

Tilsynsrapport Køge Kommune

Velfærdsforvaltningen - Ældre og Sundhed
Kommunale leverandører af pleje og praktisk hjælp

Hjemme-/sygeplejen område Vest Ejby

Anmeldt tilsyn
April 2023



Forord

Dette er afrapporteringen af et anmeldt tilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om tilbuddet.

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. Vurderingsskala findes sidst i rapporten

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

På bagsiden findes information om BDO.

Med venlig hilsne



Birgitte Hoberg Sloth

Partner

Mobil: 28 10 56 80

Mail: bsq@bdo.dk

Partneransvarlig



Margit Kure

Senior Manager

Mobil: 24 29 50 72

Mail: mku@bdo.dk

Projektansvarlig

*Tilsynet er altid udtryk
for et øjebliksbillede
og skal derfor vurderes
ud fra dette.*

1. Oplysninger

Oplysninger om plejecentret og tilsynet

Adresse: Hjemme-/sygeplejen, Ejby, Kastaniehusene 41, 4623 Lille Skensved

Leder: Maria Pedersen

Målgruppe: Tilsynet vedrører borgere, der modtager indsatser efter Serviceloven SEL og Sundhedsloven SUL, herunder medicingennemgang.

Dato for tilsynsbesøg: Den 24. april 2023

Tilsynet er indledt og tilrettelagt sammen med: Teamleder, en sygeplejerske og en planlægger.

Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:

- Interview med leverandørens leder
- Tilsynsbesøg hos fire borgere
- Gruppeinterview med fire medarbejdere
- Gennemgang af dokumentation for Serviceloven (SEL) for fire borgere
- Gennemgang af dokumentation for Sundhedsloven (SUL) og medicingennemgang for fire borgere

Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding om tilsynsforløbet til leder og til konsulent fra Nexus og implementeringsforce afdelingen.

Tilsynsførende:

Senior Manager Margit Kure, sygeplejerske, MHM

2. Uanmeldt tilsyn hjemmepleje

2.1 Overordnet vurdering

BDO har på vegne af Køge Kommune foretaget et uanmeldt tilsyn hos kommunal leverandør af hjemme-/sygeplejen, Ejby. BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem interviews, observationer og skriftligt materiale.

Det er tilsynets overordnede vurdering, at leverandøren af hjemme-/sygeplejen, har engagerede medarbejdere og ledelse, der medvirker til trivsel for borgerne.

Vurderingen er, at leverandøren lever op til Køge Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau, fraset medicin håndteringen som har omfattende mangler.

Tilsynet vurderer, at pleje, omsorg og praktisk støtte, som borgerne modtager i hjemmeplejen, leveres med god faglig kvalitet, og at borgerne er meget tilfredse med hjælpen og med kvaliteten af hjælpen. Hjemmeplejen har fokus på kerneopgaven, herunder at der også arbejdes med sundhedsfremmende og hverdagsrehabiliterende indsatser.

Tilsynets vurdering er, at der er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at hjælpen ydes fleksibelt og tilrettelægges på borgernes præmisser. Medarbejderne kan på relevant vis reflektere over, hvordan de arbejder med metoder, som understøtter sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende indsatser.

Der er ved årsskiftet igangsat implementering af et nyt omsorgssystem, og det er vurderingen, at leverandøren har iværksat en målrettet og fokuseret implementering.

Tilsynet vurderer, at den sundhedsfaglige dokumentation i middel grad lever op til Service- og Sundhedslovens krav og Køge Kommunes krav til dokumentation. Dokumentationen på SEL har flere mangler, og dokumentationen på SUL har en god faglig standard, men med mangler, som fortsat vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes.

Tilsynet vurderer, at medicin håndteringen har omfattende mangler med fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind. Der er konstateret flere mangler i forhold til dokumentation, dispenseringsfejl, opbevaring og medicinadministration, som det vil kræve en radikal og målrettet indsats at afhjælpe.

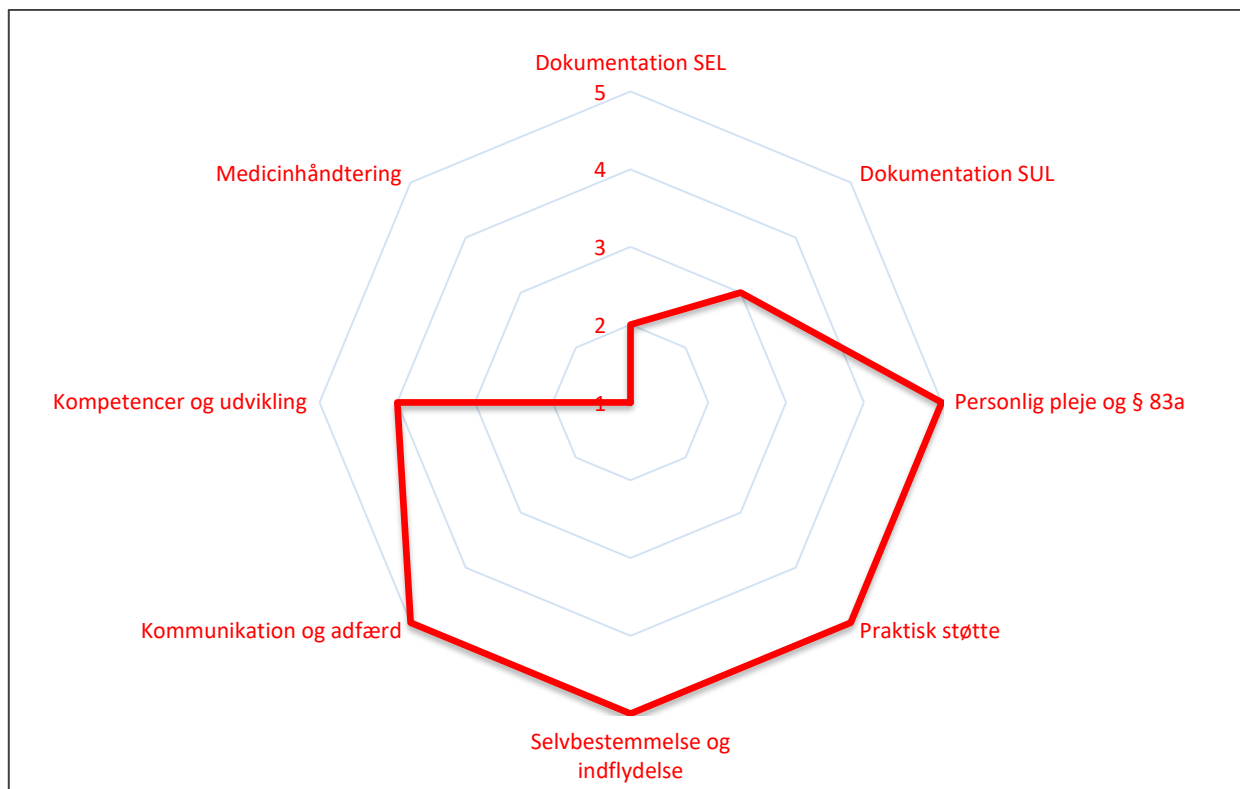
Det vurderes, at der i hjemmeplejen er en imødekommende kultur, hvor medarbejderne indbyrdes har en feedbackkultur i forhold til uhensigtsmæssig kommunikation

Ledelsen redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx implementering af ny dokumentationspraksis og løbende kompetenceudvikling.

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. (Temaer, som ikke er relevante for det pågældende tilbud, tæller ikke med i den samlede vurdering).

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



2.3 Tilsynets bemærkninger og anbefalinger

Bemærkninger:

Dokumentation SEL

Tilsynet bemærker vedrørende dokumentationen:

- At de generelle oplysninger i to journaler delvist mangler opdatering/udfyldelse.
- At helbredsoplysninger generelt mangler udfyldelse og opdatering, svarende til medicinoplysninger på FMK.
- At funktionsevnetilstande i tre tilfælde mangler opdatering, og at der i alle tilfælde mangler beskrivelse af borgerens forventninger og mål.
- At der i en døgnrytmeplan mangler beskrivelse af hjælpen på enkelte områder.
- At døgnrytmeplaner ikke konsekvent er systematisk opbygget.

Tilsynet bemærker, at medarbejderne i forbindelse med deres rolle som kontaktperson er usikre på arbejdsgange i forhold til at sikre, at dokumentationen er opdateret.

Anbefalinger:

Dokumentation SEL

Tilsynet anbefaler, at leder sikrer, at den igangværende proces med implementering/opdatering af journaler fastholdes, så alle journaler fremstår med ny fælles systematik, og at de er fyldestgørende og opdaterede.

Tilsynet anbefaler, at ledelsen følger op og sikrer, at alle medarbejdere kender til arbejdsgange i forhold til deres ansvar som kontaktperson.

Dokumentation SUL

Tilsynet bemærker, vedrørende dokumentationen:

- At der i en journal mangler handlingsanvisning.
- At der i alle journaler mangler dokumentation fra behandlingsansvarlig læge samt samtykke.
- At der i enkelte tilfælde mangler opfølgning og evaluering på problemstillinger i handlingsanvisninger.
- At der i en journal mangler dokumentation for vægt, og at der i en anden journal mangler systematisk dokumentation for vægt samt opfølgning på vægttab.
- At der delvist mangler relatering imellem journalens delelementer.

Dokumentation SUL

Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at den igangværende proces med implementering/opdatering af journaler fastholdes, så alle journaler fremstår fyldestgørende og opdaterede og med relatering imellem journalens delelementer.

Tilsynet anbefaler, at leder i samarbejde med en sygeplejerske udarbejder en handleplan for implementeringsprocessen, og at der foretages en løbende opfølgning.

Kompetencer og udvikling

Tilsynet bemærker, at medarbejderne er usikre på arbejdsgange vedrørende oplæring af ufaglærte til fx medicinadministration.

Tilsynet bemærker, at hjemmeplejen har flere ufaglærte medarbejdere ansat.

Kompetencer og udvikling

Tilsynet anbefaler, at leder følger op og sikrer, at medarbejderne kender til arbejdsgange for oplæring af ufaglærte, herunder til medicinadministration.

Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsat har fokus på rekruttering af medarbejdere med sundhedsfaglig uddannelse, og at der sikres introduktion og oplæring af medarbejdere uden sundhedsfaglig uddannelse.

Medicin håndtering

Tilsynet bemærker, at der er mangler vedrørende medicin håndtering i forhold til:

- At der i alle journaler mangler sammenhæng mellem helbredstilstande og medicinliste, og at der i to journaler er tilstande, der relaterer sig til borgernes behov for hjælp til medicindispensering og medicinadministration.
- At der i flere tilfælde mangler handlingsanvisninger på medicindispensering, administration samt øvrig medicinsk behandling.
- At der i et tilfælde mangler dokumentation for smerteplaster.
- At der ikke er implementeret ny instruks for håndtering af risikomedicin.
- At der hos to borgere mangler CPR-nummer på uge- og dagsæsker.
- At der i et tilfælde ses dispenseringsfejl.

Medicin håndtering

Tilsynet anbefaler, at leder sikrer, at medarbejderne har kendskab til og efterlever gældende instruks og vejledning for medicin håndtering, herunder:

- At sikre implementering af instruks for risikomedicin.
- At sikre korrekt dokumentation for ikke udleveret medicin.
- At der er sammenhæng mellem udleveringstidspunkt på medicinlisten og medicinudlevering til borger.
- At der sikres dokumentation for smerteplaster.

Tilsynet anbefaler, at leder sikrer, at borgeren modtager hjælp til medicinudlevering til aftalt tid.

- At der hos en borger er tre præparater i seponeret beholdning, som har overskredet holdbarhedsdato.
- At der i et tilfælde opbevares pauseret medicin i aktuel medicin.
- At der i to tilfælde mangler anbrudsdato på medicinske præparater med begrænset holdbarhed efter åbning.
- At der mangler konsekvent kvittering for udleveret medicin.
- At der hos en borger ligger medicin i dagsæskan, som ikke er indtaget, og at der er kvitteret for udlevering.

Tilsynet bemærker, at en borger kan opleve, at morgenmedicinen leveres med stort tidsspænd.

Tilsynet bemærker, at medarbejderne udtrykker et behov for undervisning i dokumentationspraksis vedrørende risikosituationslægemidler.

2.4 Aktuelle vilkår

Leder redegør for, at gruppen er organiseret med teamleder, en planlægger og en teamkoordinator for sygeplejen. Teamkoordinator har i samarbejde med teamleder det faglige ansvar, og der arbejdes med årshjul for den faglige kompetenceudvikling.

Den nye dokumentationspraksis er under implementering, og alle medarbejdere er undervist af superbrugere, opdelt for de enkelte faggrupper. Superbrugerne deltager i Nexusråd, og ændringer i dokumentationspraksis drøftes på de faste personalemøder. De mobile enheder er implementerede, og medarbejderne dokumenterer løbende i tilknytning til borgerbesøg.

Der arbejdes med triagering, og de står over for implementering af triagering i Nexus.

Gruppen løser ikke § 83a træningsydelse, men de samarbejder med det rehabiliterende teams terapeuter om borgere i overdragelsesfasen. Hvis borgerne har et træningsbehov, bliver dette visiteret af Visitationen.

2.5 Opfølgning

Ledelsen redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx implementering af ny dokumentationspraksis og løbende kompetenceudvikling.

2.6 Vurdering i forhold til temaer

2.6.1 Dokumentation SEL

Score: 2

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at leverandøren i lav grad lever op til indikatorerne.

Gennemgang af dokumentation

Dokumentationen har flere mangler. Dokumentationen fremstår delvist opdateret og fyldestgørende. På to borgere er der generelle oplysninger med ressourcer, mestring og motivation, hvor disse hos en borger mangler opdatering og hos en borger er de delvist

udfyldt. Der mangler generelt i alle journaler udfyldelse/opdatering af helbredsoplysninger. I en journal er funktionstilstande opdaterede, hvor der i tre journaler mangler hel eller delvis opdatering, mens der i alle journaler mangler beskrivelse af borgernes forventninger og mål. Der er relevante indsatser på alle borgere. Borgernes behov for pleje og omsorg er beskrevet handlevejledende i døgnrytmeplanen, og der tages udgangspunkt i borgernes helhedssituation og ressourcer, dog mangler der i en døgnrytmeplan delvis beskrivelse af hjælpen i forhold til den personlige pleje. Døgnrytmeplanen er i to journaler systematisk opbygget med borgers og medarbejders indsats, mens der mangler systematik i to døgnrytmeplaner. Der er lagt vægt på at beskrive borgernes kognitive udfordringer, og hvorledes der støttes op om disse samt særlige opmærksomhedspunkter.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, hvordan de arbejder målrettet med dokumentationen, så den kan understøtte kvaliteten i daglig praksis. Medarbejderne beskriver, at de som et nyt tiltag er blevet kontaktpersoner for faste borgere, og at de skal sikre, at dokumentationen er opdateret i forhold til funktionsevnetilstande og døgnrytmeplan. Medarbejderne udtrykker dog, at de er lidt usikre på arbejdsgangen. Der afsættes tid efter behov til at foretage opdateringer af dokumentationen. Medarbejderne beskriver, at der ikke arbejdes med fast opdatering af dokumentationen.

Medarbejderne kender og følger GDPR regler, og de giver konkrete eksempler på, hvordan de overholder reglerne, fx at lister med personfølsomme oplysninger ikke ligger fremme, og medarbejderne har deltaget i online-kursus om retningslinjer.

2.6.2 Sundhedsfaglig dokumentation SUL

Score: 3

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at leverandøren i middel grad lever op til indikatorerne.

Dokumentation

Dokumentationen har en god faglig standard, men den har mangler. Dokumentationen fremstår i lav grad opdateret og fyldestgørende.

På alle borgere er der udarbejdet helbredstilstande. Der er indsatser, indsatsmål og handlingsanvisninger, men der mangler flere handlingsanvisninger i en journal, og i en anden journal mangler handlingsanvisningen faglige beskrivelser. Der ses delvis løbende opfølgning og evaluering. To borgere har indsats på ernæring, hvor der hos en borger mangler dokumentation af vægt, og hos anden borger ses manglende systematisk dokumentation af vægt samt manglende opfølgning på vægttab. Journalens delområder er kun delvist indbyrdes relaterede.

I alle journaler mangler der dokumentation fra behandlingsansvarlig læge og for samtykke.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, hvordan de sikrer, at den sundhedsfaglige dokumentation er opdateret og fyldestgørende. I implementeringsfasen har teamkoordinator det overordnede ansvar for at oprette ydelser og handlingsanvisninger, men alle medarbejdere kan og skal fremadrettet varetage opgaven. Sygeplejersken udfylder den sygeplejefaglig udredning og handlingsanvisninger hos alle nye borgere, og sygeplejersker og assistenter har et fælles ansvar for den løbende opdatering og oprettelse af nye handlingsanvisninger. Der arbejdes med opfølgningsdatoer i tilstande.

2.6.3 Personlig pleje og § 83a

Score: 5

Vurdering:

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

Interview med borgere

Borgerne oplever, at de modtager relevante pleje- og omsorgsydelser, og alle borgerne er meget tilfredse med hjælpen til den personlig pleje. En borger klarer det meste selv, men borgeren bliver mindet om at huske at drikke og spise, og borgeren oplever, at medarbejderne er meget flinke til at hjælpe. Borgerne fortæller alle, at de på hvert deres niveau er aktive i de daglige opgaver, fx kan en borger selv tage sine støttestrømper på. En anden borger, som tidligere har fået træning på grund af funktionsnedsættelse af arm og ben, skal igen starte genoptræning på kommunernes træningscenter, hvilket borgeren ser frem til. Borgerne oplever, at hjælpen som udgangspunkt leveres af faste medarbejdere. En borger nævner, at når der er afløsere, får borgeren fortsat god hjælp, og en anden borger nævner, at der ofte er afløsere i weekenden, men at det fungerer fint alligevel. Borgerne er meget trygge ved hjælpen, som leveres som aftalt.

Ingen af borgerne er visiterede til § 83a.

Observation

Borgerne fremstår alle velsoignerede, svarende til egen habitus.

Interview med medarbejder

Medarbejderne redegør for pleje og omsorg til borgerne, og de har fokus på den rehabiliterende samt sundhedsfremmende og forebyggende tilgang. Planlægger udarbejder kørelister ud fra borgernes bevilling og kompetencebehov, og medarbejderne har telefoner med adgang til køreliste og opgaver, herunder SUL-opgaver.

Medarbejderne skriver aftaler med borgerne i en fysisk kalender eller som en opgave i Nexus, og de samarbejder med planlægger om opgaverne. Der er dagligt fælles indmøde med gennemgang af den seneste dokumentation, hvor der evt. foretages justeringer i de planlagte opgaver.

Ved tilstandsændringer kontakter medarbejderne en sygeplejerske, og der arbejdes to gange ugentligt med triagering, hvor en sygeplejerske er tovholder.

Rehabilitering indgår som led i den daglige opgaveløsning, hvor der er fokus på, at borgerne er aktive, og på at de klarer så meget som muligt selv. Medarbejderne har fokus på at tilbyde borgerne hjælpemidler, så de fortsat selv kan varetage en opgave, og de har et lokalt lager med APV-hjælpemidler. Medarbejderne oplever et godt samarbejde og gode overgange fra § 83a-rehabiliteringsteamet.

2.6.4 Praktisk støtte

Score: 5

Vurdering:

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

Interview med borgere

To borgere får hjælp til rengøring.

Borgerne er meget tilfredse med hjælpen til rengøring, og de oplever, at kvaliteten af den leverede hjælp er fin.

Interview medarbejdere

Medarbejderne redegør for, at der hos nogle borgere med særlige behov er helhedspleje, og at der er andre borgere, som modtager hjælpen af det faste Servicekorps. Tøjvask

varetages af en privat leverandør. I hjem med særlige hygiejniske udfordringer prioriterer medarbejderne at starte opgaven op ved at skabe en god relation. På denne måde får de som oftest lov til at tage opgaverne i små etaper og i delmål. I rygerhjem laver medarbejderne aftaler med borgerne for at sikre deres arbejdsmiljø.

Observation

Der er en hygiejnemæssig forsvarlig standard i boliger, og hjælpemidler er rengjorte.

2.6.5 Selvbestemmelse og indflydelse

Score: 5

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

Interview med borgere

Borgerne oplever i høj grad at have indflydelse på hverdagen og eget liv, fx oplever alle borgerne, at medarbejderne altid spørger ind til, hvordan borgerne ønsker hjælpen leveret.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, hvordan de sikrer borgernes indflydelse og selvbestemmelse ved at være opmærksomme på, at de er gæster i borgernes hjem. Medarbejderne har fokus på at sikre et godt samarbejde med borgerne, og der igangsættes ikke noget, hvis borgerne ikke ønsker det. Medarbejderne kan opleve pårørende, som ikke har de samme ønsker, som borgeren selv, og her tager de dialogen med de pårørende for at give dem en forståelse for de faglige begrundelser.

2.6.6 Kommunikation og adfærd

Score: 5

Vurdering:

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

Interview med borgere

Borgerne roser medarbejderne, og de oplever i høj grad omgangstone og adfærd som anerkendende og respektfuld. En borger udtrykker, at det er rigtige dejlige mennesker, som behandler borgeren ordentligt, og anden borger udtrykker, at alle er søde og rare og lyttende, og at borgeren kan tale med dem alle. Tredje borger udtrykker, at det er friske og frejdige medarbejdere, og borgeren sætter pris på den friske og humoristiske tone, og den sidste borger er utrolig glad for medarbejderne, og borgeren ved simpelt hen ikke, hvad borger skulle have gjort uden dem.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør fagligt for, at de har fokus på en individuel tilgang til borgerne med respekt for, at det er borgernes hjem, og at de altid er imødekommende og hjælpsomme. Medarbejderne er nærværende og lyttende, og de taler med borgerne og signalerer god tid og overskud. Medarbejderne prioriterer og afpasser tiden hos borgerne efter borgernes behov. Humor og en professionel tilgang har ligeledes stor betydning. Medarbejderne oplever, at de har en god feedbackkultur, og at de kan gå til hinanden ved uhensigtsmæssig kommunikation

Observation

Under interview med medarbejderne omtales borgerne anerkendende og respektfuldt.

2.6.7 Kompetencer og udvikling

Score: 4

Vurdering:

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

Interview med leder

Leder redegør for, at hjemmeplejegruppen er organiseret med sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere, som alle refererer til teamleder. Planlægger varetager opgave- og rutefordeling for hjemmeplejens medarbejdere, og teamkoordinator varetager planlægningen for sygeplejerskerne. Teamkoordinator underviser og har tovholderfunktionen i vanskelige sager. Sygeplejerskerne er tovholdere på de ugentlige triageringsmøder, og en gang månedligt deltager ernæringspecialisten.

Leder oplever rekrutteringsudfordringer, men alle stillinger er som udgangspunkt besat. Der er to uuddannede medarbejdere ansat i vikariater, og begge med det formål, at de skal starte social- og sundhedshjælperuddannelsen.

Alle nye medarbejdere gennemgår en grundig oplæring, og teamleder sikrer, at der udarbejdes kompetenceskemaer. Den nye kompetenceprofil er under implementering, og teamleder er i proces med kompetenceafklaring og opgaveoverdragelse.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for gode muligheder for faglig sparring og for den løbende kompetenceudvikling. Medarbejderne oplever gode muligheder for faglig sparring i hverdagen og på de faste møder, fx sygeplejerske- og assistentmøder, og der er løbende undervisning af kommunens specialister, som fx demenskonsulent og sårplejerske. En af gruppens sygeplejersker er nøgleperson på palliation.

Der arbejdes med den nye kompetenceprofil, og teamleder er startet kompetenceafklaring, men medarbejderne er ikke helt sikre på, hvor langt processen er kommet. Medarbejderne nævner, at de ser frem til muligheden for at styrke deres kompetencer i forhold til medicinbehandling og til opgaveoverdragelse af flere opgaver.

Medarbejderne anvender instrukser og retningslinjer på VAR og på DOKKEN, og planen er, at de fremadrettet skal linke til VAR.

Alle nye medarbejdere gennemgår et fast introduktionsprogram, og de tildeles en mentor. Alle medarbejdere modtager sidemandsoplæring, hvor perioden afstemmes individuelt. I forhold til ufaglærte medarbejdere er det teamleder, som træffer beslutninger om, hvilke opgaver de må løse, men medarbejderne er usikre på arbejdsopgaver vedrørende oplæring af ufaglærte til fx medicinadministration.

2.6.8 Medicinbehandling og administration

Score: 1

Vurdering:

Tilsynet vurderer, at leverandøren i meget lav grad lever op til indikatorerne.

Tilsynet har gennemgået fire borgeres medicin.

Medicinalgennemgang

Borgernes medicin opbevares i egen bolig i kasser, og hos to borgere i en aflåst boks, og medicinen adskilles ved brug af farvede poser.

Dokumentation

Der foretages en struktureret gennemgang af de udvalgte borgeres dokumentation, herunder handlingsanvisninger på medicin og medicinskema.

- I alle journaler mangler der helbredstilstande, svarende til aktuell medicinsk behandling, og i to journaler mangler helbredstilstand, som relaterer sig til borgernes behov for hjælp til medicinbehandling og medicinadministration.

- Medicinlisten tilgås elektronisk, og den lokale medicinliste er opdateret med FMK.
- I flere tilfælde mangler der handlingsanvisninger på medicindispensering, administration samt øvrig medicinsk behandling.
- I et tilfælde mangler der dokumentation for smerteplaster.

Opbevaring

- Medicinen opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.
- Hos to borgere mangler der CPR-nummer på uge- og dagsæsker.
- I et tilfælde opbevares pauseret medicin i aktuel medicin.
- Hos en borger er der tre præparater i seponeret beholdning, som har overskredet holdbarhedsdato.
- I to tilfælde mangler der anbrudsdato på medicinske præparater med begrænset holdbarhed efter åbning.
- Medicinen opbevares efter gældende regler (Køleskab, aktuelt og ikke aktuelt adskilt).

Risikosituationslægemidler

- At der ikke er implementeret ny instruks for håndtering af risikomedicin.

Dispensering af medicin

- I et tilfælde ses der dispenseringsfejl. Borgerens morgenmedicin er doseret i dagsæsker på et andet tidspunkt end angivet på medicinlisten.
- I tre tilfælde er medicinen korrekt dispenseret i doseringsæskerne.

Administration af medicin og ikke dispensérbare præparater

- Medicinen er uddelt til tiden, fraset hos en borger, hvor der ligger medicin i dagsæske, som ikke er indtaget, og hvor der er kvitteret for udlevering.
- Der mangler konsekvent kvittering for udleveret medicin.

Pn medicin

- Pn medicin opbevares adskilt fra anden medicin.
- Pn medicin er mærket med navn og CPR-nummer.
- Der er ikke ophældt pn medicin.

Interview med leder

Leder redegør for, at alle nye medarbejdere introduceres til medicinmodulet i Kvalicare, som ligger på DOKKEN, og alle medarbejdere introduceres til dispensering og instruks for risikosituationslægemidler.

Interview med borgere

Borgerne er alle trygge ved hjælpen til medicin, og de oplever alle, at de generelt får deres medicin som aftalt. Dog kan en borger opleve, at morgenmedicinen leveres med et stort tidsspænd.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for kendskabet til gældende retningslinjer for medicindosering, herunder overensstemmelse mellem FMK og lokal medicinoversigt og sikring af dokumentation for medicinaftaler. Medarbejderne dokumenterer i Nexus, hvor borgerens medicin opbevares, og der anvendes kasser og farvede poser til adskillelse.

Medarbejderne redegør delvist for risikosituationslægemidler, og de udtrykker et behov for undervisning.

Medarbejderne redegør for medicinadministration, hvor de tæller antal af piller, som afstemmes med medicinlisten før udlevering. Medarbejderne sikrer, at medicinen udleveres til rette borger, og at den ses indtaget. Medarbejderne følger løbende op hos borgere, som selvadministrerer deres uge- eller dagsæsker, og hvis de observerer, at borgerne gentagne gange glemmer at tage deres medicin, opretter de et besøg og giver tilbagemelding til den ansvarlige assistent eller sygeplejerske. Medarbejderne oplever, at de generelt er opmærksomme på, at borgerne får deres medicin til tiden, og de er særlige opmærksomme på borgere med Parkinson.

3. Vurderingskema

I tilsynene i Køge Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

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

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

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.

