



Tilsynsrapport Gribskov Kommune

Center for Sundhed og Omsorg
Plejehjemmet Bavne Ager

Uanmeldt tilsyn, inkl. medicinkontrol
Juni 2025



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 Vurdering i forhold til temaer	7
2.3 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	17
4. Vurderingsskema	18
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 for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete plejehjem.

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



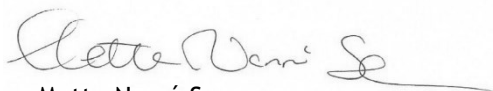
Niels Kristoffersen

Partner

Mobil: 28 99 80 63

Mail: nsk@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: Plejehjemmet Bavne Ager, Bavne Ager 1A -1B, 3250 Gilleleje

Leder: Rikke Kirkeby

Antal boliger: 73 beboere - heraf er fire hybridbeboere, hvor en enkelt beboer har en -til-en normering og de to andre har en særlige normering.

Dato for tilsynsbesøg: Den 19. juni 2025

Deltagere i interviews:

- Plejehjemmets leder
- Tilsynsbesøg hos tre beboere
- To pårørendeinterview
- Gennemgang af dokumentation for tre beboere
- Gruppeinterview med fire medarbejdere (tre social- og sundhedshjælpere og en social- og sundhedsassistent).

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

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

Tilsynsførende:

Gitte Lee Anderskov, Senior Manager og sygeplejerske

Mette Norré Sørensen, Director og sygeplejerske

Mathilde Glassow Lauridsen, Manager og sygeplejerske

1.1 Aktuelle vilkår

Ledelsen oplyser, at plejehjemmet siden sidste års tilsyn har gennemgået en større forandring i ledelsesgruppen. Plejehjemmet har været uden leder i en længerevarende periode, inden nuværende leder tiltrådte sin stilling i november 2024. Ledelsen fortæller, at de aktuelle vilkår derfor er præget af en nyere ledelsesgruppe, som er ved at forankre sig, og som er i proces med at implementere en ny organisation og nye arbejdsgange, der lever op til krav og retningslinjer.

Der er lavet en ny ledelsesstruktur med udgangspunkt i at mindske ledesspænd, så alle tre afdelinger nu har deres egen afdelingsleder. Dertil er der ansat en faglig leder, der arbejder tæt sammen med de sundhedsfaglige medarbejdere om at sikre kvaliteten på sundhedslovsområdet. Dertil er der aktuelt to sygeplejersker ansat, men det er hensigten, at der skal være en sygeplejerske på hver afdeling, hvorfor der aktuelt er en vakant sygeplejerskestilling. Derudover er der ansat en fuldtidsvejleder, der er ansvarlig for introduktion af nye medarbejdere og elever med det formål at sikre ensretning og systematik i introduktion og kompetenceudvikling.

Ledelsen fremhæver, at der er sat mange udviklingstiltag i gang, men at plejehjemmet fortsat er i proces på flere områder. Der er en del vakante social- og sundhedshjælper- og social og sundhedsassistentstillinger, som der opleves udfordringer med at få besat, hvilket tilskrives plejehjemmets geografiske placering. Plejehjemmet anvender derfor aktuelt ufaglærte afløsere og eksterne vikarer i den daglige drift samtidig med, at der fortsat arbejdes på at få tilstrækkeligt med faguddannede medarbejdere ind i alle vagttag. Her understreges det, at der i planlægningen tages hensyn til at sammensætte medarbejderne på afdelingerne, så kompetencerne bliver ligeligt fordelt, så der fx i aftenvagten sikres minimum en faguddannet medarbejder på hver afdeling.

Derudover fortæller ledelsen, at der på det plejefaglige område er fokus på udarbejdelse af instrukser og arbejdsgangsbeskrivelser for at systematisere og ensrette kvaliteten. Der er bl.a. udarbejdet en instruks og arbejdsgangsbeskrivelse omkring triage, som er implementeret i afdelingerne, så triagen forløber struktureret og målrettet.

Det fremhæves, at der samlet set er stor faglig viden i huset, men at ledelsen har til opgave at etablere nogle rammer, så medarbejdernes viden kommer bedst muligt i spil og med en øget systematik.

Medicinhåndtering er ligeledes et fokusområde, hvor der er en proces i gang med at få instruksen til at leve i praksis, og der har været et behov for kompetenceudvikling af de sundhedsfaglige medarbejdere ift. at arbejde ind i medicinmodulets funktioner i omsorgssystemet. Dertil er der et tæt samarbejde med de behandlingsansvarlige læger omkring behandling med antipsykotisk medicin ift. at følge op, evaluere og trække ud af behandling. Der er generelt et fokus på, at der særligt ved beboere med demens først skal afprøves med nonfarmakologisk behandling.

Ledelsen fortæller, at plejehjemmet har en gruppe af borgere med særlige problemstillinger, der har behov for en-til-en normering.

1.2 Opfølgning

I forhold til anbefalingen til afvikling af måltider, herunder ressourcefordelingen under måltiderne, fortæller ledelsen, at der er arbejdet med mad og måltider ud fra den specifikke målgruppe på den konkrete afdeling. Her er der arbejdet både med organiseringen, bordopdelingen, ansvarsfordeling og placering af beboerne. Ledelsen fremhæver, at den nye organisering med afdelingsledere understøtter fokus på, at koordineringen og ressourcefordelingen sker hensigtsmæssigt.

I relation til anbefalingen omkring systematisk vægtmåling og opfølgning ved ændring i vægt fortæller ledelsen, at der har været et øget fokus på at få sat vægtmålingerne ind i omsorgssystemet som en fast månedlig opgave, og at alle beboerne får målt en statusvægt inden for den første uge fra indflytning.

Vedrørende anbefalingen til demensområdet fortæller ledelsen, at der arbejdes på at udarbejde socialpædagogiske handleplaner, og/eller beskrivelser af de særlige tilgange i besøgsplanerne. Ledelsen fortæller, at der er udarbejdet en pixibog med skabeloner for indholdet i dokumentationen, som medarbejderne kan anvende som opslagsværk.

I forhold til anbefalingerne til medicinhåndteringen fortæller ledelsen, at der har været et stort fokus på at undervise i medicinmodulet. Dertil afholdes der sygeplejerske- og social- og sundhedsassistentmøder, hvor medicinhåndteringen gennemgås, og der har fx været fokus på systematikken i opbevaringen af medicin ved bl.a. implementering af farvede posere. Dertil gennemgås medicinhåndteringsinstruksen løbende på personalemøder, så den er kendt af alle medarbejdere. Afslutningsvist fortæller ledelsen, at plejehjemmet er i proces med at implementere auditering på medicinområdet.

2. Helhedstilsyn

2.1 Overordnet vurderinger

BDO har på vegne af Gribskov Kommune foretaget et uanmeldt helhedstilsyn på Plejehjemmet Bavne Ager. BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem interviews, dokumentation og observationer. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetstandards, øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

Det er tilsynets overordnede vurdering, at Bavne Ager er et velfungerende plejehjem, som har engagerede medarbejdere og ledelse, der medvirker til trivsel for beboerne. Tilsynet vurderer, at plejehjemmet generelt lever op til Gribskov Kommunes kvalitetsstandards og vedtagne serviceniveau på størstedelen af de undersøgte temaer, men der konstateres mindre mangler, som kan afhjælpes ved at fortsætte den igangværende indsats. Det er tilsynets vurdering, at temaerne Dokumentation på servicelovsydelser, Demens og Tidlig opsporing opfylder indikatorerne i middel grad, og at manglerne kan udbedres ved en fortsat målrettet indsats.

Det er tilsynets vurdering, at dokumentationen flere steder fremstår fyldestgørende, men at der konstateres mangler, der bl.a. omhandler ensretning og systematik, handlevejledende beskrivelser af den individuelle indsats samt dokumentation af opfølgning ved forværring, som vurderes vil kræve en målrettet indsats at rette op på.

Dertil er det tilsynets vurdering, at hjælpen til pleje og støtte samt praktisk hjælp generelt leveres med en god faglig kvalitet. Beboerne observeres velsoignerede og veltilpasse, ligesom beboerne er tilfredse med hjælpen, idet de oplever tryk i hverdagen samt kontinuitet og anvendelse af egne ressourcer i det omfang, de ønsker. En beboer udtrykker dog en oplevelse af manglende selvbestemmelse ift. brug af hjælpemidler, og en pårørende oplever ikke altid, at dennes familiemedlem modtager samme kvalitet i plejen i weekender. Hjælpemidler, boliger og fællesområder fremstår generelt rene og indbydende, fraset en kørestol hos en af de tre besøgte beboere.

Tilsynet vurderer, at beboernes behov omkring mad og måltider forsøges imødekommet, ligesom det vurderes, at de observerede måltider afvikles med ro og hyggeligt socialt samvær, afstemt målgruppen. Dertil vurderes det, at der er en hensigtsmæssig organisering og serveringsform, som sikrer beboernes indflydelse på måltidet.

Det er tilsynets vurdering, at der på fællesarealer og i den nære kontakt med beboerne observeres en venlig og imødekommende kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side samt en respektfuld og anerkennende omtale af beboerne og medarbejderne imellem.

Det er ligeledes tilsynets vurdering, at plejehjemmet har gode rammer og muligheder for aktiviteter og vedligeholdende træning, og at området prioriteres højt.

Tilsynet vurderer, at der fra lederens og medarbejdernes side er et stort fokus på, at de pårørende oplever sig anerkendt og informerede, hvilket tilsynet vurderer, at plejehjemmet er lykkedes med, idet de interviewede pårørende overordnet er meget tilfredse med samarbejdet.

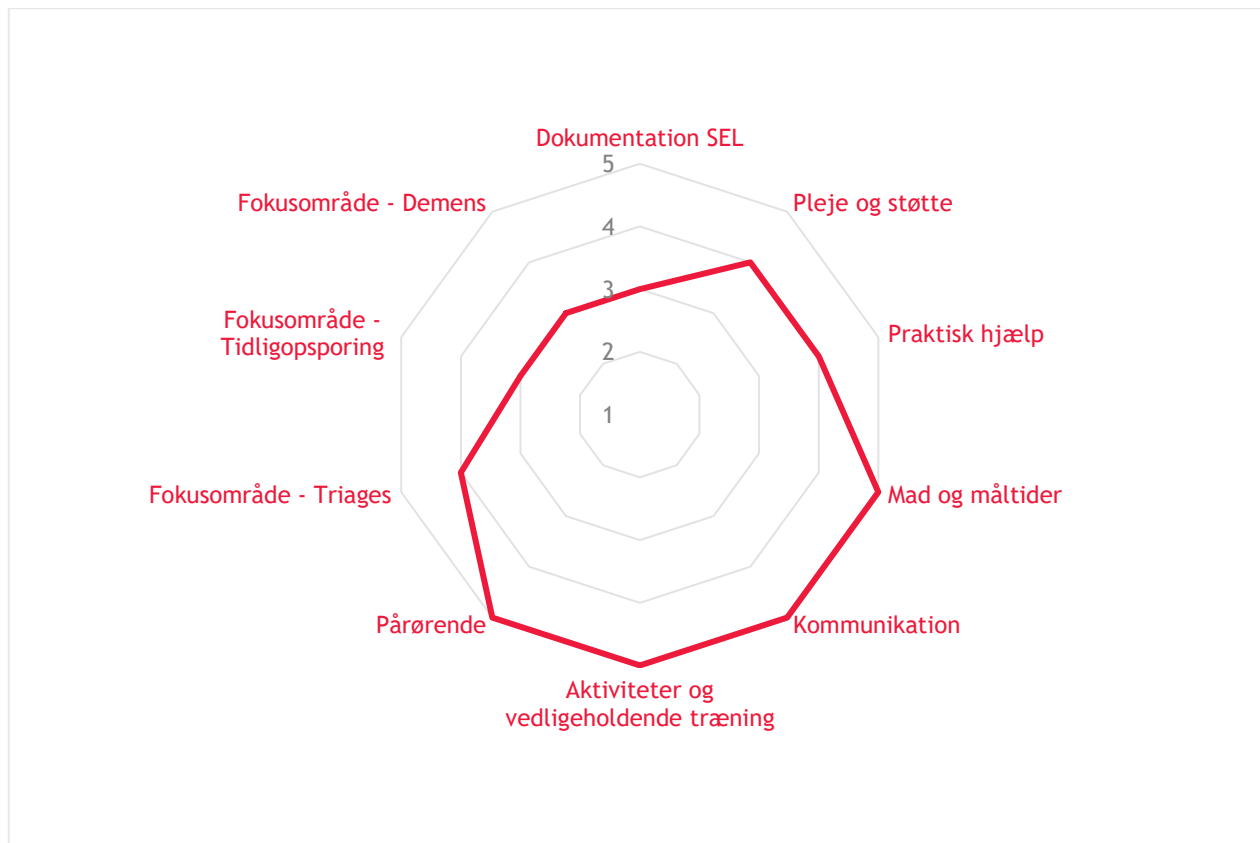
Tilsynet vurderer, at plejehjemmets indsats i forhold til fokusområderne Triage generelt lever op til kommunens retningslinjer på området. Der ses generelt en systematisk dokumentation omkring triage, fraset enkelte mangler til en journal.

I henhold til fokusområderne Tidlig opsporing og Demens er det tilsynets vurdering, at plejehjemmet er i en proces, og at der ses elementer af fyldestgørende dokumentation, men at der er udviklingsområder til begge områder. Der forekommer mangler til tidlig opsporing ift. at anvende RSS test og vægtmåling systematisk, og der forekommer mangler ift. at reflektere og igangsætte rettidig indsats ved ændring i vægtmåling, som tilsynet vurderer vil kræve en målrettet indsats at rette op på.

I forhold til Demens er det tilsynets vurdering, at plejehjemmet aktuelt er i gang med at implementere målrettede demensfaglige redskaber og metoder, hvilket endnu ikke afspejles fyldestgørende i dokumentationen ift. den socialpædagogiske tilgang og ift. antipsykotisk medicinsk behandling, hvilket vurderes vil kræve en målrettet indsats at rette op på.

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

Data:

Tilsynet vurderer, at plejehjemmet i middel grad lever op til indikatorerne for dokumentation.

Plejehjemmet arbejder generelt målrettet med dokumentationen, hvor der er en klar ansvarsfordeling i forhold til at dokumentere og opdatere dokumentationen. Det er dog tilsynets vurdering, at dokumentationen i de tre stikprøver i varierende grad understøtter kvaliteten og kontinuiteten i den plejefaglige indsats.

Det er tilsynets vurdering, at der er udfyldelse af relevante generelle oplysninger, såsom ressourcer, mestring og livshistorie, som kan anvendes målrettet i relationsarbejdet, og beboernes aktuelle funktionsevnetilstande ses generelt relevant aktiverede og opdaterede.

Beboernes behov for pleje og omsorg ses i døgnrytmeplanerne beskrevet med varierende kvalitet. Der ses eksempler på fyldestgørende og handlevejledende beskrivelser af den hjælp, der skal leveres over døgnet, men der ses flere mangler til dels beskrivelse af, hvorledes beboernes ressourcer inddrages og dels handlevejledende beskrivelser af hjælpen til personlig pleje og socialpædagogisk tilgang. Dertil ses to besøgsplaner med manglende opdatering efter, at beboerens behov har ændret sig. Besøgsplanerne

ses generelt opbyggede på forskellig vis, hvilket i mindre grad understøtter brugen af besøgsplanerne som et aktivt redskab i praksis. Dertil ses enkelte manglende opfølgning efter dokumenteret forværring. De interviewede medarbejdere kan med faglig indsigt og på en reflektiv måde redegøre for arbejdet med dokumentationen, fx hvorledes besøgsplanerne har til hensigt at være et redskab til vikarer og afløsere, så de kan hjælpe beboeren efter beboerens vaner og ønsker. Medarbejderne giver dog udtryk for, at besøgsplanerne er opbygget forskelligt i afdelingerne, og der efterspørges en fælles skabelon og retning. Medarbejderne fremhæver, at de læser op på beboerne hver morgen for at se, om der er ændringer/forværringer, der skal observeres særligt. Omsorgsjournalerne opdateres ved ændringer, og minimum hver tredje måned gennemgås fx besøgsplanerne. Dokumentation er beskrevet i et fagligt og professionelt sprog.

2.3.2 Pleje og støtte - Score 4

Data:

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

To beboere kan deltage i interview, og de giver på forskellig vis udtryk for, at de får de pleje- og omsorgsydelser, de har behov for, og at de generelt er meget tilfredse med måden, hvorpå plejen udøves. Dertil giver beboerne udtryk for generelt at være trygge ved indsatsen, som leveres af kendte medarbejdere, og beboerne oplever at blive støttet til at anvende egne ressourcer. En beboer fremhæver at opleve at blive *'personligt, passet godt'*. En beboer udtrykker dog en oplevelse af ikke at være tilstrækkeligt inddraget i, at skulle have sengehesten oppe på sengen, når han sover. Dette er drøftet med ledelsen ved tilbagemeldingen, som vil undersøge sagen nærmere.

En pårørende udtrykker, at der indimellem i weekenderne er vikarer eller afløsere, der ikke får hjulpet den pårørendes familiemedlem med at blive barberet.

De besøgte beboere samt beboere på fællesarealerne fremstår veltilpasse og soignerede, hvilket tydeligt afspejler, at den tildelte indsats svarer til deres individuelle behov. En af de besøgte beboere kan ikke deltage i interview pga. nedsat kognitiv funktion. Beboeren fremstår soigneret, og det observeres, at medarbejderne løbende er i kontakt med beboeren for at støtte beboeren til at være så velbefindende som muligt.

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, at hjælpen tilrettelægges individuelt efter beboernes behov og ønsker på dagen. Medarbejderne fremhæver, at der arbejdes med en personcentreret tilgang ved at anvende oplysninger fra beboernes livshistorie samt at anvende faglige redskaber, såsom Isbjerget og Blomsten. Medarbejderne kan ligeledes beskrive, hvordan et rehabiliterende sigte er integreret i de daglige indsatser, så beboerne støttes til at bibeholde egne ressourcer længst muligt, hvor der fx er fokus på at træne aktiv forflytning i et tæt samarbejde med terapeuterne. Dertil reageres der på ændringer i beboernes tilstand ved at kontakte en social- og sundhedsassistent eller en sygeplejerske samt ved daglige faglige sparringsmøder. Social- og sundhedsassistenten fortæller, at der opleves et godt samarbejde med sygeplejerskerne ift. sparring og levering af de sundhedsfaglige indsatser.

2.3.3 Praktisk hjælp - Score 4

Data:

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

To beboere kan deltage i interviews, og giver på forskellig vis udtryk for at være tilfredse med den praktiske hjælp, hvor den ene beboer fremhæver at være meget tilfreds med den ugentlige rengøring, som leveres af den samme medarbejder.

Medarbejderne sikrer den daglige rengøring og oprydning i boligen, og de kan med faglig indsigt og på en refleksiv måde generelt redegøre for den praktiske hjælp til beboerne. Dertil kan medarbejderne redegøre for brug af værnemidler og arbejdsgange ved særlig smitterisiko. Medarbejderne giver dog udtryk for, at der ikke er en systematik og ansvarsfordeling ift. rengøring af hjælpemidler.

Medarbejderne har fokus på den rehabiliterende tilgang, og de inddrager beboerne i at løse opgaver, som fx tømning af skraldespand, aftørring af borde og vanding af blomster.

Den hygiejniske standard i de tre besøgte boliger svarer til beboernes levevis, behov og livsstil, ligesom fællesarealer fremstår indbydende og rene. Dog er det tilsynets vurdering, at en af de tre besøgte beboeres hjælpemiddel ikke er tilstrækkeligt rengjort.

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 på forskellig vis udtryk for deres oplevelser af maden og måltiderne. En beboer fortæller, at maden godt kunne være bedre. Beboeren fortæller at være meget kræsen og at have været gift med en kok, hvorfor beboeren derfor har meget høje standarder. Beboeren fremstår med nedsat kognitiv funktion, og observeres at spise med stort velbehag under frokosten. Den tredje beboer fortæller, at maden indeholder for meget grønt, og at beboeren godt kunne tænke sig at få frikadeller dagligt. Beboerens udsagn drøftes med ledelsen, der fortæller, at beboeren får special tilberedt menu på dagligt basis for at imødekomme beboerens ønsker bedst muligt. Beboeren giver desuden udtryk for ikke at få opfyldt sit sociale behov under måltiderne, men kan ikke udtrykke det nærmere. Hertil fortæller ledelsen at de er bekendte med beboerens udfordringer ift. at være social under måltiderne, idet andre beboere har svært ved at høre, hvad beboeren siger, hvorfor beboeren ofte bliver frustreret. Ledelsen oplyser, at de forsøger med forskellige sociale konstellationer, herunder at medarbejdere sidder i nærheden af beboeren.

Medarbejderne kan redegøre for beboernes indflydelse på mad og måltider, hvordan der skabes gode rammer for måltidet ved organisering og ansvarsfordeling af opgaverne, og hvordan der arbejdes med det sociale og rehabiliterende aspekt af måltidet. Medarbejderne fremhæver, at det er vigtigt, at maden ser indbydende og fristende ud, og at beboerne sikres indflydelse ved, at de bliver spurgt under serveringen, hvad og hvor meget de har lyst til.

Ved indgangen til spiseområderne er ugens menuplan ophængt i en ramme.

I forbindelse med måltiderne observeres det, at dørene lukkes ud til gangene, hvilket skaber ro og mindsker gennemgang og unødvendige forstyrrelser.

Der observeres kort et frokostmåltid på en afdeling, hvor beboerne sidder fordelt ved fem borde i forskellige størrelser. Det observeres, at nogle beboere interagerer særdeles godt, og har en livlig dialog med grin og latter. Ved hvert bord sidder en medarbejder med, og faciliterer og støtter de beboere, der har behov for hjælp. Bordene er pyntet med friske blomsterbuketter fra haven. Der ses kander med vand og saft, som beboerne selv kan forsyne sig fra. En medarbejder, der er iført forklæde og handsker, kører med en serveringsvogn mellem bordene, og serverer suppe for beboerne. Suppen præsenteres, og der tilbydes brød fra en brødkurv. På et tidspunkt er der en anden medarbejder, der rejser sig, og serverer suppe uden at være iklædt engangsforklæde og handsker.

En beboer giver udtryk for at have brug for et toiletbesøg, hvor en medarbejder straks hjælper med at aftage spisestykke, og følger beboeren ind i boligen med besked på, at beboeren endelig må ringe, når der er behov for hjælp.

Medarbejderen, der står for serveringen af maden, er opmærksom på at tilbyde beboere, der ønsker det, mere suppe og at fylde kander med vand og saft op. Medarbejderen samler efterfølgende de brugte tallerkener sammen, og dette gøres ved at køre rundt mellem bordene med et rullebord og på en diskret måde at fjerne service. Efterfølgende serveres der smørrebrød, hvor medarbejderen igen kører mellem bordene, og præsenterer maden for beboerne, og spørger ind til, hvor mange og hvilke stykker der ønskes. Medarbejderen serverer maden på tallerkenen for beboeren. Til sidst serveres der isvafler i en stor bowle, hvor beboerne opleves meget glade for at få en is i sommervarmen.

Der observeres en hyggelig snak og en summende atmosfære, hvor nogle medarbejdere spiser med, og hvor andre blot er til stede.

2.3.5 Kommunikation - Score 5

Data:

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

Beboerne giver på forskellig vis udtryk for, at der er en god omgangstone, og at medarbejdernes adfærd er respektfuld. Kommunikationen målrettes og tilpasses den enkelte beboers behov, og en beboer oplever særligt, at medarbejderne er meget glade og smilende. En beboer giver udtryk for, at der er en person, der nogle gange taler i en hård tone, og at dette ofte foregår omkring spisetid. Beboeren kan ikke udtrykke det nærmere. Beboerens udtalelse drøftes med ledelsen, der mener, at oplevelsen skyldes en medbeboers høje og lidt hårde toneleje. Denne beboer kommer ofte ud i fællesområdet omkring spisetid. Ledelsen vil undersøge beboerens oplevelse nærmere.

Medarbejderne kan med faglig indsigt og på en refleksiv måde redegøre for, hvordan der sikres en respektfuld adfærd og anerkendende kommunikation ved bl.a. at tilpasse kommunikationen til det menneske, der kommunikeres med. Medarbejderne fremhæver at se det hele menneske og at vise ydmyghed, ro og tid. Dertil fortæller medarbejderne, at de er bevidste om, at de arbejder i beboernes hjem, og at de derfor altid banker på, inden de går ind.

Tilsynet observerer en venlig og imødekommende dialog på fællesarealerne. Det bemærkes, at der er synlige medarbejdere på fællesarealer på hele plejehjemmet. Tilsynet observerer, hvorledes medarbejderne er til stede omkring beboeren, der er udtrukket til besøg/interview, men som ikke kan medvirke til interview. Medarbejderen tiltaler beboeren ved navn, taler til beboeren i øjenhøjde, og forsøger at aflæse beboerens mimik og lyde.

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 fortæller, at de i meget høj grad er tilfredse med tilbuddet om aktiviteter og vedligeholdende træning, og de finder, at tilbuddene passer til deres behov og ønsker. Beboerne oplever at have kendskab til plejehjemmets forskellige tilbud, og de vælger selv til og fra, om de ønsker at deltage. En beboer fortæller glad at skulle på havnen om eftermiddagen på tilsynsdagen. Beboeren, der ikke kan deltage i interview, observeres i løbet af dagen at få støtte til miljøskifte, og opholder sig bl.a. på gangarealerne, hvor beboeren selvstændigt mobiliserer sig omkring samt i egen bolig.

Medarbejderne kan relevant redegøre for, hvorledes aktiviteter planlægges og udføres i forhold til beboernes differentierede ønsker og behov. Aktiviteterne planlægges af plejehjemmets faste aktivitetsmedarbejder, og medarbejderne har en rolle med at guide beboerne til aktiviteterne. Medarbejderne kan desuden med faglig indsigt og på en refleksiv måde redegøre for arbejdet med vedligeholdende træning til beboerne, og fortæller, at der er et godt samarbejde med plejehjemmets terapeuter omkring vedligeholdelse af beboernes funktionsniveau. Hver dag tilbydes der individuel træning og holdtræning ved terapeuter.

Tilsynet observerer, at der hænger opslag i kørestolshøjde i alle afdelinger med forskellige daglige aktivitetstilbud, såsom bustur, gudstjeneste, stolegymnastik, grill, musik og banko. Nogle dage tilbydes der aktiviteter både formiddag og eftermiddag,

På alle afdelinger er der lyst og imødekommende med siddepladser på gangarealerne, der indbyder til små ophold. Afdelingernes tema indikerer navnet, så Egelunden, Kirsebærlunden og Birkelunden har udsmykning i hver deres træsort, og ligeledes er dagligstuerne indrettede efter et tema, som for eksempel jagstue, musikstue, systue og bibliotek. På tilsynsdagen observeres der en mindfulness-aktivitet, hvor ca. ti beboere deltager i et aflukket rum, og hvor en terapeut guider beboerne til at slappe af i krop og

sind. Efterfølgende observeres åben træning ved en fysioterapeut, hvor to beboere er i gang med at cykle til billeder fra Oslo Opera på skærmen foran dem. En anden borger træner målrettet på et træningsredskab, og en fjerde beboer sidder sovende midt i salen efter at have deltaget i mindfulness-aktiviteten.

2.3.7 Pårørende - Score 5

Data:

Tilsynet vurderer, at plejehjemmet i meget høj grad lever op til indikatorerne for pårørendesamarbejde. Ledelsen og medarbejderne kan relevant redegøre for, hvorledes der er et målrettet fokus på at udvikle, opbygge og understøtte et stærkt pårørendesamarbejde, hvor medarbejdere og ledelse tilstræber at være så informative som muligt.

Ledelsen fortæller, at der er implementeret to årlige fælles dialogmøder med pårørende. Der var 27 pårørende, der deltog ved sidste dialogmøde, som forløb med gode dialoger og drøftelser omkring vilkår, rammer og lovgivning. Herunder drøftelser om, hvorledes plejehjemmet arbejder under en lovgivning, som ikke kan omgås.

Dertil afholdes der med faste intervaller beboer-pårørende-møder, som netop er blevet ændret med optagelse af nye medlemmer.

Ledelsen fremhæver, at der, ud over møderne, kommunikeres ved udsendelse af et månedligt nyhedsblad og via plejehjemmets Facebook. Dertil tages der efter behov løbende individuelle møder med pårørende. Ledelsen fremhæver, at der er en spirende frivillighed fra pårørende, som støtter op om og byder sig til ift. afholdelse af aktiviteter.

Medarbejderne fremhæver, at pårørende er velkomne i huset, at de altid er velkomne til at spise med, og at der altid er kaffe på kanden. Pårørende ses som en del af huset, og medarbejderne søger ofte pårørendes samarbejde ift. at spore sig ind på, hvorledes hjælpen bedst tilrettelægges og leveres til beboeren.

De to interviewede pårørende er meget tilfredse med samarbejdet med medarbejdere og ledelse, hvor de oplever et gensidigt samarbejde og et tilpas kommunikationsniveau via nyhedsbrev og Facebook, hvor det er dejligt at se billeder fra hverdagen. De pårørende oplever, at de altid føler sig velkomne, uanset hvornår de kommer, og at der altid opleves en pæn tone i huset.

Den ene pårørende, der har haft sin svigermor på plejehjemmet i et halvt år, fremhæver bl.a., at dialogen med medarbejderne er helt tilpas, og at de som pårørende oplever tryghed ved, at der bliver passet godt på deres familiemedlem. Der opleves en velkommen stemning på plejehjemmet, og der er altid kendte medarbejdere til stede, herunder faste kontaktpersoner. Den pårørende oplever at blive informeret tilpas om sin svigermors hverdagsliv, hvilket betyder, at de som pårørende føler sig som en del af fællesskabet, og kan følge med i svigermorens liv. Den anden pårørende, der har haft sin far på plejehjemmet gennem en årrække, fremhæver, at der er sket store forandringer gennem tiden, men den bedste forandring er, at der er kommet afdelingsledelse på hver afdeling, som har kvalificeret hjælpen og gjort det lettere at komme i dialog med ledelsen.

Den pårørende oplyser, at hun ringer eller kontakter medarbejderne, hvis der er noget at bemærke, og at der altid bliver rettet op på problemområderne. Dertil fortæller den pårørende at være glad for at få mulighed for at være med i hverdagen, og at hun kommer jævnligt og gerne tager en anden beboer med på en gåtur sammen med sin far.

2.3.8 Årets fokusområde: Triage - Score 4

Data:

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

Alle tre beboere er triagerede henholdsvis gul og grøn, jf. Gribskov Kommunes retningslinjer på området. To beboere er triagerede gule, og sammenhængen i dokumentationen er gennemgået. I den ene om-

sorgsjournal ses tydelig sammenhæng mellem triageringskategori, årsagsbeskrivelse, handling og evaluering. I den anden omsorgsjournal ses triageringskategori og årsagsbeskrivelse, men der ses mindre dokumentation af handling og evaluering, hvor der gives et indtryk af, at årsagen er behandlet, men at evalueringen mangler at blive dokumenteret.

Medarbejderne kan på faglig og reflekteret vis redegøre for arbejdsgangen i forbindelse med triage, herunder at problemstillingen observeres, og at der dokumenteres med fortløbende observationsnotater for hvert vagttag. Der triageres tre gange om ugen efter en systematisk arbejdsgang, hvor en sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent leder mødet.

2.3.9 Årets fokusområde: Tidlig opsporing - Score 3

Data:

Tilsynet vurderer, at plejehjemmet i middel grad lever op til indikatorerne for årets fokusområde Tidlig opsporing.

I forhold til tidlig opsporing af ernæringsproblematikker fremgår det i alle tre journaler, at beboerne generelt er tilbudt månedlig vejning, fraset enkelte måneder, hvor der er udfald. Dertil ses det, at to beboere har haft et nedadgående væggtab på mellem 5-8 kg inden for det sidste halve år uden dokumentation af rettidig refleksion, handling og evaluering herpå. Der ses først igangsat handling i form af målrettet ernæringsindsats inden for den seneste måned. Gældende for den ene beboer ses det dog af dokumentationen, at ernæringsproblematikken er tæt forbundet med beboerens psykiske og mentale problemstillinger, og at der er et tæt samarbejde med behandlingsansvarlig læge, så der gives et indtryk af, at beboerens samlede helbreds-mæssige tilstand er vurderet ved de løbende opfølgninger. For den anden beboer ses først drøftelse med læge omkring vægttabet i juni 2025.

I forhold til tidlig opsporing af fysisk funktionsnedsættelse ses det af dokumentationen, at der er en proces i gang med systematiske vedligeholdende træningsindsatser ved en fysioterapeut. En journal ses med dokumentation af RSS-test, men beboeren har frabedt sig at deltage i disse frem over. De to andre journaler fremgår med funktionsbeskrivelse af gangfunktion i funktionsevnetilstande, men der ses ikke dokumenteret RSS-test, hvor det vurderes, at den ene beboer, pga. sin psykiske tilstand, vil være udfordret i at deltage, men dette savnes dokumenteret.

Medarbejderne kan trods manglerne i omsorgsjournalerne tydeligt redegøre for arbejdet med den tidlige opsporing, hvor der oprettes en indsats på månedlig vægtmåling, og hvor fysioterapeuten står for regelmæssige RSS-tests. Medarbejderne sørger for at kontakte en kollega med højere kompetenceniveau ved observerede ændringer, som fx ved observeret væggtab.

2.3.10 Årets fokusområde: Demens - Score 3

Data:

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

To af de tre besøgte beboere har en demensdiagnose. Beboernes mentale tilstand og demenssygdommens udtryk ses beskrevet under helbreds- og funktionsevnetilstandene, men der ses ikke en fyldestgørende og tydelig dokumentation af den socialpædagogiske tilgang i beboernes døgnrytmeplan eller i en særskilt handlingsanvisning. Der mangler i den ene journal beskrivelse af tilgangen og handlemuligheder i tilfælde af, at beboeren udviser rastløshed, og i den anden journal savnes der beskrivelse af, hvorledes beboeren støttes i at finde ro, hvile og tryghed. Der beskrives andre steder i journalen, at beboeren indimellem kan være rolig, og kan udtrykke sig verbalt, men der savnes en beskrivelse af, hvorledes beboeren kan støttes til at opnå denne tilstand. Beboeren er i behandling med antipsykotisk medicin, hvor der ses fyldestgørende dokumentation af handling, evaluering og aftaler med behandlingsansvarlig læge. Der ses anvendt et BBAUM-skema i papirform, men som ikke ses konsekvent anvendt, ligesom skemaet ikke er indscannet i den elektroniske journal. Dertil ses manglende dokumentation af effekt efter administration af pn antipsykotisk medicin.

Trods de observerede mangler i dokumentation kan de interviewede medarbejdere redegøre for arbejdet med at nedbringe og evaluere behandling med antipsykotisk medicin ved beboere med demens, hvor der er et tæt samarbejde med den behandlingsansvarlige læge. Medarbejderne fremhæver, at der inden opstart af antipsykotisk medicin forsøges med non-farmakologisk behandling, som fx at være nærværende ved en-til-en kontakt og at skærme beboeren.

Dertil fortæller medarbejderne, at de arbejder efter principperne i den personcentrerede omsorg, hvor kendskab til beboerens livshistorie er et centralt element, som særligt integreres i tilgangen til beboere med demens. Dertil fortæller medarbejderne, at den socialpædagogiske tilgang til demensramte beboere beskrives i besøgsplanerne, og at der planlægges med, at det kun er et lille team af medarbejdere, der er omkring beboere med svær demens. Der afholdes beboerkonferencer efter en fast struktur ved behov.

2.4 Tilsynets anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter den målrettede indsats med at systematisere og ensrette besøgsplanerne på tværs af afdelingerne. Dertil anbefales det, at der rettes et særligt fokus på at beskrive den socialpædagogiske tilgang samt beboerens egne ressourcer og at beskrive hjælpen handlevejledende, særligt hos beboere med demensudfordringer. Dertil anbefales det, at der dokumenteres opfølgning på forværring.
2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter en opmærksomhed på, at der konsekvent indhentes samtykke ved anvendelse af sengehest, jf. krav og retningslinjer på området. Dertil anbefales det, at ledelsen fortætter fokus på, at alle vikarer og afløsere, særligt i weekenderne, kender til niveauet og kvaliteten af de plejefaglige opgaver.
3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter en opmærksomhed på ansvarsfordelingen omkring rengøring af hjælpemidler.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter et fokus på, hvorledes arbejdsgangen omkring triage kan understøtte en sammenhængende dokumentation på området.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen igangsætter en målrettet indsats ift. at sikre rettidig refleksion og handling ved observeret væggtab samt dokumentation af dette. Dertil anbefales det, at der fortsættes med at systematisere månedlige målinger med RSS-test.
6. Tilsynet anbefaler ledelsen at øge fokus på den demensfaglige indsats og dokumentation med et særligt fokus på:
 - At beskrive den socialpædagogiske tilgang, der skal gives for at støtte beboeren til at være tryk og velbefindende.
 - At dokumentere effekt af pn antipsykotisk behandling.
 - At konsekvent følge dokumentations-plan med BBAUM-skema, og at indscanne dette løbende i den elektroniske omsorgsjournal.

3. Medicinkontrol

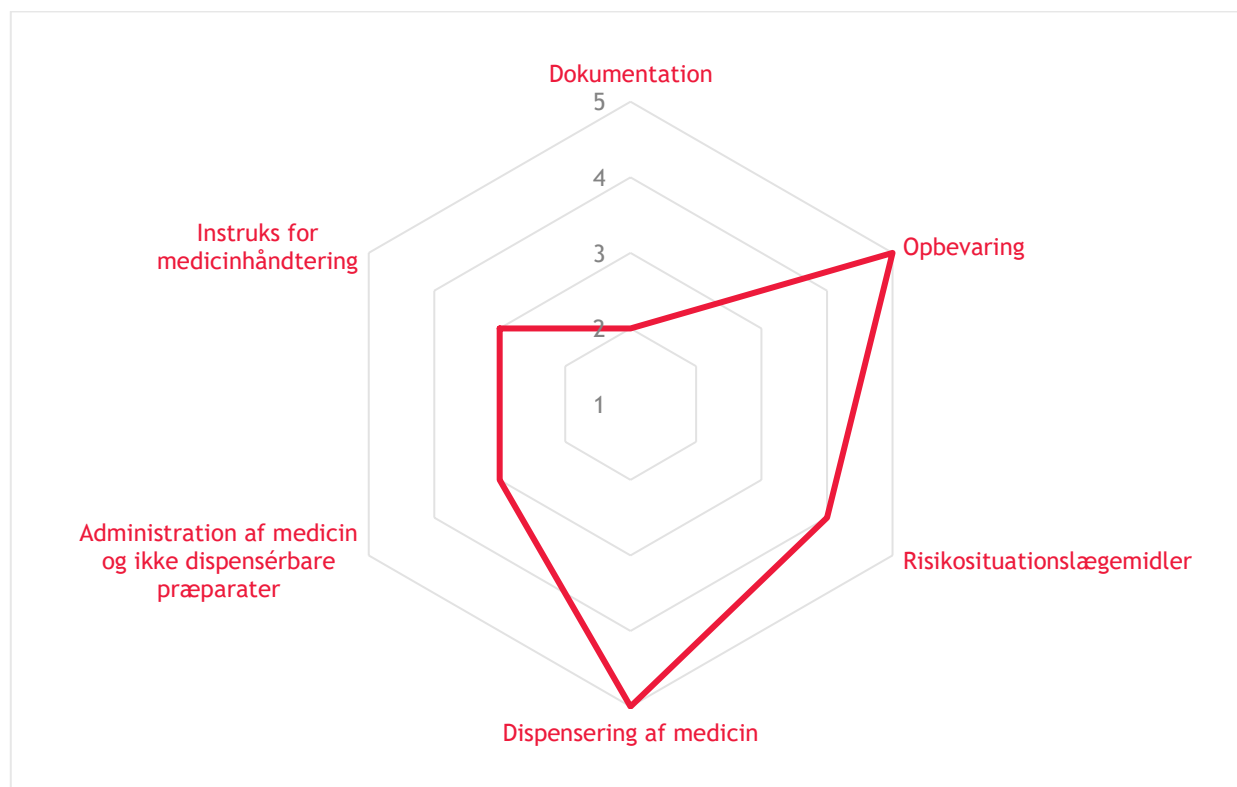
3.1 Overordnet vurdering

BDO har i forlængelse af tilsynet på Plejehjemmet Bavne Ager 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 på flere områder følger gældende retningslinjer og procedurer for medicinhåndtering, men at der også er flere områder, hvor dette ikke gør sig gældende. Tilsynet vurderer, i forhold til opbevaring og dispensering, at der er en tilfredsstillende praksis på området. Der er fundet enkelte mangler inden for indikatorerne for temaerne Risikosituationslægemidler og Instruks for medicinhåndtering, som vil kunne udbedres med en mindre indsats. Derudover vurderer tilsynet, at der i forhold til Administration af medicin og ikke-dispensérbare præparater er en del mangler i forhold til konsekvent kvittering, sikring af navn, CPR-nummer og anbrudsdato på ikke-dispensérbare præparater. Endelig er det tilsynets vurdering, at der i forhold til temaet Dokumentation er væsentlige mangler med betydning for beboernes sikkerhed, som vil kræve en målrettet indsats at rette op på.

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 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 i FMK og medicinlisten i LMK i én ud af tre journaler
- I en journal mangler der opdatering af FMK. Det ses, at der efter stuegang om tirsdagen (tilsynet finder sted om torsdagen) er ændret i en ordination. Ændringen er dokumenteret i en korrespondancemeddelelse fra lægen, men der er ikke iværksat handling på ændringen på tilsynsdagen. Sygeplejerske bekræfter, at der mangler opfølgning, og at det er vanlig praksis, at ordinationsændringer behandles i forlængelse af stuegang.
- I en journal ses manglende overensstemmelse mellem ordination i FMK og LMK, gældende for et præparat af risikosituationslægemiddelgruppen. Ordinationen omhandler behandling med smerteplaster til skift hver 3. dag, men ordinationen fremgår ikke efter skema, og kommer derved ikke frem i systemet med et tredages interval. Det fremgår ikke af medicinskemaet, hvilken dag smerteplasteret skal administreres. (Tilsynet oplyses, at der arbejdes med en fysisk mappe, hvor datoerne for plasterskift fremgår, hvilket ikke lever op til lovgivningen på området).
- At medarbejderen kan redegøre for retningslinjer for dokumentation af medicin.

3.3.2 Opbevaring - Score 5

Data:

Tilsynet vurderer, at plejehjemmet i meget 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 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 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 4

Data:

Tilsynet vurderer, at plejehjemmet 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.
- At det fremgår af dokumentationen, at der arbejdes med risiko situationslægemidler, jf. retningslinjer på området.
- At det fremgår af medicinskema, at ikke-autoriserede medarbejdere må administrere fx medicinsk smerteplaster af opioidgruppen, hvor sygeplejersken oplyser, at dette er en fejl, og dette

ændres på tilsynsdagen. Tilsynet oplyses, at opgaven udelukkende leveres af autoriserede medarbejdere.

- Der er markeret på individuelle medicinkasser, hvis de indeholder risikosituationslægemiddel.

3.3.4 Dispensering af medicin - Score 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 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 3

Tilsynet vurderer, at plejehjemmet i middel grad lever op til indikatorerne for administrering af medicin.

Det lægges til grund for vurderingen:

- At medicinen er uddelt til tiden.
- At ophældt medicin er mærket korrekt, fraset i et tilfælde, hvor det savnes, at en injektionspen er påført navn og CPR-nummer, (dette fremkommer dog af æsken, som pennen ligger i). Samme injektionspen har ikke en tydelig anbrudsdato, da anbrudsdatoen er skrevet med kuglepen og ses udvisket. Sygeplejerske oplyser, at der er udarbejdet en label til brug - så anbrudsdato og holdbarhed kan tydeliggøres.
- At uddelt medicin er registreret korrekt i journalen på tilsynstidspunktet, fraset i et tilfælde, hvor der ikke er kvitteret for påsætning af smerteplaster. Sygeplejerske oplyser, at plasteret er skiftet dagen før, men dette fremkommer ikke af journalen. I forbindelse med afrapportering med ledelsen oplyses tilsynet om, at smerteplasteret skulle skiftes på tilsynsdagen. Kort før tilbagemeldingen fremgår ordinationen nu korrekt i LMK til hver tredje dag, og der er kvitteret for, at plasteret er skiftet på tilsynsdagen.
- At beboerne er inddragede i og trygge ved medicinadministrationen.
- At medarbejderne kan redegøre for retningslinjer for administration af medicin.

3.3.6 Instruks og medicinhåndtering - Score 3

Data:

Tilsynet vurderer, at plejehjemmet i middel grad lever op til indikatorerne for instruks og medicinhåndtering.

Det lægges til grund for vurderingen:

- At medarbejderne er bekendte med medicinhåndteringsinstruksen.
- At medicinhåndteringsinstruksen skal genbesøges ift. at sikre synkronisering af FMK og LMK, så ordinationer bliver lagt korrekt ind, og at der kvitteres elektronisk for medicinadministration.

3.4 Tilsynets anbefalinger

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen straks igangsætter en målrettet indsats ift., at alle medicinansvarlige medarbejdere har kompetencer til og viden om at sikre korrekte arbejdsgange i medicinmodulet, herunder synkronisering mellem FMK og LMK, kvittering, administrationsansvar samt FMK-opdateringer.
2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter en opmærksomhed på at tydeliggøre, hvilke faggrupper der må håndtere risikosituationslægemidler.
3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter et fokus på, at der angives navn og CPR-nummer samt læsbar anbrudsdato ved brug af label-system på ikke-dispensérbare præparater med begrænset holdbarhed.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen igangsætter en indsats, så der konsekvent kvitteres i medicinmodulet for administration af ikke-dispensérbar medicin.
5. Tilsynet anbefaler ledelsen, at instrukser og vejledninger for medicinhåndtering re-implementeres.

4. Vurderingsskema

I tilsynene i Gribskov Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

Vurdering	Vurderingsgrundlag
Score: 5	Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt • 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	Indikatorerne er i høj grad opfyldt • 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	Indikatorerne er i middel grad opfyldt • 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	Indikatorerne er i lav grad opfyldt • 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. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
Score: 1	Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt • 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. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

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.