

# Tilsynsrapport Køge Kommune

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

Hjemme-/sygepleje Område Øst

Anmeldt tilsyn  
Juni 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 plejecentret og tilsynet

Adresse: Hjemme-/sygepleje Område Øst, Gymnasievej 8, 4600 Køge

Leder: Luna Froholdt

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

Dato for tilsynsbesøg: Den 22. juni 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 tre 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 om tilsynsforløbet til teamleder, leder af kvalitetsenheden og leder af hjemmeplejen.

Tilsynsførende:

Senior Manager Margit Kure, sygeplejerske, MHM

## 2. Uanmeldt tilsyn hjemmepleje

### 2.1 Overordnet vurdering

BDO har på vegne af Køge Kommune foretaget et anmeldt tilsyn hos den kommunale leverandør af hjemme-/sygepleje Område Øst. BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det data-materiale, som er indsamlet gennem interviews, observationer og skriftligt materiale.

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

Vurderingen er, at hjemmeplejeenheden overordnet lever op til Køge Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau, dog er der vurderet mangler under flere temaer.

Det er vurderingen, 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.

Hjemmeplejen har fokus på kerneopgaven, herunder at der også arbejdes med sundhedsfremmende og hverdagsrehabiliterende indsatser. Medarbejderne kan på relevant vis reflektere over, hvordan de arbejder med sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende indsatser.

Der er ultimo 2022 igangsat implementering af et nyt omsorgssystem, og det er vurderingen, at leverandøren er i proces med implementeringen. Tilsynet vurderer, at der i den samlede journalføring for SEL og SUL ses flere væsentlige mangler, hvor det vil kræve en fortsat betydelig og målrettet indsats at afhjælpe disse.

Tilsynet vurderer, at der i forhold til medicinbehandling er flere mangler i forhold til dokumentation, opbevaring og administration, som vil kunne afhjælpes med en målrettet indsats.

Det vurderes, at borgerne er meget tilfredse med medarbejderne, og at de oplever en imødekommende kultur. Medarbejderne redegør for, at de har fokus på kommunikation, hvor medarbejderne har tillid til hinanden, og at de har en feedback kultur i forhold til uhensigtsmæssig kommunikation.

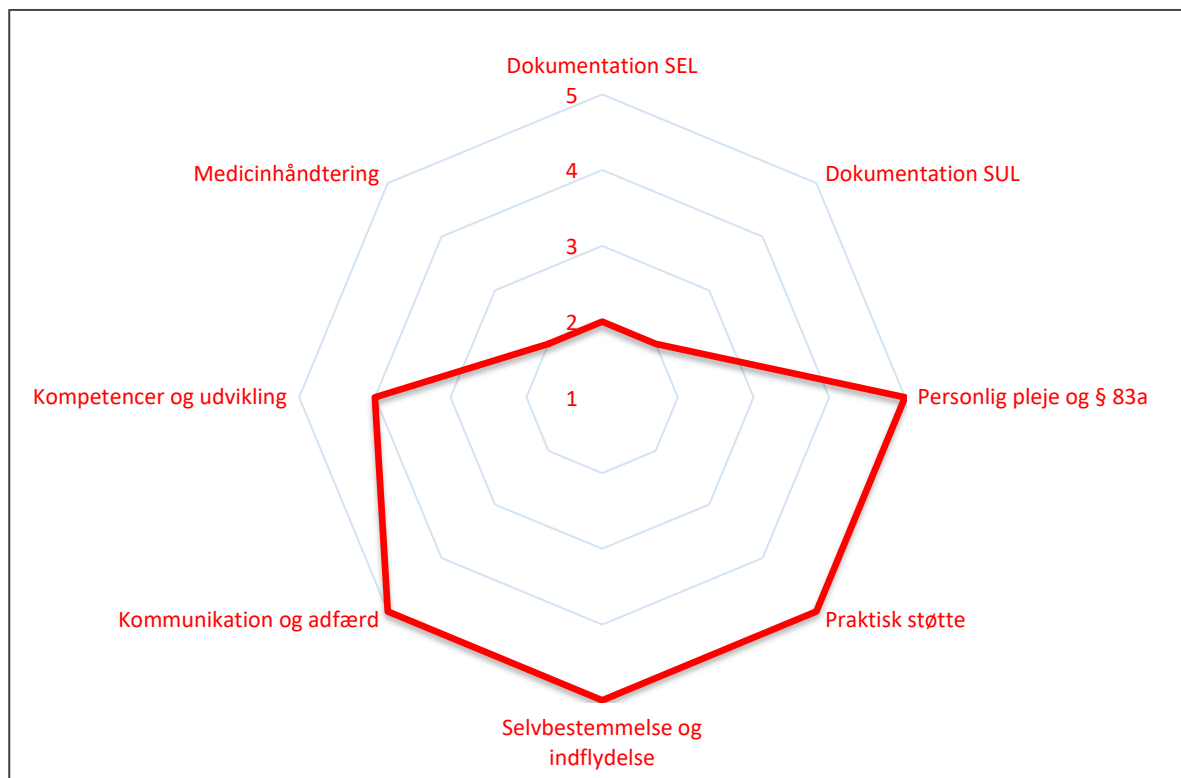
Det er vurderingen, at medarbejderne ikke oplever tilstrækkelige kompetencer i forhold til dokumentationsopgaven.

Ledelsen redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx en styrkelse af dokumentationspraksis samt 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, at der er flere væsentlige mangler i dokumentationen i forhold til:

- At de generelle oplysninger i tre journaler mangler opdatering eller helt mangler udfyldelse.
- At helbredsoplysninger i en journal helt mangler udfyldelse og i tre journaler mangler der opdateringer, svarende til FMK.
- At funktionsstilstande i tre journaler mangler opdatering samt beskrivelse af borgernes forventninger og mål til indsatsen.
- At døgnrytmeplaner i to tilfælde er delvist opdaterede, og i et tilfælde mangler der beskrivelser af borgerens problemstilling og behovet for hjælp og støtte, samt at der generelt mangler fælles opbygning og systematik.
- At der i et tilfælde i døgnrytmeplanen fremgår et medicinsk præparat.

Tilsynet bemærker, at medarbejderne ved tvivlsspørgsmål i forbindelse med dokumen-

### Anbefalinger:

#### Dokumentation SEL

Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder det igangværende fokus på dokumentationspraksis, og at ledelsen sikrer, at alle journaler er opdaterede og opbyggede efter ny fælles systematik.

Tilsynet anbefaler, at leder sikrer, at medarbejderne har mulighed for hjælp og støtte ved tvivlsspørgsmål i forbindelse med dokumentationsopgaven.

tationsopgaven kan have svært ved at få den fornødne hjælp og støtte.

#### Dokumentation SUL

Tilsynet bemærker, at der er mangler i dokumentation relateret til SUL i forhold til:

- At der i alle journaler delvist mangler oprettelse/opdatering af handlingsanvisninger.
- At der i et tilfælde er oprettet handlingsanvisning, som mangler handlevejledende beskrivelse.
- At der i flere journaler ses manglende opfølgning på indsatser.
- At der ikke er systematik mellem journalens delområder.
- At der i alle journaler mangler dokumentation for behandlingsansvarlig læge og for samtykke.

#### Dokumentation SUL

Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder og intensiverer det igangværende fokus på dokumentationspraksis, og at de sikrer, at alle journaler er opdaterede og opbyggede efter ny fælles systematik.

#### Kompetencer og udvikling

Tilsynet bemærker, at medarbejderne oplever, at de ikke i tilstrækkelig grad er undervist og oplært i dokumentationsopgaven.

#### Kompetencer og udvikling

Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medarbejderne tilbydes undervisning og oplæring for at opnå en fortrolighed med dokumentationsopgaven.

#### Medicinhåndtering

Tilsynet bemærker, at der er flere væsentlige mangler i medicinhåndtering i forhold til:

- At der i alle journaler generelt mangler sammenhæng mellem medicinoplysninger i FMK og helbredstilstande, og at der i to journaler mangler 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 medicinlisten i borgernes hjem i to tilfælde ikke er opdaterede.
- At der i to tilfælde er et eller flere tilfælde, hvor handelsnavn på medicinliste ikke stemmer overens med handelsnavn på medicin i beholdningen.
- At der i et tilfælde ikke ses systematisk adskillelse af aktuel og aktuel ikke anbrudt medicin.
- At der i et tilfælde mangler pn medicin i beholdningen.

#### Medicinhåndtering

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

- At sikre, at der arbejdes ud fra gældende instruks for håndtering af risikomedicin.
- At der følges op med konkret medarbejder og sikrer, at medarbejderen arbejder ud fra gældende retningslinjer for medicinadministration, herunder at der ved udlevering af medicin sikres sammenhæng mellem den udleverede dagsæske og ugedagen.

- At der i et tilfælde ikke er udleveret dagsæske på den korrekte ugedag, da der ses manglende systematik på ugedage i de tilbageværende dagsæsker.
- At der i enkelte tilfælde ses manglende kvittering for udlevering af medicin.

## 2.4 Aktuelle vilkår

Lederen redegør for, at det er relativt nyt, at gruppen er blevet flyttet til Gymnasievej. Hovedfokus i den seneste periode har været på selve flytningen, herunder etablering af en fast mødestruktur og implementering af den nye opdatering i Nexus. Der er nu to hjemmeplejegrupper på Gymnasievej, der er ved at opbygge et fælles samarbejde omkring ressourcer og borgere i deres daglige arbejde. Derudover er der etableret et fast samarbejde mellem teamledere fra de respektive grupper for at hjælpe hinanden og koordinere opgaverne.

Lederen har, ud over ansvaret for dagpersonale, også ansvar for aftensygeplejen i hele kommunen samt alle nattevagter, herunder social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker. Ifølge planen skal aften- og natgruppen også flytte til samme sted i løbet af efteråret.

Medarbejderne i den tilknyttede sygeplejeklinik er blevet en integreret del af team øst og møder og slutter dagen på gymnasievej 8. Bemandingen i klinikken vil fremadrettet blive dækket af teamets social og sundhedsassistenter og sygeplejersker.

Der er generelt stort fokus på rehabilitering, herunder om borgerne kan tilbydes virtuelle besøg, overgå til dosisdispensering, komme til sygeplejeklinikken eller blive oplært til selv at udføre visse opgaver.

Gruppen er organiseret med to teamledere (duoledelse), to planlæggere og to teamkoordinatorer, da borgergrundlaget- og dermed også personalegrundlaget, er større end i de øvrige grupper i kommunen. Til at sikre en effektiv opfølgning på borgernes tilstandsændringer er der etableret faste møder i de enkelte teams samt på tværs af de tre teams. Desuden er der indført regelmæssige tværfaglige teammøder og borgerkonferencer, hvor eksterne samarbejdspartnere, herunder demenskoordinator, inviteres. Ugentlige faglige minutter er også blevet implementeret for at imødekomme medarbejdernes ønsker om faglige emner, der ønskes drøftet eller undervist i.

I forhold til Nexus er der udpeget ressourcepersoner, herunder en sygeplejerske og tre social- og sundhedsassistenter, der får frigivet tid til undervisning og sidemandsoplæring. Der er løbende drøftelser og opfølgning på dokumentation og arbejdsgange på de faste møder. Der planlægges med tid til opdatering og journalgennemgang, hvor ressourcepersoner frigøres fra deres almindelige opgaver for at støtte og hjælpe med gennemgangen. Der overvejes desuden implementering af regelmæssige audits af dokumentationen.

Der arbejdes systematisk med opfølgning og læring på utilsigtede hændelser (UTH), hvor lederen og den decentraliserede sagsbehandler gennemgår UTH og drøfter tendenser på personalemøder hver anden uge.

## 2.5 Opfølgning

Ledelsen redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx en styrkelse af dokumentationspraksis samt rehabilitering.

## 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 væsentlige mangler, hvor det kræver en betydelig og målrettet indsats at afhjælpe.

Dokumentationen fremstår i mindre grad opdateret og fyldestgørende. På fire borgere er der generelle oplysninger med beskrivelse af ressourcer, mestring og motivation, som dog i to journaler mangler opdatering og i en journal helt mangler udfyldelse. I fire journaler er der helbredsoplysninger, som i tre journaler mangler opdateringer, svarende til FMK, og i en journal mangler udfyldelse helt. Der er funktionstilstande, som i tre journaler mangler opdatering samt beskrivelse af borgernes forventninger og mål til indsatsen. Borgernes behov for pleje og omsorg er beskrevet handlevejledende i døgnrytmeplanen, og som i to døgnrytmeplaner er delvist opdaterede, og i en døgnrytmeplan mangler der beskrivelser af borgerens problemstilling samt behovet for hjælp og støtte. Der mangler generelt en fælles opbygning og systematik. Derudover fremgår medicinsk præparat i en døgnrytmeplan.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør fagligt for, hvordan de arbejder med dokumentationen, så den understøtter kvaliteten i daglig praksis. Der er en klar ansvarsfordeling, og der er implementeret faste arbejds gange. Medarbejderne beskriver, at alle medarbejdere er ansvarlige for at opdatere døgnrytmeplanen, men de erkender, at dette ikke altid efterleves, og de begrundet det med, at det kan være svært altid at få den fornødne hjælp ved tvivlsspørgsmål.

Assistenter er ansvarlige for opdatering af funktionsevnetilstande, og der planlægges med tid til opgaven.

Medarbejderne kender og følger GDPR-regler, og de giver konkrete eksempler på, hvordan de overholder reglerne, fx har alle været på kursus.

### 2.6.2 Sundhedsfaglig dokumentation SUL

Score: 2

**Vurdering:**

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

Dokumentation

Dokumentationen har flere væsentlige mangler, hvor det kræver en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes. Dokumentationen fremstår i mindre grad opdateret og fyldestgørende. Der er udarbejdet helbredstilstande med indsatser og handleanvisninger, svarende til sundhedsfaglige problemstillinger, hvor der dog mangler flere handlingsanvisninger samt opdateringer af handlingsanvisninger. I et tilfælde mangler en handlingsanvisning beskrivelse af, hvordan medarbejderne skal reagere på blodsukkermålinger under et vist niveau. I flere journaler ses der manglende opfølgning på indsatser. Der ses ikke systematisk relatering mellem journalens forskellige delelementer. Der ses relevante målinger. I alle journaler mangler der generelt dokumentation for behandlingsansvarlig læge og for borgernes samtykke.

Interview med medarbejdere



Medarbejderne redegør for, hvordan de kan sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation er opdateret og fyldestgørende. Sygeplejersker udarbejder den sygeplejefaglige udredning og handlingsanvisninger på alle nye borgere, og sygeplejersker og assistenter har et fælles ansvar for den løbende opdatering og oprettelse af nye handlingsanvisninger samt opfølgning på indsatser.

### 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 generelt meget tilfredse med kvaliteten af den personlige støtte og pleje.

Borgerne oplever, at de modtager relevante pleje- og omsorgsydelser, som svarer til deres behov. Borgerne udtrykker stor tilfredshed med de ydelser, de modtager, og med kvaliteten af ydelserne. En borger, med svingende funktionsniveau, oplever, at medarbejderne er fleksible, og at hjælpen tilrettelægges, svarende til borgerens dagsform. Borgeren oplever, at medarbejderne har et tæt samarbejde, og borgeren begrundede dette med, at alle er velinformerede. Borgerne oplever generelt, at medarbejderne kommer til de aftalte tidspunkter, dog tilkendegiver en borger, at morgen- og aftenhjælpen ofte leveres med et tidsspænd på op til to og en halv time, hvilket borgeren har påtalt over for medarbejderne. Alle borgerne er trygge ved hjælpen, fx nævner en borger sit nødkald, som giver borgeren tryghed i hverdagen. Borgerne oplever, at det som udgangspunkt er kendte medarbejdere, som kommer, og når der kommer afløsere, læser de på deres iPad og snakker med borgerne om hjælpen. Alle borgerne giver flere eksempler på, hvordan de selv eller i samarbejde med medarbejderne varetager en række opgaver, fx personlig pleje og toiletbesøg.

Ingen af borgerne er visiterede til § 83a.

Vedrørende borger som oplever at hjælpen leveres med et stort tidsspænd er dette efterfølgende fulgt op af leder som oplyser, at hjælpen de seneste uger har været leveret i overensstemmelse med kvalitetsstandard.

#### 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. Hjælpen til borgerne tilrettelægges i et tæt samarbejde med borgerne, og hjælpen tilpasses løbende borgernes dagsform og behov. Planlægning tager afsæt i borgernes bevilling og geografi, og medarbejderne samarbejder med planlægger ved ændringer og om aftaler med borgerne. Ved fravær tager faste flyvere over på opgaverne.

Der er fælles indmøde med oplæsning fra det seneste døgn og med fordeling af opgaver. Alle medarbejdere læser herefter på egne borgere før borgerbesøg. Medarbejderne oplever, at der er et godt samarbejde omkring borgerne med sygeplejersker og assistenter, som inddrages ved behov.

Medarbejder anvender TOBS og ISBAR, og de arbejder med triage to gange ugentligt med deltagelse af en sygeplejerske. Derudover er der fast hver tredje uge teamsmøde med borgergennemgang og borgerdrøftelser. Medarbejderne arbejder rehabiliterende i hverdagen, og de har stor opmærksomhed på, at borgerne støttes og motiveres til at gøre så meget som muligt selv.

## 2.6.4 Praktisk støtte

Score: 5

**Vurdering:**

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

Interview med borgere

Alle borgere modtager hjælp til rengøring, som løses af Servicekorpsset.

Interview medarbejdere

Medarbejderne redegør for, at det som udgangspunkt er det faste Servicekorps, som løser rengøringsopgaven hos borgerne, men at de varetager opgaven i nogle få hjem med særlige behov, fx daglig rengøring og oprydning.

Observation

Der er en hygiejnemæssig forsvarlig standard i boligerne, 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, at de i høj grad har indflydelse på hverdagen og egne rutiner, og at medarbejderne tager hensyn til deres ønsker og vaner. Alle borgerne oplever, at medarbejderne er gode til at inddrage dem og spørge ind til, hvordan de ønsker hjælpen, og flere borgere udtrykker, at medarbejderne er meget hjælpsomme. En borger nævner, at medarbejderne er meget opmærksomme på, hvordan borgeren har det, og om der er behov for ændringer.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, hvordan borgerne har medbestemmelse og indflydelse. Medarbejderne beskriver, at det er borgerne, som bestemmer, og at opgaverne løses i et tæt samarbejde. Medarbejderne lytter til borgerne og til deres ønsker, og borgernes valg respekteres og anerkendes, fx at sætte et ekstra besøg på, hvis en borger ikke ønsker at komme i daghjem.

## 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 er særdeles tilfredse med medarbejderne, og alle borgerne oplever omgangstone og adfærd som anerkendende og respektfuld. Borgerne beskriver medarbejderne som rare, flinke og respektfulde i deres adfærd. To borgere sætter især pris på medarbejdernes muntre tone og jargon, og en borger udtrykker at føle sig overordentligt godt behandlet. En borger har en enkelt gang oplevet en vikar, som ikke udviste en respektfuld adfærd. Borgeren har ikke set vikaren siden.

Ovenstående episode er efterfølgende drøftet med ledelsen, som oplyser, at der har været fulgt op på ovenstående vikar, som ikke længere kommer i gruppen.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for at de vægter empati og respekten for den enkelte i mødet med borgerne. Medarbejderne udviser åbenhed, de er lyttende, og de signalerer god tid hos borgerne, selv om de har travlt.

Medarbejderne oplever, at de har en god feedbackkultur, og at de kan gå til hinanden ved uhensigtsmæssig kommunikation. Afhængig af, hvad det er, går de til kollegaen eller til ledelsen. Fx går de til ledelsen, hvis en borger udtaler sig om en vikar, eller hvis de gentagne gange oplever, at opgaverne ikke løses tilfredsstillende i hjemmet.

#### Observation

Ved observation og 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

Gruppens sammensætning er social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker.

Rekrutteringen er knapt så udfordrende som tidligere. Alle faste stillinger i dagvagten er besat med sundhedsuddannede medarbejdere, men der er fortsat vakante stillinger i aftenvagt og et par ledige nattevagtsstillinger. Der er tilknyttet en stabil gruppe af afløsere.

Alle medarbejdere gennemgår et fast introduktionsprogram, og de bliver grundigt introduceret til opgaverne, og alle tildeles to mentorer. Afløsere får ekstra undervisning efter behov på områder, som fx ernæring og dokumentation.

Kvalitetsenheden har introduceret de nye kompetenceskemaer for gruppen, og skemaer skal indgå i de kommende MUS-samtaler. Der arbejdes målrettet med opgaveoverdragelse mellem sygeplejersker og assistenter.

Medarbejderne bruger VAR, og de linker til retningslinjer og procedurer i VAR i handlingsanvisninger.

#### Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for muligheden for faglig sparring og for den løbende kompetenceudvikling. Der er faste møder med refleksioner og vidensdeling om borgerne, men medarbejderne kan savne også at få talt om de borgere, hvor det er lykkedes og går godt. Medarbejderne oplever, at arbejdsgange omkring ønsker til kompetenceudvikling er blevet vanskeligere, og de udtrykker et behov for mere faglig viden. Medarbejderne oplever ligeledes et behov for mere undervisning og oplæring i brugen af Nexus.

Medarbejderne arbejder med overdragelse af opgaver og oplæring, og der er fokus på at sikre helhedsplejen hos borgeren.

Medarbejdernes ønsker til kompetenceudvikling er efterfølgende drøftet med leder, som redegør for en række tilbud om undervisning i 2023, fx undervisning i demens, rehabilitering og sår. Der har ligeledes været tilbudt deltagelse i flere tilbud på frivillig basis, men medarbejdernes deltagelse har været begrænset. De ugentlige faglige minutter bruges til fx faglig undervisning ud fra medarbejdernes ønsker. Derudover arbejdes der med medarbejdertrivsel og en styrkelse af teamsamarbejdet på workshops.

## 2.6.8 Medicinhåndtering og administration

Score: 2

### Vurdering:

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

Tilsynet har gennemgået fire borgers medicin.

#### Mediciggennemgang

Borgernes medicin opbevares i boligen efter aftale med den enkelte borger.

#### **Dokumentation**

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

Medicinlisten tilgås både i fysisk form i borgernes hjem og elektronisk. I to hjem er medicinlisten opdateret, men den mangler opdatering i andre to hjem.

- Der ses generelt manglende sammenhæng mellem medicinoplysninger i FMK og helbredstilstande.
- I to tilfælde mangler der helbredstilstande, som relaterer sig til borgernes behov for hjælp til medicindispensering og medicinadministration.
- I fire tilfælde mangler der handlingsanvisning på dispensering, og i tre tilfælde mangler der handlingsanvisning på medicinadministration.
- I to tilfælde ses der handelsnavn på medicinliste, som ikke stemmer overens med handelsnavn på medicin i beholdningen.
- I et tilfælde er der opdateret skema med dokumentation for insulinbehandling.

#### **Opbevaring**

- Medicinen opbevares forsvarligt efter aftale med borgerne.
- I et tilfælde ses der ikke systematisk adskillelse af aktuel og aktuel ikke anbrudt medicin.
- I et tilfælde mangler pn medicin i beholdningen.
- I alle tilfælde ses navn og CPR-nummer på alle uge- og dagsdoseringsæsker.
- I alle tilfælde ses anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv. med begrænset holdbarhed efter åbning.
- I et tilfælde ses det, at udleveret dagsæske ikke sker på den korrekte ugedag, da der ses manglende systematik på ugedage i de tilbageværende dagsæsker.

Tilsynet gør opmærksom på dette over for den medarbejder, som er i hjemmet på tilsynstidspunktet. Medarbejderne kender angiveligt ikke til gældende regler for korrekt medicinadministration.

#### **Risikosituationslægemidler**

- At der ikke i alle relevante tilfælde arbejdes ud fra gældende instruks for håndtering af risikomedicin.

#### **Dispensering af medicin**

- Der er korrekt medicin i doseringsæskerne.

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

- Medicinen er uddelt til tiden.
- Uddelt medicin er registreret korrekt i omsorgssystemet på tilsynstidspunktet, fraset i enkelte tilfælde.

#### **Pn medicin**

- Der er medicinskema på ordineret pn 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 af faste medarbejdere til medicin håndtering, og de gennemgår e-learning. Medicin drøftes på diverse møder, og der er løbende opmærksomhedspunkter, fx via UTH.

#### Interview med borgere

Borgerne er alle trygge ved hjælpen til medicin, og de oplever, at de får deres medicin som aftalt. En borger fortæller, at medarbejderne tæller borgerens piller ved hver udlevering, og to borgere udtrykker, at medarbejderne har godt styr på opgaven.

#### Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for kendskabet til gældende retningslinjer for medicindosering, herunder overensstemmelse mellem FMK og lokal medicinoversigt. Der ligger fortsat fysiske medicinlister i borgernes hjem, som udskiftes ved hver dosering. Før dosering sikrer medarbejderne, at medicinen er i beholdningen, og de tjekker udløbsdato. Der anvendes handsker ved dispensering. Medarbejderne redegør for retningslinjer, når der mangler medicin i aktuel beholdning, herunder at der ikke må efterdoseres og kun doseres til hele dage.

Medarbejderne redegør for, hvordan borgernes medicin opbevares i kasser eller i aflåste bokse, og der anvendes farvede poser til adskillelse.

Medarbejderne redegør delvist for risikosituationslægemidler, og de nævner, at fx Marevan udelukkende varetages af sygeplejersken. De udtrykker samtidigt et behov for undervisning.

Medarbejderne redegør for medicinadministration, hvor de tæller antal af tabletter, som afstemmes med medicinlisten før udlevering, og der kvitteres for givet medicin i Nexus.

Alle nye medarbejdere oplæres til medicinadministration. Ved opdateringer af retningslinjer fremsendes disse på mail, og de også drøftes på møder.

## 3. Vurderingsskema

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 tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.</li> </ul>
Score: 4	<p><b>Indikatorerne er i høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af 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>
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.

