



Tilsynsrapport Gribskov Kommune

Center for Sundhed og Omsorg
Skovsminde Plejecenter

Uanmeldt tilsyn, inkl. medicinkontrol
Marts 2024

Indhold

Indhold.....	2
Forord.....	3
1. Oplysninger om tilsynet	4
1.1 Aktuelle vilkår	4
1.2 Opfølgning.....	5
2. Helhedstilsyn.....	6
2.1 Overordnet vurderinger	6
2.2 Score	6
2.3 Vurdering i forhold til temaer	7
2.4 Tilsynets anbefalinger	10
3. Medicinkontrol.....	11
3.1 Overordnet vurdering.....	11
3.2 Score	11
3.3 Vurdering i forhold til temaer	12
3.4 Tilsynets anbefalinger	13
4. Vurderingskema	15
Om BDO.....	16

Forord

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

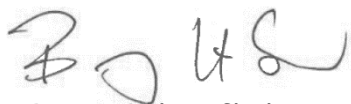
Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete plejecenter.

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



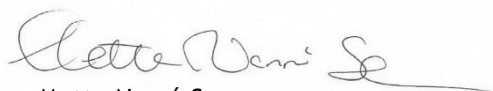
Birgitte Høberg Sloth

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: Skovsminde Plejecenter, Skovsmindeparken 2, 3230 Græsted

Leder: Camilla Witt

Antal boliger: 57 boliger

Dato for tilsynsbesøg: Den 19. marts 2024

Deltagere i interviews:

- Plejecentrets leder
- Tilsynsbesøg hos tre beboere
- Gennemgang af dokumentation hos tre beboere
- Gruppeinterview med tre medarbejdere (to social- og sundhedshjælpere og en social- og sundhedsassistent)

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

Gitte Anderskov, Senior Manager og Sygeplejerske

Mette Norré Sørensen, Director og Sygeplejerske

1.1 Aktuelle vilkår

Ledelsen fortæller om den nye organisering med ny Centerleder, der er overordnet leder for både Skovsminde og Bakkebo. Derudover er der en lokal forankret afdelingsleder for begge plejecentre. Skovsminde har fem afdelinger, hvoraf der er tilknyttet en teamkoordinator til hver afdeling. Derudover er en sygeplejefaglig leder og en sygeplejerske tilknyttede på tværs af plejecentret. Ledelsen fortæller, at alle stillinger overvejende er besat med faglærte medarbejdere, og at der pt. er to vakante stillinger i henholdsvis aften- og nattevagt. Ledelsen supplerer med, at det er en fordel med den nye organisering, da kompetence og vidensdeling kan deles på tværs af de to plejecentre.

Ledelsen fortæller, at der fortsat er fokus på at skabe medarbejdertrivsel på plejecentret, og derved også trivsel for beboerne. Ledelsen fortæller, at beboernes helbreds mæssige kompleksitet er øget gennem de sidste år, og det er særligt demenssygdommene, der er i stigning. Dette har bevirket, at nogle afdelinger har mange beboere med komplekse kognitive udfordringer, og andre afdelinger har færre. Ledelsen fortæller, at der derfor er fokus på fordelingen af medarbejderressourcer i huset, så hjælpen og støtten kan afvikles på bedst mulig vis.

Derudover fortæller ledelsen om de faglige områder, der er fokus på. Der afvikles triagemøder dagligt, både i dag- og aftenvagt. Der arbejdes fortsat med personcentreret omsorg ud fra Tom Kitwoods teori, hvor trivsel blandt beboerne monitoreres ved hjælp af 'Blomsten'. Elektroniske skærme understøtter dette arbejde ved at visualisere blomsten med grønne, gule eller røde blade samt notater om problemstillingen.

Ledelsen fortæller, at der fortsat afholdes faste beboerkonferencer hver 6. uge, og at dette blandt andet understøtter arbejdet med at nedbringe det anti-psykotiske medicinforbrug hos beboere med en demenssygdom. Der anvendes blandt andet registrering af adfærd på et 'uro-skema', og alle medarbejdere er med til at bidrage med viden til beboerkonferencerne. Ledelsen fortæller, at det har været en succes at nedbringe medicinforbruget på dette område og at det blandt andet er det tætte samarbejde ved ugentlig stuegang med plejehjemslergerne, der har bevirket dette.

Derudover fortæller ledelsen, at sundhedsfaglig dokumentation er et løbende fokusområde, og at ernæringsområdet bliver noget af det næste, der skal være fokus på.

1.2 Opfølgning

Ved sidste års tilsyn blev der givet anbefalinger i forhold til at sikre overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og medicinliste samt konsekvent registrering for ikke-dispensérbar administreret medicin.

Ledelsen fortæller, at der er fulgt op på medicin håndtering, blandt andet ved at indføre medicinaudit to gange årligt på 6 beboere pr. gang. Audit varetages af sygeplejerskerne, og der har ikke været nogle bemærkninger ved sidste audit. Ledelsen fortæller, at det er social- og sundhedsassistenterne, der varetager medicindispenseringen generelt, og at alle er oplært i at bruge dispenseringsmodulet i omsorgsjournalen Nexus, som derved skulle understøtte en sikker medicindispensering. Derudover er der udarbejdet en medicininstruks med en tjekliste, så medarbejderne er opmærksomme på alle områder af medicin håndteringsprocessen.

2. Helhedstilsyn

2.1 Overordnet vurderinger

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

Det er tilsynets overordnede vurdering, at Skovsminde Plejecenter er et velfungerende plejecenter, som har engagerede medarbejdere og ledelse, der medvirker til trivsel for beboerne. Tilsynet vurderer, at plejecentret generelt lever op til Gribskov Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau.

Det er tilsynets overordnede vurdering, at plejecentret er velfungerende, men at der på flere områder er behov for yderligere indsats.

Tilsynet vurderer, at støtten til personlig pleje leveres med god faglig kvalitet, hvilket tilkendes ved beboernes udsagn og med en oplevelse af tryghed hos beboerne.

Det er tilsynets vurdering, at en enkelt afdeling fremstår med urene gulve, og at terrasseområdet ikke indbyder til brug af havemøblerne, idet de ses væltede og beskidte. Derudover er der behov for at indskærpe over for fodplejeterapeuten, at behandlingen skal foregå i beboernes bolig, så privatliv og værdighed sikres.

Tilsynet vurderer, at måltidet afvikles i gode og hyggelige rammer, og beboerne tilkender at være meget tilfredse med madens kvalitet. Dog er det tilsynets vurdering, at der er stor forskel på de tilstedeværende medarbejderressourcer på de forskellige afdelinger, hvilket ikke giver et ensartet kvalitetsniveau.

Tilsynet vurderer, at der er en venlig omgangstone, professionel adfærd og kommunikationen på plejecenteret. Tilsynet vurderer, der er et yderst varieret tilbud af aktiviteter, som er til gavn for alle beboerne.

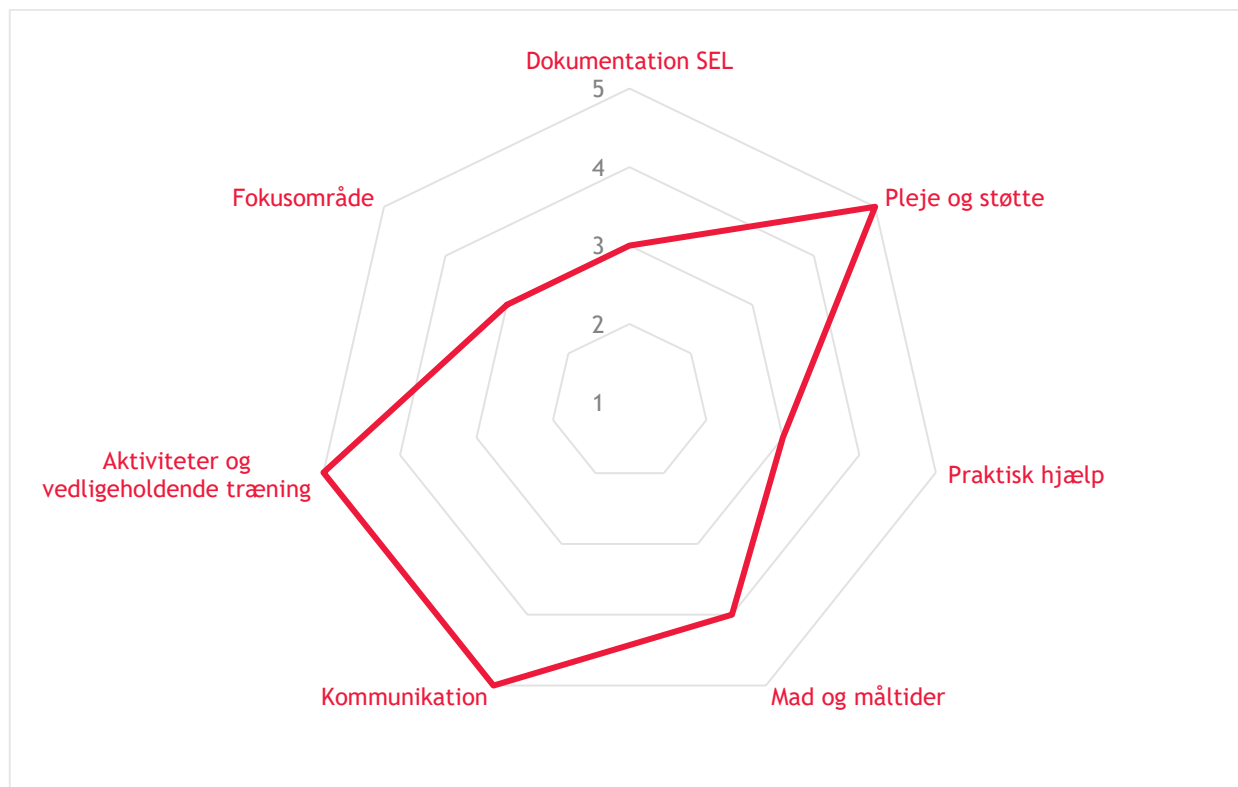
Det er tilsynets vurdering, at plejecentrets indsats i forhold til tidlig opsporing og triage har gavn af en indsats, rettet mod dokumentationen, så denne har en systematik og ensartethed, så vigtige oplysninger ikke bliver overset.

Det er tilsynets vurdering, at plejecentrets indsats i forhold til håndtering af beboere med demens leveres på en faglig og professionel vis, som sikrer en god trivsel hos beboerne.

Tilsynet vurderer, at plejecenterets indsats og samarbejde med lægerne om nedbringelse af anti-psykotisk medicin hos beboere med demenssygdom er velfungerende, og at det allerede har resulteret i et nedbragt forbrug.

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 3

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

Det vurderes, at plejecentret arbejder målrettet med dokumentationen, som understøtter kvaliteten i den daglige praksis, dog i varierende grad.

Medarbejderne kan med stor faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for arbejdet med dokumentationen. Medarbejderne fortæller, hvordan der indsamles relevant data til døgnrytmeplanen ved indflytningssamtale, og vigtigheden af, at beskrive beboernes egne ressourcer, så beboerne oplever størst mulig inddragelse og selvstændighed. Medarbejderne fortæller, at døgnrytmeplanen anvendes som udgangspunkt for tildeling af hjælpen, men at hjælpen kan justeres på dagen efter beboers ønske eller behov. Medarbejderne redegør for, at døgnrytmeplanerne skal opdateres hvert halve år eller ved ændringer i beboers tilstand.

Beboernes behov for pleje og omsorg er beskrevet i døgnrytmeplanerne med lidt varierende handlevejledende beskrivelser, idet der ses mangler i beskrivelsen af hjælpen til levering af hjælp af bad samt nedre hygiejne og bleskift i to ud af tre journaler.

Beboernes aktuelle funktionsevnetilstande ses ikke opdaterede siden 2022 i to ud af tre journaler, og derudover ses der manglende sammenhæng til beskrivelserne i døgnrytmeplanerne, f.eks. er der en funktionsevnetilstand, der beskriver anvendelse af rollator, men døgnrytmeplanen beskriver manglende gangfunktion og brug af kørestol.

Dokumentationen fremstår overordnet fyldestgørende og opbygget med en god systematik. Dog bemærker tilsynet, at afvigelser i beboers tilstand mangler opfølgning i to ud af tre journaler.

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 de er meget tilfredse med måden, plejen udøves på. Beboerne er ligeledes trygge ved indsatsen, og de 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 i pleje og omsorg ved hjælp af kontaktpersonordning. Der arbejdes med en personcentreret tilgang ved at anvende oplysninger fra beboernes livshistorie. Medarbejderne sikrer, at vigtige oplysninger ift. trivsel hos beboerne bliver anvendelige ved at arbejde med Tom Kitwoods 'Blomsten' via de elektroniske skærme.

Pleje og omsorg leveres efter en god faglig standard, og medarbejderne kan redegøre for, hvordan et rehabiliterende sigte er integreret i de daglige indsatser, som f.eks., at beboerne opfordres til at lave venepumpeøvelser, rejse-sætte sig test og at udføre de dele af den personlige pleje, som ressourcerne rækker til. Derudover vurderes det, at plejen og omsorgen ift. beboere med demenssygdom leveres efter en høj faglig standard. Tilsynet har ikke kunnet spørge ind til tilfredsheden af hjælpen hos de pågældende beboere med demenssygdom, grundet manglende sprog, men tilsynet kan konstatere ved observation, at beboerne ses velsoignerede med rene negle, friseret hår og velpåklædte.

Medarbejderne kan redegøre for, at der reageres på ændringer i beboernes tilstand, på de daglige triagemøder, samt hvorledes der videndeles blandt medarbejderne i alle vagtlag.

2.3.3 Praktisk hjælp - Score 3

Tilsynet vurderer, at plejecentret i middel 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. er der beboere, der selv sætter service i opvaskemaskinen efter måltiderne, og selv kan udføre lettere oprydning i boligen.

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 har fokus på den rehabiliterende tilgang, og de nævner f.eks. beboere, der hjælper med at bære skraldeposer ud og støver af.

Den hygiejniske standard i boligerne svarer til beboernes levevis, behov og livsstil. På en af plejecentrets afdelinger observeres det, at en af beboerne modtager fodterapi-behandling i fællesrummet. Dette sker, mens andre beboere sidder og ser fjernsyn, spiser og drikker tæt ved. Det bemærkes, at der ikke er nogen afdækning på gulvet eller andre foranstaltninger, der beskytter beboerens værdighed og privatliv. I en afdelings fælles opholdsrum observeres flere forhold med mindre god rengøringsstandard, idet gulvet i en dagligstue fremstår generelt beskidt med kaffepletter, krummer og visne blade. Den fælles terrasse er ikke indbydende, idet der ses væltede havemøbler og fugleklatter på havebordet, hvilket ikke understøtter eller giver beboerne mulighed for et hyggeligt ophold udendørs.

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 bidrager i forhold til tilberedningen af maden, f.eks.. ved at skrælle kartofler og ved valg af menu ved kostrådsmøderne hver anden måned.

Medarbejderne kan redegøre for beboernes indflydelse på mad og måltider, samt hvordan der skabes gode rammer for måltidet, f.eks.. har mange af beboerne faste pladser med deres egen malede sten med navn og sæsonbetonet bordpynt til at skabe hygge.

Medarbejderne arbejder rehabiliterende under måltiderne, og de inddrager beboernes ressourcer, f.eks. ved at sikre ergonomisk service, der understøtter beboernes behov og støtte. Nogle af beboerne er med til at sætte service i opvaskemaskinen.

Tilsynet observerer et frokostmåltid på to af afdelingerne, hvor der bemærkes en god kommunikation og hyggelig stemning. På den ene afdeling er der en dialog med en beboer, der netop er kommet hjem fra en cykeltur, og som har taget friske forårsgrene med til bordet.

Der er dog stor forskel på antallet af medarbejdere, der deltager i måltidet. På den ene afdeling kan få beboere selvstændigt spise ved bordet, mens andre beboere, der har nedsat kognitiv funktion, bliver hjulpet i boligen af medarbejderne.

På den anden afdeling er alle beboerne samlet ved bordet og medarbejderne har ressourcer til at facilitere måltidet med praktisk hjælp, samtaler og hyggeligt samvær.

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 behov.

Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for, hvorledes der sikres respektfuld adfærd og anerkendende kommunikation med beboerne. Medarbejderne nævner, at de lægger vægt på at udvise ro med deres kropssprog og at tale i et ligeværdigt sprog. I forhold til beboere med demenssygdom italesætter medarbejderne, at det er vigtigt med korte og præcise sætninger og at bruge kroppen til at spejle en funktion.

Ved observation kan der konstateres en god og venlig omgangstone samt ligeværdig kommunikation til og med beboerne. F.eks. ses en medarbejder, der er på vej ned af gangen, hilse imødekomende på en beboer, og medarbejderen lægger en let hånd på skulderen af beboeren, og guider derved beboeren til at finde vej.

2.3.6 Aktiviteter og vedligeholdende træning - Score 5

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

Beboerne er meget tilfredse med tilbuddet om aktiviteter, og de finder, at dette passer til deres behov og ønsker. Beboerne tilbydes vedligeholdende træning, der svarer til deres behov og ønsker. F.eks. er der en beboer, der nævner at deltage i 'fitnesscenteret' på daglig basis.

Medarbejderne kan relevant redegøre for, hvorledes aktiviteter planlægges og udføres i forhold til beboernes ønsker og behov, f.eks.. nævner medarbejderne, at der tilrettelægges mindre aktiviteter på afdelingen for de beboere, der ikke profiterer af at være i større fællesskaber og arrangementer.

Medarbejderne kan med faglig indsigt, og på en reflektiv måde, redegøre for arbejdet med vedligeholdende træning til beboerne. Medarbejderne nævner f.eks., hvordan de instruerer beboerne i vene-pumpeøvelser, og hvordan de anvender 'bencyklen' på afdelingen.

Der observeres igangværende aktiviteter på tilsynsdagen, blandt andet fællessang om formiddagen i det store forsamlingsrum, hvor der er mange beboere til stede. Der synges højt med stor glæde og entusiasme. Om eftermiddagen er der stolegymnastik med mange deltagende beboere, der tramper livligt i gulvet. Derudover møder tilsynet tre cykelpiloter, der drager af sted med tre beboere, der glæder sig til en tur ud i luften. I afdelingerne ses et par beboere, der ser en gammel dansk film i fjernsynet. Der er synlige opslagstavler i hver afdeling med oplysninger om dagens aktivitet samt ugens og månedens arrangementer.

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.

Tilsynet vurderer, at beboernes triageringsniveau tydeligt fremgår af dokumentationen, dog ses der ikke en tydelig sammenhæng til helbredstilstandene, idet der er manglende opdatering af tilstandene samt manglende beskrivelse af en behandlingsplan. Tilsynet vurderer, at opfølgningen i dokumentationen ift. triageringsniveau ikke er tydelig, idet observationsnotaterne bruges fortløbende til at evaluere.

Tilsynet vurderer, at dokumentationen for de regelmæssige forebyggende undersøgelser (RSS og vægtmåling) ikke udføres konsekvent, idet der ses mangler ved alle tre stikprøvekontroller. I en journal er der ingen måling overhovedet, og det fremgår ikke, om det er tilbudt eller ej. I de to andre journaler er der kun målt RSS, henholdsvis to gange på et år, og en gang på et år, og vægtmåling er sporadisk i begge journaler.

Tilsynet vurderer, at dokumentationen ift. demensområdet fremstår med anvendelige beskrivelser af den pædagogiske tilgang i døgnrytmeplanerne, så medarbejderne kan sikre beboerens trivsel på bedst mulig vis. Det ses ikke, i de valgte stikprøvekontroller, om der er afholdt beboerkonference på de pågældende beboere.

En enkelt beboers journal beskriver et forløb med anti-psykotisk medicin, som netop er afsluttet, men der ses mangler i forhold til beskrivelse af behandlingen i helbredstilstanden samt den aktuelle kognitive tilstand og behandlingsplan fremadrettet.

Medarbejderne har implementeret systematiske arbejdsgange i forhold til organisering af triage, da dette sker på daglig basis i både dagvagt og aftenvagt. Medarbejderne har viden om arbejdet i forbindelse med triage og tidlig opsporing, og de kan redegøre for observationer og udarbejdelse af dokumentationen på området. Medarbejderne nævner eksempler på, hvornår en beboer skal triageres gul eller rød, og hvordan medarbejderne anvender den elektroniske tavle for at skabe overblik. Derudover kan medarbejderne redegøre for, hvordan de anvender RSS (rejse-sætte sig) test og vejning på månedlig basis.

Medarbejderne kan redegøre for den faglige tilgang, som er målrettet beboere med demens, samt hvordan trivslen monitoreres hos beboerne ved hjælp af 'Blomsten' på E-tavlerne. Medarbejderne redegør for afholdelse af beboerkonference for de relevante beboere hver 6. uge.

2.4 Tilsynets anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen målretter en indsats, der sikrer, at døgnrytmeplanerne beskrives handlevejledende, samt at funktionsevnetilstande fremstår aktuelle og med sammenhæng til døgnrytmeplanerne.
2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at fællesarealerne, herunder fællestuerne og terrasseområdet, fremstår rene og ryddelige.
3. Tilsynet anbefaler ledelsen at sikre, at fodplejeterapeuter kun udfører behandling i beboernes bolig, så både hygiejne, privatliv og værdighed sikres.
4. Tilsynet anbefaler ledelsen at sikre en ligelig fordeling af ressourcer imellem afdelingerne, så måltidet kan afvikles på bedst mulig vis for beboerne.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen målretter en indsats i forhold til triagering, så dokumentationen har en systematik og ensartethed, så vigtige oplysninger ikke bliver overset.
6. Tilsynet anbefaler, at ledelsen målretter en indsats ifm. dokumentationen af nedbringelse af anti-psykotisk medicin, der sikrer, at helbredstilstande fremstår aktuelle og med relevante oplysninger, så opfølgning og evaluering på en behandling fremgår tydeligt i journalen.

3. Medicinkontrol

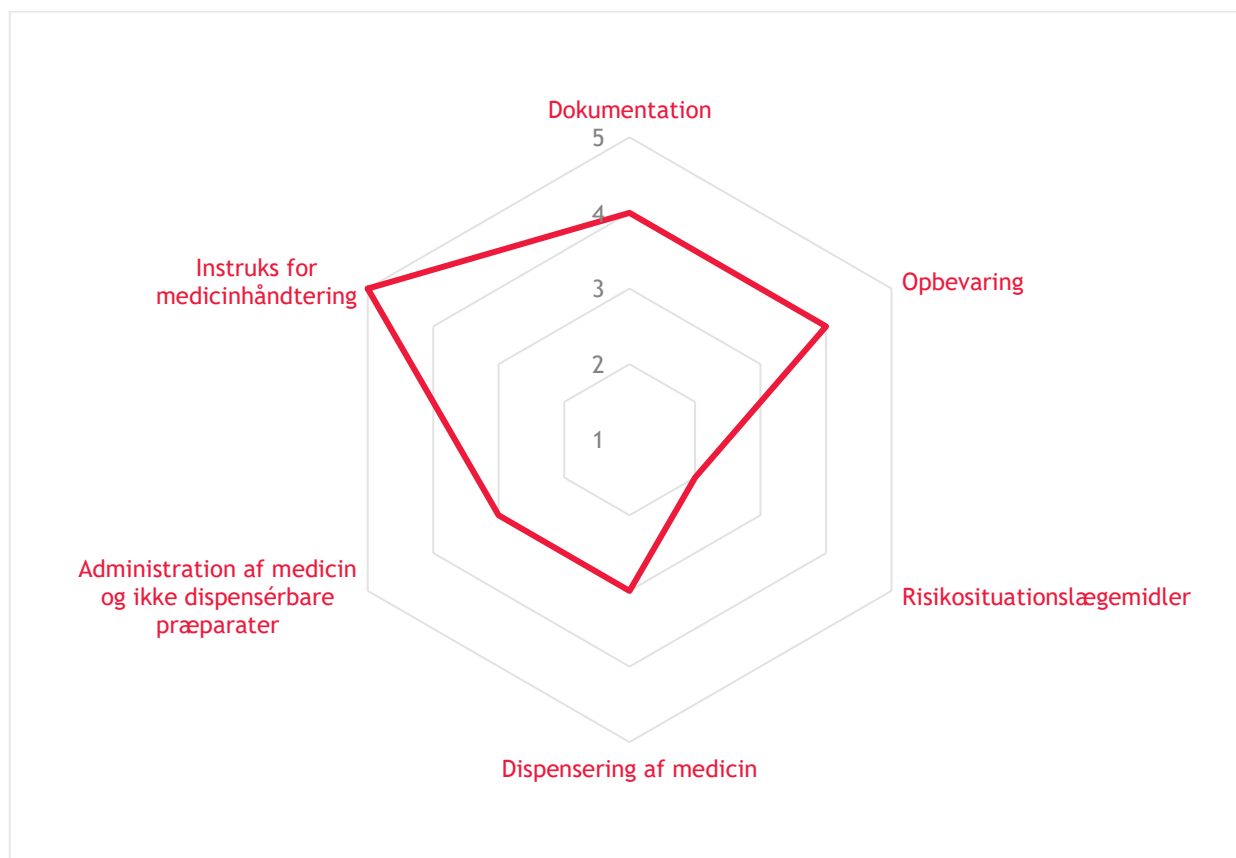
3.1 Overordnet vurdering

BDO har i forlængelse af tilsynet på Skovsminde 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 medicin håndteringen på plejecenteret har flere mangler, og at den ikke på alle områder lever op til de gældende retningslinjer og procedurer for medicin håndtering. Der er især udfordringer inden for dispensering og administration af medicin, som kan afhjælpes med en målrettet indsats. Desuden er der væsentlige mangler i håndteringen af risikosituationslægemidler, hvilket har betydning for beboernes sikkerhed og autonomi. Disse mangler kræver en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpe situationen.

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, dog ses der to fejl ved en stikprøve, idet et pn præparat og et fast ordineret præparat mangler opdateret handelsnavn.
- At medicinlister er opdaterede.
- At der foreligger opdaterede medicinaftaler efter gældende retningslinjer.
- At medarbejderne i høj grad 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.
- At der ved en ud af tre stikprøver ses et seponeret præparat opbevaret i aktuel medicin og et pn præparat opbevaret i ikke-anbrudt aktuel medicin.
- At der ved en ud af tre stikprøver ses et præparat med manglende etikette.
- At holdbarhedsdatoer er overholdt på faste medicinske præparater.
- At ugedoseringsæsker med ophældt medicin er mærkede 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 ophældning og udløbsdato.
- At medarbejderne redegør for korrekt mærkning af pn medicin.
- At medarbejderne kan redegøre for retningslinjer for korrekt opbevaring af medicin.

3.3.3 Risikosituationslægemidler - Score 2

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

Det lægges til grund for vurderingen:

- At medarbejderne ikke på sikker vis kan redegøre for de situationer, der kan opstå i deres hverdag, der kræver en særlig opmærksomhed i forbindelse med håndtering af risikosituationslægemidler. Medarbejderne kan redegøre for en arbejdsgang, der giver en opmærksomhed på, om beboeren er i behandling med et risikosituationslægemiddel ved at påføre et mærkat på medicinboksen, men det ses ikke i praksis, at dette medfører en sikker medicinhåndtering hos beboeren.
- At der ved en stikprøvekontrol bliver fundet en insulin pen til fast ordination i en pn pose.

- At det ikke fremgår tydeligt af dokumentationen, at der arbejdes med risikosituationslægemidler, jf. retningslinjer på området, idet behandlingsplan for brug af pn insulin fremstår uden klare referenceværdier på blodsukre og uden evaluering efter reduktion af fast insulinbehandling.

3.3.4 Dispensering af medicin - Score 3

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

Det lægges til grund for vurderingen:

- Der er overensstemmelse mellem ordineret medicinliste og den ophældte medicin i to ud af tre stikprøver, dog er der i én stikprøve fundet fejl i to æsker, hvor der mangler en tablet.
- At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for dispensering.
- At beboerne er tilfredse med håndteringen af medicinen.

3.3.5 Administration af medicin og ikke-dispensérbare præparater - Score 3

Tilsynet vurderer, at plejecenteret i middel 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 ikke konsekvent bliver registreret som givet, idet der ses manglende registrering ved to ikke-dispensérbare præparater i henholdsvis hver anden- og hver fjerde administration.
- At beboerne er inddragede i og trygge ved medicinadministrationen.
- At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for administration af medicin.

3.3.6 Instruks og medicin håndtering - Score 5

Tilsynet vurderer, at plejecentret 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 medarbejderen kan redegøre for gældende instrukser og retningslinjer for medicin håndtering.
- At medarbejderne kan redegøre for, hvordan der arbejdes med at nedbringes forbruget af anti-psykotisk medicin i samarbejde med plejecenterlægerne.

3.4 Tilsynets anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsat har fokus på arbejdsgange, der sikrer opdaterede handelsnavne, så medicinlisten til enhver tid er i overensstemmelse med den ordinerede medicin.
2. Tilsynet anbefaler ledelsen at have fokus på arbejdsgange, der sikrer korrekt anvendelse af de farvede poser, så aktuel, pn medicin og pauseret/seponeret medicin er tydeligt adskilt.

3. Tilsynet anbefaler, at der straks iværksættes en betydelig og målrettet indsats, der sikrer, at alle medarbejdere har viden om risikosituationslægemidler samt de risikosituationer, hvor der skal være skærpet opmærksomhed, og at de kan omsætte dette til handlinger i praksis til gavn for beboerne.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen har fokus på arbejdsgange, der sikrer korrekt ophædning ved medicindispensering, bl.a. ved at indføre fast egenkontrol.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsat har fokus på arbejdsgange, der sikrer en konsekvent registrering af ikke-dispensérbar medicin.

4. Vurderingsskema

I tilsynene i Gribskov Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	<p>Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle 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.
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 beboerne • 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 beboerne • 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 beboernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af beboerne • Få elementer i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. <p>Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.</p>
Score: 1	<p>Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af beboerne • Der er fare for beboernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. <p>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.