus på medicinhåndteringen ved at sikre systematik og overskuelighed ved opbevaring af beboernes medicin. Dertil at sikre opmærksomhed i forhold til oprydning i beboerens medicinbokse, samt hvordan der sker korrekt adskillelse og oprydning ved afsluttede præparater.
2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen synliggør dokumentationen med risikosituationslægemidler og understøtter sikre arbejdsgange ved fx at lade risikosituationslægemidler fremgå af medicinlister eller fx at sikre skiltning på medicinbokse.
3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder fokus i forhold til at følge op på instruksen for risikosituationslægemidler, og at det sikres, at medarbejderne er bekendte med de syv risikosituationslægemidler, som er identificeret af Styrelsen for Patientsikkerhed, hvor ledelsen eventuelt kan hente inspiration fra Styrelsens hjemmeside.

3. 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 tilbage-meldingen 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>

Vurdering	Vurderingsgrundlag
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>

4. 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.

