

# Tilsynsrapport Køge Kommune

Velfærdsforvaltningen - Ældre og Sundhed

Kommunale leverandører/privat leverandør af pleje og  
praktisk hjælp

**Hjemme-/ sygeplejen - Område Midt - Møllebo**

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 plejecentret og tilsynet

Adresse: Hjemme-/ sygeplejen - Område Midt, Møllebo, Nørre Boulevard 101, 4600 Køge

Leder: Anja Hansen Hemmer

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

Dato for tilsynsbesøg: Den 16. 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 tre medarbejdere
- Gennemgang af dokumentation for Serviceloven (SEL) for fem borgere
- Gennemgang af dokumentation for Sundhedsloven (SUL) for fem borgere og medicingennemgang for tre borgere

Tilsynet blev afsluttet med en kort tilbagemelding til teamleder om tilsynsforløbet og leder af kvalitetsafdelingen.

Tilsynsførende:

Manager Else Marie Seehusen, sygeplejerske, SD/DSH

## 2. Anmeldt tilsyn hjemmepleje

### 2.1 Overordnet vurdering

BDO har på vegne af Køge Kommune foretaget et anmeldt tilsyn hos leverandør af hjemmepleje Hjemme-/sygeplejen - Område Midt - Møllebo. 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 Hjemme-/sygeplejen - Område Midt - Møllebo er en hjemmeplejeenhed, som har engagerede medarbejdere og ledelse, der medvirker til trivsel for borgerne. Tilsynet vurderer, at leverandøren overordnet lever op til Køge Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne service-niveau. Det er vurderingen, at pleje, omsorg og praktisk støtte, som borgerne modtager i hjemmeplejen, leveres med god faglig kvalitet. Borgerne er meget tilfredse med hjælpen og med kvaliteten af hjælpen, fraset at en borger oplever, at der indimellem kommer mange forskellige medarbejdere, samt at der ikke altid bliver givet besked ved forsinkelser. 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.

Tilsynets vurdering er, at der er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at hjælpen ydes fleksibelt og tilrettelægges på borgernes præmisser, blandt andet med opdeling i mindre teams. Der er ved ultimo 2022 igangsat implementering af et nyt omsorgssystem, og det er vurderingen, at leverandøren har iværksat en målrettet og fokuseret implementering. Tilsynet vurderer, at der i den samlede journalføring for SEL og SUL ses flere mangler, hvor det vil kræve en fortsat betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes.

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.

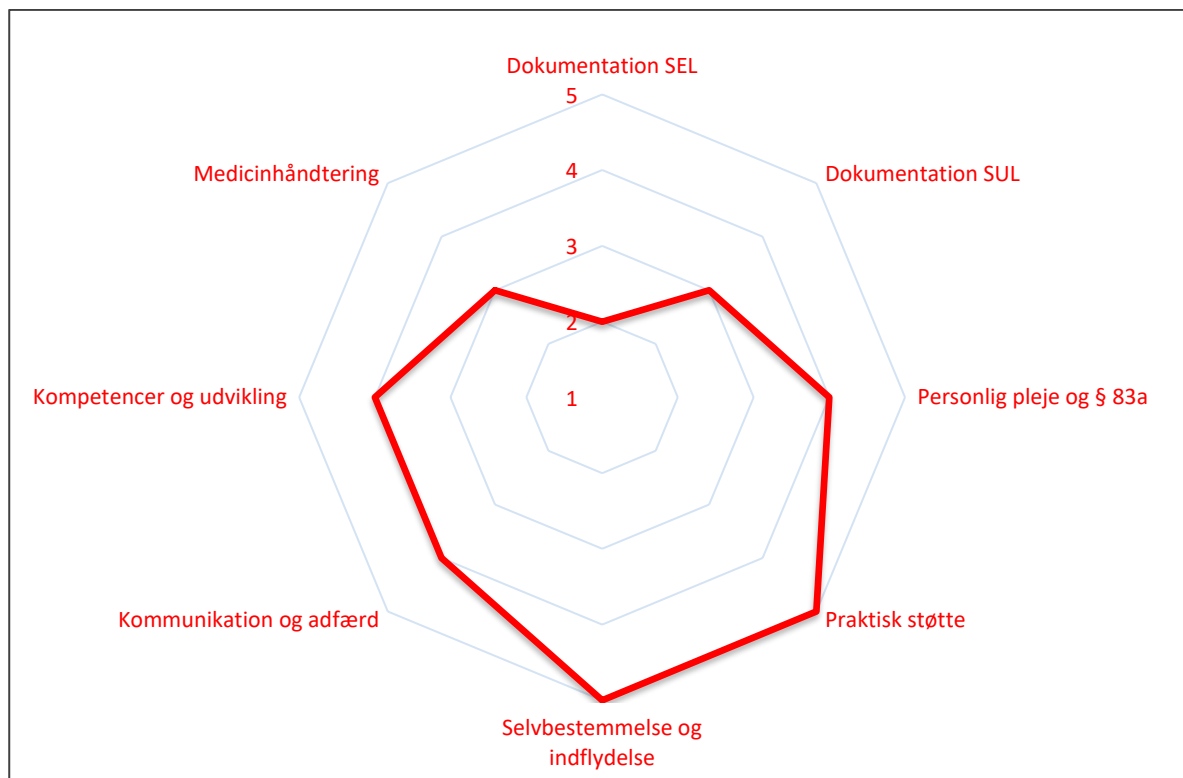
Det vurderes, at borgerne generelt er meget tilfredse med medarbejderne og oplever en imødekomende kultur, dog er der to borgere som oplever at der kan være sprogbarrierer. Medarbejderne redegør for, at de har fokus på kommunikation, hvor medarbejderne har tillid hinanden og angiveligt har en feedback kultur i forhold til u hensigtsmæssig kommunikation.

Ledelsen redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx dokumentationspraksis, kompetenceafklaring og kvalificering af medarbejdere til i højere grad at kunne varetage helhedsplejen hos borgerne.

### 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 mangler i dokumentation i forhold til

- At de generelle oplysninger i alle journaler er delvis udfyldte eller helt mangler.
- At helbredsoplysninger i alle journaler mangler opdateringer og kun er delvis udfyldt svarende til FMK.
- At funktionsstilstande i et tilfælde ikke er opdateret, samt at der i tre tilfælde mangler beskrivelse af borgers forventninger og mål til indsatsen.
- At døgnrytmeplaner i to tilfælde ikke er opdaterede og at der generelt mangler fælles systematik.
- At der i et tilfælde i døgnrytmeplan fremgår medicinsk præparat.

### 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.

#### Dokumentation SUL

#### Dokumentation SUL

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

- At der i alle journaler delvis mangler oprettelse/opdatering af handlingsanvisninger.
- At der ikke er systematisk relateret mellem journalens delområder.
- At der i alle journaler generelt mangler dokumentation for behandlingsansvarlig læge og for samtykke.

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.

#### Personlig pleje og § 83a

Tilsynet bemærker, at der er en borger der tilkendegiver, at der kommer mange forskellige medarbejdere i hjemmet, og at borger savner at blive kontaktet, hvis hjælpen er forsinket.

#### Personlig pleje og § 83a

Tilsynet anbefaler, at leder følger op og afstemmer forventninger med borger i forhold til medarbejderflow i hjemmet og i forhold til kontakt, hvis hjælpen bliver forsinket.

#### Kommunikation og adfærd

Tilsynet bemærker, at to borgere tilkendegiver at der i forhold til enkelte medarbejdere er sprogbarrierer, hvor de oplever at skulle forklare tingene mange gange, hvor borgerne samtidig udtrykker, at alle medarbejdere er søde og flinke.

#### Kommunikation og adfærd

Tilsynet anbefaler, at enheden fortsat, når muligheden er til stede, sender medarbejdere på dansk kursus.

#### Medicinhåndtering

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

- At der generelt ikke er sammenhæng mellem medicinoplysninger i FMK og helbredstilstande.
- At der i et tilfælde mangler tilstand og handlingsanvisning på risikosituationslægemidler.
- At der i et tilfælde mangler medicinskema hos borger, der er selvadministrerende, men får hjælp til administration af håndkøbsmedicin.
- At der i et tilfælde er flere tilfælde hvor handelsnavn på medicinliste ikke stemmer overens med handelsnavn på medicin i beholdningen.
- At der i alle tilfælde ikke ses systematisk adskillelse af aktuel, ikke aktuel og pn medicin.
- At der i et tilfælde mangler navn og CPR-nummer på alle uge- og dagsdoseringsæsker.

#### Medicinhåndtering

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

## 2.4 Aktuelle vilkår

Teamleder har været ansat som teamleder siden oktober 2022.

Aktuelt har hjemmeplejeenheden fokus på dokumentationspraksis og fortsat implementering af Nexus, hvor der er tre Nexus ressourcepersoner i dagvagt til at understøtte implementeringen, hvor det er planlagt at udvide med yderligere ressourcepersoner i aftenvagten. Derudover er der fokus på at implementere praksis for opgaveoverdragelse til alle uddannede faglærte, for i højere grad at kunne varetage helhedsplejen hos borgerne. Første step er kompetenceafklaring af social-og sundhedshjælperne, så der kan ske opgaveoverdragelse til dem.

Enheden arbejder prioriteret med implementering af instrukser og har lagt det ind i et årshjul, hvor det er indarbejdet i AMR arbejdet i perspektivet, hvad der betyder noget for medarbejderne, og hvordan enheden kan leve op til kvalitetsstandarder. Aktuelt er kompressionsstrømper det gennemgående tema, hvor alt fra dokumentation, sygdomsindsigt til hjælpemidler gennemgås.

Enhedens prioriterede fokus er Nexus, hvor der er lagt en plan for fremdriften i implementeringsprocessen. Der er ugentligt møde med ressourcepersoner med status på, hvor langt processen er. Enheden er fortsat i gang med at opdatere journaler efter robotkonvertering, herunder at gennemgå den konkrete borgerjournal.

Alle sygeplejersker/assistenter kører med tablets og alle hjælpere kører med mobil. Der er fokus på tidstro dokumentation, herunder at der kvitteres for at besøget er taget. Enheden er netop overgået til ikke længere at køre med printede kørelister.

Enheden har implementeret daglig triagering ved indmøde, hvor borgernes triagering ajourføres og opgaver lægges ud.

## 2.5 Opfølgning

Ledelsen redegør for, at der arbejdes med relevante temaer i kvalitetsarbejdet til fortsat udvikling af den samlede kvalitet, fx dokumentationspraksis, kompetenceafklaring og kvalificering af medarbejdere til i højere grad at kunne varetage helhedsplejen hos borgerne.

## 2.6 Vurdering i forhold til temaer

### 2.6.1 Dokumentation SEL

Score: 2

**Vurdering:**

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

Gennemgang af dokumentation

Dokumentationen fremstår med en faglig standard, men har flere mangler, hvor det kræver en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes.

Dokumentationen fremstår i mindre grad opdateret og delvis fyldestgørende. På alle borgere er der generelle oplysninger, hvor disse dog helt eller delvis mangler beskrivelse af ressourcer, mestring og motivation. I alle journaler er der helbredsoplysninger, hvor der mangler opdateringer og som er delvis udfyldt svarende til FMK. Der er funktionstilstande, som i et tilfælde ikke er opdateret, og i tre tilfælde mangler beskrivelse af borgers forventninger og mål. Borgernes behov for pleje og omsorg er beskrevet handlevejledende i døgnrytmeplanen, men hvor der i to døgnrytmeplaner generelt mangler opdatering og fælles systematik. Derudover fremgår medicinsk præparat i en døgnrytmeplan.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør fagligt reflekteret for hvordan de arbejder målrettet med dokumentationen, så den understøtter kvaliteten i daglig praksis. Medarbejderne oplyser, at der er en sundhedsfaglig instruks, som beskriver ansvarsfordelingen og enheden har ressourcepersoner, der kan vejlede. Alle har ansvar for løbende at dokumentere ændringer og skrive observationer, samt skrive/give opgaver videre. Medarbejderne arbejder ikke med fast opdatering af døgnrytmeplan, men de fortæller, at de fremadrettet, jf. nye retningslinjer, skal opdatere døgnrytmeplanen med et fast interval.

Som et nyt tiltag skal der kvitteres for besøg, og alle medarbejdere har mobil adgang enten fra tablet eller mobil.

Medarbejderne kender og følger GDPR regler, og de giver konkrete eksempler på, hvordan de overholder reglerne, fx at de nu er papirløse i forhold til kørelister og medicinskemaer.

## 2.6.2 Sundhedsfaglig dokumentation SUL

Score: 3

### Vurdering:

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

#### Dokumentation

Dokumentationen fremstår med en god faglig standard men har en del mangler, hvor det vil kræve en fortsat målrettet indsats at afhjælpe. Dokumentationen fremstår delvis opdateret og fyldestgørende. Der er udarbejdet helbredstilstande med indsatser, indsatsmål og handleanvisninger svarende til sundhedsfaglige problemstillinger, hvor der mangler enkelte opdateringer af handlingsanvisninger. Der ses ikke systematisk relatering mellem journalens forskellige delelementer. Der ses relevante målinger og borgere er triagerede. I fire journaler mangler dokumentation for behandlingsansvarlig læge og i alle journaler mangler dokumentation borgeres samtykke.

#### Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør fagligt for, hvordan de arbejder på at sikre, at dokumentationen er opdateret og fyldestgørende, hvor det fremadrettet er planlagt at alle journaler gennemgås hver 24. uge samtidig med en mini sygeplejefaglig udredning. Alle medarbejderne kender til retningslinjer i forhold til Nexus, og teamleder/nøgelpersoner informerer om nye instrukser. Sygeplejersken udarbejder den sygeplejefaglige udredning hos nye borgere, og der oprettes indsatser og handlingsanvisninger. Når en opgave bliver overdraget, opretter sygeplejersken handlingsanvisning, og assistenten er ansvarlig for at udfylde de individuelle og faglige beskrivelser. Opdateringen sker i et fælles tværfagligt samarbejde.

## 2.6.3 Personlig pleje og § 83a

Score: 4

### Vurdering:

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

#### Interview med borgere

Borgerne er generelt meget tilfredse med kvaliteten af den personlige støtte og pleje, og alle borgerne tilkendegiver, at de modtager relevante pleje- og omsorgsydelser, som svarer til deres behov. Borgerne oplever, at deres ønsker og vaner i forhold til pleje imødekommes, og at de får hjælpen, som aftalt og til tiden. Dog tilkendegiver en borger, at der kommer mange forskellige medarbejdere og at borger desuden savner op-ringning ved forsinkelser. Borgerne er alle meget tilfredse med kvaliteten af den



personlige støtte og pleje. Borgerne er på forskellig vis aktive i de daglige opgaver, hvor en borger er meget tilfreds med at få hjælp om morgenen og så ellers klarer resten af dagen uden hjælp. En anden borger tilkendegiver at være blevet bedre over tid, og at hjælpen tilsvarende er reduceret, hvor borger også fremhæver, at borger blot skal sige, hvis der igen er brug for mere hjælp.

#### 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. Kontinuiteten til borgerne sikres blandt andet ved, at enheden er organiseret i mindre teams og sygeplejerskerne er knyttet op på "land og by". Der arbejdes med kontaktpersonordning. Borgerne ligger på faste ruter. Medarbejderne har løbende dialog med planlægger i forhold til tilretning af kørelister. Der arbejdes systematisk med triage ved indmøde, hvor tilstande bliver gennemgået og opdateret efter behov. Enheden har ikke fast samarbejde med visitationen men sender løbende opgaver, når der er behov for at ændre i visitationen. Medarbejderne tilkendegiver, at alle opgaver udføres med en rehabiliterende tilgang og hvor de fx har ressourcpersoner til at afprøve hjælpemidler hos borgerne, blandt andet i forhold til selv at kunne klare daglig brug af støttestrømper.

### 2.6.4 Praktisk støtte

**Score: 5**

#### **Vurdering:**

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

Vurderingen beror på, at tre af borgerne får hjælp til praktisk støtte af pårørende og to får hjælpen fra Servicekorpset.

#### Interview med borgere

En borger har bemærkninger til indkøbsordningen, som borger oplever er for dyr og er ikke tilfreds med de varer, der leveres. Borger er opfordret til at kontakte visitationen.

#### Interview medarbejdere

Medarbejderne redegør for, at den praktiske støtte, som udgangspunkt, varetages af Servicekorpset, hvor enheden har de borgere, hvor der er særlige behov for helhedspleje.

Medarbejderne har ansvaret for den daglige oprydning i forbindelse med personlig pleje og for støtte til fx indkøb og tøjvask. Ligeledes tages hjælpemidler løbende, hvor de sprittes af efter behov.

#### Observation

Der er en hygiejnemæssig forsvarlig standard i bolig og hjælpemidler er rengjorte.

### 2.6.5 Selvbestemmelse og indflydelse

**Score: 5**

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

#### Interview med borgere

Alle borgerne oplever, at de har indflydelse og selvbestemmelse, og at de bliver inddraget i hverdagen, fx udtrykker en borger, at det hele har været aftalt fra starten og at alt har

været på plads, som borger ønsker det. En anden borger fortæller, at pårørende er med inde over, og at det fungerer fint med at blive inddraget og hørt.

#### Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, hvordan borgerne har medbestemmelse og indflydelse, og de fortæller, at hjælpen løbende afstemmes i samarbejde med borgerne, fx ved at spørge ind og medinddrage borgerne i de daglige processer, eller når man bestiller varer. Desuden er der dialog med borgerne fx omkring tidspunkter for levering af hjælpen.

### 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, og oplever at medarbejdere møder dem med en god omgangstone og en respektfuld og anerkendende tilgang, hvor en borger siger, at det bare kikkede med medarbejder fra første dag og fremhæver, at medarbejder er god til at læse borger. Dog er der to borgere som tilkendegiver, at der i forhold til enkelte medarbejdere er sprogbarrierer, hvor de oplever at skulle forklare tingene mange gange, hvor borgerne samtidig udtrykker, at alle medarbejdere er søde og flinke.

#### Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, at kommunikation og adfærd er på borgernes præmisser. Den individuelle tilgang sikres gennem kendskab og dialog med borgerne, hvor det vægtes at engagere sig i borger og samtidig være professionel og give plads til borgeren. Ligeledes er det vigtigt at sparre med hinanden og tale sammen vagterne imellem og give videre, hvad der virker hos den enkelte borger, særligt hos borgere hvor der fx er kognitive problemstillinger.

Medarbejderne tilkendegiver, at de har fokus på kommunikation og adfærd. Uhensigtsmæssig kommunikation kan tages op med trivsels medarbejder, evt. med leder, hvor der også i enheden er tillid og rummelighed til både fælles og individuelt at tage emner op. Medarbejderne udtrykker, at alle har et fælles ønske om at kunne give konstruktiv feedback.

#### 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.

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

#### Interview med leder

Leder redegør for, at enheden er organiseret med en teamkoordinator og opdelt i syv teams. Medarbejdergruppen er tværfagligt sammensat, hvor flertallet blandt social- og sundhedsmedarbejdere er social- og sundhedsassistenter. Sygeplejerskerne er en

integreret del af hjemmeplejegruppen. Alle stillinger er besat med uddannede medarbejdere, og enheden har et fast afløserkorps, der består af studerende indenfor området og medarbejdere, der er gået på pension. Leder vurderer, at medarbejderne har relevante faglige kompetencer og erfaring med målgruppen.

Enheden har fast introduktionsprogram til nye medarbejdere, hvor der er udarbejdet og implementeret nyt introduktionsprogram til alle medarbejdere. Alle nye får udleveret en mappe, når de starter, hvor dels praktiske oplysninger og dokumentation for introduktion og obligatorisk undervisning og opfølgningssamtaler indgår. Der arbejdes systematisk med kompetencekatalog/kompetenceprofil, hvor det er sygeplejerskerne, der er ansvarlige for oplæring i forbindelse med opgaveoverdragelse.

Alle instrukser og vejledninger er tilgængelige på VAR og på DOKKEN hvor sygeplejerskerne er ansvarlige for at opdatere.

#### Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for gode muligheder for faglig sparring, dels i de respektive mødefora, men også i tilknytning til borgernær praksis, hvor de fx tager specialister med ud til borgere med komplekse problemstillinger. Medarbejderne tilkendegiver at der er gode muligheder for uddannelse, fx til vejleder og som ressourceperson bliver man uddannet indenfor det konkrete område. Ligeledes tilkendegiver medarbejderne, at der bliver taget godt imod nye kollegaer med fælles morgenmad på første dag, og hvor man som ny kører med en fast kollega og bliver introduceret til konkrete borgere. Der er følgeskab, indtil man som ny er klar til at køre alene.

Medarbejderne redegør for at instrukser og vejledninger tilgås via DOKKEN og VAR, samt at der arbejdes systematisk med anvendelse af kompetenceprofil og kompetencekort.

## 2.6.8 Medicinhåndtering og administration

Score: 3

### Vurdering:

Tilsynet vurderer, at leverandøren i middel grad lever op til indikatorerne. Tilsynet har gennemgået tre borgeres 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 elektronisk, og den er opdateret.
- Generelt ses ikke sammenhæng mellem medicinoplysninger i FMK og helbreds-tilstande.
- I et tilfælde mangler tilstand og handlingsanvisning på risikosituationslægemidler.
- I et tilfælde mangler medicinskema hos borger, der er selvadministrerende, men får hjælp til administration af håndkøbsmedicin.
- I et tilfælde ses flere tilfælde, hvor handelsnavn på medicinliste ikke stemmer overens med handelsnavn på medicin i beholdningen.

#### Opbevaring

- Medicinen opbevares forsvarligt efter aftale med borger.
- I alle tilfælde ses ikke systematisk adskillelse af aktuel, ikke aktuel og pn medicin.

- I et tilfælde mangler navn og CPR-nummer på alle uge- og dagsdoseringsæsker.
- Anbrudsdato på medicinske salver, dråber m.v. med begrænset holdbarhed efter åbning, er ikke aktuelt.

#### ***Dispensering af medicin***

- Der 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.

#### ***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 instrukser/vejledning for medicinhandling indgår fast i et introduktionsprogram, herunder at der for alle medarbejdere er obligatorisk e-learning. Sygeplejerskerne er ansvarlige for oplæring af medarbejdere i forbindelse med kompetenceafklaring og opgaveoverdragelse.

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

Borgerne er alle meget tilfredse med hjælpen til at få doseret medicin og tilkendegiver, at de får hjælpen til at tage medicinen til tiden.

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

Medarbejderne redegør reflekteret for gældende retningslinjer og instrukser for medicinhandling, fx dokumentation, opbevaring, dispensering og administration. De tilgår alt på DOKKEN, hvor der også ligger obligatorisk e-learning. Sygeplejerskerne er ansvarlige for at dosere Marevan og tilsvarende præparater, hvor assistenter må give injektion Fragmin, når sygeplejersken har startet borgeren op og borgeren er i stabilt forløb.

Medarbejderne redegør for medicinadministration, hvor de sikrer, at det er den rette borger ved at tjekke navn og CPR-nummer, og de tæller antal af tabletter, som afstemmes med medicinlisten før udlevering. Medarbejderne kvitterer for, at medicin ses indtaget. Er der mangler, fx i dosering, rettes der henvendelse til en sygeplejerske, som vurderer betydning og evt. tiltag. Derudover dokumenteres og fejlen indberettes som UTH.

### 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.

