



# Tilsynsrapport Gribskov Kommune

Center for Sundhed og Omsorg  
Friplejehjemmet Helene Marie

Uanmeldt tilsyn, inkl. medicinkontrol  
August 2024

# Indhold

Indhold.....	2
Forord.....	3
1. Oplysninger om tilsynet .....	4
1.1 Aktuelle vilkår .....	4
2. Helhedstilsyn.....	6
2.1 Overordnet vurderinger .....	6
2.2 Score .....	6
2.3 Vurdering i forhold til temaer .....	7
2.4 Tilsynets anbefalinger .....	12
3. Medicinkontrol .....	13
3.1 Overordnet vurdering.....	13
3.2 Score .....	13
3.3 Vurdering i forhold til temaer .....	14
3.4 Tilsynets anbefalinger .....	15
4. Vurderingsskema .....	17
Om BDO .....	18

## Forord

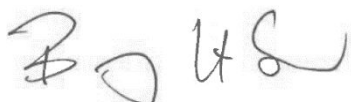
Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres 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



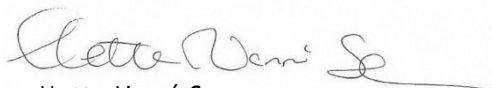
Birgitte Hoberg Sloth

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: Fripleshjemmet Helene Marie - Egetrolden 2, 3200 Helsingør

Leder: Forstander Camilla Woller-Nielsen

Antal boliger: 90 boliger - aktuelt ca. 56 beboere

Dato for tilsynsbesøg: Den 16. august 2024

### Deltagere i interviews:

- Plejehjemmets ledelse - repræsenteret ved Direktør for Fonden Mariehjemmene, Ulla Agerskov
- Tilsynsbesøg hos tre beboere
- Gennemgang af dokumentation og medicin hos tre beboere
- Gruppeinterview med tre medarbejdere (tre social- og sundhedshjælpere)
- Interview med tre pårørende

Der er foretaget rundgang på plejehjemmet, 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

Det er Fripleshjemmet Helene Maries første kommunale tilsynsbesøg, idet plejehjemmet åbnede 1. februar 2024. I forstanderens fravær var der også tilstedeværelse af forstander fra et andet Mariehjem. Ledelsen fortæller indledningsvist om opstartsfasen af plejehjemmet, og hvordan beboernes indflytning var planlagt gradvist med indflytning på en afdeling ad gangen, og hvordan personaleansættelserne er sket løbende i overensstemmelse hermed. Aktuelt er der 56 beboere indflyttet, og ledelsen oplyser, at personalenormeringen er tilpasset det nuværende antal beboere. Plejehjemmet er organiseret ved en forstander og en souschef, der ligeledes fungerer som sygeplejefaglig leder, hvor denne stilling afventer besættelse i efteråret, eftersom souschefen ophørte i maj måned. Plejehjemmet har dertil en vagtplanlægger, en sekretær (aktuel vakant stilling), en pedel, kok og køkkenpersonale. Ydermere er der tre aktivitetsmedarbejderstillinger, hvoraf to aktuelt er vakante.

I de enkelte afdelinger er der tilknyttet social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter samt to sygeplejersker der dækker på tværs i huset.

Ledelsen oplyser, at der er fokus på det sundhedsfaglige kvalitetsarbejde ved, at der afholdes triageringsmøde tre gange ugentligt, hvor det er sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne der mødes og drøfter faglige problemstillinger blandt beboerne. Ydermere afholdes der møde hver morgen i de enkelte afdelinger, hvor dagens opgaver planlægges og koordineres efter beboernes behov og kompleksitet. Ledelsen oplyser, at arbejdet vedrørende utilsigtede hændelser, instruksudarbejdelse, dokumentation med mere

nu er fordelt til de to sygeplejersker, men at det er planen at disse områder skal overgå til den kommende sygeplejefaglige leder. Plejehjemmet har en samarbejdsaftale med et lægehus, hvor lægerne er på fast besøg en gang ugentligt og tilser relevante beboere med behov. Ledelsen fortæller, at de arbejder med lægerne om at nedbringe brugen af anti-psykotisk medicin hos beboere med demens eller demenslignende symptomer, og at den pædagogiske tilgang altid undersøges inden man overvejer brugen af medicin. Ledelsen fortæller om, hvordan arbejdet tilrettelægges ud fra Mariehjemmenes værdighedsmodel, som tager udgangspunkt i Tom Kitwoods teori om personcentreret omsorg og lægger vægt på at beboerne oplever selvbestemmelse, hjemlighed og værdighed.

Ledelsen fortæller afslutningsvist om et stort fokus på, at der tilbydes målrettede aktiviteter og arrangementer der kan imødekomme beboernes behov for socialt samvær og fysisk aktivitet. Dertil er der prioriteret tre stillinger til aktivitetsmedarbejdere, som samtidig fungerer som måltidsværter og som et koordinerende led i forhold til samarbejde og dialog med køkkenet. Plejehjemmet har et produktionskøkken med egen kok, hvor der serveres varm mad til frokost og smørrebrød til aften. Dertil oplyser ledelsen, at medarbejderne tilbydes et pædagogisk måltid og at det prioriteres, at alle måltider afholdes under en hyggelig stemning.



## 2. Helhedstilsyn

### 2.1 Overordnet vurderinger

BDO har på vegne af Gribskov Kommune foretaget et uanmeldt helhedstilsyn på Fripøjehjemmet Helene Marie. 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 Fripøjehjemmet Helene Marie er i en proces og står over for udviklingsområder på flere kerneopgaver, hvortil det vurderes at der ledelsesmæssigt er brug for en målrettet og systematisk indsats for at forbedre forholdene.

Det er tilsynets vurdering, at plejehjemmet ikke arbejder tilstrækkeligt med at sikre en systematisk og struktureret dokumentation og at dokumentationen i lav grad kan anvendes som et fagligt redskab i plejen og i behandlingen af beboerne. Tilsynet vurderer, at der er væsentlige mangler i dokumentationen, dels i forhold til at dokumentere sundhedsfremmende og forebyggelige indsatser i døgnrytmeplanerne, den pædagogiske tilgang, funktionsevnebeskrivelse samt opfølgning på afvigelser i beboernes tilstande.

Det er tilsynets vurdering at levering af hjælp til pleje og støtte, er udfordret af, at medarbejderne ikke har mulighed for at skabe nære relationer og derved have et indgående kendskab til beboerne, hvor der arbejdes med et sundhedsfremmende og rehabiliterende sigte, idet medarbejderne oplever at blive placeret i forskellige afdelinger for at tilgodese, at der altid skal være en fastansat medarbejder til stede, grundet stort brug af vikardækning. Det er ligeledes tilsynets vurdering, at beboerne opleves velsoignerede og er meget tilfredse med hjælpen. Ydermere vurderer tilsynet, at medarbejderne mangler tilstrækkelig viden om arbejdsgange i akutte situationer, men at deres hensigt om hjælp og omsorg er tydelig.

Det er tilsynet vurdering at rengøringsstandarder er god, hvor fællesarealerne opleves rene og ryddelige og at beboerne er meget tilfredse med hjælpen. Dog opleves enkelte hjælpemidler urene og tilsynet observerer en enkelt episode, hvor vasketøjet ikke håndteres korrekt efter de hygiejniske retningslinjer.

Tilsynet vurderer, at plejehjemmet har en venlig omgangstone, og at medarbejdernes adfærd er respektfuld, hvor beboerne føler sig imødekommet på en omsorgsfuld måde.

Det er tilsynets vurdering, at plejehjemmet i høj grad har fokus på at skabe rammerne for det gode måltid og at beboerne oplever at være meget tilfredse med maden og indflydelsen herpå. Ligeledes vurderer tilsynet, at beboerne i høj grad er tilfredse med tilbuddet om sociale arrangementer, aktiviteter og vedligeholdende træning.

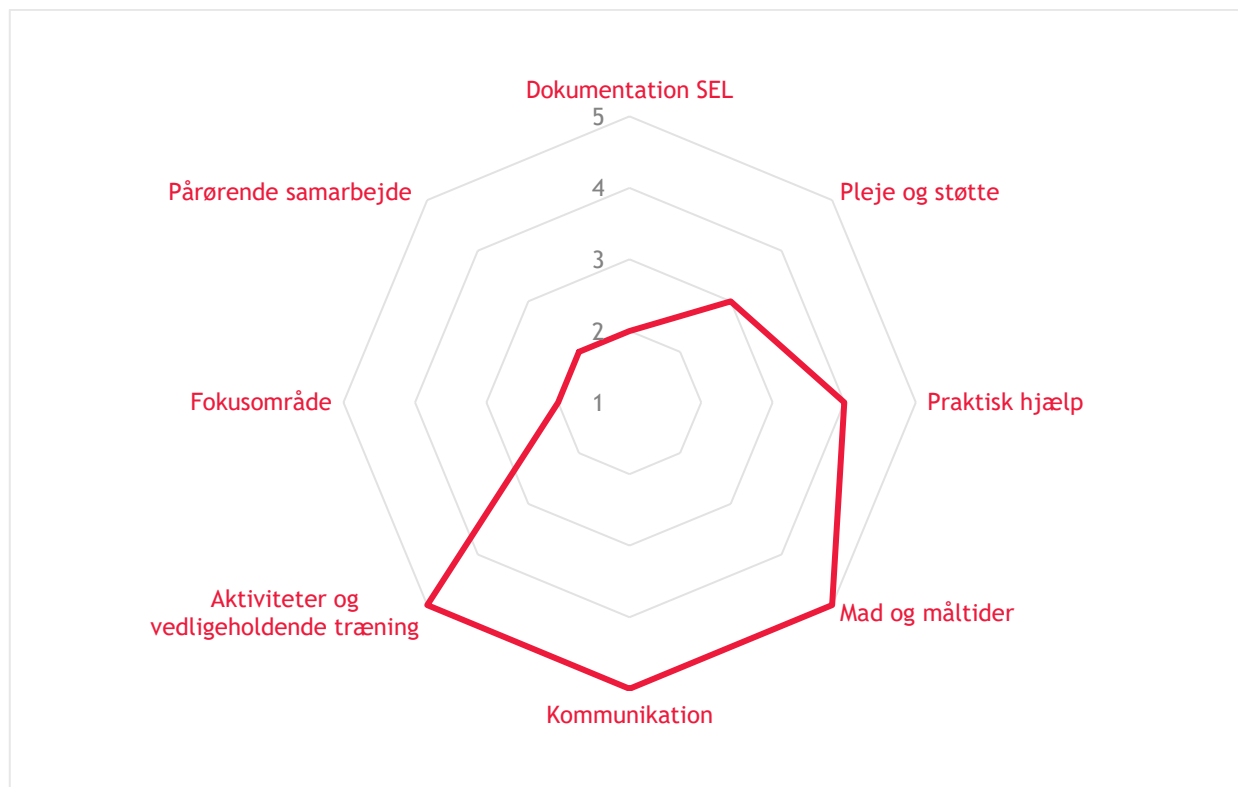
Det er tilsynets vurdering, at der er flere udviklingsområder i forhold til forbedring af arbejdet med årets fokusområde, som indeholder temaer for; triage og tidlig opsporing af sygdom samt fokus på demens og nedbringelse af brugen af anti-psykotisk medicin. Det vurderes, at beboerne ikke tilbydes en systematisk og forebyggende opsporing af begyndende sygdom ved brug af monitorering af funktionsevne eller vægtmåling. Det er ligeledes tilsynets vurdering, at der ikke arbejdes systematisk med triagering af beboerne og opfølgning herpå.

Det er tilsynets vurdering, at plejehjemmets indsats i forhold til håndtering af beboere med demenssygdomme, har flere udviklingsområder i forhold til, at der ses, mangler på; dokumentationen af den pædagogiske tilgang i døgnrytmeplanerne, at der ikke afholdes systematiske beboerkonferencer og at der ikke forfindes en målrettet arbejdsgang, inkl. dokumentationspraksis, på at nedbringe brugen af anti-psykotisk medicin.

Afslutningsvist er det tilsynets vurdering, at der er en stor bekymring fra to pårørende, hvor det ligeledes er tilsynets vurdering, at der er pleje og behandlingsmæssige observationer, som ikke er acceptable, dertil oplevelsen af manglende kontinuitet og samarbejde med ledelsen.

### 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 2

#### Data:

Tilsynet vurderer, at plejehjemmet i lav grad lever op til indikatorerne for dokumentationen.

Det afspejles i dokumentationen og på baggrund af medarbejdernes udtalelser, at plejehjemmet aktuelt, ikke har en fast målrettet praksis vedrørende dokumentation for servicelovs ydelser. Medarbejderne kan imidlertid med sikker faglig indsigt gøre rede for, hvordan en døgnrytmeplan burde udarbejdes og anvendes, så det sikres, at beboernes ønsker, vaner og behov imødekommes. Dertil fortæller medarbejderne, at ansvaret for udarbejdelse og opdatering af døgnrytmeplanen er pålagt både social- og sundhedshjælperne og social- og sundhedsassistenterne i de enkelte afdelinger, men at det er udfordrende at beskrive beboernes behov for hjælp, da der ikke er tilstrækkelig kontinuitet blandt medarbejderne. Medarbejderne nævner, at de skiftevis arbejder på de forskellige afdelinger, grundet manglende personaleresourcer, så derfor er det svært at oparbejde en relation og et ordentligt kendskab til beboernes vaner, ønsker og behov. Dertil fortæller medarbejderne, at de dokumenterer ved afvigelse i beboernes tilstande og har en praksis for, at der skal dokumenteres i hver vagt på de beboere, der er triageret røde eller gule. Medarbejderne fortæller, at de kan søge sparring og hjælp hos hinanden og ved sygeplejersken, men at der aktuelt ikke er en resourceperson for dokumentationsarbejdet.

Der er foretaget gennemgang af tre beboeres journaler. Dokumentationen fremstår med en varieret faglig standard, hvor flere dele af dokumentationen fremstår med væsentlige mangler.

Plejehjemmet anvender omsorgsjournalsystemet Nexus med Fællessprog II, og anvender derfor en helhedsvurdering, der beskriver beboernes funktionsevne og helbredsmæssige tilstande. Helhedsvurderingen udarbejdes af sygeplejerskerne eller af social- og sundhedsassistenterne ved beboernes indflytning og fremstår ikke tilstrækkeligt med beskrivelse af beboernes funktionsevne, idet funktionsevnen kun er beskrevet relevant i en enkelt journal.

Døgnrytmeplanerne fremstår delvist opdateret med oplysninger om beboernes ressourcer og med beskrivelser, der til dels er handlevejledende for indsatserne og fremstår ikke fyldestgørende som et brugbart redskab for udførelsen af plejen. Der er i en enkelt journal, tre forskellige aktive døgnrytmeplaner for dagvagten, hvoraf oplysninger ikke er opdateret og i en anden journal mangler aftenplanen. Derudover ses der manglende beskrivelser på sundhedsfremmende og forebyggelige sygeplejeindsatser, såsom tryksårforebyggelse, mundpleje og ernæringstiltag i to ud af tre journaler. Dokumentationen mangler generelt opfølgning på afvigelser i beboernes tilstande, da der ses manglende opfølgning på f.eks. hævet ben, en stærk urinlugt og en terminal beboers behov for en vekselrykmadras.

Dokumentationen er beskrevet i et fagligt og professionelt sprog.

### 2.3.2 Pleje og støtte - Score 3

#### Data:

Tilsynet vurderer, at plejehjemmet i middel grad lever op til indikatorerne for personlig pleje og støtte.

Tilsynet interviewer tre beboere, hvoraf alle tre har en demensdiagnose i lettere grad, men kan udtrykke sig tilstrækkeligt ved sprog. Beboerne giver udtryk for at få de pleje- og omsorgsydelser, de har behov for, og er meget tilfredse med måden, plejen udøves på. En enkelt beboer fortæller selv at kunne varetage sin egne behov, men nævner at hvis der skulle være behov for hjælp, så ville medarbejderne straks træde til. De interviewede beboere og beboerne på fællesarealerne opleves velsoignerede og med rent tøj, rene negle, friseret hår og med deres nødkald indenfor rækkevidde.

Medarbejderne kan redegøre for, at der skal tages udgangspunkt i døgnrytmeplanen, for at sikre, at beboerne modtager den nødvendige pleje og støtte, men er bekendt med at døgnrytmeplanerne kan være mangelfulde. Medarbejderne tilsigter, at der arbejdes med at skabe kontinuitet og tryghed for beboerne, men oplever dog, at det er udfordrende at skabe nære relationer og have et indgående kendskab til beboerne, hvor der arbejdes med et sundhedsfremmende og rehabiliterende sigte. Medarbejderne oplever at blive placeret i forskellige afdelinger dagligt, for at tilgodese, at der altid er en fast-ansat medarbejder tildelede, i relation til brug af vikardækning. Medarbejderne kan sikkert redegøre for deres faglige overvejelser i tilgangen til beboerne og fortæller blandt andet om værdighedsmodellen for Mariehjemmene, som understøtter arbejdet med personcentreret omsorg. Medarbejderne kan redegøre for, hvornår der skal reageres for afvigelser i beboernes tilstande, hvor de kontakter en social- og sundhedsassistent eller en sygeplejerske. Dertil fortæller medarbejderne, at der tidligere har været en fast struktur med triagering og beboerkonferencer, men at dette ikke er aktuelt, efter at den sygeplejefaglige leder er stoppet.

Beboerne opleves velsoignerede, og den hygiejnemæssige standard er forsvarlig.

Under rundgang på plejehjemmet observerer tilsynet en hændelse, hvor en beboer bliver dårlig under morgenmåltidet. En medarbejder tilkalder hurtigt hjælp fra en social- og sundhedsassistent. Flere medarbejdere hjælper til, og der opstår en hektisk stemning, hvor flere beboere bliver urolige. Efter noget tid ankommer sygeplejersken og påbegynder værdimåling. Tilsynet oplever, at medarbejderne mangler tilstrækkelig viden om arbejdsgange i akutte situationer, men at deres hensigt om hjælp og omsorg er tydelig.

Ydermere oplever tilsynet, at en beboer kalder fra en bolig, hvor kaldene bliver højere og højere, hvor beboeren til sidst også banker i gulvet med fødderne. Tilsynet kigger ind til beboeren, idet døren er åben og finder beboeren, fuldt påklædt siddende på sengekanten. Beboeren ønsker at komme på toilettet og kan ikke nå sit nødkald, som er placeret på sengebordet. Tilsynet henvender sig til medarbejderne, som oplyser, at de kommer straks, samtidig bliver tilsynet oplyst, at beboeren ikke kan anvende sit kald, grundet kognitive udfordringer. Senere observerer tilsynet, at beboeren kommer gående med to medarbejdere på vej ud i fællesrummet og fremtræder glad og tilfreds.



### 2.3.3 Praktisk hjælp - Score 4

**Data:**

Tilsynet vurderer, at plejehjemmet 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. En af beboerne nævner at være meget tilfreds med, at rengøringen er grundig.

Medarbejderne fortæller, at der er ansat servicepersonale til rengøringsopgaven og at medarbejderne selv sørger for den daglige rengøring, vasketøj og oprydning i boligen, og medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for den praktiske hjælp til beboerne samt redegøre for brug af værnemidler og arbejdsgange ved særlig smitterisiko.

Fællesarealerne opleves rene og ryddelige, dog ses der en bunke urent vasketøj liggende på gulvet ude foran en beboers bolig, hvortil der observeres, at der er vasketøjskurve til formålet. Den hygiejniske standard i boligerne svarer til beboernes levevis, behov og livsstil, og generelt ses hjælpemidlerne rene, dog observeres der en beskidt rollator på fællesområdet samt en uren kørestol og rollator i en bolig.

### 2.3.4 Mad og måltider - Score 5

**Data:**

Tilsynet vurderer, at plejehjemmet i meget 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. En af beboerne nævner specifikt, at det er dejligt, at man selv kan vælge sin morgenmad hver dag.

Medarbejderne kan redegøre for beboernes indflydelse på mad og måltider, idet der altid er samtale om ønsker til mad ved indflytningen samt løbende dialog med køkkenet i hverdagen. Medarbejderne kan redegøre for, hvordan der skabes gode rammer for måltidet, og de nævner blandt andet, at de er opmærksomme på at skabe ro og god stemning under måltidet. Medarbejderne redegør for, at måltidet tilrettelægges med et rehabiliterende sigte, idet der anvendes fadservering og mindre kander med drikke, som beboerne selv kan forsyne sig fra.

Tilsynet observerer flere måltider ved rundgang i huset, herunder både morgen- og frokostmåltid. Til morgenmåltiderne ses flere beboere sidde sammen ved bordene i spisestuen, hvor der er livlig samtale med andre medbeboere samt enkelte der sidder i ro og læser avis. Der ses en køleplade midt på bordet, så drikkevarer og mælkeprodukter kan holde sig køligt og der er et forskelligt udvalg af morgenmadsprodukter til rådighed for beboerne, på bordene.

Til frokostmåltiderne er størstedelen af beboerne samlet i den fælles spisestue på afdelingerne, hvor der opleves en hyggelig stemning med musik i baggrunden og hvor bordene ses veldækket med dækkeservietter og vaser med blomster. Medarbejderne og beboerne sidder sammen og spiser dagens måltid, som består af tomatsuppe med forskelligt tilbehør samt en skål med grøn salat. Medarbejderne sørger for, at der føres hyggelige dialoger, hvor der tages udgangspunkt i beboernes oplevelse fra dagens aktivitet i Fredagsbaren samt andre relevante hverdags emner.

### 2.3.5 Kommunikation - Score 5

**Data:**

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

Beboerne oplever, at der er en god omgangstone, og at medarbejdernes adfærd er respektfuld og tilkendegiver, at de føler sig imødekommet på en omsorgsfuld måde.

Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for, hvordan der sikres en respektfuld adfærd og anerkendende kommunikation ved bl.a., at anvende øjenkontakt, udvise tålmodighed, have et indbydende kropssprog og tale tydeligt i kontakten med beboerne.

Tilsynet kan ved rundgang konstatere en behagelig og imødekomende omgangstone samt en anerkende kommunikation og adfærd i samspillet mellem medarbejdere og beboere. Tilsynet observerer f.eks. at der hilses venligt og imødekomende på beboerne, når de ankommer i fællesrummene. Der bemærkes, at medarbejderne har en positiv attitude og opleves villige til at hjælpe beboerne med deres ønsker.

### 2.3.6 Aktiviteter og vedligeholdende træning - Score 5

#### Data:

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

Beboerne er i meget høj grad tilfredse med tilbuddet om aktiviteter og vedligeholdende træning og oplever, at dette passer til deres behov og ønsker. Beboerne nævner, at medarbejderne og især aktivitetsmedarbejderen er gode til at spørge, om beboerne har lyst til at deltage i dagens aktiviteter. Beboerne nævner, at der er forskellige slags arrangementer, såsom 'Fredagsbar', mindfulness og massage, gymnastik, gudstjeneste og gåture i nærmiljøet.

Medarbejderne og aktivitetsmedarbejderen kan relevant redegøre for, hvorledes aktiviteter planlægges og udføres i forhold til beboernes ønsker og behov. Medarbejderne fortæller, at beboerne tilbydes mindre aktiviteter i afdelingerne, såsom puslespil eller højtlesning og at der tilbydes stolegymnastik i træningssalen, men at der aktuelt ikke er træningsmaskiner eller cykler endnu. Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en refleksiv måde redegøre for arbejdet med vedligeholdende træning til beboerne.

Det observeres på tilsynsdagen, at en aktivitetsmedarbejder er ved at klargøre mødelokalet til 'Fredagsbaren', hvor der dækkes op på bordene med flotte glas, servietter og skåle med snacks. Inden da fortæller aktivitetsmedarbejderen, at en beboer har været med til at købe ind til arrangementet. Dertil afspilles der musik med genkendelige melodier, der kan synges med på og der ses en stor tilslutning af beboere fra forskellige afdelinger og ligeledes deltagelse af enkelte pårørende.

### 2.3.7 Årets fokusområde: Triage og tidlig opsporing samt beboere med demens - Score 2

#### Data:

Tilsynet vurderer, at plejehjemmet i lav grad lever op til indikatorerne for årets fokusområde.

Beboerne opleves ikke triageret jf. Gribskovs kommunes retningslinjer på området, idet årsag og plan for forbedring af tilstand ikke fremgår tydeligt af dokumentation, ej heller dokumentation for opfølgning og evaluering. Dokumentation viser ikke brug af RSS-test (Rejse-Sætte-Sig test), eller anden systematisk monitorering af beboernes funktionsniveau, der kan bidrage til tidlig opsporing af begyndende sygdom eller svækkelse. I to ud tre journaler ses der dokumentation for en månedlig vægtmonitorering, men der er manglende opfølgning og faglig refleksion på vægttabet hos beboerne. I den tredje journal ses der ingen dokumentation for vejning.

Medarbejderne udviser ikke kendskab til at arbejde med monitorering af funktionsniveau eller andre systematiske tiltag, der kan opspore tidlige tegn på begyndende sygdom, men fortæller at der tidligere har været triageringsmøder tre gange ugentligt, men at det ikke afholdes aktuelt.

Medarbejderne kan redegøre for en arbejdsgang i forbindelse med observationer og afvigelser i beboernes tilstande i hverdagen, hvor de kontakter en medarbejder med højere faglig kompetence.

Dokumentationen fremstår ikke med en systematik ift. at arbejde målrettet med de demensramte beboeres trivsel, idet der ikke er dokumentation for afholdelse af beboerkonferencer eller beskrivelser i døgnrytmeplanerne af den pædagogiske tilgang. Ydermere er dokumentationen vedrørende en demensramt beboers behandling med anti-psykotisk medicin, mangelfuldt beskrevet ift. at beskrive objektive symptomer, aftale og behandlingsplan med lægen samt evaluering og opfølgning.

Medarbejderne kan redegøre for den demensfaglige tilgang ved at beskrive handlinger, vigtigheden af kendskab til beboerens livshistorie samt kommunikation, rettet mod beboere med demenssygdom. Medarbejderne nævner for eksempel brug af korte sætninger, at udvise ro og tålmodighed, berøring og brug

af kropssprog. Medarbejderne fortæller, at der ikke er en fast ressourceperson i huset eller systematisk afholdelse af beboerkonferencer, men at der kan sparres med Mariehjemmenes demenskoordinator ved behov. Dertil fortæller medarbejderne, at ledelsen har anbefalet, at de gennemfører ABC-demens kursus via e-learning, men at det ikke er et krav. Ydermere kan medarbejderne redegøre for en praksis, hvis en demensramt beboer skulle forlade plejehjemmet.

### 2.3.8 Pårørendesamarbejde - Score 2

#### Data:

Tilsynet vurderer, at plejehjemmet i lav grad lever op til indikatorerne for pårørendesamarbejde.

Ledelsen kan redegøre for, hvorledes pårørendesamarbejdet tilrettelægges og udføres. For eksempel ved at de pårørende tilbydes en samtale før indflytning, hvor der afstemmes forventninger og at de tilbydes deltagelse ved indflytningssamtalerne samt løbende inddragelse og samtaler efter behov. Ydermere har plejehjemmet en Facebook side, hvor der vises billeder fra aktiviteter og arrangementer. Dertil fortæller ledelsen om aktuelle planer om at etablere et pårørenderåd i nærmeste fremtid.

Medarbejderne kan ligeledes fortælle om faktorer, der sikrer et samarbejde med de pårørende, herunder at være imødekommende for de pårørendes umiddelbare behov og ved inddragelse i hverdagen. Dertil fortæller medarbejderne, at der er planer om en oversigtstavle med fotos og titelfunktioner på medarbejderne, så de pårørende bedre kan navigere imellem personalet.

De pårørende beretter om varierende oplevelser med hjælpen til pleje og støtte hos deres nære. Én pårørende fortæller om et velfungerende samarbejde, hvor der er god kommunikation og inddragelse i hverdagen samt et stort fokus fra medarbejdernes side, på beboerens behov for støtte og omsorg. Dertil fortæller den pårørende om, at indflytningsprocessen var vellykket, hvor der blandt andet blev iværksat en indflytningssamtale umiddelbart efter, med stort fokus på at tilrettelægge plejen og støtten.

Andre pårørende beretter om at være mindre trygge og har oplevelser, der er utilfredsstillende, hvor der har været mangelfuld inddragelse i deres næres hverdag og mangelfuld information fra ledelsen omkring personalesituationen. En pårørende fortæller blandt andet, at der opleves nye medarbejdere på afdelingen hver uge og at den pårørende føler det som en nødvendighed at være til stede dagligt for at være sikker på, at alt er i orden. Den pårørende pointerer, at plejen til den nære er tilfredsstillende og oplever, at den nære er velsoigneret, ren og pæn i tøjet. Pårørende fortæller dog om en episode, hvor der observeres, at der ikke er blevet skiftet ble i tilstrækkeligt omfang, hvor den pårørende oplevede, at den nære var våd helt op ad ryggen. Den pårørende påpeger tillige, at den sygeplejefaglige behandling ikke altid er optimal, og beskriver, at der er udviklet tryksår på den næres ene hæl, hvor der ikke er blevet lavet en plan for behandlingen i samarbejde med lægen, hvilket den pårørende ikke er tilfreds med. (Tilsynet har efterfølgende undersøgt, om der forelægger en plan eller beskrivelse i journalen omkring problemet, hvilket der ikke gør).

Dertil beskriver den pårørende, at der er ændret i den næres medicin uden at inddrage den pårørende. Den pårørende har derfor selv henvendt sig til lægen og fået medicinen afstemt. (Handleplan på medicinrådet fremtræder med meget sparsom dokumentation, hvorfor det ikke er muligt for tilsynet at læse om forløbet og beboerens medicinske behandling)

Den pårørende nævner flere gange under interviewet, at der ikke er noget galt med plejemedarbejdernes indsats, der er blot for få medarbejdere og mange er meget unge og har ikke de fornødne kompetencer.

En tredje pårørende beretter, at det generelt er rart at besøge plejehjemmet og at alle medarbejderne er flinke og imødekommende i deres kommunikation. Den pårørende fortæller, at der ofte er nye medarbejdere på afdelingen, men at der næsten altid er én fast, medarbejder til stede. Den pårørende bemærker dog, at beboerne ofte er meget bekymrede og ængstelige over, hvad der skal ske, især på grund af de mange rygter og fortællinger om, at plejehjemmet ikke er velfungerende. Den pårørende ville ønske, at der blev informeret mere om situationen både til beboerne og til de pårørende. Den pårørende oplever, at forstanderen er mindre imødekommende og ikke bidrager til at sikre et højt informationsniveau. Dertil fortæller den pårørende, at der tidligere blev sendt breve ud med informa-

tion, men efter at kontorassistenten er stoppet, modtager den pårørende ikke længere disse opdateringer. Ydermere oplyser den pårørende, at samarbejdet omkring behandlingen af hendes nære ikke opleves optimalt og har været grobund for lidt bekymring.

## 2.4 Tilsynets anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter målrettede indsatser på dokumentationen vedrørende servicelovsområdet, så det derved sikres:
  - At der forefindes døgnrytmeplaner for alle beboerne, for alle tider på døgnet
  - At der beskrives sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i døgnrytmeplanerne, rettet mod forebyggelse af f.eks.: tryksår, nedsat mundpleje og utilsigtet vægttab
  - At den pædagogiske tilgang beskrives i døgnrytmeplanerne
  - At beboernes funktionsevne beskrives med ens systematik i Helhedsvurderingerne
  - At der dokumenteres opfølgning på afvigelser i beboernes tilstande.
2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter en målrettet indsats, i forhold til at styrke kontinuitet blandt medarbejderne, så medarbejderne kan opnå et kendskab til og en god relation til beboerne, så det sundhedsfremmende og rehabiliterende arbejde styrkes.
3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sætter fokus på, at alle medarbejdere har kendskab til procedurer og arbejdsgange vedrørende håndtering af akutte situationer hos beboerne.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter en opmærksomhed på rengøringen af hjælpemidler samt håndtering af vasketøj.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter målrettede indsatser vedrørende Årets fokusområde, herunder:
  - At der arbejdes systematisk med forebyggelse og tidlig opsporing af begyndende sygdom, ved brug af metoder som monitorering af funktionsniveau, vægt samt evt. screening af risikofaktorer
  - At der implementeres systematisk triagering med deltagelse fra alle medarbejdere, der leverer hjælp til pleje og støtte
  - At der implementeres en arbejdsgang, der sikrer et fokus på nedbringelse af brugen af anti-psykotisk medicin for demensramte beboere samt fokus på at dokumentere symptombillede, behandlingsplan og opfølgning.
6. Tilsynet anbefaler ledelsen at iværksætte en målrettet indsats vedrørende pårørendesamarbejdet, så de pårørende oplever et tilstrækkeligt niveau af inddragelse og information, så de pårørende vil opleve sig trygge i samarbejdet med plejehjemmet.

## 3. Medicinkontrol

### 3.1 Overordnet vurdering

BDO har i forlængelse af tilsynet på Fripleshjemmet Helene Marie foretaget medicinkontrol hos tre beboere.

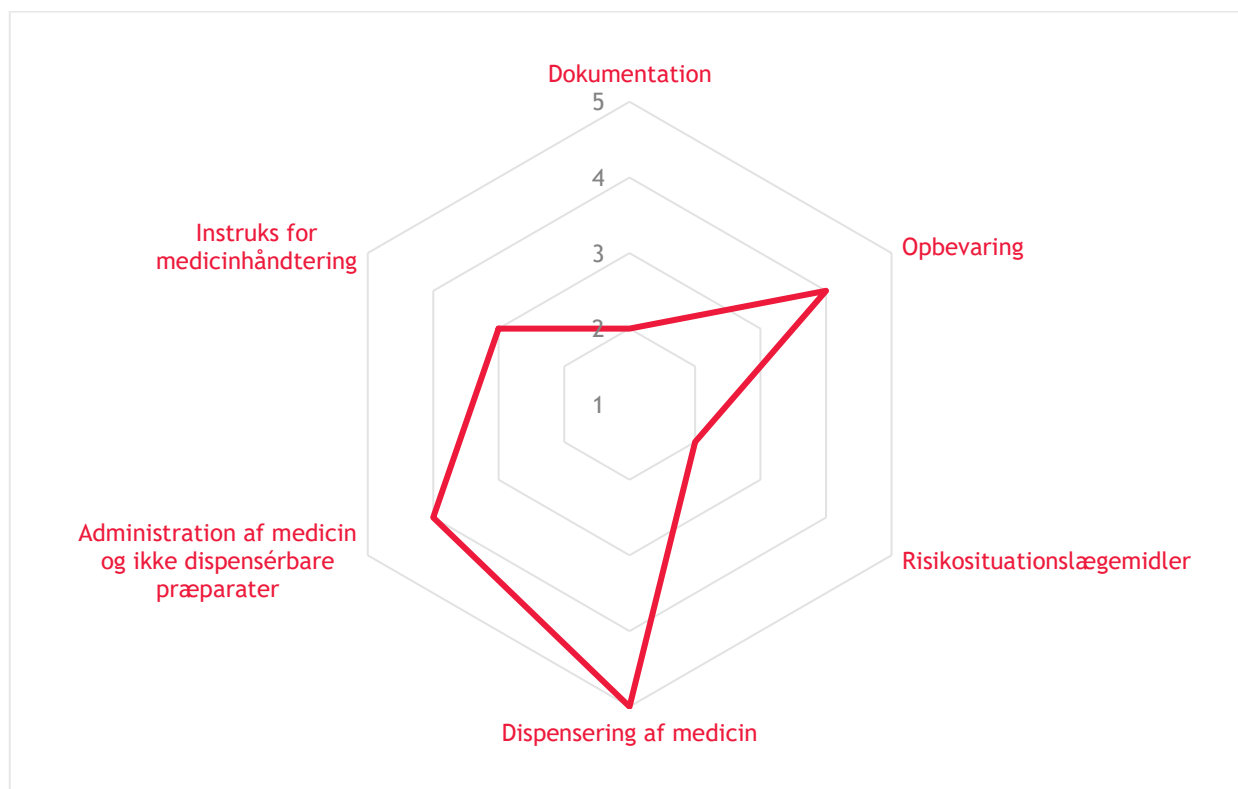
BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem kontrol, observationer og skriftligt materiale.

Det er tilsynets vurdering, at plejehjemmet følger gældende retningslinjer og procedurer for medicinhåndtering i forhold til dispensering, administration og opbevaring, hvor der ses en tydelig systematik og en tilfredsstillende praksis på området med få mangler, der relativt nemt kan udbedres.

Der er fundet væsentlige mangler inden for håndtering af risikosituationslægemidler, dokumentation og instrukser for medicinhåndtering, som tilsynet vurderer, vil kræve en målrettet indsats at udbedre.

### 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 - 2

**Data:**

Tilsynet vurderer, at plejehjemmet i lav grad lever op til indikatorerne for dokumentation i forhold til medicinområdet.

Det lægges til grund for vurderingen:

- At der er overensstemmelse mellem den ordinerede medicin og medicinlisten, fraset enkelte handelsnavne i alle tre stikprøver, der ikke stemmer overens med den aktuelle medicinbeholdning
- At medicinlister er opdaterede
- At der foreligger opdaterede medicinaftaler efter gældende retningslinjer
- At der ikke foreligger handlingsanvisninger for medicinadministration i journalerne
- At der ikke er dokumenteret virkning ved behandling med anti-psykotisk medicin, idet der i en stikprøve mangler beskrivelse af årsag, objektive symptomer, opfølgning samt behandlingsplan og opfølgning ved læge
- At medarbejderne kan redegøre for retningslinjer for dokumentation af medicinadministration
- At medarbejderne kan redegøre for arbejdsgangen, når tabletter ikke stemmer overens med medicinlisten.

#### 3.3.2 Opbevaring - 4

**Data:**

Tilsynet vurderer, at plejehjemmet 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 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, fraset i et tilfælde, hvor der mangler et præparat i beholdningen
- At ophældt pn medicin er mærket med præparatets navn, styrke og dosis samt dato for ophældning og udløbsdato
- At medarbejderne kan redegøre for retningslinjer for korrekt opbevaring af medicin.

#### 3.3.3 Risikosituationslægemidler - 2

**Data:**

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

Det lægges til grund for vurderingen:

- At medarbejderne ikke kan redegøre for en sikker arbejdsgang for, hvordan der arbejdes med risikosituationslægemidler



- At det ikke fremgår af dokumentationen, at der arbejdes med risikosituationslægemidler, jf. retningslinjer på området, idet der ses eksempler i alle tre journaler, hvor beboerne er i behandling med et risikosituationslægemiddel, hvor der mangler beskrivelser af opmærksomhedspunkter samt opfølgning og behandlingsplan ved behandlingsansvarlig læge.

### 3.3.4 Dispensering af medicin - 5

**Data:**

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

Det lægges til grund for vurderingen:

- At der er overensstemmelse mellem medicinlisten, den ordineret medicin 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-dispenserbare præparater - 4

**Data:**

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

Det lægges til grund for vurderingen:

- At medicinen er uddelt til tiden
- At ophældt medicin er mærket korrekt
- At uddelt medicin er registreret korrekt i journalen på tilsynstidspunktet, fraset et enkelt præparat i to stikprøver, der mangler kvittering for administration på enkelte dage
- 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 -3

**Data:**

Tilsynet vurderer, at Helhedsplejen i middel 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 håndterings instrukser som et led i introduktionen, men ikke tilstrækkeligt sikrer, at instrukserne følges og kendes i hverdagen
- At medarbejderne kan redegøre for gældende instrukser og retningslinjer for medicin håndtering, på udvalgte områder, men ikke for arbejdsgangen for nedbringelse af anti-psykotisk medicin samt håndtering og dokumentation af risikosituationslægemidler.

## 3.4 Tilsynets anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

1. Tilsynet anbefaler ledelsen straks at iværksætte en indsats der sikrer, at der foreligger dokumentation for, hvorledes medicinen skal administreres hos de enkelte beboere samt at der ved behandling med anti-psykotisk medicin, dokumenteres årsag, symptombillede, behandlingsplan og opfølgning ved behandlingsansvarlig læge.

2. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt sættes fokus på en arbejdsgang, der sikrer at handelsnavne og medicinbeholdningen stemmer overens med medicinlisten samt at der kvitteres for medicinadministration hver gang, for ikke-dispenserbare præparater.
3. Tilsynet anbefaler ledelsen straks at iværksætte en målrettet indsats, der støtter en sikker arbejdsgang med risikosituationslægemidler, herunder håndtering og dokumentation på området.
4. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt igangsættes en målrettet indsats, der sikrer en fast arbejdsgang for nedbringelse af anti-psykotisk medicin samt at medarbejderne er bekendte med arbejdet og dokumentationskravene på området.

## 4. Vurderings-skema

I tilsynene i Gribskov Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

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

## Om BDO

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

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

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