

# Tilsynsrapport Køge Kommune

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

Hjemme-/sygeplejen Område Nord - Ølby

Anmeldt tilsyn  
Maj 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 hilsen



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 leverandøren og tilsynet

Adresse: Hjemme-/sygeplejen, Område Nord - Ølby, Ølbycenter 64, 4600 Køge

Leder: Theresa G. Larsen

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

Dato for tilsynsbesøg: Den 8. maj 2023

Tilsynet er indledt og tilrettelagt sammen med: Teamleder.

Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag:

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

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

Tilsynsførende:

Senior Manager Margit Kure, sygeplejerske, MHM

## 2. Anmeldt tilsyn hjemmepleje

### 2.1 Overordnet vurdering

BDO har på vegne af Køge Kommune foretaget et uanmeldt tilsyn hos kommunal leverandør af hjemme-/sygeplejen Område Nord, Ølby. 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 er en hjemmeplejeenhed, som 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 medicinhåndteringen, som har væsentlige mangler.

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

Vurderingen er, at der er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at de leverede indsatser ydes fleksibelt og tilrettelægges på borgernes præmisser, og borgerne oplever generelt at have indflydelse på og medbestemmelse i hverdagen, dog har en borger oplevet enkelte medarbejdere, som handlede hen over hovedet på borgeren, og som ikke gav borgeren den fornødne tid. Medarbejderne kan på relevant vis reflektere over, hvordan de arbejder med metoder, som understøtter sundhedsfremmende og forebyggende indsatser samt den rehabiliterende tilgang.

Der er ved årsskiftet igangsat implementering af et nyt omsorgssystem, og det er vurderingen, at leverandøren har iværksat en målrettet og fokuseret implementering. Dokumentation på SEL fremstår med en god faglig standard, men med mangler, og dokumentationen på SUL har flere mangler, som vil kræve et fortsat målrettet fokus at afhjælpe.

Tilsynet vurderer, at medicinhåndteringen har flere og væsentlige mangler i forhold til gældende instruks på området, hvor der er konstateret mangler i forhold til dokumentation, opbevaring og administration.

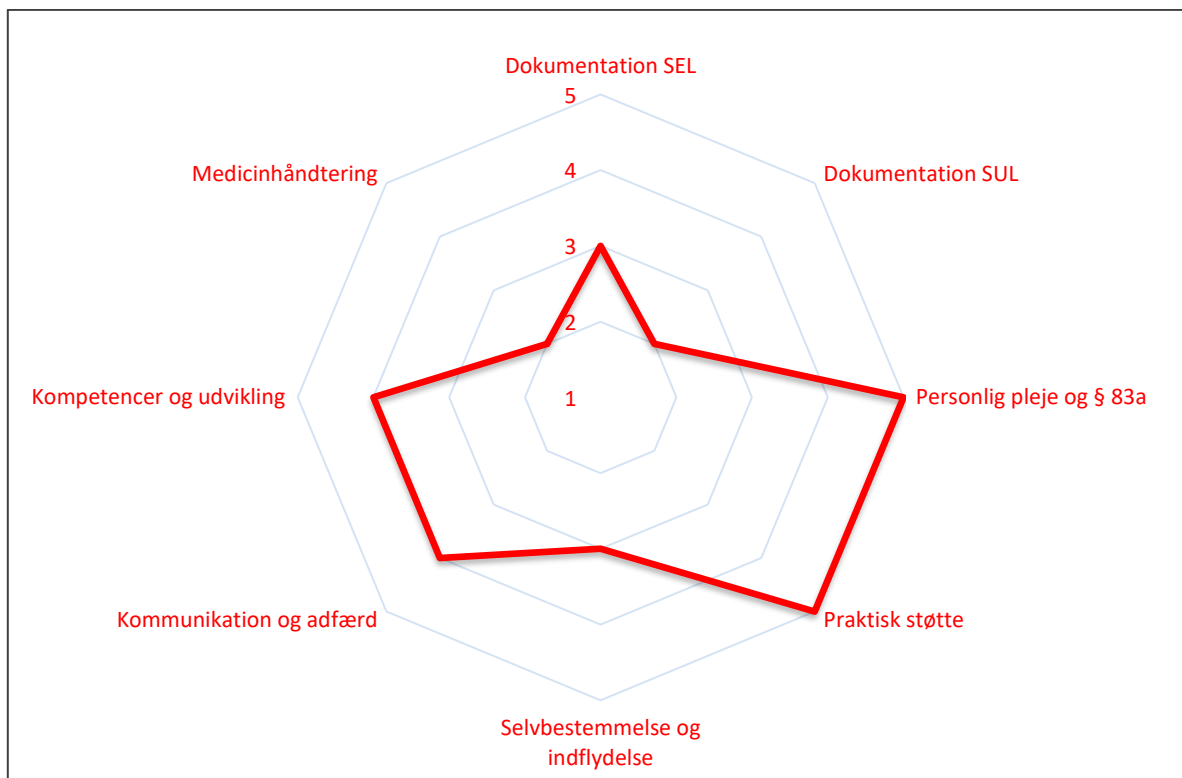
Det vurderes, at der i hjemmeplejeenheden er en imødekommende kultur, hvor medarbejderne indbyrdes har en feedbackkultur i forhold til uhensigtsmæssig kommunikation, dog har en borger oplevet enkelte medarbejdere, som ikke udviste en respektfuld og anerkendende kommunikation.

Ledelsen redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx med en strategisk og målrettet opdatering af dokumentationen og med rehabilitering og implementering af digital rehabilitering.

### 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 en journal mangler opdatering.
- At helbredsoplysninger i fire journaler mangler en eller flere opdateringer, svarende til medicinoplysninger på FMK.
- At funktionsevnetilstande i tre journaler mangler opdatering og beskrivelser af borgerens forventninger og mål til indsatsen.
- At der i en døgnrytmeplan mangler beskrivelse af aftenhjælpen, og i anden døgnrytmeplan mangler beskrivelse af problemstilling vedrørende ernæring.
- At døgnrytmeplaner ikke konsekvent er systematisk opbygget.

### Anbefalinger:

#### Dokumentation SEL

Tilsynet anbefaler, at ledelsen 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.

### Dokumentation SUL

Tilsynet bemærker vedrørende dokumentationen:

- At der i tre journaler mangler opdaterede helbredstilstande.
- At der i to journaler mangler en handlingsanvisning.
- At der i en journal mangler opfølgning på vægtændringer.
- At der i alle journaler generelt mangler dokumentation for behandlingsansvarlig læge og for samtykke.
- 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.

### Selvbestemmelse og indflydelse

Tilsynet bemærker, at en borger har oplevet enkelte medarbejdere, som handlede hen over hovedet på borgeren, og at de ikke gav sig den fornødne tid.

### Selvbestemmelse og indflydelse

Tilsynet anbefaler, at leder følger op med de konkrete medarbejdere i forhold til at sikre borgeren indflydelse og selvbestemmelse.

### Kommunikation og adfærd

Tilsynet bemærker, at en borger har oplevet enkelte medarbejdere, som ikke udviste en respektfuld og anerkendende kommunikation.

### Kommunikation og adfærd

Tilsynet anbefaler, at leder følger op med de konkrete medarbejdere og drøfter respektfuld kommunikation og adfærd.

### Medicinhåndtering

Tilsynet bemærker, at der er mangler i medicinhåndteringen i forhold til:

- At der i fire journaler mangler konsekvent sammenhæng mellem helbredstilstande og FMK.
- At der i et tilfælde mangler helbredstilstande, som relaterer sig til medicin-dispensering, og i to journaler mangler der tre handlingsanvisninger.
- At der i et tilfælde mangler beskrivelse af risikosituationslægemiddel.
- At der i to tilfælde mangler sammenhæng mellem handelsnavn på præparat på medicinliste, og at der mangler handelsnavn på præparat i en beholdning.
- At der hos tre borgere mangler navn og CPR-nummer på uge- og enkelte dagsæsker.
- At der i et tilfælde ses manglende adskillelse mellem aktuel, aktuel ikke anvendt og pn medicin.

### Medicinhåndtering

Tilsynet anbefaler, at leder sikrer, at alle medarbejderne har kendskab til og efterlever gældende instruks og vejledning for medicinhåndtering.

Tilsynet anbefaler, at leder sikrer implementering af nye arbejdsgange for risikosituationslægemidler.

- At der hos en borger ligger to 2 medicinske præparater i aktuel beholdning, som ikke fremgår på medicinlisten, og i et tilfælde ligger der præparat i pn beholdning, som ikke fremgår af medicinlisten.
- At der i et tilfælde mangler pn præparat i beholdning.
- At en borger oplyser, at et fast medicinsk præparat på medicinlisten gives som pn.
- At der i et tilfælde mangler anbrudsdato på to insulinpenne.
- At der i fire tilfælde mangler konsekvent kvittering for udleveret medicin.

## 2.4 Aktuelle vilkår

Leder redegør for, at gruppen er organiseret med teamleder og teamkoordinator samt to planlæggere, hvor den ene planlægger også er udekørende.

Der har været arbejdet med selvstyrende teams siden oktober 2022, og gruppen er blevet opdelt i fire tværfaglige miniteams. Medarbejderne er selvplanlæggende i de enkelte miniteams, og teamkoordinator varetager planlægningsopgaven for sygeplejerskerne. Ved fravær hjælper de fire teams hinanden på tværs, fordelt to og to sammen for at sikre kontinuiteten til borgerne.

Et fokusområde er rehabilitering og styrkelse af borgernes ressourcer, og ergoterapeuten i gruppen har opstartet digital rehabilitering. Terapeuten opstarter i samarbejde med borgerne et digitalt træningsprogram i hjemmet, hvor terapeuten følger og understøtter borgeren i et 12 ugers træningsforløb.

Gruppen skal til at arbejde med tidlig opsporing og implementering af faste ugentlige triagemøder i alle miniteam.

Der er strategisk fokus på at sikre en målrettet implementering af det nye Nexus. Teamleder har udarbejdet en oversigt over alle borgere og opgaver i Nexus, og der er tæt opfølgning med ressourcepersoner om, hvor langt de er kommet. Nexus-ressourcepersoner underviser ugentligt, og der er kontaktpersoner på henholdsvis SEL og SUL, som er ansvarlige for opdatering.

## 2.5 Opfølgning

Ledelsen redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx med en strategisk og målrettet opdatering af dokumentationen og med rehabilitering og implementering af digital rehabilitering.

## 2.6 Vurdering i forhold til temaer

### 2.6.1 Dokumentation SEL

Score: 3

Vurdering:

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

Gennemgang af dokumentation

Dokumentationen fremstår med en god faglig standard, men med mangler.

Dokumentationen fremstår delvist opdateret og fyldestgørende. På alle borgere er der generelle oplysninger med ressourcer, mestring og motivation og livshistorie, fraset i en journal, som mangler opdatering. Der er helbredsoplysninger på alle borgere, som dog i fire journaler mangler en eller flere opdateringer. Der er funktionstilstande på alle borgere, hvor der i tre tilfælde mangler opdatering og beskrivelse af borgernes forventninger og mål med indsatsen. Der er indsatser på alle borgerne. Borgernes behov for pleje og omsorg er beskrevet handlevejledende i døgnrytmeplanen, og der tager udgangspunkt i borgerens helhedssituation og ressourcer. Dog mangler der hos en borger beskrivelse af hjælpen om aftenen, og i anden døgnrytmeplan mangler der beskrivelse af en problemstilling vedrørende ernæring. Der er lagt vægt på at beskrive borgernes kognitive udfordringer, og hvorledes der støttes op om disse samt særlige opmærksomhedspunkter. Det ses, at døgnrytmeplaner ikke konsekvent er systematisk opbygget.

#### Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, hvordan de arbejder med dokumentationen, hvor kontaktpersonen er ansvarlig for opdatering af funktionsevnetilstande og døgnrytmeplan. Alle medarbejdere er oplært i anvendelse af Nexus, og der arbejdes med en fast skabelon til døgnrytmeplanen.

Medarbejderne kender og følger GDPR-regler, og de giver konkrete eksempler på, hvordan de overholder reglerne. Medarbejderne modtager en fast årlig opfølgning af GDPR-regler på e-learning.

## 2.6.2 Sundhedsfaglig dokumentation SUL

Score: 2

### Vurdering:

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

#### Dokumentation

Dokumentationen har flere mangler. Dokumentationen fremstår i lav grad opdateret og fyldestgørende. Der er udarbejdet helbredstilstande på alle borgerne, hvor der hos tre borgere mangler opdatering. Der er indsatser og handleanvisninger, dog mangler der handlingsanvisninger i to journaler på stomi og kateter.

I alle journaler mangler der generelt dokumentation for behandlende læge og for borgerens samtykke. Der ses løbende opfølgning og evaluering af dokumentationen, dog ses der i en journal manglende opfølgning på vægtændringer. Der ses delvis relatering imellem journalens delelementer.

#### Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, hvordan de sikrer, at den sundhedsfaglige dokumentation er opdateret og fyldestgørende. Sygeplejersker udfører den sygeplejefaglige udredning, og handlingsanvisning og fremadrettet skal assistenterne også udfylde dette. Alle medarbejdere har et fælles ansvar for opdatering. Arbejdsgange og instrukser findes på DOKKEN og i en fysisk mappe, og der arbejdes fortsat med at indarbejde arbejdsgange i hverdagen.



### 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 er meget tilfredse med kvaliteten af den personlige støtte og pleje, og alle borgerne oplever, at de modtager relevante pleje- og omsorgsydelser, og at de får den hjælp, de har behov for. En borger udtrykker stor tilfredshed med hjælpen, og borgeren begrundet det med personalet, som alle er flinke og meget behagelige, og som bidrager til den gode oplevelse. Borgerne har faste medarbejdere, og alle borgerne oplever stor trykthed ved hjælpen, samt at de får hjælpen som aftalt og til tiden. Borgerne har selv mulighed for at være aktive i plejen, og de giver flere eksempler på, hvordan de inddrages i opgaveløsningen.

Observation

Borgerne fremstår alle velsoignerede, svarende til egen habitus.

Interview med medarbejder

Medarbejderne redegør fagligt reflekteret for en sundhedsfremmende og forebyggende tilgang, hvor der er tværfagligt fokus på kerneopgaven og på rehabilitering, herunder observationer og forandringer. Den aftalte hjælp sikres via dialog med borgerne, og alt relevant om borgernes behov for hjælp beskrives i døgnrytmeplaner.

Planlægger udarbejder grundskabelon for borgerbesøg, og medarbejderne i de enkelte miniteams laver selv ruter, og de indarbejder de aftaler, de har indgået med borgerne. Ved indmøde læser medarbejderne op på borgerne for det sidste døgn, og de har fælles drøftelser og sparring om borgerne. Kontinuiteten sikres med kontaktpersoner, og ved fravær arbejder de fire teams to og to sammen for på denne måde at dække hinanden ind ved fravær.

Ved tilstandsændringer inddrages assistenter og sygeplejersker, og der dokumenteres i form af et observationsnotat. Der er ugentligt møde med borgergennemgang med deltagelse af sygeplejerske og visitator, og en gang månedligt deltager en ernæringsterapeut.

Der arbejdes rehabiliterende i hverdagen, og borgerne motiveres til at deltage og gøre så meget som muligt selv.

Kontaktperson og ergoterapeut har opstartsmøde med alle nye borgere, hvor de drøfter fx brug af hjælpemidler. Terapeuten besøger borgerne, og der observeres for ADL træningspotentiale, og når det er aktuelt, udarbejdes der en træningsplan. Derudover inddrages terapeuten ved mistanke om, at en borger har synkeproblemer.

### 2.6.4 Praktisk støtte

Score: 5

**Vurdering:**

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

Interview med borgere

Ingen af de besøgte borgere modtager rengøringshjælp fra hjemmeplejegruppen. To borgere modtager rengøring fra Servicekorpsset, og en borger fra en privat leverandør. To borgere varetager selv opgaven.

Interview medarbejdere

Medarbejderne redegør for, at de hos borgere med kognitive problemstillinger varetager rengøringsopgaven og hos øvrige borgere, hvor det giver mening. De praktiske opgaver løses ofte som en del af morgenplejen. Medarbejderne har fokus på at arbejde rehabili-

terende, og når det er muligt, inddrager de borgerne i opgaverne, fx tøjvask, bære skrald ud og støve af. Medarbejderne arbejder ud fra gældende retningslinjer for hygiejniske principper, og når der er hjem med smitterisiko, placeres der en kasse i boligen med værnemidler. De to hygiejneambassadører i gruppen inddrages, og ved behov samarbejdes der med hygiejnesygeplejersken.

Observation

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

## 2.6.5 Selvbestemmelse og indflydelse

Score: 3

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

Interview med borgere

Borgeren oplever at de har indflydelse i hverdagen, og generelt imødekommes deres ønsker og vaner. Fx fortæller en borger, at borgeren ofte fik tilbud om bad, som borgeren afslog, hvilket medarbejderne respekterede, men at borgeren tager imod badet i dag. En anden borger oplever, at medarbejderne kan have travlt, men at de altid tager sig god tid til at hjælpe borgeren, som borgeren gerne vil have det. Dog har en borger oplevet enkelte medarbejdere, som handlede hen over hovedet på borgeren, og at de ikke gav sig den fornødne tid, hvilket har påvirket borgerens lyst til at ringe på sit nødkald.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, hvordan borgerne har medbestemmelse og indflydelse. De redegør for, at de inddrager borgerne så vidt, det er muligt, og de imødekommer borgerne ønsker, fx til tidspunkter for levering af hjælpen. Medarbejderne spørger altid ind til borgernes ønsker på dagen, fx morgenmad og ønsker til pålæg til frokost. Medarbejderne giver borgerne valgmuligheder, fx ved tøjvalg, og har en borger ikke lyst til at blive vasket, så respekteres dette.

## 2.6.6 Kommunikation og adfærd

Score: 4

**Vurdering:**

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

Interview med borgere

Borgerne er generelt meget tilfredse med medarbejderne, som de synes er søde, omsorgsfulde, meget positive og imødekommende. Omgangstone og adfærd er anerkendende og respektfuld, og hvor der er plads til humor. En borger udtrykker, at alle medarbejderne er søde og respektfulde i deres måde at være på, og to borger udtrykker, at alle medarbejderne opfører sig ordentligt, og en borger nævner, at alle medarbejderne de spørger ind til, om borger har oplevet noget. Dog har en borger oplevet enkelte medarbejdere, som ikke udviste en respektfuld kommunikation og adfærd.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne kan fagligt reflekteret redegøre for, hvad der lægges vægt på i kommunikationen med borgerne, og de fremhæver vigtigheden af at møde borgerne på deres præmisser. Kendskabet har stor betydning for jargon og adfærd i hjemmet, og de vægter at være glade og smilende. Medarbejderne tilkendegiver ligeledes, at det er vigtigt at være omstillingsparat, da der ikke er to hjem, som er ens. Medarbejderne oplever, at de er gode til at korrigere hinandens adfærd, og de kan gå til teamleder, hvis behovet opstår.

Medarbejderne fortæller, at de på møder har drøftet og aftalt kommunikationsveje, og at de har opmærksomhed på, hvordan borgerne bliver omtalt, og hvordan tingene bliver sagt.

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.

Til grund for vurderingen ligger, at der under temaet medicin ses mangelfuld udmøntning af de faglige kompetencer.

Interview med leder

Ledelsen redegør for, at de fire miniteams består af social- og sundhedsmedarbejdere, to sygeplejersker i hvert af de fire miniteams, og to ergoterapeuter, som hver dækker to miniteams.

Teamleder oplever ikke rekrutteringsproblemer, og alle stillinger er besat med uddannede medarbejdere, fraset en enkelt, som har været ansat i over 20 år. Der er fast tilknyttet afløsere. I sommerferien ansættes der sygeplejersker i korte vikariat. Leder vurderer, at medarbejderne har relevante faglige kompetencer og erfaring med målgruppen.

Teamkoordinator er ansvarlig for den faglige udvikling og undervisning i samarbejde med teamleder og for modtagelse af nye medarbejdere. Teamkoordinator er ligeledes instruktøruddannet i Nexus, og teamkoordinator har to dage om ugen ekstern undervisning og sparring med andre grupper i området. Teamkoordinator gennemgår et fast introduktionsprogram med alle nye medarbejdere, og alle medarbejdere modtager undervisning og e-learning i fx medicinudlevering. Alle medarbejdere sidemandsoplæres med makkerordning.

Der er fast mødestruktur, fx ugentlige møder med borgergennemgang med deltagelse af visitator, gruppemøder med fast undervisning hver anden uge og sygeplejerske- og assistentmøde hver 14. dag.

Der er ressourcepersoner på fx hygiejne, palliation, Nexus og strømpeambassadører, som mødes med teamleder fast en gang månedligt.

Teamleder er næsten i mål med kompetenceafklaring af alle medarbejdere ud fra den nye kompetenceprofil, og profilen drøftes løbende på personalemøder. Med den nye organisering i selvstyrende teams, er det nu medarbejderne, som selv sikrer fordeling af kompetencer.

Medarbejderne har adgang til instrukser på DOKKEN og VAR via Nexus. Nye instrukser drøftes på møder, og teamleder sikrer formidling via referater og nyhedsbreve.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for gode muligheder for faglig sparring og løbende kompetenceudvikling, hvor blandt andet leder er meget lydhør over for ønsker til faglige kurser.

Der er gode muligheder for tværfaglig sparring på møder, og medarbejderne oplever gode muligheder for tværfaglig koordinering i komplekse borgerforløb. Der planlægges ligeledes undervisning af specialsygeplejersker på deres faste møder. Nye medarbejdere modtager grundig oplæring via fast introduktionsprogram og individuel tilrettelagt sidemandsoplæring.

Der arbejdes med kompetenceprofil, og alle medarbejdere bliver kompetenceafklaret at teamleder. Der dokumenteres ved oplæring og opgaveoverdragelse af sundhedsydelser.

## 2.6.8 Medicinhåndtering og administration

Score: 2

### Vurdering:

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

Tilsynet har gennemgået fem borgeres medicin.

### Medicینگennemgang:

Borgernes medicin opbevares i egen bolig i kasser, 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.

- Medicinlisten tilgås elektronisk, og den er opdateret.
- I en journal er der helbredstilstande, svarende til aktuell medicinsk behandling, mens der i fire journaler mangler helbredstilstande, svarende til aktuell medicinsk behandling.
- I fire journaler er der helbredstilstande, som relaterer sig til borgernes behov for hjælp til medicindispensering og medicinadministration, men dette mangler i en journal.
- Der er handlingsanvisninger i tre journaler på medicindispensering og medicinadministration, men hvor der i to journaler mangler handlingsanvisning på dispensering, BS-måling og insulingivning.
- I en journal mangler der beskrivelse af risikosituationslægemiddel.
- I to tilfælde mangler der sammenhæng mellem handelsnavn på præparat på medicinliste og handelsnavn på præparat i beholdning.

### Opbevaring

- Medicinen opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.
- Uge- og dagsdoseringsæsker er mærkede med borgers navn og CPR-nummer, fraset at der hos tre borgere mangler navn og CPR-nummer på uge- og enkelte dagsæsker.
- At der i et tilfælde ikke er korrekt adskillelse mellem aktuell medicin, aktuell ikke anbrudt medicin og pn medicin.
- At der i et tilfælde ligger to medicinske præparater i aktuell beholdning, som ikke fremgår på medicinlisten, og i et tilfælde ligger der et præparat i pn beholdning, som ikke fremgår af medicinlisten.
- At der i et tilfælde mangler der pn præparat i beholdning.
- At en borger oplyser, at et fast medicinsk præparat på medicinlisten (anden dispenseringsform) gives som pn medicin.
- At der er angivet anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv. med begrænset holdbarhed efter åbning, fraset i to tilfælde, hvor der mangler anbrudsdato på insulinpenne.

### Risikosituationslægemidler

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

### Dispensering af medicin

- I alle tilfælde er medicinen korrekt dispenseret i doseringsæskerne.

#### ***Administration af medicin og ikke dispenserbare præparater***

- At medicinen er uddelt til tiden.
- At der i fire tilfælde mangler konsekvent kvittering for udleveret medicin.

#### ***Pn medicin***

- Pn medicin opbevares adskilt fra anden medicin, frasat i et tilfælde, hvor den opbevares sammen med aktuell medicin.
- Pn medicin er mærket med navn og CPR-nummer.
- Der er ikke ophældt pn medicin.

#### ***Interview med leder***

Leder redegør for, at teamkoordinator modtager alle nye medarbejdere, hvor de gennemgår et fast introduktionsprogram og modtager undervisning og e-learning i medicinudlevering. Nye instrukser drøftes på møder, og der sikres information til alle via referat fra personalemøde og nyhedsbreve.

#### ***Interview med borgere***

Alle borgere er trygge omkring medarbejdernes håndtering af deres medicin og med hjælpen, og alle borgerne oplever, at de får deres medicin til tiden. Fx udtrykker en borger, at det med medicin fungerer, som det skal, og borgeren er tryk ved hjælpen.

#### ***Interview med medarbejdere***

Medarbejderne redegør for gældende retningslinjer og instrukser for medicin håndtering. De følger dispenseringsmodulet i Nexus, og de fortager afslutningsvist egenkontrol. Før dispensering kontrolleres det, om der er nok medicin i beholdningen, og der kontrolleres udløbsdato. Medarbejderne redegør for, at de ikke må efterdosere.

Medarbejderne redegør for, at de anvender farvede poser til adskilles af medicinen. I de hjem, hvor de varetager medicin for ægtepar, sikrer de opdeling og adskillelse af medicin.

Medarbejderne redegør for ny praksis vedrørende risikosituationslægemidler, men de fortæller, at den er ny, og at de ikke har konkret erfaring med anvendelsen.

Medarbejderne redegør for, at de sikrer, at borgerne får den rigtige medicin ved at tælle tabletterne og afstemme med medicinlisten før udlevering. Medarbejderne tjekker, at der er navn og CPR-nummer på æsker. Nye dosisruller tjekkes for de første døgn.

### 3. Vurderingskema

I tilsynene i Køge Kommune anvender BDO følgende bedømmelsesskala:

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

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

## Om BDO

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

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

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

