



# Tilsynsrapport Gribskov Kommune

Center for Sundhed og Omsorg  
Bakkebo Plejecenter

Uanmeldt tilsyn  
Inkl. medicinkontroltilsyn  
April 2023



# Indhold

Tilsynsrapport Gribskov Kommune .....	1
Forord.....	3
1. Oplysninger om Plejecentret og tilsynet .....	4
1.1 Aktuelle vilkår .....	4
1.2 Opfølgning.....	5
2. Helhedstilsyn .....	7
2.1 Overordnet vurderinger .....	7
2.2 Score .....	7
2.3 Vurdering i forhold til temaer .....	8
2.4 Tilsynets anbefalinger .....	13
3. Medicinkontrol .....	14
3.1 Overordnet vurdering.....	14
3.2 Score .....	14
3.3 Vurdering i forhold til temaer .....	15
3.4 Tilsynets anbefalinger .....	16
4. Vurderingsskema .....	17
Om BDO.....	19

# 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



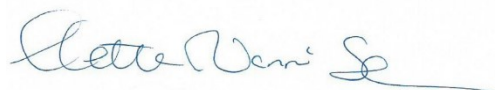
Birgitte Hoberg Sloth

*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 Plejecentret og tilsynet

## Generelle oplysninger om tilsynet

Navn og adresse: Bakkebo Plejecenter, Østre Allé 30, 3250 Gilleleje

Leder: Gitte Andersen

Antal boliger: 67 boliger heraf tre ægtefælleboliger i alt 70 beboere

Dato for tilsynsbesøg: Den 26. april 2023

### Deltagere i interviews:

- Plejecentrets leder samt to teamkoordinatorer
- Tilsynsbesøg hos tre beboere
- Gennemgang af dokumentation hos tre beboere
- Gruppeinterview med tre medarbejdere (en social- og sundhedshjælper og to social- og sundhedsassistenter)

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

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

### Tilsynsførende:

Mai Britt Helmsdal Henriques - Manager og sygeplejerske

Andreas Bertelsen - Manager og sygeplejerske

## 1.1 Aktuelle vilkår

Leder oplyser, at der fortsat er fokus på arbejdet med dokumentationen og medicin håndteringen. I det ene hus er de opstartet forløb med ”I sikre hænder”. Leder og medarbejdere oplever en spændende proces, hvor der blandt andet er fokus på at tilpasse og justere medicingivningen til beboernes ønsker og døgnrytme, så medicin gives rettidigt. Rettidigt beskrives med en afvigelse på maksimalt 30 minutters afvigelse. Når projektet er blevet implementeret i en afdeling, er planen, at det udvikles til resten af plejehjemmet.

Ledelsen oplyser, at det er planlagt, at plejhjemslægerne skal undervise flere gange årligt, og at der er planlagt temaer for resten af året.

Ledelsen oplyser, at der på Plejecentret er en fast tilknyttet fysioterapeut, der følger op på fald, og som deltager i den generelle tværfaglige sparring med afdelingerne og superviserer medarbejderne. Dertil er der også tilknyttet en ergoterapeut til plejecentret.

Leder oplyser at have fokus på at etablere et velstruktureret og systematisk tværfagligt samarbejde mellem den eksterne demenskonsulent, fysioterapeut og ergoterapeut på plejecentret.

Plejecentret har gennem 2022 deltaget i et forløb med Værdighedsrejseholdet, der er afsluttet primo 2023. Leder oplever, at der er etableret et fælles fagligt sprog, og at der i forbindelse med møder på plejecentret nu sker en mere åben refleksion. Plejecentret har desuden haft undervisning ved ekstern konsulent vedr. afholdelse af borgerkonferencer, hvor konsulenten tillige har haft supervision med medarbejderne.

Plejecentret er fortsat i proces med at skulle implementere den nye viden, og sigtet er, at der skal holdes borgerkonference en gang om ugen.

Forløb fra SST og undervisning omhandlende borgerkonferencer komplementerer og understøtter processen med at implementere de nye metoder. Processen suppleres ved demenskonsulenten, der afdelingsvist underviser i Blomsten og de grundlæggende psykologiske behov, jf. Tom Kitwood. Der er desuden tilkøbt demensmodul til Nexus, hvor der foretages en individuel vurdering på baggrund af Blomsten for hver enkelt beboer. Det pointeres, at den personcentrede tilgang skal gælde alle beboere, uanset sygdomsbillede.

Ledelsen beskriver, at der i samarbejde med plejehjemslægen er fokus på nedbringelsen af forbruget af antipsykotisk medicin, hvor behandlingsplanen drøftes i forbindelse med indflytning af nye beboere. Når der foretages medicinsk årgennemgang, tages der stilling til behandlingsbehov, og dette sker tillige, når beboerens tilstand ændres.

Leder oplyser, at der for beboere med særlige udfordringer er arbejdet ihærdigt med at sikre struktur i hverdagen med vekslende og relevante aktivitetstilbud, og at der for beskrivelser i døgnrytmeplanerne er lagt vægt på, at disse tiltag fremgår, hvilket har bidraget til kontinuitet i opgavevaretagelsen, og at der i en længere periode ikke har været anvendt fast 24 timers vagt hos en beboer. Der anvendes fast vagt ved to beboere, hvor en er faldtruet og en har svær demens og en uforudsigelig adfærd.

Ledelsen oplyser, at der i forbindelse med det opfølgende arbejde for medicinopgaven er udfærdiget lommekort til alle medarbejdere (der ses laminerede lommekort med materiale printet fra STPS læringsmateriale). Ved risikosituationsmedicin hos beboere er dette anført i bemærkningsfeltet på den digitale medicinliste. Dertil påsættes der en label med påskriften *Risikosituationslægemidler* på beboerens medicinkasse i boligen. Desuden er der lokalt udfærdiget et lommekort, som støtte ved medicin-dispensering, der trin for trin beskriver opgaven, som dermed kan anvendes som kontrolredskab af medarbejderen.

## 1.2 Opfølgning

Ved sidste års tilsyn modtog plejecentret anbefalinger i forhold til dokumentationen, handlingsanvisninger, at sikre opfølgning på indsatser, den oplevede kvalitet af og aftaler for personlige pleje, oplevelsen af ventetid på nødkald, renholdelse af hjælpemidler, mad og måltider samt dokumentation af triagering. I forhold til medicinbehandling modtog plejecentret anbefalinger vedrørende dokumentation, opbevaring og dispensering samt kontrol af dispenseret medicin.

Ledelsen oplyser, at der er formuleret et overordnet årshjul med planlagte journalaudits og aktiviteter for fast gennemgang af døgnrytmeplaner samt løbende justering af disse ved registrerede ændringer for beboerens funktionsevnetilstande, adfærd eller helbred. Ved årgennemgang af medicin med plejehjemslægerne er proceduren, at journaler efterfølgende gennemgås og justeres af medarbejderne.

Ledelsen beskriver, at der er indført ny arbejdsgang for handlingsanvisninger. Når der oprettes en ny handlingsanvisning, oprettes der samtidig en opfølgende opgave i Nexus-kalenderen, der understøtter, at tilstanden/handlingen ændres, evalueres eller inaktiveres. Det opfølgende arbejde med anbefalingen har medført, at plejecentret i langt højere grad anvender planlægningsfunktionaliteten i Nexus som understøttende redskab for opgavevaretagelsen generelt.

Ledelsen fortæller, at der siden sidst er ansat en sygeplejefaglig leder, som i samarbejde med teamkoordinatorerne altid læser 24 timer tilbage i observationsnotater, og herefter drøftes notaterne med medarbejderne. Denne praksis har etableret en mere orienterende og analytisk praksis, hvor der for hver gang, der oprettes et notat, også tilknyttes en opgave i systemet, når der fx skal ske opfølgning ved kontakt til den praktiserende læge. Dertil fortæller ledelsen, at der er implementeret et månedligt SSA-møde med fokus på dokumentation samt et ugentligt torsdagsmøde, hvor medarbejderne drøfter mindre faglige input, data fra UTH eller et fagligt tema med relevans for dokumentationen.

Ledelsen beskriver, at der afholdes triageringsmøder tre gange ugentlig, hvor alle beboere drøftes, dog med særlig opmærksomhed for de beboere, der er triageret rød eller gul. Møderne benyttes desuden til drøftelse af andre faglige temaer eller opmærksomhedspunkter, og mødeaktiviteterne har bidraget til en større åbenhed og øget faglig refleksion blandt medarbejderne.

I forhold til at fastholde aftaler med beboerne for fx bad, oplyser ledelsen, at der dagligt er fokus på at være i dialog med beboerne om dette. I tilfælde af, at en aftale for bad må ændres, så tilstræbes det, at

det sker i en dialog mellem beboeren og medarbejderen, så aftalen kan flyttes til et tidspunkt, der passer beboeren.

For at sikre korte svar tider på beboernes nødkald, er der ledelsesmæssig bevågenhed i forhold til, at alle medarbejdere bærer deres telefoner i hverdagen, samt at telefonerne ved vagtskifte overleveres korrekt. I forhold til nyansatte sker der en grundig gennemgang af den interne vejledning samt en praktisk introduktion til telefonerne. Vejledningen er tilgængelig på personalekontorer. Ledelsen oplever, at svar tider er forbedret ved de nye arbejdsgange, og af opkaldsstatistikken i nødkaldslog ses der en afkortet svartid på nødkaldene.

For opgaverne med renholdelse af hjælpemidler findes en vaskestation, hvor hjælpemidler kan gøres rene af medarbejderne, og ledelsen fortæller at der i årshjulet er fast planlagt en fokusuge, hvor renholdelse af hjælpemidlerne italesættes på afdelingerne.

Ledelsen beskriver, at der for at sikre, at den præ-tilberedte mad serveres på den ønskede måde, medfølger skrevne instruktioner fra køkkenet, så medarbejderne kan sikre en bedre forståelse for, hvordan opvarmning, tilberedning og anretningen skal foregå, svarende til køkkenets intentioner for måltidet.

Desuden fortæller ledelsen, at det, i forhold til anbefalingen om at sikre en indbydende og appetitlig anretning af maden, er drøftet med medarbejdergruppen. Fx hvis en beboer har behov for udskæring af maden, at det sikres, at der ikke er for meget på tallerkenen ad gangen, så beboeren kan bevare overblikket.

Ledelsen oplyser, at der, for at sikre overensstemmelse mellem præparatnavne for ordinationer og medicinliste, har været en intern proces og et samarbejde med den praktiserede læge i forhold til genordinationer. Der har desuden været en systemudfordring, hvor præparater forsvinder fra medicinlister, og der er taget kontakt til både kommunen og Nexus-systemudvikler, hvor fejlen efterfølgende er rettet af KMD.

Dertil beskriver ledelsen, at der, for at sikre en korrekt opbevaring, adskillelse og mærkning af medicinen, nu benyttes farvede poser til opbevaring og adskillelse af medicinen. Ledelsen oplever en stor forbedring, og de oplyser, at der er foretaget yderligere forbedringstiltag. Der er lavet lommekort til medarbejderne, som beskriver trin og opmærksomhedspunkter for medicinhåndteringen. Ledelsen oplyser, at der desuden tilknyttes en kalenderopgave i Nexus, så der ved afslutningen af en behandling sikres en evaluering af behandlingen samt oprydning i medicinen.

Som led i opfølgningen på sidste tilsyn har ledelsen gennemgået instrukser for risikosituationslægemidler med medarbejderne, og at lommekortet suppleres med aftaler for at dispenseringer altid skal foregå i rolige og skærmede omgivelser, og at der konsekvent foretages eftertælling og egenkontrol af dispenseringer.

Ledelsen beskriver, at der er sket en systematisk indsats for at sikre, at medarbejderne i praksis følger retningslinjerne i forhold til at kontrollere dispenseret medicin inden administration, og for at sikre kvittering herfor. Der er udarbejdet en fast instruks, og alle nye social- og sundhedsassistenter har modtaget sidemandsoplæring ved den sygeplejefaglige leder. Der sker opfølgende oplæring ved teamkoordinatorerne med udgangspunkt i instruks. Ledelsen oplyser, at medarbejderne kvitterer for medicinadministrationen i Nexus via medarbejdertelefonerne, på PC eller tablet.

## 2. Helhedstilsyn

### 2.1 Overordnet vurderinger

BDO har på vegne af Gribskov Kommune foretaget et uanmeldt helhedstilsyn på Bakkebo 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 Bakkebo Plejecenter 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, hvor der dog konstateres få mangler i forhold til dokumentation, mad og måltider og en del mangler i forhold til pleje og støtte samt praktisk hjælp.

Det er tilsynets vurdering, at dokumentationen har få mangler i forhold til opdatering af det store antal aktiverede tidsrammer i døgnrytmeplanen, og få mangler i forhold til at sikre, at planerne fremstår overskuelige med samlende beskrivelser fremfor unødigt enslydende beskrivelser i flere tidsrammer, og der kun anvendes tidsrammer i det omfang, hvor der er knyttet en specifik indsats hertil.

Tilsynet vurderer, at de sundhedsfaglige ydelser, som beboerne modtager på plejecentret, overordnet leveres med en god faglig kvalitet, hvor beboerne oplever at få den pleje, de har behov for, og at de udtrykker tilfredshed med måden, hvorpå plejen udøves. Tilsynet observerer på tilsynsdagen en medarbejder, der optræder uorganiseret og uprofessionel omkring morgenplejen, og medarbejderen forstyrrer unødvendigt morgenmåltidet på en afdeling.

Det er tilsynets vurdering, at den praktiske hjælp leveres med en god kvalitet, hvor alle tre beboere udtrykker tilfredshed med hjælpen, men beboerne oplyser ikke at deltage i opgaverne. Tilsynet kan konstatere, at fællesarealer generelt fremstår med en mindre grad af orden og struktur, hvor der et sted ses u hensigtsmæssig opbevaring af effekter og inventar, grundet igangværende reovering, og at der omkring på afdelingerne og på fællesarealer på rulleborde og i vindueskarme fx ligger mange kasser med engangshandsker, som virker mindre hyggeligt, og som bidrager til et institutionelt udtryk.

Beboerne udtrykker tilfredshed med madens kvalitet samt rammerne for måltiderne, hvor det af to beboerne fremhæves, at det sociale samvær er hyggeligt, og at måltidet er et godt rum for samtale. Tilsynet observerer på en afdeling, at morgenmaden anrettes på plastikbakker, og derefter også serveres på bakker for beboerne, hvilket tilsynet vurderer som mindre hjemligt. Maden er portionsanrettet, og der er ikke kander med drikkevarer på bordene, som beboerne kan forsyne sig fra.

Det er tilsynets vurdering, at aktiviteter leveres med fokus på beboernes individuelle behov, hvor beboerne sikres mulighed for en aktiv hverdag, og at beboerne tillige sikres valg af træning, der er tilpasset den enkeltes ønsker.

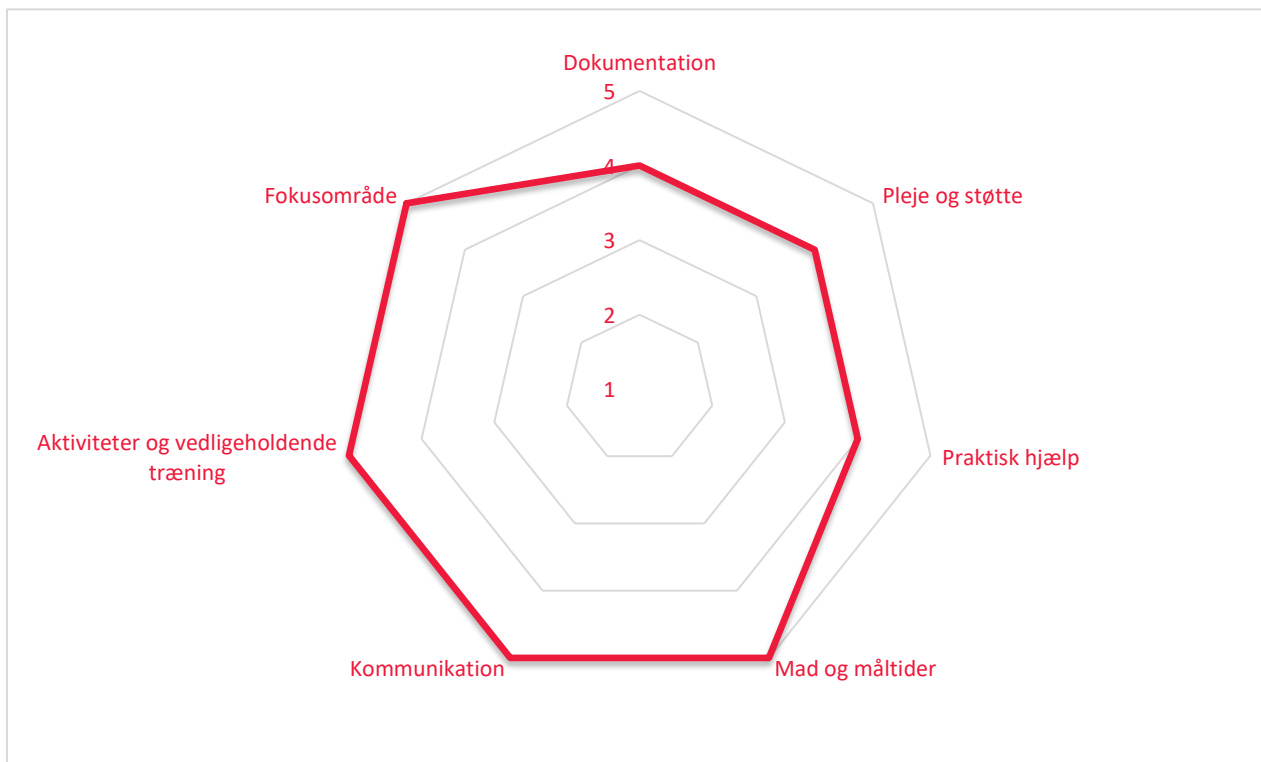
Det er tilsynets vurdering, at plejecentrets indsats i forhold til tidlig opsporing og triage sker systematisk og konsekvent. Der er foretaget en korrekt triagering på alle tre beboere. Medarbejderne kan, efter tilsynets vurdering, overbevisende redegøre for observationer, vurderinger, arbejdsgange og organisering i relation til triage og tidlig opsporing.

Tilsynet vurderer, plejecentret arbejder systematisk med implementeringen af den nye demensfaglige metode, og at plejecentret sikrer understøttende strukturer ved tilkøb af Nexus-demensmodul, samt at plejehjemmet har organiseret et samarbejde med en demenskonsulent. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne arbejder motiveret og bevidst med de grundlæggende og væsentlige elementer i demensarbejdet, og at de relevant kan beskrive observationer og resultater af den foreløbige indsats.

### 2.2 Score

For hvert overordnet tema, der undersøges i tilsynet, opnår tilbuddet en score fra 1-5, hvor 5 er den bedste. Således fremgår det af nedenstående figur, i hvor høj grad tilbuddet opfylder indikatorerne for hvert tema.

Figurens størrelse er et udtryk for kvaliteten målt på de valgte temaer og indikatorer. Jo større figur, jo højere kvalitet.



## 2.3 Vurdering i forhold til temaer

### 2.3.1 Dokumentation - Score 4

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 til at dokumentere og opdatere dokumentationen. Ved indflytningen opstarter den medarbejder, der tager imod beboeren, en døgnrytmeplan, hvor det efterfølgende er kontaktpersonens ansvar at ajourføre indholdet, som desuden løbende drøftes på møder og ved fast aftalte og planlagte gennemgange.

Medarbejderne kan med stor faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for arbejdet med dokumentationen, hvor det fremhæves, at der er fokus på beboerens egen indsats, og medarbejderen kan formulere beskrivelser for støtten til beboeren med udgangspunkt i vaner og rutiner. I forbindelse med indflytningen udleveres der en mappe til beboeren, blandt andet med en skabelon til livshistorien, og der er fokus på, at pårørende kan bidrage med informationer til indholdet for døgnrytmeplanen.

Dokumentationen fremstår overordnet opdateret og fyldestgørende, og den opbygget med en god systematik, ligesom dokumentationen indeholder afvigelser i beboernes tilstand. Beboernes behov for pleje og omsorg er handlingsvejledende beskrevet i døgnrytmeplanerne med udgangspunkt i beboernes helhedssituation og ressourcer og med mange kvalitative data, der indeholder sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, såsom beskrivelse af hjælpemidler samt beskrivelse af, hvordan medarbejderen skærmer en beboer, når beboeren er i risiko for at indgå i konflikter. Der beskrives særlige opmærksomhedspunkter, fx at en beboer er kuldskær og skal have en tyk trøje på.



Der ses mange tidsrammer i brug i døgnrytmeplanen, nogle med enslydende beskrivelser, hvilket gør døgnrytmeplanen omfattende og vanskelig at overskue. I flere tidsrammer ses opdateringer dateret i 2018, 2019 og frem til 2022.

Beboernes aktuelle funktionsevnetilstande og handleanvisninger (Serviceloven) er relevante med sammenhæng med den øvrige dokumentation, og det er fyldestgørende beskrevet og opdateret. Dokumentation er beskrevet i et fagligt og professionelt sprog.

### 2.3.2 Pleje og støtte - Score 4

Tilsynet vurderer, at plejecentret i 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 tilfredse med måden, hvorpå plejen udøves. En beboer kan kun delvist tilkendegive sine oplevelser, grundet demenssygdom. Beboerne er trygge ved indsatsen, To beboere oplever, at der overordnet er kontinuitet og en fin fleksibilitet i hjælpen, samt at aftaler overholdes.

Beboerne oplever at have mulighed for at anvende egne ressourcer under plejen, og en beboer med parese oplever god støtte ved forflytning, og en anden beboer støttes til at påtage strømper.

Medarbejderne sikrer, at beboerne modtager den nødvendige pleje og støtte, samt at der arbejdes med at skabe kontinuitet og tryghed i plejen og omsorgen ved hjælp af kontaktpersonordning, opdateret dokumentation, og sparring ved daglige møder, hvor der tages stilling til, hvilken medarbejder der skal varetage opgaven hos beboeren på baggrund af en konkret vurdering af beboerens aktuelle tilstand.

Pleje og omsorg leveres gennemgående efter en god faglig standard, og medarbejderne kan redegøre for, hvordan et rehabiliterende sigte er integreret i de daglige indsatser. Medarbejderne beskriver, hvordan vaner, livsmønstre og særlige ønsker for fx sengetid understøttes, at en konkret beboer selv klarer at gå i seng, når der er givet hjælp til at komme i nattøjet tidligere på aftenen.

Medarbejderne kan redegøre for, hvordan der reageres på ændringer i beboernes tilstand, samt hvorledes der videndeles på plejecentret på daglige møder og ved de ugentlige triageringsmøder.

Beboerne er velsoignerede, og den hygiejnemæssige standard i boligerne er forsvarlig.

Det observeres, at en medarbejder flere gange kalder fra en bolig ud i fællesrummet på sin kollega og efterlyser en vægt. Kollegaen er inde i en anden bolig for at udføre personlig pleje. Medarbejderen kommer derefter ud på fællesarealet iklædt engangsforklæde og -handsker, og medarbejderen taler samtidig i telefon.

På fællesarealet opholder der sig flere beboere samt en pårørende ved morgenbordet, der alle stopper op og orienterer sig mod medarbejderen.

### 2.3.3 Praktisk hjælp - Score 4

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

Beboerne oplever at modtage praktisk hjælp, svarende til deres behov. Beboerne er tilfredse med kvaliteten af den praktiske hjælp, og de inddrages i det omfang, de ønsker. En beboer kan ikke tilkendegive sin deltagelse. En beboer fremhæver, at rengøringsmedarbejderne er venlige og høflige, og at de leverer kvalitetsarbejde.

Medarbejderne sikrer den daglige oprydning i boligen, og de tørrer op, hvis der er spildt eller er sket et mindre uheld. Medarbejderne oplyser, at rengøringsmedarbejderne gør rent i boligerne en gang om ugen, og at de tillige varetager oprydning og rengøring af fællesarealerne. Derudover er der fast en "husalf", som varetager praktiske opgaver, fx håndtering af vasketøj samt støtte og hjælp ved måltiderne. Medarbejderne oplyser, at det er et fælles ansvar, at der en gang om ugen vaskes rollator og hjælpemidler af, og at der foretages vask af senge hver 14. dag. Rengøring af hjælpemidlerne italesættes i forbindelse med afdelingernes morgenmøder. Hver anden måned foretages der et fokuseret blik på, at alle hjælpemidler er rengjorte. Medarbejderne nævner som eksempel på den rehabiliterende

tilgang, at beboerne deltager ved et lægge vasketøj sammen, og medarbejderne kan med faglig indsigt redegøre for den praktiske hjælp til beboerne, også når beboerne har særlige behov.

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

Tilsynet observerer, at der enkelte steder på fællesarealerne, ved boligerne, opbevares nogle store planter, som bringer naturen ind i de lyse gangarealer, hvor indtrykket dog forstyrres af en del hjælpemidler, der står til afbenyttelse af medarbejderne, fx står en badsstol på fællesarealet umiddelbart ved en bolig. På et fællesareal ses der ved indgangsdøren til en bolig indtørret spild på væg og gulv. På fællesarealerne fremstår flere gangarealer og afdelinger med en mindre grad af orden og struktur, og der ses et sted opbevaring af forskellige effekter, såsom en ældre vaskemaskine, som er gået i stykker, en gennemsigtig plasticpose med flere vægbeslag til spritholdere, et gammelt køleskab, beskidte sammenrullede dørmåtter mv.

Omkring på gangarealer og fællesarealer ligger der i flere vindueskarme og på rulleborde kasser med plastichandsker af forskellig størrelse, hvor det virker mindre hyggeligt.

### 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 tilfredshed med madens kvalitet og rammerne omkring måltidet. En beboer kan ikke bidrage yderligere om sine oplevelser. To beboere oplever, at maden er varieret og med god kvalitet, og at den passer til deres ønsker og behov, hvor en beboer beskriver kvaliteten som "i top" og en anden beboer beskriver den som "særdeles udmærket". Begge beboere oplever, at der tages hensyn til, hvor de ønsker at spise, hvilket oftest sker sammen med de øvrige beboere, og begge beboere fremhæver glæden ved det sociale samvær, og de beskriver det som hyggeligt og et godt rum for samtale. En beboer fortæller om, efter eget valg, ikke at bidrage i forhold til fx borddækning eller afrydning ved måltidet.

Medarbejderne kan redegøre for beboernes indflydelse på mad og måltider, hvor der hver tredje måned ved kostrådsmøder spørges til beboernes tilfredshed, ønsker og madens kvalitet. Der er fokus på faste roller i forbindelse med måltiderne, fx værtinderollen, og på at sikre rolige rammer, fx ved at medarbejderne deltager med et pædagogisk måltid, og at medarbejderne deltager ved bordet, indtil beboerne er færdige med at spise. Medarbejderne beskriver, at beboerne ikke deltager ved tilberedning af maden, men medarbejderne har fokus på at arbejde rehabiliterende under måltiderne, og de inddrager de beboere, som har lyst til at bidrage ved borddækning og afrydning samt aftørring af bordene efter måltidet.

Tilsynet observerer tre beboere spise morgenmad siddende omkring et langbord. Morgenmaden er tilberedt af medarbejderen i anretter-køkkenet, og den er anrettet på plastikbakker. Morgenmaden er placeret på bakkerne i forbindelse med, at beboerne spiser, hvilket fremstår mindre hjemligt og hyggeligt. Det observeres, at bakkerne er portionsanrettede, og at der ikke er små kander med vand eller saft på bordene, som beboerne kan forsyne sig fra. Bordet er dækket med potteplanter, lys og servietter. Der afspilles relevant afdæmpet musik fra anretter-køkkenet, og der opleves en rolig og hyggelig stemning.

Ved rundgang på plejecentret ses medarbejdere, der sidder sammen med og støtter beboerne ved måltidet. Der observeres en god øjenkontakt, dialog og en gemytlig stemning, hvor det fx ses, at en medarbejder er opmærksom på at tilpasse tempoet ved støtten til indtagelse af mad til en beboer, der ikke kan håndtere bestikket selv.

### 2.3.5 Kommunikation - Score 5

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

Beboerne er meget tilfredse med omgangstonen, og beboernes synes, at medarbejderne er venlige og imødekommende. En beboer med demenssygdom fremhæver, at medarbejderne i hverdagen er

opsøgende, og at de gerne spørger beboeren, om han mangler noget. En anden beboer fremhæver, at der også medarbejderne imellem er en god omgangsform, og at medarbejdernes adfærd er respektfuld. Kommunikationen målrettes og tilpasses den enkelte beboers tilstand og behov.

Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en refleksiv måde redegøre for kommunikationen, hvor nærvær, øjenkontakt og at optræde lyttende fremhæves som væsentlige elementer for at opnå en god kontakt. Dertil beskriver medarbejderne betydningen af at forsøge at sætte sig i beboernes sted, fx hvis en beboer har demenssygdom, at medarbejderen anerkender, at beboerne måske ikke altid er orienterede og realistiske, men at der skal sikres en respektfuld adfærd og anerkendende kommunikation med beboerne, selv om medarbejderne ikke umiddelbart forstår beboernes perspektiv.

Det ses ved rundgang på plejecentret, at medarbejdere, når de støtter beboerne ved måltiderne, har øjenkontakt og samtaler med beboerne. Beboerne tiltales ved navn, når beboere og medarbejdere mødes på fællesarealerne, hvor medarbejderne også ses at stoppe op, når de tiltales eller stilles et spørgsmål. Det observeres, at medarbejderne giver sig god tid i kontakten med beboerne, og at de er aktivt lyttende og spørgende, så der opstår dialog

### 2.3.6 Aktiviteter og vedligeholdende træning - Score 5

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

Beboerne udtrykker tilfredshed med tilbuddet om aktiviteter, og de finder, at dette passer til deres behov og ønsker. En beboer beskriver at deltage i en stor del af de planlagte aktiviteter, og beboeren nævner andagt, sang og musik og at beboeren holder af at gå rundt på plejehjemmet og ned til caféen flere gange om dagen. En anden beboer deltager i aktiviteter efter eget valg, hvor den tredje beboer ikke formår at forholde sig til spørgsmålet, Beboerne tilbydes vedligeholdende træning, der svarer til deres behov og ønsker. To beboere deltager to gange om ugen til træning, hvor den ene fx deltager i fælles stoleygnastik, og den anden beboer modtager individuel træning ved stedets terapeut.

Medarbejderne kan relevant redegøre for, hvorledes aktiviteter planlægges og udføres i forhold til beboernes ønsker og behov, hvor medarbejderne oplyser, at de i forbindelse med de daglige morgenmøder orienterer sig i den elektroniske aktivitetskalender, og at de efterfølgende kan orientere eller minde beboerne om dagens aktivitetsprogram. Medarbejderne oplyser, at aktivitetskalenderen også fremgår af husavisen, samt at den er ophængt på afdelingerne. Dertil taler medarbejderne med beboerne om deres interesser, og medarbejderne kan med denne viden give relevante tilbud og forsøge at imødekomme beboernes ønsker. Afdelingerne er selv ansvarlige for at planlægge og afholde aftenaktiviteter, hvor der bl.a. nævnes TV-relaterede aktiviteter, som at se film, X-Faktor eller sportsprogrammer, hvortil der skænkes drikke og laves popcorn. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en refleksiv måde redegøre for arbejdet med vedligeholdende træning til beboerne. Bl.a. gå de ture med beboerne, og der arbejdes med fokus på at skabe motivation for beboerne for træning, hvor stoleygnastikken beskrives som en samlende aktivitet med efterfølgende socialt samvær og hygge.

Der observeres ikke direkte aktiviteter med beboerne ude i afdelingerne ved tilsynets rundgang, men der ses i et lokale ved siden af caféen 10-12 beboere omkring et langbord, hvor der foregår aktive samtaler på tværs af bordet, og hvor stemningen er høj. Der ses avislæsning, og nogle beboere nyder en kop kaffe eller andre drikkevarer. Rundt omkring bordene ses en del forskellige kreative materialer opbevaret, og der er både bøger og blade, som indbyder til læsning.

Der er omkring på plejecentret flere mindre kroge og siddepladser, der indbyder til ophold, og det fremgår af opslag, hvilke aktiviteter der er planlagt i den nærmeste fremtid.

### 2.3.7 Årets fokusområde: Triage, tidlig opsporing og demens - Score 5

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

Beboerne opleves triagerede, jf. Gribskovs Kommunes retningslinjer på området, hvor alle tre beboere ses triagerede med angivelse af årsag for farve-score.

Medarbejderne har viden om arbejdet i forbindelse med triage, og de kan redegøre for observationer og udarbejdelse af dokumentation på området, hvor medarbejderne nævner, hvorledes det "habituelle skema" ajourføres en gang om måneden, og at det fungerer som en god tjekliste, så det sikres, at medarbejderne kommer omkring alle områderne for beboernes sundhed og trivsel.

Medarbejderne har implementeret systematiske arbejdsgange i forhold til udførelse og organisering af triage, hvor de på plejecentret er i proces med at implementere triage i alle tre huse, og hvor der i det ene hus nu triageres tre gange om ugen i dagvagt og to gange om ugen i aftenvagt. Når en beboer er triageret, arbejdes der med et "vindue" for observation og undersøgelse på 24-48 timer, inden der skal foreligge en konkret handlingsanvisning på den identificerede udfordring.

Medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med observationer, og de er bekendte med retningslinjer på området, hvor det beskrives, at der fx ved rød triage skal dokumenteres i hvert vagt-lag, og medarbejderne redegør for, at arbejdsgangen suppleres med mundtlig overlevering. Der foreligger en fast instruks for, at kun social- og sundhedsassistenter eller en sygeplejerske må foretage en triagering tilbage til habituel tilstand for en beboer. Medarbejderne beskriver, at en beboer fx triageres gul ved infektion eller ved et opstået sår. Når en beboer er triageret rød, er det altid en sygeplejerske eller en social- og sundhedsassistent, der tilser beboeren, og det er altid en uddannet medarbejder, som er tildelt plejen. Ved beboere, som er triagerede gule, er medarbejderne opmærksomme på, at plejeopgaven tildeles en fast medarbejder.

Medarbejderne kan redegøre for, at fysioterapeuten varetager månedlige RSS-test samt opfølgende træningstilbud.

Registreringer i forhold til observationer for triageringsarbejdet fremgår systematisk, og for den tidlige opsporing ses der regelmæssige vejninger samt RSS-test for beboerne, jf. kvalitetsstandarderne, samt opdaterede funktionsevnetilstande.

I forhold til fokusområdet demens redegør medarbejderne for, hvorledes demensarbejdet er igangværende og i en implementeringsproces, og hvor en stor del af medarbejderne har deltaget i værdighedsrejseholdets demensundervisning. Medarbejderne beskriver, at der i komplekse beboersituationer samarbejdes med kommunens demenskonsulent, og at der afholdes supervision hver anden uge ved demenskonsulenten, hvor det tillige er muligt at få supervision ved en akut opstået situation. Der tages i demensarbejdet afsæt i Tom Kitwoods teori med fokus på meningsfulde aktiviteter for beboerne i hverdagen, hvor der arbejdes ud fra Blomsten og de grundlæggende behov fra teorien om personcentreret omsorg. Beboerne involveres ved, at der spørges ind til beboernes egne ønsker, fx for plejen, for dermed at fastholde funktionsevner gennem hverdagsrehabilitering. Medarbejderne beskriver, hvorledes der arbejdes for at skabe tryghed, fx ved hjælp af demensvenlige redskaber, såsom bamser og dukker. Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der skal indhentes samtykke, hvis det overvejes, at der skal benyttes døralarmer eller sensorer i en beboers bolig.

Der observeres dokumentation af beboernes demensudfordringer ved diagnose samt symptombillede, hvor der for en beboer fx beskrives om orienteringsbesvær og dertil en beskrivelse af de sikkerhedsmæssige foranstaltninger, der er foretaget, såsom døralarm samt GPS.

I forhold til opmærksomhedspunktet om foranstaltninger ved døre, skjulte udgange/havelåger/hegn med videre ses almindelige lovlige udgange til fællesområder. Lederen fortæller, hvorledes hækkene er plantet i forskudte forløb med stier i mellem, så stiforløbene bugter sig, så de ikke leder lige til vejen.

## 2.4 Tilsynets anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

1. Tilsynet anbefaler, at det sikres, at døgnrytmeplanen er opdateret og indeholdende aktuelle tidsrammer. Dertil anbefales det, at der arbejdes med, at planerne fremstår overskuelige med samlede beskrivelser for dag, aften og nat.
2. Tilsynet anbefaler, at der i den faglige sparring med medarbejderne rettes en særlig opmærksomhed på, hvorledes der ageres professionelt i udførelsen af pleje og omsorg, så der i det daglige tages hensyn til, at plejecentret udgør beboerens hjem.
3. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt rettes en undersøgende opmærksomhed på plejecentrets opbevaring af hjælpemidler, arbejdsredskaber, boliginventar, engangshandsker og andre hygiejneartikler på fællesarealer, fx ved fotosafari, for at sikre hjemlighed og forhold, der gør, at beboerne kan færdes uden forhindringer.
4. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt skabes refleksion i forhold til anvendelse af plastikbakker ved servering af morgenmaden, samt hvordan der fremadrettet kan arbejdes rehabiliterende under måltidet.

## 3. Medicinkontrol

### 3.1 Overordnet vurdering

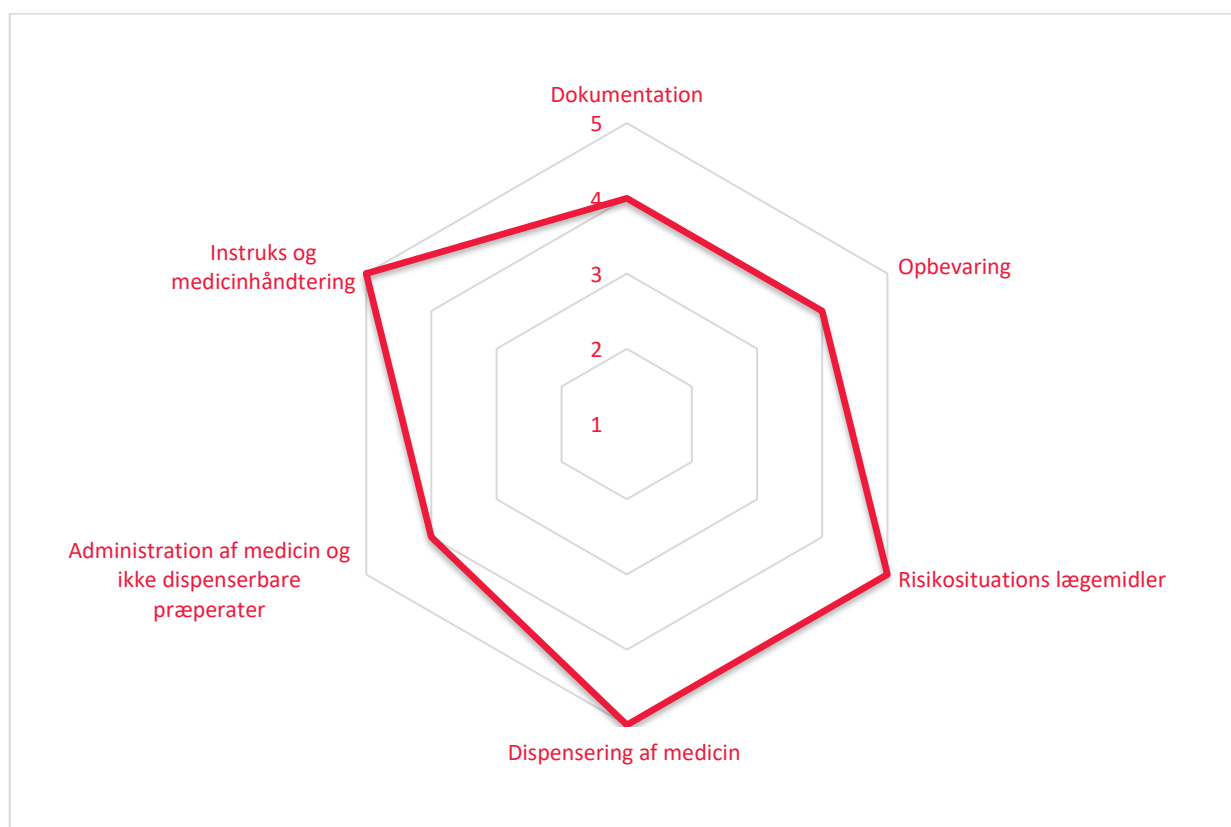
BDO har i forlængelse af tilsynet på Bakkebo Plejecenter foretaget medicinkontrol hos 3 beboere.

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 der er fundet få mangler inden for dokumentation, opbevaring og administration af medicin og ikke dispenserbare præparater. Det er tilsynets vurdering, at manglerne kan afhjælpes ved en mindre indsats.

### 3.2 Score

For hvert overordnet tema, der undersøges i tilsynet, opnår tilbuddet en score fra 1-5, hvor 5 er den bedste. Således fremgår det af nedenstående figur, i hvor høj grad tilbuddet opfylder indikatorerne for hvert tema. Figurens størrelse er et udtryk for kvaliteten målt på de valgte temaer og indikatorer. Jo større figur, jo højere kvalitet.



### 3.3 Vurdering i forhold til temaer

#### 3.3.1 Dokumentation - Score 4

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

Det lægges til grund for vurderingen:

- At der for to præparater - øjendråbe og sublingual spray - hos en beboer ikke er overensstemmelse i handelsnavne for den ordinerede medicin og medicinlisten.
- At medicinlister er opdaterede.
- At der foreligger opdaterede medicinaftaler efter gældende retningslinjer, dog mangler der indikation for smertebehandling for en beboer.
- At medarbejderen 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, hvor det ses, at medicinen opbevares adskilt i forskellige poser.
- At holdbarhedsdatoer er overholdt på faste medicinske præparater.
- At ugedoseringsæsker med ophældt medicin er mærket korrekt.
- At der er angivet anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed efter åbning, inkl. pn medicin.
- At pn medicin er mærket korrekt.
- At der ikke er overensstemmelse mellem pn medicinliste og beboers pn beholdning, hvor der i et tilfælde fremgår pn paracetamol af medicinliste, der dog ikke findes i beholdningen.
- At ophældt pn medicin er mærket med præparatets navn, styrke og dosis samt dato for ophældning og udløbsdato.
- At medarbejderen kan redegøre for korrekt mærkning af pn medicin.
- At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for korrekt opbevaring af medicin.

#### 3.3.3 Risikosituationslægemidler - Score 5

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

Det lægges til grund for vurderingen:

- At medarbejderne kan redegøre for, hvordan der arbejdes med risikosituationslægemidler og for anvendelse af instrukskort (Stop, Tænk, Tjek).
- At det fremgår af dokumentationen, at der arbejdes med risikosituationslægemidler, jf. retningslinjer på området, hvor der for opioid-præparat ses korrekt dokumentation, samt at det fremgår af label på medicinboks, at der indgår risikosituationslægemiddel i en beboers behandling.

### 3.3.4 Dispensering af medicin - Score 5

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 medarbejderne 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 4

Tilsynet vurderer, at plejecentret i 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, hvor en beboer dog giver udtryk for ikke at have adgang til selvadministration af pn smertestillende og sublingual spray ved symptomer på hjertekrampe.
- 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.

## 3.4 Tilsynets anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

1. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt implementeres indsatser, så det sikres, at der til enhver tid er overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og medicinlisten.
2. Tilsynet anbefaler, at der sikres overensstemmelse mellem pn medicinliste og beboers pn beholdning, så medicinen forefindes, så behandling kan igangsættes ved behov
3. Tilsynet anbefaler, at der for en beboer sikres inddragelse i og tryghed ved medicinadministrationen, herunder en vurdering af, hvilke rammer der kan etableres, som giver beboeren mulighed for selvadministration af pn medicin.



## 4. Vurderingskema

I tilsynene i Gribskov Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	<p><b>Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler</li> <li>• Tilsynet har ingen anbefalinger</li> <li>• Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbage-meldingen og noteres som bemærkning i rapporten.</li> </ul>
Score: 4	<p><b>Indikatorerne er i høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne</li> <li>• Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul>
Score: 3	<p><b>Indikatorerne er i middel grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne</li> <li>• En del elementer i indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul>
Score: 2	<p><b>Indikatorerne er i lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne</li> <li>• Få elementer i indikatorerne er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul> <p>Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.</p>

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 1	<p><b>Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes</li><li>• Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne</li><li>• Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind</li><li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li></ul> <p>Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.</p>

## Om BDO

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

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

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

