



Tilsynsrapport

Køge Kommune

Velfærdsforvaltningen - Ældre og Sundhed
Kommunal leverandør af pleje og praktisk hjælp
Lokalteam Køge Midt

Anmeldt tilsyn
April 2024

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 hjemmeplejen.

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



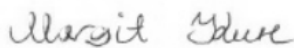
Birgitte Hoberg Sloth

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

Tabel med oplysninger om hjemmeplejen og tilsynet

Navn og adresse: Lokalteam Køge Midt, Nørre Boulevard 101, 4600 Køge

Leder: Anja Hansen Hemmer

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

Dato for tilsynsbesøg: Den 16. april 2024

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 tre borgere

Tilsynet er afsluttet med en kort drøftelse og tilbagemelding til ledelsen og til en konsulent fra kommunens Task Force-enhed om tilsynsforløbet og identificerede lærings- og udviklingsområde, herunder bemærkninger og anbefalinger.

Tilsynsførende:

Senior Manager Margit Kure, sygeplejerske, MHM

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 den kommunale leverandør af hjemmepleje Lokalteam Køge Midt. BDO er kommet frem til følgende vurdering på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet gennem interviews, observationer og skriftligt materiale. BDO har, efter aftale med kommunen, uvildigt udtrukket fem borgere til interview og gennemgang af dokumentation på SEL og hos tre borgere gennemgang af dokumentation på SUL og medicin. Tilsynet omfatter desuden interview med ledelsen, fokusgruppinterview med medarbejderne samt observation.

Det er tilsynets samlede vurdering, at Lokalteam Køge Midt, er en hjemmeplejeenhed, som har medarbejdere og ledelse, der medvirker til trivsel for borgerne. Vurderingen er, at hjemmeplejen overordnet lever op til Køge Kommunes kvalitetsstandarder og vedtagne serviceniveau, dog er der vurderet mangler under syv temaer.

Vurderingen er, at der er sammenhæng mellem borgernes bevilling og behovet for hjælp. Borgerne er generelt meget tilfredse med hjælpen og med kvaliteten af de ydelser, de modtager. Dog oplever en enkelt borger, at der er afløsere, der ikke altid er bekendte med den nødvendige hjælp, og en borger tilkendegiver at være blevet afvist i forbindelse med spørgsmål om hjælpemidler. Det vurderes, at pleje, omsorg og praktisk støtte generelt leveres med en god faglig kvalitet. Dog påpeger en borger, at hjælpen til kompressionsbehandling ofte leveres sent på formiddagen. I en bolig observeres en meget snavset rollator.

Leverandøren har fokus på kerneopgaven, herunder at der også arbejdes systematisk med sundhedsfremmende og hverdagsrehabiliterende indsatser. Tilsynet vurderer, at der er overensstemmelse mellem ledelsens og medarbejdernes fokus på, at hjælpen ydes fleksibelt og tilrettelægges på borgerens præmisser. Fx kører medarbejderne med faste ruter, og fungerer som kontaktpersoner. Medarbejderne kan relevant re-flektere over, hvordan de arbejder med sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, såsom at arbejde med TOBS og triage, hvor medarbejderne endnu ikke har så stor erfaring med §83a.

Det vurderes, at hjemmeplejeenheden har en imødekommende kultur, hvor medarbejderne har en feedbackkultur i forhold til u hensigtsmæssig kommunikation.

Tilsynet vurderer, at der er flere mangler i journalføringen af SEL og SUL, som kræver en betydelig og målrettet indsats for at blive afhjulpet.

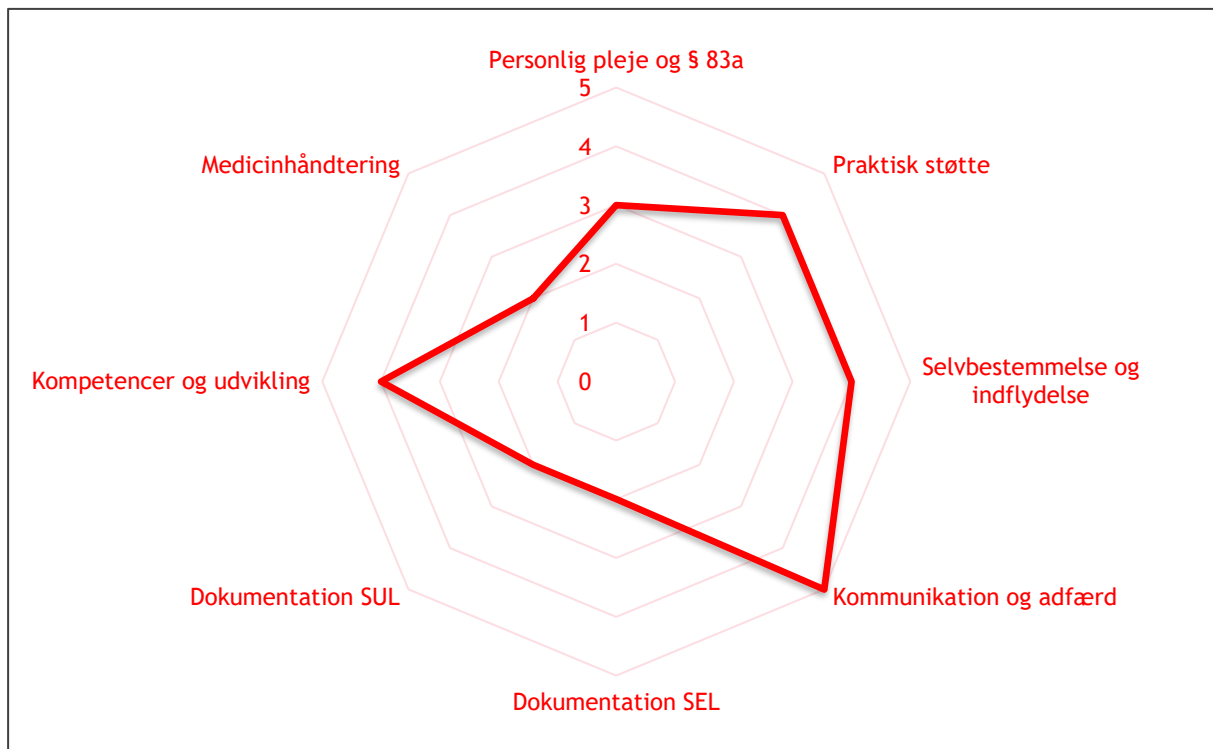
Ligeledes vurderer tilsynet, at medicin håndteringen har flere mangler i dokumentation, opbevaring og dispensering, som også kræver en betydelig og målrettet indsats for at blive afhjulpet.

Lederen redegør for, at der siden sidste tilsyn i et vist omfang er blevet arbejdet med de givne anbefalinger, men at medarbejdersituationen har udfordret fokus på driftssikkerhed og nye udviklingstiltag. Lederen redegør desuden for relevante temaer i kvalitetsarbejdet til udvikling af den samlede kvalitet, såsom implementering af tværfaglige lokale teams samt implementering af §83a og fortsat fokus på at styrke dokumentationspraksis og medicin håndtering.

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:

Personlig pleje

Tilsynet bemærker i forhold til personlig pleje:

- At en borger oplever, at der kommer mange afløsere, og at de ikke altid kender til hjælpen og de opgaver, de skal løse.
- At en borger tilkendegiver at være blevet afvist af en medarbejder i forbindelse med spørgsmål om et aflastende hjælpemiddel.
- At en borger tilkendegiver, at hjælpen til kompressionsstrømper leveres sidst på formiddagen.

Anbefalinger:

Personlig pleje

Tilsynet anbefaler, at leder følger op, og sikrer, at alle medarbejdere kender opgaverne hos de borgere, de skal ud til.

Tilsynet anbefaler, at leder følger op i den konkrete sag.

Tilsynet anbefaler, at leder sikrer, at hjælpen til kompressionsbehandling ydes, svarende til god klinisk praksis.

Praktisk støtte

Tilsynet bemærker, at der i en bolig observeres en meget snavset rollator.

Praktisk støtte

Tilsynet anbefaler, at leder sikrer at alle medarbejdere følger standard for rengøring af hjælpemidler.

Selvbestemmelse og indflydelse

Tilsynet bemærker, at en borger kan opleve vikarer, der ikke medinddrager borgeren, fx i forhold til, hvad borgeren ønsker at spise.

Selvbestemmelse og indflydelse

Tilsynet anbefaler, at leder følger op med vikarureauet.

Dokumentation SEL

Tilsynet bemærker, at der under dokumentation SEL er mangler i forhold til:

- At de generelle oplysninger i to tilfælde kun er delvist/sparsomt udfyldt.
- At der i tre tilfælde mangler enkelte opdateringer af funktionsevnetilstande.
- At der i funktionstilstande generelt mangler beskrivelse af borgers forventninger og mål.
- At der i tre døgnrytmeplaner mangler opdatering, herunder ensartet systematik.
- At der i et tilfælde mangler specifik beskrivelse af RH-indsats.
- At der i en døgnrytmeplan mangler beskrivelser af, at borgeren er i blodfortyndende behandling.

Dokumentation SEL

Tilsynet anbefaler, at leder fortsat har målrettet fokus på journalføring, og sikrer, at alle journaler er fyldestgørende, opdaterede og fremstår med en ensartet systematik.

Dokumentation SUL

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

- At der i fire journaler på et eller flere områder kun er delvis sammenhæng med FMK og HO.
- At der i to journaler på flere områder mangler sammenhæng mellem helbreds-tilstande og FMK.
- At der i tre journaler mangler oprettelse/opdatering af en eller flere handlingsanvisninger.
- At der i to journaler ikke ses systematisk opfølgning på indsatser.
- At der hos en borger mangler dokumentation for aktuel vægt og ernæringscreening.
- At der hos fire borgere mangler dokumentation for samtykke.
- At der hos tre borgere mangler dokumentation for behandlingsansvarlig læge.

Dokumentation SUL

Tilsynet anbefaler, at leder fortsat har målrettet fokus på journalføring, og sikrer, at alle journaler er fyldestgørende, opdaterede og fremstår med en ensartet systematik.

Kompetencer og udvikling

Tilsynet bemærker, at der under temaerne dokumentation SEL og SUL og medicin håndtering er flere mangler, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes.

Kompetencer og udvikling

Tilsynet anbefaler, at leder fortsat har fokus på kompetenceudvikling i forhold til dokumentationspraksis og medicin håndtering.

Medicinhåndtering

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

- At der hos to borgere mangler helbredstilstand, som relaterer sig til behovet for hjælp til medicindispensering og administration.
- At der hos to borgere mangler handlingsanvisning på hjælp til medicindispensering og på en borger på medicinadministration.
- At der hos en borger mangler handlingsanvisning på risikosituationslægemiddel.
- At der hos en borger mangler navn og CPR-nummer på alle dags-og ugeæsker, og hos en anden borger mangler dette på en enkelt dagsæske.
- At der hos en borger er observeret en dispenseringsfejl.
- At der hos en borger er to præparater med begrænset holdbarhed, hvor der ikke er anført anbrudsdato.
- At der hos en borger opbevares ikke aktuel medicin sammen med aktuel medicin.
- At medarbejderne under interview fremstår usikre på risikosituationslægemidler.

Medicinhåndtering

Tilsynet anbefaler, at leder sikrer, at medarbejderne kender og efterlever gældende medicininstruks, herunder sikrer medarbejdernes kendskab til risikosituationslægemidler.

2.4 Aktuelle vilkår

Lederen redegør for, at der som opfølgning på sidste tilsyn blev udarbejdet en handleplan med opfølgning på dokumentationspraksis, som blev gennemgået med en medarbejder fra Køge Kommunes Task Force-enhed. Der har været arbejdet på at øge kvaliteten af dokumentationspraksis, og sygeplejersker og assistenter har fået undervisning i den sygeplejefaglige udredning.

Lederen redegør for, at aktiviteten i opgaver er steget voldsomt, hvilket har udfordret planlægning og løsning af opgaverne. Lederen oplever mangel på tilstrækkelige medarbejdere til at løse den stigende aktivitet, men har endnu ikke fået mulighed for at øge medarbejderstaben og ansætte nye. Lederen fortæller i den forbindelse, at de har prioriteret borgerindsatsen, at mødeaktiviteten er blevet reduceret, og at udviklings tiltag er blevet sat i bero.

Lederen giver udtryk for, at den nye organisering med opdeling i lokale teams har haft en del fokus. Gruppen er, i samarbejde med medarbejderne, blevet inddelt i tre teams, og for at sikre en god implementering starter de endeligt ud efter sommerferien.

Fremadrettet er planen, at den daglige triagering på morgenmøde afløses af triagemøder to gange ugentligt med brug af elektroniske skærme og med deltagelse af sygeplejersker og de nytilkomne terapeuter i gruppen samt Visitationen. Den rehabiliterende tankegang er endnu ikke implementeret, men der skal i den kommende tid afholdes løbende undervisning i den nye tilgang, herunder i serviceniveau og kvalitetsstandarder. Lederen vil ligeledes igangsætte en proces med implementering af borgerkonferencer.

Gruppen har igangsat et projekt kaldet "opstartssamtaler", inspireret af indflytnings samtalen fra plejecentre. Projektet bygger på to ben. Det første omhandler modtagelsen af nye borgere for at sikre forventningsafstemning med borgerne, herunder at borgernes hjem er medarbejdernes arbejdsplads. Det andet ben omhandler en fyldestgørende dokumentation med en grundig gennemgang af borgerne og udarbejdelse af den sygeplejefaglige udredning.

2.5 Opfølgning

Lederen redegør for, at der siden sidste tilsyn, i et vist omfang, er blevet arbejdet med de givne anbefalinger, men at medarbejdernesituationen har udfordret fokus på driftssikkerhed og nye udviklingstiltag. Lederen redegør desuden for relevante temaer i kvalitetsarbejdet til udvikling af den samlede kvalitet, såsom implementering af tværfaglige lokale teams samt implementering af § 83a og et fortsat fokus på at styrke dokumentationspraksis og medicin håndtering.

2.6 Vurdering i forhold til temaer

2.6.1 Personlig pleje og § 83a

Score: 3

Vurdering:

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

Interview med borgere

Borgerne oplever, at de modtager relevante pleje- og omsorgsydelser, som svarer til deres behov. Borgerne er meget tilfredse med kvaliteten, og alle oplever, at de har faste medarbejdere. En borger oplever dog, at når den faste medarbejder har fri, kommer der mange afløsere, der ikke altid kender til hjælpen og de opgaver, de skal løse. Alle borgerne udtrykker, at de faste medarbejdere generelt er omhyggelige og opmærksomme, og en borger fortæller, at det er rigtig god hjælp og støtte, borgeren får til at klare det, borgeren ikke selv kan. En borger tilkendegiver dog at være blevet afvist af en medarbejder i forbindelse med spørgsmål om et aflastende hjælpemiddel. Borgerne oplever, at medarbejderne kommer til de aftalte tidspunkter. En borger tilkendegiver, at der ikke er faste aftaler for hjælpen, og at hjælpen til kompressionsstrømper leveres sidst på formiddagen (borgeren får ikke morgenpleje).

Alle borgerne fortæller, at de på forskellige måder klarer dele af hverdagens opgaver, herunder den daglige personlige pleje. Alle borgerne føler sig trygge ved den hjælp, de modtager, og en borger fremhæver særligt det ugentlige besøg af sygeplejersken.

Observation

Borgerne fremstår alle velsoignerede, svarende til egen habitus.

Interview med medarbejder

Medarbejderne redegør reflekteret for pleje og omsorg til borgerne samt for den sundhedsfremmende og forebyggende tilgang. Planlæggeren udarbejder en plan, hvor tilretninger og justeringer på kørelisten foretages i samarbejde med medarbejderne. Aftaler med borgerne dokumenteres i kalenderen. Medarbejderne er kontaktpersoner, og alle, undtagen springerne, har faste ruter. Der anvendes TOBS, og der er daglig triage på morgenmøde med gennemgang af borgerne. Borgerne fremgår af tavlen i grupperummet, hvor deres problemstillinger er beskrevet, samt hvem der er ansvarlig for opfølgning. En gang ugentligt afholdes der tværfagligt møde med gruppens ergo- og fysioterapeuter samt kommunens ernæringsvejleder. Medarbejderne arbejder med hverdagsrehabilitering, og de samarbejder med terapeuterne om rehabiliteringsborgerne i § 83a-forløb (RH-forløb). Medarbejderne fortæller, at de øver sig på, hvordan de bedst muligt kan støtte, motivere og rådgive borgerne til at generhverve tabte ressourcer.

2.6.2 Praktisk støtte

Score: 4

Vurdering:

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

Interview med borgere

Tre borgere er visiterede til hjælp til rengøring, som leveres af kommunens Servicekorps eller en privat leverandør.

Interview medarbejdere

Medarbejderne redegør for den praktiske hjælp til borgerne, hvor Servicekorpsset er ansvarlige for de fleste af rengøringsopgaverne, mens gruppen varetager opgaven hos få borgere med særlige behov. Andre praktiske opgaver, såsom opvask og bortskaffelse af skrald, løser medarbejderne, når de besøger borgerne for at udføre andre opgaver. Medarbejderne klargør vasketøj til afhentning, og de hjælper med at lægge tøjet på plads, og hos borgere, med særlige behov, kan der visiteres tid til vasketøj.

Medarbejderne redegør for, hvordan de sikrer overholdelsen af hygiejniske principper, såsom korrekt afspritning og skift af handsker samt brug af plastikforklæde, når de fx hjælper borgere ved sengeleje og tømning af bækkenstol. Ved smitterisiko inddrages hygiejnesygeplejersken, og der anvendes særlige værnemidler, som findes i depotet. I tilfælde af borgere med smitterisiko kan det ses på medarbejderens telefon.

Observation

Der er en hygiejnemæssig forsvarlig standard i boligerne, og hjælpemidlerne er rengjorte, undtagen i en bolig, hvor der observeres en meget snavset rollator.

2.6.3 Selvbestemmelse og indflydelse

Score: 4

Vurdering:

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

Interview med borgere

Borgerne giver udtryk for, at de altid bliver inddraget, og at de har mulighed for selvbestemmelse, når det er de faste medarbejdere, der kommer. En borger udtrykker, at der simpelthen ikke er noget at komme efter, og medarbejderne ikke aner alt det gode, de vil gøre, og borgeren udtrykker, at det er en meget positiv oplevelse. Flere borgere nævner, at medarbejderne aktivt spørger ind til deres ønsker og præferencer, og at de kan have åbne samtaler om, hvordan de gerne vil modtage hjælp. En borger er meget tilfreds med de faste medarbejdere, men kan opleve vikarer, som ikke altid inddrager borgeren, fx i forhold til, hvad borgeren ønsker at spise.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør reflekteret for, hvordan borgerne har medbestemmelse og indflydelse. Medarbejderne lytter aktivt til borgerne, og forsøger at imødekomme deres ønsker ved levering af hjælpen. Medarbejderne giver udtryk for, at det er borgernes hjem, og de respekterer derfor, hvis borgerne siger nej til en bestemt indsats.

2.6.4 Kommunikation og adfærd

Score: 5

Vurdering:

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

Interview med borgere

Borgerne udtrykker stor tilfredshed med medarbejderne, og de oplever en anerkendende omgangstone og adfærd. Flere borgere fremhæver, at alle medarbejderne er søde og venlige, og at der er en god omgangstone. En borger nævner, at der er en god og munter stemning, og at nogle af medarbejderne synger, hvilket borgeren sætter stor pris på. Borgerne oplever, at medarbejderne viser respekt for deres hjem og privatliv. En borger har sagt fra over for en medarbejder, og har efterfølgende kontaktet kontoret, og borgeren fortæller, at medarbejderen ikke har været der siden.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, hvad der lægges vægt på i kommunikationen og samarbejdet med borgerne, herunder at sikre borgernes tryghed i forhold til de medarbejdere, der kommer i hjemmet. Medarbejderne bærer navneskilt og uniform, og de præsenterer sig, når de træder ind hos borgerne samtidig med, at de respekterer, at det er borgernes hjem. Det er vigtigt at hjælpe borgerne til at have en god dag, blandt andet ved at udvise engagement og spørge ind til deres velbefindende. Det er samtidigt vigtigt at have situationsfornemmelse og kunne vurdere, hvordan og hvor meget borgerne ønsker at tale om deres sygdom eller personlige problemstillinger.

Medarbejderne oplever, at der er tillid i gruppen til at drøfte uhensigtsmæssig kommunikation indbyrdes. De nævner ligeledes, at de ved borgerne, med særlige kommunikative problemstillinger, kan drøfte erfaringer med kollegaer, og en fælles tilgang beskrives i døgnrytmeplanen for at sikre kontinuitet og indlevelsesevne.

Observation

Under interview med medarbejderne omtales borgerne anerkendende og respektfuldt.

2.6.5 Dokumentation SEL

Score: 2

Vurdering:

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

Gennemgang af dokumentation

Dokumentationen fremstår med en lav faglig standard, og har flere og væsentlige mangler. Dokumentationen fremstår i mindre grad opdateret, fyldestgørende og ensartet. På alle borgerne er der generelle oplysninger med ressourcer, mestring og motivation og livshistorie, som dog i to journaler er delvist/sparsomt udfyldt. Der er funktionstilstande med indsatser, som dog i tre journaler mangler enkelte opdateringer. I alle journaler mangler der generelt beskrivelse af borgerens forventninger og mål.

Borgernes behov for pleje og omsorg er beskrevet handlevejledende i døgnrytmeplanen, og der tages udgangspunkt i borgerens helhedssituation og ressourcer. Dog ses der i tre døgnrytmeplaner manglende opdatering på et eller flere områder samt manglende ensartet systematik. Der er lagt vægt på at beskrive borgernes kognitive udfordringer, og hvorledes der støttes op om disse samt særlige opmærksomhedspunkter. I en døgnrytmeplan mangler der beskrivelser af, at borgeren er i blodfortyndende behandling. Hos en borger i § 83a forløb mangler der specifik beskrivelse af RH-indsats.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for, hvordan de arbejder med dokumentationen, så den understøtter kvaliteten i daglig praksis. Ved tvivlsspørgsmål har medarbejderne mulighed for at sparre med ressourcepersoner i Nexus, og de oplever, at de er gode til at hjælpe hinanden. Medarbejderne har et fælles ansvar for at holde døgnrytmeplanen opdateret, og de fortæller, at det er nyt for dem at skulle opdatere funktionsevnetilstande. Medarbejderne udfylder opgaver, og de udarbejder observationsnotater.

2.6.6 Dokumentation SUL

Score: 2

Vurdering:

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

Dokumentation

Den sundhedsfaglige dokumentation fremstår med en lav faglig standard, og har flere og væsentlige mangler. Dokumentationen fremstår i mindre grad opdateret og fyldestgørende. Der er helbredsoplysninger på alle borgerne, dog ses der i fire journaler på et eller flere områder kun delvis sammenhæng med FMK. Der er udarbejdet helbredstilstande med tilhørende indsatser, dog er der i to journaler på flere områder manglende sammenhæng mellem helbredstilstande og FMK. Der er oprettet handlingsanvisninger, men der mangler oprettelse/opdatering i tre journaler af en eller flere handlingsanvisninger. Der ses løbende opfølgning og evaluering på indsatser, dog ses der i to journaler ikke systematisk opfølgning på indsatser. Der ses dokumentation for behandlingsansvarlig læge og samtykke i en journal, mens dette mangler i to journaler. Der ses relevante målinger på borgerne, fx bs målinger.

Hos en borger ses der dokumentation for Bradenscore og dysfagivurdering. Hos en borger ses der ernæringscreening, mens dette mangler på en borger, som er ernærings-truet. Hos en borger ses der manglende dokumentation for aktuel vægt.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør fagligt for, hvordan de arbejder med at sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation er opdateret og fyldestgørende, og at alle har ansvar for den løbende opdatering. Sygeplejersken udarbejder den sygeplejefaglige udredning og handlingsanvisninger. Medarbejderne fortæller, at assistenterne skal til at lave udredninger og udfylde helbredsoplysninger.

2.6.7 Kompetencer og udvikling

Score: 4

Vurdering:

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

Vurderingen beror på, at der under temaerne dokumentation SEL og SUL og medicin-håndtering er flere mangler, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes.

Interview med leder

Lederen redegør for, at gruppen har flere medarbejdere, der har været på et danskkur-sus, arrangeret af Køge Kommune, men det er oplevelsen, at der fortsat er medarbej-dere, der har vanskeligheder med sproget og forståelsen af dansk kultur.

Instrukser og retningslinjer indgår løbende som en del af årshjulet med opfølgning og drøftelser på møder. Der er et fast introduktionsprogram for alle nye medarbejdere,

hvor de får udleveret en mappe, som blandt andet indeholder relevante instrukser, og der er opfølgning med tjeklister og afkrydsning.

Der arbejdes med opgaveoverdragelse, og lederen har foretaget kompetenceafklaring af alle medarbejderne med udgangspunkt i den nye kompetenceprofil.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør for muligheden for kompetenceudvikling og faglig sparring på de tværfaglige møder, som dog har været reducerede på det seneste. Der arbejdes løbende med kompetenceudvikling og opfølgning via årshjulet. Der er løbende undervisning, fx af gruppen ressourcepersoner i anvendelsen af støttestrømper, herunder også at oplære borgerne til selvhjælp via brug af hjælpemidler. Medarbejderne har ligeledes mulighed for at fremkomme med ønsker, og der har fx været undervisning i ernæring og i brugen af Nexus.

Der arbejdes med kompetenceprofil og oplæring i nye opgaver, såsom dokumentation på kompetenceskema.

2.6.8 Medicinhåndtering og administration

Score: 2

Vurdering:

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

Tilsynet har gennemgået tre borgeres medicin.

Medicinalgennemgang

Hos alle tre borgere opbevares medicin i en plastboks i køkkenet, på spisebord eller i soveværelse.

Dokumentation

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

- Medicinlisten tilgås elektronisk, og den er opdateret.
- Der ses sammenhæng mellem handelsnavn på medicinlisten og medicin i borgernes beholdning.
- Der er udarbejdet helbredstilstande, som i et tilfælde relaterer sig til behovet for hjælp til medicindispensering og administration, hvor dette mangler i to tilfælde.
- Der er relevant handlingsanvisning på medicindispensering på en borger, hvor dette mangler på to borgere.
- Der er relevante handlingsanvisninger på medicinadministration på to borgere, hvor dette mangler på en borger.

Opbevaring

- Medicinen er opbevaret efter aftale med borgerne.
- Medicinen er opbevaret efter gældende regler, hvor der anvendes farvede poser til adskillelse, dog ses der hos en borger et ikke aktuelt medicinsk præparat, som opbevares i aktuel medicin.
- Uge- og dagsdoseringsæsker er mærkede med borgers navn og CPR-nummer, fraset at der hos en borger mangler navn og CPR-nummer på alle uge- og dagsæske og hos en borger på en enkel dagsæske.
- Der er angivet anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv. med begrænset holdbarhed efter åbning, fraset at der hos en borger er to præparater med begrænset holdbarhed, hvor der ikke er anført anbrudsdato.

Risikosituationslægemidler

- I en journal er der beskrivelse i helbredstilstanden på et risikosituationslægemiddel, men der mangler handlingsanvisning på et særligt risikosituationslægemiddel. Det bemærkes, at det ikke er beskrevet i døgnrytmeplanen, at borgerne er i blodfortyndende behandling (er scoret under tema *Dokumentation SEL*).

Dispensering af medicin

- Hos en borger er der observeret en dispenseringsfejl i en dagsæske.
- Hos to borgere er der korrekt medicin i doseringsæskerne.

Administration af medicin og ikke-dispensérbare præparater

- Medicinen er uddelt til tiden.
- Den uddelte medicin er hos alle borgerne registreret korrekt i omsorgssystemet på tilsynstidspunktet.

Pn medicin

- Der er medicinskema på ordineret pn medicin.
- Pn medicin opbevares i en pose, som er adskilt fra anden medicin.
- Der er ikke ophældt pn medicin.

Interview med leder

Leder redegør for, at instrukser og retningslinjer, herunder medicin håndtering, indgår som en del af årshjulet med opfølgning og drøftelser på møder. Som opfølgning på blandt andet medicin håndtering er der blevet gennemført en survey, som efterfølgende er blevet fulgt op, og det overvejes i øjeblikket, om sygeplejerskerne på dage skal fritages fra driften til praksisnær sidemandsoplæring af medarbejderne.

Interview med borgere

Alle borgerne er trygge ved hjælpen til deres medicin, som de helt eller delvist får hjælp til. En borger får hjælp til dispensering, men fortæller, at borgeren selv tager sin medicin, selv måler blodsukker, og selv tager insulin. Alle borgerne oplever, at de får deres medicin til tiden.

Interview med medarbejdere

Medarbejderne redegør fagligt for gældende retningslinjer for opbevaring, medicindispensering og medicinadministration. Retningslinjer tilgås på VAR, og alle nye medarbejdere oplæres. Medicinlisten opdateres med FMK før en dispensering, og medarbejderne tjekker, at der er den rette medicin i rette dosis. Medicinen opbevares i kasser og i farvede poser. Medarbejderne redegør for ansvar og kompetencer vedrørende risikolægemidler og for særlige opgaver, som kun varetages af sygeplejersker, men de er derudover usikre på arbejdet med risikosituationslægemidler, herunder observationer.

Medarbejderne redegør for, hvordan de sikrer borgerne den rette medicin ved at tælle antallet af tabletter og sammenholde det med medicinlisten samt at sikre, at der er navn og CPR-nummer på uge- og dagsæsker. Medarbejderne kvitterer ved udlevering af medicin, og de dokumenterer, hvis borgeren ikke ønsker sin medicin.

3. Vurderingsskema

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 tilbagemeldingen 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>
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 150 konsulenter med kompetencer, der dækker bredt både i forhold til de kommunale sektorområder og tværgående kompetencer, som fx økonomi, ledelse, evaluering m.m.