GENTOFTE KOMMUNE

Dagsorden til møde i Ældre-,Social og Sundhedsudvalget

Mødetidspunkt 01-06-2023 17:00
Mødeafholdelse Udvalgsværelse D

Indholdsfortegnelse

Ældre-,Social og Sundhedsudvalget

01-06-2023 17:00

1 [Åben] Temapunkt - borgerrettet forebyggelse 3
2 [Åben] Borgertilfredshedsundersøgelse på ældreområdet 2024 3
3 [Åben] Hverdagsrehabilitering samt det flerårige politiske mål vedr. rehabilitering, behandling og pleje i eget hjem 5
4 [Åben] Kvalitetstandard for pleje- og sundhedsområdet 2023 8
5 [Åben] Kvartalsrapport til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget 1. kvartal 2023 10
6 [Åben] Strategi for unges trivsel 13
7 [Åben] Årsplan for Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget 15
8 [Åben] Meddelelser fra formanden/forvaltningen og spørgsmål fra medlemmerne 15
9 [Lukket] Meddelelser fra formanden/forvaltningen og spørgsmål fra medlemmerne 16
10 [Åben] Underskrift 16

1 [**Åben**] **Temapunkt - borgerrettet forebyggelse**

Sags ID: EMN-2023-03140

Resumé
Under dette temapunkt orienterer Forebyggelse og Sundhedsfremme om status på arbejdet med den borgerrettede forebyggelse i Gentofte Kommune.

Baggrund
Som en del af den politiske arbejdsform i Gentofte Kommune skal de stående udvalg sikre en tværgående, helhedsorienteret og langsigtet udvikling af deres ressortområde gennem politikudvikling og opfølgning på de vedtagne politikker. I forhold til dette temapunkt er det særligt den del af kommunens sundhedspolitik, der omhandler den borgerrettede forebyggelse – 'Sundhed i Gentofte – borgerrettet forebyggelse'.

Udvalget skal således vurdere og følge tendenser, muligheder, udfordringer og resultater på udvalgets ressortområde med henblik på at identificere de områder, hvor der er behov for udvikling.

Kommunalbestyrelsen har på møde den 27. marts 2023 – dagsordenens pkt. 20 – med 17 stemmer (C, B, A og V) for, 1 (F) undlod at stemme og 1 (Ø) stemte imod, vedtaget at nedsætte et opgaveudvalg, der skal udarbejde forslag til en ny sundhedspolitik med virkning fra 2025.

Dette temapunkt bliver primært orienterende og indledes med et kort oplæg med fokus på igangværende aktiviteter i medfør af den nuværende sundhedspolitik. Præsentationen er vedlagt dagsordenspunktet til orientering.

Indstilling
Social og Sundhed indstiller

Til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget:

At udvalget tager orienteringen til efterretning og drøfter den borgerrettede forebyggelse.

Tidligere beslutninger:
.

Bilag
1. Præsentation til temamøde i SU 1. juni 2023 (til dagsorden) (5094228 - EMN-2023-03140)

2 [**Åben**] **Borgertilfredshedsundersøgelse på ældreområdet 2024**

Sags ID: EMN-2023-02133

Resumé
Social og Sundhed skal gennemføre nye borgertilfredshedsundersøgelser på ældreområdet i 2024.

Udvalget forelægges forslag til en tidsplan for gennemførelse af borgertilfredshedsundersøgelserne samt forslag til undersøgelserne til godkendelse.

Baggrund

Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget vedtog enstemmigt på mødet den 16. november 2022, punkt 4, at der skal gennemføres nye borgertilfredshedsundersøgelser på ældreområdet i 2024. Borgertilfredshedsundersøgelserne udføres igen af et eksternt analysefirma. Formålet med borgertilfredshedsundersøgelserne er at få større kendskab til borgernes oplevelser og tilfredshed med de kommunale tilbud og indsatser. Resultaterne skal sammen med de flerårige politiske mål være med til at understøtte det videre kvalitetsarbejde, så Gentofte Kommune kan fortsætte med at have et pleje- og sundhedsområde af høj kvalitet og med fokus på helhed og sammenhæng.
På baggrund af den politiske beslutning om at gennemføre borgertilfredshedsundersøgelserne på ældreområdet i 2024, fremlægges der forslag til en tidsplan samt forslag til undersøgelser til godkendelse. Disse tager udgangspunkt i erfaringerne fra borgertilfredshedsundersøgelsen i 2022.

Forslag til tidsplan

Social og Sundhed foreslår følgende tidsplan for borgertilfredshedsundersøgelserne på ældreområdet:

- 3. og 4. kvartal 2023, forberedelse: Der gennemføres bl.a. tilbudsindhentning og indgås kontrakt med et eksternt analysefirma. Derudover udvikles der spørgeskemaer, informationsmateriale, og der indsamles data.
- 1. kvartal 2024, undersøgelser gennemføres: Spørgeskemaer sendes ud til borgere og pårørende med digital post, ligesom der bliver foretaget personlige interviews blandt beboere i plejeboliger. Det eksterne analysefirma vil også indsamle svar via telefoninterviews, hvis borgerne ikke svarer på det digitale spørgeskema.
- 1. og 2. kvartal 2024, analyse og afrapportering: Det eksterne analysefirma udarbejder analyse og rapporter, som skal kvalitetssikres og holdes op imod resultaterne fra borgertilfredshedsundersøgelserne på ældreområdet fra 2022. Resultaterne bliver fremlagt til politisk behandling i juni 2024.

Forslag til undersøgelser i 2024

I 2022 blev der gennemført borgertilfredshedsundersøgelser inden for følgende områder:

- Hjemmeplejen
- Beboere i plejeboliger
- Pårørende til beboere i plejeboliger
- Genoptræning
- Midlertidige pladser og aflastningsophold

Social og Sundhed foreslår, at der gennemføres borgertilfredshedsundersøgelser inden for samme områder i 2024, og at undersøgelserne tager udgangspunkt i samme spørgsmål som ved undersøgelsen i 2022. Fordelen er, at det er muligt at holde resultaterne op mod borgertilfredshedsundersøgelserne fra 2022 og dermed følge udviklingen i borgertilfredsheden i Gentofte Kommune.
Derudover foreslår Social og Sundhed, at der i 2024 også foretages en borgertilfredshedsundersøgelse af myndighedsområdet på ældreområdet. Formålet er at undersøge borgertilfredsheden inden for bl.a. sagsbehandlingen og sagsbehandlingstiden. Spørgsmål inden for myndighedsområdet foreslås udviklet i samarbejde med det eksterne analysefirma, som skal foretage undersøgelserne, med udgangspunkt i eventuelle erfaringer og andre landsdækkende undersøgelser inden for samme område.

Indstilling

Social og Sundhed indstiller

Til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget:

1. At godkende forslag til tidsplan for borgertilfredshedsundersøgelserne på ældreområdet 2024
2. At godkende at borgertilfredshedsundersøgelser i 2024 tager udgangspunkt i samme områder og spørgsmål som ved undersøgelsen i 2022
3. At godkende at der i 2024 også laves en borgertilfredshedsundersøgelse inden for myndighedsområdet

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

3 [**Åben**] **Hverdagsrehabilitering samt det flerårige politiske mål vedr. rehabilitering, behandling og pleje i eget hjem**

Sags ID: EMN-2023-02389

Resumé

Baseline og mål for det flerårige politiske mål vedr. øget brug af rehabilitering, behandling og pleje i eget hjem (mål 5) fremlægges til udvalgets godkendelse.

Herudover fremlægges en redegørelse for, hvordan Pleje og Sundhed vil arbejde med at indfri målet om øget rehabilitering, behandling og pleje i eget hjem.

Baggrund

På mødet den 18. maj 2022 (punkt 1) vedtog Ældre, Social- og Sundhedsudvalget enstemmigt fem mål for social- og sundhedsområdet. Det ene mål vedrører rehabilitering: "*Vi vil tilbyde flere borgere rehabilitering, behandling og pleje i eller tæt på eget hjem"*. I sagen fremlægges baseline samt forslag til mål for den endelige afrapportering i 2025.

Herudover udestår en tilbagemelding til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget på, hvordan Pleje og Sundhed vil arbejde videre med anbefalingerne fra 360 graders analysen af det samlede pleje- og sundhedsområde, hvor den ene anbefaling med politisk råderum var: *"Øget brug af rehabiliteringsforløb efter SEL § 83a"*. På grund af den tætte kobling mellem ovenstående politiske mål og analysens anbefaling, fremlægges det også, hvordan Pleje og Sundhed vil arbejde med at øge antallet af rehabiliteringsforløb og effekten af disse.

Baseline og mål for den endelige afrapportering af det 4-årige politiske mål vedr. rehabilitering
Nedenfor præsenteres baseline samt forslag til mål for den endelige afrapportering i 2025 for målepunkterne under det 4-årige politiske mål: "*Vi vil tilbyde flere borgere rehabilitering, behandling og pleje i eller tæt på eget hjem*

Målepunkt 5.1: Borgere, der konkret vurderes at have potentiale for at blive helt eller delvist selvhjulpne har forud for visitation til hjemmepleje deltaget i en rehabiliterende indsats.
Målepunktet opgøres på baggrund af data fra den elektroniske omsorgsjournal.

- Baseline:
    - 16% af de borgere, der i 2022 blev visiteret til hjemmepleje, havde forud for deres visitation deltaget i en rehabiliterende indsats.
- Forslag til mål for den endelige afrapportering i 2025:
    - 40% af de borgere, der i 2024 blev visiteret til hjemmepleje, havde forud for deres visitation deltaget i en rehabiliterende indsats.

Målepunkt 5.2: Borgere, som tilbydes en rehabiliterende indsats, skal være selvhjulpne på den konkrete visiterede indsats tre måneder efter afsluttet forløb.
Målepunktet opgøres på baggrund af data fra den elektroniske omsorgsjournal.

- *Baseline:*
    - 55% af de borgere, der i 2022 blev tilbudt en rehabiliterende indsats, var selvhjulpne på den konkrete indsats tre måneder efter afsluttet forløb.
- *Forslag til mål for den endelige afrapportering i 2025:*
    - 60% af de borgere, der i 2024 blev tilbudt en rehabiliterende indsats, var selvhjulpne på den konkrete indsats tre måneder efter afsluttet forløb.

Som beskrevet i nedenstående afsnit vil målgruppen for rehabiliteringsforløb udvides i takt med at nye arbejdsgange implementeres. Dermed vil flere borgere modtage en rehabiliterende indsats, og det endelige målepunkt vil derfor ikke være direkte sammenlignelig med baseline. Det vil dog fortsat være muligt at følge data over tid for at undersøge, om udviklingen går i den ønskede retning.

Målepunkt 5.3: Borgere, som gennemfører et genoptræningsforløb, oplever en forbedring i funktionsniveau ved afslutning af forløb.
Baseline er opgjort på baggrund af Borgertilfredshedsundersøgelsen fra 2022. Den endelige afrapportering opgøres på baggrund Borgertilfredshedsundersøgelsen i 2024.

- *Baseline:*
    - 56% af de borgere, der gennemførte et genoptræningsforløb, oplevede en forbedring i deres funktionsniveau efter afsluttet forløb.
- *Forslag til målet for den endelige afrapportering i 2025:*
    - 75% af de borgere, der gennemførte et genoptræningsforløb, oplevede en forbedring i deres funktionsniveau efter afsluttet forløb.

<u>Indfrielse af det flerårige politiske mål ved øget fokus på hverdagsrehabilitering</u>
Pleje og Sundhed vil arbejde med at øge antallet af rehabiliteringsforløb og effekten af disse. Udgangspunktet er konklusionerne og anbefalingerne fra 360 graders analysen af pleje- og sundhedsområdet, der bl.a. konkluderede, at Gentofte Kommune udfører relativt få, korte rehabiliteringsforløb til borgere med nedsat funktionsevne. Anbefalingen var, at Pleje og Sundhed kiggede på organiseringen og samarbejdet på tværs mhp. at øge volumen af rehabiliteringsforløb. Pleje og Sundhed påbegyndte dette arbejde i efteråret 2022. De organisatoriske rammer er på plads og under implementering, og i løbet af 2023 vil nye arbejdsgange blive beskrevet og implementeret.

Ny organisering
I Myndighed vil arbejdet med hverdagsrehabilitering fremadrettet være organiseret i to nye enheder mhp. at sikre en helhedssagsbehandling. Enhederne skal sikre en målrettet tværfaglig afklaring og forebyggelse med fokus på borgers ressourcer samt forbedre borgers funktionsevne og udskyde funktionstab ved et vedvarende fokus på at rehabilitere. Medarbejdere fra Myndighed vil fremadrettet sidde fysisk ude i Hjemmeplejen én dag om ugen for at understøtte det tværfaglige samarbejde.

I Hjemmeplejen er teamet 'Hverdagsrehabilitering' blevet etableret. Det består af terapeuter, som sammen med Myndighed skal vurdere borgernes funktionsevne. Terapeuterne skal derudover understøtte træning og vejledning af borgerne, og skal samarbejde med social- og sundhedspersonalet sikre et dagligt rehabiliterende sigte.

Samarbejdet understøttes af faste, tværfaglige samarbejdsmøder i alle hjemmeplejegrupper, hvor både medarbejdere fra Myndighed, terapeuter fra Hverdagsrehabilitering samt social- og sundhedspersonale og sygeplejersker fra Hjemmeplejen deltager.

Hverdagsrehabilitering i og tæt på eget hjem
Når en borger fremadrettet henvender sig til Pleje og Sundhed for første gang, vil denne som noget nyt altid blive tilbudt et afklaringsforløb som det første. Formålet er at rette fokus på den rehabiliterende indsats fra start, og ved et afklaringsforløb vil borgeren i eget hjem få besøg af en medarbejder fra Myndighed og en terapeut fra Hverdagsrehabilitering. De vil vurdere borgerens funktionsevne og drøfte denne med borger og evt. pårørende. Med udgangspunkt i en inddragende samtale med fokus på at fremme borgers motivation, vil medarbejderne i samarbejde med borgeren og evt. pårørende tilrettelægge et forløb, der bedst muligt understøtter borger i forhold til vejledning og træning, så borger er tryg, og yderligere støtte forhåbentligt kan forebygges. Hvis det på baggrund af afklaringsforløbet vurderes, at borger har brug for fortsat rehabilitering i eget hjem, vil Myndighed og Hverdagsrehabilitering i samarbejde med borger og evt. pårørende tilrettelægge et rehabiliteringsforløb, der understøtter den fortsatte vejledning og træning af borgeren.

Modtager borger allerede støtte, idet denne henvender sig til Pleje og Sundhed, vil borgeren få tilbudt et rehabiliteringsforløb. Hvis borgeren oplever væsentlige ændringer i funktionsniveau, vil denne, efter samme proces som beskrevet ovenstående, få besøg i eget hjem med henblik på tilrettelæggelse og opstart af rehabiliteringsforløb. I begge tilfælde vurderer medarbejderne, om det er relevant at overlevere den konkrete rehabiliterende opgave til det socialt- og sundhedsfaglige personale fra Hjemmeplejen. Rehabiliteringsforløbene vil være understøttet af de faste, tværfaglige samarbejdsmøder. Målet er at forebygge borgers behov for varig støtte og i stedet rette fokus på størst mulig selvstændighed i eget liv, i egen bolig.

Opsøgende arbejde i Hjemmeplejen
Social- og sundhedspersonalet fra Hjemmeplejen vil løbende opbygge kompetencer til at arbejde rehabiliterende og have et proaktivt fokus på at opspore eventuelle behov og muligheder for hverdagsrehabilitering hos alle borgere uanset hjemmehjælpsleverandører. Det proaktive arbejde skal understøttes af de faste, tværfaglige samarbejdsmøder.

Genoptræningsforløb
I første afsnit blev forslag til baseline og mål for den endelige afrapportering af det 4-årige politiske mål vedr. rehabilitering, behandling og pleje i eget hjem (mål 5) fremlagt. Det underliggende målepunkt 5.3 omhandler genoptræningsforløb og er ikke en del af arbejdet med hverdagsrehabilitering. Baseline angiver, at 56% af de borgere, der gennemførte et genoptræningsforløb, oplevede en forbedring i deres funktionsniveau efter afsluttet forløb. Forslag til mål for den endelige afrapportering i 2025 er 75% Genoptræningsforløb varetages af Rehabiliteringsområdet, og inkluderer ambulant genoptræning eller genoptræning på en døgnplads, begge på kommunens rehabiliteringscenter. Arbejdet med at højne borgernes oplevelse af en forbedring i funktionsniveau ved afslutning af et genoptræningsforløb er lokalt forankret her.

Indstilling
Social og Sundhed indstiller

Til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget:

1. At baseline og mål for den endelige afrapportering i 2025 for det flerårige politiske mål 5 vedrørende rehabilitering, behandling og pleje i eget hjem godkendes.

2. At organisering og fremadrettet plan for arbejdet med hverdagsrehabilitering mhp. at indfri det flerårige politiske mål godkendes.

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

4 [**Åben**] **Kvalitetstandard for pleje- og sundhedsområdet 2023**

Sags ID: EMN-2022-08943

Resumé

Gentofte Kommunes serviceniveau på ældreområdet er beskrevet i Kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet. Der er i Kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet 2023 foretaget markante sproglige ændringer for at gøre kvalitetstandarden mere borgerrettet samt mere læse- og brugervenlig.

Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget skal tage stilling til, om den ændrede Kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet 2023 kan sendes i høring i Seniorråd og Handicapråd.

Baggrund

Jævnfør Lov om Social Service skal Kommunalbestyrelsen én gang årligt godkende en borgerrettet kvalitetsstandard for serviceydelser efter servicelovens § 83, 83a, 86 og 79a om personlig og praktisk hjælp, rehabiliteringsforløb, genoptræning og vedligeholdende træning samt forebyggende hjemmebesøg.

Den seneste godkendte Kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet er gældende for 2022. Kvalitetsstandarden blev godkendt på Ældre-, Social- og Sundhedsudvalgets møde den 18. maj 2022, pkt. 3, i Økonomiudvalget den 13. juni 2022, pkt. 8, og i Kommunalbestyrelsen den 20. juni 2022, pkt. 8. Kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet 2022 er vedlagt som bilag. Kvalitetsstandarden er også publiceret på Gentofte Kommunes hjemmeside: Kvalitet og service på ældre- og sundhedsområdet - Gentofte Kommune.

360 graders analysen af det samlede pleje- og sundhedsområde blev godkendt enstemmigt af Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget på møde den 24. august 2022 (pkt. 1). En af anbefalingerne i analysen var, at kommunens serviceniveau skal beskrives klarere i kvalitetsstandarder og med en tættere kobling til ønskerne om en rehabiliterende tilgang. På denne baggrund har Pleje og Sundhed revideret Kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet i Gentofte Kommune.

Forslag til Kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet 2023 er vedlagt som bilag. Kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet 2023 er ændret markant i forhold til tidligere

versioner af kvalitetsstandarden. Kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet 2023 adskiller sig fra tidligere version af kvalitetsstandarden ved:

- At der bliver skrevet direkte til borgeren. Der anvendes et aktivt sprog, hvor der tales til borgeren ved at benytte ”du” i stedet for ”man” eller ”borgeren”. Der benyttes ligeledes et ”vi” om Gentofte Kommune.
- At der bliver skrevet i et sprog, som er let at læse og forstå for borgeren. Teksten i kvalitetsstandarden er blevet ”renset”, hvor det er muligt, for faglige og juridiske termer og formuleringsmåder. I formuleringen af teksten er der prioriteret forståelse frem for detaljer. Alt hvad der står i kvalitetstandarden, er korrekt – men ikke nødvendigvis udtømmende detaljeret.
- At der er lagt vægt på rehabilitering, hvor formålet med en indsats er, at borgeren selv skal kunne udføre så mange opgaver som muligt i sin hverdag. Denne ændring ses bl.a. i anvendelse af ordet ”støtte”, hvor der i tidligere versioner af kvalitetstandarden er anvendt ordet ”hjælp”.
- At de sundhedsfremmende tilbud har fået en fremtrædende plads i kvalitetsstandarden. De sundhedsfremmende tilbud udgør således første del af kvalitetstandarden.
- At navngivningen og omtalen af plejeboligerne er ændret. Plejeboliger med hjemmehjælp er ændret til beskyttet plejebolig, og Plejeboliger med fast personale er ændret til plejehjem.
- At politik for tilsyn med tilbud efter §83 ikke længere er en del af kvalitetsstandarden. Serviceloven fastlægger, at Kommunalbestyrelsen skal udarbejde og vedtage en politik for tilsyn med tilbud efter § 83, som er omfattet af reglerne for frit leverandørvalg, og dette skal ske i tilknytning til den årlige vedtagelse af kvalitetsstandarden for § 83. Tilsynspolitikken har i tidligere versioner af kvalitetstandarden for pleje- og sundhedsområdet været et bilag til hoveddokumentet. Politik for tilsyn fremlægges i stedet i 2023 som en selvstændig sag i forbindelse med og i tilknytning til den årlige vedtagelse af Kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet.
- Hjælpen bevilliges ikke længere tidsbegrænset, da det ikke er i overensstemmelse med gældende lovgivning.
- Der stilles ikke længere krav til ægtefælle om tilberedning og efterfølgende oprydning af måltider til borgere, der har behov for hjælp hertil, da det ikke er i overensstemmelse med gældende lovgivning.

I kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet 2023 er der følgende ændringer til serviceniveauet:

- Det er præciseret i kvalitetsstandarden i afsnittet ”Rengøring” under overskriften ”Praktisk hjælp”, at alle borgere, som er bevilliget støtte til rengøring, også er berettiget til hovedrengøring årligt. Dette er i overensstemmelse med lovgivningen på området, men det har ikke tidligere været præciseret i kvalitetstandarden.
- Under ”Mad og Måltider” er det tilføjet, at borger, som alternativ til madlevering, kan søge støtte til madlavning.

Kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet 2023 er udarbejdet efter de gældende principper for kvalitetsstandarder og indsats- og ydelsesbeskrivelser. Principperne er senest godkendt på møde i Ældre-, Social og Sundhedsudvalget den 8. maj 2019 (pkt. 5).

<u>Den videre proces</u>
Der stilles forslag om, at det fremlagte forslag til Kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet 2023 sendes i høring i Seniorråd og Handicapråd i juni 2023.

Input og kommentarer fra Seniorråd og Handicapråd indarbejdes efterfølgende i Kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet 2023.

Den tilrettede kvalitetsstandard fremlægges til endelig godkendes på Ældre-, Social-, og Sundhedsudvalget, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen på møde i september 2023.

Indstilling
Social & Sundhed indstiller
Til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget:
At høringsudkast til Kvalitetstandard for Pleje og Sundhed 2023 i Gentofte Kommune sendes i høring i Handicapråd og Seniorråd.

Tidligere beslutninger:
.

Bilag
1. kvalitetsstandarder-for-pleje-og-sundhedsomraadet-i-gentofte-kommune-2022-tlg (5071590 - EMN-2022-08943)
2. Høringsudkast - Kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet 2023 i Gentofte Kommune (5056962 - EMN-2022-08943)

5 [**Åben**] **Kvartalsrapport til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget 1. kvartal 2023**

Sags ID: EMN-2023-00343

Resumé
Denne kvartalsrapport omfatter to målområder i Gentofte Planen: ”Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte´ og ´Forebyggelse, rehabilitering og pleje”.

Kvartalsrapporteringen for 1. kvartal 2023 forelægges til drøftelse sammen med en række bilag, herunder bilag vedr. tilsyn, som hvert år er en del af kvartalsrapporten for 1. kvartal.

Baggrund
Kvartalsrapporten viser en række nøgletal for udviklingen inden for udvalgte ydelsesområder for de to målområder ”Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte” og ”Forebyggelse, rehabilitering og pleje”. Endvidere giver rapporten en økonomisk status for de to målområder.

På målområdet ”Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte” indeholder rapporten nogle data, som giver anledning til særlig opmærksomhed:

Støtte til selvstændigt boende borgere
Efter en længere periode, hvor det gennemsnitlige antal visiterede til hjemmevejledning og bostøtte (SEL § 85) har været svagt stigende, ser antallet nu ud til at have stabiliseret sig. Der vil dog fortsat blive arbejdet med en analyse, som kan kaste lys over den generelle udvikling gennem det seneste års tid.

Udvikling i de gennemsnitlige udgifter til botilbud
Den gennemsnitlige månedlige udgift pr. borger, der er visiteret til midlertidige og længerevarende botilbud (SEL § 107 og § 108), er steget over en årrække. Fra 4. kvartal 2022 til 1. kvartal 2023 er der imidlertid i forhold til begge typer af tilbud sket et fald i de gennemsnitlige månedlige udgifter. Social og Handicap Myndighed har stort fokus på at finde tilbud, der imødekommer borgernes behov, til en konkurrencedygtig takst.

Krisecentre og forsorgshjem
Stadigt flere borgere søger ophold på krisecentre (SEL § 109), hvilket svarer til de landsdækkende tendenser. Til gengæld er varigheden af opholdene, og dermed også den gennemsnitlige årlige udgift pr. borger, faldende. Det hænger sammen med, at der har været bedre muligheder for at tilbyde borgerne en anden bolig.

Også tilgangen af borgere til forsorgshjem (SEL § 110) har været stigende fra 2021 til 2022, og det samme har varigheden af opholdene og den gennemsnitlige årlige udgift pr. borger. Der er stort fokus på længden af ophold på forsorgshjem grundet ændringerne i refusionsregler, der forventes gældende fra oktober 2023.

Alkoholbehandling og behandling for stofmisbrug
Der leveres kun tal vedrørende udgifterne til alkoholbehandling og intensiv behandling for misbrug én gang om året i forbindelse med kvartalsrapporteringen for 1. kvartal. Antal unikke borgere visiteret til stofmisbrugsbehandling har været faldende gennem det seneste års tid, hvilket svarer til tendensen på landsplan. Den månedlige gennemsnitspris per borger, der modtager stofmisbrugsbehandling, er ligeledes faldet fra 4. kvartal 2022 til 1. kvartal 2023, fordi 4 borgere på høje takster har afsluttet deres behandling. Ligeledes er antal borgere visiteret til døgnintensiv stofmisbrugsbehandling faldet fra 2021 til 2022.
Antal ydelser i forbindelse med alkoholbehandling ligger forholdsvis stabilt fra 2021 til 2022, men gennemsnitsprisen per leveret ydelse er steget fra 2021 til 2022, fordi flere borgere indskrevet på udvidet takst er i behandling i længere tid pga. komplekse psykiske og somatiske problemstillinger.

Magtanvendelser og tilsyn
Det er også i forbindelse med kvartalsrapporten for 1. kvartal hvert år, at der afrapporteres om brugen af magtanvendelser samt resultaterne af årets tilsyn. Social og Handicap har i 2022 registreret 14 magtanvendelsessager uden forhåndsgodkendelse på kommunes egne tilbud. Alle 14 magtanvendelser er afgjort som tilladte. Der tilbydes kontinuerlig undervisning i reglerne om brug af magt efter servicelovens bestemmelser, og generelt arbejder tilbuddene med at imødekomme borgenes behov inden for den pædagogiske ramme og ved brug af fysisk guidning. Det kan f.eks. være en omsorgsfuld hånd på armen eller skulderen. Dette har resulteret i et lavt antal indberetninger uden forhåndsgodkendelser i 2022.
Socialtilsynet har udført syv anmeldte driftstilsyn og fire uanmeldte driftstilsyn i 2022. Ingen tilbud har i 2022 fået sanktioner i form af påbud, vilkår eller skærpet tilsyn, og alle tilbud er fortsat godkendte. Fem tilbud har fået opmærksomhedspunkter under forskellige temaer fra den anvendte kvalitetsmodel.
På Pleje og Sundheds område fremlagde Pleje og Sundhed resultaterne fra de uanmeldte kommunale tilsyn i 2022 for Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget den 9. marts 2023 (Punkt 1), Økonomiudvalget den 20. marts 2023 (Punkt 11) og Kommunalbestyrelsen den 27. marts 2023 (Punkt 11). På grund af en fejl var alle bilag ikke tilknyttet sagen. Derfor forelægges resume af uanmeldte tilsyn igen sammen med samtlige tilsynsrapporter.
Styrelsen for Patientsikkerhed har i 2022 foretaget 10 tilsyn i alt fordelt på:

- Ældretilsyn: 3 (hjemmeplejen: lokalgruppe Gentofte og PUK's Hjemmehjælp samt plejeboliger: Jægersborghave)

- Reaktive ældretilsyn: 2 (plejeboliger: Lindely og Rygårdcentret)
- Sundhedsfaglige tilsyn: 5 (hjemmeplejen: Sygeplejeklinik Nord, plejeboliger: Adelaide, Lindely og Nymosehave samt Rehabilitering: Tranehaven)

Ud af de 10 tilsyn er der udstedt 2 påbud til henholdsvis Adelaide og Tranehaven, mens Sygeplejeklinik Nord, PUK's Hjemmehjælp og Nymosehave er bedt om at udarbejde handleplan for at imødegå tilsynets henstillinger.
På målområdet "Forebyggelse, rehabilitering og pleje" indeholder rapporten ligeledes nogle data, som giver anledning til særlig opmærksomhed:

Personlig pleje og praktisk hjælp
Overordnet er antal borgere, der modtager personlig pleje og praktisk hjælp, stabilt i perioden – over tid ses der en svag tendens til, at der gives mindre hjælp per borger – dette gælder også hjemmesygepleje.

Sygeplejeklinikker
De to sygeplejeklinikker har kapacitet til at modtage 9-10 besøg om dagen. Både i klinikken på Holmegårdsparken og i Mitchellstræde har der været 6 besøg om dagen i første kvartal 2023.

Plejeboliger
Total antal borgere på venteliste til plejebolig er faldet over tid. Faldet er primært grundet fald af antal borgere på garantiliste.

Indstilling
Social & Sundhed indstiller

Til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget:

1. At kvartalsrapporteringen tages til efterretning.
2. At orienteringen om resultaterne af de uanmeldte tilsyn i Pleje og Sundhed 2022 tages til efterretning.

Tidligere beslutninger:
Udvalg: Ældre-,Social og Sundhedsudvalget

Dato: 09-03-2023

Bilag
1. Kvartalsrapport til Ældre- Social- og Sundhedsudvalget 1. kvartal 2023 (5033972 - EMN-2023-02391)

2. Budgetændringer 2023, ÆSS, 1. kvartalsrapportering 2023 (5068310 - EMN-2023-02391)
3. Bilag. Resume af uanmeldte kommunale tilsyn i Pleje og Sundhed 2022 (4973146 - EMN-2023-00531)
4. Tilsynsrapport MTO Drossellund 2022 (4960955 - EMN-2023-00531)
5. Tilsynsrapport Nymosehave 2022 (4960956 - EMN-2023-00531)
6. Tilsynsrapport Midlertidigt Døgnophold Tranehaven 2022 (4960953 - EMN-2023-00531)
7. Tilsynsrapport Egebjerg 2022 (4960952 - EMN-2023-00531)
8. Tilsynsrapport Den kommunale Hjemmepleje 2022 (4960951 - EMN-2023-00531)
9. Tilsynsrapport Cura Pleje 2022 (4960950 - EMN-2023-00531)
10. Tilsynsrapport Center for forebyggelse og rehabilitering 2022 (4960949 - EMN-2023-00531)
11. Tilsynsrapport Brogårdshøj 2022 (4960948 - EMN-2023-00531)
12. Tilsynsrapport Søndersøhave 2022 (4960947 - EMN-2023-00531)
13. Tilsynsrapport Rygårdcentret 2022 (4960946 - EMN-2023-00531)
14. Tilsynsrapport PUKs Hjemmehjælp 2022 (4960945 - EMN-2023-00531)
15. Tilsynsrapport Salem 2022 (4960944 - EMN-2023-00531)
16. Tilsynsrapport Lindely 2022 (4960943 - EMN-2023-00531)
17. Tilsynsrapport Adelaide 2022 (4960942 - EMN-2023-00531)
18. Tilsynsrapport Holmegårdsparken 2022 (4960941 - EMN-2023-00531)
19. Tilsynsrapport Jærgersborghave 2022 (4960940 - EMN-2023-00531)
20. Tilsynsrapport Kløckershave 2022 (4960939 - EMN-2023-00531)
21. Samlet notat shd socialtilsyn 2022 (5072874 - EMN-2023-02391)

6 [**Åben**] **Strategi for unges trivsel**

Sags ID: EMN-2023-02880

Resumé

Med henblik på at sikre sammenhæng og fremdrift i den samlede ungeindsats forelægges Strategi for unge trivsel til vedtagelse i Skoleudvalget, Børneudvalget, Kultur-, Unge- og Fritidsudvalget, Erhvervs-, Beskæftigelses- og Integrationsudvalget samt Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen.
På opfordring fra Skoleudvalget har forvaltningen markeret de væsentligste ændringer, der er indarbejdet i bilaget på baggrund af temadrøftelsen i Kommunalbestyrelsen den 24. april 2023.

Baggrund

Gentofte Kommune har en vision om, at alle unge lever gode ungeliv, der skaber grundlag for gode voksenliv. I strategien for unges trivsel anlægges en bred forståelse af trivsel, der spænder over mental, fysisk, sundhedsmæssig, faglig og social trivsel.

Strategien for unges trivsel har fokus på at fremme trivsel og forebygge mistrivsel i ungelivet. Det betyder, at hovedvægten ligger på brede indsatser målrettet alle unge, som enten bor eller tilbringer dele af deres hverdag i Gentofte Kommune. Unge er som udgangspunkt 12-25 år, dog med det forbehold, at borgere, der er en del af beskæftigelsesindsatsen, er unge indtil de fylder 30 år.

Den politiske ramme er EN UNG POLITIK, anbefalinger fra relevante opgaveudvalg og udvalgte politiske mål. Den politiske ramme er altså overvejende skabt sammen med borgerne, og dermed er unges deltagelse og bidrag et gennemgående og bærende element i strategien for unges trivsel.

For at skabe et fælles grundlag for en målrettet, systematisk og handlekraftig trivselsfremmende ungeindsats, skal tilgangen til arbejdet med unges trivsel baseres på tre dimensioner, der tilsammen bidrager til at sikre udvikling, prioritering og forankring af arbejdet med unges trivsel:

- Beskyttende faktorer
- Data og viden
- Involvering, mobilisering og samskabelse

Unge er forskellige. De har forskellige og varierende behov, vilkår og forudsætninger for at trives og leve gode ungeliv, der samtidig er en god start på voksenlivet. For at målrette indsatserne og samtidigt bevare overblikket har vi valgt en tredelt segmentering af målgruppen.

For hvert segment er der formuleret en delstrategi for henholdsvis Alle unge, Unge i mistrivsel og Unge i kompleks mistrivsel.

Som bilag til strategien er der udarbejdet en foreløbig *oversigt over udvalgte trivselsindsatser for unge i Gentofte Kommune*. Oversigten illustrerer omfanget og bredden af de eksisterende indsatser for delt på de stående udvalg. Samtidigt er det vigtigt at understrege, at oversigten er et øjebliksbillede. På kommende møde vil oversigten efter en godkendelse af strategien kunne danne afsæt for politisk drøftelse og prioritering af indsatserne på de respektive ressortområder.

Indstilling

Børn og Skole, Kultur, Unge og Fritid og Social og Sundhed indstiller

Til Erhvervs-, Beskæftigelses- og Integrationsudvalget, Børneudvalget, Skoleudvalget, Kultur-, Unge- og Fritidsudvalget samt Ældre, Social og Sundhedsudvalget, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen

- At Strategien for unges trivsel vedtages.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Skoleudvalget

Dato: 03-05-2023

Anbefales til Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen med bemærkning om, at strategien med fordel kan gøres kortere, og at der bør udarbejdes et resumé indledningsvist bestående af centrale afsnit fra Opsamling og afsnittet på s. 12 (lige over Data & Viden).

Forvaltningen arbejder videre med de øvrige modtagne input.

Udvalg: Erhvervs-, Beskæftigelses- og Integrationsudvalget

Dato: 16-05-2023

Erhvervs-, Beskæftigelses- og Integrationsudvalget den 16. maj 2023

Anbefales til Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen med bemærkning om, at strategien med fordel kan gøres kortere, og at der bør udarbejdes et resumé indledningsvist bestående af centrale afsnit fra Opsamling og afsnittet på s.12 (lige over Data & Viden).

Bilag
1. Oversigt over trivslelsindsatser - fordelt på fagudvalg (5072189 - EMN-2023-02880)
2. Strategi for unges trivsel - Revideret pba KBs temamøde 24042023 - ændringer markeret med grå (5073201 - EMN-2023-02880)

7 [**Åben**] **Årsplan for Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget**

Sags ID: EMN-2023-01248

Resumé
Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget orienteres om årsplanen.

Baggrund
Årsplan for Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget for 2023-24 giver udvalgets medlemmer mulighed for løbende at prioritere emner til behandling. Årsplanen viser forventede sager til behandling på udvalgets kommende fire møder. Årsplanens formål er at være med til at sikre:
1. At udvalget når gennem sit ressortområde på et vist niveau i løbet af et år
2. At der kan koordineres på tværs af udvalgene
3. At de øvrige kommunalbestyrelsesmedlemmer, som ikke sidder i udvalget, har indblik i, hvad der forventes drøftet på udvalgsmøderne. Senest opdaterede version gøres tilgængelig på Politikerportalen efter udvalgets behandling af den.

Indstilling
Social og Sundhed indstiller

Til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget:

At orienteringen om årsplanen tages til efterretning.

Tidligere beslutninger:
Udvalg: Ældre-,Social og Sundhedsudvalget

Dato: 09-03-2023

Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget den 9. marts 2023

Taget til efterretning.

Bilag
1. Årsplan for SU juni 2023 (5089468 - EMN-2023-01248)

8 [**Åben**] **Meddelelser fra formanden/forvaltningen og spørgsmål fra medlemmerne**

Sags ID: EMN-2021-08178

Resumé
Skriv et resumé af sagen

Baggrund
Skriv baggrund for sagen

Indstilling
Skriv indstillingen / indstillingerne i sagen

Tidligere beslutninger:
.

Bilag

9 [**Lukket**] Meddelelser fra formanden/forvaltningen og spørgsmål fra medlemmerne

10 [**Åben**] **Underskrift**

Sags ID: EMN-2021-08176

Tidligere beslutninger:
.

Bilag

Dokument Navn:	**Præsentation til temamøde i SU 1. juni 2023 (til dagsorden).pptx**
Dokument Titel:	**Præsentation til temamøde i SU 1. juni 2023 (til dagsorden)**
Dokument ID:	**5094228**
Placering:	**Emnesager/Temadrøftelse i ÆSSU - borgerettet forebyggelse/Dokumenter**
Dagsordens titel	**Temapunkt - borgerrettet forebyggelse**
Dagsordenspunkt nr	**1**
Appendix nr	**1**
Relaterede Dokumenter:	**1**

Dette dokument blev genereret af getorganized for SharePoint

Gentofte Kommune

Borgerrettet forebyggelse i Gentofte Kommune

Temamøde i Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget

1. juni 2023

Lovgrundlaget: Sundhedsloven § 119, stk. 1 og 2

- **Stk. 1. Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis**

- **Stk. 2. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne**

Forebyggelse kan defineres som sundhedsrelaterede aktiviteter, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden.

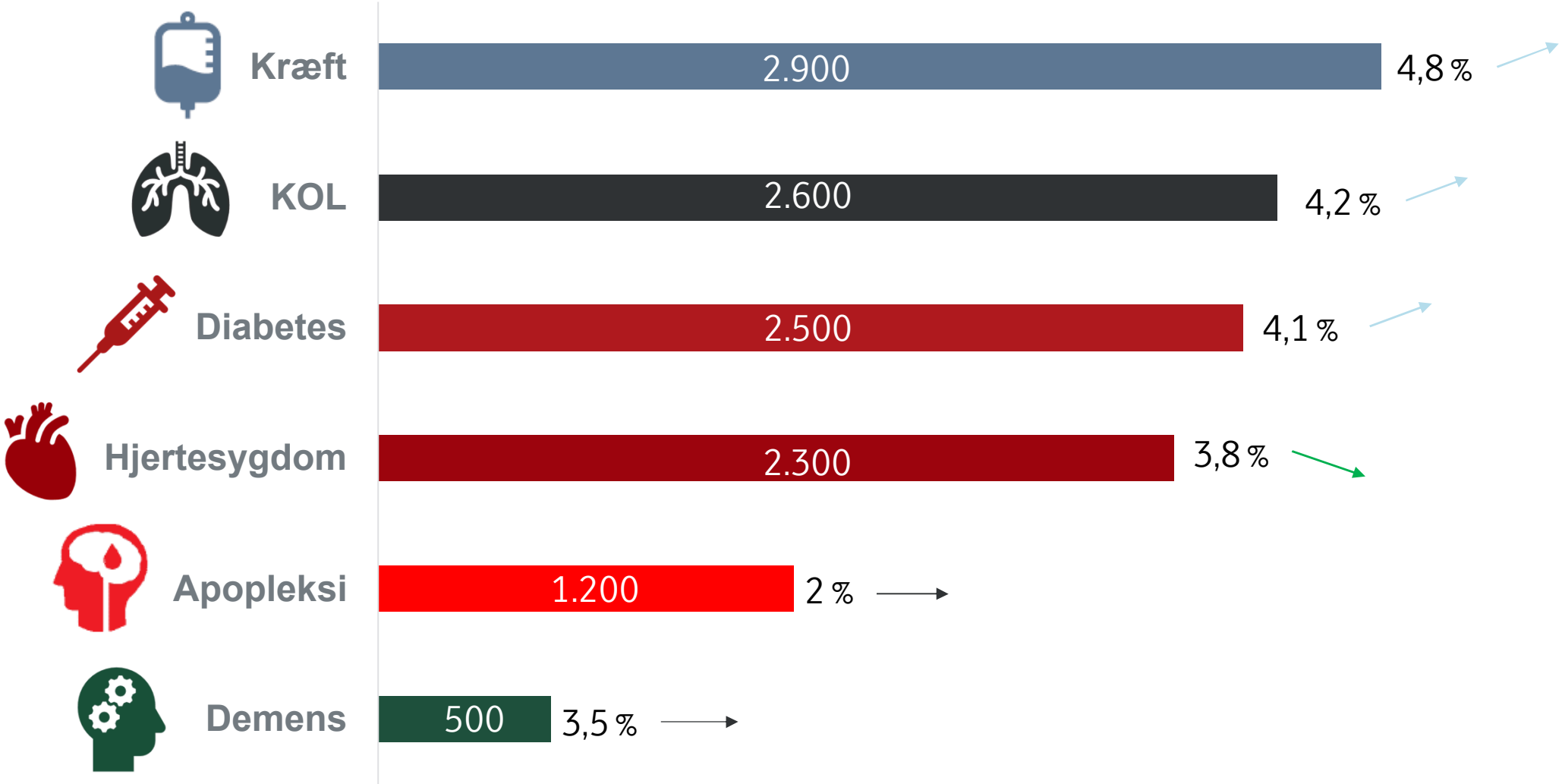
Sundhedsfremme kan defineres som sundhedsrelaterede aktiviteter, rammer og processer, der fremmer den enkeltes sundhed og folkesundheden.

Kilde: Sundhedsstyrelsen

Opsamling på Sundhedsprofil 2021

- Borgerne i Gentofte Kommune **lever generelt mere sundt og har bedre helbred** end gennemsnittet i regionen, fx:
  - **Laveste andel** i regionen, som **ryger dagligt,** har **usund kost,** og har **dårligt selvvurderet helbred.**
  - **Færre** har **lav fysisk aktivitet** og **overvægt** end i regionen. **Færre** har **søvnproblemer og sex uden prævention. Færre** har **dårlig mental trivsel,** så som **ensomhed, stress og dårlig livskvalitet, og dårlig fysisk helbred** end i regionen. Der er desuden generelt **færre** med **forløbsprogramsygdomme** end i regionen.
  - Der ses **høje** forekomster for indikatorer på **alkoholområdet,** såsom **storforbrug af alkohol, rusdrikning og alkohol i hjem med børn. Flere** har **stillesiddende tid, flere** unge har **sex uden kondom og forskellige seksualpartnere og flere unge bruger andre stoffer end hash.**
  - **Udvikling**: Der ses **stigninger for langt de fleste indikatorer**, såsom **overvægt, søvnproblemer, dårlig mental trivsel, dårligt fysisk helbred** og flere af **forløbsprogramssygdommene**. Der ses **fald for få indikatorer**, nemlig **daglig rygning** og **lav fysisk aktivitet i fritiden**.

Antal borger i Gentofte med kronisk sygdom i 2021



Valg af strategiske målsætninger 2023-24

- På Fællesmøde 31. okt. 2022 for Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, Kultur-, Unge- og Fritidsudvalget, Børneudvalget, Skoleudvalget, Erhvervs-, Beskæftigelses- og Integrationsudvalget og Klima-, Miljø og Teknikudvalget blev drøftet og indstillet fire strategiske målsætninger for 2023-2024 til KB

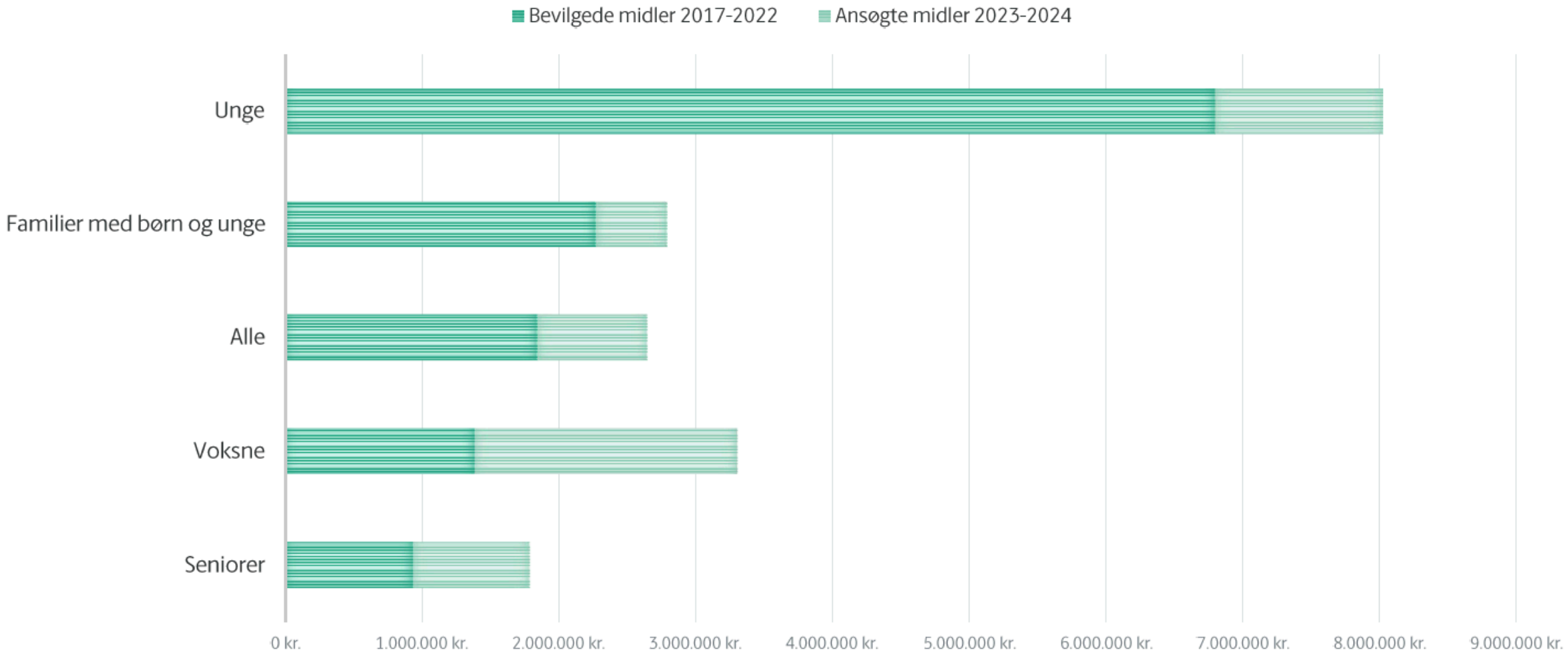
- På KB-møde 28. nov. 2022 præsenteres indstillingen fra Fællesmødet om de strategiske målsætninger for 2023-2024 mhp. vedtagelse

- Indsatsområderne udvælges blandt de syv 'Strategiske målsætninger' for den borgerrettede forebyggelse 2017-2024. De grønt markerede er valgt for perioden 2023-24:
  - Bevægelse hele livet
  - Sund kost og madkultur
  - Sund livsstil
  - Bedre trivsel
  - Sund ungekultur
  - Borgere med særlige sundhedsudfordringer
  - Nye veje til borgerrettet forebyggelse

- Til implementering af et indsatsområde kan der igangsættes flere indsatser. Hver indsats beskrives i en handleplan

Sundhedspolitikkens handleplaner

MÅLGRUPPER



Handleplaner 2017 - 2022

I perioden 2017-2020 er der gennemført 15 handleplaner inden for fem strategiske målsætninger.

1. Bevægelse hele livet
- Sund Start – Livsstilsprojekt for prædiabetikere
- Robuste ældre med skarpe hjerner
- Gentofte i bevægelse
- Ung i bevægelse

2. Sund livsstil og bedre trivsel
- Piger er cool uden røg
- Borgerrettet alkohol- og rusmiddelindsats
- Par i bevægelse i naturen
- Gratis psykologhjælp til unge

3. Sund ungekultur
- Forældresamarbejde i overgangen fra grundskole til ungdomsudd.
- Prøvehandlinger ifm. opgaveudvalget Unges sundhed og trivsel
- Unges seksuelle sundhed

4. Borgere med særlige sundhedsudfordringer
- Flere gode leveår med sund kost
- Fastholdelse af funktionsevnen for udsatte borgere/Kulturel Byhave
- Motion og fællesskaber for unge ledige borgere

5. Nye veje til borgerrettet forebyggelse
- Sunde Fællesskaber – i dit lokalområde

I perioden 2021-2022 er der gennemført syv nye handleplaner inden for fire strategiske målsætninger:

1. Bevægelse hele livet
- Ung i bevægelse
- Cykelture med grøn guide

2. Sund kost og madkultur
- Mere økologi i Gentofte Kommunes institutioner og tilbud

3. Sund livsstil og bedre trivsel
- Unge og søvn – genvej til trivsel og bedre indlæring
- Robuste seniorer - når ældre kan selv eller sammen med andre

4. Sund ungekultur
- Stop dit forbrug af nikotin/snus – et gruppetilbud til unge i Gentofte Kommune
- Udvikling af samarbejdsmodel for unges seksuelle sundhed

.

Handleplaner som gennemføres i 2023-2024

Sund livsstil: Alkoholindsats blandt voksne og ældre med fokus på kulturændring.

- Kompetenceudvikling af frontpersonale
- Værdighed og livskvalitet blandt ældre
- Dialog om voksnes alkoholkultur
- Ansvarlige foreninger
- Indsats målrettet praktiserende læger og Gentofte Hospital

Bedre trivsel: Sundhedskonsulenter på ungdomsuddannelser og i 10. klasse

Let iltgængelig sundhedsfaglig rådgivning og brobygning til relevante faglige tilbud, samt tidlig opsporing gennem sundhedskonsulenter på ungdomsuddannelserne og i ungdomsskolens 10. klasser.

Bedre trivsel: Styrkelse af familiens trivsel

Forebyggende indsats til samboende forældre til forebyggelse af konflikter og samlivsproblemer gennem tilbud om rådgivning, støtte og hjælp.

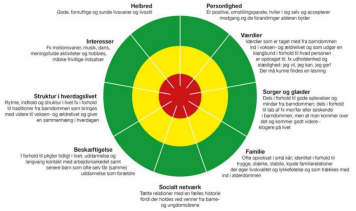
Borgere med særlige sundhedsudfordringer, Nye veje til borgerrettet forebyggelse: Naturbaseret terapi.

Tilbud af forebyggende og behandlende karakter i et bevidst formgivet område skabt til at understøtte mental sundhedsfremme gennem naturbaseret terapi – aktiviteter, mindfullnes, afspænding mv.

Handleplaner som gennemføres i 2023-2024

Bedre trivsel,
Borgere med særlige sundhedsudfordringer:
Gå med Gentofte.

Motion og fællesskaber bidrager til trivsel. Der gennemføres forløb, hvor ledige via en app kan tilmelde sig fælles gåture med en 'gå-vært'.



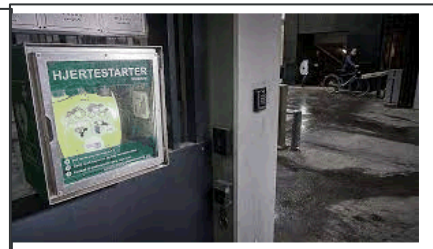
Bedre trivsel,
Borgere med særlige sundhedsudfordringer:
Gå med Gentofte.

Ny viden om hvilke faktorer (de ni robusthedsfaktorer fra 'Robuste Ældre'), der påvirker borgere i udsatte situationer mhp. at justere eksisterende tilbud i det omfang analysen tilsiger det. Det gælder ex. støttekontaktpersoner, netcafeer, opsøgende besøg og midlertidge tilbud.

Bedre trivsel,
Borgere med særlige sundhedsudfordringer:
Aktive fællesskaber.

Formålet er, at aktivere flere 60+ årige gennem sport, motion og aktive fællesskaber, Ønsket er, at skabe bedre trivsel og sundhed og derigenne reducere ensomhed og sygdom samt skabe flere gode leveår.

Andre besluttede indsatser

2. årigt forsøg med gratis førstehjælpskurser.	 Flere tilgængelige hjertestartere i Kommunen.
Afdækning af omfanget af og årsagerne til ensomhed blandt ældre med henblik på, at igangsætte initiativer, som kan nedbringe ensomheden	

Dokument Navn:	**kvalitetsstandarder-for-pleje-og-sundhedsomraadet-i-gentofte-kommune-2022-tlg.pdf**
Dokument Titel:	**kvalitetsstandarder-for-pleje-og-sundhedsomraadet-i-gentofte-kommune-2022-tlg**
Dokument ID:	**5071590**
Placering:	**Emnesager/Kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet 2023/Dokumenter**
Dagsordens titel	**Kvalitetstandard for pleje- og sundhedsområdet 2023**
Dagsordenspunkt nr	**4**
Appendix nr	**1**
Relaterede Dokumenter:	**2**

Dette dokument blev genereret af getorganized for SharePoint

Kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet i Gentofte Kommune 2022

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022
Sagsnr. EMN-2022-02982

Indholdsfortegnelse

1. Indledning 5

Hvilke indsatser dækker kvalitetsstandarden 5

Hvad er en kvalitetsstandard 5

Politikernes opgaver og ansvar 6

Gentofte Kommunes kvalitetsstandard 6

2. Serviceniveau 7

Gentofte Kommunes politikker 7

Principper for kvalitetsstandarder 8

Principper for revision og vedligeholdelse 9

Kvalitets- og Servicemål 10

Sagsbehandlingstider og frister for levering af indsatser 11

Bevilling af indsatser Lov om Social Service §§ 83 og 83 a 13

Leverandører af §§ 83 og 83 a 15

Fleksibel hjemmehjælp 15

Bevilling af træning efter Lov om Social Service § 86. 16

Leverandør af § 86 16

Politisk fastsat serviceniveau 16

Praktiske hjælp – Rengøring 16

Praktisk hjælp – Indkøbsordning 17

Praktisk hjælp – Hjælp til bestilling af varer 19

Praktisk hjælp – Hævning af kontanter i pengeinstitut 20

Praktisk hjælp – Tøjvask 21

Praktisk hjælp – Madservice 22

Praktisk hjælp – Anrette og servere mad og drikke 24

Personlig hjælp 25

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Rehabilitering **26**

Genoptræning **27**

Vedligeholdende træning **29**

Forebyggende hjemmebesøg **30**

3. Forvaltningsgrundlag ***32***

Sagsbehandling **32**

Revurderinger af indsatser efter Lov om Social Service §§ 83 og 83 a **34**

Tilsyn, kontrol, opfølgning og egenkontrol **34**

4. Indsatskatalog ***35***

Indledning **35**

Kvalitetsmål for udførelse af indsatserne: **35**

Beskrivelse af indsatser **35**

Hvornår leveres personlig hjælp **35**

Hvornår leveres praktisk hjælp **36**

Praktisk Hjælp **36**

Rengøring (Praktisk hjælp) **36**

Indkøbsordning (Praktisk hjælp) **38**

Hjælp til bestilling af varer (Praktisk hjælp) **40**

Indkøb variabel tid – Hævning af kontanter i bank (Praktisk hjælp) **42**

Tøjvask (Praktisk hjælp) **43**

Anrette og servere mad og drikke (Praktisk hjælp) **44**

Madservice (Praktisk hjælp) **46**

Personlig hjælp **47**

Personlig hygiejne (Personlig hjælp) **47**

Udskillelser (Personlig hjælp) **49**

Ernæring (Personlig hjælp) **51**

Mobilitet (Personlig hjælp) **52**

Tilsyn og omsorg (Personlig hjælp) **54**

Hjælper nr. 2 (Personlig hjælp) **54**

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022
Sagsnr. EMN-2022-02982

Hjælp til hverdagens aktiviteter (Personlig hjælp) 54

Rehabiliteringsforløb 55

Genoptræning 56

Vedligeholdende træning 57

Delegerede sygeplejeindsatser 59

5. Bilag 60

Bilag 1: Lovgivning. 61

Bilag 2: Anvendte termer og begreber 63

Bilag 3. Borgerens rettigheder og pligter 65

Bilag 4. Klagemuligheder 67

Bilag 5. Samarbejde mellem myndighed og leverandør ved § 83 hos borgere, som ikke bor i plejebolig 69

Bilag 6. Krav til leverandøren af § 83 til borgere, som ikke bor i plejebolig 71

Bilag 7: Gentofte Kommunes Værdighedspolitik 75

Bilag 8: Forflytningspolitik 76

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

1. Indledning

Ifølge Lov om Social Service skal kommunalbestyrelsen mindst én gang årligt udarbejde en kvalitetsstandard for Forebyggende hjemmebesøg, Personlig og praktisk hjælp, Rehabilitering samt Genoptræning og vedligeholdelsestræning efter lovens §§ 79a, 83, 83a og 86. Se nærmere beskrivelse af kommunalbestyrelsens opgaver i afsnit *Principper for kvalitetsstandarder*. Den fulde tekst i *Lovbekendtgørelse om kvalitetsstandarder for hjemmehjælp m.m.* fremgår af Bilag 1.

Hvilke indsatser dækker kvalitetsstandarden

Kvalitetsstandarden indeholder de obligatoriske indsatsområder, som Pleje & Sundhed er ansvarlig for at bevilge.

Gentofte Kommune har kvalitetsstandarder for andre §§ efter både Lov om Social Service, Sundhedsloven og Lov om Almene boliger. Disse udarbejdes administrativt for at støtte god forvaltningspraksis, og indgår ikke i dette dokument.

Nærværende beskrivelse omfatter indsatser inden for:

- Lov om Social Service § 79a — Forbyggende hjemmebesøg
- Lov om Social Service § 83 — Personlig og praktisk hjælp
- Lov om Social Service § 83a — Rehabilitering
- Lov om Social Service § 86 — Genoptræning og vedligeholdende træning

De konkrete indsatser er beskrevet i indsatskataloget.

Hvad er en kvalitetsstandard

Ifølge lovbekendtgørelsen om kvalitetsstandarder skal en kvalitetsstandard indeholde følgende informationer:

- **Serviceniveauet,** som kommunalbestyrelsen har fastsat.
- **Forvaltningsgrundlaget,** som gør myndighedsfunktioner i stand til at omsætte det politisk besluttede serviceniveau til korrekte individuelle afgørelser om, hvilken indsats borgeren kan få samt sikre sammenhæng mellem besluttet serviceniveau og afsatte ressourcer.
- **Serviceinformation** til borgerne, som gør det muligt for borgerne at få indsigt i det serviceniveau kommunalbestyrelsen har besluttet.

Yderligere er der udarbejdet et indsatskatalog:

- **Indsatskataloget** beskriver de enkelte indsatser, deres indhold og kvalitetsmål samt oplyser leverandørerne om, hvornår en indsats er udført med et fagligt og servicemæssigt indhold, der er tilstrækkeligt.

Kvalitetsstandarden tjener således flere formål og har flere målgrupper, både politikere, myndighed, leverandører og borgere. Overordnet er en kvalitetsstandard en samlet beskrivelse af informationer, værktøjer og metoder, som tilsammen udgør et styringsredskab for området.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Politikernes opgaver og ansvar

Af bekendtgørelsen om kvalitetsstandarder efter Lov om Social Service fremgår det, at politikkerne har følgende opgaver ift. kvalitetsstandarden:

- **Kommunalbestyrelsen skal mindst én gang årligt udarbejde en kvalitetsstandard**
  Indenfor de politiske fastsatte rammer vurderer politikerne omfang og aktualitet af kvalitets- og servicemål, indsatser, visitationskriterier for bevilling af indsatser samt omfang og hyppighed for levering af de enkelte indsatser.

- **Kommunalbestyrelsen skal sikre sammenhæng mellem serviceniveau, de afsatte ressourcer, afgørelserne samt leveringen af hjælpen.**
  Hvis drøftelserne i forrige punkt har affødt ændringer til de gældende beskrivelser, skal der udarbejdes en konsekvensvurdering. Konsekvensvurderingen skal indeholde de afledte ressourcemæssige og budgetmæssige konsekvenser af ændringerne, således at det er tydeligt, hvad der skal disponeres for at sammenhængen mellem det ønskede serviceniveau og de ressourcer, der skal anvendes for at levere serviceniveauet, er tilstede.

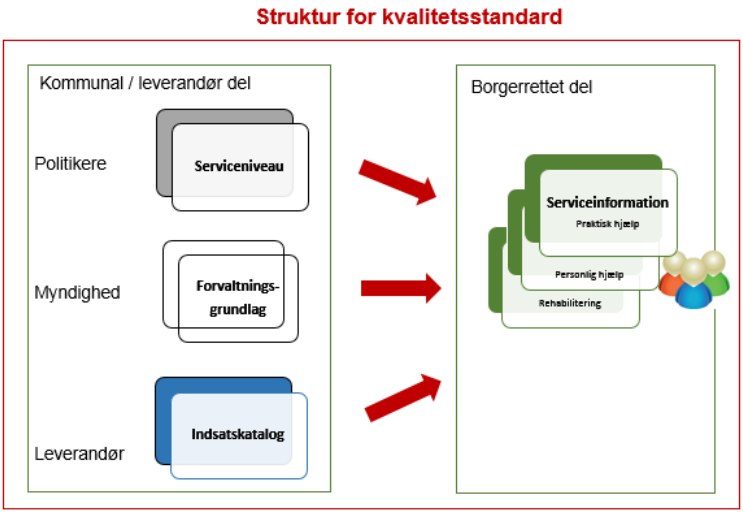
- **Kommunalbestyrelsen skal mindst én gang årligt følge op på, at ovenstående sammenhænge er i overensstemmelse med virkeligheden**.
  Kommunalbestyrelsens sikring af sammenhængene i ovenstående punkt er af planlægnings- og budgetmæssig karakter. Politikkerne har derfor også ansvar for, at der følges op på at planer og budgetter realiseres. Opfølgningsansvaret kan i praksis håndteres ved at resultaterne af en række opfølgningsaktiviteter sammenskrives og forelægges politisk. Informationer indgår i kvartalsrapporten og budgetopfølgningen.

Gentofte Kommunes kvalitetsstandard

Som tidligere beskrevet i afsnittet *Hvad er en kvalitetsstandard* tjener kvalitetsstandarden flere formål. Kvalitetsstandarden er derfor opdelt i en kommunal/leverandør del, som retter sig mod henholdsvis politikere, myndighed og leverandører samt en borgerrettet del, der indeholder serviceinformation til borgere[1].

Strukturen fremgår af nedenstående figur.

[1] Servicebeskrivelse, Gentofte Kommune



2. Serviceniveau

Serviceniveauet udgør rammen for indsatser og kriterier for bevilling, som Kommunalbestyrelsen har besluttet.

Serviceniveauet tager udgangspunkt i kommunens overordnede politikker, principper og rammer for, hvilke indsatser borgerne kan modtage, og hvilke kriterier, der kan gøre borgerne berettiget til indsatser i forskelligt omfang. Beskrivelsen af serviceniveauet skal understøtte politikernes opgave med at fastlægge serviceniveauet.

Formålet med beskrivelsen af serviceniveauet, er at synliggøre den politiske prioritering, der danner grundlaget for, at afgørelser om bevilling af indsatser efter en individuel vurdering, træffes på en ensartet måde og inden for de overordnede rammer.

Gentofte Kommunes politikker

Det er den kommunale myndigheds samt de kommunale og private leverandørers ansvar at leve op til Gentofte Kommunes vedtagne politikker og strategier på området:

- Værdighedspolitik[2]
- Sundhedspolitik – Sundhed i Gentofte, Borgerrettet forebyggelse 2017 – 2024[3].
- Sundhedspolitik – Sundhed i Gentofte, Borgerrettet behandling 2017 - 2024[4]
- Alkoholstrategi[5]
- Mad- og måltidspolitik[6]

[2] Værdighedspolitik, Gentofte Kommune
[3] Sundhedspolitik, Gentofte Kommune
[4] Sundhedspolitik, Gentofte Kommune
[5] Alkoholstrategi, Gentofte Kommune
[6] Mad- og måltidspolitik, Gentofte Kommune

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

- Handicappolitik[7]

Principper for kvalitetsstandarder[8]

Gentofte Kommune har vedtaget følgende principper, som gælder for alle kvalitetsstandarder og indsatser i Social & Sundhed:

Indholdsprincip 1: Rehabilitering er udgangspunktet for bevilling af alle ydelser

Gentofte Kommune tager udgangspunkt i, at *"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og videnbaseret indsats"*[9].

Rehabilitering går forud for kompenserende tilbud
Det vurderes altid forud for et kompenserende tilbud, om et kortere og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb kan forbedre borgerens funktionsevne og dermed nedsætte eller udskyde borgerens behov for kompenserende hjælp eller borgeren helt kan undvære et tilbud. Hvis kommunen vurderer, at funktionsevnen kan forbedres ved et rehabiliterende tilbud, gives der altid et rehabiliterende tilbud forud for eller sammen med et kompenserende tilbud.

Der skal formuleres klare mål for indsatsen
En faglig helhedsvurdering omsættes til mål for indsatsen, der formuleres i samarbejde med borgeren samt med udgangspunkt i borgerens ressourcer. Hensigten med et mål er at skabe et fælles grundlag og sammenhæng i forløbet uanset, hvem der løser opgaven, og hvor det gøres.

Borgere understøttes i at opnå et selvstændigt og meningsfyldt liv
Kvalitetsstandarderne beskriver målgruppen for den enkelte indsats samt kriterier for tildeling af indsatsen. Der anvendes en systematiske udredning inden, der bevilges en indsats, og kvalitetsstandarderne er således et centralt redskab for kommunens myndighedsudøvelse.

Funktionsevne er kriterium for bevilling af en indsats
Borgeren tildeles indsatser efter en konkret, individuel vurdering med udgangspunkt i borgeren funktionsniveau og ressourcer.

Borgeren medvirker – inddragelse af borgerens ressourcer
Borgerens livskvalitet skal bevares trods svækkelse, sygdom eller handicap. I et ligeværdigt samarbejde med borgeren fastsættes borgerens mål, og det afklares, hvordan borgerens egne og netværkets ressourcer inddrages i løsningen af opgaver.

---

[7] Handicappolitik, Gentofte Kommune

[8] Vedtaget på Socialudvalgsmøde den 18. maj 2016 og godkendt i Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget den 8. maj 2019.

[9] Citat fra: *"Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet Rehabilitering i Danmark"*.

Link: Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet Rehabilitering i Danmark

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Indholdsprincip 2: Afgørelser træffes på baggrund af faglige vurderinger og kommunens serviceniveau

Hjælpen efter Lov om Social Service bygger på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie. Hjælpen tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte borgers behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Afgørelse efter loven træffes på baggrund af individuel faglig vurdering og kommunens serviceniveau.

Mindste indgriben i borgerens liv
Indsatser tilrettelægges efter en konkret og individuel vurdering med udgangspunkt i mindst mulig indgriben i borgerens liv. Hvis målet for indsatsen kan tilgodeses af et ambulant-, rehabiliterings- eller velfærdsteknologisk tilbud tilbydes dette forud for et mere indgribende tilbud.

Tilbud om gruppeforløb går forud for individuelle forløb
Det betyder, at alle indsatser tilbydes på gruppeniveau/holdniveau, hvis det er muligt, frem for individuelle indsatser.

Indsatser er i udgangspunktet midlertidige
Alle ydelser er som udgangspunkt tidsbegrænsede. Indsatsen vurderes løbende, og der tages stilling til, om indsatserne skal ophøre eller ændres. Borgeren har pligt til at informere kommunen om ændringer i funktionsevner eller andre forhold, som har betydning for indsatsen.

Indholdsprincip 3: Velfærdsteknologiske og digitale løsninger går forud for kompenserende indsatser, hvor det er muligt

Det skal løbende vurderes, om velfærdsteknologiske og digitale løsninger kan afhjælpe borgerens behov for hjælp og dermed gøre borgeren helt eller delvist uafhængig af hjælp. Velfærdsteknologiske og digitale løsninger bevilges efter en individuel vurdering forud for kompenserende indsatser, hvis det er muligt.

Principper for revision og vedligeholdelse

Endvidere har kommunen besluttet følgende principper for revision og vedligeholdelse af kvalitetsstandarderne:

Procesprincip 1: Politisk drøftelse af indholds- og procesprincipper.

Indholds- og procesprincipper for kvalitetsstandarder mv. skal drøftes og besluttes politisk minimum en gang i hver valgperiode.

Procesprincip 2: Høring i Handicapråd og Seniorråd.

I henhold til Seniorrådets vedtægt, skal Seniorrådet have mulighed for "at udtale sig nærmere om ændringer på ældreområdet", og Seniorrådet skal derfor have forelagt de kvalitetsstandarder til udtalelse på pleje- og sundhedsområdet, hvor der er krav om politisk godkendelse samt kvalitetsstandarder som lægges op til politisk behandling grundet væsentlige ændringer i serviceniveau jf. procesprincip 5.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Ligeledes skal Handicaprådet have mulighed for at udtale sig nærmere om ændringer på social- og handicapområdet, og de skal derfor have forelagt de kvalitetsstandarder på området, hvor der er krav om politisk godkendelse jf. procesprincip 2. samt kvalitetsstandarder som lægges op til politisk behandling grundet væsentlige ændringer i serviceniveau jf. procesprincip 5.

Procesprincip 3: Godkendelse af kvalitetsstandarder.

Gentofte Kommune udarbejder kvalitetsstandarder, som grundlag for tildeling af indsatser på pleje- og sundhedsområdet samt social- og handicapområdet. Ligeledes har Gentofte Kommune ydelsesbeskrivelser i sammenhæng til hver af de takstfinansierede indsatser på Social & Handicap Drifts område, som grundlag for indplacering af borgerne i rette tilbud. Kun kvalitetsstandarder og ydelsesbeskrivelser, hvor der er lovkrav om godkendelse på et møde i Kommunalbestyrelsen skal godkendes politisk. Øvrige kvalitetsstandarder mv. udarbejdes administrativt til understøttelse af god forvaltningspraksis.

Procesprincip 4: Kommunikation af kvalitetsstandarder og ydelsesbeskrivelser mv

Kvalitetsstandarder og indsatsbeskrivelser skal kommunikeres til borgere og samarbejdspartnere via kommunens hjemmeside i et borgervenligt sprog.

Procesprincip 5: Væsentlige ændringer i serviceniveau skal drøftes og besluttes politisk i Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget.

Når forvaltningen reviderer kvalitetsstandarder mv. skal denne altid vurdere, om der er ændringer i serviceniveauet, der er så væsentlige, at der er behov for en politisk drøftelse.

Kvalitets- og Servicemål

Dette afsnit indeholder målsætninger, som vedrører sagsbehandlingen og udførelsen af indsatserne.

Faglige kompetencer

Medarbejderne skal have sundhedsfaglige og personlige kompetencer, der sikrer, at indsatsen ydes på en måde, så borgerens fysiske, sociale og kognitive evner understøttes og den aldersbetingede svækkelse udskydes.

Leverandørens medarbejderes kvalifikationer og kompetencer skal vedligeholdes og udvikles i takt med udviklingen på området.

Praktisk og personlig hjælp Lov om Social Service § 83

Det skal tilstræbes, at medarbejderne har en sundhedsfaglig uddannelse. Leverandøren skal sikre, at medarbejdere, der ikke har en sundhedsfaglig uddannelse, er undervist i eller på anden vis har nødvendige, dokumenterede kompetencer i forhold til de opgaver, der varetages.

Mindst 85% af de udførende medarbejdere skal have en sundhedsfaglig uddannelse.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Rehabilitering Lov om Social Service § 83 a

Medarbejderne, som leverer indsatser efter Lov om Social Service § 83 a skal være fysioterapeuter eller ergoterapeuter - eller have en anden sundhedsfaglig uddannelse suppleret med særlige kompetencer inden for rehabilitering.

Genoptræning og vedligeholdende træning Lov om Social Service § 86

Medarbejderne, som leverer indsatser efter Lov om Social Service § 86 skal være fysioterapeuter og ergoterapeuter - eller have en anden sundhedsfaglig uddannelse suppleret med særlige kompetencer inden for rehabilitering.

Sagsbehandlingstider og frister for levering af indsatser

For alle ansøgninger og indsatser er der fastsat tidsfrister – se nedenstående skema.

- Fra anmodning om hjælp til der foreligger en afgørelse.

  Jf. Retssikkerhedsloven § 3, stk. 2 skal der inden for det sociale område fastsættes frister for, hvor lang tid der må gå fra modtagelse af ansøgning, til der er truffet afgørelse. Hvis denne frist ikke kan overholdes, skal ansøgeren skriftligt have besked om, hvornår ansøgeren kan forvente en afgørelse.

- Fra afgørelsen foreligger til indsatsen begynder.

Ansøgninger om hjælp behandles så hurtigt som muligt og inden for nedenstående fastsatte grænser.

Sagsbehandlingstider

Ansøgninger om praktisk hjælp efter § 83 i Lov om Social Service.

- Frist fra ansøgning til afgørelse af sagsbehandler er 10 arbejdsdage.
- Frist fra ansøgning/afgørelse til indsatsen modtages fra leverandør er 5 arbejdsdage efter afgørelsen.

Ansøgninger om madservice efter § 83 i Lov om Social Service.

- Frist fra ansøgning til afgørelse af sagsbehandler er 3 arbejdsdage.
- Frist fra ansøgning/afgørelse til indsatsen modtages fra leverandør er 3 arbejdsdage efter afgørelsen.

Ansøgninger om akut behov for madservice efter § 83 i Lov om Social Service.

- For ansøgninger modtaget inden kl. 12 sker leveringen dagen efter.

Ansøgninger om indkøbsordning efter § 83 i Lov om Social Service.

- Frist fra ansøgning til afgørelse af sagsbehandler er 10 arbejdsdage.
- Frist fra ansøgning/afgørelse til indsatsen modtages fra leverandør er 5 arbejdsdage efter afgørelsen.

Ansøgninger om personlig hjælp i hjemmet efter § 83 i Lov om Social Service.

- Frist fra ansøgning til afgørelse af sagsbehandler er 3 arbejdsdage.
- Frist fra ansøgning/afgørelse til indsatsen modtages fra leverandør er 3 arbejdsdage efter afgørelsen.

Ansøgninger om Akut behov for personlig hjælp – herunder hjælp efter udskrivelse fra hospital efter § 83 i Lov om Social Service.

- Der er ingen skriftlig afgørelse. Den skriftlig afgørelse udarbejdes senere (evt. efter visitationsbesøg).
- Frist fra ansøgning/afgørelse til indsatsen modtages fra leverandør er inden for samme døgn som ansøgning er modtaget.

Ansøgninger om erstatningshjælp efter § 83 i Lov om Social Service.

- Frist fra ansøgning/afgørelse til indsatsen modtages fra leverandør er at borgeren får en ny tid indenfor 5 arbejdsdage.

Ansøgninger om skift af leverandør efter § 83 i Lov om Social Service.

- Frist fra ansøgning/afgørelse til indsatsen modtages fra leverandør er, at opsigelsen er løbende måned plus 1 måned inden ny leverandør tiltræder.

Ansøgninger om rehabilitering efter § 83 a i Lov om Social Service.

- Frist fra ansøgning til afgørelse af sagsbehandler er 3 arbejdsdage (for personlig hjælp) og 10 arbejdsdage (for praktisk hjælp).
- Frist fra ansøgning/afgørelse til indsatsen modtages fra leverandør er 10 arbejdsdage efter afgørelsen.

Ansøgninger om genoptræning efter § 86, stk. 1 i Lov om Social Service.

- Frist fra ansøgning til afgørelse af sagsbehandler er 3 arbejdsdage.
- Frist fra ansøgning/afgørelse til indsatsen modtages fra leverandør er 15 arbejdsdage efter afgørelsen.

Ansøgninger om vedligeholdende træning efter § 86, stk. 2 i Lov om Social Service.

- Frist fra ansøgning til afgørelse af sagsbehandler er 3 arbejdsdage.
- Frist fra ansøgning/afgørelse til indsatsen modtages fra leverandør er 15 arbejdsdage efter afgørelsen.

Ansøgninger om Aktindsigt jf. Forvaltningsloven.

- Frist fra ansøgning til afgørelse af sagsbehandler er 7 arbejdsdage.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Tidsfrister for borgeren

Klage over afgørelser

Kommunen skal modtage klagen inden for normal arbejdstid senest 4 uger fra ansøger har modtaget afgørelsen.

Klage over leverancer eller medarbejdere

Der er ingen klagefrist for klager over kommunens leverede indsatser eller over medarbejdere.

Klager om aktindsigt

Der er ingen klagefrist for klager om aktindsigt.

Bevilling af indsatser Lov om Social Service §§ 83 og 83 a

Bevillingskompetence og målgruppe for bevilling af hjælp efter Lov om Social Service §§ 83 og 83 a fremgår af nedenstående skema.

For at Gentofte Kommune kan yde borgerne den bedst mulige hjælp til at bibeholde et så selvstændigt liv som muligt, skal borgeren tage medansvar og samarbejde. Dette sker med udgangspunkt i borgerens individuelle funktionsevne. Mulighederne for at forbedre borgerens funktions- og helbredstilstand efter § 83 a vurderes og afprøves. Borgeren skal deltage aktivt i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet og deltage aktivt i det tilbudte rehabiliterende forløb. Hvis borgeren ikke ønsker at deltage i rehabiliteringsforløbet, kan der alene af den grund ikke gives afslag på anmodningen om hjælp.

Hvis en borger efter at have modtaget instruktion, vejledning, anvisning om mindre belastende arbejdsstillinger, anvisning til anskaffelse af andre redskaber eller teknologiske hjælpemidler og evt. hjælpemiddel samt rehabilitering og træning er i stand til selv at udføre en opgave helt eller delvist skal denne efterfølgende gøre det, og borger anses for ikke at være berettiget til hjælp til opgaven.

Målgruppen for indsatser efter § 83 er borgere, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre nødvendige praktiske opgaver i hjemmet eller personlige opgaver, kan få tilbud om praktisk hjælp, personlig hjælp og madservice.
Det er Pleje og Sundhed – Myndighed der bevilliger indsatser efter §83.

Målgruppen for indsatser efter § 83 a er borgere, som er omfattet af målgruppen for Lov om Social Service § 83, hvor det samtidig vurderes, at et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb vil kunne forbedre borgerens funktionsevne, og dermed vil kunne nedsætte behovet for kompenserende hjælp. Rehabiliteringsforløbet relaterer sig til den hjælp, som kan bevilges efter § 83.
Det er Pleje og Sundhed – Myndighed der bevilliger indsatser efter §83 a.

Bevilling af hjælp efter §§ 83 og 83 a

Hjemmeboende borgere og borgere i plejebolig samt borgere i midlertidigt ophold
Hjemmeboende borgere og borgere i plejebolig bevilges indsatser efter Lov om Social Service §§ 83 og 83 a.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Ved henvendelse om hjælp i eget hjem foretager Pleje & Sundhed - Myndighed en konkret individuel vurdering af borgerens funktionsevne og behov, og resultatet af vurderingen bliver dokumenteret i en afgørelse til borgeren.

I henhold til Lov om Social Service § 83 a skal borgeren, som er i målgruppen for § 83 tilbydes et kortevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb, hvis det vurderes, at dette kan forbedre borgerens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83. Forløbet skal være helhedsorienteret og tværfagligt, og der skal være formuleret individuelle mål i samarbejde med borgeren.

Borgerens behov for hjælp udvikler sig over tid, og borgeren er forpligtet til at informere kommunen, hvis behovet for hjælp ændres. Det er Pleje & Sundhed - Myndigheds ansvar i samarbejde med leverandørerne af indsatserne, at hjælpen altid modsvarer borgerens aktuelle behov og befinder sig inden for rammerne af det besluttede serviceniveau.

Borgeren skal indvillige i, at der i hjemmet findes nødvendige relevante arbejdsredskaber til medarbejderne (APV-hjælpemidler). Derudover skal borgeren indvillige i, at det kan være nødvendigt at ændre møbleringen i hjemmet for at sikre, at medarbejderen kan arbejde og undgå skader.

Borgere, som bevilges en plejebolig med hjemmehjælp eller en plejebolig med fast personale bevilges i forbindelse med indflytningen også praktisk og personlig hjælp. Kommunalbestyrelsen har besluttet, at borgere i plejeboliger og borgere på midlertidige pladser ikke har frit valg af leverandør af hjemmehjælp og madservice. Leverandøren i plejeboliger er Gentofte Kommune.

Hvordan bevilliges indsatser efter §§ 83 og 83 a

På baggrund af borgerens funktionsevne, behov for rehabilitering samt kommunens serviceniveau og kriterier for bevilling træffes afgørelse om hjælp.

Ved behandling af ansøgning om hjælp efter Lov om Social Service §§ 83 og 83 a anvender Pleje & Sundhed - Myndighed Fælles Sprog III's kategorisering af borgerens begrænsninger. Hver kategori beskriver graden af begrænsninger, som borgeren har ift. at varetage/udføre en given aktivitet. De fem kategorier er:

1. Ingen begrænsninger

Borgeren er selvstændig og har ikke behov for personassistance for at udføre aktiviteten.

2. Lette begrænsninger

Borgeren er den aktive part og kan med let personassistance udføre aktiviteten.

3. Moderate begrænsninger

Borgeren er den aktive part og kan under forudsætning af moderat personassistance udføre aktiviteten.

4. Svære begrænsninger

Borgeren deltager og kan under forudsætning af omfattende personassistance udføre aktiviteten.

5. Totale begrænsninger

Borgeren er ude af stand til at udføre aktiviteten og har brug for fuldstændig personassistance.

Vurderingen af borgerens behov sker i samarbejde med borgeren. Visitator udmønter indsatser og omfanget af hjælp i en afgørelse til borgeren. Hvis borgerens funktionsevne ændrer sig, revurderes borgerens behov for hjælp.

Enkelte indsatsområder bevilges på baggrund af konkrete kriterier. Sagsbehandleren vurderer, om borgerens samlede situation opfylder disse kriterier. Kriterierne kaldes i afsnittet *Politisk fastsat serviceniveau* for "Kriterier for bevilling".

Leverandører af §§ 83 og 83 a

Gentofte Kommunes leverandører af personlig og praktisk hjælp efter Lov om Social Service § 83 fremgår af kommunens hjemmeside[10]. Følgende gælder for valg af leverandører:

Hjemmeboende borgere har frit valg af leverandør til de til enhver tid godkendte leverandører af:

- praktisk hjælp
- personlig hjælp
- indkøbsordning
- madservice

Borgere, der bor i plejebolig med hjemmehjælp, har frit valg af leverandør af:

- indkøbsordning

Rehabiliterende indsatser bevilget efter § 83 a leveres af Gentofte Kommune, Tværgående Træningsteam.

Fleksibel hjemmehjælp

Borgeren har ret til at bytte indsatser inden for praktisk hjælp og personlig hjælp. Borgeren kan også 'bytte' og erstatte indsatser med opgaver, som borgeren har mere brug for f.eks. en gåtur, afrimning af køleskab eller aftørring af låger på køkkenskabe. Det vil sige, at der også kan 'byttes' til mindre opgaver, som ikke indgår i serviceniveauet.

Borgeren kan også bytte mellem praktisk hjælp og personlig hjælp.

Når der byttes mellem indsatser, skal det altid være fagligt forsvarligt, hvilket vurderes af den udførende medarbejder.

Indsatser, der er bevilget efter § 83 kan ikke byttes, når borgeren deltager i et rehabiliteringsforløb efter § 83 a.

Hvis borgeren fem på hinanden følgende gange bytter en indsats til andre opgaver, skal borgerens behov revurderes af Visitationen.

---

[10] Gentofte Kommunes hjemmeside: Frit valg af leverandør

Bevilling af træning efter Lov om Social Service § 86.

Bevillingskompetence og målgruppe for bevilling af genoptræning og vedligeholdende træning efter Lov om Social Service § 86, stk. 1 og 2 fremgår af nedenstående skema.

Målgruppe for indsatsen efter § 86, stk. 1 er borgere, som er midlertidigt svækket og har en fysisk funktionsevnenedsættelse forårsaget af sygdom, som ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse. Det er Pleje og Sundhed – Tranehaven der bevilger indsatser efter § 86, stk. 1.

Målgruppe for indsatsen efter § 86, stk. 2 er borgere, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, har behov for hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder. Det er Pleje og Sundhed – Tranehaven der bevilger indsatser efter § 86, stk. 2.

Hvordan bevilliges indsatser efter § 86

Borgeren kan selv ansøge om genoptræning eller vedligeholdende træning. Samarbejdspartnere som f.eks. praktiserende læge, Social & Handicap og Jobcentret kan med borgerens samtykke ansøge på borgerens vegne.

Borgeren visiteres til genoptræning eller vedligeholdelsestræning efter en individuel konkret vurdering ved en fysioterapeut og / eller ergoterapeut i Tranehavens Terapi eller ved Tværgående Træningsteam. Her vil der også blive taget stilling til det konkrete tilbud – herunder også om borgeren tilbydes holdtræning eller et individuelt tilbud.

Leverandør af § 86

Genoptræning og vedligeholdende træning leveres af Gentofte Kommune.

Træningen varetages af fysioterapeuter og ergoterapeuter i Tranehaven samt social- og sundhedsmedarbejdere efter supervision af fysioterapeuter eller ergoterapeuter.

Politisk fastsat serviceniveau

Afsnittet indeholder de politisk fastsatte rammer og kriterier for indsatser på Pleje & Sundheds indsatsområder.

Praktiske hjælp – Rengøring

Lovgrundlag

Lov om Social Service § 83.2

Bevilligende myndighed

Pleje & Sundhed – Myndighed

Målgruppe

Borgere, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre nødvendige rengøringsopgaver i hjemmet. Sygdomsrelaterede årsager er søgt udredt, behandlet og/eller trænet. Egen læge kan blive bedt om at afgive lægeerklæring.

Kriterier for bevilling

Inden bevilling af indsatser er mulighederne for at afhjælpe begrænsningerne i borgerens funktionsevne forsøgt afhjulpet helt eller delvist; enten via instruktion, vejledning, evt. anbefaling af køb af produkter eller bevilling af hjælpemiddel.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Ved vurdering af ansøgning om praktisk hjælp til rengøring tages der udgangspunkt i, at alle medlemmer af husstanden deltager i de samlede praktiske opgaver i hjemmet.

Hjemmeboende børn under 18 år forventes at udføre det, som børn på tilsvarende alderstrin normalt udfører.

Kommunens kvalitetsmål

At støtte og inddrage borgeren i at få gjort hjemmet rent.

Borgerens deltagelse

Borgeren deltager i videst mulige omfang i udførelsen af alle opgaver.
For at motivere borgeren til så vidt muligt at være den aktive part, er det væsentligt at hjælpen tilrettelægges, så medarbejderen støtter borgeren.

Indsatser

Udgangspunktet er tilbud om hjælp til rengøring hver uge. Nogle borgere foretrækker dog rengøring hver anden uge, og har mulighed for at aftale dette.

Der gøres rent i én entre, én stue, ét soveværelse, ét badeværelse og ét køkken. Svarende til en bolig på 60 m².

Afgrænsning af indsatsen

Der tildeles ikke hjælp til at rengøre altaner, terrasser, terrassemøbler, havekrukker, vinduespudsning og fælles andel af trappevask. Der henvises til private ordninger.

Særlige forhold

Ifølge Arbejdsmiljøloven skal medarbejderne kunne udføre arbejdet sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt. Der må ikke anvendes farlige stoffer og materialer der kan være farlige eller forringe sikkerhed og sundhed.

Borgeren har ansvar for at stille rengøringsredskaber til rådighed for medarbejderen. Redskaberne skal være i arbejdsmiljømæssig tilfredsstillende stand.

Følgende rengøringsredskaber skal være i hjemmet til udførelse af rengøringen:

- Støvsuger med engangspose, intakt støvsugerslange og -ledning, f.eks. teleskop- eller forlængerrør samt rene rengøringsklude.
- Kost og gulvskrubbe eller moppe med intakte børster/mopgarn og f.eks. teleskopstang.

Rengøringsmidler skal være miljøvenlige, varedeklarerede på dansk og i original emballage. Medarbejderne må ikke anvende produkter, som indeholder klor, soda og salmiakspiritus af hensyn til deres sundhed og et rent miljø.

Hvis den faste dag for praktisk hjælp er på en helligdag, 1. maj, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, gives erstatningshjælp på en hverdag.

Godkendt af

Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Praktisk hjælp – Indkøbsordning

Lovgrundlag

Lov om Social Service § 83.2

Bevilligende myndighed

Pleje & Sundhed – Myndighed

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Målgruppe
Borgere, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre nødvendige indkøb. Sygdomsrelaterede årsager er søgt udredt, behandlet og/eller trænet. Egen læge kan blive bedt om at afgive lægeerklæring.

Kriterier for bevilling
Hjælp til indkøb af dagligvarer bevilges til borgere, som ikke kan købe ind i fysiske butikker samt borgere, der ikke har adgang til internet eller ikke kan benytte internettet til bestilling af dagligvarer.

Inden bevilling af indsatser er mulighederne for at afhjælpe begrænsningerne i borgerens funktionsevne forsøgt afhjulpet helt eller delvist; enten via instruktion, vejledning, evt. anbefaling af køb af produkter eller bevilling af hjælpemiddel.

Yderligere kriterier:

- Ved vurdering af ansøgning om praktisk hjælp til indkøb tages der udgangspunkt i, at alle medlemmer af husstanden deltager i de samlede praktiske opgaver i hjemmet.
- Hjemmeboende børn under 18 år forventes at udføre det, som børn på tilsvarende alderstrin normalt udfører.

Borgere i plejebolig med fast personale er ikke omfattet af denne ordning.

Kommunens kvalitetsmål
At borgeren får købt ind.

Borgerens deltagelse
Borgeren deltager i videst mulige omfang i udførelsen af alle opgaver.
For at understøtte borgerens motivation er det væsentligt at hjælpen tilrettelægges, så medarbejderen støtter borgeren til så vidt muligt at være den aktive part.

Indsatser
Borgere, som er bevilget indkøbsordning, har mulighed for at bestille varer via telefonen.
Varerne bliver bestilt og bragt én gang ugentlig.
Leverandøren sætter varer på køl/frys og åbner emballage, hvis borgeren ikke selv kan det.

Udgiften til levering af varerne afholdes af kommunen.

Som tillæg til indkøbsordningen kan der også bevilges hjælp til at bestille varer: Hjælp til bestilling af varer.

Særlige forhold
Der købes ikke ind i butikker, kun gennem indkøbsordning.

I ganske særlige tilfælde, hvor borgeren ikke benytter madservice eller har pårørende eller netværk som kan hjælpe, bevilges et akut indkøb ved hjemmehjælpsleverandør.

Godkendt af
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Praktisk hjælp – Hjælp til bestilling af varer

Lovgrundlag

Lov om Social Service § 83.2.

Bevilligende myndighed

Pleje & Sundhed – Myndighed

Målgruppe

Borgere, som har fået bevilget indkøbsordning og / eller madservice og ikke selv kan varetage bestilling. Sygdomsrelaterede årsager er søgt udredt, behandlet og/eller trænet. Egen læge kan blive bedt om at afgive lægeerklæring.

Kriterier for bevilling

Borgere med behov for hjælp til at vurdere, hvad der skal købes ind og med behov for hjælp til at bestille varer / madservice.

Inden bevilling af indsatser er mulighederne for at afhjælpe begrænsningerne i borgerens funktionsevne forsøgt afhjulpet helt eller delvist; enten via instruktion, vejledning, evt. anbefaling af køb af produkter eller bevilling af hjælpemiddel.

Yderligere kriterier:

- Ved vurdering af ansøgning om praktisk hjælp til indkøb tages der udgangspunkt i, at alle medlemmer af husstanden deltager i de samlede praktiske opgaver i hjemmet.
- Hjemmeboende børn under 18 år forventes at udføre det, som børn på tilsvarende alderstrin normalt udfører.

Borgere i plejebolig med fast personale er ikke omfattet af denne ordning.

Kommunens kvalitetsmål

At borgeren får købt ind og / eller bestilt madservice.

At medarbejderen er økonomisk bevidst på borgerens vegne.

At medarbejderen støtter borgeren til at købe ernæringsrigtig kost.

At borgeren deltager i de supplerende indkøbsaktiviteter i videst mulige omfang.

At der ikke er madvarer, som er 'for gamle'.

Borgerens deltagelse

Borgeren deltager i videst mulige omfang i udførelsen af alle opgaver.
For at understøtte borgerens motivation er det væsentligt at hjælpen tilrettelægges, så medarbejderen støtter borgeren til så vidt muligt at være den aktive part.

Indsatser

Hjælp til vurdering af indkøb og bestilling af varer samt bestilling af madservice.

Særlige forhold

Der købes ikke ind i butikker og bestilles kun varer gennem indkøbsordning.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Godkendt af
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Praktisk hjælp – Hævning af kontanter i pengeinstitut

Lovgrundlag
Lov om Social Service § 83.2

Bevilligende myndighed
Pleje & Sundhed – Myndighed

Målgruppe
Borgere, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre nødvendige indkøb og hermed relaterede opgaver. Sygdomsrelaterede årsager er søgt udredt, behandlet og/eller trænet. Egen læge kan blive bedt om at afgive lægeerklæring.

Kriterier for bevilling
Hvis borgeren ikke selv kan få udbetalt kontanter og ikke har pårørende eller netværk, som kan hjælpe, kan der tildeles hjælp til dette.

Inden bevilling af indsatser er mulighederne for at afhjælpe begrænsningerne i borgerens funktionsevne forsøgt afhjulpet helt eller delvist; enten via instruktion, vejledning.

Borgere i plejebolig med fast personale er ikke omfattet af denne ordning.

Kommunens kvalitetsmål
At borgeren får mulighed for at have kontanter i hjemmet.

Borgerens deltagelse
Borgeren deltager i videst mulige omfang i udførelsen af alle opgaver.

For at understøtte borgerens motivation er det væsentligt at hjælpen tilrettelægges, så medarbejderen støtter borgeren til så vidt muligt at være den aktive part.

Indsatser
Hjælp til hævning af kontanter i pengeinstitut, hvor borgeren ikke er i stand til at besøge banken, eller hvor pårørende eller andet netværk ikke kan hjælpe til. Det er en betingelse, at borgeren underskriver en fuldmagt.

Særlige forhold
Borgeren skal være tilmeldt ordningen i banken.

Medarbejderen må højst hæve 1.500 kr. ad gangen og kun med éngangsfuldmagt.

Medarbejderen må aldrig benytte borgerens Dankort/hævekort, eller modtage PIN koden og andre sikkerhedskoder. Der visiteres tid afhængig af bopælens beliggenhed ift. udbetalingsstedet.

Godkendt af
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Praktisk hjælp – Tøjvask

Lovgrundlag

Lov om Social Service § 83.2

Bevilligende myndighed

Pleje & Sundhed – Myndighed

Målgruppe

Borgere, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre nødvendig tøjvask. Sygdomsrelaterede årsager er søgt udredt, behandlet og/eller trænet. Egen læge kan blive bedt om at afgive lægeerklæring.

Kriterier for bevilling

Hvis borgeren ikke selv kan vurdere om tøjet er snavset eller ikke kan sortere, vaske, tørre og lægge tøjet sammen, kan der bevilges hjælp til tøjvask.

Borgere, der ikke selv kan bære tøjet til og fra en fælles vaskekælder, men selv kan vaske, tørre og lægge tøjet sammen, bevilges alene hjælp til transporten af tøjet.

Inden bevilling af indsatser er mulighederne for at afhjælpe begrænsningerne i borgerens funktionsevne forsøgt afhjulpet helt eller delvist; enten via instruktion, vejledning, evt. anbefaling af køb af produkter eller bevilling af hjælpemiddel.

Yderligere kriterier:

- Ved vurdering af ansøgning om praktisk hjælp til tøjvask tages der udgangspunkt i, at alle medlemmer af husstanden deltager i de samlede praktiske opgaver i hjemmet.
- Hjemmeboende børn under 18 år forventes at udføre det, som børn på tilsvarende alderstrin normalt udfører.

Kommunens kvalitetsmål

At støtte og inddrage borgeren i at få vasket tøj og lagt tøjet på plads - under hensyntagen til borgerens ressourcer.

Borgerens deltagelse

Borgeren deltager i videst mulige omfang i udførelsen af alle opgaver.
For at understøtte borgerens motivation er det væsentligt at hjælpen tilrettelægges, så medarbejderen støtter borgeren til så vidt muligt at være den aktive part.

Indsatser

Afhængigt af borgerens konkrete behov kan der bevilges hjælp til at løse følgende opgaver:

- Strukturering og koordinering af opgaven.
- Sortere vasketøj.
- Vaske tøj.
- Tørre tøj.
- Lægge tøj sammen og på plads.

Undtagelsesvis kan borgeren få hjælp til

- Håndvask af tøj i meget små mængder.
- Små-reparationer på tøj.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Afgrænsning af indsatsen

Strygning og rulning udføres ikke.

Særlige forhold

Ifølge Arbejdsmiljøloven skal medarbejderne kunne udføre arbejdet sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt. Der må ikke anvendes farlige stoffer og materialer der kan være farlige eller forringe sikkerhed og sundhed.

Borgeren har ansvar for, at den vaskemaskine og andre produkter i forbindelse med tøjvask, der stilles til rådighed, er i sikkerhedsmæssig forsvarlig stand og let tilgængelig.

Vaskemidlerne skal være miljømærkede, varedeklarerede på dansk og i original emballage.

Medarbejderne må ikke anvende klorholdige produkter og soda af hensyn til bevarelse af deres sundhed og et rent miljø.

Hvis den faste dag for praktisk hjælp er på en helligdag, 1. maj, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, gives erstatningshjælp på en hverdag.

Godkendt af

Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Praktisk hjælp – Madservice

Lovgrundlag

Lov om Social Service § 83.3

Bevilligende myndighed

Pleje & Sundhed – Myndighed

Målgruppe

Borgere, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre nødvendige madlavningsopgaver og lignende opgaver. Sygdomsrelaterede årsager er søgt udredt, behandlet og/eller trænet. Egen læge kan blive bedt om at afgive lægeerklæring.

Kriterier for bevilling

Madservice gives til borgere, som grundet midlertidig eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan ”lave mad”, mangler overblik over madlavning eller har nedsat initiativ til at lave mad.

Inden bevilling af indsatser er mulighederne for at afhjælpe begrænsningerne i borgerens funktionsevne forsøgt afhjulpet helt eller delvist; enten via instruktion, vejledning, evt. anbefaling af køb af produkter eller bevilling af hjælpemiddel.

Yderligere kriterier:

- Ved vurdering af ansøgning om praktisk hjælp til madservice tages der udgangspunkt i, at alle medlemmer af husstanden deltager i de samlede praktiske opgaver i hjemmet.
- Hjemmeboende børn under 18 år forventes at udføre det, som børn på tilsvarende alderstrin normalt udfører.

Kommunens kvalitetsmål

At medvirke til at sikre at borgeren får mad af høj sensorisk, ernærings- og råvaremæssig kvalitet.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

- Kosten skal så vidt muligt afspejle borgernes forventninger og vaner og så vidt muligt afspejle de individuelle ønsker og behov.
- At maden er veltillavet, ser indbydende ud og vækker appetitten.
- At forebygge uhensigtsmæssig vægtudvikling og/eller kostrelaterede komplikationer.
- At understøtte en god ernæringstilstand hos borgeren, også for borgere med særlige diætbehov (jf. "Anbefalinger for den danske institutionskost[11]").
- At der er valgmuligheder.
- At der i videst muligt omfang anvendes sæsonbestemte råvarer med en økologi-procent på minimum 30 %.
- At minimere brugen af tilsætningsstoffer.

En ugentlig menuplan indeholder minimum tre forskellige retter, herunder minimum et måltid med kød, et måltid med fisk eller et vegetarmåltid.

Borgerens deltagelse
Borgeren deltager i videst mulige omfang i bestillingen.

Indsatser
I forbindelse med madservice kan der bevilges hjælp til:

- Bestilling af mad
- Tilberede mad
- Anrette mad
- Rydde op/vaske op
- Spise og drikke

Egenbetaling fremgår af oversigten Takster for seniorer.

Mulige kosttyper er tilgængelige:

- Normalkost
- Kost til småtspisende
- Diætkost (fx laktosefri kost, kaliumreduceret kost, dysfagi-kost m.m.)

Varm mad leveres dagligt. Kold mad leveres 1-3 gange ugentligt.

Borgere, som har behov for diæter, kan bevilges dette efter lægehenvisning.

Særlige forhold
I plejeboliger med hjemmehjælp kan borgeren købe maden via den leverandør, der er valgt af Kommunalbestyrelsen.

I plejeboliger med fast personale er maden en del af servicepakken, hvis borgere ikke selv kan tilberede maden, anrette mad samt rydde op / vaske op.

Godkendt af
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

---

[11] Anbefalinger for den danske institutionskost

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Praktisk hjælp – Anrette og servere mad og drikke

Lovgrundlag

Lov om Social Service § 83.2

Bevilligende myndighed

Pleje & Sundhed – Myndighed

Målgruppe

Borgere, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre nødvendige madlavningsopgaver og lignende opgaver. Sygdomsrelaterede årsager er søgt udredt, behandlet og/eller trænet. Egen læge kan blive bedt om at afgive lægeerklæring.

Kriterier for bevilling

Indsatsen anrette og servere mad og drikke gives til borgere, der har behov for hjælp til:

- at tage initiativ til at spise og drikke
- at varme mad i mikroovn, som er tilberedt
- at anrette maden
- at servere mad og drikke
- specielle ernæringsmæssige problemer
- at rydde op/vaske op efter måltid

Inden bevilling af indsatser er mulighederne for at afhjælpe begrænsningerne i borgerens funktionsevne forsøgt afhjulpet helt eller delvist; enten via instruktion, vejledning, evt. anbefaling af køb af produkter eller bevilling af hjælpemiddel.

Kommunens kvalitetsmål

At medvirke til at sikre at borgeren får mad og drikke.

At maden ser indbydende ud og vækker appetitten.

At forebygge unødigt vægttab og vægtøgning.

Borgerens deltagelse

Borgeren deltager i videst mulige omfang i udførelsen af alle opgaver.
For at understøtte borgerens motivation er det væsentligt at hjælpen tilrettelægges, så medarbejderen støtter borgeren til så vidt muligt at være den aktive part.

Indsatser

I forbindelse med indsatsen kan der også gives:

- madservice
- indkøbsordning
- hjælp til mad og drikke

Særlige forhold

Borgere kan om morgenen få smurt brød til at spise til frokost eller aften.

Ifølge Arbejdsmiljøloven skal medarbejderne kunne udføre arbejdet sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt. Der må ikke anvendes farlige stoffer og materialer der kan være farlige eller forringe sikkerhed og sundhed.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Borgeren har ansvar for, at det opvaskemiddel, der stilles til rådighed, er miljøvenligt, varedeklareret på dansk og i original emballage.

Ved anvendelse af opvaskemaskine har borgeren ligeledes ansvar for at maskinen er i forsvarlig stand og at de midler, der skal anvendes forefindes, er miljøvenlige, varedeklarerede på dansk og i original emballage.

Rask samboende / ægtefælle skal tilberede frokost til borgeren, rydde op og vaske op.

I plejeboliger med fast personale skal borgeren vælge døgnkost, hvis ikke borgeren eller pårørende selv sørger for døgnets kost, herunder indkøb, fremstilling og afrydning.

Godkendt af
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Personlig hjælp

Lovgrundlag
Lov om Social Service § 83.1

Bevilligende myndighed
Pleje & Sundhed – Myndighed

Målgruppe
Borgere, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre egen personlig hygiejne. Sygdomsrelaterede årsager er søgt udredt, behandlet og/eller trænet. Egen læge kan blive bedt om at afgive lægeerklæring.

Kriterier for bevilling
Personlig hjælp gives til borgere, som grundet midlertidig eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan varetage al eller dele af personlig hygiejne.

Inden bevilling af indsatser er mulighederne for at afhjælpe begrænsningerne i borgerens funktionsevne forsøgt afhjulpet helt eller delvist; enten via instruktion, vejledning, evt. anbefaling af køb af produkter eller bevilling af hjælpemiddel.

Kommunens kvalitetsmål
At støtte og inddrage borgeren i videst mulige omfang i at få udført personlige hygiejne under hensyntagen til borgerens ressourcer.

For kvalitetsmål se *Indsatskataloget* vedrørende konkrete indsatser fx personlig hygiejne, mobilitet mm.

Borgerens deltagelse
Borgeren deltager i videst mulige omfang i udførelsen af alle opgaver.
For at understøtte borgerens motivation er det væsentligt at hjælpen tilrettelægges, så medarbejderen støtter borgeren til så vidt muligt at være den aktive part.

Indsatser
Inden bevilling af indsatser er mulighederne for at afhjælpe begrænsningerne i borgerens funktionsevne forsøgt afhjulpet helt eller delvist; enten via instruktion, vejledning, evt. anbefaling af køb af produkter eller bevilling af hjælpemiddel.

Afhængigt af borgerens begrænsninger og konkrete behov kan der bevilges hjælp til følgende:

- Bad
- Øvre og nedre toilette
- Hårvask og tørring
- Barbering
- Negleklipning
- Hudpleje
- Af-/påklædning
- Toiletbesøg
- Spise og drikke
- Forflytning
- Vending/lejring

Særlige forhold

Indsatsen omfatter ikke træning, øvelser, udspænding af muskler og lignende.

Godkendt af

Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Rehabilitering

Lovgrundlag

Lov om Social Service § 83 a

Bevilligende myndighed

Pleje & Sundhed – Myndighed

Målgruppe

Borgere, som er i målgruppe til Lov om Social Service § 83. Dvs. borgere, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre nødvendige praktiske opgaver eller personlige opgaver. Sygdomsrelaterede årsager er søgt udredt, behandlet og/eller trænet. Egen læge kan blive bedt om at afgive lægeerklæring.

Borgere, som vurderes at kunne generhverve tabte almindelige daglige færdigheder.

Kriterier for bevilling

Borgere, som har ansøgt om og er i målgruppen for Lov om Social Service § 83 eller har hjælp efter § 83, når det er vurderet, at borger har potentiale for rehabilitering, som kan forbedre borgerens funktionsevne og dermed nedsætte borgers behov for hjælp efter Lov om Social Service § 83 – eller borger kan helt undvære hjælp.

At borgeren har potentiale for rehabilitering betyder, at det vurderes, at et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb vil kunne forbedre borgerens funktionsevne.

Kommunens kvalitetsmål

At borgere med potentiale for forbedring af funktionsevne tilbydes et korterevarende, helhedsorienteret, tværfagligt og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb, der indeholder konkrete individuelle mål for rehabiliteringsforløbet.

At Tværgående Træningsteam samarbejder om rehabiliteringsindsatsen med borgerens leverandør af hjemmehjælp, og at det på tværs af faggrupper aftales, hvordan deres respektive indsats kan bidrage til realisering af målsætningerne for rehabiliteringsforløbet.

Borgerens deltagelse
Borgeren deltager aktivt i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet og deltager aktivt i det tilbudte rehabiliterende forløb.

Indsatser
Tværgående Træningsteams faglige vurdering af borgerens forbedringspotentiale og borgerens egne ønsker om forbedring er rammen for forløbets indhold og varighed.
Under rehabiliteringsforløbet kan borgeren bevilges den nødvendige kompenserende hjælp og støtte til at nå målene.

Der kan leveres indsatser indenfor:
- Personlig hjælp
- Praktisk hjælp

Medarbejder fra Tværgående Træningsteam er tovholder i forhold til de fastsatte mål.
Hvis borgeren modtager indsatser efter Lov om Social Service § 83 vejleder Tværgående Træningsteam leverandøren i, hvordan indsatsen skal leveres for at bidrage til målopfyldelsen.

Ved afslutning af forløbet udarbejder Tværgående Træningsteam en beskrivelse af forløbet og status i forhold til målopfyldelse til Pleje & Sundhed - Myndighed.

Særlige forhold
Hvis borgeren har hjælp efter Lov om Social Service § 83 sker indsatsen i samarbejde med leverandøren af hjemmehjælp.

Godkendt af
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Genoptræning

Lovgrundlag
Lov om Social Service § 86, stk. 1

Bevilligende myndighed
Pleje & Sundhed, Tranehaven – Terapien og Tværgående Træningsteam.

Målgruppe
Borgere med midlertidigt nedsat fysisk funktionsevne, som har behov for genoptræning. Ved nedsat funktionsevne forstås begrænsninger i forhold til aktiviteter, som borgeren skal udføre i dagligdagen. Behovet for genoptræning kan ikke være forårsaget af sygdom med hospitalsindlæggelse.

Borgere, som forventes, med en målrettet indsats at kunne genvinde eller øge tabt funktionsevne.

Kriterier for bevilling
Borgere, som har betydelige begrænsninger i deres fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne som følge af sygdom eller skade.

Borgere, som har behov for støtte til at genvinde tabte funktioner.

Borgere, som har brug for en målrettet plan og træningsindsats med henblik på at øge den fysiske funktionsevne.

Tilbuddet om genoptræning kan eksempelvis være relevant for en ældre borger, som er svækket efter længere tids sygdom f.eks. efter fald.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Kommunens kvalitetsmål
At borgeren inden for en tidsafgrænset periode generhverver funktionsniveau/funktionsevne ud fra borgerens forudsætninger i forhold til alder, sygdom eller skade.

At borgerens evne til at klare sig fremmes og at den daglige tilværelse lettes.

At inddrage borgeren i fastsættelse af mål.

At borgeren får forståelse for betydningen af at vedligeholde sin funktionsevnen.

At lægge en plan sammen med borgeren med henblik på at borgeren kan vedligeholde sin funktionsevne.

Borgerens deltagelse
Borgeren deltager aktivt i at fastsætte mål for genoptræningsforløbet.

Borgeren er motiveret for træning og deltager aktivt i det tilbudte forløb.

Borgeren deltager aktivt i at finde muligheder til og få lagt en plan til at vedligeholdelse af sin funktionsevne efter afslutning af indsatsen.

Borgeren forpligter sig til at følge planen for vedligeholdelse af funktionsevne efter afslutning af træningsforløbet.

Indsatser
Indsatsens omfang afhænger af en konkret individuel vurdering af den enkelte borger.
Indsatsen gives som udgangspunkt på hold – ved behov gives individuel indsats.

Indsatsen kan foregå både ambulant og under et midlertidigt døgnophold samt i borgerens egen bolig inkl. plejebolig.

Genoptræning visiteres som en individuel og tidsafgrænset indsats. Træningsforløbet afsluttes, når målet med genoptræningen er nået, eller hvis målet efter en terapeutisk vurdering ikke kan nås.

Genoptræning er en målrettet samarbejdsproces mellem borger og eventuelt pårørende og medarbejdere, hvor funktionsevnen kan forbedres gennem målrettet støtte.

Formålet med genoptræning er, at borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt.

Der udarbejdes mål og plan for indsatsen i tæt samarbejde med borgeren. Herunder aftaler med borger om konkrete træningsindsatser og forventningsafstemning om forløbet. Målene er relateret til hverdagslivet og beskriver en udvikling af funktionsevnen; bevægelse- og aktivitetsmæssigt.

Genoptræning omfatter træning af kroppens funktion og træning af aktiviteter dvs. træning af funktionsnedsættelser i relation til for eksempel bevægeapparatet og aktivitetsbegrænsninger.

Digitalt understøttet træning indgår efter terapeutfaglig vurdering.

Særlige forhold
Tilbud om genoptræning gives i de tilfælde, hvor anden form for træning, herunder også egen træningsindsats, ikke kan øge borgerens funktionsevne.

Hvis den nedsatte funktionsevne relaterer sig til diagnoser og formål omfattet af vederlagsfri fysioterapi skal borgeren henvises til dette ved en lægehenvisning.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Mod betaling kan borgeren køres med Tranehavens kørselsordning.

Misligholdelse af aftaler kan efter en individuel vurdering betyde afslutning af forløbet.

Godkendt af
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Vedligeholdende træning

Lovgrundlag
Lov om Social Service § 86, stk. 2

Bevilligende myndighed
Pleje & Sundhed, Tranehaven – Terapien og Tværgående Træningsteam.

Målgruppe
Borgere med nedsat fysisk, psykisk og/eller kognitiv funktionsevne eller særlige sociale problemer, som ikke selv er været i stand til at vedligeholde sin funktionsevne.
Ved nedsat funktionsevne forstås begrænsninger i forhold til aktiviteter, som borgeren skal udføre i dagligdagen.

Borgere, som forventes, med en målrettet indsats fremadrettet at kunne vedligeholde sine færdigheder – evt. med støtte fra pårørende civilsamfundet eller kommunale tilbud.

Kriterier for bevilling
Borgere, som har brug for en målrettet plan og støtte til en træningsindsats ud fra borgerens forudsætninger i forhold til alder og sygdom med henblik på at kunne fastholde den fysiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne.

Borgerens funktions- og aktivitetsniveau skal være nedsat i en sådan grad, at borgeren ikke kan benytte åbne tilbud om træning, fordi borgeren ikke kan klare deltagelse i åbne tilbud af fysiske, kognitive eller psykiske årsager.

Borgere, der ved egen indsats i forbindelse med diverse tilbud f.eks. Sundhed for Seniorer, Nærgymnastik, motionscentre, foreninger kan få deres behov for vedligeholdende træning tilgodeset kan ikke modtage indsatsen.

Kommunens kvalitetsmål
At borgeren inden for en tidsafgrænset periode får støtte til at vedligeholde sin hidtidige funktionsniveau/funktionsevne ud fra borgerens forudsætninger i forhold til alder og sygdom.

At borgerens evne til at klare sig selv fremmes og at den daglige tilværelse lettes.

At inddrage borgeren i fastsættelse af mål.

At borgeren får forståelse for betydningen af at vedligeholde sin funktionsevnen.

At lægge en plan sammen med borgeren med henblik på at borgeren kan vedligeholde sin funktionsevne.

Borgerens deltagelse
Borgeren deltager aktivt i at fastsætte mål for forløbet.

Borgeren er motiveret for træning og deltager aktivt i det tilbudte forløb.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Borgeren deltager aktivt i at finde muligheder til og få lagt en plan til at vedligeholdelse af sit funktionsniveau efter afslutning af indsatsen.

Borgeren forpligter sig til at følge planen for vedligeholdelse af funktionsevne efter afslutning af forløbet.

Indsatser
Indsatsens omfang afhænger af en konkret individuel vurdering af den enkelte borger.
Indsatsen gives som udgangspunkt på hold 1-2 gange om ugen – ved behov kan der gives individuel indsats.

Indsatsen kan foregå både ambulant og under et midlertidigt døgnophold samt i borgerens egen bolig inkl. plejebolig.

Vedligeholdende træning visiteres som en individuel og tidsafgrænset indsats. Træningsforløbet afsluttes, når målet med optræningen er nået, eller hvis målet efter en terapeutisk vurdering ikke kan nås.

Vedligeholdende træning er en målrettet samarbejdsproces mellem borger og eventuelt pårørende og personale i en tidsafgrænset periode, hvor målet er at borgerens funktionsevnen ikke forværres eller den fastholdes gennem en målrettet støtte.
Formålet med vedligeholdende træning er, at borgeren vedligeholder sin funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.

Der udarbejdes mål og plan for indsatsen i tæt samarbejde med borgeren. Herunder aftaler med borger om konkrete træningsindsatser og forventningsafstemning om forløbet. Indsatsen tilrettelægges så borgeren ved afslutning af forløbet selv kan tage ansvar for fremadrettet at vedligeholde sin funktionsevne.

Vedligeholdende træning omfatter træning af kroppens funktion og træning af aktiviteter dvs. træning af funktionsnedsættelser i relation til for eksempel bevægeapparatet og aktivitetsbegrænsninger.

Digitalt understøttet træning indgår efter terapeutfaglig vurdering.

Særlige forhold
Tilbud om vedligeholdelsestræning gives i de tilfælde, hvor anden form for træning, herunder også egen træningsindsats, ikke kan vedligeholde borgerens funktionsevne.

Hvis behovet for vedligeholdende træning relaterer sig til diagnoser og formål omfattet af vederlagsfri fysioterapi skal borgeren henvises til dette ved en lægehenvisning.

Mod betaling kan borgeren køres med Tranehavens kørselsordning.

Misligholdelse af aftaler kan efter en individuel vurdering betyde afslutning af forløbet.

Godkendt af
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Forebyggende hjemmebesøg

Lovgrundlag
Lov om Social Service § 79 a

Bevilligende myndighed
Pleje & Sundhed, Tranehaven – Forebyggelsesafdelingen

Målgruppe
Borgere fra 65 år, som bor i Gentofte Kommune.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Kriterier for bevilling

Forebyggende hjemmebesøg tilbydes pr. brev til følgende borgere:

- Alle borgere fra 65 år, som nyligt har mistet samlever/ægtefælle
- Alle borgere på 70 år, som bor alene
- Alle borgere, når de fylder 75 år
- Alle borgere, når de fylder 80 år
- Alle borgere fra de fylder 82 år tilbydes årligt et besøg.

Forebyggende hjemmebesøg kan tilbydes til borgere som opspores gennem andre instanser end brev:

- Alle borgere fra 65 år, som er i særlig risiko for at få nedsat fysisk, psykisk eller social funktionsevne. Det er f.eks. borgere, som er ensomme og/eller socialt isolerede.

Opfølgende besøg:

Ud fra en faglig vurdering og borgerens ønske tilbydes efter behov opfølgende besøg til ovenstående målgrupper.

Afgrænsning:

Borgere, der modtager personlig hjælp tilbydes ikke automatisk et forebyggende besøg.

Kommunens kvalitetsmål

At borgeren oplever, at besøget er givende og inspirerende i forhold til at mestre egen livssituation.

Borgerens deltagelse

Borgeren kontakter forebyggelseskonsulenterne med ønske om besøg enten i forbindelse med et brevtilbud eller på et senere tidspunkt.

Borger har løbende mulighed for at kontakte forebyggelseskonsulenterne telefonisk m.h.p. råd og vejledning.

Indsatser

De forebyggende hjemmebesøg er et tilbud som består af:

- En samtale i borgerens hjem hvor omdrejningspunktet er, hvordan borgeren oplever sit hverdagsliv og aktuelle livssituation. Indholdet af samtalen er især koncentreret om, hvordan borgeren mestrer sin tilværelse i bred forstand.
  På baggrund af samtalen kan der informeres om forskellige forebyggende og sundhedsfremmende tilbud, og borgeren kan få råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder, som findes i kommunen, tilrettelagt af frivillige, organisationer eller af kommunen.
- Telefonrådgivning for borgere og pårørende.
- Arrangementer i nærområder, herunder café- og temamøder.
- Støtte til de borgere, som i en opstart har behov for at bryde ensomhed og/eller social isolation ved at blive fulgt til netværksskabende aktiviteter.
- Information og vejledning om brug af digitale platforme.

Særlige forhold

Der arbejdes løbende med strategier og metoder til at opspore borgere i særlige risikogrupper.

Der samarbejdes kontinuerligt med frivillige organisationer, interessenter og kommunale samarbejdspartnere om at synliggøre eksisterende tilbud for borgere og finde rette tilbud/aktivitet til rette borger.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Godkendt af
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

3. Forvaltningsgrundlag

Dette afsnit beskriver, hvordan det besluttede serviceniveau omsættes til praksis. Afsnittets målgruppe er medarbejdere i myndighedsfunktionen i Pleje & Sundhed.

Afsnittet indeholder beskrivelser af eller henvisninger til værktøjer, sagsbehandlingsmetoder, klassifikationer m.m. som anvendes for at løse myndighedsopgaven.

Myndighedens opgaver kan beskrives i to typer, de borgerrettede og de organisatoriske opgaver.

Borgerrettede opgaver:

- Træffe individuelle afgørelser om bevilling af indsatser, som er i overensstemmelse med det vedtagne serviceniveau og borgerens aktuelle behov, som er defineret af borgerens helbreds- og funktionsevnetilstand.
- Foretage løbende revurderinger af borgerens tilstande og sikre, at bevillingerne er i overensstemmelse med det politisk vedtagne serviceniveau.

Organisatoriske opgaver:

- Kontrollere at kvaliteten af de leverede indsatser er i overensstemmelse med de opstillede målsætninger og i overensstemmelse med krav til indsatsernes faglige indhold, dokumentation og kommunikation med samarbejdspartnere.
- Følge op på indgåede kontrakter og aftaler med leverandører. I tilfælde af manglende opfyldelse af kontraktforhold skal der iværksættes og følges op på tiltag, som kan sikre kontraktoverholdelse.
- Tilrettelægge og sikre gennemførelse af opfølgning på kvalitets- og servicemål.
- Sikre den nødvendige kapacitet til det aktuelle serviceniveau.
- Vurdere konsekvenser ved forslag til ændringer i serviceniveauet.
- Opstille budgetforudsætninger og udarbejde input til budgetlægning.

Sagsbehandling

Rammen for at træffe afgørelser om bevilling af indsatser til borgerne, er det besluttede serviceniveau i Gentofte Kommune.

§§ 83 og 83 a
Pleje & Sundhed anvender Fælles Sprog III (FS III) som sagsbehandlingsmetode, dokumentationsredskab og som begrebsapparat i forbindelse borgerrettede opgaver[12].

[12] Fælles Sprog III Metoden

Udgangspunktet for sagsbehandlingen er en faglig vurdering af borgerens helbreds- og funktionstilstand og funktionsevne samt borgerens egen vurdering af og ønsker til sit hverdagsliv. Der foretages altid en konkret individuel vurdering af borgerens behov.

De enkelt trin i sagsbehandlingen for § 83 og §83 a er beskrevet herunder:

Fremgangsmåde
Fremgangsmåden i FS III er overordnet:

1. Dataindsamling – herunder udredning af potentiale for rehabilitering.
2. Faglig vurdering af borgerens begrænsninger.
3. Afgørelse. Hvor der er regler om frit valg af leverandør skal borgeren vælge leverandør.
4. Sagsbehandlingen dokumenteres i kommunens IT-systemer.

Borgeren modtager en afgørelse.

Faglig vurdering af funktionsevne og begrænsninger
Den faglige vurdering af borgerens funktionsevne og begrænsninger kan vurderes i forhold til nedenstående hovedområder (jf. Fælles Sprog III):

1. Egenomsorg
2. Praktiske opgaver
3. Mobilitet
4. Mentale funktioner
5. Samfundsliv

Afgørelse
Resultatet af den faglige individuelle vurdering af borgerens behov, borgerens oplysninger sammenholdt med det gældende serviceniveau og Lov om Social Service samt de samlede ressourcer i hjemmet, danner grundlag for afgørelse om tildeling af indsatser eller afslag til borgeren.

Ifølge Lov om Social Service §§ 88, 89 og 90 har borgeren, som ansøger om personlig og praktisk hjælp krav på en skriftlig afgørelse med begrundelse for afgørelsen.

Hvis borgeren bevilges indsatser, skal afgørelsen indeholde oplysninger om:

- Formålet med indsatsen.
- Hvad indsatsen omfatter.
- For hvilken periode indsatsen bevilges.
- Hvor borgeren kan henvende sig, hvis den leverede indsats ikke leveres i overensstemmelse med afgørelsen.
- Klagevejledning.

Information
- Afgørelsen indeholder ikke tidsangivelser for indsatsen, da tiden alene er et internt arbejdsredskab til administration og planlægning. Borgeren kan blive oplyst om den bevilgede tid til rengøring.
- Borgeren gøres opmærksom på, at borgeren skal deltage så aktivt som muligt i forbindelse med den bevilgede indsats.
- Borgeren gøres opmærksom på ansvar for anskaffelse af arbejdsredskaber, f.eks. støvsuger, der skal være i orden, før hjælpen kan iværksættes.

Revurderinger af indsatser efter Lov om Social Service §§ 83 og 83 a

Borgerens funktionsevne og behov kan forandre sig. Pleje & Sundhed revurderer løbende borgerens funktionsevne og indsats for at sikre, at indsatserne er i overensstemmelse med borgerens funktionsevne, behov og serviceniveauet.

Følgende situationer medfører altid en revurdering:

- Meddelelse fra leverandøren, som har observeret forhold, som kan betyde en ændring i funktionsevne eller behov.
- Borgerens anmodning om ændring af nuværende hjælp.
- Aftale om opfølgning på tidsafgrænsede indsatser.
- Efter et rehabiliteringsforløb efter Lov om Social Service § 83 a.

Revurderinger ved besøg foretages som beskrevet ovenfor ved sagsbehandling og afgørelse.

Tilsyn, kontrol, opfølgning og egenkontrol

Jf. Lov om Social Service § 151 har kommunalbestyrelsen pligt til at føre tilsyn med, at de kommunale opgaver efter §§ 83, 83a og 86 løses i overensstemmelse med de afgørelser, kommunen har truffet efter disse bestemmelser, og i henhold til kommunalbestyrelsens vedtagne politikker og kvalitetsstandarder.

I 2022 afprøves en ny tilsynsmodel. Indholdet af tilsynene udvides og ensartes på tværs af alle kommunale og private enheder på pleje- og sundhedsområdet. Modellen indebærer, at de uanmeldte tilsyn med de kommunale opgaver efter servicelovens §83, §83a og §86 leveres af en ekstern leverandør.

Tilsynet vil gennemføre stikprøver (i alt 90-100 stikprøver) og der indsamles data ud fra flere forskellige datakilder – eksempelvis faglig dokumentation, kontrol af medicinhåndtering, observation, interviews med borgere samt interview med en gruppe medarbejdere. Desuden er tilsynsmodellen blive bygget op omkring fastdefinerede temaer. Disse temaer er eksempelvis:

- Dokumentation
- Pleje og praktisk støtte
- Rehabilitering, sundhedsfremme og forebyggelse
- Mad og måltid
- Kommunikation og adfærd.

Tilsynene afrapporteres via kvartalsrapporten til den øverste ledelse i Social & Sundhed, til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, Seniorrådet og Handicaprådet. Rapporterne kan ved henvendelse til Pleje & Sundhed fremsendes digitalt.

Læs mere om tilsyn med ældre- og sundhedsområdet på Gentofte Kommunes hjemmeside: Tilsyn med ældre- og sundhedsområdet - Gentofte Kommune

Egenkontrol

Leverandøren skal have egenkontrolprocedurer, der på en detaljeret måde internt i leverandørens organisation sikrer, at indsatser leveres korrekt og i overensstemmelse med de opstillede krav.

Gentofte Kommune er til enhver tid berettiget til at gennemgå og kontrollere, at leverandøren overholder sine egenkontrolprocedurer.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

4. Indsatskatalog

Indledning

Gentofte Kommunes indsatsbeskrivelser for Lov om Social Service §§ 83 og 83 a er med indførelsen af Fælles Sprog III i 2019 ændret, så de er tilpasset dokumentationsmetoden i Fælles Sprog III.

Serviceniveauet er uændret.

Kvalitetsmål for udførelse af indsatserne:

- Indsatsen understøtter og motiverer til et godt og aktivt liv, så borgeren i så høj grad som muligt kan klare sig uden personlig og praktisk hjælp.
- Borgeren er så aktiv og selvhjulpen som muligt i forhold til de opgaver, som borgeren skal klare i sin hverdag.
- Indsatsen gives med respekt for borgerens synspunkter, normer og livsstil samt at borgeren oplever respekt for egen identitet.
- Indsatsen har et forebyggende sigte.
- Der ydes hjælp til at strukturere og koordinere handlingerne i opgaveudførelsen hensigtsmæssigt – herunder anvise mindre belastende arbejdsstillinger og strukturering af opgaven.
- Medarbejderen anviser borgeren redskaber og teknologiske hjælpemidler, så borgeren oplever størst mulig uafhængig.
- Medarbejderne respekterer borgerens hjem og husorden.
- Medarbejderne observerer borgerens tilstand og behov, og handler hensigtsmæssigt.
- Borgeren oplever tilfredshed med hjælpen, og har tillid til medarbejderen og leverandøren.
- Medarbejderen medvirker til tidlig opsporing af sygdomme og funktionstab samt medvirker til tidlig indsats.

Beskrivelse af indsatser

Alle beskrivelser af indsatser følger nedenstående struktur:

a. Navn.
b. Hvad er indsatsens lovgrundlag?
c. Hvad er formålet med indsatsen?
d. Kvalitetsmål for indsatsen.
e. Hvilke opgaver indgår i indsatsen?
f. Hvad indgår ikke i indsatsen?
g. Hvem kan levere indsatsen?
h. Hvornår udføres indsatsen?
i. Hvis indsatsen ændres, aflyses eller forsinkes.
j. Særlige forhold.
k. Revideret af: (dato og år)
l. Godkendt af (dato og år)

Hvornår leveres personlig hjælp

Alle ugedage inden for følgende tidsrum

- Daghjælp i tidsrummet: Kl. 6.00 – 17.00.
- Aftenhjælp i tidsrummet: Kl. 17.00 – 24.00.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

- Nathjælp i tidsrummet: Kl. 0.00 – 6.00.

Hvornår leveres praktisk hjælp

- Rengøring og tøjvask:
  - Hverdage inden for tidsrummet kl. 6.00 - 17.00.

- Indkøbsordning:
  - Hverdage inden for tidsrummet kl. 8.00 – 18.00.

- Hjælp til bestilling af varer:
  - Hverdage inden for tidsrummet kl. 8.00 – 15.00.

- Madservice:
  - Varm mad: Alle ugedage inden for tidsrummene kl. 11.00 – 13.30 og kl. 16.30 – 19.00.
  - Kølet mad: Hverdage inden for tidsrummet kl. 9.00 – 13.00.

Praktisk Hjælp

Rengøring (Praktisk hjælp)

Hvad er indsatsens lovgrundlag?

Lov om Social Service § 83.2

Hvad er formålet med indsatsen?

At rengøre hjemmet, så det fremstår rent, hygiejnisk og sundhedsmæssigt forsvarligt

Kvalitetsmål for indsatsen

At støtte og inddrage borgeren i at få gjort hjemmet rent - under hensyntagen til borgerens ressourcer.

Hvilke opgaver indgår i indsatsen?

Rengøring udføres en gang om ugen.
Der er mulighed for at få hjælp til rengøring hver anden uge.

Der gøres rent i 1 entre, 1 opholdsstue, 1 soveværelse, 1 køkken og 1 badeværelse.

Hjælpen kan bestå i:

1. Guidning og vejledning

   - Borgeren udfører selv de dele af opgaven, som borgerens funktionsevne tillader.
   - Der ydes hjælp til at strukturere og koordinere handlingerne hensigtsmæssigt.

2. Udluftning

3. Inventarrengøring (inkl. sanitet)

   - Rengøring af wc-kumme, håndvask, badekar/brusekabine. Lejlighedsvis afkalkning.
   - Rengøring af køkkenbord, vask og komfur. Afrimning og afvaskning af køleskab hver 2. måned. Lejlighedsvis aftørring af køkkenskabslåger.
   - Rengøring af udlånshjælpemidler.
   - Støvsugning af møbler udføres ved behov.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

4. Rengøring af overflader

- Støvaftørring.
- Vask af møbelflader.
- Fjernelse af spindelvæv udføres efter behov.
- Støvsugning af fodpaneler lejlighedsvis.

5. Gulvrengøring

- Støvsugning af gulvarealer og tæpper.
- Aftørring eller vask af gulve.

6. Skift af sengelinned

- Skift af sengelinned ved behov.
- Støvsugning af madras, maksimum 4 gange årligt.
- Vending af madras, hvis det er muligt, maksimum 4 gange årligt.

Hvad indgår ikke i indsatsen?
Har man behov for rengøring af mere end én entre, én stue, ét soveværelse, ét badeværelse og ét køkken henvises til rengøringsfirmaer eller tilkøbes hos leverandøren, hvis muligt eller hos privat firma.

Hvem kan levere indsatsen? Kompetencekrav
Praktisk hjælp udføres af medarbejdere, der har gennemgået en grundig oplæring.

Hvornår udføres indsatsen?
Praktisk hjælp leveres hverdage mellem kl. 6-17.

Hvis den faste dag for praktisk hjælp er på en helligdag, 1. maj, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, gives erstatningshjælp på en hverdag.

Hvis indsatsen ændres, aflyses eller forsinkes
Leverandøren kan ikke aflyse indsatsen.

Forsinkelse

Det aftales med borgeren, hvilken besked der skal gives, hvis der er ændringer i leveringstiden. Hvis borgeren ønsker det, skal der gives besked ved forsinkelser på 1 time eller mere.

Flytning
Hvis indsatsen ikke kan leveres den aftalte dag, skal levering tilbydes inden for en tidsramme af 3 hverdage efter eller evt. før det oprindeligt planlagte besøg.

Særlige forhold

Ifølge Arbejdsmiljøloven skal medarbejderne kunne udføre arbejdet sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt. Der må ikke anvendes farlige stoffer og materialer der kan være farlige eller forringe sikkerhed og sundhed.

Borgeren har ansvar for at stille rengøringsredskaber til rådighed for medarbejderen. Redskaberne skal være i arbejdsmiljømæssig tilfredsstillende stand.

Følgende rengøringsredskaber skal være i hjemmet til udførelse af rengøringen:

- Støvsuger med engangspose, intakt støvsugerslange og ledning, f.eks. teleskop- eller forlængerrør og rene klude.
- Gulvskrubbe eller moppe med intakte børster/mopgarn og f.eks. teleskopstang.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Rengøringsmidler skal være miljøvenlige, varedeklarerede på dansk og i original emballage. Medarbejderne må ikke anvende produkter, som indeholder klor, soda og salmiakspiritus af hensyn til deres sundhed og et rent miljø.

(yy start) Produkterne skal, så vidt det er muligt, være uden faresymboler, parfume og farve. (yy slut)

Borgere i plejeboliger med fast personale kan tilkøbe en servicepakke.

Hvor borgeren er forpligtet til rengøring af fælles bad og toilet, kan dette indgå i hjælpen.

Revideret (dato og år)
Administrativt revideret april 2022.

Godkendt (dato og år)
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Indkøbsordning (Praktisk hjælp)

Hvad er indsatsens lovgrundlag?
Lov om Social Service § 83.2

Hvad er formålet med indsatsen?
At sikre borgeren forsyninger af almindelige dagligvarer som kolonialvarer og husholdningsartikler

Kvalitetsmål for indsatsen
At borgeren får købt ind

Hvilke opgaver indgår i indsatsen?
Hjælp til indkøb gennem indkøbsordning omfatter levering af dagligvarer på en fast ugedag inden for et fast tidsinterval. Der vil kunne visiteres tid til hjælp til bestilling. Se indsatsbeskrivelsen for Hjælp til bestilling af varer.

1. Iværksættelse af ydelsen

Når en borger visiteres til indkøbsordning, orienteres leverandøren af Visitationen. Leverandøren skal herefter tage kontakt til borgeren og sørge for, at borger modtager skriftlig information om bestilling, levering og betaling. Sammen med første levering modtager borgeren et varekatalog.

Første levering skal iværksættes inden for 5 hverdage efter, at leverandøren har modtaget tilmelding til indkøbsordning fra Visitationen.

2. Bestilling

Hvis borgeren selv kan bestille varer, fastsætter leverandøren i samråd med borgeren de timeintervaller og ugedage, hvor borgeren kan modtage en opringning og meddele sin bestilling. Dette skal kunne foregå i dagtimerne (kl. 8 - 15). Ved bestilling aftaler leverandør og borger et tidsrum for leveringen.

Der hvor hjælperen bestiller på vegne af borgeren fastsætter leverandøren i samråd med hjælperen de timeintervaller og ugedage, hvor bestilling kan afgives. Dette skal kunne foregå i dagtimerne (kl. 8 - 15). Ved bestilling aftaler leverandør og borger/hjemmehjælpsleverandøren et tidsrum for leveringen. Bestillingen fra borger skal kunne ske telefonisk med personlig betjening. Varer skal også kunne bestilles over internet, hvis borgeren får hjælp til bestilling. Borgeren kan bestille varer til levering én gang om ugen.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Akut bestilling: Der kan bestilles varer på hverdage til akut levering samme dag inden kl. 18. Indkøbsleverandøren skal have bestillingen i hænde senest kl. 12.
I tilknytning til udskrivelse fra hospital, hvor fristen ikke kan overholdes, kan det være nødvendigt at bede evt. pårørende hjælpe med at købe ind.
I ganske særlige tilfælde, hvor borgeren ikke benytter madservice eller har pårørende eller netværk som kan hjælpe, bevilges et akut indkøb ved hjemmehjælpsleverandør.

3. Levering

Leverandøren skal kunne levere de bestilte varer inden for det aftalte tidsrum (kl. 8 – 18) til borgerens bopæl, defineret som borgerens hoveddør. Er det ikke muligt at komme i kontakt med borgeren ved aftalt levering, tages varerne retur, borgeren hæfter for de indkøbte varer. Er det fortsat ikke muligt at få kontakt med borgeren skal leverandøren give Visitationen besked herom.
Hvis borgeren modtager hjælp til bestillingen gennem hjemmehjælp, SKAL indkøbsleverandøren rette henvendelse til denne, hvis borger ikke åbner ol.

Ved levering til borgere, der ikke er i stand til at låse op og modtage varer, skal leverandøren låse sig ind med udleveret nøgle, således at varerne kan bringes ind i borgerens hjem. Overdragelse af nøgler er udelukkende et anliggende mellem leverandøren og borgeren. Varerne bæres ind i borgers køkken.
Køle- og frostvarer sættes i køleskab og fryser. Svær emballage åbnes efter aftale med borger.
Varerne må ikke efterlades i opgang eller andre steder uden for borgerens bolig, medmindre leverandøren har lavet en aftale herom med borgeren.

Adgang til borgerens hjem med udleveret nøgle må kun finde sted, når borgeren er hjemme.

Leveringsdage og helligdage:
Leverandøren skal sikre, at der i uger med helligdag/-dage foretages indkøb op til helligdagen/dagene, således at borgeren har mad og drikkevarer i boligen. Leverandøren kan også tilbyde borgeren at levere i weekend eller på helligdage.

Forsinkelser og aflysninger:
Leverandøren må ikke aflyse planlagte leveringer. Såfremt borgeren ønsker at ændre en aftalt levering, skal borgeren kontakte leverandøren telefonisk senest dagen før inden kl. 12 med forslag om en ny dato.

Hvis leverandøren kommer mere end en time før eller efter det på forhånd aftalte tidspunkt, skal leverandøren sørge for at borgeren modtager besked herom. Samtidig skal der aftales et nyt tidspunkt for levering.

4. Betaling

Betaling for udbringning af varer:
Udbringningen er gratis for borgeren.

Borger afregner med leverandøren for de bestilte varer. Afregningen er udelukkende et anliggende mellem leverandøren og borgeren.

Betaling for vareindkøbet:

Borgerens betaling for selve varerne kan ske månedligt via Betalings Service, netbank eller anden form, der aftales mellem borger og leverandør.

Kommunen hæfter ikke for eventuelle økonomiske udeståender mellem en borger og dennes indkøbsleverandør.

Hvem kan levere indsatsen? Kompetencekrav
Virksomheder godkendt af Gentofte Kommune til at levere indkøb.

Hvornår udføres indsatsen?
Leveringen forgår på et fast aftalt tidspunkt på hverdage i tidsrummet k. 8 – 18.

Hvis indsatsen ændres, aflyses eller forsinkes
Levering af indkøb kan ikke aflyses

Revideret (dato og år)
Revideret maj 2020

Godkendt (dato og år)
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Hjælp til bestilling af varer (Praktisk hjælp)

Hvad er indsatsens lovgrundlag?
Lov om Social Service § 83.2

Hvad er formålet med indsatsen?
At sikre hjælp til bestilling af dagligvarer som kolonialvarer og husholdningsartikler ved at bestille varer hos en indkøbsleverandør.

At sikre hjælp til bestilling af madservice.

Kvalitetsmål for indsatsen
At medarbejderen er økonomisk bevidst på borgerens vegne.

At medarbejderen motiverer borgeren til at købe ernæringsrigtig kost.

At borgeren deltager i de supplerende indkøbsaktiviteter i videst mulige omfang.

At der ikke er madvarer, som er 'for gamle'.

Hvilke opgaver indgår i indsatsen?

A. Hjælp til bestilling af varer hos indkøbsleverandør

Hjælpen kan bestå i:

1. Guidning og vejledning
   - Borgeren udfører selv de dele af opgaven, som borgerens funktionsevne tillader
   - Der ydes hjælp til at strukturere og koordinere handlingerne hensigtsmæssigt
   - Der lægges vægt på, at borgeren selv deltager i planlægningen af indkøb
   - Vejledning om kost og nødvendigt væskeindtag

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

2. Hjælp til at overskue beholdningen af dagligvarer, og hvad der skal købes ind

- Motivere til indkøb af mad og drikkevarer

3. Bestilling af varer

- Skrivning af bestillingsseddel
- Bestillingen fra borger kan ske telefonisk med personlig betjening eller e-mail/internet
- Borgeren kan få hjælp til at bestille varer én gang om ugen
- Hjemmehjælperen bestiller på vegne af borgeren og fastsætter i samråd med borger og leverandøren af indkøbsordning de timeintervaller og ugedage, hvor bestilling kan afgives. Dette skal kunne foregå i dagtimerne (kl. 8 - 15) Ved bestilling aftaler leverandør og borger/hjemmehjælpsleverandøren et tidsrum for leveringen.

Se indsatsbeskrivelse for Indkøbsordning for yderligere information om levering m.v.

B. Hjælp til bestilling af madservice

1. Guidning og vejledning

- Borgeren udfører selv de dele af opgaven, som borgerens funktionsevne tillader
- Der ydes hjælp til at strukturere og koordinere handlingerne hensigtsmæssigt
- Der lægges vægt på, at borgeren selv deltager i planlægningen af bestilling af mad

2. Bestilling af varer

- Udfyldelse af bestillingsseddel
- Bestillingen fra borger kan ske telefonisk med personlig betjening eller e-mail/internet
- Borgeren kan få hjælp til at bestille varer én gang om ugen

Hjemmehjælperen bestiller på vegne af borgeren og fastsætter i samråd med borger og leverandøren af indkøbsordning de timeintervaller og ugedage, hvor bestilling kan afgives. Dette skal kunne foregå i dagtimerne (kl. 8 - 15).

Hvad indgår ikke i indsatsen?

Der købes ikke ind i butikker og bestilles kun varer gennem indkøbsordning og / eller madserviceleverandør.

Hvem kan levere indsatsen? Kompetencekrav

Praktisk hjælp udføres af medarbejdere, der har gennemgået en grundig oplæring.

Hvornår udføres indsatsen?

Praktisk hjælp til bestilling af varer leveres svarende til tidsrummet for bestilling af indkøb og / eller madservice.

Hvis indsatsen ændres, aflyses eller forsinkes

Leverandøren kan ikke aflyse indsatsen.

Forsinkelse

Hjælpen skal altid leveres inden for det tidsrum, hvor der er aftalt bestilling hos leverandøren.
Det aftales med borgeren, hvilken besked der skal gives, hvis der er ændringer i leveringstiden. Hvis borgeren ønsker det, skal der gives besked ved forsinkelser på 1 time eller mere.

Flytning

Indsatsen til indkøbsordning kan ikke flyttes til en anden dag, da ydelsen er aftalt med leverandør af indkøbsordning.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Revideret (dato og år)
Administrativt revideret maj 2020.

Godkendt (dato og år)
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Indkøb variabel tid – Hævning af kontanter i bank (Praktisk hjælp)

Hvad er indsatsens lovgrundlag?
Lov om Social Service § 83.2

Hvad er formålet med indsatsen?
At medvirke ved ærinder til udbetaling af kontanter.

Kvalitetsmål for indsatsen
At borgere har kontanter til rådighed.

Hvilke opgaver indgår i indsatsen?
Hjælp til udbetaling af kontanter

- Der kan ydes hjælp til afhentning af penge i bank i de tilfælde, hvor borgeren er ude af stand til at besøge banken, eller hvor pårørende eller andet netværk ikke kan hjælpe til. Det er en betingelse, at borgeren underskriver en fuldmagt.
- Medarbejderen må højst hæve 1.500 kr. ad gangen og kun med éngangsfuldmagt.

Hvad indgår ikke i indsatsen?
Hævning på kort eller brug af pin-kode.

Hvem kan levere indsatsen? Kompetencekrav
Praktisk hjælp udføres af medarbejdere, der har gennemgået en grundig oplæring.

Hvornår udføres indsatsen?
Praktisk hjælp Indkøb variabel tid indsats leveres hverdage mellem kl. 8-15, og indenfor den pågældende banks åbningstid.

Hvis indsatsen ændres, aflyses eller forsinkes
Leverandøren kan ikke aflyse indsatsen.

Forsinkelse

Hjælpen skal altid leveres inden for det tidsrum, hvor der er aftalt.

Det aftales med borgeren, hvilken besked der skal gives, hvis der er ændringer i leveringstiden. Hvis borgeren ønsker det, skal der gives besked ved forsinkelser på 1 time eller mere.

Særlige forhold
Medarbejderen må aldrig benytte borgerens Dankort/hævekort, eller modtage PIN koden og andre sikkerhedskoder (der visiteres tid under hensyntagen til borgerens bopæl beliggenhed ift. udbetalingssted.)

Revideret (dato og år)
Administrativt revideret maj 2020.

Godkendt (dato og år)
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Tøjvask (Praktisk hjælp)

Hvad er indsatsens lovgrundlag?

Lov om Social Service § 83.2

Hvad er formålet med indsatsen?

At vaske borgerens tøj, så det er rent og sundhedsmæssigt forsvarligt

Kvalitetsmål for indsatsen

At støtte og inddrage borgeren i videst mulige omfang i at få vasket tøj og lagt tøjet på plads - under hensyntagen til borgerens ressourcer.

Hvilke opgaver indgår i indsatsen?

Hjælpen kan bestå i:

1. Guidning og vejledning
   - Der ydes hjælp til at strukturere og koordinere handlingerne hensigtsmæssigt.

2. Sortere vasketøj
   - I samråd med borgeren sorteres tøjet i de vaskeprogrammer tøjet kan tåle.
   - Hjælp til pakning af vasketøj, tøj til renseri og/eller til linnedservice.
   - Hjælp til pakning af tøj, der skal sendes i byen til strygning /rulning eller reparation.

3. Vaske tøj og tekstiler
   - Der vaskes tøj efter behov i enten borgerens egen vaskemaskine, i fælles maskine i ejendommen eller på møntvaskeri.
   - Medarbejderen forlader hjemmet, kælderen eller vaskeriet, mens tøjet vaskes.

4. Tørre tøj og tekstiler
   - Ophængning/nedtagning af tøj fra tørresnor eller stativ
   - Tørring af tøj i egen tørretumbler, i fællesvaskeri eller på møntvaskeri

5. Lægge tøj sammen og på plads
   - I samråd med borgeren lægges tøjet sammen og på plads
   - Ophængning af skjorter og kjoler m.v. på bøjler

6. Undtagelsesvis kan borgeren få hjælp til
   - Håndvask af tøj i meget små mængder
   - Små-reparationer af tøj

Hvad indgår ikke i indsatsen?

Strygning og rulning udføres ikke.

Hvem kan levere indsatsen? Kompetencekrav

Praktisk hjælp udføres af medarbejdere, der har gennemgået en grundig oplæring.

Hvornår udføres indsatsen?

Praktisk hjælp leveres hverdage mellem kl. 6-17.

Helligdage

Hvis den faste dag for praktisk hjælp er på en helligdag, 1. maj, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, gives erstatningshjælp på en hverdag.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Hvis indsatsen ændres, aflyses eller forsinkes
Leverandøren kan ikke aflyse indsatsen.

Forsinkelse

Det aftales med borgeren, hvilken besked der skal gives, hvis der er ændringer i leveringstiden. Hvis borgeren ønsker det, skal der gives besked ved forsinkelser på 1 time eller mere.

Flytning
Hvis indsatsen ikke kan leveres den aftalte dag, skal levering tilbydes inden for en tidsramme af 3 hverdage efter eller evt. før det oprindeligt planlagte besøg.

Særlige forhold

Ifølge Arbejdsmiljøloven skal medarbejderne kunne udføre arbejdet sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt. Der må ikke anvendes farlige stoffer og materialer der kan være farlige eller forringe sikkerhed og sundhed.

Borgeren har ansvar for, at vaskemaskine, tørretumbler, tørrestativ, der stilles til rådighed, er i sikkerhedsmæssig forsvarlig stand og let tilgængelig.

Tøj er normalt vaskbare beklædningsgenstande og f.eks. sengelinned, håndklæder, vaskeklude, karklude, viskestykker.

Vaskemidlerne skal være miljømærkede, varedeklarerede på dansk og i original emballage

Medarbejderne må ikke anvende klorholdige produkter og soda af hensyn til bevarelse af deres sundhed og et rent miljø.

Revideret (dato og år)

Administrativt revideret april 2022.

Godkendt (dato og år)

Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Anrette og servere mad og drikke (Praktisk hjælp)

Hvad er indsatsens lovgrundlag?
Lov om Social Service § 83.2

Hvad er formålet med indsatsen?

At sikre, at borgeren får tilbud om mad og drikke.

Kvalitetsmål for indsatsen
At medvirke til at sikre at borgeren får mad og drikke.

At maden er veltilberedt og ser indbydende ud.

At forebygge unødigt vægttab eller vægtøgning.

Kosten skal være i overensstemmelse med borgernes forventninger og vaner, og så vidt muligt afspejle de individuelle ønsker og behov.

At medarbejderen kan vejlede borgerne om ernæringsrigtig kost.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Hvilke opgaver indgår i indsatsen?
Der gives hjælp til tilberedning og/eller anretning af mad.

Hjælpen kan bestå i:

1. Guidning og vejledning
   - Der guides, støttes og vejledes med udgangspunkt i, at borgeren selv skal udføre det, som borgerens funktionsevne tillader.
   - Der ydes hjælp til at strukturere og koordinere handlingerne hensigtsmæssigt.
   - Rådgivning om sund og ernæringsrigtig kost.

2. Åbning af emballage

3. Morgenmad
   - Tilberedning af grød og æg.
   - Ophældning af morgenmadsprodukter.
   - Smøre brød.
   - Lave kaffe og te.

4. Frokost og aftensmad
   - Anrette maden på tallerken.
   - Hjælp til opvarmning af mad.
   - Servere det brød, som er smurt tidligere.
   - Lave te/kaffe.

5. Borddækning, anretning og afrydning

6. Opvask
   - I dagvagten vaskes det brugte service op i hånden og opvaskemaskine, og sættes på plads.
   - I aftenvagten skylles service af og sættes til side i køkkenet.

Hvad indgår ikke i indsatsen?
Der vaskes ikke op efter gæster.

Hvem kan levere indsatsen? Kompetencekrav
Praktisk hjælp udføres af medarbejdere, der har gennemgået en grundig oplæring.

Hjælpen udføres af medarbejdere med relevant kompetenceniveau i forhold til opgaven.

Hvornår udføres indsatsen?
Hele døgnet – og alle dage.

Hvis indsatsen ændres, aflyses eller forsinkes
Leverandøren kan ikke aflyse indsatsen.

Forsinkelse

Det aftales med borgeren, hvilken besked der skal gives, hvis der er ændringer i leveringstiden. Hvis borgeren ønsker det, skal der gives besked ved forsinkelser på 1 time eller mere.

Flytning
Hjælp skal altid udføres samme dag.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Særlige forhold
I forbindelse med indsatsen kan også leveres *Madservice.*

Ifølge Arbejdsmiljøloven skal medarbejderne kunne udføre arbejdet sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt. Der må ikke anvendes farlige stoffer og materialer der kan være farlige eller forringe sikkerhed og sundhed.

Borgeren har ansvar for, at det opvaskemiddel, der stilles til rådighed, er miljøvenligt, varedeklareret på dansk og i original emballage.

Ved anvendelse af opvaskemaskine har borgeren ligeledes ansvar for at maskinen er i forsvarlig stand og at de midler, der skal anvendes forefindes, er miljøvenlige, varedeklarerede på dansk og i original emballage.

Fødevarer, hvor holdbarhedsdatoen er overskredet, kasseres i samråd med borgeren.

Rask ægtefælle skal tilberede frokost til borgeren, rydde op og vaske op.

Revideret (dato og år)
Administrativt revideret april 2022.

Godkendt (dato og år)
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Madservice (Praktisk hjælp)

Hvad er indsatsens lovgrundlag?
Lov om Social Service § 83.3

Hvad er formålet med indsatsen?
At sikre at borgeren får frokost og / eller aftensmad.

Kvalitetsmål for indsatsen
At medvirke til at sikre at borgeren får mad.
- At maden er veltillavet og ser indbydende ud.
- At forebygge unødigt vægttab.
- At emballagen er let at åbne.
- At der er valgmuligheder.

Hvilke opgaver indgår i indsatsen?
Levering af frokost og / eller aftensmad som varm mad eller kølet mad efter borgerens valg. Der kan visiteres til madservice en eller flere dage om ugen.

Maden leveres som normal kost, mens diætkost kræver særlig aftale. Alle kostformer kan leveres som værende "kost til småtspisende" og vegetar.

Borgeren kan vælge hovedret og bi-ret eller kun hovedret. Der kan ikke vælges bi-ret alene.
Der kan dagligt vælges mellem fisk, vegetar og kød.

Borgeren skal vælge retter for 14 dage af gangen.

Der kan bestilles/afbestilles senest dagen før kl. 12:00. Der kan ikke bestilles/afbestilles på lørdage, søndage og helligdage. Borgeren skal selv sørge for rettidig afbestilling. Såfremt der ikke er afbestilt rettidigt, opkræves betaling for maden.

Der kan visiteres hjælp til at anrette og servere maden.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

For borgere, som bor i en bebyggelse, hvor der er Café, kan der visiteres hjælp til at komme derhen.

Diætkost ordineres af læge og visiteres af Visitationen.

Hvem kan levere indsatsen? Kompetencekrav
Virksomheder godkendt af Gentofte Kommune til at levere Madservice

Hvornår udføres indsatsen?
Varm mad leveres alle dage året rundt i tidsrummene kl. 11:00 – 13.30 og kl. 16.30 – 19.

Kølet mad leveres på hverdage kl. 9 – 13.

Hvis indsatsen ændres, aflyses eller forsinkes
Levering af madservice kan ikke aflyses.

Særlige forhold
Der er egenbetaling for indsatsen. Taksten fastsættes af Kommunalbestyrelsen en gang om året.

Hvis borgeren modtager social pension, vil egenbetalingen blive trukket fra inden pensionen udbetales.

Borgere, som ikke modtager pension, får en regning fra leverandøren.

Bor borgeren i opgang og ikke selv kan åbne hoveddøren, skal der afleveres en nøgle til leverandørens chauffør.

I plejeboliger med hjemmehjælp køber borgeren maden via den leverandør, der er valgt af Kommunalbestyrelsen.

I plejeboliger med fast personale er maden en del af servicepakken, hvis borgeren ikke selv kan anrette maden samt rydde op / vaske op.

Revideret (dato og år)
Administrativt revideret maj 2020.

Godkendt (dato og år)
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Personlig hjælp

Personlig hygiejne (Personlig hjælp)

Hvad er indsatsens lovgrundlag?
Lov om Social Service § 83.1

Hvad er formålet med indsatsen?
At borgeren oplever velvære, og kan opretholde sociale kontakter.

At borgeren får tøjet på og af, så borgeren er klædt efter eget ønske og situation.

Kvalitetsmål for indsatsen
At støtte og inddrage borgeren i at få udført personlig hygiejne under hensyntagen til borgerens ressourcer.

Hvilke opgaver indgår i indsatsen?
Hjælpen kan bestå i:

1. Guidning og vejledning

- Der guides, støttes og vejledes med udgangspunkt i at borgeren selv skal udføre det, som borgerens funktionsevne tillader.
- Hjælp til at strukturere og koordinere handlingerne hensigtsmæssigt.
- Hjælpe borgeren til at vurdere om tøjet er rent og helt samt hjælpe borgeren med at sikre at tøjet passer til situationen.

2. Hjælp til vask og bad

- Hjælp til vask af kroppen ved bruser, ved håndvask eller i sengen.
- Hårvask
- Tørring af krop.

3. Tandbørstning, rengøring af protese og mundpleje

- Morgen og aften, samt ved særlige behov.

4. Fodbad

5. Barbering

- Barbering i ansigtet med elektrisk barbermaskine eller skraber.

6. Efter hårvask

- Tørre hår med håndklæde eller føntørrer og rede hår.

7. Fodpleje og negleklipning

- Hjælp til klipning og rensning af negle på hænder og fødder. Negleklipning foretages kun, hvor der ikke er forhold, som kræver fodterapeut eller redskaber ud over en almindelig neglesaks. Det er medarbejderen, der vurderer om negleklipningen kan foretages forsvarligt. I tvivlstilfælde kontaktes egen læge.

8. Hudpleje med anvendelse af almindelige hudplejemidler, der kan købes i håndkøb.

9. Hjælp til på- og aftagning af tøj

10. Oprydning

- Oprydning og aftørring i badeværelset
- Fjernelse af affald
- Snavset tøj lægges til vask

11. Sengeredning

12. Hjælp til kropsbårne hjælpemidler, som ikke er omfattet af sundhedslovsindsatser – f.eks. høreapparat

- Hjælpe med at sætte høreapparat korrekt
- Rengøring høreapparat
- Skifte og montere batterier eller andet tilbehør.

Hvad indgår ikke i indsatsen?
Ved behov for mere end fodpleje (klipning og rensning af negle) henvises til fodterapeut.

Hår oprulles ikke. Der henvises til frisør.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Hudpleje omfatter ikke lægeordinerede behandlingsmidler. Der henvises til læge og sundhedslovsindsatser.

Hvem kan levere indsatsen? Kompetencekrav
Personlig hjælp udføres af medarbejdere, der har gennemgået en grundig oplæring.

Hjælpen udføres af medarbejdere med relevant kompetenceniveau i forhold til opgaven.

Hvornår udføres indsatsen?
Personlig hygiejne (bortset fra bad) leveres hele døgnet alle ugedage.

Bad leveres på hverdage i tidsrummet: Kl. 06 – 17.

Hvis indsatsen ændres, aflyses eller forsinkes
Leverandøren kan ikke aflyse indsatsen.

Forsinkelse

Det aftales med borgeren, hvilken besked der skal gives, hvis der er ændringer i leveringstiden. Hvis borgeren ønsker det, skal der gives besked ved forsinkelser på 1 time eller mere.

Flytning
Personlig hygiejne skal altid udføres samme dag.

Særlige forhold
Hjælp til bad gives 2 gange om ugen. Ved særlige behov tilbydes bad hyppigere, eksempelvis ved inkontinens.

Borgeren må vise forståelse for, at det kan være nødvendigt at ændre ved møbleringen og / eller benytte hjælpemidler i badeværelset for at sikre, at medarbejderen kan udføre opgaverne og undgår skader.

Borgere, hvor eget badeværelse er uegnet til bad, hvor der ikke er plads til både borger og medarbejder eller hvor badeværelset er beliggende på en etage i boligen, som borgeren ikke kan benytte, kan tilbydes bad i dagcenter eller daghjem.

Af hensyn til medarbejderens arbejdsmiljø tilbydes ikke hjælp til karbad, hvor borgeren ligger ned.

Revideret (dato og år)
Administrativt revideret maj 2020.

Godkendt (dato og år)
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Udskillelser (Personlig hjælp)

Hvad er indsatsens lovgrundlag?
Lov om Social Service § 83.1

Hvad er formålet med indsatsen?
At medvirke til at sikre, at borgeren kan komme af med affaldsstoffer fra blære og tarm.

Kvalitetsmål for indsatsen
At borgeren kan komme af med affaldsstoffer fra blære og tarm.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

At hjælpen er medvirkende til at borgeren kan føle sig tryg og veltilpas, og opretholde sociale kontakter.

At blufærdighed og personlig integritet respekteres.

Hvilke opgaver indgår i indsatsen?
Hjælpen kan bestå i:

1. Guidning og vejledning

- Der guides, støttes og vejledes med udgangspunkt i at borgeren selv skal udføre det, som borgerens funktionsevne tillader.
- Der ydes hjælp til at strukturere og koordinere handlingerne hensigtsmæssigt.

2. Bistand under toiletbesøget

- At borgeren er alene i den udstrækning det kan lade sig gøre.
- Borgere med demens kan have behov for, at medarbejderen er nærværende under hele toiletbesøget, og fastholder opmærksomheden på det nødvendige.

3. Kolbe/bækken

- Ved behov anvendes urinkolbe / bækken i sengen.

4. Afvaskning/aftørring

5. Bleskift og skift af urinkondom

6. Borgeren tilbydes håndvask efter toiletbesøg

7. Observation

- Urin og afføring observeres.
- Observerede ændringer rapporteres.
- Ved forstoppelse og sparsom vandladning vejledes borgeren til at drikke mere væske.

8. Oprydning

- Tømning og rengøring af bækken, kolbe, toiletstol eller toiletspand.
- Bortskaffelse af affald.

Hvem kan levere indsatsen? Kompetencekrav
Personlig hjælp udføres af medarbejdere, der har gennemgået en grundig oplæring.

Hjælpen udføres af medarbejdere med relevant kompetenceniveau i forhold til opgaven.

Hvornår udføres indsatsen?
Hele døgnet – og alle dage.

Hvis indsatsen ændres, aflyses eller forsinkes
Leverandøren kan ikke aflyse indsatsen.

Forsinkelse
Det aftales med borgeren, hvilken besked der skal gives, hvis der er ændringer i leveringstiden. Hvis borgeren ønsker det, skal der gives besked ved forsinkelser på 1 time eller mere.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Flytning
Udskillelser skal altid udføres samme dag.

Særlige forhold
Hvis badeværelset skønnes uhensigtsmæssigt at benytte for borgeren, f.eks. ved for lidt plads eller placering på en anden etage vil medarbejderen anbefale brug af bækkenstol/toiletstol.

Borgeren må vise forståelse for, at det kan være nødvendigt at ændre ved møbleringen i badeværelset for at sikre at medarbejderen kan udføre opgaverne og undgår skader.

Revideret (dato og år)
Administrativt revideret maj 2020.

Godkendt (dato og år)
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Ernæring (Personlig hjælp)

Hvad er indsatsens lovgrundlag?
Lov om Social Service § 83.1

Hvad er formålet med indsatsen?
At medvirke til at sikre, at borgeren indtager tilstrækkelige mængder ernæringsrigtig mad og væske.

Kvalitetsmål for indsatsen
At borgeren indtager tilstrækkelige mængder ernæringsrigtig mad og væske.

At borgeren får den fornødne hjælp til at spise og drikke.

At forebygge unødigt vægttab eller vægtøgning.

Hvilke opgaver indgår i indsatsen?
Hjælpen kan bestå i:

1. Guidning og vejledning

- Der guides, støttes og vejledes med udgangspunkt i at borgeren selv skal udføre det, som borgerens funktionsevne tillader.
- Der ydes hjælp til at strukturere og koordinere handlingerne hensigtsmæssigt.
- Guide og støtte borgeren til så vidt muligt at spise selv, eventuelt skæres maden ud i mundrette stykker.

2. Madning helt eller delvist

- Præsentation af maden inden den udskæres, blendes, moses eller lignende.
- At skabe ro omkring måltidet.
- Der skal gives den fornødne tid til at spise, drikke og føre samtale under måltidet.
- Oprydning og soignering efter måltidet.

3. Observation af føde- og væskeindtag

- Opmærksomhed på om borgeren spiser og drikker den ønskede mængde.
- Der tilbydes varierende slags væske og måltider.

Hvem kan levere indsatsen? Kompetencekrav
Ernæring udføres af medarbejdere, der har gennemgået en grundig oplæring.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Hjælpen udføres af medarbejdere med relevant kompetenceniveau i forhold til opgaven.

Hvornår udføres indsatsen?
Hele døgnet - og alle dage.

Hvis indsatsen ændres, aflyses eller forsinkes
Leverandøren kan ikke aflyse indsatsen.

Forsinkelse

Det aftales med borgeren, hvilken besked der skal gives, hvis der er ændringer i leveringstiden. Hvis borgeren ønsker det, skal der gives besked ved forsinkelser på 1 time eller mere.

Flytning
Ernæring skal altid udføres samme dag.

Særlige forhold
Borgere kan tilbydes særlige spiseredskaber, særligt bestik o.l.

Revideret (dato og år)
Administrativt revideret maj 2020.

Godkendt (dato og år)
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Mobilitet (Personlig hjælp)

Hvad er indsatsens lovgrundlag?
Lov om Social Service § 83.1

Hvad er formålet med indsatsen?
At hjælpe borgeren med at komme fra "A til B" på den mest skånsomme og mindst belastende måde for både borger og medarbejder - samt ved inddragelse af borgerens egne ressourcer.

Kvalitetsmål for indsatsen
At borgeren er tryg under forflytningen.

At opnå så høj grad af selvstændighed som muligt.

At medarbejderne ikke får arbejdsskader eller nedslidning grundet forflytningsarbejde.

At Gentofte Kommunes forflytningspolitik (bilag 8) efterleves.

Hvilke opgaver indgår i indsatsen?
Forflytning kan forekomme i forbindelse med at en borger hjælpes ved toiletbesøg, på- og afklædning, personlig hygiejne, sengeredning, vending i seng, at rejse sig fra seng/stol og sætte sig en (køre)stol, transport inde eller transport til café ved bebyggelsen.

Hjælpen kan bestå i:

1. Guidning og vejledning

- Der guides, støttes og vejledes med udgangspunkt i at borgeren selv skal udføre det, som borgerens funktionsevne tillader.
- Der ydes hjælp til at strukturere og koordinere handlingerne hensigtsmæssigt.
- Det aftales med borgeren, hvad medarbejderne gør, og hvad borgeren selv skal gøre.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

2. Risikovurdering

- Forflytningen skal vurderes. Vurderingen omfatter bl.a.: Pladsforholdene, arbejdshøjder, underlag (stabilt og skridsikkert), passager fra "A til B", samt vurdering af borgerens eventuelle reaktioner under forflytningen.
- Vendings- og lejeringssituationerne skal vurderes. Vurderingen omfatter bl.a.: Pladsforholdene, arbejdshøjder, underlag (stabilt og skridsikkert), adgangsforhold samt vurdering af borgerens eventuelle reaktioner under vendingen- og lejringen.
- Er det besluttet, at der skal benyttes hjælpemidler, skal alle medarbejdere altid benytte dem, medmindre andet er aftalt (f.eks. hvis borgerens funktionsniveau varierer over døgnet).

3. Fastlæggelse af forflytningsteknik

- Udarbejdelse af skriftlig plan for forflytningen.
- Medarbejderne vejledes.

4. Gennemførelse af selve forflytningen og vending / lejring

5. Observation

- Hud, ledstillinger og muskeltonus (muskelspænding), og ændringer rapporteres.

Hvad indgår ikke i indsatsen?

Forflytning og vending / lejring udføres kun, hvis det er blevet risikovurderet og skønnet forsvarlig at udføre med eller uden hjælpemidler.

Hvem kan levere indsatsen? Kompetencekrav

Mobilitet udføres af medarbejdere, der har gennemgået en grundig oplæring.

Hjælpen udføres af medarbejdere med relevant kompetenceniveau i forhold til opgaven.

Risikovurdering foretages af medarbejdere med særlige kompetencer inden for forflytninger og forflytningshjælpemidler.

Hvornår udføres indsatsen?

Hele døgnet – og alle dage.

Hvis indsatsen ændres, aflyses eller forsinkes

Leverandøren kan ikke aflyse indsatsen.

Forsinkelse

Det aftales med borgeren, hvilken besked der skal gives, hvis der er ændringer i leveringstiden. Hvis borgeren ønsker det, skal der gives besked ved forsinkelser på 1 time eller mere.

Flytning

Mobilitet skal altid udføres samme dag.

Særlige forhold

Forflytningspolitikken skal altid følges (se Bilag 8).

Arbejdsmiljørepræsentantens anvisninger skal altid følges. HR Arbejdsmiljø kan evt. inddrages i løsningsforslag.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Der kan være situationer, hvor det er påkrævet at anvende personlift, loftslift, trappelift eller særlige teknikker til forflytningen

Revideret (dato og år)
Administrativt revideret maj 2020.

Godkendt (dato og år)
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Tilsyn og omsorg (Personlig hjælp)

Hvad er indsatsens lovgrundlag?
Lov om Social Service §§ 83.1.

Hvilke indsatser kan indgå i pakken?
Tilsyn og omsorg gives efter en individuel vurdering, hvor indholdet i indsatsen ikke nødvendigvis indeholder konkrete opgaver.

Hjælpen har til formål at støtte borgere med psykisk sygdom, demens, borgere med særlige adfærdsmæssige udfordringer.

Hvornår udføres indsatsen?
Tilsyn og omsorg leveres hverdage i dagtiden kl. 6.00 – 17.00 og om aftenen kl. 17.00 – 23.00.

Revideret (dato og år)
Administrativt beskrevet maj 2020.

Godkendt (dato og år)
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Hjælper nr. 2 (Personlig hjælp)

Hvad er indsatsens lovgrundlag?
Lov om Social Service §§ 83.1.

Hvilke indsatser kan indgå i pakken?
Hjælper nr. 2 gives efter en individuel vurdering, hvor der er brug for 2 personer.

Hvornår udføres indsatsen?
Hjælper nr. 2 leveres alle dage hele døgnet.

Revideret (dato og år)
Administrativt beskrevet maj 2020.

Godkendt (dato og år)
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Hjælp til hverdagens aktiviteter (Personlig hjælp)

Hvad er indsatsens lovgrundlag?
Lov om Social Service § 83.1

Hvad er formålet med indsatsen?
Hjælp til hverdagens aktiviteter

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Hvilke opgaver indgår i indsatsen?
Hjælp til hverdagens aktiviteter indeholder f.eks. hjælp til struktur, hjælp til breve, kontakt til pårørende, hjælp til aftaler.

Hvem kan levere indsatsen? Kompetencekrav
Hjælp til hverdagens aktiviteter udføres af medarbejdere, der har gennemgået en grundig oplæring.

Hvornår udføres indsatsen?
Hjælp til hverdagens aktiviteter leveres hverdage i dagtiden kl. 6.00 – 17.00

Revideret (dato og år)
Administrativt oprettet maj 2020.

Godkendt (dato og år)
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Rehabiliteringsforløb

Hvad er indsatsens lovgrundlag?
Lov om Social Service § 83a Rehabiliteringsforløb.

Hvad er formålet med indsatsen?
At borgeren generhverver tabte almindelige daglige færdigheder.

Kvalitetsmål for indsatsen
At borgere med potentiale for forbedring af funktionsevne tilbydes et korterevarende, helhedsorienteret, tværfagligt og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb, der indeholder konkrete individuelle mål for rehabiliteringsforløbet.

At Tværgående Træningsteam samarbejder om rehabiliteringsindsatsen med borgerens leverandør af hjemmehjælp, og at det på tværs af faggrupper aftales, hvordan deres respektive indsats kan bidrage til realisering af målsætningerne for rehabiliteringsforløbet.

Hvilke opgaver indgår i indsatsen?
Tværgående Træningsteams faglige vurdering af borgerens forbedringspotentiale og borgerens egne ønsker om forbedring er rammen for forløbets indhold og varighed.

Indsatsen består af rehabilitering/træning, herunder guidning og vejledning i relation til følgende områder, hvis borgers behov og ønsker tilsiger det:

Personlig hjælp:
- Personlig hygiejne, herunder på- og afklædning, bad, øvre/nedre toilette mv
- Toiletbesøg
- Ernæring
- Mobilitet
- Hverdagens aktiviteter

Praktisk hjælp:
- Indkøb
- Tøjvask
- Tilberede/anrette mad og drikke

Tværgående Træningsteam er udfører for rehabilitering og instruerer og vejleder plejepersonalet i, hvordan den kompenserende hjælp bedst muligt tilrettelægges, så den understøtter rehabiliteringsforløbet hos borgeren.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Det er Tværgående Træningsteams opgave at være forløbsansvarlige, hvilket indbefatter, at de er ansvarlige for at styre forløbet, samt at sikre at de samarbejdspartnere, der er omkring borgeren, bliver informeret og inddraget i forløbet, så rehabiliteringsforløbet for borgeren bliver så målrettet som muligt. Det er ligeledes den forløbsansvarliges rolle at have viden om og kunne henvise til relevante tilbud, der kan støtte op om indsatsen under og efter endt rehabiliteringsforløb.

Ved afslutning af forløbet udarbejder terapeuten fra Tværgående Træningsteam en beskrivelse af forløbet og status i forhold til målopfyldelse til Pleje & Sundhed - Myndighed.

Under rehabiliteringsforløbet kan borgeren bevilges den nødvendige kompenserende hjælp og støtte til at nå målene.

Hvem kan levere indsatsen? Kompetencekrav

Tværgående Træningsteam

Hvornår udføres indsatsen?

Kl. 8 – 15 på hverdage. Efter særlig aftale også på hverdage udenfor dette tidsrum.

Hvis indsatsen ændres, aflyses eller forsinkes

Hvis indsatsen ændres, aflyses eller forsinkes, modtager borgeren indsatsen på et andet tidspunkt.

Godkendt (dato og år)

Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Genoptræning

Hvad er indsatsens lovgrundlag?

Lov om Social Service § 86, stk. 1 Genoptræning.

Hvad er formålet med indsatsen?

Formålet med genoptræning er, at borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt.

Kvalitetsmål for indsatsen

At borgeren inden for en tidsafgrænset periode generhverver funktionsniveau/funktionsevne ud fra borgerens forudsætninger i forhold til alder, sygdom eller skade.

At borgerens evne til at klare sig fremmes og at den daglige tilværelse lettes.

At inddrage borgeren i fastsættelse af mål.

At borgeren får forståelse for betydningen af at vedligeholde sin funktionsevnen.

At lægge en plan sammen med borgeren med henblik på at borgeren kan vedligeholde sin funktionsevne.

Hvilke opgaver indgår i indsatsen?

Genoptræning er en målrettet samarbejdsproces mellem borger og eventuelt pårørende og medarbejdere, hvor funktionsevnen kan forbedres gennem målrettet støtte.

Der udarbejdes mål og plan for indsatsen i tæt samarbejde med borgeren. Herunder aftaler med borger om konkrete træningsindsatser og forventningsafstemning om forløbet. Målene er relateret til hverdagslivet og beskriver en udvikling af funktionsevnen; bevægelse- og aktivitetsmæssigt.

Genoptræning omfatter træning af kroppens funktion og træning af aktiviteter dvs. træning af funktionsnedsættelser i relation til for eksempel bevægeapparatet og aktivitetsbegrænsninger. Digitalt understøttet træning indgår efter terapeutfaglig vurdering.

Indsatsen gives som udgangspunkt på hold – ved behov gives individuel træning.

Indsatsen kan foregå både ambulant og under et midlertidigt døgnophold samt i borgerens egen bolig inkl. plejebolig.

Træningsforløbet afsluttes, når målet med genoptræningen er nået, eller hvis målet efter en terapeutisk vurdering ikke kan nås.

Hvem kan levere indsatsen? Kompetencekrav
Terapien:
Borgere på rehabiliteringsdøgnophold på Tranehaven.

Borgere til ambulant genoptræning modtager som udgangspunkt genoptræning ved Terapien på træningscentre i Tranehavens regi.

Borgere som bor i eget hjem og ikke modtager hjemmehjælp eller kun modtager rengøring og ikke kan komme til ambulant træning pga. nedsat funktionsniveau, modtager hjemmetræning ved Terapien.

Tværgående Træningsteam:
Borgere, som får mere hjemmehjælp/hjemmesygepleje end rengøring eller borgere, som bor i plejebolig eller er på aflastningsophold og ikke kan komme til ambulant træning pga. nedsat funktionsniveau, modtager hjemmetræning ved Tværgående Træningsteam, hvis formålet med træningen er at forbedre daglige aktiviteter/ADL.

Hvornår udføres indsatsen?
Kl. 8 – 15 på hverdage. Efter særlig aftale også på hverdage udenfor dette tidsrum.

Hvis indsatsen ændres, aflyses eller forsinkes
Hvis indsatsen ændres, aflyses eller forsinkes, modtager borgeren indsatsen på et andet tidspunkt. Hvis borgeren udebliver gentagne gange, modtager borgeren ikke indsatsen på andet tidspunkt.

Særlige forhold
Borgere, som pga. nedsat funktionsevne har brug for kørsel til og fra træning, kan få bevilget kørsel. Det er en mindre brugerbetaling på denne kørsel.

Godkendt (dato og år)
Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Vedligeholdende træning

Hvad er indsatsens lovgrundlag?
Lov om Social Service § 86, stk. 2.

Hvad er formålet med indsatsen?
Formålet med vedligeholdende træning er, at borgeren vedligeholder sin funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.

Kvalitetsmål for indsatsen
At borgeren inden for en tidsafgrænset periode får støtte til at vedligeholde sin hidtidige funktionsniveau/funktionsevne ud fra borgerens forudsætninger i forhold til alder og sygdom.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

At borgerens evne til at klare sig selv fremmes og at den daglige tilværelse lettes.

At inddrage borgeren i fastsættelse af mål.

At borgeren får forståelse for betydningen af at vedligeholde sin funktionsevnen.

At lægge en plan sammen med borgeren med henblik på at borgeren kan vedligeholde sin funktionsevne.

Hvilke opgaver indgår i indsatsen?
Vedligeholdende træning er en målrettet samarbejdsproces mellem borger og eventuelt pårørende og personale i en tidsafgrænset periode, hvor målet er at borgerens funktionsevnen ikke forværres eller den fastholdes gennem en målrettet støtte.

Der udarbejdes mål og plan for indsatsen i tæt samarbejde med borgeren. Herunder aftaler med borger om konkrete træningsindsatser og forventningsafstemning om forløbet. Indsatsen tilrettelægges så borgeren ved afslutning af forløbet selv kan tage ansvar for fremadrettet at vedligeholde sin funktionsevne.

Vedligeholdende træning omfatter træning af kroppens funktion og træning af aktiviteter dvs. træning af funktionsnedsættelser i relation til for eksempel bevægeapparatet og aktivitetsbegrænsninger. Digitalt understøttet træning indgår efter terapeutfaglig vurdering.

Indsatsen gives som udgangspunkt på hold 1-2 gange om ugen – ved behov kan der gives individuel træning.

Indsatsen kan foregå både ambulant og under et midlertidigt døgnophold samt i borgerens egen bolig inkl. plejebolig.

Træningsforløbet afsluttes, når målet med optræningen er nået, eller hvis målet efter en terapeutisk vurdering ikke kan nås.

Hvem kan levere indsatsen? Kompetencekrav
<u>Terapien:</u>
Borgere på rehabiliteringsdøgnophold på Tranehaven.

Borgere til ambulant vedligeholdende træning modtager som udgangspunkt træning ved Terapien på træningscentre i Tranehavens regi.

Borgere som bor i eget hjem og ikke modtager hjemmehjælp eller kun modtager rengøring og ikke kan komme til ambulant træning pga. nedsat funktionsniveau, modtager hjemmetræning ved Terapien.

<u>Tværgående Træningsteam:</u>
Borgere, som får mere hjemmehjælp/hjemmesygepleje end rengøring eller borgere, som bor i plejebolig eller er på aflastningsophold og ikke kan komme til ambulant træning pga. nedsat funktionsniveau, modtager hjemmetræning ved Tværgående Træningsteam, hvis formålet med træningen er at vedligeholde daglige aktiviteter/ADL.

Hvornår udføres indsatsen?
Kl. 8 – 15 på hverdage. Efter særlig aftale også på hverdage udenfor dette tidsrum.

Hvis indsatsen ændres, aflyses eller forsinkes
Hvis indsatsen ændres, aflyses eller forsinkes, modtager borgeren indsatsen på et andet tidspunkt. Hvis borgeren udebliver gentagne gange, modtager borgeren ikke indsatsen på andet tidspunkt.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Særlige forhold

Borgere, som pga. nedsat funktionsevne har brug for kørsel til og fra træning, kan få bevilget kørsel. Det er en mindre brugerbetaling på denne kørsel.

Godkendt (dato og år)

Godkendt af Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022.

Delegerede sygeplejeindsatser

Hjemmeplejeleverandørerne leverer sygeplejeindsatser efter Sundhedsloven §138 i et samarbejde med hjemmesygeplejen i Gentofte Kommune. Hjemmehjælpsleverandørerne leverer sygeplejeindsatserne i forhold til gældende instrukser / vejledninger for området.

5. Bilag

Bilag 1: Lov om Social Service §§ 83, 83a og 86.

Bilag 2: Anvendte begreber.

Bilag 3: Borgerens rettigheder og pligter.

Bilag 4: Borgerens klagemuligheder.

Bilag 5: Samarbejde mellem myndighed og leverandør ved § 83 hos borgere, som ikke bor i plejebolig

Bilag 6: Krav til leverandøren af § 83 til borgere, som ikke bor i plejebolig

Bilag 7: Gentofte Kommunes Værdighedspolitik.

Bilag 8: Forflytningspolitik.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022
Sagsnr. EMN-2022-02982

Bilag 1: Lovgivning[13].

Lov om Social Service §§ 83 – 86.

Kapitel 16
Personlig hjælp, omsorg og pleje samt plejetestamenter

§ 83. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde
1) personlig hjælp og pleje,
2) hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og
3) madservice.

- *Stk. 2.* Tilbuddene efter stk. 1 gives til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver.
- *Stk. 3.* Forud for vurderingen af behovet for hjælp efter stk. 1 skal kommunalbestyrelsen vurdere, om et tilbud efter § 83 a vil kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter stk. 1.
- *Stk. 4.* Tilbud om hjælp efter stk. 1 skal bidrage dels til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder, dels til at afhjælpe væsentlige følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.
- *Stk. 5.* Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for hjælp efter stk. 1 til den enkelte modtager af hjælpen. Hjælpen skal løbende tilpasses modtagerens behov.
- *Stk. 6.* I forbindelse med afslutning af et rehabiliteringsforløb efter § 83 a skal kommunalbestyrelsen vurdere modtagerens behov for hjælp efter § 83.
- *Stk. 7.* Tilbuddene efter stk. 1 kan ikke gives som generelle tilbud efter § 79.
- *Stk. 8.* Kommunen skal ved tilrettelæggelsen af pleje og omsorg m.v. for en person med en demensdiagnose så vidt muligt respektere dennes vejledende tilkendegivelser for fremtiden med hensyn til bolig, pleje og omsorg (plejetestamenter).

§ 83 a. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83, stk. 1. Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov.

- *Stk. 2.* Rehabiliteringsforløbet, jf. stk. 1, skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for rehabiliteringsforløbet i samarbejde med den enkelte modtager af forløbet.
- *Stk. 3.* De fastsatte mål og tidsrammen for rehabiliteringsforløbet skal indgå i en samlet beskrivelse af forløbet. Er der under rehabiliteringsforløbet behov for at ændre i målene, skal dette ske i samarbejde med modtageren.
- *Stk. 4.* Kommunalbestyrelsen skal tilbyde modtageren af et rehabiliteringsforløb den nødvendige hjælp og støtte under forløbet med henblik på at nå de fastsatte mål, jf. stk. 2. Hjælpen og støtten skal løbende tilpasses udviklingen i modtagerens funktionsevne. Hvis modtageren ikke gennemfører et rehabiliteringsforløb, skal kommunalbestyrelsen vurdere modtagerens behov for hjælp efter § 83, jf. § 83, stk. 6.

§ 84. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde afløsning eller aflastning til ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

- *Stk. 2.* Kommunen kan tilbyde midlertidigt ophold til personer, der i en periode har et særligt behov for omsorg og pleje.

§ 85. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

§ 86. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse.

- *Stk. 2.* Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor.

§ 87. Kommunalbestyrelsen skal sikre, at de opgaver, der er nævnt i §§ 83-85, i fornødent omfang kan varetages døgnet rundt.

[13] Link til Retsinformation – 24.01.2022: Serviceloven (retsinformation.dk)

Bekendtgørelse om kvalitetsstandarder for hjemmehjælp, rehabiliteringsforløb og træning efter servicelovens §§ 83, 83 a og 86[14]

I medfør af § 139 i lov om social service, jf. lovbekendtgørelse nr. 1023 af 23. september 2014, fastsættes:

Kvalitetsstandarder

§ 1. Kommunalbestyrelsen skal mindst én gang årligt udarbejde en kvalitetsstandard for personlig og praktisk hjælp m.v., rehabiliteringsforløb samt kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning efter lovens §§ 83, 83 a og 86.

Stk. 2. Kvalitetsstandarden skal indeholde generel serviceinformation til borgerne om den hjælp, de kan forvente fra kommunen, hvis de får behov for personlig og praktisk hjælp m.v., rehabiliteringsforløb eller kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning efter lovens §§ 83, 83 a og 86.

Stk. 3. Kvalitetsstandarden skal indeholde en beskrivelse af det serviceniveau, kommunalbestyrelsen har fastsat for indsatser efter lovens §§ 83, 83 a og 86. Beskrivelsen af indholdet, omfanget og udførelsen af hjælpen skal være præcis og skal danne grundlag for, at der sikres sammenhæng mellem serviceniveau, de afsatte ressourcer, afgørelserne samt leveringen af hjælpen. Kvalitetsstandarden skal endvidere indeholde operationelle mål for, hvordan dette sikres, og en beskrivelse af, hvordan der følges op på de fastsatte mål, jf. § 2.

§ 2. Kommunalbestyrelsen skal mindst én gang årligt følge op på de efter § 1, stk. 3, fastsatte mål for kvaliteten og styringen af hjælpen efter lovens §§ 83, 83 a og 86.

Ikrafttrædelse

§ 3. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. januar 2015.

Stk. 2. Bekendtgørelse nr. 342 af 26. marts 2013 om kvalitetsstandarder for hjemmehjælp og træning efter servicelovens §§ 83 og 86 ophæves.

Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold, den 27. december 2014

Manu Sareen

/ Eva Pedersen

[14] Link til Retsinformation: Bekendtgørelse om kvalitetsstandarder

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Bilag 2: Anvendte termer og begreber

I det omfang begrebet er beskrevet på "Sociale begreber.dk" er definitionen herfra anvendt i nedenstående tabel – alfabetisk rækkefølge.

Afgørelse
Beslutning, der fastsætter, hvad der er eller skal være ret for en borger i en given sag. En afgørelse kan enten bestå af en bevilling eller et afslag. Indeholder altid klagevejledning.

Afslag
En begrundet afvisning af en anmodning om hjælp efter en given paragraf. Indeholder altid klagevejledning.

Bevilling

Et tilsagn om at yde en borger hjælp til en given opgaveløsning.

Bestiller

Kommunal forvaltningsenhed, der efter delegation fra kommunalbestyrelsen, har kompetence til at træffe afgørelser.

Anvendes ofte som en generel organisatorisk betegnelse ifm. sagsbehandling på individniveau.

Forvaltningsgrundlag

Beskriver hvordan det fastlagte serviceniveau omsættes til praksis.
Indeholder fremgangsmåder, sagsbehandlingsmetoder, værktøjer og klassifikationer, der anvendes til at omsætte serviceniveauet til konkrete afgørelser til borgerne.

Indsats

Handling, der er koncentreret og rettet mod et resultat.

Anvendes om en service eller en ydelse, der leveres til en borger.

Indsatsbeskrivelse

En detaljeret beskrivelse af indsatsen, som afgrænser indholdet og præciserer kvaliteten af indsatsen samt andre forhold af betydning for levering.

Indsatsbeskrivelsen danner også grundlag for opfølgning og tilsyn.

Indsatskatalog

En samling af indsatsbeskrivelser indenfor et indsatsområde.

Kvalitetsstandard

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Kvalitetsstandard anvendes som samlet begreb for den kommunale fastlæggelse af rammer for tildeling af hjælp til borgerne og de opgaver kommunalbestyrelsen i denne sammenhæng er ansvarlig for. Kvalitetsstandarden indeholder et serviceniveau, et forvaltningsgrundlag, et indsatskatalog og serviceinformation til borgerne.

Leverandør

Organisatorisk betegnelse for en enhed, der leverer indsatser.

Anvendes ofte som en generel organisatorisk betegnelse ifm. opgaver på et organisatorisk niveau.

Myndighed

Kommunal forvaltningsenhed, der efter delegation fra kommunalbestyrelsen, har kompetence til at træffe afgørelser.

Anvendes ofte som en generel organisatorisk betegnelse ifm. opgaver på et organisatorisk niveau.

Sagsbehandler

Person, der repræsenterer en forvaltningsmyndighed, og som behandler en myndighedssag

Servicebeskrivelse

Information til borgerne om serviceniveauet på et givent indsatsområde. Serviceinformationen skal på et for borgerne forståeligt sprog beskrive, hvilken hjælp man kan få, og hvilke kriterier, der skal være opfyldt for at kunne få hjælpen.

Serviceniveau

En samling af principper, politikker og kriterier, der beskriver og afgrænser indholdet i den indsats, man har valgt at ville levere på et givet indsatsområde. Informationerne i serviceniveauet skal være præcise nok til, at de kan danne grundlag for eksklusion/inklusion af borgerne i målgruppen for indsatsen og i udmåling af indsatsens størrelse og leveringshyppighed.

Udfører

Organisatorisk betegnelse for en enhed, der leverer indsatser.

Anvendes ofte som en generel organisatorisk betegnelse ifm. opgaveudførelse på individniveau.

Visitation

Vurdering af borger og borgers samlede situation med henblik på afgørelse om, der kan bevilges en indsats efter Lov om Social Service.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Bilag 3. Borgerens rettigheder og pligter

Borgerens pligter

Jf. *Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område* § 11, stk 1 kan kommunen anmode ansøgere om at medvirke til at få de oplysninger frem, som er nødvendige for at afgøre, hvilken hjælp ansøger er berettiget til. Ansøger kan også anmodes om medvirke ved at lade sig undersøge af en læge eller blive indlagt til observation og behandling som led i sagsbehandlingen. Jf. § 11a kan kommunen efter forudgående samtykke fra ansøger forlange, at andre offentlige myndigheder mf. giver oplysninger, der er nødvendige for at behandle sagen. Hvis ansøger ikke medvirker eller giver samtykke til indhentning af oplysninger, skal kommunen jf § 11b behandle sagen for det foreliggende grundlag. Kommunen skal oplyse ansøger om, hvilke konsekvenser en manglende medvirken har for sagsbehandlingen.

For at Gentofte Kommune kan yde borgerne den bedst mulige hjælp til at bibeholde et så selvstændigt liv som muligt på baggrund af borgerens individuelle behov, er det vigtigt at borgeren er motiveret, tager medansvar og samarbejder herunder også under en eventuel udredning.
Hvis en borger efter at have modtaget instruktion, vejledning, anvisning om mindre belastende arbejdsstillinger, anvisning til anskaffelse af andre redskaber eller teknologiske hjælpemidler og evt. hjælpemiddel samt træning er i stand til selv at udføre en opgave helt eller delvist skal denne efterfølgende gøre det, og borger anses for ikke at være berettiget til hjælp til opgaven.

Borgerens rettigheder

Bisidder

Borgeren, som søger om hjælp via visitationen, har ret til jf. Forvaltningslovens § 8, at have en bisidder med til visitationsbesøget. Dette foregår som udgangspunktet i borgerens hjem. Borgeren bestemmer selv, hvem de ønsker som bisidder. Bisidderens rolle er sammen med borgeren at forberede sig til samtalen, stille spørgsmål og efter samtalen med sagsbehandler at drøfte indholdet af samtalen med borgeren. At være bisidder berettiger ikke til efterfølgende at modtage oplysninger eller drøfte borgerens anliggender med Visitationen, medmindre borgeren er til stede, eller der foreligger et samtykke fra borgeren.

Partsrepræsentant

Borgeren kan vælge at lade sig repræsentere af andre i forhold til både bevillingssager og ved den faktiske tilrettelæggelse af indsatser.

Ret til at bytte indsatser (fleksibel hjemmehjælp)

Borgeren har ret til at bytte bevilligede indsatser på hjemmehjælpsområdet til "ikke-bevilligede indsatser af tilsvarende tidsmæssigt omfang. Praktisk hjælp kan kun byttes til indsatser inden for praktisk hjælp, og personlig pleje kan kun byttes til indsatser inden for personlig hjælp. Hvis der er bevilget både personlig hjælp og praktisk hjælp, kan der ombyttes mellem disse indsatser. Når der byttes mellem indsatser, skal det altid være fagligt forsvarligt, hvilket vurderes af den udførende medarbejder.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Samtykke
Borgeren kan i en konkret situation give samtykke til, at andre må få informationer eller drøfte borgerens situation med visitationen. Samtykke kan gives skriftligt eller mundtligt fra gang til gang. Medarbejdere i Gentofte Kommune er forpligtiget til at dokumentere et mundtligt samtykke i kommunens elektroniske system.

Fuldmagt
Borgeren kan via fuldmagt give en anden person lov til at handle på borgerens vegne inden for de rammer, som er beskrevet i fuldmagten. En fuldmagt er skriftlig og kan gives til konkrete situationer eller mere omfattende forhold. Det skal tydeligt fremgå af kommunens omsorgssystem, at den forefindes, og hvad der gives fuldmagt til.

Værge
Nogle borgere er ikke i stand til at træffe afgørelser omkring egen situation og har fået beskikket en værge via Statsforvaltningen. Værgen varetager borgerens interesser i forhold det værgemål, som er beskikket. Værgen kan dog ikke flytte en borger i plejebolig mod borgerens vilje.

Aktindsigt
Har borgeren ikke alle papirerne i sin sag, kan borgeren bede kommunen om at få aktindsigt, også efter modtagelsen af afgørelsen i sagen.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022
Sagsnr. EMN-2022-02982

Bilag 4. Klagemuligheder

Hvem kan klage?

Alle, der har modtaget en afgørelse fra kommunen, har ret til at klage. Borgeren eller borgerens værge kan klage i borgerens sag. Hvis borgeren vil have en anden til at klage for sig, skal borgeren give vedkommende en skriftlig fuldmagt. Borgeren kan få hjælp til at formulere klagen ved henvendelse til Stab og Udvikling i Social & Sundhed. Der er ingen formkrav til klagen, og der kan klages både mundtligt og skriftligt.

Hvad kan der klages over?

Der kan klages over den afgørelse, kommunen har truffet. Kommunens afgørelse meddeles altid ansøgeren skriftligt, når der gives et afslag, og ledsages af klagevejledning. Her vil det fremgå, hvor klagen skal indgives. Der kan også klages, såfremt reglerne for sagsbehandling ikke er blevet overholdt. Endelig kan der klages over medarbejdere til kommunen, hvis borgeren føler sig dårligt behandlet.

Hvem skal der klages til

Klager indbringes til følgende instanser:

- Kommunen
- Ankestyrelsen
- Patientklagenævnet.

En klage indbringes til den myndighed, som har truffet den oprindelige afgørelse. Myndigheden vurderer sagen på ny:

- Hvis der er grundlag for fuldt ud at give klageren medhold i klagen, sendes en ny afgørelse til klageren inden fire uger efter, at klagen er modtaget.
- Hvis myndigheden kun delvis kan give klageren medhold, skal klageren have besked herom inden 4 uger efter, at klagen er modtaget. Klageren får samtidig en frist på fire uger til at meddele, om klagen fastholdes. Hvis klageren fastholder klagen, sendes denne inden 14 dage til Ankestyrelsen med begrundelsen for afgørelsen.
- Hvis myndigheden vurderer, at afgørelsen ikke skal ændres, sendes revurderingen med begrundelse til borgeren og genvurdering sendes sammen med alle relevante sagsakter til Ankestyrelsen inden fire uger efter, at klagen er modtaget.

Endvidere:

- Klager over kvaliteten af den leverede ydelse, herunder klager over aftalte indsatser, der ikke er leveret, kan rettes til leverandøren af ydelsen. Hvis klagen ikke umiddelbart imødekommes af leverandøren, kan klagen videresendes til Pleje & Sundhed Myndighed med henblik på en administrativ opfølgning inden for 2 uger.
- Hvis hjælpen ikke fungerer tilfredsstillende i plejeboliger med hjemmehjælp og plejeboliger med fast personale (plejehjem), bør afdelingssygeplejersken i første omgang kontaktes. Opleves hjælpen fortsat ikke tilfredsstillende, kontaktes forstanderen. Hvis klagen ikke umiddelbart imødekommes, kan klagen videresendes til Pleje & Sundhed Myndighed med henblik på en administrativ opfølgning inden for 2 uger.
- Klager over afgørelser eller over, at reglerne for sagsbehandling ikke er blevet overholdt, behandles af Ankestyrelsen.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Hvordan klager man?

Der er ingen krav om, hvad borgeren skal skrive i en klage. Det er nok at skrive, at man klager. Man kan også klage mundtligt, og kommunen skal nedskrive klagen. Borgeren har ret til administrativ bistand til formulering af sin klage.
Har borgeren ikke alle papirerne i sin sag, kan borgeren bede kommunen om at få aktindsigt, også efter modtagelsen af afgørelsen i sagen.
I de tilfælde, hvor borgeren ønsker, at klagen sendes til Ankestyrelsen, videresendes klagen af kommunen efter at kommunen igen har vurderet sin afgørelse.

Frister for at klage

En skriftlig afgørelse med et afslag skal indeholde en klagevejledning med oplysning om de fire ugers klagefrist. Hvis kommunen har glemt at give borgeren en klagevejledning, gælder fristen først fra den dag, borgeren har modtaget vejledningen.
For øvrige frister henvises til afsnittet Kvalitet og servicemål – Sagsbehandlingstider – borgerens frister.

Yderligere oplysninger og henvisninger til supplerende materiale

På hjemmesiden Ankestyrelsen findes mere information om Ankestyrelsen under sagsområder/vejledninger.

På hjemmesiden Klager over sundhedsfaglig behandling ses vejledning om sagsgangen i patientklagesager Styrelsen for Patientsikkerhed.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Bilag 5. Samarbejde mellem myndighed og leverandør ved § 83 hos borgere, som ikke bor i plejebolig

Samarbejde med visitationen

Leverandøren skal samarbejde med Visitationen. Ud over den løbende kontakt skal leverandøren deltage i samarbejdsmøder efter behov med henblik på borgerforløb og løbende udvikling af samarbejdet (fx faglige problemstillinger). Omfanget af møder varierer ift. behovet.

Opstart af hjælp

Leverandøren bliver kontaktet af Visitationen, når en borger er visiteret til at modtage personlig hjælp og/eller praktisk hjælp. Leverandøren skal påbegynde levering af indsatser til borgeren inden for de aftalte frister.

Ved opstart af praktisk hjælp og personlig hjælp, skal leverandøren indgå en aftale med borgeren om leveringstidspunkt. Tidspunktet for hjælpen må ikke afskære borgeren fra andre kommunale tilbud og indsatser.

En leverandør kan ikke undlade at levere indsatser til en borger, der har ønsket den pågældende leverandør.

Tilbagemeldingspligt

Leverandøren har tilbagemeldingspligt over for Visitationen og Gentofte Hjemmesygepleje i tilfælde af en ændring i borgerens situation, og ændringer i andre forhold med betydning for tildelingen af hjælpen.

Leverandøren skal bidrage til opfølgningen på borgers eventuelle deltagelse i et udrednings- og rehabiliteringsforløb som led i leverandørens tilbagemeldingspligt.

Tilbagemeldingspligten omfatter både bedring og forværring i borgerens funktionsevne, samt øvrige ændringer i borgerens livssituation, der vurderes at have betydning for tildeling af hjælp. Tilbagemeldingen skal altid ske hurtigst muligt, så borgeren sikres den rette indsats.

Udskrivning fra hospital

Hvis borgeren er udskrevet fra hospital eller en midlertidig plads, skal leverandøren iværksætte hjælpen, som beskrevet af Visitationen.

Ændring i borgerens tilstand

En borgers behov for hjælp kan ændre sig akut og variere løbende.

En akut ændring kræver en øjeblikkelig handling. Hvis den nødvendige hjælp er uopsættelig og ikke kan ydes inden for den visiterede ramme, skal leverandøren yde den nødvendige personlige hjælp, som var det en visiteret indsats. Leverandøren skal registrere de leverede indsatser i EOJ.

Hvis der i en periode på mindst 14 dage er behov for at give borgeren mindre tid, mere tid eller ekstra indsatser f.eks. i forbindelse med borgerens sygdom, skal leverandøren give de ekstra besøg / indsatser uden visitation. Dette gælder også ved behov for mere hjælp efter udskrivelse fra hospital. Visitationen skal således ikke kontaktes for at få visiteret de ekstra indsatser eller den ekstra tid.

Hvis behovet strækker sig over 14 dage, skal leverandøren kontakte Visitationen med henblik på en revisitation. Såfremt der ændres i visitationen, registreres indsatsen med tilbagevirkende kraft fra den dag indsatsen er leveret første gang.

Leverandøren skal tillige være opmærksom på et eventuelt behov for screening/vurdering af udredning eller rehabilitering.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Hverdagsrehabilitering

Såfremt en borger er bevilliget og modtager praktisk og/eller personlig hjælp og *samtidig* deltager i et forløb med Tværgående Træningsteam, skal leverandøren udføre sine opgaver i samarbejde med teamet således, at visitator efter endt forløb kan vurdere borgers behov, træffe en afgørelse og eventuelt tildele hjælp.

Leverandørens ændringer af indsatser

Personlig hjælp og indsatser vedrørende bestilling af indkøb må leverandøren ikke aflyse eller flytte til en anden dag.

Det aftales med borgeren, hvilken besked der skal gives, hvis der er ændringer i leveringstiden. Hvis borgeren ønsker det, skal der gives besked ved forsinkelser på en time eller mere.

Rengøring og tøjvask kan flyttes til en anden dag i akut opståede situationer. Hvis praktisk hjælp flyttes, skal borgeren orienteres senest kl. 9 samme dag. Den flyttede ydelse skal leveres senest tre hverdage efter den oprindeligt planlagte tid.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Bilag 6. Krav til leverandøren af § 83 til borgere, som ikke bor i plejebolig

Aftaler og koordinering

Leverandøren er forpligtet til at koordinere hjælpen til borgeren og samarbejde med andre leverandører og pårørende for at understøtte borgerens samlede forløb.

Leverandøren skal lave aftale med borgeren om levering af hjælpen, herunder tidspunkt for levering. Det aftales med borgeren, hvilken besked der skal gives, hvis der er ændringer i leveringstiden. Hvis borgeren ønsker det, skal der gives besked ved forsinkelser på en time eller mere.

Leverandøren og borgeren kan gensidigt indgå aftale om at flytte leveringstidspunktet.

Personlig hjælp og indsatser vedrørende bestilling af indkøb og madservice må leverandøren ikke aflyse.

Rengøring og tøjvask kan flyttes til en anden dag i akut opståede situationer. Hvis praktisk hjælp flyttes, skal borgeren orienteres senest kl. 9 samme dag. Den flyttede indsats skal leveres senest tre hverdage efter den oprindeligt planlagte tid.

Hvis borgeren sideløbende med § 83 a er bevilget praktisk og personlig hjælp, er det hjemmehjælpsleverandørens opgave at kende målet og planen med rehabiliteringsindsatsen og understøtte dette i de opgaver, der varetages.

Leverandøren skal – særligt omkring borgere med komplekse behov – kunne vurdere i hvilke situationer, det er relevant at inddrage kommunens fagkonsulenter.

I særlige komplekse borgerforløb, hvor der er brug for specialistkompetencer gennem enten telefonisk vejledning og sparring eller ved et fælles besøg i borgerens hjem, kan leverandørens ressourcepersoner samarbejde med kommunens fagkonsulenter og hjemmesygeplejen og den tværkommunale akutfunktion.

Borgerens behov for oplevelse af kontinuitet i hjælpen skal tilgodeses. Det betyder, at det skal tilstræbes, at borgeren skal møde et fast team af medarbejdere gennem døgnets timer og ugens forløb, således at borgeren skal forholde sig til færrest mulige medarbejdere.

Koordinering med Gentofte Hjemmesygepleje

Hjemmesygeplejen er til rådighed for leverandørerne hele døgnet i forhold til borgere.

Hvis det er en akut og kritisk opstået situation, skal Alarm 112 kontaktes.

Leverandøren skal kontakte hjemmesygeplejen eller akut-funktionen, hvis leverandøren vurderer, at der er behov for lægeindsats. Det er hjemmesygeplejen, som træffer beslutning om og kontakter praktiserende læge og vagtlæge f.eks. i forhold til lægebesøg i hjemmet og indlæggelse på hospital.

Leverandøren kontakter selv praktiserende læge, hvis det handler om genbestilling af medicin eller lignende ikke-komplekse opgaver.

Der kan forekomme situationer, hvor borgeren ikke ønsker at involvere hjemmesygeplejersken. I de tilfælde kan leverandøren kontakte borgerens egen læge og herefter dokumentere det i EOJ-systemet

Leverandøren og Hjemmesygeplejen mødes om og med borgere, hvor der er fælles problemstillinger.

Fravær

Leverandøren er forpligtet til at registrere borgerens fravær i EOJ-systemet, så snart leverandøren får kendskab til fraværet.

Der afregnes ikke for perioder, hvor borgeren ikke får leveret de visiterede indsatser. Ved indlæggelse på hospital, bortrejse, på midlertidigt ophold (f.eks. aflastning) og midlertidig pause længere end én dag, hvor f.eks. pårørende varetager indsatsen i en periode.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

I en fraværsperiode afregnes leverandøren for første dag i perioden herunder også på dagen, hvor borgeren flytter i plejebolig og på borgerens dødsdag.

Hvis borgeren modtager anden hjælp, som f.eks. madservice, indkøbsordning og går på dagcenter eller daghjem i henhold til EOJ, skal leverandøren meddele fravær til leverandøren af denne hjælp.

Hospitalsindlæggelse

Leverandøren er forpligtet til at gennemse korrespondance fra hospital 3 gange i løbet af dagtimer, 2 gange i løbet af aftentimer og 2 gange om natten.

Ved indlæggelse, hvor en borger har personlig og praktisk hjælp, men ikke sygepleje, er leverandøren forpligtet til at udfylde og sende Indlæggelsesrapport indenfor 6 timer efter indlæggelsen.

Ved udskrivelse skal leverandøren orientere sig om borgerens tilstand og sikre sig, at borgere, der udskrives, får vanlig hjælp eller den hjælp, som koordinerende sygeplejersker sender besked om. Vanlig hjælp er som udgangspunkt den hjælp, der var visiteret ved indlæggelsen.

Tidlig opsporing

Gentofte Kommune arbejder med triagering som metode til tidlig opsporing af forandring i borgerens fysiske, psykiske og sociale tilstand, som skal dokumenteres i EOJ-systemet.

Redskabet anvendes til at inddele borgere, så borgere med størst behov får øget opmærksomhed og målrettet pleje.

Leverandørens medarbejdere skal arbejde med triagering som metode. Medarbejderne skal være i stand til at observere ændringer i borgerens almentilstand, herunder sygdomstegn, og ændringer i funktionsniveau, der påvirker indsatstildelingen. Medarbejderne skal også kunne observere et eventuelt træningspotentiale eller et behov for sygepleje (tidlig opsporing), og skal kunne handle jf. tilbagemeldingspligten til eksempelvis Visitationen, egen læge, sygeplejerske m.fl.

Leverandøren skal sikre, at medarbejdernes observationer drøftes på møder med tværfaglig sammensætning. Her skal udarbejdes planer for tiltag hos de borgere, som er opsporet med ændringer, og kommunens hjemmesygepleje og Tværgående Træningsteam skal inddrages, hvor det er relevant.

Utilsigtede hændelser

Leverandøren er forpligtiget til at rapportere utilsigtede hændelser i DPSD (Dansk Patient-Sikkerheds-Database) med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet (VEJ nr. 1 af 03/01/2011).

Leverandøren skal samarbejde med kommunen om udredning og opfølgning på hændelser og medvirke ved eventuelle hændelses- og kerneårsagsanalyser, der involverer leverandøren.

Leverandøren skal ved behov kontakte kommunens risikomanager.

Personalet kompetencer

Kendskab til Gentofte Kommunes målgrupper og tilbud til målgrupper

Leverandøren skal sikre, at medarbejderne har et overordnet kendskab til Gentofte Kommunes øvrige tilbud på pleje- og sundhedsområdet, fx dagcenter, Tranehaven, Tværgående Træningsteam etc. Kendskabet skal sikre, at medarbejderne ved, hvilke muligheder borgerne har, og hvornår og hvordan tilbuddene kan benyttes. Medarbejderne skal også have kendskab til Gentofte Kommunes øvrige tilbud til målgrupperne. Kommunens tilbud fremgår af kommunens hjemmeside. Leverandøren skal løbende holde sig orienteret herom. Ved tvivl skal leverandøren kontakte Visitationen.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Faglig og personlige kompetencer

Leverandørens medarbejdere skal have de nødvendige faglige og personlige kvalifikationer i relation til opgaveudførelsen som fastsat i kvalitetsstandarden for de enkelte indsatser. Det betyder, at medarbejderne skal have sundhedsfaglige og personlige kompetencer, der sikrer, at indsatsen ydes på en måde, så borgeren fysiske, sociale og kognitive evner understøttes bedst muligt og i overensstemmelse med den rehabiliterende tilgang til borgeren. Personalets kvalifikationer og kompetencer skal vedligeholdes og udvikles i takt med udviklingen på de enkelte områder.

Leverandøren skal have adgang til sygeplejefaglige kompetencer i form af en autoriseret sygeplejerske, der kan instruere medarbejderne i komplekse plejeforløb og hygiejneprincipper, herunder nedbringelse af risikoen for smittespredning, pleje af patienter med særlig smitterisiko, håndtering af smittefarligt affald, håndhygiejne samt indberetning af utilsigtede hændelser (UTH).

Leverandøren skal have medarbejdere, som kan foretage arbejdspladsvurderinger (APV), vurdere behovet for APV-hjælpemidler samt sikre ansøgning af APV-hjælpemidler i Gentofte Kommune.

- Det skal tilstræbes, at al udførende personale har en sundhedsfaglig uddannelse. Leverandøren skal sikre, at medarbejdere, der ikke har en sundhedsfaglig uddannelse, er undervist i eller på anden vis har nødvendige, dokumenterede kompetencer i forhold til de opgaver, der varetages.
- Mindst 85 % af de udførende medarbejdere skal have en sundhedsfaglig uddannelse.
- Mindst 10 % af de udførende medarbejdere have en uddannelse som social- og sundhedsassistent (SSA), og der skal være social- og sundhedsassistenter i alle vagtlag.
- En privat leverandør skal som udgangspunkt følge kommunens andel af medarbejdere med en sundhedsfaglig uddannelse, som opgøres en gang om året. Andelen skal beregnes på baggrund af fordelingen af timerne til praktisk og personlig hjælp og på baggrund af leverandørens samlede timeforbrug på et år.
- Samtlige medarbejdere, der har ledende funktioner ift. personale eller faglige processer, skal som minimum have en uddannelse som social- og sundhedsassistent.
- Leverandøren skal løbende kunne dokumentere medarbejdernes uddannelser og kompetenceudvikling samt planer herfor.
- Kommunen forbeholder sig ret til 1 gang årligt vederlagsfrit at indhente en revisorerklæring på uddannelsesniveauet hos leverandøren.

Sygeplejefaglige kompetencer og ressourcepersoner

Leverandøren skal have sygeplejefaglige kompetencer i virksomheden på et niveau, der som minimum svarer til en professionsbachelor i sygepleje. Den sygeplejefagligt ansvarlige skal rådgive og vejlede medarbejdere i forhold til den konkrete opgave.

Sygeplejersken har i forhold til videredelegeret sygepleje ansvaret for at den faggruppe og de medarbejdere, som indsatsen videredelegeres til, er instrueret og oplært i udførelsen af opgaven svarende til kommunens instrukser. Den sygeplejefagligt ansvarlige skal rådgive og vejlede medarbejdere i forhold til opgaverne. Den sygeplejefagligt ansvarlige skal sikre, at faggruppen til enhver tid er opdateret ifht. kommunens instrukser.

Den sygeplejefagligt ansvarlige skal deltage i møder med Gentofte Hjemmesygepleje efter behov.

Leverandøren skal have ressourcepersoner i sin virksomhed som minimum indenfor (fag)områderne; kompleks sygepleje, demens, kontinens, forflytning af borgere samt hygiejne, herunder nedbringelse af risikoen for smittespredning, pleje af patienter med særlig smitterisiko, håndtering af smittefarligt affald, håndhygiejne samt indberetning af utilsigtede hændelser (UTH).

Ressourcepersonerne skal have særlig viden og kompetencer inden for de pågældende områder og kunne vejlede og sparre med kolleger. Viden og kompetencer hos en ressourceperson forventes tilegnet som minimum gennem uddannelse eller kurser samt erfaring med området.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

I særlige komplekse borgerforløb, hvor der er brug for specialistkompetencer gennem enten telefonisk vejledning og sparring eller ved et fælles besøg i borgerens hjem, kan leverandørens ressourcepersoner samarbejde med kommunens konsulenter og hjemmesygeplejens akutfunktion.

Leverandøren skal ved behov kunne fremvise dokumentation for ansættelserne og kompetencerne.

Arbejdsmiljø

De udførende medarbejdere har borgernes hjem som deres primære arbejdsplads. For at varetage sikkerheds- og sundhedsforhold for medarbejderne gælder følgende lovgivninger, som alle arbejdsgivere er forpligtet til at efterleve:

- Arbejdsmiljøloven[15]
- Herunder Arbejdsmiljøloven § 15a. Hvorefter det er arbejdsgiverens ansvar, at der udarbejdes arbejdspladsvurderinger (APV), samt at der identificeres arbejdsmiljøproblemer og handles på dem.
- Lov om røgfri miljøer §§ 11 og 12[16], hvorefter det uanset boform kan pålægges borgeren ikke at ryge i boligen i det tidsrum, hvor medarbejdere opholder sig der.

Forventninger til borgeren

Borgeren skal være til stede, når hjælpen udføres.

Borgeren skal inddrages mest muligt i udførelsen af alle indsatser. Omfanget af inddragelsen afhænger til enhver tid af borgens aktuelle situation og funktionsevne.

Hvis borgeren er forhindret eller af andre årsager ønsker at aflyse en aftalt indsats, skal der gives besked til leverandøren herom senest kl. 16.00 dagen før den aftalte indsats.

Ifølge Arbejdsmiljøloven skal medarbejderne kunne udføre arbejdet sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt. Der må ikke anvendes farlige stoffer og materialer der kan være farlige eller forringe sikkerhed og sundhed.

Borgeren har ansvar for at stille rengøringsredskaber og maskiner, som er i arbejdsmiljømæssig tilfredsstillende stand til rådighed for medarbejderen.

Borgeren skal vise forståelse for, at det kan være nødvendigt, at der i hjemmet findes relevante arbejdsredskaber til medarbejderne (APV-hjælpemidler), og det kan være nødvendigt at ændre møbleringen i hjemmet for at sikre, at medarbejderen kan arbejde og kan undgå skader. Ligeledes vil det i specifikke situationer være nødvendigt at anvende særlige arbejdsteknikker for at sikre forsvarlige arbejdsforhold for medarbejderne.

I forbindelse med anvendelse af personlige hjælpemidler m.m. skal borgere samarbejde om anvendelse og vedligeholdelse hjælpemidlet, således at borgeren bliver mest selvhjulpen og uafhængig af hjælp.

Medarbejderen kan anbefale borgeren at anskaffe relevante produkter og hjælpemidler, som kan lette borgeren i at udføre personlige opgaver. Det forventes, at borgeren efterlever anbefalingerne.

Medarbejderen kan vejlede borgeren i at ansøge om relevante hjælpemidler i Pleje & Sundhed Myndighed.

---

[15] Arbejdsmiljøloven (retsinformation.dk)

[16] Bekendtgørelse af lov om røgfri miljøer (retsinformation.dk)

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Bilag 7: Gentofte Kommunes Værdighedspolitik

Link til Gentofte Kommunes Værdighedspolitik 2019[17].

[17] Gentofte Kommunes værdighedspolitik 2019

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022
Sagsnr. EMN-2022-02982

Bilag 8: Forflytningspolitik

Forflytningspolitik – i Gentofte Kommune, Pleje & Sundhed, Drift

Forflytningspolitikken skal sikre, at medarbejdere kan udføre pleje- og forflytningsopgaver på en sikkerheds- og sundhedsmæssig fuld forsvarlig måde, så arbejdsskader forebygges, og nedslidning mindskes, når der gives hjælp til forflytninger.

Forflytninger foretages som udgangspunkt af én medarbejder.

Forflytningspolitikken skal samtidig sikre at borgerne bliver behandlet på en værdig og aktiverende måde, så de bruger deres egne ressourcer mest muligt.

Definition på forflytninger

At en medarbejder ved hjælp af fysisk støtte, verbal og/eller fysisk guiding, hjælper borger til at skifte stilling og/eller sted. Det sker for eksempel ved lejring og stillingsskift i seng, ved egentlige forflytninger mellem fx seng og stol, hjælp til gangfunktion samt ved brug af lifte og andre forflytningshjælpemidler.

Mål

- At politikken synliggør, hvilke forventninger og krav, ledelse og medarbejdere gensidigt kan stille til hinanden.
- At skabe rammer for det gode og sunde arbejdsmiljø.
- At politikken bliver underbygget af relevante procedurer og retningslinjer i de forskellige opgaveområder, således at den bliver en naturlig forankring af hverdagen.
- At der på de enkelte arbejdspladser arbejdes forebyggende for at undgå arbejdsulykker og nedslidning som følge af forflytningsopgaver.
- At der er den nødvendige og relevante kompetenceudvikling samt læringsmuligheder.
- At der i Pleje & Sundhed, Drift arbejdes ud fra en ensartet tilgang til forflytningsmetoder, vurderingsredskaber og hjælpemidler, som sikrer at forflytninger som udgangspunkt kan foretages af én medarbejder.
- At der i Pleje & Sundhed, Drift udføres forflytninger ud fra den rehabiliterende tilgang og Træn Dig Fri.

Alle har et ansvar:

Gentofte Kommune har det overordnede ansvar for, at arbejdet kan planlægges, så det udføres sundheds- og sikkerhedsmæssigt forsvarligt, så de nødvendige tekniske hjælpemidler er til rådighed og at der tilbydes nødvendig instruktion og oplæring.

Ansvar som daglig leder

Den daglige leder skal sikre, at arbejdsstedet er forsvarligt indrettet inden arbejdet udføres. Daglig leder har ansvaret for, at der anvendes de nødvendige hjælpemidler og at medarbejderne får den nødvendige instruktion og oplæring i de konkrete situationer ved bl.a. at relevante forflytningsbeskrivelser er gennemgået inden medarbejdere begynder forflytning hos en borger.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Ansvar som forflytningskonsulent

Forflytningskonsulenten har ansvar for, at der i Gentofte Kommune opretholdes en ensartet udførelse og tilgang til forflytning.

Forflytningskonsulenten er tovholder for forflytningsvejlederne og skal rådgive og vejlede dem, samt sikre uddannelse af nye forflytningsvejledere. Forflytningskonsulenten skal tilbyde uddannelseskurser for nye medarbejdere.

Ansvar som forflytningsvejleder

Forflytningsvejlederne har ansvar for, at forflytningsbeskrivelserne bliver udarbejdet med udgangspunkt i borgerens ressourcer, samt at de bliver opdaterede og at de er let tilgængelige.

Forflytningsbeskrivelserne skal udarbejdes på hver enkelt borger, som får hjælp til forflytning og opdateres ved

- Ændringer i borgerens funktionsniveau
- Nye arbejdsopgaver hos borgeren
- Nye hjælpemidler
- Re-visitering af borgerens ydelser

Forflytningsvejlederne har ansvar for at rådgive og vejlede øvrige kollegaer.

I forflytningsvejlederens fravær er det forflytningskonsulenten, som har ansvarsområdet.

Ansvar som medarbejder

Medarbejderne skal sætte sig ind i forflytningsbeskrivelsen, inden opgaven hos borgeren påbegyndes. Medarbejderne er ansvarlige for at følge forflytningsbeskrivelsen.

Ved tvivl om indholdet i forflytningsbeskrivelsen eller ved forslag til forbedringer, skal forflytningsvejlederen kontaktes.

Medarbejderne er ansvarlige for at give besked til den daglige leder/forflytningsvejlederne, hvis der observerer ændringer hos borgeren, der har betydning for forflytningen.

Medarbejderne har pligt til at sige fra og tilkalde hjælp, hvis belastningen ved en forflytning overskrider de faglige kompetencer.

Uddannelse og opkvalificering

Den daglige leder er ansvarlig for at nye medarbejdere får tilstrækkelig grundlæggende viden omkring forflytningskundskab, enten på kursus eller lokal uddannelse fra forflytningskonsulenten.

Én gang årligt tilstræbes det, at alle medarbejdere gennemfører et genopfrisknings- og opkvalificeringskursus, som ledsages af forflytningskonsulenten.

Godkendt af PSD-MED den 19.6.2014.

Godkendt i Kommunalbestyrelsen 20. juni 2022

Sagsnr. EMN-2022-02982

Relateret document 2/2

Dokument Navn:	**Høringsudkast - Kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet 2023 i Gentofte Kommune.docx**
Dokument Titel:	**Høringsudkast - Kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet 2023 i Gentofte Kommune**
Dokument ID:	**5056962**

Indhold

Indledning 3
Formål med kvalitetsstandarden 3
Hvem kan modtage hjælp 3
De politiske mål for Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget 2022- 2025 3
Mål for Ældre-, Social- og Sundhedsområdet: 3
Læsevejledning 4
Del 1. Sundhedsfremmende tilbud 5
Hjælp til rygestop 5
Tilbud til borgere med type 2-diabetes 6
Individuel kostvejledning og diætbehandling 6
Støtte til pårørende 6
Demens 7
Individuel motionsvejledning 7
Sundhedscoachingsforløb 7
Forebyggende samtaler om alkohol 8
Afklarende samtaler om sundhed 8
Kursus i at leve med KOL 8
Kursus i at leve med kræft 8
Kursus i at leve med hjertesygdom 9
Åbne cafe tilbud 9
Del 2. Visiterede tilbud og støtte 10
Genoptræning og vedligeholdende træning 10
Vederlagsfri fysioterapi 10
Rehabiliterende døgnophold 11
Hjælpemidler 11
Nødkald 13
Voksenspecialundervisning 14
Transport 14
Handicapkørsel (Flextrafik) 15
Midlertidigt døgnophold 17
Praktisk og personlig hjælp og støtte 18

Praktisk hjælp....19
Tøjvask....20
Vask af linned....20
Mad og måltider....21
Hjælp til tilberedning af mad og spisning....21
Hjælp og støtte til personlig pleje....22
Hævning af kontanter i pengeinstitut....23
Kontanttilskudsordninger....23
Pasning af nærtstående....24
Plejevederlag til pasning af døende....24
Ældre- og handicapvenlig bolig....25
Plejehjem....27
Sygepleje....30
Omsorgstandplejen....30
Del 3 Praktiske oplysninger....32
Hvordan kan du søge støtte....32
Når du bliver visiteret til støtte....32
Sagsbehandlingstider....35
Retssikkerhedsprincipper....38
Kontakt oplysninger....39
Retssikkerhed....43

Indledning

I Gentofte Kommune lægger vi vægt på den enkelte borgers mulighed for at klare sig selv bedst muligt i eget hjem. Kommunens indsatser er derfor tilrettelagt, så du i videst muligt omfang selv deltager i- og bidrager til at tilrettelægge og gennemføre indsatserne. Indsatserne bliver dermed en støtte og hjælp til, at du selv fortsat eller igen, kan udføre så mange opgaver som muligt i din hverdag. Dette kaldes rehabilitering, som er udgangspunktet for den måde alle vores medarbejdere arbejder på og som er den bedste måde, hvorpå vi kan arbejde for at øge din livskvalitet. Gentofte Kommune ønsker i størst muligt omfang at tilbyde rehabilitering, behandling og pleje i- eller tæt på dig i dit eget hjem.

I denne kvalitetsstandard kan du læse om det politisk besluttede serviceniveau for Pleje og Sundhed i Gentofte Kommune. Kvalitetstandarden beskriver den støtte, hjælp og rehabilitering, som Pleje og Sundhed har ansvaret for, hvilke muligheder du har for at søge støtte, hvornår du kan forvente at få støtte, og hvordan du søger.

Formål med kvalitetsstandarden

Ifølge bekendtgørelsen om Servicelovens § 139 skal alle kommuner årligt vedtage kvalitetsstandarder. Formålet med kvalitetsstandarderne er:

- At beskrive Gentofte Kommunes serviceniveau i Pleje og Sundhed.
- At udarbejde et katalog til borgere i Gentofte Kommune, der beskriver indhold og omfang af tilbud.
- At udarbejde et arbejdsredskab til alle medarbejdere i Pleje og Sundhed, der beskriver rammerne for indhold og omfang af tilbud til dig som borger.
- At udarbejde et styringsredskab for administration og politisk ledelse.

Hvem kan modtage hjælp

Du kan modtage støtte, hvis du er borger med fast eller midlertidig adresse i Gentofte Kommune og har nedsat fysisk og/eller psykisk funktionsevne og/eller særlige sociale problemstillinger.

De politiske mål for Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget 2022- 2025

Politikerne har et ønske om, at borgerne oplever høj livskvalitet og værdighed, og derfor har de vedtaget nedenstående mål for 2022 - 2025.

Mål for Ældre-, Social- og Sundhedsområdet:

- Vi vil sikre tid til borgerne og mere nærvær
- Vi vil sikre flere stabile og kompetente medarbejdere på ældre- og socialområdet.
- Vi vil sikre, at flere unge i udsatte og sårbare positioner kommer godt ind i voksenlivet
- Vi vil øge fagligheden i ældreplejen og i de sociale tilbud
- Vi tilbyder flere borgere rehabilitering, behandling og pleje i eller tæt på eget hjem.

I Pleje og Sundhed arbejder vi ud fra serviceloven. Serviceloven tager udgangspunkt i balancen mellem at støtte dine muligheder for at fastholde egne ressourcer gennem sammenhængende og rehabiliterende indsatser, samt at støtte dig der har et varige behov for kompenserende hjælp.

Derfor har alle medarbejdere i Pleje og Sundhed fokus på at tage udgangspunkt i dine ressourcer og ønsker både på kort og lang sigt. Alle medarbejdere støtter dig i at genvinde individuelle færdigheder og at generhverve et selvstændigt liv med høj livskvalitet og værdighed.

Læsevejledning

Kvalitetsstandarderne er inddelt i 3 afsnit:

- I første del kan du læse om de sundhedsfremmende tilbud.
- I anden del kan du læse om de forskellige indsatser, det er muligt at søge om støtte til, og som kræver en bevilling. Har du for eksempel brug for at søge om et hjælpemiddel, kan du gå direkte til dette afsnit.
- I tredje del kan du læse om praktiske oplysninger, og alt det der kan være nyttig viden, inden du søger visiteret støtte, som fx sagsbehandlingstider og kontaktoplysninger, samt det lovgrundlag som kvalitetsstandarderne bygger på.

Del 1. Sundhedsfremmende tilbud

Gentofte Kommunes sundhedsfremmende tilbud giver dig mulighed for at holde dig sund og forebygge sygdom. De fleste tilbud er til alle borgere, men nogle tilbud er målrettet enten en særlig aldersgruppe eller borgere med kroniske sygdomme. Vi tilstræber at tilrettelægge vores tilbud så fleksibelt og individuelt som muligt, så de imødekommer dine behov. De fleste tilbud er gratis medmindre andet er oplyst.

Hjælp til rygestop

Er du ryger og ønsker at stoppe med at ryge, tilbyder Pleje og Sundhed i Gentofte Kommune rygestopkurser.

Kurserne foregår i grupper, der mødes en gang om ugen. Et kursus forløber over 5 gange og planlægges efter deltagergruppen. Der er løbende optag. På kurset er det muligt at blive vejledt om tilskud til Nikotinerstatning, hvis du har brug for dette.

I særlige tilfælde kan du blive tilbudt et individuelt forløb, som kan foregå ved fysisk fremmøde, pr. telefon eller over teams.

Har du brug for inddragelse af dine pårørende, er der også mulighed for dette.

Hvor kan du søge tilbuddet

For at tilmelde dig tilbuddet, kan du kontakte forebyggelsesenheden.

Seniorsamtaler (Forebyggende hjemmebesøg)

Seniorsamtaler er i Gentofte Kommune tilbud om forebyggende hjemmebesøg. En seniorsamtale er et frivilligt tilbud om en samtale, hvor du bestemmer, hvad der skal tales om. Det kan eksempelvis være; glæder og vanskeligheder ved at blive ældre, tanken om fremtiden, sundhedstilbud, aktiviteter, foreningstilbud og motion. Du vil blive tilbudt seniorsamtale, hvis du ikke modtager pleje eller praktisk hjælp fra Gentofte Kommune.

Du modtager brev med tilbud om en seniorsamtale, når du er:

- 65 år og har behov for en samtale, fx i forbindelse med, at du har mistet en nær pårørende, har en alvorlig syg pårørende, udskrives fra hospital eller afslutter et rehabiliteringsforløb.
- 70 år og enlig
- 75 år
- 80 år.
- 82 år, og herefter er det et årligt tilbud

En seniorsamtale kan også finde sted som et fælles arrangement. De fælles arrangementer fungerer som et alternativ til individuelle besøg i dit hjem. Du kan vælge at tage imod tilbuddet om at deltage i fælles seniorarrangement, eller du kan vælger at tage imod tilbuddet om en seniorsamtale i dit hjem. Oplysninger om fælles seniorarrangement fremgår af det materiale, du modtager fra kommunen.

Hvor søger du tilbuddet

Tilbuddet om seniorsamtale og seniorarrangementer modtager du automatisk pr. brev. Hvis du vil vide mere, er du velkommen til at kontakte Forebyggelseskonsulenterne i Pleje og Sundhed.

Tilbud til borgere med type 2-diabetes

Dette tilbud er til dig, der er over 18 år i Gentofte Kommune, og som har fået konstateret type 2 diabetes, uden behandling med insulin.

På kurset får du værktøjer til, hvordan du kan tackle din hverdag med diabetes. Dit forløb starter med en afklarende samtale, hvor dit videre forløb planlægges. Herefter kan dit forløb bestå af undervisning på hold i emner relateret til diabetes og træning på hold ved fysioterapeut med fokus på kondition og styrketræning. Forløbet afsluttes med en individuel samtale.

At leve med diabetes i familien berør oftest den øvrige familie, derfor er du velkommen til at tage din pårørende med. Kurset foregår i grupper og forløber over 12 uger.

Hvor søger du tilbuddet

Tilbuddet kræver henvisning fra egen læge.

Individuel kostvejledning og diætbehandling

Dette tilbud er til dig, der har en kronisk sygdom eller er i risiko herfor, hvor kostvejledning og diætbehandling har afgørende betydning for, at du kan fastholde en sund livsstil i forhold til kost og ernæring. Målgruppen er ikke diabetikere, der modtager behandling i hospitalsregi eller borgere med spiseforstyrrelse.

I tilbuddet får du mulighed for 1 – 10 samtaler i løbet af 12 måneder om individuelle kostråd. At ændre kost kan være udfordrende, derfor er du velkommen til at inddrage din pårørende.

Tilbuddet om individuel kostvejledning og diætbehandling vil normalt indgå som delelement i et rehabiliterings- eller patientforløbsprogram.

Samtalerne kan foregå ved fysisk fremmøde, pr. telefon eller online via Teams.

Hvor søger du tilbuddet

Tilbuddet kræver henvisning fra egen læge eller fra anden social- og sundhedsmedarbejder i kommunen.

Støtte til pårørende

Dette er et tilbud til dig som pårørende, hvor du kan få støtte og redskaber til hverdagen som pårørende.

Står du i en udfordrende situation i forhold til din ægtefælle, forælder, barn eller en god ven, der er blevet syg og fx har ændret funktionsniveau, tilbyder Pleje og Sundhed i Gentofte Kommune kurset ”Lær at tackle hverdagen som pårørende”. På kurset kan du få inspiration og redskaber til at tackle de problemer og udfordringer, der ofte følger med, når man er pårørende, fx dårlig samvittighed, manglende overskud eller føler sig isoleret.

Hvor søger du tilbuddet

For at tilmelde dig tilbuddet, kan du kontakte forebyggelsesenheden.

Demens

Dette tilbud er til dig med en demenssygedom og dine pårørende.

Gentofte Kommune har et demensteam, der støtter og vejleder dig og dine pårørende i hverdagen. Der er mulighed for at deltage i pårørendegruppe og demensskole. På demensskolen får du indblik i demenssygdom, kommunikation med demensramte, sociale og juridiske forhold, herunder oplysning om tilbud i kommunen. I pårørendegrupper møder du andre pårørende, der har demenssygdom tæt på.

Hvor søger du tilbuddet

Hvis du vil vide mere, er du velkommen til at kontakte demensteamet.

Individuel motionsvejledning

Dette tilbud er til alle over 18 år i Gentofte Kommune, men især til dig der er udfordret af kronisk sygdom eller i risikogruppe for dette. Tilbuddet indeholder vejledning om forebyggende og sundhedsfremmende fysiske aktiviteter i hverdagen. Tilbuddet kan indeholde formtestning eller et forløb med afprøvning af ét eller flere forskellige motionstilbud i lokalområdet.

Tilbud om individuel motionsvejledning kan indgå i kommunens rehabiliterings- og patientforløbsprogrammer

Vejledningen kan foregå ved fysisk fremmøde, pr. telefon eller online via Teams.

Hvor søger du tilbuddet

For at tilmelde dig tilbuddet, kan du kontakte motionskonsulenten.

Sundhedscoachingsforløb

Dette tilbud er til dig, der er borger i Gentofte Kommune og med et BMI ≥ 30, samtidigt med at du oplever helbredsmæssige udfordringer, og du har et ønske om hjælp til at opnå og fastholde en sundere livsstil, herunder håndtere din overvægt.

Sundhedscoachingforløb kan som udgangspunkt vare op til 12 måneder og planlægges ud fra en individuel og faglig vurdering. Forløbet indeholder individuel coachingsamtale med en sundhedscoach, individuel kostvejledningssamtale med en klinisk diætist og 25 gange fysisk træning på motionshold to gange 1 time om ugen inklusive motionsvejledning. Du velkommen til at inddrage dine pårørende.

Hvor søger du tilbuddet

Tilbuddet kræver henvisning fra egen læge.

Forebyggende samtaler om alkohol

Dette tilbud er til dig i Gentofte Kommune, der har et stort- eller skadeligt forbrug af alkohol, og som ønsker strategier og redskaber til at ændre dine alkoholvaner. Tilbuddet gælder også dine pårørende.

Tilbuddet indeholder 1 – 5 individuelle samtaler over 3 måneder og evt. 1 – 2 samtaler for din pårørende.

Du kan være anonym.

Samtalerne kan foregå ved fysisk fremmøde, pr. telefon eller online via Teams.

Hvor søger du tilbuddet

Tilbuddet søges ved henvendelse til forebyggelsesenheden.

Afklarende samtaler om sundhed

Dette tilbud er til dig i Gentofte Kommune, der er udfordret af kronisk sygdom eller i risikotilstand og som ønsker strategier og redskaber til at kunne varetage egen sundhed og trivsel. Du er velkommen til at involvere dine pårørende i samtalerne.

Samtalerne kan foregå ved fysisk fremmøde, pr. telefon eller online via Teams.

Hvor søger du tilbuddet

Tilbuddet søges ved henvendelse til forebyggelsesenheden.

Kursus i at leve med KOL

Dette tilbud er til dig, der er borger i Gentofte Kommune og er diagnosticeret med KOL. Kurset indeholder et målrettet rehabiliterende tilbud, og formålet er at øge din livskvalitet og handlekompetencer.

Forløbet varer op til 8 uger og indeholder samtale og individuel behovsvurdering i forbindelse med træning én gang ugentligt.

Hvor søger du tilbuddet

Tilbuddet kræver henvisning fra egen læge eller hospitalet. Med en henvisning henvender du dig til Fysioterapien, Rehabiliteringsområdet i Gentofte Kommune.

Kursus i at leve med kræft

Dette tilbud er til dig, der er borger i Gentofte Kommune og er blevet diagnosticeret med kræft. Kurset indeholder et målrettet rehabiliterende tilbud, og formålet er at øge din livskvalitet og handlekompetencer.

Forløbet varer 12 – 18 uger og indeholder afklarende samtale og individuel behovsvurdering med en kontaktperson. På baggrund af dette tilrettelægges dit forløb, som kan indeholde fysisk træning, naturaktiviteter, undervisning og ergo- og fysioterapi.

Hvor søger du tilbuddet

Forløbet kræver henvisning fra egen læge eller hospitalet. Med en henvisning henvender du dig til Fysioterapien, Rehabiliteringsområdet i Gentofte Kommune.

Kursus i at leve med hjertesygdom

Dette tilbud er til dig, der er borger i Gentofte Kommune og er blevet diagnosticeret med en hjertesygdom. Kurset indeholder et målrettet rehabiliterende tilbud, og formålet er at øge din livskvalitet og handlekompetencer.

Forløbet varer ca. 12 uger og er ofte delt i 6 uger i hospitalsregi og 6 uger i kommunalt regi. Kurset indeholder en individuel afklarende samtale, og på baggrund af denne tilrettelægges dit forløb, som kan indeholde fysisk træning og undervisning i at leve med en kronisk sygdom.

Hvor søger du tilbuddet

Tilbuddet kræver henvisning fra egen læge eller hospitalsafdeling. Med en henvisning henvender du dig til Fysioterapien, Rehabiliteringsområdet i Gentofte Kommune.

Åbne cafe tilbud

Gentofte Kommune har 2 plejehjem, hvor der er fri adgang til caféerne. På Salem café kan du spise frokost, og på Holmegårdsparken tilbyder caféen aftensmad.

Hvor søger du tilbuddet

Tilbuddene skal ikke søges, du skal bare møde op. Der er egenbetaling for maden.

Del 2. Visiterede tilbud og støtte

I det følgende afsnit kan du læse om de indsatser, du kan søge støtte til.

Genoptræning og vedligeholdende træning

Genoptræning i Gentofte Kommune er til dig, der har behov for træning og støtte til at genvinde eller styrke dine færdigheder efter endt hospitalsindlæggelse eller en skade. Din træning vil blive tilrettelagt sammen med dig, dine pårørende og med andre relevante aktører og samarbejdspartnere. Du kan tilbydes to former for genoptræning i Gentofte Kommune, genoptræning og vedligeholdende træning.

Genoptræning

Formålet med genoptræning er at støtte dig i at genvinde daglige færdigheder, som du har mistet, fx grundet sygdom eller skade. Du kan blive tilbudt genoptræning efter et hospitalsophold, hvis hospitalet har vurderet, at det er nødvendigt, når du bliver udskrevet. Hospitalet orienterer kommunen, og du bliver herefter kontaktet af Center for Forebyggelse og Rehabilitering. Hospitalet sender en genoptræningsplan, der er udgangspunktet for din genoptræning.

Du kan også blive tilbudt genoptræning efter sygdom, uden at du har været indlagt på hospital. Her kan du selv, din læge eller kommunale aktører, for eksempel hjemmeplejen, kontakte Center for Forebyggelse og Rehabilitering, der foretager en vurdering af dit behov, og om du kan modtage genoptræning.

Kommunen vurderer, om du kan tilbydes ambulant eller døgngenoptræning.

Vedligeholdende træning

Formålet med vedligeholdende træning er, at du bliver ved med at bevare daglige færdigheder, som du ellers risikerer at miste på grund af kronisk sygdom eller lignende. Her kan du selv, din læge eller kommunal aktør kontakte Center for Forebyggelse og Rehabilitering, der foretager en individuel vurdering af dit behov, og om du kan modtage vedligeholdende genoptræning.

Hvor kan du søge tilbuddet

Du søger ved at kontakte Center for Forebyggelse og Rehabilitering.

Pris

Du skal ikke betale for træningen, men der kan være egenbetaling på transport til og fra træning.

Vederlagsfri fysioterapi

Hvis du har et svært fysisk handicap eller progressiv sygdom, der har- eller kan få betydning for din fysiske formåen, kan din læge henvise dig til vederlagsfri fysioterapi, hvis det kan afhjælpe eller begrænse følgerne. Du kan kun få vederlagsfri fysioterapi, hvis din tilstand er varig. For at modtage vederlags fysioterapi skal du have en diagnose, der fremgår på Sundhedsstyrelsens diagnoseliste, som du finder på www.sst.dk

Hvor kan du søge tilbuddet

Du skal henvises af din egen læge.

Pris

Træningen er vederlagsfri. Der er egenbetaling på transport til og fra træning.

Rehabiliterende døgnophold

Har du været indlagt på hospital eller har behov for et længere intensivt genoptræningsforløb, kan du tilbydes et kortvarigt forløb på kommunens midlertidige pladser på Center for Forebyggelse og Rehabilitering.

Du kan også blive tilbudt et ophold på vores Center for Forebyggelse og Rehabilitering, hvis dit genoptræningsbehov er af mere intensiv karakter, og hvis du har brug for denne form for genoptræning for at kunne blive boende i dit eget hjem.

Et døgnophold på Center for Forebyggelse og Rehabilitering er af kortere varighed, det vil sige fra få dage til få uger og med tydelige mål for din genoptræning. Du samarbejder med et tværfagligt sundhedsteam for at genvinde og styrke dine daglige færdigheder ud fra de mål, som du selv har været med til at sætte sammen med medarbejderen. Under forløbet vil det blive besluttet, om der er behov for fortsat rehabiliteringsforløb i dit eget hjem efter endt ophold og genoptræning.

Din deltagelse i hverdagen er en vigtig del af indsatsen, når du skal komme dig efter sygdom og skal bevare og genvinde så mange færdigheder som muligt. For at være i målgruppe for et døgnophold på rehabiliteringscenteret er det alt afgørende, at du ønsker at deltage målrettet og aktivt i genoptræningen.

Dine pårørende er en vigtig samarbejdspartner og ressource i rehabiliteringsforløbet. Du vil derfor opleve, at vi inviterer pårørende med til samtaler, træning, aktiviteter mm., så de på bedst mulig vis kan støtte dig i dit forløb og skabe endnu bedre muligheder for, at dit ophold bliver en succes.

Et døgnophold tilbydes på baggrund af en vurdering af, at dine behov ikke kan imødekommes hensigtsmæssigt af de øvrige kommunale tilbud i eget hjem.

Har du søgt om plejebolig i forbindelse med dit ophold på Center for Forebyggelse og Rehabilitering, kan du forvente, at du udskrives til egen bolig, indtil du tilbydes plejebolig.

Hvor kan du søge tilbuddet

Et ophold på Center for Forebyggelse og Rehabilitering sker ofte i forbindelse med udskrivelse efter et hospitalsophold eller via egen læge. Et ophold vil altid gå gennem Myndighed i Pleje og Sundhed.

Pris

Der er egenbetaling for opholdet. Din betaling dækker kost og drikke, leje og vask af sengetøj. Prisen reguleres årligt. Se Takster på ældreområdet - Gentofte Kommune.

Hjælpemidler

I det følgende afsnit kan du læse om de forskellige muligheder, der er for at søge hjælpemidler i Gentofte Kommune.

Åbent depot

Oplever du et væsentligt dalende funktionsniveau, hvor et af nedenstående hjælpemidler kan afhjælpe dig i hverdagen, kan du rette direkte henvendelse på Gentofte Kommunes hjælpemiddeldepot og få hjælpemidlet udleveret. Nogle af hjælpemidlerne kan du få udleveret uden yderligere sagsbehandling. Der er mulighed for at få hjælpemidlet repareret, og du kan levere det retur efter endt brug.

Følgende hjælpemidler har du mulighed for at afhente direkte på hjælpemiddeldepotet:

- Badebænk
- Badekarsbræt
- Rollator
- Supporter med armlæn
- Toiletforhøjer – med og uden armlæn
- Transportkørestol med benstøtter

Pris

Du skal som borger i Gentofte Kommune ikke betale for at hente et af ovenstående hjælpemidler på Hjælpemiddeldepotet i Gentofte Kommune.

Andre relevante oplysninger

Depotet har åbent mandag til onsdag kl. 8.00 – 14.00 og torsdag kl. 14.00 – 17.00.

Hjælpemidler og boligændringer

Gentofte Kommune kan tilbyde dig hjælpemidler og hjælp til boligindretning, hvis du har varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, som et hjælpemiddel i væsentlig grad kan afhjælpe eller kompensere for, så du kan opretholde dit funktionsniveau. Forud for de fleste bevillinger vil der altid foreligge en individuel vurdering af, hvad du modtage.

Eksempel på inddeling af de forskellig typer hjælpemidler:

- Tekniske hjælpemidler er eksempelvis el-kørestole og nødkaldeanlæg.
- Kropsbårne hjælpemidler er eksempelvis proteser, parykker, ortopædisk fodtøj diabeteshjælpemidler og indlæg.
- Boligindretning er eksempelvis fjernelse af dørtrin, opsætning af automatisk døråbner og trappelift.
- Forbrugsgoder er eksempelvis elscooter.

Forbrugsgoder er produkter, som ikke er fremstillet som hjælpemidler, men som er fremstillet og forhandles bredt. Du skal som udgangspunkt altid selv betale for forbrugsgoder, der koster mindre end 500 kr. Der kan også forekomme en egenbetaling på 50 %, fx på elscootere.

Når Gentofte kommune bevilliger et hjælpemiddel eller en boligindretning, lægger vi vægt på at finde det billigste og bedst egnede hjælpemiddel. Afhængig af hvilket hjælpemiddel, der er tale om, vil du enten

kunne låne det af kommunen eller få et tilskud til selv at købe det, du har brug for. Det er vigtigt, at du først køber hjælpemidlet, når du har modtaget din bevilling. Ellers er det ikke muligt at få tilskud.

Du visiteres til et hjælpemiddel på baggrund af en individuel konkret vurdering af dit behov. Hjælpemidlerne bevilges enten som:

- Udlån
- Din ejendom
- Forbrugsgode, med et betalingstilskud

Du skal være opmærksom på, at der findes mange hjælpemidler, der kan hjælpe dig i hverdagen, men at det ikke er dem alle, der kan bevilliges af kommunen. Der er produkter, som betegnes som sædvanligt indbo. Det kan fx være skridsikre bademåtter, gigtvenligt køkkenudstyr eller elevationssenge. Det er produkter, som kan findes i ethvert hjem, der måtte ønske det.

Pris

Udlånshjælpemidler er gratis for dig at låne, men du skal selv sørge for almindelig drift og vedligehold. Gentofte Kommune sørger for evt. reparationer eller udskiftning.

Hjælpemidler, der visiteres som din ejendom, herunder boligændringer, er gratis. Bevilges du boligindretning, skal du som hovedregel selv betale for drift, reparation og vedligeholdelse. Hvis du, udover den bevilgede boligindretning, ønsker yderligere ændringer, skal du selv betale de merudgifter, der er forbundet hermed.

Anden relevante oplysninger

Udlånshjælpemidlet skal leveres tilbage til kommunen, når du ikke længere har brug for det. Det er muligt at få bevilget kørsel til afprøvninger af enkelte tekniske hjælpemidler, kropsbårne hjælpemidler og til afprøvning af bil.

Midlertidigt Hjælpemiddel

Hvis du har været indlagt og har brug for et hjælpemiddel i en kortere periode, er det som udgangspunktet hospitalet, der bevilger dig de hjælpemidler, som du har brug for i en midlertidig periode. Dog er det muligt for Gentofte Kommune at låne dig et hjælpemiddel i en periode, hvis det vurderes, at hjælpemidlet øger dine muligheder for fortsat at kunne gå på arbejde, uddannelse eller bevare dine sociale relationer. Det kan fx være hjælpemidler, der kan afhjælpe din transport eller lette dine smerter. Gentofte Kommune kan ikke bevilge hjælpemidler, der indgår i din behandling eller genoptræning, da det er hospitalets ansvar.

Nødkald

Nødkald er til dig, der ikke kan anvende en mobiltelefon, og som er i risiko for at stå i en situation, hvor du har behov for at tilkalde hjælp. Et nødkald er en lille sender, du bærer på kroppen. Når du aktiverer nødkaldet, sender det besked til din leverandør af hjemmehjælp.

Hvor kan du søge tilbuddet

Din leverandør af støtte kan hjælpe med at søge tilbuddet, eller du kan henvende dig til Myndighed i Pleje og Sundhed.

Pris

Du skal ikke betale for et nødkald.

Kommunikationshjælpemiddel

Hvis du har en varig nedsat syns-, høre-, tale- eller kommunikationsevne, kan du søge vejledning og hjælp til at blive udredt og få vurderet, om du har behov for eventuelle kommunikationshjælpemidler. Udredning og vurdering af dine behov foregår i samarbejde mellem Myndighed i Pleje og Sundhed og kommunikationscentre i nærområdet.

Hvor kan jeg søge om tilbuddet?

Du kan henvende dig på et kommunikationscenter i nærområdet, som udreder og vurderer dit behov.

Pris

Et visiteret tilbud er gratis

Voksenspecialundervisning

Du kan søge om voksenspecialundervisning, hvis du har brug for undervisning og specialpædagogisk vejledning og rådgivning, der kan hjælpe dig med at opretholde dine aktiviteter, trods eksempelvis et syns- og/eller høretab. Voksenspecialundervisning skal afhjælpe eller begrænse følgerne af din funktionsnedsættelse og forbedre dine muligheder for at benytte kompenserende strategier, metoder og hjælpemidler, der øger dine muligheder for at deltage aktivt i samfundslivet og opretholde værdighed. Voksenspecialundervisning er tidsbegrænset, fremadskridende, målrettet undervisning, der tilrettelægges og tilpasses dine forudsætninger, færdigheder og behov.

Specialundervisning til voksne dækker over en række forskellige aktiviteter. Hovedaktiviteten består i, at du modtager undervisning, der er særligt tilrettelagt i forhold til dine specifikke behov og problemstillinger. Undervisningen kan både foregå på hold eller individuelt. Nødvendige undervisningsmaterialer og tekniske hjælpemidler stilles gratis til rådighed.

Hvor kan jeg søge om tilbuddet

Du kan rette telefonisk kontakt til ét kommunikationscenter i nærområdet, hvis du ønsker rådgivning og vejledning omkring voksenspecialundervisning.

Pris

Et visiteret tilbud er gratis

Transport

Der er forskellige muligheder for støtte til transport, hvis du ikke selv kan komme omkring.

Transport til aktiviteter

Hvis du ikke selv kan transportere dig til og fra busstoppested, eller ikke selv kan komme ind og ud af din bolig, kan du få støtte til transport til daghjem, dagcenter og genoptræning.

Bevilliges du dagcenter eller daghjem, og har du behov for transport dertil, offentlig transport så kan du blive hentet på din bopæl om morgenen og kørt tilbage til din bopæl om eftermiddagen mod en egenbetaling. Transport er kun en mulighed, hvis du ikke selv kan sørge for transport enten via pårørende eller ved anvendelse af offentlig transport.

Bevilliges du genoptræning i forbindelse med udskrivelse fra hospitalet med en lægefaglig begrundelse for genoptræning samt en genoptræningsplan, kan du få bevilliget vederlagsfri transport til genoptræningen.

Bevilliges du genoptræning i forbindelse med fysisk nedsat funktionsevne som følge af en sygdom, der ikke er blevet behandlet i forbindelse med indlæggelse på hospital, kan du mod egenbetaling få transport til genoptræning.

Når du bevilliges et hjælpemiddel, og der i forbindelse med bevillingen skal ske en afprøvning af hjælpemidlet, kan du bevilliges vederlagsfri transport.

Hvor kan du søge tilbuddet

Hvis du vil søge om transport til daghjem, dagcenter eller træning, skal du kontakte det sted, hvor aktiviteten foregår. Ved behov for transport til afprøvning af hjælpemiddel aftales dette med din sagsbehandler.

Pris

Du skal betale for transporten til dagcenter, daghjem og genoptræning efter serviceloven. Se Takster på ældreområdet - Gentofte Kommune.

Handicapkørsel (Flextrafik)

Hvis du er svært bevægelseshæmmet og ikke kan benytte almindelig offentlig transport, har du mulighed for at søge om handicapkørsel, hvis du har et bevilliget ganghjælpemiddel, fx rollator eller kørestol, eller hvis du er blind eller meget svagtseende med en synsprocent på 10 %. Det er trafikselskabet Movia, der leverer handicaptransporten, hvor du har mulighed for at bestille kørsel fra dør til dør, hvis der ikke er andre transportmuligheder.

Hvis du godkendes, er det muligt at få 104 ture.

Hvor kan du søge tilbuddet

Du skal søge via kommunens hjemmeside Tilbud om kørsel til ældre - Gentofte Kommune

Pris

Der er et fast årligt gebyr på handicapkørsel. Derudover betaler du et beløb pr. tur, beregnet ud fra den konkrete rute. Gebyret dækker også transport med alle Moviabusser i Hovedstadsområdet.

Støtte til køb af handicapvenlig bil

Hvis du har væsentlig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, der begrænser dine muligheder for at kunne komme omkring uden en bil, og du samtidig har et særligt behov for kørsel, som ikke kan imødekommes med andre transportmuligheder, kan du søge om støtte til køb af bil. Støtten gives som et rentefrit lån.

Hvor kan du søge tilbuddet

Du kan ansøge om støtte til bil, hvis du har en varigt nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne, der i væsentlig grad:

- vanskeliggør dine muligheder for at fastholde et arbejde uden brug af bil
- vanskeliggør din mulighed for at gennemføre en uddannelse uden brug af bil
- forringer din evne til at færdes, eller at du har aktiviteter uden for hjemmet, som medfører et betydeligt behov for kørsel med bil. Det er en betingelse, at dit behov for kørsel ikke kan løses ved andre ordninger.

Du kan få tilskud til særlig indretning af bil, hvis du har krav om særlig indretning i dit kørekort. Kommunen kan i den forbindelse vurdere, at du har behov for en vejledende køreprøve hos bilinspektøren i forhold til eventuelle krav i kørekortet. Kommunen kan også yde tilskud til særlig indretning på grund af dine helbredsforhold eller for at lette din placering i bilen.

Du kan ansøge via kommunes hjemmeside: Hjælpemidler og tilpasning af din bolig - Gentofte Kommune

Pris

Du skal selv betale for bilen, men du kan få støtte. Støtten ydes som et rentefrit lån delt op i afdragsfri del og en afdragspligtigtig del. Størrelsen på den afdragspligtige del afhænger af din årlige indtægt. Handicapbiler er fritaget for vægtafgift eller grøn ejerafgift. Kassevogne og nedstolede busser fritages desuden for registreringsafgift.

Du skal ikke betale for reparation af de eftermonterede særlige indretninger, men du kan ikke få tilskud til almindelig service og vedligeholdelse af bilen.

Hvis du ikke har kørekort, kan du få tilskud til erhvervelse af dette, hvis du er berettiget til støtte til køb af bil.

Andre relevante oplysninger

Lånet er over 8 år, og derfor er bilen klausuleret i 8 år hos Skat. Hvis du ønsker at indfri lånet, inden den 8-årige periode er ophørt, skal hele restgælden indfries til kommunen. Det vil sige både den afdragsfrie og den afdragspligtige del. Derudover skal bilen afklausuleres hos Skat, før den kan sælges og altid efter godkendelse fra Gentofte Kommune.

Aktivitet og aflastnings tilbud

Dagcenter og daghjem er tilbud til dig, som har brug for støtte til at holde dig aktiv fysisk og kognitivt samt opnå samvær med andre i trygge rammer.

Dagcenter

Dagcenter er til dig, som bor i egen bolig uden tilknytning til plejebolig, og som grundet nedsat funktionsevne eller social isolation har behov for støtte til en mere aktiv hverdag. Måske har du over lange perioder haft sygdomsforløb, mistet nærtstående eller oplevet store skift i livsomstændighederne, som gør, at du er i fare for at miste de gode vaner, der holder dig i gang. I dagcentret arbejdes der ud fra en

rehabiliterende tilgang, som har til hensigt at forlænge muligheden for, at du kan blive i egen bolig. Der vil være varierende aktiviteter, som sigter mod at vedligeholde dine fysiske, kognitive og sociale færdigheder. Medarbejderne giver den fornødne støtte, så alle kan deltage, og de har også kompetencer i forhold til demens. Din tilknytning til dagcentret kan ligeledes være en støtte for dine nærmeste pårørende. Gentofte Kommune har 2 dagcentre, hhv. Vennerslund i Charlottenlund og Tværbommen i Vangede.

Daghjem

Daghjem er til dig der bor i egen bolig uden tilknytning til plejehjem. Du kan ligeledes få tilbudt en plads, hvis dine pårørende har behov for aflastning for at kunne pleje dig i eget bolig.

I daghjemmet er der tilbud om fysisk og kognitiv træning. Det kan være støtte til personlig pleje, mad og drikke samt toiletbesøg. Personalet har et tæt samarbejde med kommunens demenskonsulenter. Dagshjemsplads tilbydes også yngre demente borgere. De yngre tilbydes foruden fysisk træning, kognitiv træning, socialt samvær med andre i samme situation, undervisning/vejledning i forhold til deres sygdom og hvad der kan støtte dem til at blive længst mulig i eget hjem. Gentofte kommune har 1 daghjem som er beliggende på Rygårdcentret i Hellerup

Hvor kan du søge tilbuddet

Tilbuddene søges ved henvendelse til Myndighed i Pleje og Sundhed.

Pris

Du skal betale for at komme i dagcenter og daghjem, der er mulighed for at blive kørt til dagcentret og daghjemmet. Takster på ældreområdet - Gentofte Kommune

Øvrige relevante oplysninger

Hvis du godkendes til et dagtilbud, modtager du en afgørelse. Den efterfølgende tildeling af plads sker i et samarbejde mellem dagcenter og daghjem.

Vurderes det, at du ikke længere er i målgruppen for dit dagtilbud, vil du blive tilbudt et andet og mere egnet tilbud, der modsvarer dine aktuelle situation og hensigtsmæssigt imødekommer dine behov. Tilbuddet vil blive afsluttet hvis du ikke længere har gavn af at komme der.

Midlertidigt døgnophold

Et midlertidigt døgnophold på Drossellunden er til dig, der har behov for en vurdering af, om du fortsat kan være i eget hjem, eller dine pårørende har brug for aflastning eller ferie i en periode. En visitation til døgnophold kan også ske i forbindelse med, at du bliver udskrevet efter et hospitalsophold eller via egen læge. Dette tilbud gives ud fra en individuel og faglig vurdering og er ikke et tilbud, du har krav på.

Personalet på Drossellunden samarbejder med dig og dine pårørende om den pleje, omsorg og rehabilitering, som du har brug for i den aktuelle situation.

Midlertidigt døgnophold har til sigte, at du ved afslutning af opholdet, kan komme tilbage i eget hjem.

Har du søgt om- eller søger du om plejehjem i forbindelse med dit midlertidige døgnophold, vil du som udgangspunkt blive udskrevet til egen bolig, indtil du tilbydes plejehjem.

Hvor kan du søge tilbuddet

Et ophold vil altid gå gennem Myndighed i Pleje og Sundhed. Ønsker du at søge om et aflastningsophold, eksempelvis i forbindelse med at din pårørende skal på en ferie, kan der søges på www.borger.dk. Det vil være hensigtsmæssigt at søge i god tid inden behovet for aflastning. Du kan søge råd og vejledning i Myndighed i Pleje og Sundhed.

Pris

Du skal betale for at være på Drossellunden. Din betaling dækker kost og drikke, leje og vask af sengetøj. Se Takster på ældreområdet - Gentofte Kommune

Praktisk og personlig hjælp og støtte

Afklaringsforløb

Hvis du oplever, at du ikke længere selv kan klare dine praktiske opgaver eller din personlige pleje, kan du søge kommunen om støtte, fx at komme i bad og tage tøj af og på. Din hjælp og støtte tilrettelægges på baggrund af en vurdering af, hvad du selv kan klare, og hvad du har behov for, at andre hjælper dig med.

Gentofte Kommune vil gerne bidrage til, at du selvstændigt kan klare din hverdag. Når du søger om hjælp til praktisk opgaver og personlig pleje, vurderer kommunen derfor først, hvordan du i størst muligt omfang kan blive i stand til at klare noget af denne støtte selv. Derfor vil du ofte blive tilbudt et afklaringsforløb, hvor du arbejder sammen med kommunens medarbejdere på at genvinde dine færdigheder.

Et afklaringsforløb bliver sammensat individuelt. Under forløbet vil et team af sundhedsfaglige medarbejdere støtte dig til at blive bedre til de opgaver, du har vanskeligt ved at klare i hverdagen. Når du har været igennem dit forløb, evaluerer I, om du har nået dine mål. Herefter vurderer kommunen, om du fortsat har brug for indsatser og i så fald hvilke. Eller om du skal modtage din støtte rehabiliterende, med det formål at fastholde så mange af dine færdigheder som muligt.

Rehabilitering

I Gentofte arbejdes der udfra den rehabiliterende tilgang, det betyder for dig at din støtte vil blive tilrettelagt, så du deltager så aktivt som muligt i opgaverne, så du udvikler eller fastholder så mange som muligt af dine færdigheder. Det vil betyde, du tilbydes et rehabiliteringsforløb, hvor du arbejder sammen med kommunens medarbejdere på at genvinde dine færdigheder. Et rehabiliteringsforløb bliver sammensat individuelt. Under forløbet vil et tværfagligt team af sygeplejersker, terapeuter samt social- og sundhedsfaglige medarbejdere støtte dig til at blive bedre til de opgaver, som du har vanskeligt ved at klare i hverdagen. Når du har været igennem dit forløb, evaluerer I sammen, om du har nået dine mål. Herefter vurderer kommunen, om du fortsat har brug for hjælp og i så fald hvilken hjælp.

Det er helt centralt, at den hjælp du får, gives som hjælp til selvhjælp. Det betyder at:

- Medarbejdernes opgave i høj grad er at motivere og støtte dig til at udføre opgaver selv med udgangspunkt i deres faglige viden på området.
- Det er en tværfaglig indsats, som planlægges og evalueres af visitator, medarbejdere fra hjemmeplejen, ergoterapeuter, fysioterapeuter og sygeplejersker.

- Indsatsen bygger på din aktive medvirken og på samarbejdet om at nå dit mål - frem for at medarbejderne udfører de opgaver, som du ikke er i stand til at klare selv.

Praktisk hjælp

Rengøring

Den hjælp, du kan få til rengøring, afhænger af dine muligheder for selv at varetage opgaverne. Rengøringen gælder kun indendørs i dit hjem, og omfatter vedligeholdende rengøring af de mest benyttede rum svarende til en bolig med opholdsstue, soveværelse, køkken, bad og entré. Du kan få støtte svarende til almindelig rengøring og på max. 65 kvm.

Du kan som hovedregel få hjælp til vedligeholdende rengøring hver eller hver anden uge i tidsrummet kl. 06-17.

Rengøring kan omfatte støtte til at:

- Tørre støv af i nåhøjde, fx reoler, vindueskarme og lignende.
- Vaske gulv eksempelvis i stue, entré, soveværelse og køkken.
- Støvsugning eksempelvis af gulvtæpper og gulve. Møbler støvsuges ikke.
- Rengøring af badeværelse/ toilet.
- Tørre køleskab af
- Skift af sengelinnedet

Hvis du har hjemmeboende børn under 15 år, forventes det, at de udfører opgaver, svarende til dét børn på et tilsvarende alderstrin normalt udfører.

Der ydes ikke støtte til oprydning efter eksempelvis gæster eller logerende, det skal de selv hjælpe dig med.

Hvis du bliver bevilliget støtte til rengøring, er du også berettiget til hovedrengøring. Ønsker du hovedrengøring, aftaler du selv med din leverandør, om det skal være en del af den faste rengøring, så du dagligt få noget mere tid eller om det skal være så du får 1 – 2 gange årligt.

Hovedrengøring kan omfatte støtte til:

- Udvendig vask af flader i køkkenet
- Rengøring af radiatorer
- Rengøring af tilgængelige paneler med støvsuger eller tør klud
- Døre og dørkarme tørres af med en fugtig klud
- Spindelvæv fjernes
- Faste lamper og lysekroner støves af med en tør eller fugtig klud, hvis de er i nå højde fra gulvet
- Støvsugning af madras, men ikke vending
- Støvsugning af møbler

Hvor kan du søge tilbuddet

Du kan søge om tilbuddet via www.borger.dk eller ved at kontakte Myndighed i Pleje og Sundhed.

Øvrige relevante oplysninger

Du skal selv afholde udgiften til rengøringsmidler og rengøringsredskaber, fx indkøb af et ergonomisk moppesæt. Din leverandør af praktisk hjælp kan bistå dig med vejledning i forbindelse med disse indkøb.

Rengøringsmidlerne skal være mindst miljøbelastende og støvsuger, komfur, ledninger og kontakter skal være sikkerhedsmæssigt i orden. Du skal være opmærksom på, at når du modtager hjælp i hjemmet, er dit hjem også medarbejdernes arbejdsplads. Det betyder, at arbejdsmiljøet skal være i orden. Derfor kan det være nødvendigt at flytte møbler, fjerne løse gulvtæpper, installere hjælpemidler i dit hjem og sørge for, at installationer og ledninger er sikkerhedsmæssigt i orden. Det er dit ansvar at sørge for dette, inden hjælpen udføres. Du skal være opmærksom på, at medarbejderne ikke må løfte møbler eller flytte tæpper.

Når du modtager støtte i hjemmet, vil det medføre slitage på eksempelvis gulv. Dette hører ind under almindelig slitage, og du står selv for vedligeholdelse.

Når der bevilliges støtte, gøres det med udgangspunkt i hjemmets samlede ressourcer, det betyder der kan gives støtte svarende til din andel af hjemmet samlede ressourcer. Hvor ofte du kan modtage støtte og bistand afhænger af dit behov, samt hvilke indsatser du bliver visiteret til. Myndighed vil løbende vurdere, om du fortsat har behov for støtte, og om det er det rigtige tilbud, du får.

Du kan ikke får udført rengøring efter husdyr, medmindre husdyret er vurderet nødvendigt som kompensation for din funktionsnedsættelse, dette vil typisk være, hvis du er bevilliget en servicehund.

Tøjvask

Tøjvask er en ordning, hvor du får vasket dit tøj enten i egen vaskemaskine, i fælles maskine i ejendommen eller på et møntvaskeri. Tøjvask kan omfatte støtte og hjælp til:

- Sortere vasketøj efter vaskeanvisning
- Hjælp til pakning af vasketøj, tøj til renseri og/eller til linnedservice
- Vask af tøj og linned
- Tørretumbling
- Ophængning af tøj efter vask i egen maskine og fælles maskiner
- Sammenlægning og lægge tøj på plads efter vask i egen maskine og fælles maskiner

Hvor kan du søge tilbuddet

Tilbuddet kan søges via. www.borger.dk eller ved at kontakte Myndighed i Pleje og Sundhed.

Øvrige relevante oplysninger

Vaskes der i fælles maskine i ejendommen, på møntvaskeri eller eget hjem, forlader medarbejderen stedet, mens tøjet vaskes. Dyner, puder, tæpper, bademåtter og gardiner er ikke omfattet af ordningen.

Vask af linned

Hvis du har et ekstraordinært stort forbrug af linned, kan du i særlige tilfælde få bevilliget linnedservice.

Hvor kan du søge tilbuddet

Tilbuddet kan søges via www.borger.dk eller ved at kontakte Myndighed i Pleje og Sundhed.

Pris

Der er egenbetaling pr. måned. Har du en terminalerklæring er linnedservice gratis.

Indkøbsordning

Hvis du ikke selv kan foretage dine indkøb og heller ikke er i stand til at bestille dine varer over internettet, har du mulighed for at ansøge om at blive tilmeldt en indkøbsordning. Du vil få udleveret et varekatalog til brug for bestilling. I særlige tilfælde kan du få hjælp til at skrive indkøbsliste, bestille varer og sætte varer på plads, når de ankommer til din bolig. Varerne leveres en gang om ugen. Leverandøren oplyser dig om hvilken dag og på hvilket tidspunkt, varerne kommer. Gentofte Kommune kan tildele dig denne ydelse på baggrund af en konkret og individuel vurdering.

Hvor kan du søge tilbuddet

Du skal søge via www.borger.dk eller henvende dig til Myndighed i Pleje og Sundhed.

Pris

Du betaler for varerne men ikke for levering.

Mad og måltider

Gentofte Kommune kan tilbyde dig hjælp og støtte til mad og måltider, hvis du eksempelvis ikke selv kan tilberede dine måltider. Hvilke tilbud, du kan få, afhænger af hvad du selv kan klare, og hvad andre i dit hjem kan hjælpe dig med. Der er frit valg af leverandør af mad og måltider.

Madservice med levering er en ordning, hvor du får et af dagens måltider leveret i dit hjem. En gang om måneden vil den leverandør, du har valgt, udlevere menuplaner og bestillingslister. Menuplanen er en oversigt, hvor du kan vælge mellem forskellige måltider for den kommende måned. Du afleverer bestillingslisten til chaufføren. Efterfølgende leveres maden på de aftalte dage.

Kølemad leveres tirsdag og fredag mellem kl. 10 og 13. Varmt mad leveres alle dage året rundt i tidsrummene kl. 11.00 – 13.00 og kl. 16.30 – 19.00.

Hvor kan du søge tilbuddet

Du skal søge via www.borger.dk eller henvende dig til Myndighed i Pleje og Sundhed.

Øvrige relevante oplysninger

Der er egenbetaling på maden. Prisen justeres en gang om året. Betalingen sker via betalingsservice eller girokort. Se priserne pr. 1. januar 2023 på Takster på ældreområdet - Gentofte Kommune

Det er også muligt at søge om støtte til madlavning, hvis du selv kan deltage i madlavningen. I forbindelse med støtte til madlavning vurderes om der kan købes færdig præparerede råvarer.

Hjælp til tilberedning af mad og spisning

Du kan søge om støtte til tilberedning af morgenmad, kold mad og mellemmåltider. Du kan også søge om hjælp til opvarmning af mad, herunder hjælp til afrydning og opvask, hvis du ikke selv er i stand til at udføre dette. Du kan også få hjælp og støtte til at spise og drikke. Tilbuddet bliver udført af den leverandør, som du har valgt til personlig pleje.

Hvor kan du søge tilbuddet

Du skal søge via www.borger.dk eller henvende dig til Myndighed i Pleje og Sundhed.

Øvrige relevante oplysninger

Ved tilberedning af kolde retter og drikkevarer forudsættes det, at der er foretaget indkøb. Hvis du skal have hjælp til opvarmning af færdigretter, der skal opvarmes, skal du selv sørge for at have en mikrobølgeovn og et køleskab.

Du kan søge om aflastning i hjemmet til praktiske opgaver, herunder rengøring og tøjvask, hvis du selv passer en plejekrævende eller demnet, som ikke modtager personlig hjælp, fordi du hjælper og støtter vedkommende.

Hjælp og støtte til personlig pleje

Hvis du oplever, at du ikke længere selv kan klare din personlige pleje, kan du søge kommunen om støtte, fx at komme i bad og tage tøj af og på. Din hjælp og støtte tilrettelægges på baggrund af en vurdering af, hvad du selv kan klare, og hvad du har behov for, at andre hjælper dig med.

Hjælpen vil altid blive givet rehabiliterende, da Gentofte Kommune ønsker, at du som borger klare mest muligt selvstændigt i din hverdag. Når du søger om støtte til personlig pleje, vurderer kommunen derfor først, hvordan du i størst muligt omfang kan blive i stand til at klare noget af den personlige pleje selv. Derfor vil du ofte blive tilbudt det, vi kalder et rehabiliteringsforløb. I forløbet arbejder du sammen med kommunens tværfaglige rehabiliteringsteam og din leverandør på at genvinde dine færdigheder. Et rehabiliteringsforløb bliver sammensat individuelt. Under forløbet vil det tværfaglige team af medarbejdere støtte dig til at blive bedre til de opgaver, du har vanskeligt ved at klare i hverdagen. Når du har været igennem dit forløb, evaluerer I, om du har nået dine mål. Herefter vurderer kommunen, om du fortsat har brug for indsatser, og i så fald hvilke indsatser. Hvis du ikke genvinder eller opøver færdighederne, vil støtten stadig blive tilrettelagt, så du deltager så aktivt som muligt i opgaverne, så du udvikler eller fastholder dine færdigheder.

Den støtte, du kan få, afhænger af, hvad du selv kan. Hvor ofte du kan modtage støtte og bistand afhænger af dit behov, samt hvilke indsatser du bliver visiteret til. Myndighed vil løbende vurdere, om du fortsat har behov for støtte, og om det er det rigtige tilbud, du får. Der er frit valg af leverandør af personlig pleje.

Personlig pleje

Personlig pleje kan fx være støtte til at blive vasket eller komme i bad, ansigtsbarbering, tage tøj af og på, mundpleje og toiletbesøg. Typisk vil du få hjælp til personlig pleje dagligt. Har du brug for hjælp til bad og hårvask, vil du dog som hovedregel få støtte til dette to gang om ugen. Du kan modtage personlig pleje hele døgnet, afhængig af dine behov, men plejen bliver typisk udført om morgenen og om aftenen.

Du skal være opmærksom på, at når du modtager hjælp i hjemmet, er dit hjem også medarbejdernes arbejdsplads. Det betyder, at arbejdsmiljøet skal være i orden. Derfor kan det være nødvendigt at flytte møbler, fjerne løse gulvtæpper, installere hjælpemidler i dit hjem og sørge for, at installationer og ledninger er sikkerhedsmæssigt i orden, inden hjælpen skal udføres. Det er dit ansvar at sørge for dette, inden hjælpen udføres.

Hvor kan du søge tilbuddet

Du skal søge via www.borger.dk eller henvende dig til Myndighed i Pleje og Sundhed.

Øvrige relevante oplysninger

I forbindelse med at Visitationen behandler din ansøgning, indgår oplysninger om dine behov og plejeopgavernes karakter. Disse har Visitationen kendskab til, hvis du allerede modtager praktisk hjælp og personlig pleje fra en af kommunens andre leverandører af disse indsatser. Hvis du endnu ikke modtager praktisk hjælp og personlig pleje skal der gennemføres et afklarings- og rehabiliteringsforløb, hvor indsatserne varetages af en af kommunens leverandører.

Du skal selv købe sæbe, plejemidler, håndklæder, vaskeklude m.v.

Hvor ofte du kan modtage støtte og bistand afhænger af dit behov, samt hvilke indsatser du bliver visiteret til. Myndighed vil løbende vurdere, om du fortsat har behov for støtte, og om det er den rigtige hjælp, du får.

Hævning af kontanter i pengeinstitut

I helt særlige tilfælde kan du få støtte til at få hævet kontanter i pengeinstitut, hvis du ikke selv kan få udbetalt kontanter og ikke har pårørende eller netværk, der kan hjælpe.

Hvor kan du søge tilbuddet

Du skal søge via www.borger.dk eller henvende dig til Myndighed i Pleje og Sundhed.

Øvrige relevante oplysninger

Du skal være tilmeldt en særlig ordning i banken, og medarbejderen må højest hæve kr. 1500 pr gang og kun med en éngangsfuldmagt.

Kontanttilskudsordninger

Kontanttilskudsordning er en særlig ordning, som kommunen benytter, hvis der ikke kan stilles den nødvendige hjælp til rådighed, for at du får en sammenhængende, helhedsorienteret og fleksibel hjælp. Ordningen skal medvirke til at give dig mulighed for at fastholde et selvstændigt liv. Målgruppen for en kontanttilskudsordning er borgere over 18 år, der har en betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Du skal have så omfattende et behov for støtte, at det er nødvendigt at yde en ganske særlig indsats i hjemmet. Behovet for støtte skal udgøre over 20 timer ugentligt i hjemmet, eller hvis kommunen ikke kan dække behovet ved almindelig pleje og omsorg.

Hvor kan du søge tilbuddet

Du skal henvende dig i Myndighed i Pleje og Sundhed for at søge om tilbuddet.

Øvrige relevante oplysninger

Ordningen omfatter borgere, der er visiteret til minimum 20 timers personlig og praktisk i hjemmet om ugen.

Hvis du er i målgruppen for en kontanttilskudsordning, skal Gentofte Kommune vurdere, om du er i stand til at varetage opgaven som arbejdsleder for hjælperne. Du skal derudover være i stand til at fungere som arbejdsgiver eller finde et privat firma, der kan varetage arbejdsgiverrollen. Er du i målgruppen for en kontanttilskudsordning kan der i særlige tilfælde bevilges, at din nærtstående pårørende varetager arbejdslederrollen.

En nærtstående pårørende er som hovedregel en pårørende, som er samboende med dig og som helt eller delvist kan varetage pasningsopgaven. Det er en forudsætning, at den nærtstående pårørende efter Gentofte Kommunes vurdering kan fungere som arbejdsleder. Kontanttilskudsordningen indeholder ikke ledsagelse, socialpædagogisk støtte eller sundhedslovsydelser. Indsatsen er ikke forbundet med udgifter for dig. Du kan dog have udgifter, som er forbundet med ansættelsen af hjælpere i hjemmet, eksempelvis i form af forøget brug af sæbe, el, vask og lign. Disse udgifter dækkes via Kontanttilskudsordningen. Du kan læse mere om ordningen i pjecen på www.gentofte.dk og KL´s vejledning KL-vejledning om hjælpeordninger - 2022.

Pasning af nærtstående

Hvis du har et stort pleje- og pasningsbehov, svarende til et fuldtidsarbejde, kan du i stedet blive passet og plejet af en eller flere pårørende i op til 6 måneder. Alternativet til pasning er et døgnophold udenfor hjemmet.

Din pårørende skal, forud for ansættelsen, have tilknytning til arbejdsmarkedet og ønske at tage orlov for at passe dig, samt have kompetencerne til at varetage din pleje. Din pårørende skal varetage alle praktiske og plejemæssige opgaver i hjemmet.

Du skal have en betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig, herunder uhelbredelig lidelse og være hjemmeboende.

Hvor kan du søge tilbuddet

Din nærtstående skal kontakte den kommune som din nærtstående bor i.

Øvrige relevante oplysninger

Plejeorloven kan bevilges én eller flere af dine nærtstående i op til 6 måneder. I skal alle være enige om at etablere plejeforholdet.

Ordningen kan i særlige tilfælde forlænges med yderligere 3 måneder. Der kan gives orlov 1 gang til hvert sygdomsforløb.

Orloven behøver ikke være fortløbende, dette aftales.

Plejevederlag til pasning af døende

Er du uhelbredeligsyg og har en terminal erklæring, kan din pårørende søge plejeorlov for at varetage plejen og omsorgen for dig. Formålet med ordningen er, at du som terminalt syg har et alternativ til hospiceophold eller andet døgnophold og dermed har mulighed for at modtage omsorg og/eller pleje af dine nærtstående i dine hjemlige omgivelser.

Hvor kan du søge tilbuddet

Du skal henvende dig i Myndighed i Pleje og Sundhed.

Øvrige relevante oplysninger

Plejevederlaget kan modtages af din ægtefælle, samlever, børn, forældre eller andre med så tæt tilknytning, at det er nærtliggende, at omsorgen varetages af den pågældende. Den pårørende skal være over 18 år, men ikke pensionist. I skal alle være indforståede med etableringen af plejeforholdet.

Boliger

Ældre- og handicapvenlig bolig

Du kan søge om en ældre- og handicapvenlig bolig, hvis du har et betydeligt og varigt nedsat funktionsniveau og har et vist behov for praktisk bistand og personlig pleje. Bevilling af en ældre- og handicapvenlig bolig sker på baggrund af kommunens konkrete og individuelle vurdering af dine behov for en sådan bolig. Det kan være, hvis du eksempelvis benytter pladskrævende hjælpemidler, der vanskeliggør at du kan benytte vigtige rum i din bolig, så som køkken badeværelse. Der tages også højde for adgangsforholdene, som gør at du ikke selvstændigt kan komme ud og ind af din bolig, og hvor hjælpemidler, boligændring og træning ikke kan afhjælpe problematikken.

Ældre- og handicapvenlige boliger er indrettet særligt til ældre og handicappede og har plads til kørestol og andre hjælpemidler.

Din partner, ægtefælle eller børn kan flytte ind i din nye bolig med dig. De fleste boliger har 2-værelser, enkelte har 3-værelse, dette fremgår af kommunens hjemmeside.

I en ældre- og handicapvenligbolig har du mulighed for at få samme hjælp, som hvis du boede i en almindelig bolig.

Frit valg af ældre- og handicapvenligbolig

Når du er godkendt til ældre- og handicapvenlig bolig, kan du vælge, om du ønsker at bo i en af kommunens boliger eller i en anden kommune. Hvis du ønsker at bo i en anden kommune, skal tilflytningskommunen også vurdere, om du er i deres målgruppe til ældre- og handicapvenlig bolig. Du kan godt blive godkendt til bolig i Gentofte Kommune, men få afslag i en anden kommune.

Hvor kan du søge tilbuddet

Du kan søge om en ældre- og handicapvenlig bolig på www.borger.dk eller ved henvendelse til Myndighed i Pleje og Sundhed.

Pris

Du skal betale indskud og husleje i en ældre-og handicapvenlig bolig, og du skal selv betale for forbrug af el, vand og varme. Du kan søge lån til indskud via Borgerservice i Gentofte Kommune og boligstøtte og varmetillæg hos Udbetaling Danmark via www.borger.dk.

Øvrige relevante oplysninger

Når du efter ansøgning får tilbudt en ældre- og handicapvenligbolig, er der kort betænkningstid. Det betyder, at du inden for 5 hverdage skal tage stilling til, om du ønsker at benytte tilbuddet. Siger du ja, vil det være med overtagelse til d. 1 eller 15 i måneden. Huslejen skal betales fra den dato, du har boligen til rådighed.

Beskyttet plejebolig

En beskyttet plejebolig er en selvstændig handicapvenlig indrettet bolig på 1-2 værelser med køkkenfaciliteter og bad. En beskyttet plejebolig tildeles til dig:

- der med behov for støtte til pleje på aftalte tidspunkter
- der har behov for tryghedsskabende psykisk omsorg og samvær i hverdagen
- som kan betjene et nødkald relevant.

Du kan blive visiteret til en beskyttet plejebolig, hvis du har et særligt behov for at kunne tilkalde støtte med kort varsel døgnet rundt. Du skal ligeledes kunne profitere af et nærmiljø med hverdagssamvær og fællesarrangementer med andre. Du kan blive visiteret til en beskyttet plejebolig, hvis du har moderat behov for pleje og praktisk hjælp, samt psykisk støtte og guidning. Hjælpen og støtten er rehabiliterende, hvilket betyder, at du selv skal deltage så aktivt som muligt, og du skal selv udføre de opgaver, du er i stand til. Hjælpen tildeles og tilrettelægges på baggrund af en individuel helhedsvurdering af dine fysiske, psykiske og sociale behov og ressourcer.

Hverdagsliv

Medarbejdere og pårørende skaber i samarbejde med dig det gode hverdagsliv i boligen. Dine pårørende vil forsat være en vigtig del af dit netværk og hjælpe dig med det, som de hjalp dig med hjemme. Der er opmærksomhed på et godt udeliv i plejeboligerne. Medarbejderne har særligt fokus på at yde støtte til at højtider, som fx jul, nytår og påske, kan blive en god oplevelse for dig. Der er fællesarealer tilknyttet til beskyttet plejeboliger.

Du kan læse nærmere om hverdagens samvær og arrangementer på plejeboligernes hjemmesider. Kontaktoplysningerne på de enkelte plejeboliger finder du i afsnittet kontaktoplysninger. Betaling af kulturelle aktiviteter er en del af servicepakken.

Mulighed for indflydelse

I alle beskyttede plejeboliger har du som beboer og dine pårørende mulighed for at få indflydelse. I plejeboligerne er demokratiet organiseret i Beboer og Pårørende Råd.

Mad og måltider

Du kan få hjælp til anretning af morgenmad i boligen. De øvrige måltider kan du spise i cafeen eller hente hjem. I særlige tilfælde kan du få maden bragt til din bolig.

Frit valg af beskyttet plejebolig

Når du er godkendt til en beskyttet plejebolig, kan du frit vælge, hvor du ønsker at bo, og om du ønsker at bo i en beskyttet plejebolig i Gentofte Kommune eller i en anden kommune. Hvis du søger beskyttet plejebolig i en anden kommune, skal tilflytningskommunen ligeledes vurdere, om du kan godkendes til beskyttet plejebolig i tilflytningskommunen. Du kan derfor opleve, at du godkendes til beskyttet plejebolig i Gentofte Kommune, men at en anden kommune ikke godkender dig til beskyttet plejebolig. Du skal være opmærksom på, at ikke alle kommuner har beskyttede plejeboliger.

Hvis du søger og godkendes til beskyttet plejebolig i alle kommunens beskyttede plejeboliger, skal kommunen tilbyde en plejebolig senest 2 måneder efter, at du er blevet godkendt til beskyttede plejebolig. Hvis du afviser et boligtilbud, har kommunen igen 2 måneders frist til at tilbyde dig en anden plejebolig. Hvis du søger bolig på en specifikt beskyttede plejebolig, må du forvente en længere ventetid

Din ægtefælde kan, hvis I ønsker det, flytte sammen med dig som medfølgende ægtefælle. I tilfælde af at den af jer, der har behov for beskyttede plejebolig, falder bort inden indflytning i plejehjem, bortfalder muligheden for indflytningen i beskyttede plejeboliger for den medfølgende ægtefælle.

Hvor kan du søge tilbuddet

Du kan søge via www.borger.dk eller ved henvendelse til Myndighed i Pleje og Sundhed.

Pris

Du skal betale indskud og husleje i beskyttede plejeboliger, og du skal selv betale for forbrug af el, vand og varme. Du kan søge lån til indskud via Borgerservice i Gentofte Kommune og boligstøtte og varmetillæg hos Udbetaling Danmark via www.borger.dk

Øvrige relevante oplysninger

Når du får tilbudt en beskyttet plejebolig, er der kort betænkningstid. Det betyder, at du inden for 5 hverdage skal tage stilling til, om du ønsker at benytte tilbuddet. Siger du ja, vil det være med overtagelse til d. 1 eller 15 i måneden. Huslejen skal betales, fra den dato du har boligen til rådighed. En beskyttet plejebolig er som udgangspunkt ikke egnet til borgere med demenssygdom.

Plejehjem

Plejehjemsboliger tildeles dig, som har et varigt behov for omfattende pleje og tilsyn hele døgnet, som ikke eller kun vanskeligt kan ydes i dit eget hjem.

For at du kan komme i betragtning til plejehjem skal nedenstående kriterier være opfyldt:

- Du skal have et varigt behov for omfattende støtte, pleje og omsorg hele døgnet
- Kommunens øvrige tilbud, f.eks. hjemmesygepleje, hjælpemidler, nødkald, dagcenter og daghjem er overvejet og eventuelt afprøvet, og disse tilbud kan ikke – eller kun vanskeligt – imødekomme dine behov for hjælp.

På et plejehjem kan du modtage støtte døgnet rundt alle ugens dage. Støtten tildeles og tilrettelægges på baggrund af dine individuelle fysiske, psykiske og sociale behov og ressourcer. Indsatserne i plejeboligen i Gentofte Kommune tilrettelægges, som øvrige tilbud i kommunen, med et hverdagsrehabiliterende sigte.

Plejehjemmet – dit hjem

Når du bor på et plejehjem, er det dit hjem og din bolig. Du skaber dit eget hjem med dine egne møbler og andre ejendele. Du får mulighed for at deltage i plejehjemmets hverdagssamvær og arrangementer. Du kan

have socialt samvær med andre i det omfang, du ønsker det. Det gælder også i forhold til måltider og højtider.

Hverdagsliv

Medarbejdere og pårørende skaber i samarbejde med dig det gode hverdagsliv i boligen. Dine pårørende vil forsat være en vigtig del af dit netværk og hjælpe dig med det, som de hjalp dig med hjemme. Der er opmærksomhed på et godt udeliv i plejeboligerne. Medarbejderne har særligt fokus på at yde støtte til at højtider, som fx jul, nytår og påske, kan blive en god oplevelse for dig.

Du kan læse nærmere om hverdagens samvær og arrangementer på plejeboligernes hjemmesider. Kontaktoplysningerne på de enkelte plejeboliger finder du i afsnittet kontaktoplysninger. Betaling af kulturelle aktiviteter er en del af servicepakken.

Hvilke forpligtigelser har du som beboer på et plejehjem

Når du bliver tilbudt en plejebolig, skal du være opmærksom på følgende:

- Du har pligt til at flytte ind i den anviste plejebolig med kort varsel, da visiteret hjemmehjælp og hjemmesygepleje som udgangspunkt ophører fra den dato, du får anvist plejebolig.
- Du skal betale husleje fra den dag du får anvist plejeboligen.
- Du skal medvirke til, at plejeboligen kan fungere som arbejdsplads for personalet ud fra den arbejdsplads- vurdering (APV), som bliver udført i boligen. Det betyder, at du skal efterkomme anvisninger fra personalet om møblering af boligen, når dette er begrundet i hensyn til medarbejdernes arbejdsmiljø.
- Du skal være opmærksom på, at når du modtager hjælp, er dit hjem også medarbejdernes arbejdsplads. Derfor er der rygeforbud i det tidsrum medarbejderen opholder sig i boligen jf. gældende lovgivning herom.

På et plejehjem gælder de almindelige bestemmelser på boligområdet, det vil sige, at du betaler depositum, husleje, el, vand og varme. Husleje beregnes individuelt og afhænger af din konkrete bolig.

Servicepakke på plejehjemmet

Bor du på plejehjem, kan du vælge at købe en servicepakke. En servicepakke indeholder ydelser, som plejehjemmet tilbyder dig mod betaling. En servicepakke indeholder:

- Ful forplejning
- Rengøringsartikler til egen bolig
- Toiletartikler
- leje af linned.
- Kulturelle aktiviteter

Du kan frit vælge, om du kun ønsker at købe hele eller dele af servicepakken. Ydelser, som du eventuelt fravælger, skal du eller dine pårørende selv sørge for. Betalingen for servicepakken sker over PBS . Du skal være opmærksom på, at priserne på servicepakkerne reguleres hvert år. Du kan se de aktuelle priser på: Takster på ældreområdet - Gentofte Kommune

Du betaler selv for din medicin, når du bor på plejehjem, men er ligesom andre borgere omfattet af gældende tilskudsmuligheder.

Mulighed for indflydelse

I alle plejehjemmene har du som beboer og dine pårørende mulighed for at få indflydelse. I plejehjemmene er demokratiet organiseret i Beboer og Pårørende Råd.

Frit valg af plejehjem

Når du er godkendt til plejehjem, kan du frit vælge, hvor du ønsker at bo, og om du ønsker at bo i et plejehjem i Gentofte Kommune eller i en anden kommune. Hvis du søger plejehjem i en anden kommune, skal tilflytningskommunen også vurdere, om du kan godkendes til plejehjem i tilflytningskommunen. Du vil derfor kunne opleve, at du godkendes til plejehjem i Gentofte Kommune, men at en anden kommune ikke godkender dig til plejehjem.

Hvis du søger og godkendes til plejehjem i alle kommunens plejehjem, skal kommunen tilbyde en plejebolig senest 2 måneder efter, at du er blevet godkendt til plejehjem. Hvis du afviser et boligtilbud, har kommunen igen 2 måneders frist til at tilbyde dig en anden plejebolig. Hvis du søger bolig på et specifikt plejehjem, må du forvente en længere ventetid på plejehjem.

Din ægtefælde kan, hvis I ønsker det, flytte sammen med dig som medfølgende ægtefælle. Forudsætningen for dette er, at plejehjemsboligen er egnet til 2 personer. I tilfælde af at den af jer, der har behov for plejehjem, falder bort inden indflytning i plejehjem, bortfalder muligheden for indflytningen i plejehjemmet for den medfølgende ægtefælle. Hvis den der har fået bevilliget boligen, falder bort efter indflytning, har den medfølgende ægtefælde ret til at blive boende.

Hvor kan du søge tilbuddet

Du kan søge om tilbuddet på www.borger.dk eller ved henvendelse til Myndighed i Pleje og Sundhed.

Pris

Du skal betale indskud og husleje en plejehjemsbolig, og du skal selv betale for forbrug af el, vand og varme. Du kan søge lån til indskud via Borgerservice i Gentofte Kommune og boligstøtte og varmetillæg hos Udbetaling Danmark via www.borger.dk.

Omsorgstandpleje

Når du flytter på plejehjem, bliver du automatisk tilmeldt omsorgstandplejen, hvis du ønsker det.

Øvrige relevante oplysninger

Når du får tilbudt en plejebolig, er der kort betænkningstid. Du skal ved fremvisningen eller senest dagen efter fremvisningen oplyse, om du ønsker boligen. Overtagelse af boligen skal ske fra den oplyste overtagelsesdato eller umiddelbart derefter - Indflytning skal ske så vidt muligt senest 6 dage efter overtagelse af boligen.

Du skal desuden være opmærksom på, at hvis du afviser et tilbud om en plejebolig, når du er indlagt på hospitalet eller opholder dig på en af kommunens døgnpladser, vil du som udgangspunkt blive udskrevet til dit eget hjem, mens du venter på en plejebolig.

På www.gentofte.dk kan du læse om de forskellige plejehjem i Gentofte Kommune.

Sygepleje

Gentofte Kommune tilbyder dig hjemmesygepleje, hvis en læge eller hjemmesygeplejen vurderer, at du har behov for pleje og behandling ved akut eller kronisk sygdom.

Hjemmesygeplejen kan bestå af vejledning, forebyggelse, vurdering og behandling. Det kan for eksempel være:

- Forebyggelse og behandling af sår
- Vejledning og oplæring i administration af egen medicin
- Vejledning i forbindelse med kronisk sygdom
- Palliativ pleje
- Vurdering af kontinensproblematikker, vejledning i kontinenshjælpemidler herunder bleer eller katetre.
- Vejledning i ernæringsproblematikker

Som udgangspunkt leveres hjemmesygeplejen på Gentofte Kommunes sygeplejeklinikker alle hverdage mellem 8 og 16. Hvis du fysisk og/eller psykisk ikke er i stand til at møde frem i sygeplejeklinikken, kan du modtage besøg i eget hjem. Har du behov for hjemmesygepleje aften eller nat, kan du også modtage dette.

Hvor kan du søge tilbuddet

Du bliver henvist til hjemmesygepleje, enten af egen læge eller hospitalet. Hjemmesygeplejen kontakter dig efterfølgende med henblik på at aftale tid. Som udgangspunkt i sygeplejeklinik, alternativt i dit hjem.

Pris

Du skal selv betale for medicin og medicinske sårprodukter. Sygepleje og almindelige sygepleje artikler er gratis.

Du skal selv transportere dig frem og tilbage til sygeplejeklinikken og selv afholde evt. udgifter til transport.

Omsorgstandplejen

Omsorgstandplejen er et kommunalt tilbud til dig, der bor på plejehjem, og til dig der ikke kan modtage tandbehandling hos en almindelig praktiserende tandlæge grundet kronisk nedsat førlighed eller vidtgående fysiske eller psykiske handicaps eller kun vanskeligt kan benytte tandplejetilbud hos almindelig tandlæge.

Ved omsorgstandplejen kan du får undersøgt din tand og mundsundhed. Formålet er at sikre en symptomfri og velfungerende tyggefunktion, herunder behandle og forebygge lidelser i tænder og mund som kan få konsekvenser for din sundhed og trivsel. Tilbuddet indeholder ikke kosmetiske behandlinger. Der tilbydes regelmæssig undersøgelse af tænder og protese 1 – 2 gange om året afhængigt af individuelt behov.

Hvor kan du søge tilbuddet

Du kan søge om tilbuddet på www.borger.dk eller ved henvendelse til Myndighed i Pleje og Sundhed.

Pris

Hjælpen er forbundet med egenbetaling. Den maksimale egenbetaling er fastsat i Sundhedslovens § 132 og reguleres årligt af Kommunalbestyrelsen. Se Takster på ældreområdet - Gentofte Kommune

Du skal selv transportere dig frem og tilbage til klinikken og selv afholde evt. udgifter til transport.

Øvrige relevante oplysninger

Undersøgelse og behandling finder sted på en af kommunens 3 omsorgsklinikker på 3 af kommunens plejebebyggelser eller på Ordrup distriktstandklinik.

Du har også mulighed for frit valg mellem det kommunale tandplejeteam og egen tandlæge/klinisk tandtekniker, hvis kommunen har indgået aftale med pågældende. Vejledning herom kan søges hos Tandplejen.

Del 3 Praktiske oplysninger

Hvordan kan du søge støtte

Nogle af kommunens tilbud kan du selv tilmelde dig. Det gælder fx nogle af de sundhedsfremmende tilbud, der er til ældre i Gentofte. Andre tilbud skal du søge om- og visiteres til. Efter kommunen har modtaget din ansøgning, vil du blive kontaktet af en visitator, som taler med dig om dit behov. For at kunne søge visiteret støtte skal du have en varig eller midlertidig funktionsnedsættelse. Det betyder, der er daglige gøremål, som du ikke selvstændigt kan varetage. Det kan både være i forhold til psykiske, fysiske og sociale begrænsninger.

Gentofte Kommune har et tæt samarbejde med din egen læge og andre eksterne samarbejdspartner, fx hospitalerne, med det formål at give dig et godt og sammenhængende forløb.

På Gentofte Kommunes hjemmeside www.gentofte.dk kan du læse mere om, hvornår og hvordan du søger støtte. De fleste tilbud om støtte søges via www.borger.dk eller ved at kontakte Myndighed i Pleje og Sundhed.

Hvad gør vi når vi modtager ansøgningen

Når Myndighed i Pleje og Sundhed har modtaget din ansøgning, vil du blive kontaktet af en medarbejder, der er sundhedsfagligt uddannet. Medarbejderen vil vejlede dig om din muligheder og eventuelt aftale et hjemmebesøg af en sagsbehandler og eventuelt sammen med en terapeut fra hverdagsrehabiliteringsteam. Medarbejderen, der kommer på hjemmebesøg, er uddannet til, sammen med dig, at vurdere dine ressourcer og behov. Du er velkommen til at invitere en pårørende eller bisidder med til hjemmebesøget, hvis du ønsker det.

Sammen med dig vurderer de, hvad du selv og din husstand kan klare, og hvad der er brug for støtte til. Er der noget, du ikke længere selv kan klare, vurderer medarbejderen altid først, om vi kan støtte dig til selv at kunne klare det. Det kan være ved træning, et hjælpemiddel eller med et afgrænset afklaringsforløb. Formålet med et afklaringsforløb er at støtte dig til størst mulig selvstændighed, fordi vi tror på, at det er med til at styrke din livskvaliteten, da det understøtter din selvstændighed og værdighed. Afklaringsforløb vil altid tage udgangspunkt i mål, du selv definerer sammen med medarbejdere.

Modtager du allerede hjemmehjælp, vil du også kunne få tilbudt et rehabiliteringsforløb, hvis du og medarbejderne vurderer, at det kan styrke dine daglige færdigheder og livskvalitet. Efter et rehabiliteringsforløb vurderer medarbejderne igen, hvilket behov du har for støtte, hvorefter du modtager en afgørelse, hvori det fremgår, om du kan få støtte, til hvad og hvor meget. I afgørelsen er der en begrundelse og klagevejledning, hvis du ønsker at klage over afgørelsen.

Når du bliver visiteret til støtte

Frit valg af leverandører

Når du bliver visiteret til støtte, skal du samtidig vælge, hvilken leverandør du ønsker. Myndighed har informationsmateriale om de forskellige leverandører du kan få udleveret, og du aftaler med Myndighed, hvilken leverandør du ønsker. Dine valgmuligheder afhænger dog af, hvilke udbydere der leverer den pågældende ydelse. Du kan få vejledning af Myndighed.

Alle leverandørerne er godkendt af kommunen og lever op til de kvalitetskrav, kommune har fastsat. Leverandøren modtager de relevante oplysninger om dig, der er nødvendige for din hjælp. Ønsker du at skifte leverandør, skal du kontakt Myndighed for yderligere vejledning.

Du har ikke mulighed for at vælge hjælper fra på grund af køn, alder eller etnicitet, medmindre der er argumenter der er tungtvejende til dette.

Under afsnittet kontaktoplysninger kan du se hvilke leverandører af støtte i hjemmet til praktisk og personlig hjælp Gentofte kommen har aftale med.

Hverdagsrehabilitering

Alle der modtager hjælp efter Lov om Social Service § 83, vil løbende blive vurderet i forhold til træningsforløb via Lov om Social Service § 83a. Der vil være en løbende kommunikation mellem leverandørerne, hverdagsrehabiliteringsteamet og visitationen i forhold til at iværksætte disse træningsforløb med henblik på at forebygge funktionsevnetab.

Hvis du sideløbende med § 83a er bevilget praktisk og personlig hjælp, er det hjemmehjælpsleverandørens opgave at kende målet og planen med rehabiliteringsindsatsen og understøtte dette i de opgaver, der varetages.

Selvudpeget hjælper

Du kan også selv vælge at udpege en person til at udføre opgaverne. Personen skal godkendes af lederen i hjemmeplejen, hvor din selvudpegede hjælper derefter ansættes.

Hvis du har behov for personlig pleje og praktisk hjælp i mere end 20 timer om ugen, kan du få udbetalt et kontant tilskud til at købe hjælpen. Det er en betingelse, at du kan fungere som arbejdsleder for hjælperne. Se afsnittet vedr. kontanttilskudsordning.

Fleksibilitet i hjemmeplejen

Den tildelte hjælp skal udføres fleksibelt. Det betyder, at du fra gang til gang kan aftale med leverandøren, hvordan udførelsen af hjælpen skal tilrettelægges.

Du har også ret til at bytte til andre ydelser, dog inden for den fastsatte ramme af de tildelte ydelser. Hvis du ønsker at skifte mellem personlig og praktisk hjælp, er det en forudsætning, at du er bevilget både personlig og praktisk hjælp. Hvis du bytter din hjælp ofte, kan det være tegn på, at der ikke længere er sammenhæng mellem dit behov og de bevilgede ydelser. Hvis du tre gange i træk bytter den samme ydelse, vil Myndighed vurdere, om der er behov for en ændret bevilling af din støtte.

Benytter du dig af retten til fleksibel hjemmehjælp, fraskriver du dig samtidig retten til erstatningshjælp for de konkrete indsatser, der er fravalgt til fordel for noget andet.

Medarbejderen kan sige nej til en anmodning om at bytte indsatser, hvis vedkommende vurderer, at det vil være uforsvarligt at lade dig fravælge den visiterede støtte. Dette kan eksempelvis være tilfældet, hvis du er i et rehabiliteringsforløb og ønsker at bytte indsatser ud med andre, end der er visiteret til, og som ikke følger de mål, der er lagt for forløbet.

Dit hjem som arbejdsplads

For at du kan modtage hjælp, er det nødvendigt, at dit hjem kan fungere som en arbejdsplads for medarbejderne.

Inden hjælpen startes op, gennemgår leverandøren dit hjem med fokus på at vurdere, om det lever op til retningslinjerne for et godt arbejdsmiljø. Det kan derfor være nødvendigt, fx at flytte rundt på møblerne, fjerne løse gulvtæpper eller installere hjælpemidler i dit hjem, før du kan få hjælp.

Hvis du skal have hjælp til praktiske opgaver, vil det være et krav, at du anskaffer miljømærkede rengøringsmidler samt støvsuger med teleskop skaft og et ergonomisk moppesæt, som kan indstilles i længden. Hvis der er problemer i forhold til arbejdsmiljøet, vil du blive inddraget i løsningen. Medarbejderne må ikke anvende rengøringsmidler, der indeholder klor, salmiakspiritus, soda samt farve- eller parfumestoffer.

Ved rengøring af flere etager skal du anskaffe dig en støvsuger til hver etage, eller selv bære den op og ned.

Medarbejderne må ikke ryge i dit hjem. Gentofte Kommune henstiller til, at du heller ikke ryger, mens medarbejderen udfører arbejdet, og at du lufter ud, 15 minutter før din hjælper kommer. Der kan ligeledes stilles krav om, at husdyr som fx hund og kat mv. skal være fjernet fra de rum, medarbejderen passerer eller opholder sig i, eller hvor der udføres opgaver.

Du skal huske at tænde lys og rydde for sne uden for om vinteren, så din hjælper kan orientere sig og ikke kommer til skade.

Ønsker fra din leverandør af hjemmehjælp i forhold til hjemmets indretning og anvendelse af hjælpemidler skal efterkommes, når det er fagligt velbegrundet i forhold til regler om arbejdsmiljø for medarbejderne eller udførsel af den konkrete støtte.

Det kan fx være i en af følgende situationer:

- At løse tæpper fjernes, hvor det er nødvendigt af hensyn til kørestol, lift eller toiletstol
- At der skal være god arbejdsbelysning
- Nødvendige hjælpemidler er til rådighed og kan anvendes korrekt hvilket kan medføre ommøblering
- Hjemmet er indrettet så medarbejderen kan benytte de rigtige arbejdsstillinger

Adgang til hjemmet

Du skal sikre medarbejderne adgang til dit hjem. Lukker du ikke op, når medarbejderen ringer på, og har du ikke meldt afbud, skal vi sikre os, at du ikke er kommet til skade eller er hjælpeløs. Leverandørens medarbejdere vil forsøge at kontakte eventuelle pårørende for at høre, om de ved, hvor du er.

Hvis vi ikke kan komme i kontakt med dig, vil en medarbejder låse sig ind i hjemmet sammen med politi og en låsesmed. Udgiften til låsesmed skal du betale.

Husk derfor at give besked, hvis du er indlagt eller af anden grund ikke er hjemme, når der er planlagt hjemmehjælp.

Digitalt adgangssystem

Hvis du ikke selv kan åbne din hoveddør, kan det i nogle situationer være nødvendigt, at godkendte leverandører fra Gentofte Kommune får adgang til dit hjem via et digitalt adgangssystem.

Adgangssystemet betyder, vi ikke skal bruge nøgle til at komme ind hos dig. Medarbejderne får i stedet adgang til din bolig via en app på deres telefon, der fungerer som en krypteret digital nøgle.

Det digitale adgangssystem har høj sikkerhed:

- Det kan kun bruges af godkendte medarbejdere, fx fra hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og private leverandører af fx hjemmehjælp
- Det bliver registeret, hvem der får adgang til dit hjem og på hvilket tidspunkt
- Låsen kan ikke ses fra ydersiden af din hoveddør

Skader i hjemmet

Hvis medarbejderen skulle være så uheldig at komme til at ødelægge noget i dit hjem, skal du kontakte din leverandør. Oplysninger på leverandøren finder du under afsnittet kontaktoplysninger.

Sagsbehandlingstider

Der er forskellige sagsbehandlingstider, alt efter hvad du søger om. I nogle sager skal der indhentes oplysninger fra eksterne samarbejdspartnere for at få oplyst sagen tilstrækkeligt. Sagsbehandlingstiden er den tid, der går fra vi modtager din henvendelse, til du modtager en afgørelse. Nedenfor kan du se vores vejledende sagsbehandlingstider. Kan sagsbehandlingstiden ikke overholdes, orienterer vi dig skriftligt.

Sådan er sagsbehandlingstiderne:

Hjælpemidler:

- Tekniske hjælpemidler – Fx rollator, badebænk, kugledyne mv.
  Serviceloven § 112 20 dage
- Mindre boligændringer – Fx greb, fjernelse af dørtrin, små ramper mv.
  Serviceloven § 116 20 dage
- Komplekse hjælpemidler – Fx el-køretøj, komfortkørestol, siddestillingsanalyser mv.
  Serviceloven § 112-113 20 dage
- Boligændringer – Fx elektronisk døråbner, ombygninger, ramper, trappelift mv.
  Serviceloven § 116 120 dage
- Boligændringer – Fx elektronisk døråbner, ombygninger, ramper, trappelift mv.
  Serviceloven § 116 5 dage
- Kropsbårne hjælpemidler – fx parykker, ortopædisk fodtøj, diabeteshjælpemidler
  Serviceloven § 112 30 dage
- Genbevilling af kropsbårne hjælpemidler
  Serviceloven § 112 15 dage

- Kontinenshjælpemiddel
  Serviceloven § 112 20 dage

- *Handicapbiler*
  Serviceloven § 114 100 dage

Personlig pleje og praktisk hjælp:

- Praktisk hjælp fx rengøring, tøjvask, indkøbsordning
  Serviceloven § 83 *10 dage*

- *Personlig pleje og madservice*
  Serviceloven § 83 *3 dage*

Bolig:

- Plejehjem
  Almenboligloven § 5 20 dage

- Beskyttet plejebolig
  Almenboligloven § 5 og SEL 192 20 dage

- Ældre- handicapvenligboliger
  Almenboligloven § 5 og SEL § 192 *20 dage*

Aflastning/afløsning:

- Daghjem
  Serviceloven § 84, stk 1 10 dage

- Dagcenter
  Serviceloven § 84, stk 1 10 dage

- Afløsning i hjemmet
  Serviceloven §84, stk. 1 3 dage

- Midlertidig aflastningsplads
  Serviceloven § 84, stk. 2 10 dage

- Orlov til pårørende ved pasning af nærtstående i eget hjem, maksimum seks måneder
  Serviceloven § 118 20 dage

- Hjælp til personer, som passer nærtstående, der ønsker at dø i eget hjem
  Serviceloven § 119 10 dage

Genoptræning:

- Genoptræning til borgere, som ikke har været indlagt for at øge funktionsniveauer
  Serviceloven § 86, stk. 1 3 dage

- Vedligeholdelsestræning til borgere for at bevare funktionsniveauet
  Serviceloven § 86, stk. 1 3 dage

- Selvudpeget hjælper
  Serviceloven § 94 20 dage

- *Tilskud til privat hjælp*
  Serviceloven § 95 20 dage

- *Sygeplejeartikler og tilskud til palliative fysioterapi*
  Serviceloven § 122 3 dage

- Flextrafik
  Lov om trafikselskaber § 11 mv. 10 dage

- Individuel befordring
  Serviceloven § 117 10 dage

Hvis du ønsker at klage

Hvis du ønsker at klage, bør du i første omgang henvende dig dér, hvor din sag behandles, eller hvor opgaven normalt udføres.

Hvem kan klage

Som borger kan du klage, hvis der er forhold, der opleves som utilfredsstillende. I nogle tilfælde sætter lovgivningen rammer for, hvem der er berettiget til at klage, fx i forhold til at få behandlet en klage i Ankestyrelsen. Der kan derfor være situationer, hvor kommunen vil bede om en fuldmagt fra dig, hvis fx pårørende klager på dine vegne.

Klage over din hjælp

Hvis du ønsker at klage over kvaliteten af hjemmehjælpen eller madservice, skal du i første omgang forsøge at løse eventuelle problemstillinger i samarbejde med leverandøren. Hvis problemet ikke løses, kan du kontakte Myndighed i Pleje og Sundhed.

Klage over afgørelsen

Er du ikke enig i den afgørelse, kommunen har truffet, skal du følge den klagevejledning, der fremgår af din afgørelse. Tidsfristen for at klage over afgørelsen er 4 uger, fra modtagelsesdatoen. Hvis kommunen ikke ændrer afgørelsen på baggrund af din klage, sender kommunen klagen til Ankestyrelsen.

Klage over sagsbehandlingstiden eller sagsbehandlingen

Er du utilfreds over sagsbehandlingen eller sagsbehandlingstiden, kan du klage til Myndighed i Pleje og Sundhed.

Retssikkerhedsprincipper

Mulighed for bisidder

Når du mødes med Myndighed, har du mulighed for at få en selvvalgt bisidder med til samtalen.

En bisidder kan fx hjælpe dig med at få samling på, hvad du skal huske at spørge Myndighed om. Efterfølgende kan bisidderen hjælpe dig med at samle op på samtalen.

Din medvirken

I forbindelse med sagsbehandlingen af din sag kan medarbejderen bede dig om at medvirke til at få de oplysninger frem, som er nødvendige for at afgøre, hvilken hjælp du er berettiget til.

Hvis du modtager hjælp, har du pligt til at oplyse om ændringer, der kan have betydning for hjælpen. Oplysninger fra andre instanser vil om nødvendigt blive indhentet i overensstemmelse med regler om samtykke.

Tavshedspligt

Samtlige medarbejdere i Gentofte Kommune er omfattet af tavshedspligt med hensyn til oplysninger, som de måtte blive bekendt med under udførelsen af arbejdet, jf. borgerlig straffelovs § 152, forvaltningslovens § 27 og bestemmelserne i retssikkerhedslovens § 43.

Tavshedspligten er også gældende efter ansættelsens ophør.

Afgørelse

I de sager, hvor du modtager et afgørelsesbrev, er der en række krav til, hvordan kommunens afgørelse om hjælp skal se ud. Kravene står i servicelovens §§ 88 og 89a. I afgørelsesbrevet oplyses og begrundes, hvilken hjælp du er bevilget.

Derudover oplyses formålet med hjælpen og dit valg af leverandør. I afgørelsesbrevet er der en klagevejledning, hvis afgørelsen er et afslag på ydelser, som du ikke har fået bevilliget.

Hvis din ansøgning imødekommes helt, modtager du ikke et afgørelsesbrev på hjælpemiddelområdet og på hjemmehjælpsområdet vil begrundelsen være kort.

Kontakt oplysninger

Myndighed, Pleje og Sundhed
Rygårdsvænget 6
2900 Hellerup
Telefon 39 98 05 83
Åben mandag - torsdag kl. 8.00 - 16.00 og fredag kl. 8.00 – 14.00

Demensteamet
Rygårdsvænget 6
2900 Hellerup
Telefon 39 98 49 39
Åben hverdage kl. 8.30 - 10.00

Center for forebyggelse og genoptræning
Schioldannsvej 31, 2920 Charlottenlund og
Sankt Lukas Vej 6A, 2900 Hellerup
Telefon 39 98 88 00
Mail: forebyggelsesafdelingen.th@gentofte.dk
Åben hverdage kl. 8.00 – 15.00

Kommunikationscentre i Københavnsområdet
KC region H
Rygårds Alle 45
2900 Hellerup, Telefon 45 11 46 00

KC Hillerød
Skansevej 2D3400 Hillerød
Tlf. 72 32 38 00

Tandplejen
Grønnevænge 12
2920 Charlottenlund
Tlf. 39 98 43 29

Hjemmeplejeleverandør
Gentofte Hjemmepleje
Ved Station19
2820 Gentofte
Tlf. 39 98 75 00
Tlf. Mandag – Torsdag kl. 8.00 – 16.00
Fredag kl. 8.00 – 15.00

PUKs hjemmepleje
Mesterlodden 1
2820 Gentofte
Tlf. 26 13 50 46

CURA pleje
Rosenkæret 11C,
2860 Søborg
Tlf. 70 23 19 95

Plejeboliger
Rygårdcentret

Niels Andersens Vej 6-18+22.1-5

2820 Gentofte

Tlf. 39 98 72 00

Holmegårdsparken

Ordrup Vænge 1-5/Ordrup Vænge 32

2820 Gentofte

Tlf. 39 45 18 00

Søndersøhave

Søndersøvej 41

2820 Gentofte

Tlf. 39 98 76 55

Adelaide

Ejgårdsvej 5 2820

Gentofte

Tlf. 39 45 63 50

Salem

Mitchellsstræde 5

2820 Gentofte

Tlf. 39 98 86 50

Jægersborghave

Jægersborg Alle 150

2820 Gentofte

Tlf. 39 98 84 00

Egebjerg

Sognevej 3

2820 Gentofte

Tlf. 39 98 83 70

Nymosehave

Stolpehøj 148/Sognevej 39

2820 Gentofte

Tlf. 39 98 73 60

Kløckershave

Dahlensstræde 6

2820 Gentofte

Tlf. 39 98 87 00

Brogårdshøj

Brogårdsvej 60

2820 Gentofte

Tlf. 39 98 77 46

Lindely

Sankt Lukas Vej 9A og 9B

2820 Gentofte

Tlf. 39 45 52 00

Retssikkerhed

Lov om social service

Formål

§1 Formålet med denne lov er

1) at tilbyde rådgivning og støtte for at forebygge sociale problemer,

2) at tilbyde en række almene serviceydelser, der også kan have et forebyggende sigte, og

3) at tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Stk. 2. Formålet med hjælpen efter denne lov er at fremme den enkeltes mulighed for at udvikle sig og for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

Stk. 3. Hjælpen efter denne lov bygger på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie og på den enkeltes ansvar for at udvikle sig og udnytte egne potentialer, i det omfang det er muligt for den enkelte. Hjælpen tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Afgørelse efter loven træffes på baggrund af faglige og økonomiske hensyn.

Brugerindflydelse

§ 16. Kommunalbestyrelsen skal sørge for, at brugerne af tilbud efter denne lov får mulighed for at få indflydelse på tilrettelæggelsen og udnyttelsen af tilbuddene. Kommunalbestyrelsen fastsætter skriftlige retningslinjer for brugerindflydelsen.

Aktivitetstilbud

§ 79. Kommunalbestyrelsen kan iværksætte eller give tilskud til generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte retningslinjer for, hvilke persongrupper der kan benytte tilbuddene.

Forebyggende hjemmebesøg

§ 79 a. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde mindst et årligt forebyggende hjemmebesøg til alle borgere, der er fyldt 82 år, og som bor i kommunen, jf. dog stk. 2-4.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et forebyggende hjemmebesøg til alle borgere, som bor i kommunen, i deres fyldte 75. år og deres fyldte 80. år.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et forebyggende hjemmebesøg til alle borgere, som bor alene i kommunen, i deres fyldte 70. år.

Stk. 4. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde forebyggende hjemmebesøg efter behov til borgere i alderen 65 år til 81 år, som er i særlig risiko for at få nedsat social, psykisk eller fysisk funktionsevne, og som bor i kommunen.

Stk. 5. Kommunalbestyrelsen tilrettelægger besøgene efter behov, jf. dog stk. 1-3.

Stk. 6. Kommunalbestyrelsen kan vælge at undtage de borgere, som modtager både personlig pleje og praktisk hjælp efter § 83, fra ordningen om forebyggende hjemmebesøg.

Stk. 7. Social- og ældreministeren kan fastsætte regler om de kommunale forpligtelser efter stk. 1-6, herunder om samordning med andre generelle kommunale forebyggende og aktiverende foranstaltninger og om andre måder at gennemføre det forebyggende hjemmebesøg på end ved besøg i hjemmet.

Praktisk og personlig hjælp og støtte

§ 83. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde

1) personlig hjælp og pleje,

2) hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og

3) madservice.

Stk. 2. Tilbuddene efter stk. 1 gives til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver.

Stk. 3. Forud for vurderingen af behovet for hjælp efter stk. 1 skal kommunalbestyrelsen vurdere, om et tilbud efter § 83 a vil kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter stk. 1.

Stk. 4. Tilbud om hjælp efter stk. 1 skal bidrage dels til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder, dels til at afhjælpe væsentlige følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Stk. 5. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for hjælp efter stk. 1 til den enkelte modtager af hjælpen. Hjælpen skal løbende tilpasses modtagerens behov.

Stk. 6. I forbindelse med afslutning af et rehabiliteringsforløb efter § 83 a skal kommunalbestyrelsen vurdere modtagerens behov for hjælp efter § 83.

Stk. 7. Tilbuddene efter stk. 1 kan ikke gives som generelle tilbud efter § 79.

Stk. 8. Kommunen skal ved tilrettelæggelsen af pleje og omsorg m.v. for en person med en demensdiagnose så vidt muligt respektere dennes vejledende tilkendegivelser for fremtiden med hensyn til bolig, pleje og omsorg (plejetestamenter).

Rehabiliteringsforløb

§ 83 a. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83, stk. 1. Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov.

Stk. 2. Rehabiliteringsforløbet, jf. stk. 1, skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for rehabiliteringsforløbet i samarbejde med den enkelte modtager af forløbet.

Stk. 3. De fastsatte mål og tidsrammen for rehabiliteringsforløbet skal indgå i en samlet beskrivelse af forløbet. Er der under rehabiliteringsforløbet behov for at ændre i målene, skal dette ske i samarbejde med modtageren.

Stk. 4. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde modtageren af et rehabiliteringsforløb den nødvendige hjælp og støtte under forløbet med henblik på at nå de fastsatte mål, jf. stk. 2. Hjælpen og støtten skal løbende

tilpasses udviklingen i modtagerens funktionsevne. Hvis modtageren ikke gennemfører et rehabiliteringsforløb, skal kommunalbestyrelsen vurdere modtagerens behov for hjælp efter § 83, jf. § 83, stk. 6.

Afløsning og aflastning

§ 84. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde afløsning eller aflastning til ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Stk. 2. Kommunen kan tilbyde midlertidigt ophold til personer, der i en periode har et særligt behov for omsorg og pleje

Træning, vedligeholdende træning og genoptræning

§ 86. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor.

Konkret og individuel vurdering

§ 88. Kommunalbestyrelsen skal træffe afgørelse om tildeling af personlig hjælp og pleje m.v. efter dette kapitel. Kommunalbestyrelsen skal behandle anmodninger om hjælp efter § 83 ved en konkret, individuel vurdering af behovet for hjælp til de opgaver, som modtageren ikke selv kan udføre. Ved vurderingen af behovet for hjælp skal kommunalbestyrelsen tage stilling til alle anmodninger om hjælp fra ansøgeren.

Stk. 2. Tilbud efter § 86 gives efter en konkret, individuel vurdering af træningsbehovet. Genoptræningstilbud efter § 86, stk. 1, gives med henblik på så vidt muligt at bringe personen op på det funktionsniveau, som den pågældende havde inden sygdommen. Tilbud efter § 86, stk. 2, gives til personer, som har brug for en individuel træningsindsats med henblik på at kunne vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder.

Afgørelser

§ 89. I forbindelse med afgørelsen efter dette kapitel skal ansøgeren skriftligt oplyses om, hvilken hjælp der er bevilget. Kommunalbestyrelsen kan ved mindre, begunstigende justeringer i hjælpen undlade at fremsende en ny skriftlig oplysning herom til borgeren. § 90. Hjælp efter §§ 83 og 86 skal leveres i overensstemmelse med den afgørelse, kommunalbestyrelsen har truffet efter §§ 88 og 89. Kommunalbestyrelsen skal sørge for, at den tildelte hjælp efter § 83 leveres inden for en rimelig frist, hvis leverandøren ikke kan overholde de aftaler, der i forbindelse med afgørelsen efter § 88, stk. 1, er indgået om levering af hjælpen. *Stk. 2.* Kommunalbestyrelsen skal i forbindelse med afgørelsen om hjælp efter § 83 oplyse modtageren af hjælpen om, hvor hos myndigheden denne kan rette henvendelse, hvis den tildelte hjælp ikke leveres i overensstemmelse med afgørelsen.

Tilrettelæggelse og levering af hjælp

§ 91. Kommunalbestyrelsen skal skabe grundlag for, at modtagere af hjælp efter § 83 kan vælge mellem to eller flere leverandører af denne hjælp, hvoraf den ene leverandør kan være kommunal.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen skal for at opfylde forpligtelsen i medfør af stk. 1 som minimum

1) indgå kontrakt med to eller flere leverandører eller

2) tilbyde modtagerne et fritvalgsbevis, som giver borgere, der er visiteret til hjælp efter § 83, adgang til, at de pågældende borgere selv indgår aftale med en cvr-registreret virksomhed om hjælpens udførelse, jf. dog stk. 3.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen kan i særlige tilfælde træffe afgørelse om, at en borger ikke kan modtage hjælpen efter stk. 2, nr. 2.

§ 92. Kommunalbestyrelsen skal have en skriftlig beredskabsplan med retningslinjer for, hvordan kommunalbestyrelsen håndterer konkurser hos private leverandører af personlig pleje og praktisk hjælp, som kommunalbestyrelsen indgår kontrakt med, jf. § 91, stk. 2, nr. 1.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen skal stille krav om bankgaranti eller tilsvarende garanti ved kontraktindgåelse med private leverandører af personlig pleje og praktisk hjælp.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen skal i forbindelse med kontraktindgåelse med private leverandører af personlig pleje og praktisk hjælp stille krav om følgende:

1) Den private leverandør skal inden kontraktindgåelse og en gang årligt i kontraktperioden sende skattemæssige årsregnskaber til kommunen.

2) Den private leverandør, der i medfør af årsregnskabsloven er omfattet af krav om at udarbejde regnskab og krav om at lade regnskabet revidere, skal inden kontraktindgåelse og en gang årligt i kontraktperioden sende revideret regnskab til kommunen eller henvise kommunen til, hvor regnskabet kan findes på www.cvr.dk. Hvis leverandøren endnu ikke har aflagt regnskab efter årsregnskabsloven, kan kommunalbestyrelsen fastsætte krav om anden passende dokumentation.

3) Den private leverandør skal dokumentere, at der ikke ved kontraktindgåelse er forfalden gæld på 50.000 kr. eller derover til offentlige myndigheder vedrørende skatter, afgifter eller bidrag til sociale sikringsordninger i henhold til dansk lovgivning eller lovgivningen i det land, hvor ansøgeren eller tilbudsgiveren er etableret.

Stk. 4. Kommunalbestyrelsen kan i særlige tilfælde fravige kravet i stk. 3, nr. 3.

Stk. 5. Kommunalbestyrelser, der benytter en godkendelsesordning ved tilvejebringelse af det frie valg af personlig pleje og praktisk hjælp, hvormed prisen fastsættes uden priskonkurrence, skal foretage efterberegning af afregningspriser løbende efter behov og mindst en gang årligt.

§ 93. Bestemmelserne i §§ 91 og 94 omfatter ikke beboere i plejehjem m.v., jf. § 192, lejere i plejeboligbebyggelser, der er omfattet af lov om almene boliger m.v. eller lov om boliger for ældre og personer med handicap, lejere og beboere i friplejeboliger, der er omfattet af lov om friplejeboliger, og lejere i tilsvarende boligenheder.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte og offentliggøre de kvalitetskrav, der stilles til leverandører af kommunale serviceydelser til de i stk. 1 nævnte persongrupper, jf. § 139. Hvis kommunalbestyrelsen har ansvaret for andre dele af driften af de i stk. 1 nævnte boliger, skal kommunalbestyrelsen endvidere fastsætte og offentliggøre de kvalitetskrav, der stilles i forbindelse med varetagelsen af disse opgaver.

Stk. 3. Social- og ældreministeren fastsætter i en bekendtgørelse regler for opgørelse og offentliggørelse m.v. af de af kommunalbestyrelsen fastsatte kvalitetskrav efter stk. 2.

§ 94. En person, som er berettiget til hjælp eller støtte efter § 83, kan vælge selv at udpege en person til at udføre opgaverne. Den udpegede person skal godkendes af kommunalbestyrelsen, som herefter skal indgå kontrakt med den pågældende om omfang og indhold af opgaverne, om leverancesikkerhed, jf. § 90, og om betaling m.v.

Fleksibel hjemmepleje

§ 94 a. Personer, der modtager hjælp efter § 83, kan vælge en helt eller delvis anden hjælp end den, der er truffet afgørelse om, jf. §§ 88 og 89. En tilkendt ydelse, der fravælges efter 1. pkt., kan ikke efterfølgende kræves leveret efter § 90.

Kontant tilskud

§ 95. Hvis kommunalbestyrelsen ikke kan stille den nødvendige hjælp til rådighed for en person, der har behov for hjælp efter §§ 83 og 84, kan kommunalbestyrelsen i stedet udbetale et tilskud til hjælp, som den pågældende selv antager.

Stk. 2. En person med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for personlig hjælp og pleje og for støtte til løsning af nødvendige praktiske opgaver i hjemmet i mere end 20 timer ugentligt, kan vælge at få udbetalt et kontant tilskud til hjælp, som den pågældende selv antager.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen kan dog i særlige tilfælde beslutte, at hjælpen efter stk. 2 fortsat skal gives som naturalhjælp eller udbetales til en nærtstående person, som helt eller delvis passer den pågældende. Den nærtstående kan, medmindre vedkommende har indgået aftale om overførsel af tilskuddet efter stk. 5, højst varetage pasningsopgaven i 48 timer om ugen. Deles pasningsopgaven af flere nærtstående, der samtidig er tilskudsmodtagere, gælder 2. pkt. for de nærtstående tilsammen. I særlige tilfælde kan kommunalbestyrelsen dog beslutte, at en eller flere nærtstående kan varetage pasningsopgaven i mere end 48 timer om ugen.

Stk. 4. Kommunalbestyrelsen skal udbetale et kontant tilskud til ansættelse af hjælpere til at yde overvågning og støtte i forbindelse hermed om natten til unge i alderen fra 18 år til og med 23 år, som har behov herfor, og som modtager hjælp efter stk. 3 som et kontant tilskud. Hvis den unge ved det fyldte 24. år efter en lægelig vurdering lider af en livstruende sygdom, skal kommunalbestyrelsen fortsætte udbetalingen af det kontante tilskud til ansættelse af hjælpere til overvågning og støtte i forbindelse hermed, indtil den unge afgår ved døden, dog højst i 2 år. Tilskuddet til ansættelse af hjælpere til overvågning og støtte i forbindelse hermed skal udbetales til samme nærtstående, forening eller private virksomhed, som får udbetalt tilskuddet efter stk. 3. Den unges forældre må ikke ansættes som hjælpere til at udføre overvågningen og støtten i forbindelse hermed.

Stk. 5. Det er en betingelse for tilskud til ansættelse af hjælpere efter stk. 1-4, at tilskudsmodtageren er i stand til at fungere som arbejdsleder for hjælperne. Det er desuden en betingelse, at tilskudsmodtageren kan fungere som arbejdsgiver for hjælperne, medmindre den pågældende indgår aftale med en nærtstående eller en forening eller privat virksomhed, der er godkendt af socialtilsynet, om, at tilskuddet overføres til den nærtstående, foreningen eller den private virksomhed, der herefter er arbejdsgiver for hjælperne. Arbejdsgiverbeføjelserne i forhold til hjælperne vedrørende spørgsmål om ansættelse og afskedigelse af hjælpere varetages i så fald af den nærtstående, foreningen eller den private virksomhed i samråd med den pågældende. En aftale om overførsel af tilskuddet til en forening eller privat virksomhed er ikke bindende for tilskudsmodtageren, hvis foreningen eller den private virksomhed ikke var godkendt af socialtilsynet på tidspunktet for aftalens indgåelse, og hvis foreningen eller den private virksomhed ikke på dette tidspunkt gjorde tilskudsmodtageren bekendt med dette.

Stk. 6. I de situationer, hvor tilskudsmodtageren er arbejdsgiver, skal kommunalbestyrelsen tilbyde at varetage lønudbetalinger m.v.

Hjælpemidler

§ 112. Kommunalbestyrelsen skal yde støtte til hjælpemidler til personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, når hjælpemidlet

1) i væsentlig grad kan afhjælpe de varige følger af den nedsatte funktionsevne,

2) i væsentlig grad kan lette den daglige tilværelse i hjemmet eller

3) er nødvendigt for, at den pågældende kan udøve et erhverv.

Økonomisk støtte til forbrugsgode

§ 113. Kommunalbestyrelsen skal yde hjælp til køb af forbrugsgoder, når betingelserne i § 112, stk. 1, er opfyldt. Der kan dog ikke ydes hjælp til forbrugsgoder, der normalt indgår i sædvanligt indbo.

Hjælp til indretning af bolig ved behov

§ 116. Kommunalbestyrelsen skal yde hjælp til indretning af bolig til personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, når indretning er nødvendig for at gøre boligen bedre egnet som opholdssted for den pågældende.

Stk. 2. En person, der er tilkendt hjælp efter stk. 1, kan, hvis den pågældende ønsker at benytte en anden håndværker end den, som kommunalbestyrelsen har valgt, vælge selv at lade boligindretningen udføre og få udgifterne hertil refunderet, dog højst med et beløb svarende til den pris, kommunen kunne have fået udført boligindretningen for hos den håndværker, som kommunen har valgt. På samme måde kan ansøgeren vælge andre materialer end dem, som kommunalbestyrelsen har anvist.

Stk. 3. Social- og ældreministeren fastsætter nærmere regler om adgangen efter stk. 2 til at vælge håndværker og materialer i forbindelse med tilkendelse af hjælp til boligindretning, herunder om krav til håndværker samt om muligheden for at indgå aftale om tilbagelevering efter endt brug og aftale om reetablering og betingelserne herfor.

Stk. 4. I de ganske særlige tilfælde, hvor hjælp efter stk. 1 ikke er tilstrækkelig til at gøre boligen egnet som opholdssted, kan kommunalbestyrelsen yde hjælp til dækning af udgifter til anskaffelse af anden bolig til personer med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Det er en betingelse, at der ikke kan anvises anden bolig, som dækker den pågældendes behov.

Stk. 5. Personer, der modtager social pension, kan ikke få hjælp efter stk. 4, medmindre det drejer sig om personer, der har en hjælpeordning efter § 96.

Befordring

§ 117. Kommunalbestyrelsen kan yde tilskud til personer, som på grund af varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for befordring med individuelle transportmidler.

Pasning af nærtstående

§ 118. En person med tilknytning til arbejdsmarkedet, der ønsker at passe nærtstående med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig, herunder uhelbredelig, lidelse i hjemmet, skal ansættes af kommunalbestyrelsen, når

1) alternativet til pasning i hjemmet er døgnophold uden for hjemmet eller plejebehovet svarer til et fuldtidsarbejde,
2) der er enighed mellem parterne om etablering af pasningsforholdet og
3) kommunalbestyrelsen vurderer, at der ikke er afgørende hensyn, der taler imod, at det er den pågældende person, der passer den nærtstående.
Stk. 2. Personen skal ansættes af den kommune, hvor den nærtstående bor. Lønnen udgør 16.556 kr. om måneden. Der betales pensionsbidrag med i alt 12 pct., hvoraf de 4 pct. tilbageholdes i lønnen, mens arbejdsgiveren betaler 8 pct. af lønnen.
Stk. 3. Personen kan ansættes i indtil 6 måneder med henblik på at passe den nærtstående. Pasningsperioden kan forlænges med indtil 3 måneder, hvis særlige forhold taler herfor. Pasningen kan opdeles i perioder af hele måneder. Efter aftale med den arbejdsgiver, som har givet orlov til pasning af en nærtstående, kan pasningen opdeles i kortere perioder. Pasningen kan deles af flere personer, hvis de alle opfylder betingelserne for ansættelse efter stk. 1.
Stk. 4. Hvis to eller flere personer deles om pasningsordningen, kan den samlede aflønning ikke overstige den aflønning, der nævnes i stk. 2. Lønnen udbetales forholdsmæssigt i forhold til delingen af pasningsordningen.
Stk. 5. Der kan ydes én pasningsordning til ét sammenhængende sygdomsforløb eller handicap. Samme nærtstående kan dog blive omfattet af pasningsordningen igen, hvis der tilstøder den pågældende en anden lidelse eller funktionsevnenedsættelse som anført i stk. 1, og hvis betingelserne i øvrigt er opfyldt.
Stk. 6. Der indgås en ansættelsesaftale mellem personen og kommunalbestyrelsen, hvor de nærmere vilkår i forbindelse med ansættelsesforholdet beskrives, herunder angivelse af, hvem den nærtstående er, periodens længde, arbejdsopgaverne, opsigelsesvarsler m.v. Hvis ansættelsen på grund af undskyldelige omstændigheder afbrydes i ansættelsesperioden, udbetaler kommunen løn til den ansatte i 1 måned efter udgangen af den måned, hvor ophøret finder sted. Såfremt personen får et andet forsørgelsesgrundlag inden for denne periode, bortfalder kommunens forpligtelse.

§ 119. Personer, som passer en nærtstående, der ønsker at dø i eget hjem, er efter ansøgning berettiget til plejevederlag som nævnt i § 120. Det er en betingelse for at yde plejevederlag, at hospitalsbehandling efter en lægelig vurdering må anses for udsigtsløs, og at den syges tilstand ikke i øvrigt nødvendiggør indlæggelse eller forbliven på sygehus eller ophold i plejehjem, plejebolig el.lign. Det er endvidere en betingelse, at den syge er indforstået med etableringen af plejeforholdet.
Stk. 2. En arbejdsgiver, der yder løn til en ansat under dennes fravær fra arbejdet i forbindelse med pasning af en nærtstående efter stk. 1, således at den ansatte ikke har en tabt arbejdsindtægt, er berettiget til at få udbetalt det beløb, som den ansatte ellers ville være berettiget til i plejevederlag efter § 120, stk. 1.

§ 122. Kommunalbestyrelsen kan, såfremt udgiften ikke dækkes på anden vis, yde hjælp til sygeplejeartikler og lign., når
1) nærtstående i forbindelse med et etableret plejeforhold, jf. § 119, passer en døende,
2) kommunen varetager plejen helt eller delvis eller kommunalbestyrelsen yder tilskud efter § 95 til hjælp, som familien selv antager, eller
3) et hospice varetager plejen.
Stk. 2. Hjælpen ydes uden hensyn til den pågældendes eller familiens økonomiske forhold.

Kvalitetsstandarder

§ 139. Social- og ældreministeren kan i en bekendtgørelse fastsætte regler om, at kommunalbestyrelsen skal træffe beslutninger om indhold, omfang og udførelse af tilbud til voksne efter denne lov samt følge disse beslutninger op, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. Social- og ældreministeren kan fastsætte regler om, at kommunalbestyrelsen skal træffe beslutninger om indhold, omfang og udførelse af tilbud til voksne efter §§ 79, 79 a, 83, 83 a, 84, 86, 119-122 og 192 samt følge disse beslutninger op.

Plejehjem og beskyttet plejeboliger

§ 192. Regionsrådet og kommunalbestyrelsen driver de bestående plejehjem og beskyttede boliger efter de hidtil gældende regler i lov om social bistand. Dog kan kommunen ikke opkræve betaling for den særlige service m.v. som følge af plejehjemsopholdet. Social- og ældreministeren fastsætter i en bekendtgørelse regler herom, herunder regler, der er tilnærmet reglerne for ældreboliger og plejeboliger efter lov om almene boliger m.v., og regler om beskyttelse mod ufrivillig flytning inden for et plejehjem eller en beskyttet bolig.

§ 192 a. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde ældre, der har særligt behov for en plads på et plejehjem, jf. § 192, eller for en almen plejebolig, jf. § 5, stk. 2, i lov om almene boliger m.v., en sådan plads eller bolig senest 2 måneder efter optagelse på en venteliste.

Stk. 2. Garantien efter stk. 1 gælder dog ikke, hvis den ældre har valgt et bestemt plejehjem eller en bestemt almen plejebolig efter reglerne i § 58 a i lov om almene boliger m.v.

Stk. 3. Social- og ældreministeren fastsætter nærmere regler om optagelse på en venteliste og om frister for tilbud om en almen plejebolig eller en plejehjemsplads.

Almenboligloven

Ældreboliger

§ 54. Almene ældreboliger, der ejes af en almen boligorganisation, skal udlejes til ældre og personer med handicap, der har særligt behov for sådanne boliger. Kommunalbestyrelsen kan beslutte, at boligerne skal udlejes til andre boligsøgende, såfremt de pågældende boliger ikke kan udlejes til den berettigede personkreds. Ved ledighed skal boligerne på ny søges udlejet til den berettigede personkreds. Kommunalbestyrelsen udøver anvisningsretten. Den kommune, som efter § 115, stk. 3, har givet tilsagn om støtte til ombygning af et plejehjem beliggende i en anden kommune til almene ældreboliger, udøver anvisningsretten til disse ældreboliger.

Stk. 2. Almene ældreboliger, der er indrettet med henblik på at betjene personer med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, skal af den almene boligorganisation udlejes til denne personkreds. Kommunalbestyrelsen kan beslutte, at boligerne skal udlejes til den personkreds, der er nævnt i stk. 1, 1. pkt., hvis boligerne ikke kan udlejes til personkredsen, der er nævnt i 1. pkt. Kommunalbestyrelsen udøver anvisningsretten, jf. dog § 185 b, stk. 3.

Stk. 3. Almene ældreboliger, der indrettes som bofællesskaber, kan ud over den berettigede personkreds, jf. stk. 1 og 2, udlejes til personer, der er i familie med eller har en særlig tilknytning til den berettigede personkreds. Det er dog en forudsætning, at bofællesskabet i det væsentlige udlejes til den berettigede personkreds.

Stk. 4. Almene plejeboliger, jf. § 5, stk. 6, skal anvises til personer under 35 år. Boligorganisationen påser, at lejeren fraflytter boligen, inden lejeren fylder 35 år. Opsigelse og anvisning af anden bolig til lejeren skal ske efter § 85, stk. 4, og § 86, stk. 8, 1. pkt., i lov om leje af almene boliger. Kommunalbestyrelsens vurdering af,

hvorvidt en ny bolig modsvarer lejerens behov, skal bl.a. baseres på en udredning af lejerens behov gennemført ved hjælp af voksenudredningsmetoden eller en lignende metode.

Stk. 5. Kommunen betaler lejen (boligafgiften) fra det tidspunkt, fra hvilket den ledige bolig er til rådighed for kommunalbestyrelsen, og indtil udlejning sker. Kommunen garanterer endvidere for boligtagerens kontraktmæssige forpligtelser over for ejendommens ejer til at istandsætte boligen ved fraflytning.

Plejeboliger

§ 54 a. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde ældre, der har særligt behov for en almen plejebolig, jf. § 5, stk. 2, eller for en plads på et plejehjem, jf. § 192 i lov om social service, en sådan bolig eller plads senest 2 måneder efter optagelse på en venteliste.

Stk. 2. Garantien efter stk. 1 gælder dog ikke, hvis den ældre har valgt en bestemt almen plejebolig eller et bestemt plejehjem efter reglerne i § 58 a.

Stk. 3. Indenrigs- og boligministeren fastsætter regler om optagelse på en venteliste og om frister for tilbud om en almen plejebolig eller en plejehjemsplads.

§ 58. Ledige almene ældreboliger, som ejes af en region, udlejes af regionen til personer med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Reglerne i § 54, stk. 2, 2. og 3. pkt., og i § 54, stk. 3-5, finder tilsvarende anvendelse.

§ 58 a. Ældre og personer med handicap, der har et særligt behov for almene ældreboliger, jf. § 5, kommunale eller regionale botilbud samt plejehjem og beskyttede boliger, jf. §§ 108 og 192 i lov om social service, har ret til frit at vælge sådanne boliger. Retten efter 1. pkt. gælder endvidere boliger efter lov om byfornyelse eller lov om byfornyelse og boligforbedring, som er særligt indrettet for den nævnte personkreds, og boliger efter den tidligere lov om boliger for ældre og personer med handicap.

Stk. 2. Retten til frit valg efter stk. 1 gælder uanset boligens beliggenhed. Det er en forudsætning, at betingelserne efter §§ 54, 57 eller 58 for at få anvist en bolig er opfyldt i bopælskommunen og ved flytning til en anden kommune både i bopælskommunen og i tilflytningskommunen. Tilflytningskommunens vurdering skal ske efter samme retningslinjer, som gælder for kommunens egne borgere.

Stk. 3. Retten til frit valg efter stk. 1 omfatter ret til, at en ægtefælle, samlever eller registreret partner fortsat kan indgå i husstanden. Hvis en person ønsker, at en ægtefælle, samlever eller registreret partner fortsat skal indgå i husstanden, skal den bolig, der tilbydes, være egnet til 2 personer. Hvis den pågældende ældre eller person med handicap, jf. stk. 1, dør, har en efterlevende samlever ret til at fortsætte lejeforholdet.

Sundhedsloven

§ 1. Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte.

§ 2. Loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og at opfylde behovet for

1) let og lige adgang til sundhedsvæsenet,

2) behandling af høj kvalitet,

3) sammenhæng mellem ydelserne,

4) valgfrihed,

5) let adgang til information,

6) et gennemsigtigt sundhedsvæsen og

7) kort ventetid på behandling.

§ 3. Regioner og kommuner er efter reglerne i denne lov ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling af den enkelte patient.

Stk. 2. Sundhedsvæsenets opgaver udføres af regionernes sygehusvæsen, praktiserende sundhedspersoner, kommunerne og øvrige offentlige og private institutioner m.v.

Genoptræningsplan

§ 84. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om, at regionsrådet tilbyder en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Forebyggelse

§ 79. Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Stk. 3. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.

Voksentandpleje

§ 131. Kommunalbestyrelsen tilbyder forebyggende og behandlende tandpleje til personer, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud.

Stk. 2. Personer, der får tilbudt omsorgstandpleje, jf. stk. 1, kan vælge at modtage tandplejetilbuddet hos privatpraktiserende tandlæge eller klinisk tandteknikker efter eget valg.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen kan indgå aftale med regionsrådet om, at regionsrådet varetager omsorgstandpleje for de af stk. 1 omfattede personer.

Stk. 4. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om indholdet, omfanget, organiseringen, egenbetalingen og ressourceanvendelsen i den kommunale omsorgstandpleje.

§ 132. Kommunalbestyrelsen kan beslutte, at personer, der modtager et kommunalt tandplejetilbud efter § 131, selv skal betale en del af udgiften til tandpleje.

Stk. 2. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for størrelsen af den maksimale årlige betalingstakst, som kommunalbestyrelsen kan afkræve patienten. For forebyggende og behandlende tandpleje, der er omfattet af § 64 b, og som der ydes tilskud til, jf. § 64 b, kan kommunalbestyrelsen maksimalt afkræve patienten en betalingstakst svarende til patientens egenbetaling i praksistandplejen.

Sygepleje i kommunen

§ 138. Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvisning til personer med ophold i kommunen.

§ 139. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om omfanget af og kravene til den kommunale hjemmesygeplejerskeordning.

Genoptræning

§ 140. Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsens indsats efter stk. 1 tilrettelægges i sammenhæng med de kommunale træningstilbud m.v. i henhold til anden lovgivning.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen kan tilvejebringe tilbud om genoptræning i henhold til stk. 1 ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd eller private institutioner.

Stk. 4. En person, der udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan, jf. § 84, kan, medmindre genoptræningen skal foregå på sygehus, vælge at modtage genoptræningen hos en privat leverandør, som KL har indgået aftale med efter stk. 5, hvis kommunalbestyrelsen ikke inden for 7 dage efter udskrivning fra sygehus kan tilbyde opstart af genoptræningen, jf. stk. 3. Angiver genoptræningsplanen, at genoptræningen af sundhedsfaglige grunde først bør opstartes på et senere tidspunkt end udskrivningstidspunktet, regnes fristen dog fra dette tidspunkt.

Stk. 5. KL indgår på kommunernes vegne aftale med de private leverandører om levering af genoptræning efter stk. 4.

Stk. 6. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om patienternes mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om kommunalbestyrelsens forpligtelser i forhold til udmøntningen af stk. 4, herunder om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at informere borgerne om deres muligheder for frit valg og vilkårene herfor, og om kommunalbestyrelsens forpligtelse til at føre tilsyn med leverandørerne, der indgår aftale efter stk. 5. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om leverandørernes forpligtelser i forhold til modtagelse af borgere i ordningen, om deklaration af oplysninger til brug for borgerens frie valg og dokumentation af faglige kvalifikationer og leveret genoptræning og om information om ændringer i borgerens behov. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om betingelser for borgerens valg af leverandør efter stk. 4. Sundhedsministeren kan endvidere fastsætte regler om KL's aftaleindgåelse med leverandører, herunder om brug af underleverandører og tilsyn med leverandører.

Stk. 7. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om løsningen af tvister mellem KL og private leverandører af genoptræning om vilkårene for aftaler efter stk. 5.

Vederlagsfri fysioterapi

§ 140 a. Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenvisning.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen kan herudover tilbyde vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut efter lægehenvisning ved at etablere tilbud om fysioterapi på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser eller private institutioner.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter regler om behandling efter stk. 1 og 2 og om patientens mulighed for at vælge mellem fysioterapitilbud.

§ 140 b. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at kommunalbestyrelsen tilbyder anden behandling end nævnt i § 140 a.

Stk. 2. Sundhedsministeren fastsætter regler om behandling efter stk. 1.

Dokument Navn:	**Kvartalsrapport til Ældre- Social- og Sundhedsudvalget 1. kvartal 2023.docx**
Dokument Titel:	**Kvartalsrapport til Ældre- Social- og Sundhedsudvalget 1. kvartal 2023**
Dokument ID:	**5033972**
Placering:	**Emnesager/Kvartalsrapport Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget 1. kvartal 2023/Dokumenter**
Dagsordens titel	**Kvartalsrapport til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget 1. kvartal 2023**
Dagsordenspunkt nr	**5**
Appendix nr	**1**
Relaterede Dokumenter:	**21**

Dette dokument blev genereret af getorganized for SharePoint

Juni 2023

Kvartalsrapportering

Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget

Gentofte Kommune

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse 1

Indledning 2
Om Målområde borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte 2
Opmærksomhedspunkter vedrørende målområde borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte 2
Om målområdet Forebyggelse, rehabilitering og pleje 3
Opmærksomhedspunkter vedrørende målområdet Forebyggelse, rehabilitering og pleje 3

Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte 5
Støtte til selvstændigt boende borgere 5
Belægning på kommunens dagtilbud for voksne med handicap 8
Botilbud til mennesker med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne 9
Krisecentre og forsorgshjem 13
Belægning på kommunens botilbud for voksne med handicap 15
Misbrugsbehandling 15
Modtagelse af flygtninge 19
Økonomisk status - Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte 21

Forebyggelse, rehabilitering og pleje 21
Personlig og praktisk hjælp 22
Hjemmesygepleje 25
Sygeplejeklinikker 26
Pleje- og ældreboliger 28
Genoptræningsplaner 31
Økonomisk status - Forebyggelse, rehabilitering og pleje 32
Anlægsstatus 32

Afrapportering magtanvendelser 34
Magtanvendelser – Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte 34
Magtanvendelser – Forebyggelse, rehabilitering og pleje 36

Afrapportering tilsyn 38
Afrapportering af tilsyn med botilbud 2022 38
Afrapportering af tilsyn – hjemmeplejen, plejeboliger og rehabilitering ..... **Error! Bookmark not defined.**

Indledning

Aktiviteter og udgifter under Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget vedrører målområderne i Gentofteplanen 'Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte' og 'Forebyggelse, rehabilitering og pleje'.

Om Målområde borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte

Målområdet Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte omfatter opgaver og udgifter vedrørende borgere med kognitive udfordringer, hjerneskade, fysisk handicap, psykisk sygdom og borgere inden for autismeområdet. Dertil kommer borgere, der er udsatte, hjemløse, og/eller har et misbrug. Området inkluderer også flygtninge og udgifter til boligydelser. Lovgrundlaget for området er lov om social service (i det følgende benævnt serviceloven eller SEL) samt dele af sundhedsloven (SUL).

Centralt for målområdet er den rehabiliterende tilgang, hvor målet er at understøtte borgerne i at have et så selvstændigt og uafhængigt liv som muligt. Der er fokus på kommunikation med borgerne, borgerinddragelse, samskabelse og på at tilbyde en koordineret indsats for borgere og familier på tværs af forvaltningsområderne med udgangspunkt i en løsningsfokuseret tilgang.

Fokus i visitationen er at tildele den mindst indgribende indsats, og når det er muligt og hensigtsmæssigt, at tilbyde støtte i eget hjem eller gruppeforløb. Brugen af gruppeforløb er under udvikling – blandt andet med inddragelse af erfaringer fra satspuljeprojektet "Godt videre i egen bolig" – et 3-årigt projekt for unge med autisme, som blev gennemført i 2020 - 2022 i samarbejde med Lyngby-Taarbæk Kommune.

På psykiatriområdet benyttes en recovery-orienteret tilgang, i både den individuelle og den gruppebasserede proces for at komme videre i livet og genfinde ny mening i eget liv. Recovery er også baggrunden for den netværksstrategi, der følges, hvor borgernes netværk i bred betydning kan medvirke i støtten. Ligeledes arbejdes der med at udbygge brugen af peer-to.peer-metoden i den daglige indsats. Peers er frivillige eller ansatte, der selv har gjort sig erfaringer med at gennemleve psykisk sygdom eller sårbarhed.

Opmærksomhedspunkter vedrørende målområde borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte

Støtte til selvstændigt boende borgere
Efter en længere periode hvor det gennemsnitlige antal visiterede til hjemmevejledning og bostøtte (SEL § 85) har været svagt stigende, ser antallet nu ud til at have stabiliseret sig. Der vil dog fortsat blive arbejdet med en analyse, som kan kaste lys over den generelle udvikling gennem det seneste års tid.

Udvikling i de gennemsnitlige udgifter til botilbud
Den gennemsnitlige månedlige udgift pr borger, der er visiteret til midlertidige og længerevarende botilbud (SEL § 107 og § 108), er steget over en årrække. Fra 4. kvartal 2022 til 1. kvartal 2023 er der imidlertid i forhold til begge typer af tilbud sket et fald i de gennemsnitlige månedlige udgifter. Social og Handicap Myndighed har stort fokus på at finde tilbud, der imødekommer borgernes behov, til en konkurrencedygtig takst.

Krisecentre og forsorgshjem
Stadigt flere borgere søger ophold på krisecentre (SEL § 109), hvilket svarer til de landsdækkende tendenser. Til gengæld er varigheden af opholdene, og dermed også den gennemsnitlige årlige udgift pr. borger, faldende. Det hænger sammen med, at der har været bedre muligheder for at tilbyde borgerne en anden bolig.

Også tilgangen af borgere til forsorgshjem (SEL § 110) har været stigende fra 2021 til 2022, og det samme har varigheden af opholdene og den gennemsnitlige årlige udgift pr. borger. Der er stort fokus på længden af ophold på forsorgshjem grundet ændringerne i refusionsregler, der forventes gældende fra oktober 2023.

Alkoholbehandling og behandling for stofmisbrug
Der leveres kun tal vedrørende udgifterne til alkoholbehandling og intensiv behandling for misbrug én gang om året i forbindelse med kvartalsrapporteringen for 1. kvartal. Antal unikke borgere visiteret til stofmisbrugsbehandling har været faldende gennem det seneste års tid, hvilket svarer til tendensen på landsplan. Den månedlige gennemsnitspris per borger, der modtager stofmisbrugsbehandling, er ligeledes faldet fra 4. kvartal 2022 til 1. kvartal 2023, fordi 4 borgere på høje takster har afsluttet deres behandling. Ligeledes er antal borgere visiteret til døgnintensiv stofmisbrugsbehandling faldet fra 2021 til 2022.

Antal ydelser i forbindelse med alkoholbehandling ligger forholdsvis stabilt fra 2021 til 2022, men gennemsnitsprisen per leveret ydelse er steget fra 2021 til 2022, fordi flere borgere indskrevet på udvidet takst er i behandling i længere tid på grund af komplekse psykiske og somatiske problemstillinger.

Magtanvendelser og tilsyn
Det er også i forbindelse med kvartalsrapporten for 1. kvartal hvert år, at der afrapporteres om brugen af magtanvendelser samt resultaterne af årets tilsyn. Social og Handicap har i 2022 registreret 14 magtanvendelsessager uden forhåndsgodkendelse på kommunes egne tilbud. Alle 14 magtanvendelser er afgjort som tilladte. Der tilbydes kontinuerlig undervisning i reglerne om brug af magt efter servicelovens bestemmelser, og generelt arbejder tilbuddene med at imødekomme borgenes behov inden for den pædagogiske ramme og ved brug af fysisk guidning. Dette har resulteret i et lavt antal indberetninger uden forhåndsgodkendelser i 2022.

Socialtilsynet har udført syv anmeldte driftstilsyn og fire uanmeldte driftstilsyn i 2022. Ingen tilbud har i 2022 fået sanktioner i form af påbud, vilkår eller skærpet tilsyn, og alle tilbud er fortsat godkendte. Fem tilbud har fået opmærksomhedspunkter under forskellige temaer fra den anvendte kvalitetsmodel.

Om målområdet Forebyggelse, rehabilitering og pleje

Målområdet "Forebyggelse, rehabilitering og pleje" omfatter aktiviteter og udgifter vedrørende borgere med behov for hjælp i form af hjemmepleje, hjemmesygepleje, hjælpemidler, plejeboliger, dagcentre, genoptræning og rehabilitering. Området omfatter endvidere udgifter til kommunal medfinansiering af de regionale sundhedsudgifter.

Målgruppen for området er især ældre borgere, som støttes i at have et så selvstændigt og uafhængigt liv som muligt. For at forebygge indlæggelser og genindlæggelser har kommunen et tværgående træningsteam, forebyggende hjemmebesøg, sygeplejeklinikker og et tværkommunalt samarbejde om akutsygepleje, der sammen med øvrige indsatser skal understøtte målet omkring rehabilitering, behandling og forebyggelse.

Målområdet fokuserer bl.a. på at implementere Fælles Sprog III (FS III), som er en ny fælles kommunal arbejdsmetode til både at visitere og dokumentere leverede indsatser. FS III bidrager til samarbejdet på tværs af visitation, hjemmepleje, sygepleje, plejeboliger og rehabilitering, når den samme faglige metode anvendes.

Opmærksomhedspunkter vedrørende målområdet Forebyggelse, rehabilitering og pleje

Personlig pleje og praktisk hjælp
Overordnet er antal borgere, der modtager personlig pleje og praktisk hjælp, stabilt i perioden – over tid ses der en svag tendens til, at der gives mindre hjælp per borger – dette gælder også hjemmesygepleje.

Sygeplejeklinikker
De to sygeplejeklinikker har kapacitet til at modtage 9-10 besøg om dagen. Både i klinikken på Holmegårdsparken og i Mitchellstræde har der i gennemsnit været 6 besøg om dagen i første kvartal 2023.

Plejeboliger
Total antal borgere på venteliste til plejebolig er faldet over tid. Faldet er primært grundet fald af antal borgere på garantiliste.

Genoptræningsplaner
Antallet af genoptræningsplaner er stigende. Stigningen tilskrives øget aktivitet på Herlev og Gentofte Hospital. Herlev og Gentofte Hospital har meldt ud til kommunerne i optageområdet, at hospitalet arbejder på at nedbringe ventelister på operationer.

Status på Sundhedspolitikkens handleplaner 2021-22

På Politikerportalen under Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, flerårige mål og politikker findes status på de i alt otte handleplaner, der er gennemført i perioden med gode resultater. Det er lykkedes at gennemføre handleplanerne på trods af de udfordringer corona gav. Det gælder især for handleplanerne rettet mod unge, der som følge af corona oplevede nedlukning af skoler og uddannelsesinstitutioner. Evaluering af de fire første års arbejde med implementering af handleplaner for perioden 2017-2020 pegede på, at der fremadrettet skulle være større fokus på forankring og eventuel opskalering af de handleplaner, som opnåede gode resultater. Det er derfor meget positivt, at tre af de gennemførte handleplaner i 2021-2022 rettet mod unge – 'Ung i bevægelse', 'Unge og søvn' og 'Udvikling af samarbejdsmodel for unges seksuelle sundhed' – er videreført via Budgetaftalen 2023-2024 for Gentofte Kommune, så det vigtige arbejde på disse områder fortsættes. Desuden har en bevilling fra Fødevarestyrelsens pulje til

økologiomstilling gjort det muligt at fortsætte arbejdet med 'Mere økologi i Gentoftes institutioner og tilbud' med fokus på kompetenceudvikling af køkkenpersonale og mere økologi og klimavenlig mad.

Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte

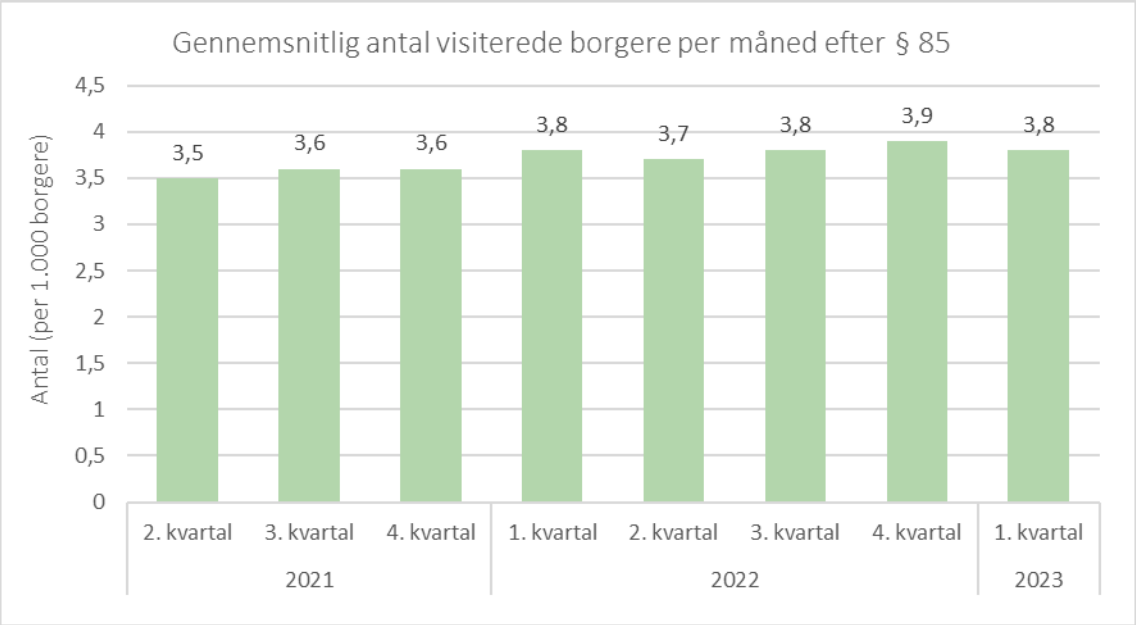
Nedenfor vises nøgletal på et udvalg af Social & Handicaps kerneydelser[1].

Støtte til selvstændigt boende borgere

Støtte til selvstændigt boende borgere består af hjælp, omsorg og støtte efter SEL § 85. Det vil sige træning og hjælp til udvikling af færdigheder til borgere med betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Figur 1 illustrerer fordelingen af det gennemsnitlige antal visiterede borgere til hjemmevejledning og bostøtte (SEL § 85) per 1.000 borgere i kommunen over de seneste otte kvartaler. Antallet af borgere, der modtager socialpædagogisk støtte efter SEL § 85, ligger stabilt fra 4. kvartal 2022 til 1. kvartal 2023. Set i det længere perspektiv - fra 1.kvartal 2022 og frem til nu – har der imidlertid fundet en jævn stigning sted på § 85. Der arbejdes i øjeblikket med en analyse af denne udvikling.

Figur 1



I Gentofte Kommune leveres socialpædagogisk vejledning af Center for Trivsel og Netværk. Støtten leveres som udgangspunkt i gruppeforløb eller individuelle forløb med fri adgang til Café Stolpen.

Desuden udfører centerets støtte-kontaktpersoner lovpligtigt opsøgende arbejde i forhold til borgere med psykiske lidelser, misbrug eller særlige sociale problemer. Kun i sager, hvor der er behov for en særligt specialiseret ydelse, købes ydelsen hos en ekstern leverandør.

[1] Målgruppen er borgere fra 18+ år. Når der vises antal pr. 1000 borgere, er det i forhold til hele befolkningen i Gentofte Kommune.

Dagtilbud

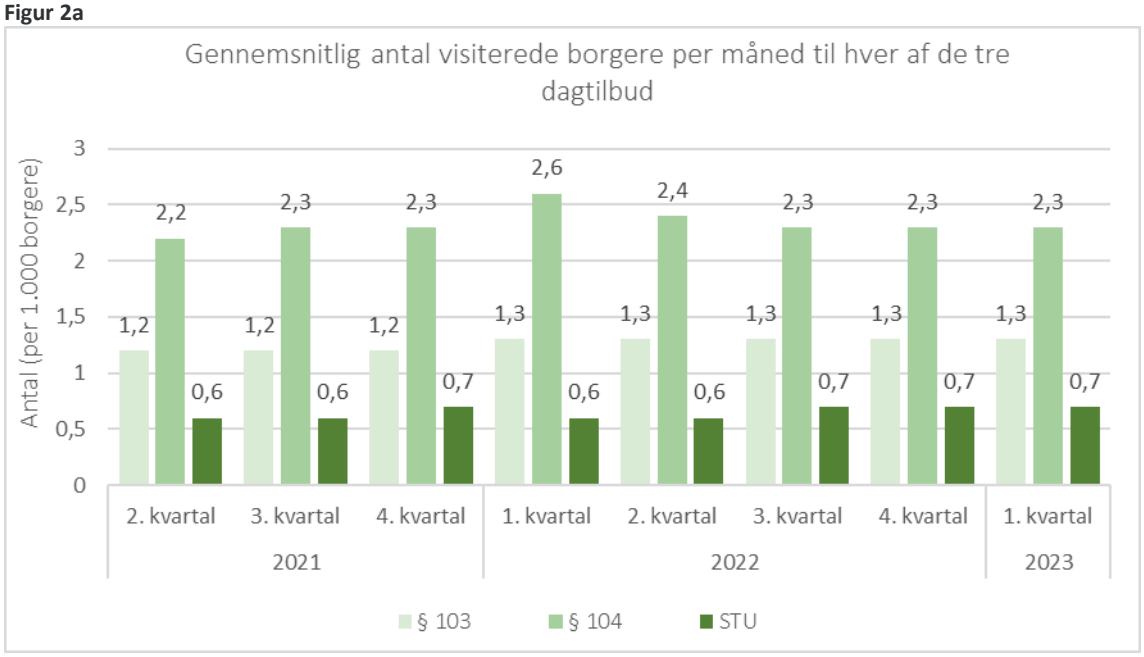
Dagtilbud omfatter aktivitets- og beskæftigelsestilbud. Området består af:

- Beskyttet beskæftigelse til personer under 65 år, som grundet betydelig nedsat fysisk- eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på almindelige vilkår på arbejdsmarkedet, og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning (SEL § 103).
- Aktivitets- og samværstilbud til at opretholde eller forbedre personlige færdigheder eller livsvilkår til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer (SEL § 104).
- Særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse (STU) til unge mellem 16-25 år, der har brug for særlig støtte til at gennemføre en ungdomsuddannelse pga. fx autisme, ADHD, indlæringsvanskeligheder, en sindslidelse eller andet. STU er målrettet borgere, der selv med ekstra socialpædagogisk støtte ikke er i stand til at tage en ungdomsuddannelse på almindelige vilkår. Borgerne har et retskrav på STU, hvis de vurderes at være i målgruppen. STU er ikke kompetencegivende.

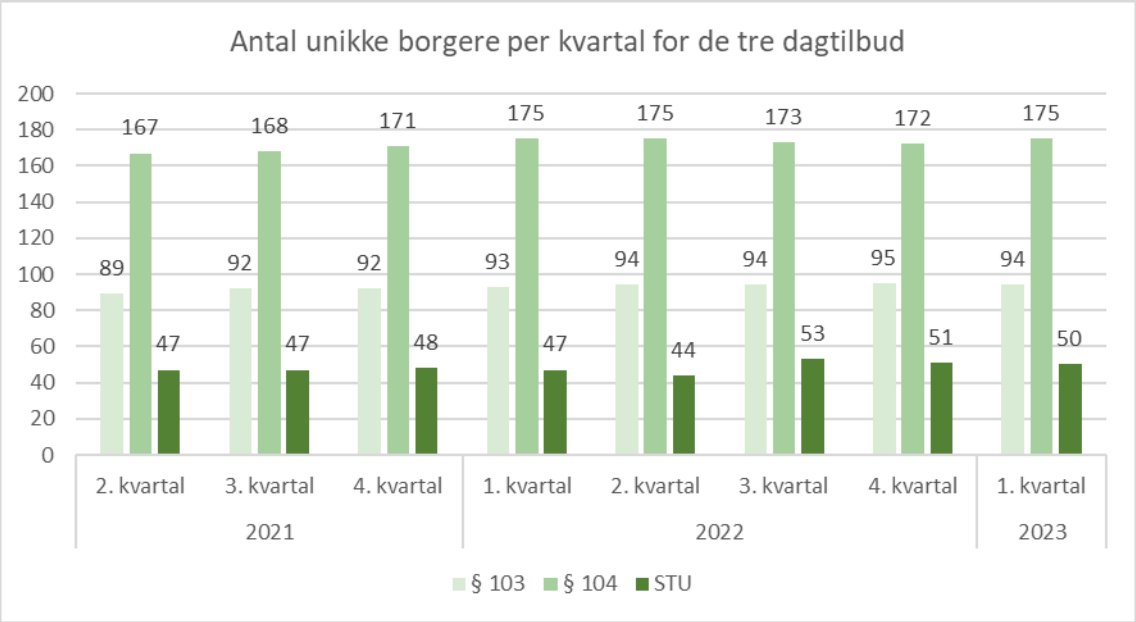
Figur 2a illustrerer udviklingen i det gennemsnitlige antal visiterede borgere per 1.000 borgere i kommunen over de seneste otte kvartaler - til hvert af de tre tilbudstyper. Figur 2b illustrerer udviklingen i antal unikke borgere per kvartal, for hvert af de tre dagtilbud.

Figur 2a viser, at det gennemsnitlige antal visiterede borgere til SEL § 103, SEL § 104, samt STU ligger stabilt fra 4. kvartal 2022 til 1. kvartal 2023. Det samme ses ved antal unikke borgere per kvartal jf. figur 2b, for SEL § 103, samt STU. På SEL § 104 ses en mindre stigning i antal unikke borgere fra 4. kvartal 2022 til 1. kvartal 2023 – der vil være opmærksomhed på, om udviklingen fortsætter.

Figur 2a

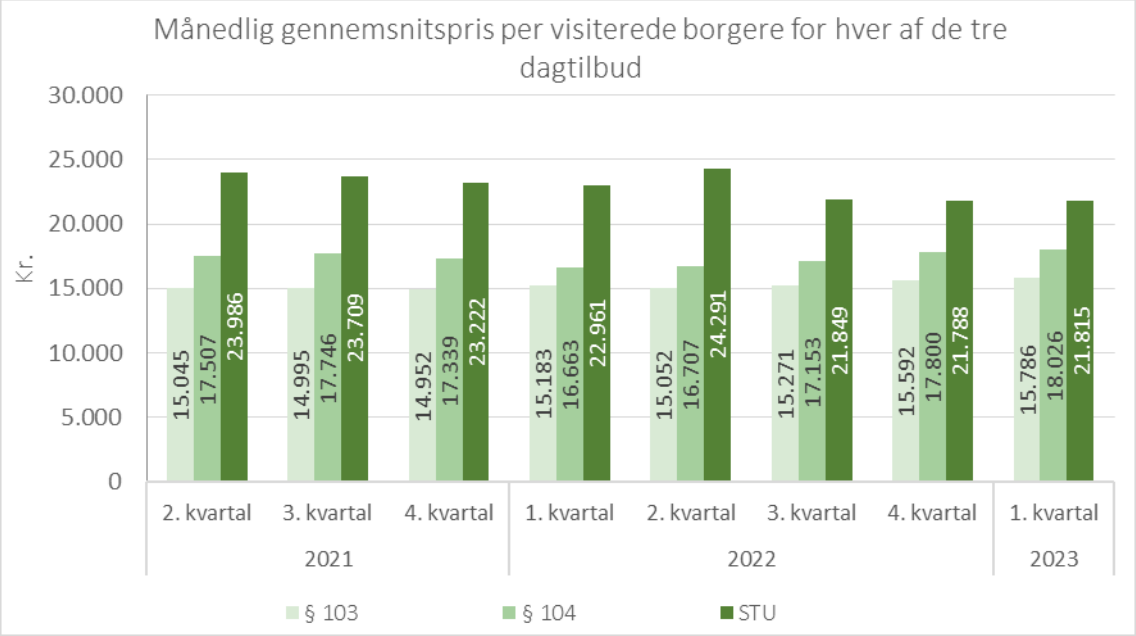


Figur 2b



Figur 2c viser udviklingen i den gennemsnitlige månedlige udgift per forløb i løbende priser. Figuren viser, at gennemsnitsprisen for SEL § 103, samt STU ligger stabilt fra 4. kvartal 2022 til 1. kvartal 2023. På § 104 ses en stigning i de gennemsnitlige udgifter fra 4. kvartal 2022 til 1. kvartal 2023. Stigningen skyldes at en nabokommune ikke længere tilbyder deltidspladser og dermed nedsat takst. Det betyder, at der opkræves fuld takst for borgere, der benytter tilbuddet, selvom de kun benytter tilbuddet på deltid. Borgerne på det pågældende tilbud er i gang med at blive revurderet.

Figur 2c



Belægning på kommunens dagtilbud for voksne med handicap

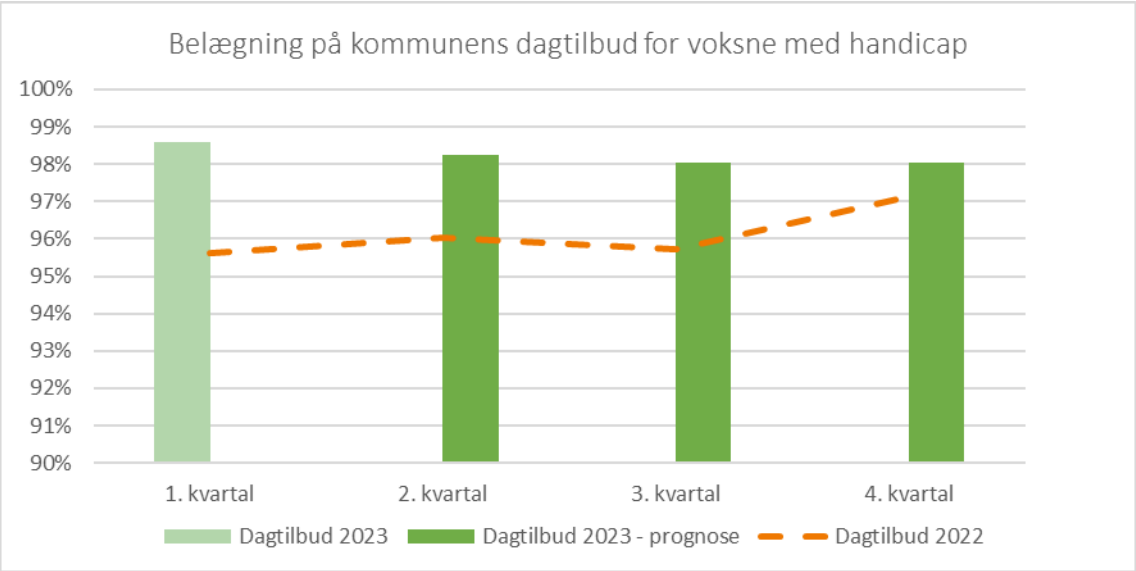
Den forventede belægning på området for dagtilbud forventes i 2023 at blive 97,9%. Det er 1,8 procentpoint højere end den gennemsnitlige belægning i 2022.

Belægningen indebærer, at der forventes at være 6 tomme ud af 275 pladser hele året.

Tomgangen skyldes primært, at Job- Aktivitets- og Kompetencecentret (JAC) forventes at få 9 færre brugere i 2023 end de 173, som er forventningen i budgettet. Men da brugerne generelt er indskrevet på en højere takst end forudsat, er den lavere belægning uproblematisk for kommunens økonomi, men afspejler snarere, at de brugere der aktuelt indskrives på JAC, har et større støttebehov end tidligere. Der forventes at være 3 tomme ud af de 24 pladser på Værkstedshuset. Forvaltningen er i dialog med Værkstedshuset om handlemuligheder ift. at få solgt de tomme pladser og stedet gør selv et stort arbejde for at forsøge, at sælge pladserne.

De kommunale voksenhandicaptilbud samt det selvejende Østerled, er omfattet af den såkaldte aktivitetsreguleringsordning. Ordningen indebærer, at tilbuddene medfinansierer de tabte takstindtægter. Omvendt tilføres yderligere ressourcer via ordningen, hvis de brugere der indskrives, har et større behov end forudsat ved takstberegningen.

Figur 3



Anm.: Omfatter antal fuldtidsbrugere (antal brugere der benytter et dagtilbud 5 dage om ugen hele året) i visiterede kommunale dagtilbud (undtaget dog tilbud under NextJob) samt selvejende dagtilbud med driftsoverenskomst med Gentofte Kommune (undtagen Sundhedscenter Hvide Hus). Dagtilbud omfatter tilbud efter servicelovens §§103-104.

Kilde: Opkrævninger i fagsystemet Sensum suppleret med oplysninger om forventede til- og afgange fra tilbuddene.

Note: En ændring på 1 procentpoint svarer til ca. 3 fuldtidspladser.

Botilbud til mennesker med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne

Gentofte Kommune benytter en række forskellige botilbud og bofællesskaber til personer med en nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, som har brug for et botilbud i kortere eller længere tid. Pladserne købes både i og uden for Gentofte Kommune. Området består af:

- Botilbud med midlertidigt ophold (SEL § 107)
- Botilbud med længerevarende ophold (SEL § 108)
- Botilbud med egen lejekontrakt, men hvortil der er knyttet pædagogisk støtte (ABL § 105/SEL § 85). Disse er sammenlignelige med SEL § 108 tilbud
- Botilbud efter Lov om friplejeboliger. Disse er ligeledes sammenlignelige med SEL § 108 tilbud.

Da det er samme målgruppe, der visiteres til længerevarende botilbud (SEL § 108), botilbud med egen lejekontrakt og pædagogisk støtte (ABL § 105/SEL § 85) samt til botilbud efter Lov om friplejeboliger, er disse tre typer af botilbud slået sammen i figur 4c, 4d og 4f.

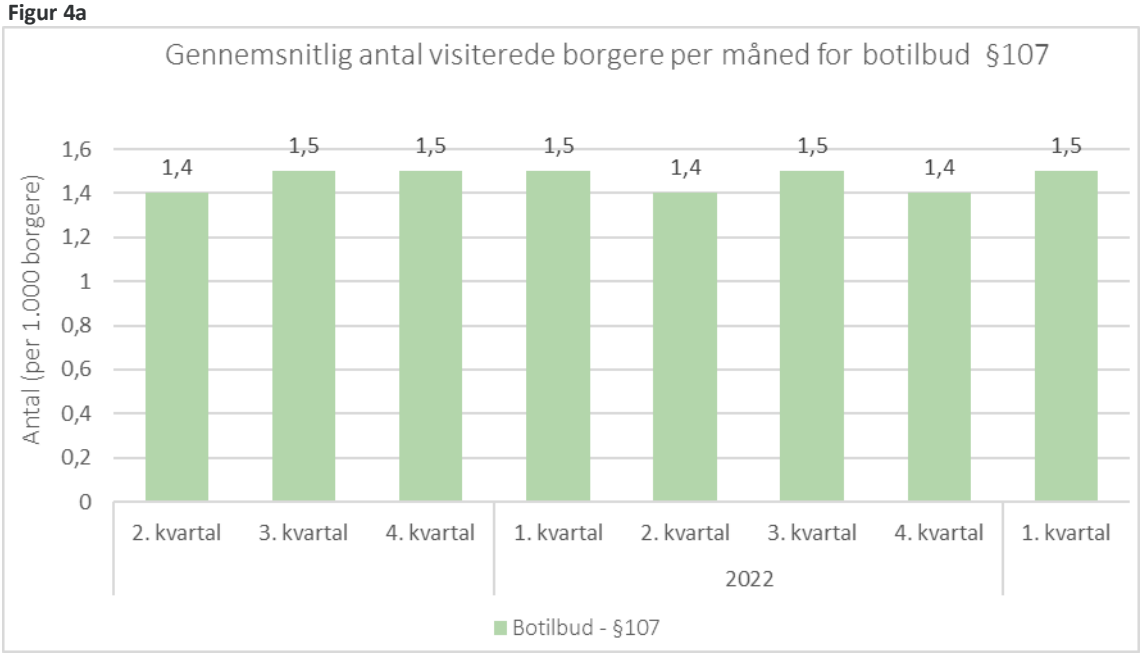
Figur 4a og 4c viser udviklingen i det gennemsnitlige antal visiterede borgere til botilbud per 1.000 borgere i kommunen for henholdsvis midlertidige botilbud (§ 107) og længerevarende botilbud (§ 108, ABL § 105/SEL § 85 samt friplejeboliger). Figur 4b og 4d illustrerer udviklingen i antal unikke borgere per kvartal for henholdsvis midlertidige og længerevarende botilbud.

Figur 4a viser, at det gennemsnitlige antal visiterede borgere til midlertidige botilbud (SEL §107) ligger stabilt fra 4.kvartal 2022 til 1. kvartal 2023, Ved antal unikke borgere jf. figur 4c, ses en stigning på 2 borgere.

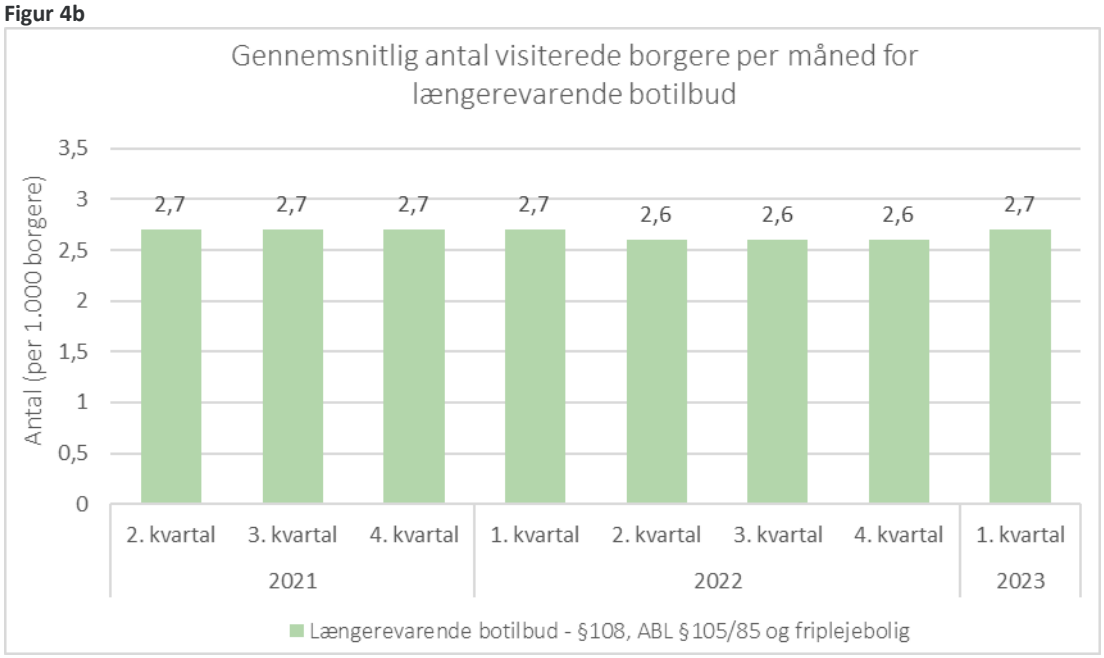
Den månedlige gennemsnitspris på SEL § 107 er faldet fra 4. kvartal 2022 til 1. kvartal 2023 jf. figur 4e. Faldet i gennemsnitsprisen skyldes, at 3 borgere er opstartet i tilbud til en markant lavere døgntakst end gennemsnittet. Den lave takst skyldes, at borgerne ikke har behov for vågen nattevagt.

Det gennemsnitlige antal visiterede borgere per måned til længerevarende botilbud ligger stabilt fra 4. kvartal 2022 til 1. kvartal 2023 jf. figur 4b. Ved antal unikke borgere jf. figur 4d, ses en stigning på 2 borgere. Der ses et fald i de gennemsnitlige månedlige udgifter fra 4. kvartal 2022 til 1. kvartal 2023 jf. figur 4f. Faldet i de gennemsnitlige månedlige udgifter tilskrives det fokus Social og Handicap Myndighed har på, at finde tilbud der imødekommer borgernes behov, til en konkurrencedygtig takst.

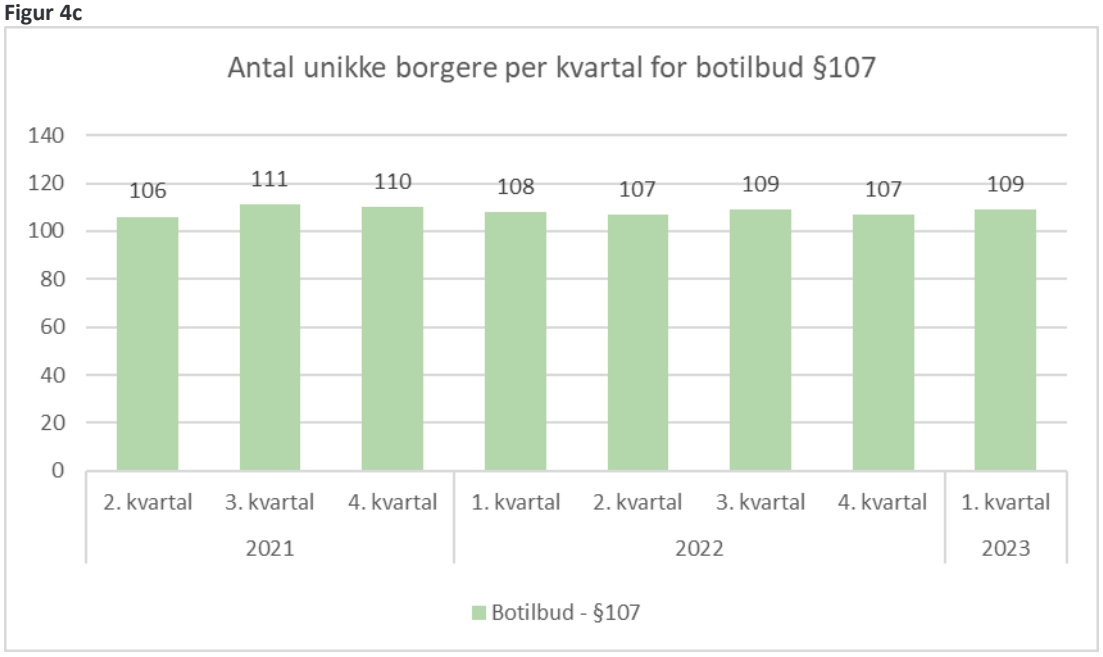
Figur 4a



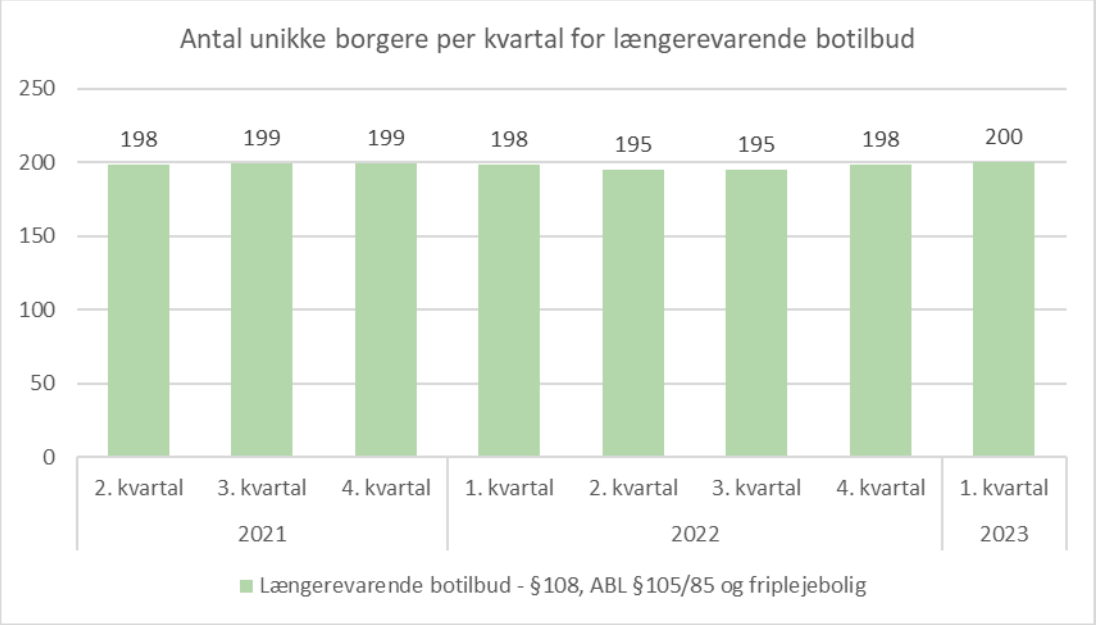
Figur 4b



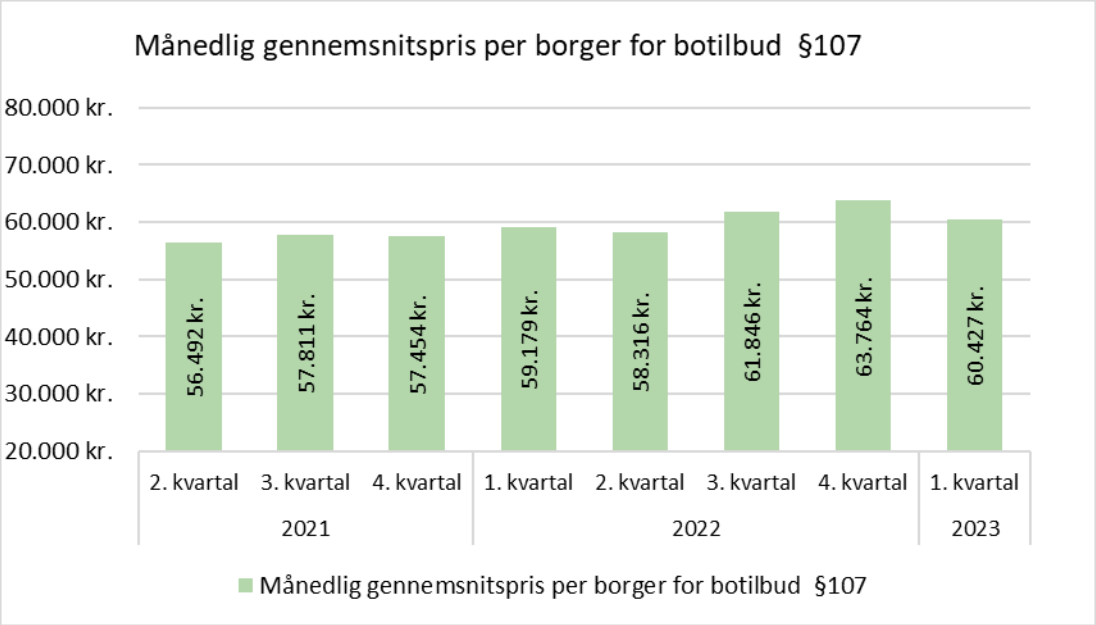
Figur 4c



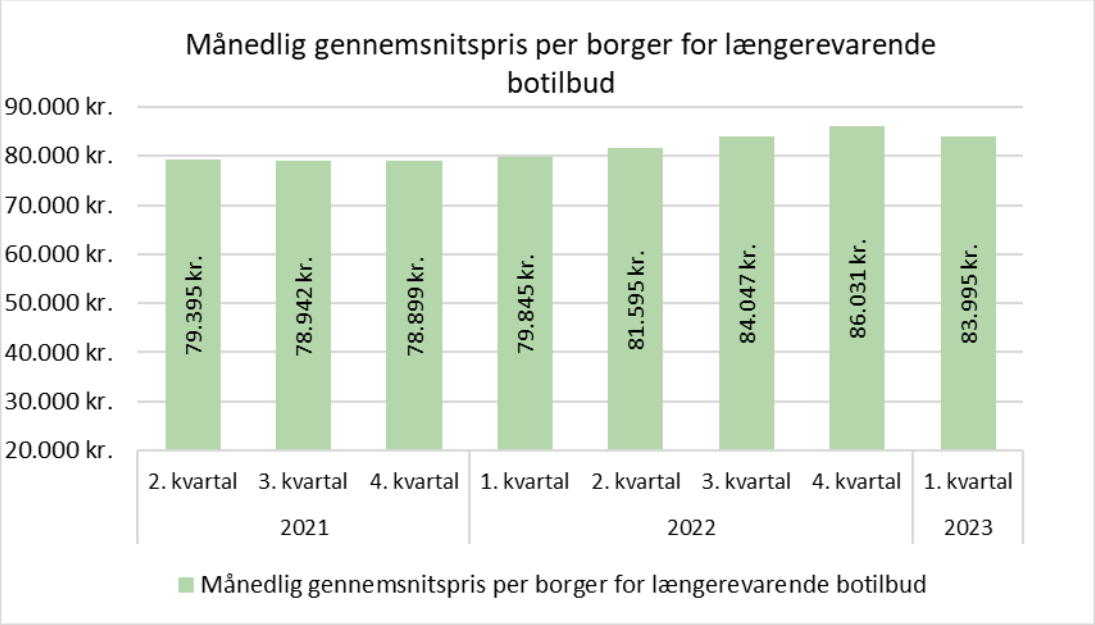
Figur 4d



Figur 4e

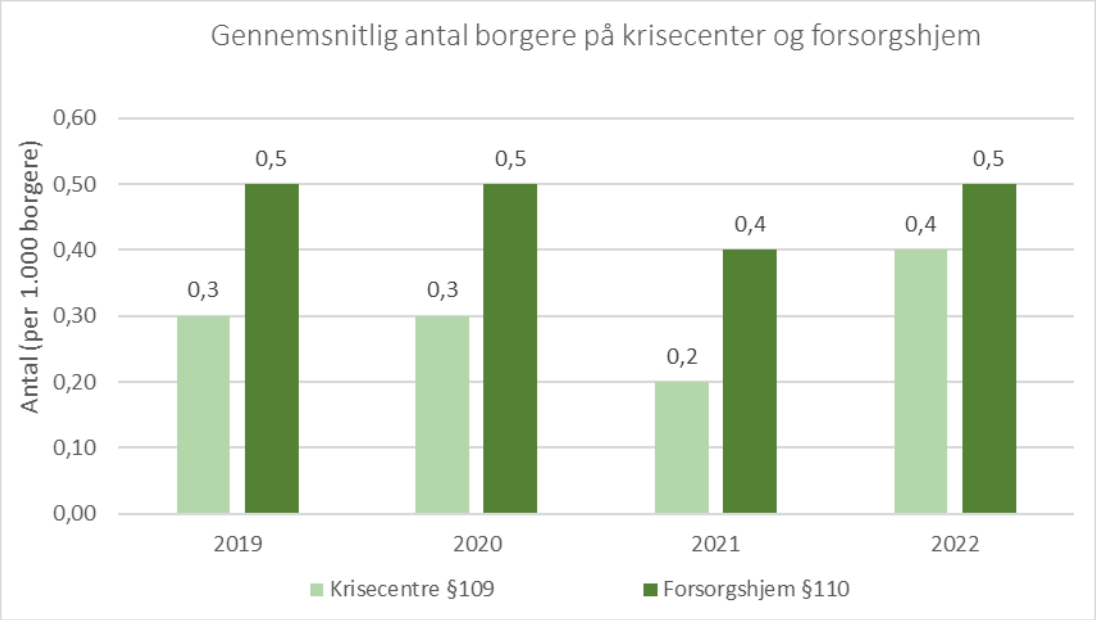


Figur 4f


Månedlig gennemsnitspris per borger for længerevarende botilbud
90.000 kr.
80.000 kr.
70.000 kr.
60.000 kr.
50.000 kr.
40.000 kr.
30.000 kr.
20.000 kr.
79.395 kr.
78.942 kr.
78.899 kr.
79.845 kr.
81.595 kr.
84.047 kr.
86.031 kr.
83.995 kr.
2. kvartal
3. kvartal
4. kvartal
1. kvartal
2. kvartal
3. kvartal
4. kvartal
1. kvartal
2021
2022
2023
Månedlig gennemsnitspris per borger for længerevarende botilbud

Krisecentre og forsorgshjem

Figur 5a

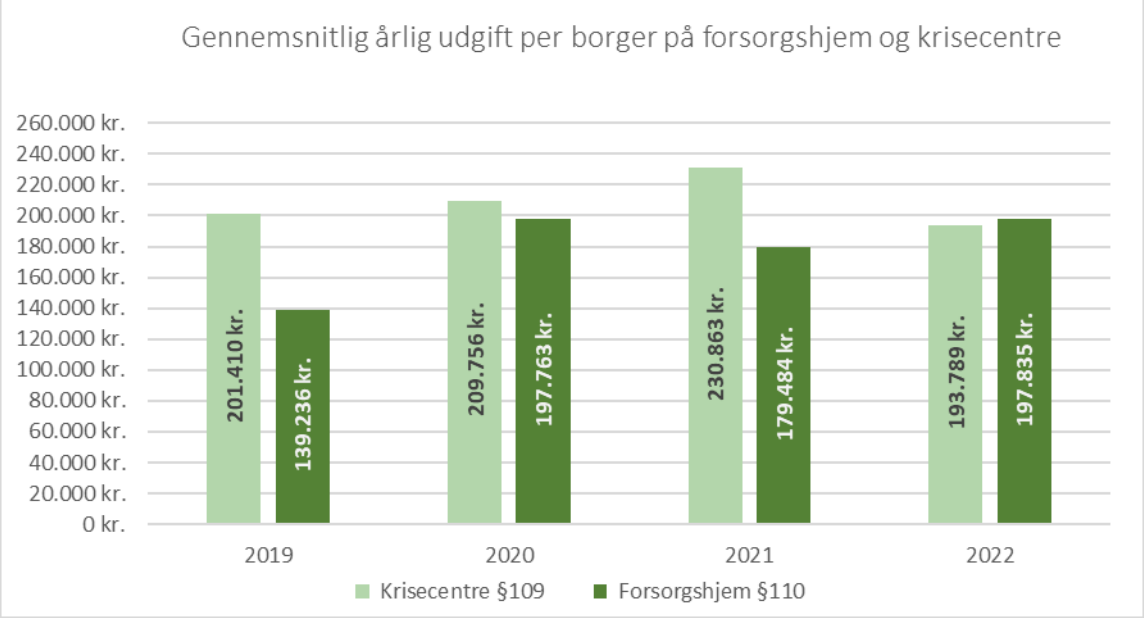


I 2022 har der været væsentligt flere borgere på krisecentre (SEL § 109) jf. figur 5a end i 2021. Udviklingen svarer til den tendens der ses nationalt, hvor stadigt flere kvinder søger ophold på krisecentre. I løbet af 2022 havde 2.618 kvinder på landsplan således et ophold på et krisecenter. I 46 pct. af opholdene havde kvinden børn med. I alt blev der medbragt 2.254 børn. (Lokks årsrapport 2022).

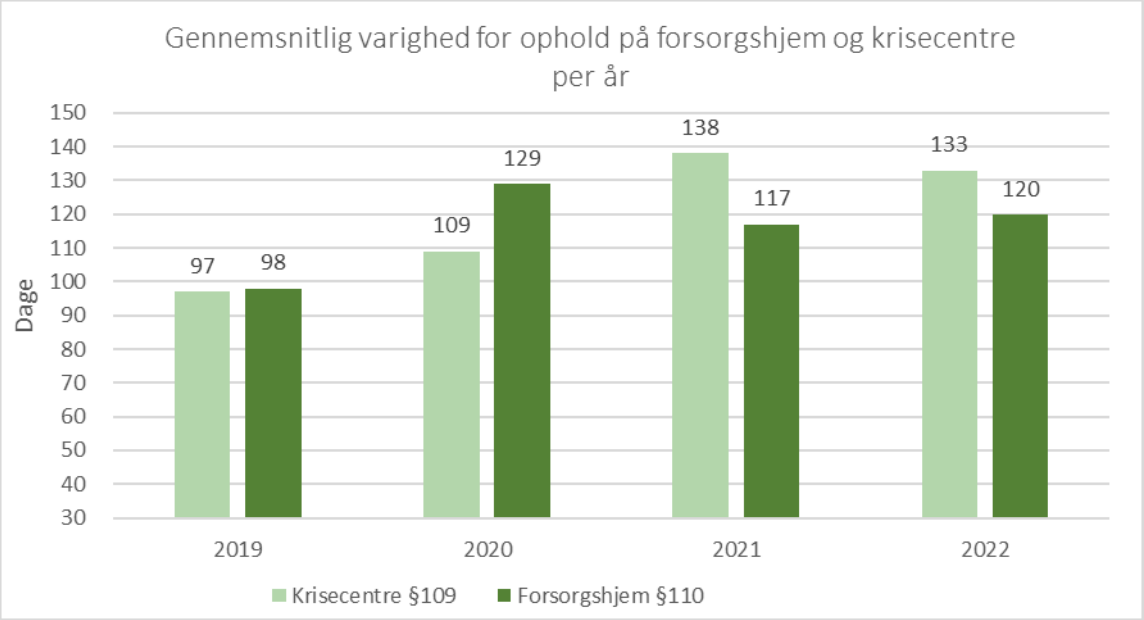
Den gennemsnitlige varighed for ophold på krisecentre jf. figur 5c, er faldet fra 138 dage i 2021 til 133 dage i 2022. Faldet i den gennemsnitlige opholdstid, skyldes, at kommunen har haft flere ledige boliger at tilbyde de kriseramte familier. Den gennemsnitlige årlige udgift per borger på krisecentre, jf. figur 5b, er ligeledes faldet fra 2021 til 2022. Det skal ses i sammenhæng med, at den gennemsnitlige varighed af ophold er faldet, jf. figur 5c., hvilket betyder, at opholdene således også gennemsnitligt bliver billigere.

På forsorgshjem SEL § 110 ses i 2022 en stigning i det gennemsnitlige antal borgere fra 2021 til 2022, dette svarer til 3 borgere. jf. figur 5a. Den gennemsnitlige varighed per ophold på forsorgshjem er, jf. figur 5c, steget fra 117 dage i 2021 til 120 dage i 2022. Der er fokus på længden af opholdet som led i de ændrede refusionsregler der forventes gældende fra d. 1/10-2023. De gennemsnitlige årlige udgifter per borger på forsorgshjem, er ligeledes steget fra 2021 til 2022 og er tilsvarende 2020 niveau.

Figur 5b



Figur 5c


Gennemsnitlig varighed for ophold på forsorgshjem og krisecentre per år
Dage
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
40
30
97
98
109
129
138
117
133
120
2019
2020
2021
2022
Krisecentre §109
Forsorgshjem §110

Belægning på kommunens botilbud for voksne med handicap

Belægningen på området for botilbud forventes i 2023 at være 97,8% og dermed samme procentpoint som i 2022.

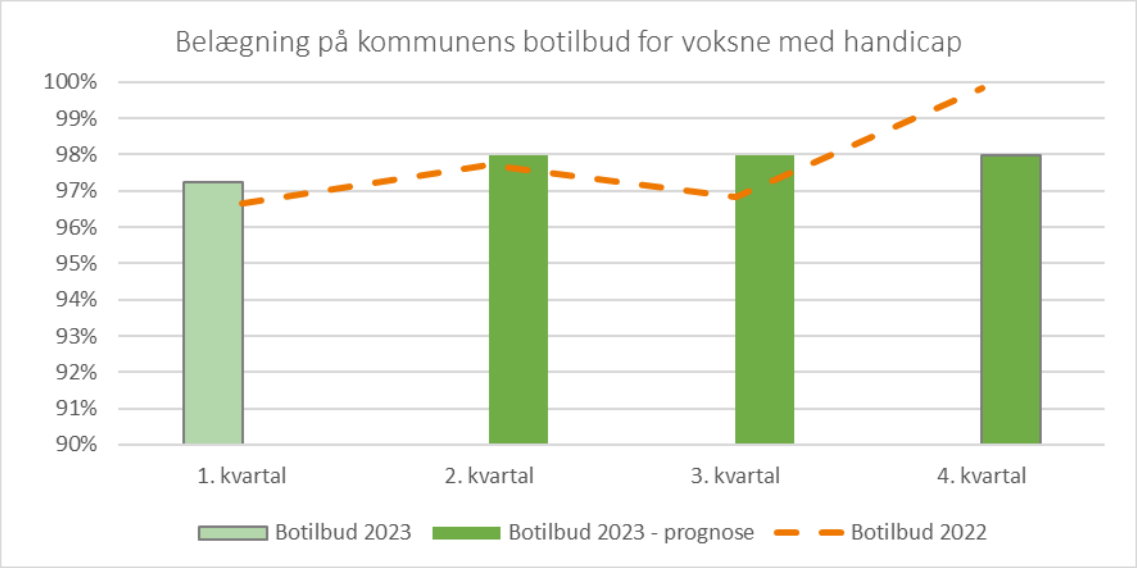
Belægningen svarer til, at ca. 5 ud af de 248 boliger forventes at stå tomme i 2023.

Den væsentligste samlede tomgang skyldes, at Skelvej har 1 tom ud af 10 pladser. Hvide og Gule Hus forventes at have lidt over 2 tomme ud af 13 pladser, mens Øresundshøj forventes at have knap 2 tomme pladser ud af 7 pladser.

Forvaltningen og tilbuddene har stor fokus på at få besat de tomme pladser.

De kommunale voksenhandicaptilbud samt det selvejende Østerled, er omfattet af den såkaldte aktivitetsreguleringsordning. Ordningen indebærer, at tilbuddene medfinansierer de tabte takstindtægter. Omvendt tilføres yderligere ressourcer via ordningen, hvis de brugere der indskrives, har et større behov for støtte end forudsat ved takstberegningen.

Figur 6



Anm.: Omfatter antal fuldtidsbrugere (antal brugere der benytter botilbuddet hele året) i kommunale botilbud samt selvejende botilbud med driftsoverenskomst med Gentofte Kommune. Botilbud omfatter i denne forbindelse tilbud efter servicelovens §§107-108 og 110 samt botilbud efter almenboligloven og lejeloven med støtte efter servicelovens §85.
Kilde: Opkrævninger i fagsystemet Sensum suppleret med oplysninger om forventede til- og afgange fra tilbuddene.
Note: En ændring på 1 procentpoint svarer til 2,5 fuldtidspladser.

Misbrugsbehandling

Området omfatter den hjælp, som Gentofte Kommune yder til borgere, der henvender sig med et problematisk forbrug af alkohol eller stoffer.

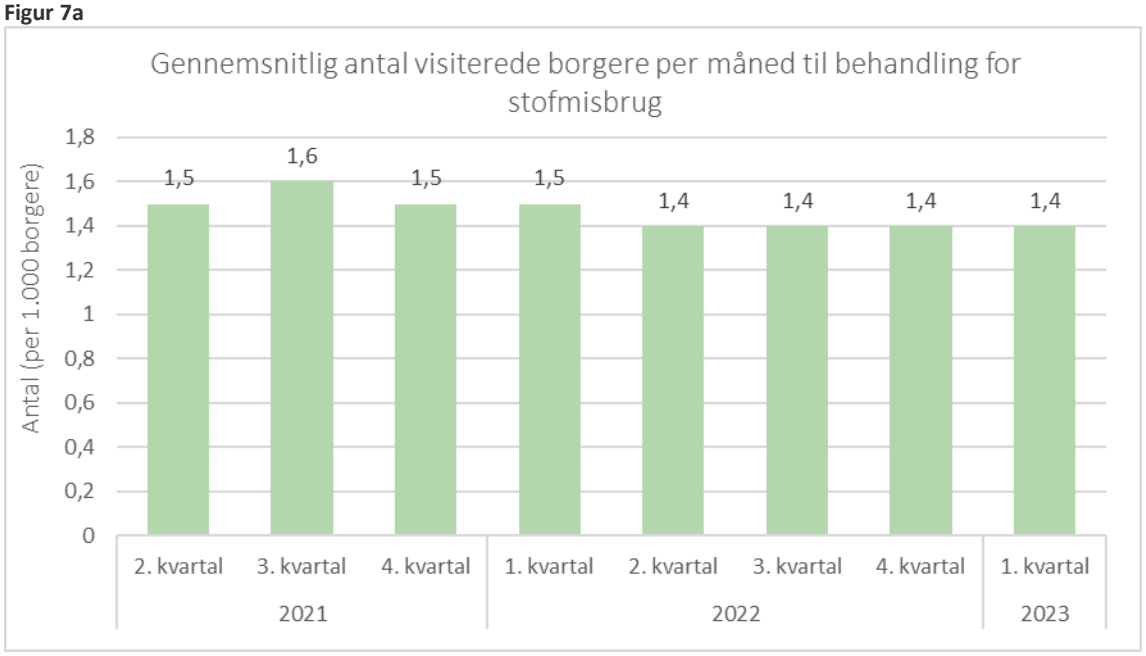
Der leveres kun tal vedrørende udgifterne til alkoholbehandling og intensiv behandling for misbrug én gang om året i forbindelse med kvartalsrapporteringen for 1. kvartal. Det skyldes dels, at regninger vedrørende alkoholbehandling ikke modtages månedligt, men vilkårligt i løbet af året, og dels at udgifterne til intensiv misbrugsbehandling er meget svingende hen over året. En årlig opgørelse giver derfor det mest retvisende billede.

Når en borger ønsker at gå i alkoholbehandling, kan borgeren henvende sig til kommunen eller anonymt til et godkendt alkoholbehandlingssted, hvorefter kommunen på et tidspunkt i løbet af året modtager en regning. Da mange borgere vælger at gå i anonym alkoholbehandling, er der ikke præcise tal for, hvor mange borgere, der har valgt at gå i behandling, og derfor følges der fremadrettet op på antal ydelser leveret for året frem for antal borgere i behandling. Nogle borgere starter på mere end et behandlingsforløb inden for et år, og således giver antallet af ydelser et mere retvisende billede. Af samme årsag følges der op på den gennemsnitlige pris per leveret ydelse for alkoholbehandling, i stedet for gennemsnitsudgifterne per borger. Selvom alkoholbehandling ikke er en visiteret ydelse, så har Gentofte Kommune et tæt samarbejde med udbyderne på området om at sikre den mest effektive behandling for den enkelte borger.

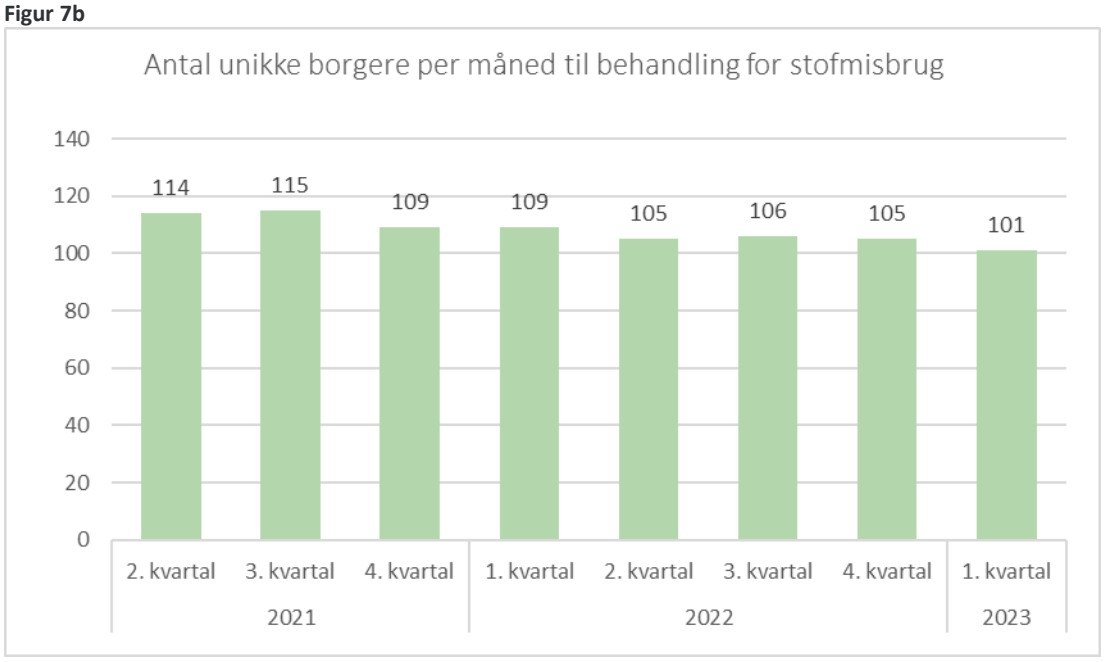
Der leveres også kun årlige tal for den intensive behandling på det samlede misbrugsområde, som vil være meget svingende både over kvartalerne og over år i forhold til pris og behandlingslængde. Selvom andelen, der visiteres til et intensivt døgnforløb, er lille, kan det betyde en væsentlig stigning i udgifterne, hvis denne andel stiger hen over årerne.

Figur 7a viser, at det gennemsnitlige antal borgere per 1.000 borgere i kommunen, der er visiteret til behandling for stofmisbrug, fortsat ligger stabilt. Antallet af unikke borgere visiteret til stofmisbrugsbehandling jf. figur 7b, er faldet fra sidste kvartal 2022 til 1. kvartal 2023. Generelt bærer 2022 tallene præg af en usædvanlig høj afgang af borgere, dvs. borgere der har færdiggjort eller afsluttet deres behandling eller er fraflyttet kommunen. Samtidig har der været en usædvanlig lav tilgang af nye borgere. Samlet set betyder det et stabilt lavt antal borgere i stofmisbrugsbehandling. På nationalt plan ses en tilsvarende tendens til, at tilgangen af borgere til stofmisbrugsbehandling ligger en smule lavere end de foregående år og har ramt et stabilt nyt leje.

Figur 7a



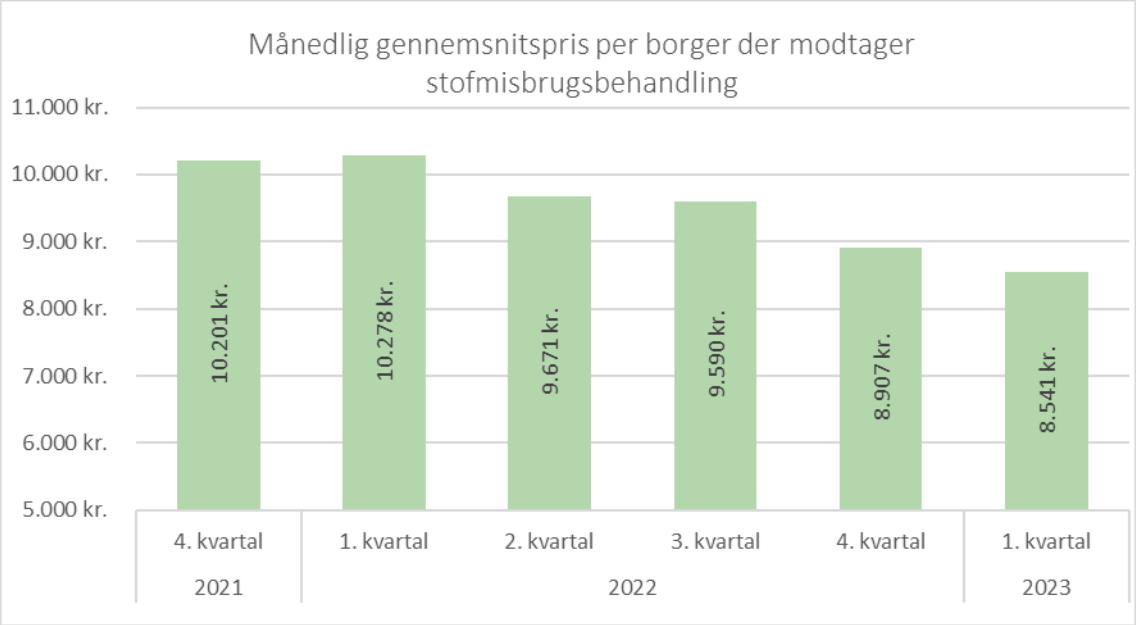
Figur 7b



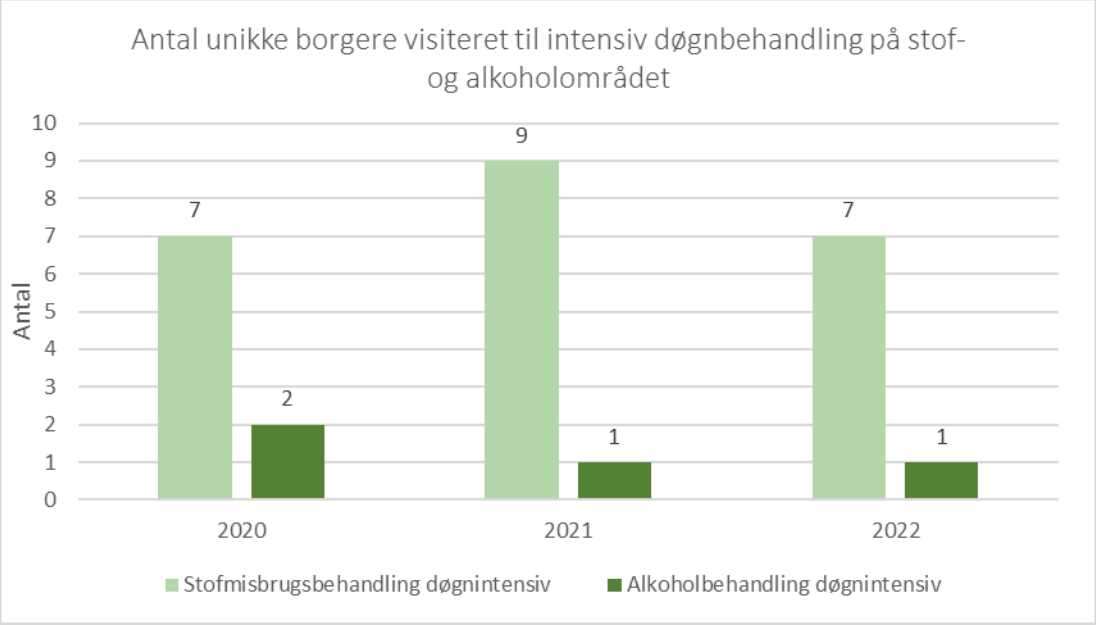
Figur 7c viser udviklingen over de seneste otte kvartaler i den gennemsnitlige månedlige udgift per forløb i løbende priser. Med andre ord det prisniveau, som er gældende i det aktuelle kvartal. Af figur 7c fremgår det, at den månedlige gennemsnitspris per borger, der

modtager stofmisbrugsbehandling, er faldet fra 4. kvartal 2022 til 1. kvartal 2023, dette skyldes, at 4 borgere på høje takster, herunder borgere i substitutionsbehandling har afsluttet deres behandling, hvilket får de samlede gennemsnitlige udgifter til at falde.

Figur 7c



Figur 7d

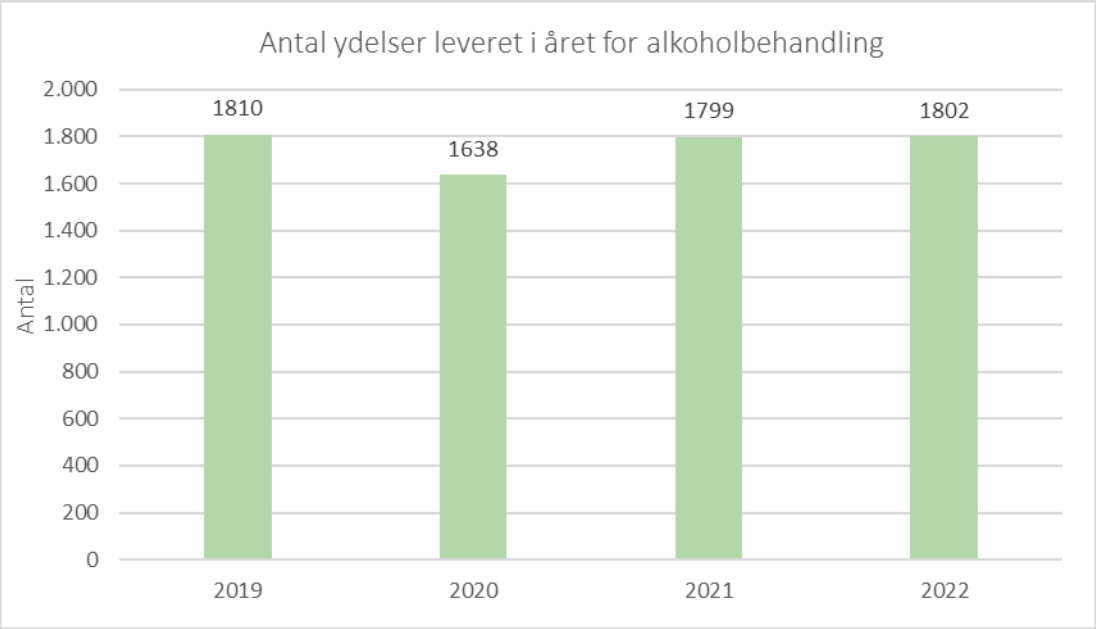


Figur 7d viser, at antallet af borgere visiteret til døgnintensiv stofmisbrugsbehandling er faldet fra 2021 til 2022. I 2021 var der ekstraordinært mange indstillinger til døgn, hvilket stemte overens med den nationale tendens, med flere borgere med komplekse problemstillinger og dermed et behov for mere intensiv støtte. I 2022 har tallet stabiliseret sig på niveau med 2020.

Antallet af borgere visiteret til døgnintensiv alkoholbehandling ligger stabilt lavt. Der er tale om en meget lille målgruppe i Gentofte Kommune. Dog er der flere af de borgere, der er visiteret til døgnintensiv stofmisbrugsbehandling, som samtidigt har et højt alkoholforbrug.

Figur 7e viser, at antallet af ydelser i forbindelse med alkoholbehandling ligger forholdsvis stabilt fra 2021 til 2022.

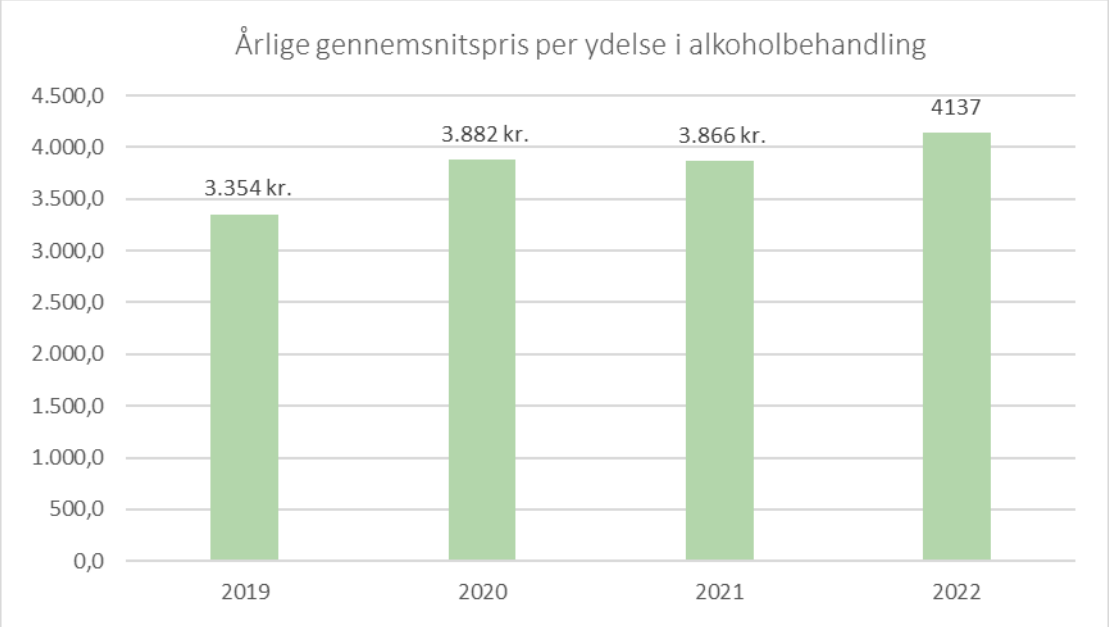
Figur 7e



Figur 7f nedenfor viser, at gennemsnitsprisen per leveret ydelse af alkoholbehandling er steget fra 2021 til 2022.
Stigningen skyldes, at flere borgere der er indskrevet på udvidet takst hos Kabs er i behandling i længere tid, 131 takstdage op imod 120 takstdage i 2021. Borgerne der indskrives på udvidet takst, har brug for et højere støtteniveau, end borgere der er indskrevet på basis takst. Borgerne har ofte nogle komplekse psykiske og somatiske problemstillinger, der kræver, at borgerne har et tættere forløb med både læge og behandler. Generelt ser vi en stigning i behandlingslængden fra 2021 til 2022.
Der er en øget betaling for alkoholbehandlingen i KABS på 902.994 kr. mellem 2021 og 2022.
Taksterne fra Novavi afspejler et fokus på omlægning af behandlingen, så den bliver mere intensiv. Helt konkret er Novavi ved at implementere FIT[2], som kommunikations værktøj, for at gøre behandlingen mere effektiv og målrettet den enkelte borger. Novavis fokus på en mere intensiv behandling i 2022 og fremadrettet, gør at vi også her ser en stigning i taksterne, dog ikke i lige så høj grad som hos Kabs.

[2] Feedback Informed Treatment (FIT) er et evidensbaseret dialog- og evalueringsredskab, der er udviklet til professionelle behandlere og kan anvendes på alle behandlingsforløb. Formålet med FIT er at evaluere og forbedre kvaliteten og effektiviteten af den terapeutiske indsats ved at inddrage borgeren.

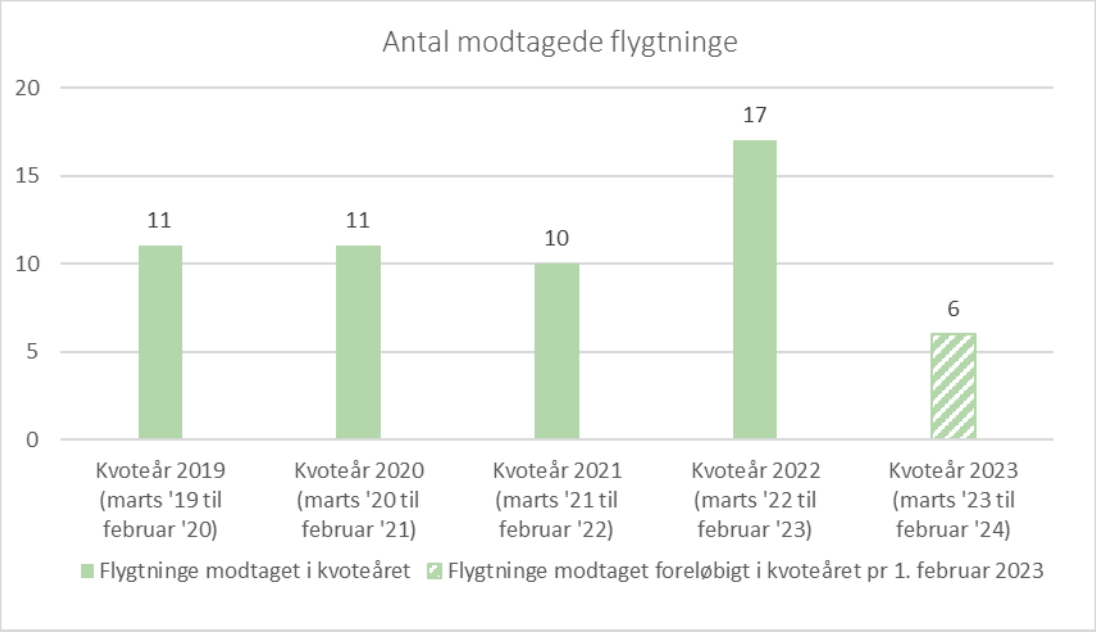
Figur 7f



Modtagelse af flygtninge

Gentofte Kommune var i kvoteåret[3] 2022 sat til at skulle modtage og boligplacere 14. Kommunen modtog i alt 17 flygtninge i kvoteåret jf figur 8a. Udlændingestyrelsen kan visitere flygtninge ud over kvoten i en kommune, når en flygtning har særlig tilknytning til kommunen. Dette er forklaringen på, at Gentofte Kommune modtog flere end kvoten. Gentofte Kommune skal i kvoteåret 2023 modtage 11 flygtninge og har indtil videre modtaget 6.

Figur 8a

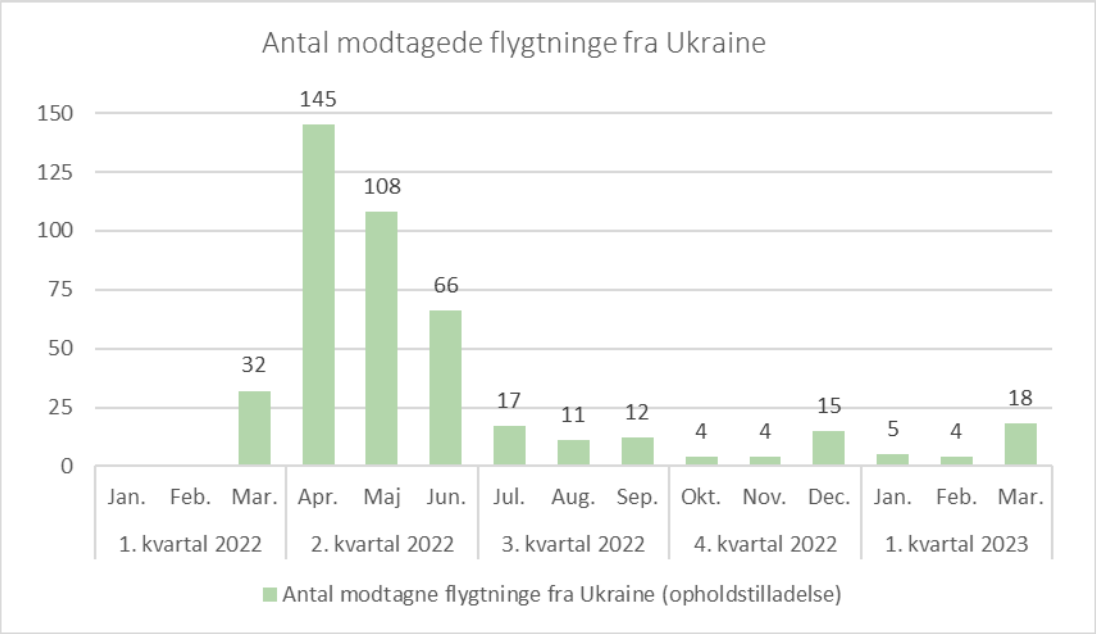


Note: Opgørelsesmetoden er ændret i forhold til tidligere kvartalsrapporter. I stedet for at opgøre pr. kvartal vises nu flygtninge modtaget i kvoteåret. Det skyldes at kvoteåret er forskudt fra både kalenderår og kvartaler. Opgørelse i kvoteår letter dermed formidlingen.

Ud over de ordinære kvoteflygtninge skal kommunen modtage 522 ukrainske flygtninge efter særloven. Kommunen har til og med 1. kvartal 2023 modtaget 441 ukrainere jf. figur 8b.

[3] Kvoteåret løber fra 1. marts til 28. februar året efter og de 4 kvartaler i kalenderåret svarer dermed ikke til kvoteåret.

Figur 8b


Antal modtagede flygtninge fra Ukraine
150
125
100
75
50
25
0
145
108
66
32
17
11
12
4
4
15
5
4
18
Jan. Feb. Mar. Apr. Maj Jun. Jul. Aug. Sep. Okt. Nov. Dec. Jan. Feb. Mar.
1. kvartal 2022
2. kvartal 2022
3. kvartal 2022
4. kvartal 2022
1. kvartal 2023
Antal modtagne flygtninge fra Ukraine (opholdstilladelse)

Økonomisk status - Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte

Borgere med handicap

	Oprindeligt budget	Korrigeret budget	Forbrug	Forventede bevillingsændringer	Forventet regnskab
Serviceudgifter	**442,6**	**444,3**	**93,9**	**0,0**	**444,3**

Afvigelse mellem forventet regnskab og korrigeret budget inkl. forventede bevillingsændringer **0,0**

Det korrigerede budget udgør 444,3 mio. kr., som forventes overholdt.

	i mio. kr.
Korrigeret budget (a)	444,3
Tekniske omplaceringer (b)	-
Ansøgte tillægsbevillinger i alt (c)	-
Andre afvigelser (d)	-
Forventet regnskab (e=a+b+c+d)	444,3

Der er særlig opmærksomhed på udgifterne til hjemmevejledningen og støtte i eget hjem, hvor der de seneste år har været stigende udgifter. Omvendt har der været faldende udgifter til de forskellige typer af botilbud, da borgerne i højere grad modtager støtten i eget hjem. Udviklingen følges nøje i de kommende måneder.

Derudover er der fokus på de særligt tilrettelagt ungdomsuddannelser (STU), hvor der ligeledes har været en øget tilgang over de seneste år. Udviklingen følges nøje, og der arbejdes på at afdække både kortsigtede og langsigtede initiativer, der kan reducere stigningen i omkostningerne på området.

Borgere med handicap

	Oprindeligt budget	Korrigeret budget	Forbrug	Forventede bevillingsændringer	Forventet regnskab
Overførselsudgifter	**-6,4**	**-6,4**	**1,1**	**0,0**	**-6,4**

Afvigelse mellem forventet regnskab og korrigeret budget inkl. forventede bevillingsændringer **0,0**

Det korrigerede budget på området udgør i alt -6,4 mio. kr., og det forventes overholdt.

Forebyggelse, rehabilitering og pleje

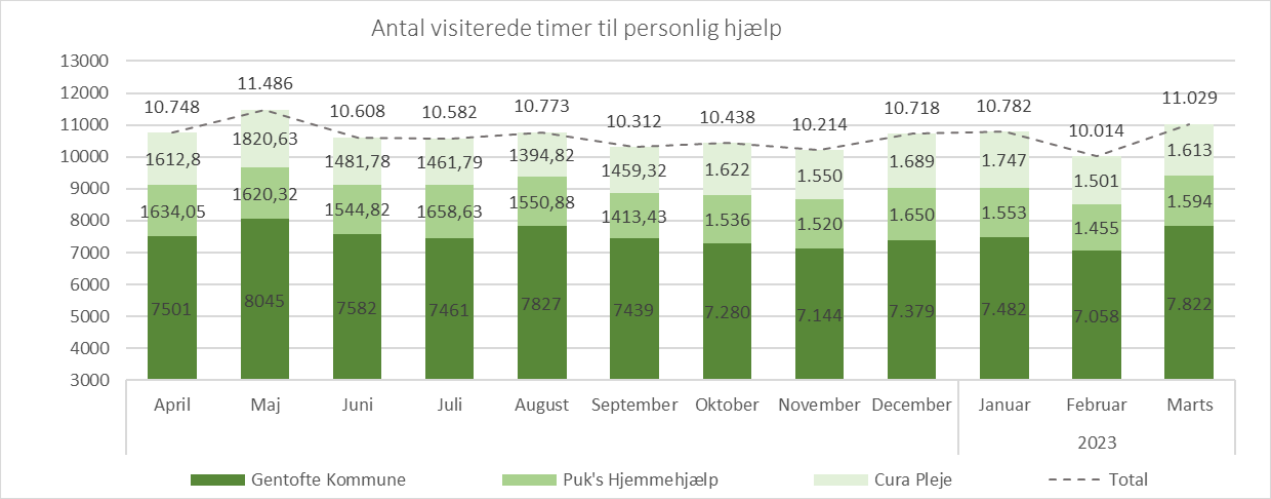
Nedenfor fremgår aktivitetstal for udvalgte ydelsesområder i Pleje & Sundhed.

Personlig og praktisk hjælp

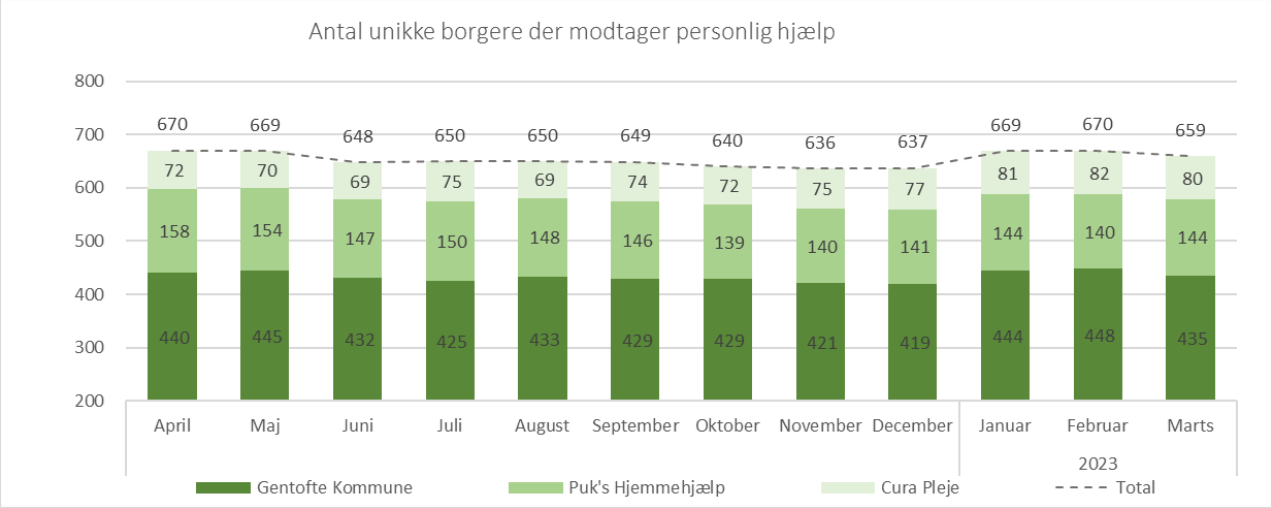
Aktivitetstallene i figur 9-15 omfatter personlig og praktisk hjælp til borgere, der bor i eget hjem. Aktivitetstallene er vist for hver måned.

Figur 9 og 10 viser henholdsvis antal visiterede timer til personlig hjælp og antal unikke visiterede borgere per måned fra april 2022 til marts 2023 fordelt på den kommunale leverandør, Puk's Hjemmehjælp og Cura Pleje. Antallet af visiterede timer for personlig hjælp varierer hen over den viste periode.

Figur 9

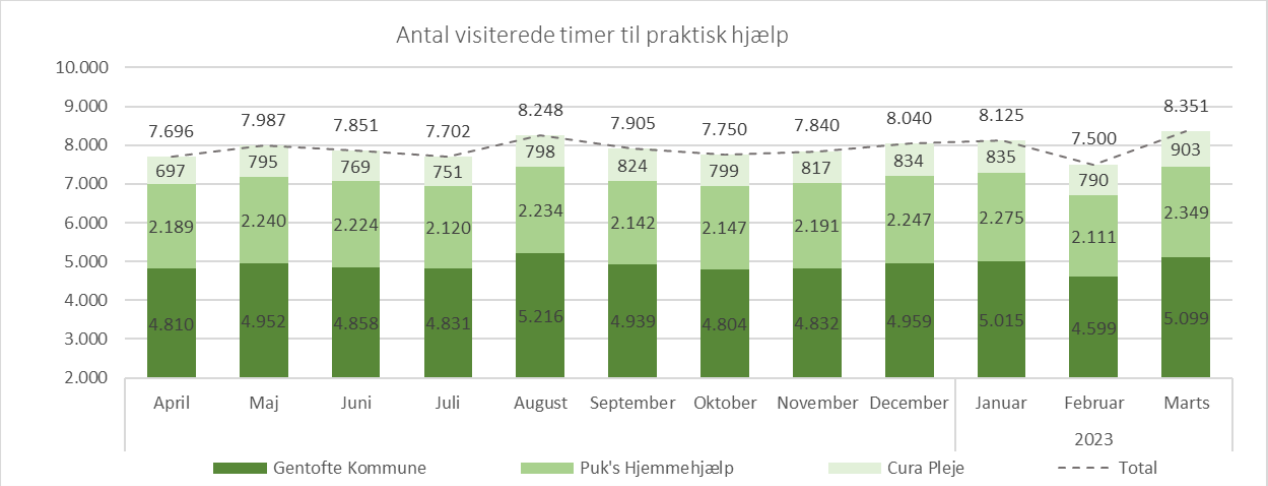


Figur 10

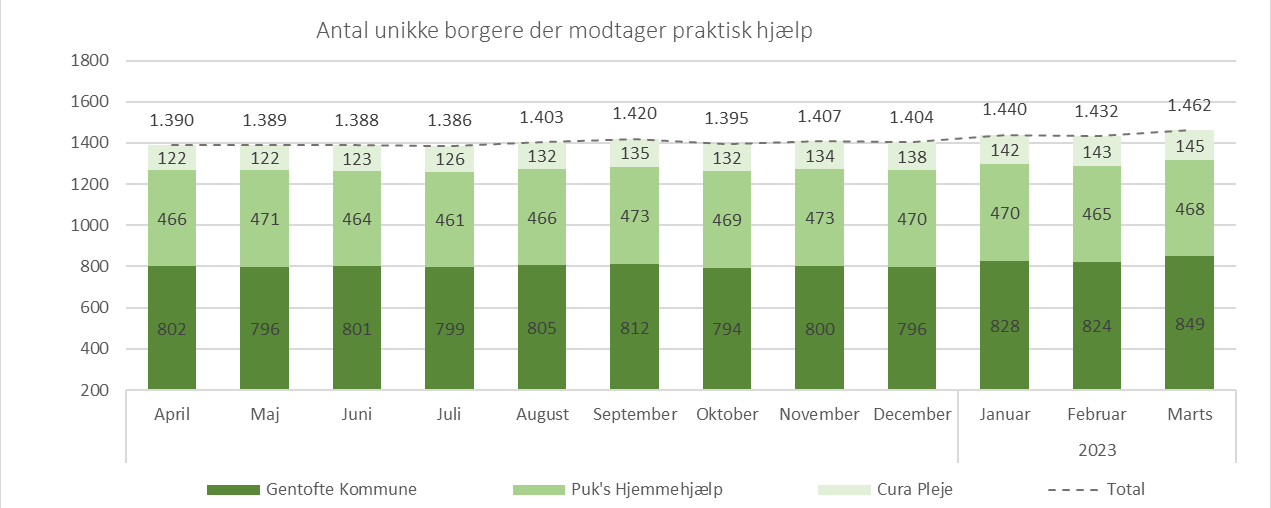


Figur 11 og 12 viser henholdsvis antal visiterede timer til praktisk hjælp og antal unikke visiterede borgere per måned fra april 2022 til marts 2023 fordelt på den kommunale leverandør, Puk's Hjemmehjælp og Cura Pleje. Antallet af visiterede timer for praktisk hjælp varierer hen over den viste periode.

Figur 11

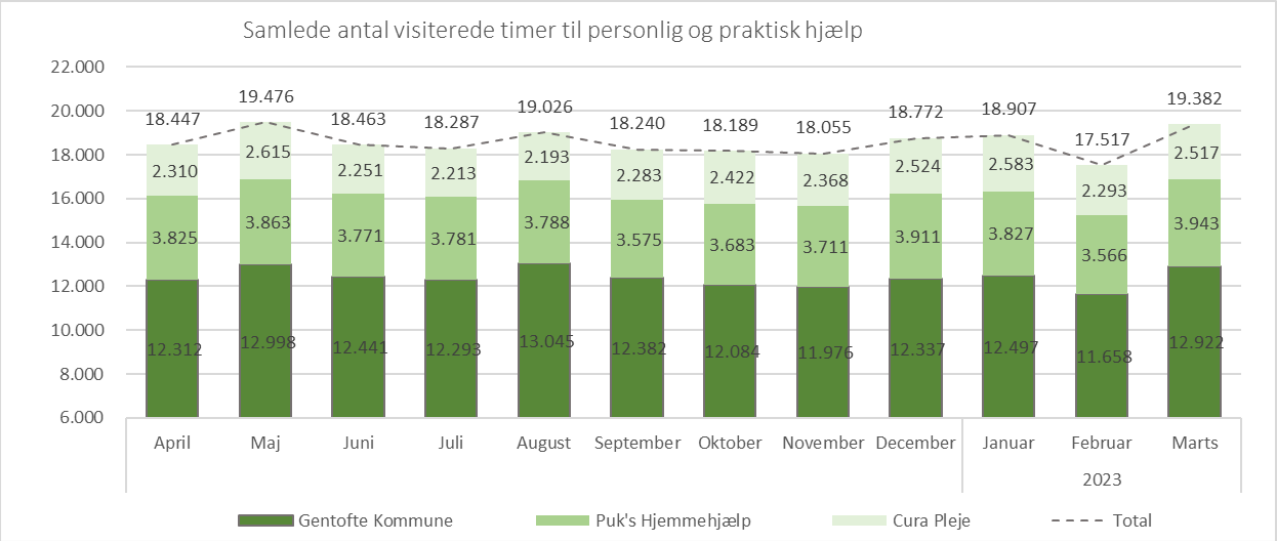


Figur 12

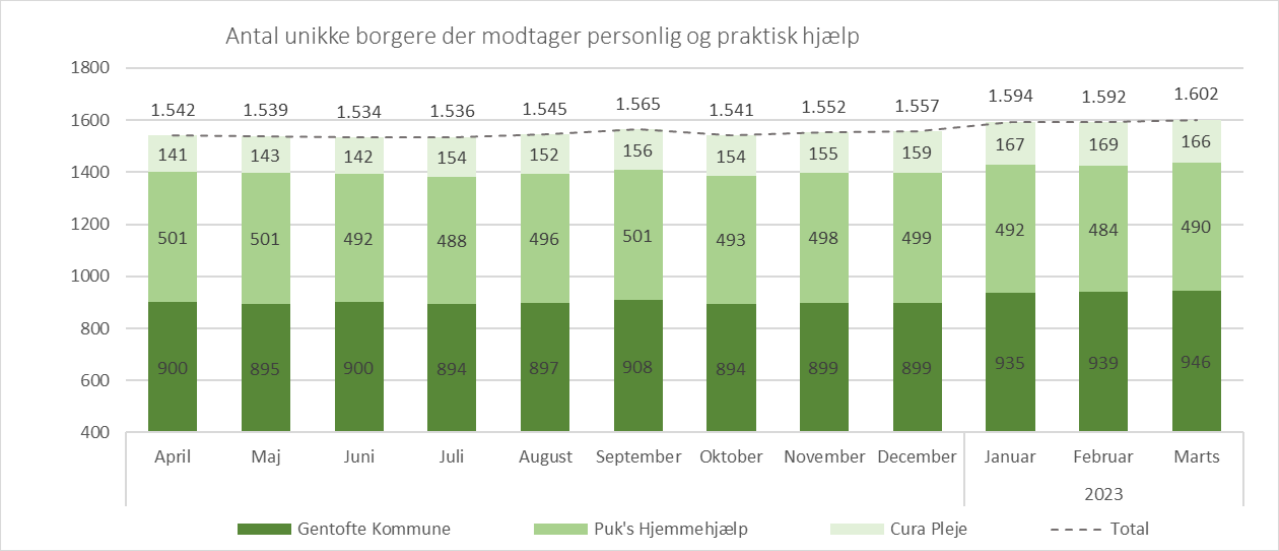


Figur 13 og 14 viser henholdsvis det samlede antal visiterede timer til praktisk og personlig hjælp og antal unikke borgere, som er visiteret til praktisk og personlig hjælp per måned i fra april 2022 til marts 2023 fordelt på den kommunale leverandør og Puk's Hjemmehjælp og Cura Pleje.

Figur 13

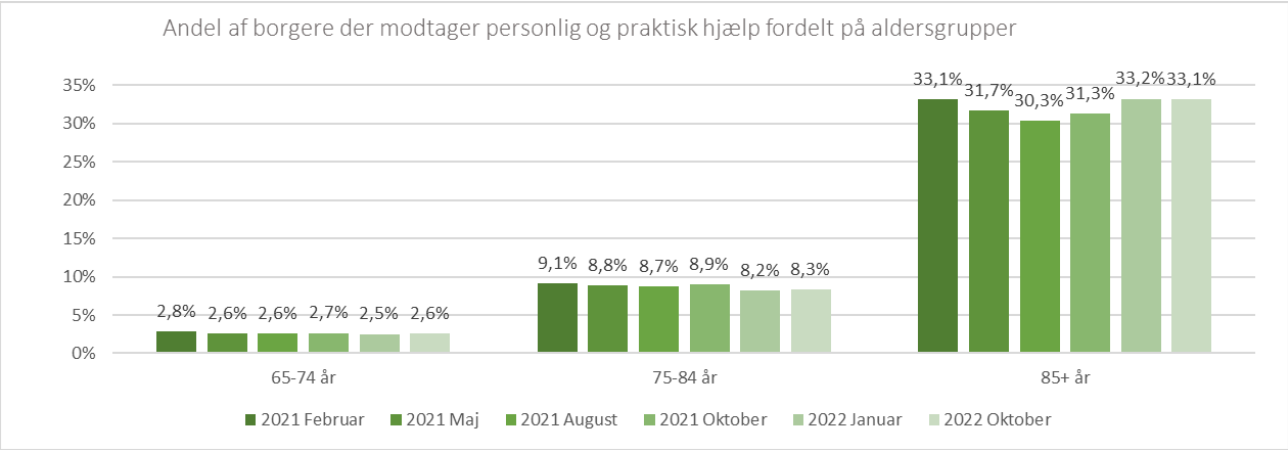


Figur 14



Figur 15 viser den procentvise andel af borgere, der modtager praktisk og personlig hjælp i forhold til det samlede antal borgere i samme aldersgruppe i Gentofte Kommune. Andelen af borgere, der modtager praktisk og personlig hjælp i den viste periode, er relativt stabilt for alle aldersgrupper. Det har ikke været muligt at opdatere figuren med data for første kvartal 2023, og det seneste datapunkt er derfor oktober 2022.

Figur 15



Hjemmesygepleje

Hjemmesygepleje omfatter bl.a. sygdomsforebyggende pleje og rådgivning, koordinering, sårpleje, medicindosering og smertebehandling. Hjemmesygepleje omfatter også forløb som f.eks. palliativ pleje til alvorligt syge og døende. Den sygepleje, som leveres af Akut-teamet, er ikke inkluderet i opgørelsen.

Tabel 1 viser det samlede antal visiterede/registrerede hjemmesygeplejetimer på månedsbasis for borgere, som har modtaget hjemmesygepleje fra oktober 2020 til marts måned 2023.

Tabel 1

Oversigt over antal visiterede/registrerede timer og antal unikke borgere der modtager hjemmesygepleje		Antal visiterede/registrerede timer	Antal unikke borgere	Gennemsnitligt antal hjemmesygepleje timer per borger om ugen
4. kvartal 2020	Oktober	8.975	1.139	1,82
	November	8.687	1.142	1,76
	December	8.885	1.158	1,77
1. kvartal 2021	Januar	8.842	1.163	1,76
	Februar	7.829	1.147	1,58
	Marts	8.556	1.137	1,74
2. kvartal 2021	April	8.399	1.127	1,72
	Maj	8.745	1.139	1,77
	Juni	8.751	1.189	1,70
3. kvartal 2021	Juli	8.740	1.148	1,76
	August	8.340	1.161	1,66
	September	8.078	1.162	1,61
4. kvartal 2021	Oktober	8.277	1.186	1,61
	November	8.068	1.187	1,57
	December	8.413	1.208	1,61
1. kvartal 2022	Januar	8.156	1.202	1,57
	Februar	7.346	1.293	1,31
	Marts	8.396	1.209	1,60
2. kvartal 2022	April	7.914	1.198	1,53
	Maj	8.298	1.203	1,59
	Juni	7.990	1.217	1,52
3. kvartal 2022	Juli	7.957	1.192	1,54
	August	8.146	1.196	1,57
	September	7.886	1.222	1,49
4. kvartal 2022	Oktober	8.057	1.218	1,53
	November	7.937	1.246	1,48
	December	8.237	1.263	1,51
1. kvartal 2023	Januar	8.293	1.266	1,40
	Februar	7.415	1.230	1,50
	Marts	7.987	1.235	1,40

Sygeplejeklinikker

Sygeplejeklinikkerne er beliggende på Mitchellsstræde og på Holmegårdsparken. Borgere, som er visiteret til sygepleje, kan henvises af hjemmesygeplejen til klinikken, hvis borgeren selv kan komme hen på klinikken, evt. med hjælp fra pårørende. Borgeren kan f.eks. få hjælp til sårbehandling, øje- og øredrypning, medicindosering, oplæring i at tage insulin, kompressionsforbinding, lægeordinerede indsprøjtninger, antabusbehandling og skift af blærekateter.

Tabel 2 og 3 viser aktiviteten for hver klinik. Begge klinikker har kapacitet til at modtage 9-10 besøg om dagen. Nogle borgere får flere sygeplejeindsatser per besøg. Sygeplejersken, som betjener klinikken, varetager også andre sygeplejeopgaver og besøg i borgerens hjem, hvis der ikke er booket besøg i klinikken.

Tabel 2

Oversigt over antal borgere og besøg i Sygeplejeklinik Mitchellsstræde		Antal unikke brugere	Antal besøg	Antal besøg i gennemsnit per dag*
4. kvartal 2020	Oktober	35	155	7,0
	November	31	116	5,5
	December	26	130	5,9
1. kvartal 2021	Januar	22	111	5,6
	Februar	21	106	5,3
	Marts	22	161	7,0
2. kvartal 2021	April	23	169	7,7
	Maj	25	177	8,4
	Juni	28	166	7,5
3. kvartal 2021	Juli	33	162	7,4
	August	31	182	8,3
	September	33	183	8,3
4. kvartal 2021	Oktober	35	167	8,0
	November	34	177	7,7
	December	36	197	8,2
1. kvartal 2022	Januar	36	174	8,3
	Februar	37	177	8,9
	Marts	34	202	8,8
2. kvartal 2022	April	32	149	6,8
	Maj	34	181	8,2
	Juni	32	171	7,8
3. kvartal 2022	Juli	31	171	8,1
	August	34	163	7,1
	September	39	178	8,1
4. kvartal 2022	Oktober	43	165	7,8
	November	40	189	9,0
	December	41	180	8,6
1. kvartal 2023	Januar	33	159	7,2
	Februar	35	146	6,6
	Marts	28	114	4,9

**Note: Klinikkerne har kun åbent i hverdage, så antal besøg i gennemsnit per dag, er opgjort ud fra, hvor mange arbejdsdage, der har været i en måned.*

Tabel 3

Oversigt over antal borgere og besøg i Sygeplejeklinik Holmegårdsparken		Antal unikke brugere	Antal besøg	Antal besøg i gennemsnit per dag*
4. kvartal 2020	Oktober	24	180	8,2
	November	29	186	8,9
	December	32	188	8,5
1. kvartal 2021	Januar	30	152	7,6
	Februar	32	144	7,2
	Marts	30	156	6,8
2. kvartal 2021	April	24	121	5,5
	Maj	25	125	6,0
	Juni	27	145	6,6
3. kvartal 2021	Juli	28	139	6,6
	August	28	137	6,2
	September	31	143	6,5
4. kvartal 2021	Oktober	35	154	7,3
	November	31	156	7,1
	December	30	143	6,2
1. kvartal 2022	Januar	25	102	4,9
	Februar	30	152	7,6
	Marts	37	145	6,3
2. kvartal 2022	April	26	118	5,6
	Maj	32	136	6,2
	Juni	28	119	5,4
3. kvartal 2022	Juli	32	110	5,2
	August	27	104	4,5
	September	30	101	4,6
4. kvartal 2022	Oktober	31	99	4,7
	November	35	138	6,5
	December	34	143	6,8
1. kvartal 2023	Januar	39	122	5,5
	Februar	35	110	5,5
	Marts	41	183	7,9

**Note: Klinikkerne har kun åbent i hverdage, så antal besøg i gennemsnit per dag, er opgjort ud fra, hvor mange arbejdsdage, der har været i en måned.*

Pleje- og ældreboliger

Når en borger er visiteret til en plejebolig med fast personale eller plejebolig med hjemmehjælp, skal kommunen tilbyde en bolig senest 2 måneder efter, at borgeren er visiteret, såfremt borgeren ikke ønsker en specifik plejeboligbebyggelse. Det kaldes ventelistegaranti. Ældreboliger er ikke omfattet af ventelistegarantien.

Data for pleje- og ældreboligområdet vises til og med maj 2020 og igen fra juli 2020. Dette skyldes, at boligområdet er konverteret til det nye omsorgsjournalsystem Nexus i juni 2020. Under konverteringen er sagsbehandlingen på boligområdet fortsat som vanligt, men det er ikke muligt at vise data for juni 2020.

Tallene i figur 21, 22 og 23 viser det aktuelle antal visiterede borgere, der venter på en bolig på det pågældende tidspunkt - fordelt på boligkategorierne: plejeboliger med fast personale, plejeboliger med hjemmehjælp og ældreboliger.

Ventelisten til plejeboliger er delt op i:

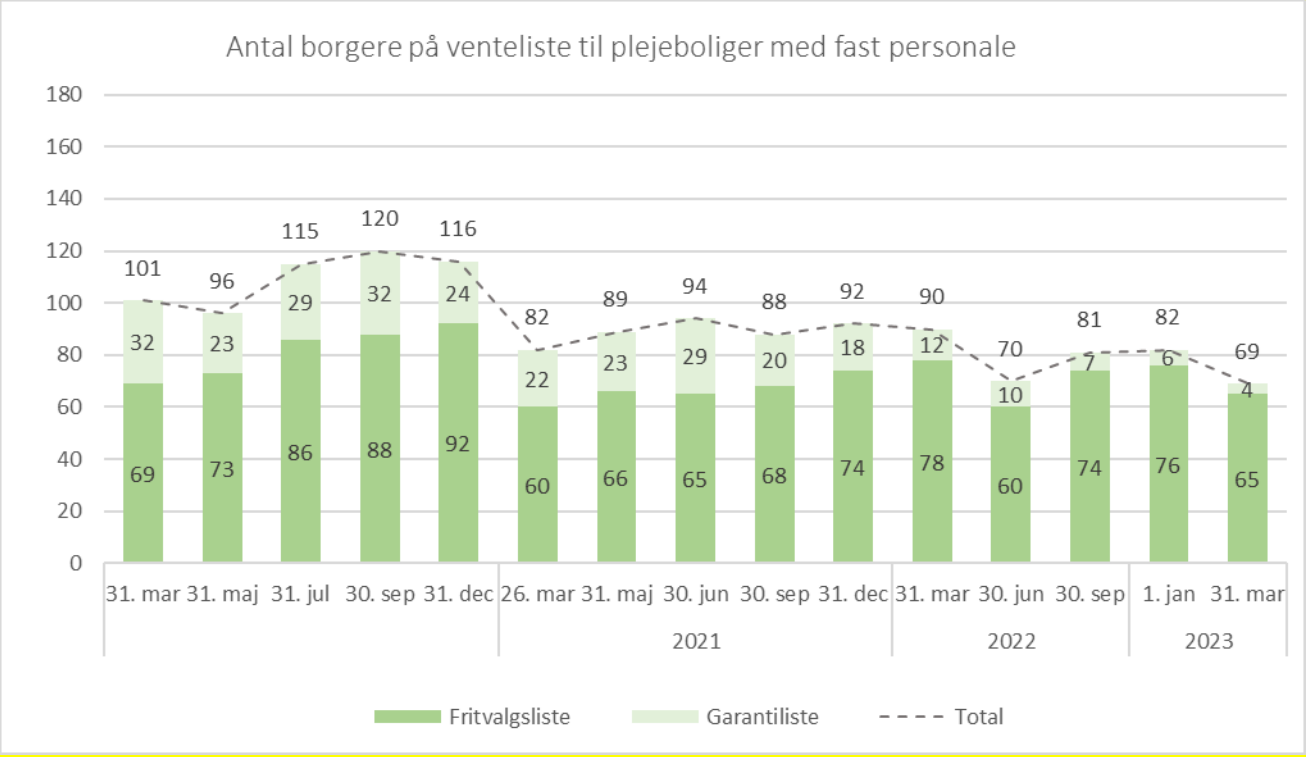
1. Fritvalgslisten: Borgere, som ønsker at bo i en specifik plejeboligbebyggelse
2. Garantilisten: Borgere, som ikke ønsker en specifik plejeboligbebyggelse og som ifølge lovgivningen, har krav på at få tilbudt en plejebolig senest 2 måneder fra den dato, hvor borgeren er visiteret.

Hvis en borger på garantilisten siger nej til et boligtilbud, påbegyndes en ny to måneders garantiperiode. Hvis en borger på fritvalgslisten siger nej til en bolig i en af de ønskede bebyggelser påbegyndes en ny anciennitetsperiode.

Figur 16 viser udviklingen i antallet af borgere på fritvalgs- og garantiventelisten til en plejebolig med fast personale. Antallet af borgere på garanti- og fritvalgslisten påvirkes af ændringer i antal tilgængelige boliger, antallet af ansøgere og antal borgere, der takker ja til et boligtilbud i den viste periode.

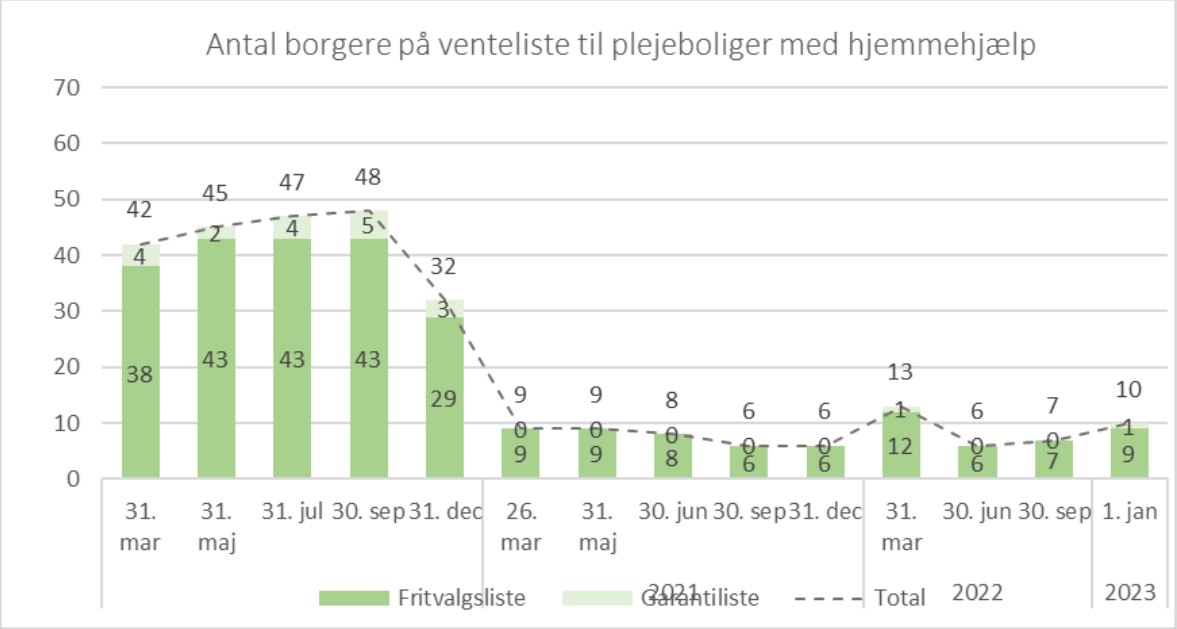
Faldet på begge fritvalgslister skyldes fortsat tæt kontakt med borgere, der takker nej til et boligtilbud. Borgere, som tilkendegiver, at de ikke ønsker at flytte, men vil forblive i eget hjem, fjernes derfor fra ventelisten.
I forhold til plejebolig med hjemmehjælp er der desuden vigende efterspørgsel og arbejdsgangene ved tildelingen af ledige plejeboliger med hjemmehjælp er evalueret og efterfølgende optimeret.

Figur 16



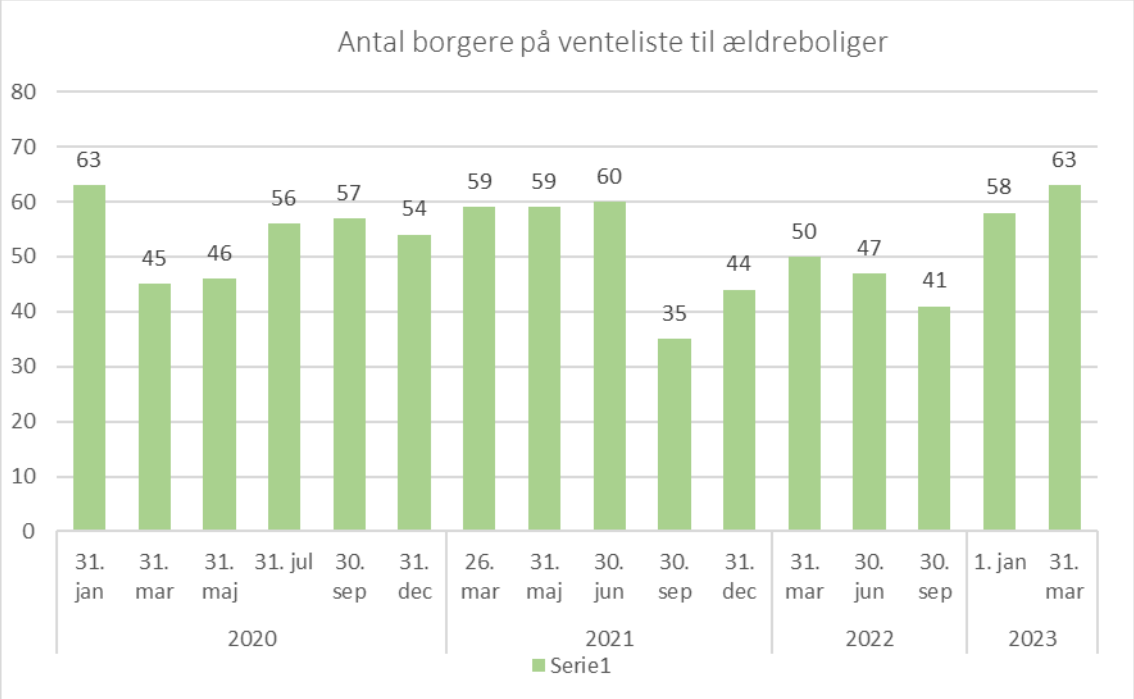
Figur 17 viser udviklingen i antallet af borgere på fritvalgs- og garantilisten til en plejebolig med hjemmehjælp. Det har ikke været muligt at opdatere figuren med data for marts 2023, og det seneste datapunkt er derfor 1. januar 2023.

Figur 17



Figur 18 viser antal borgere på venteliste til ældrebolig. For ældreboliger er der ifølge lovgivningen ingen garantiforpligtelse, hvorfor der kun er en fritvalgsventeliste.

Figur 18



Tabel 4 viser antallet af borgere på garantlisten, som har modtaget et boligtilbud, hvor garantiforpligtelsen var hhv. opfyldt og ikke opfyldt. I 4. kvartal 2022 fik 59 borgere fra garantilisten for begge boligtyper et boligtilbud. Alle 59 borgere fik et boligtilbud inden for garantiperioden på 2 måneder.

Gentofte Kommune kan pr. 31. december 2022 visitere til 647 plejeboliger med fast personale, 210 plejeboliger med hjemmehjælp og 489 ældreboliger. Ud af 489 ældreboliger er 13 almene ældreboliger Ved Stolpehøj allokeret til Ukrainske fordrevne.

Tabel 4 - Opfyldelse af garantiforpligtelsen for plejeboligområdet

Antal borgere fra garantilisten, som er tilbudt bolig i løbet af 1.1 - 31.3.2023	Opfyldt garanti	Ikke opfyldt garanti
Plejebolig med fast personale	46	0
Plejebolig med hjemmehjælp	7	0
I alt	53	0

Genoptræningsplaner

Ifølge Sundhedsloven §140 skal regionen tilbyde en individuel genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra hospital.

Formålet med genoptræningsplanerne er at sikre målrettede, sammenhængende og effektive genoptræningsforløb for patienter, der har behov for genoptræning efter udskrivning fra hospital. Genoptræningsplanen er en henvisning af den enkelte patient til genoptræning efter udskrivning fra hospitalet og skal sikre, at de sundhedspersoner, som har ansvaret for genoptræningsindsatsen efter udskrivning fra hospital, har den nødvendige og tilstrækkelige information til at varetage en faglig relevant og tilstrækkelig genoptræningsindsats.

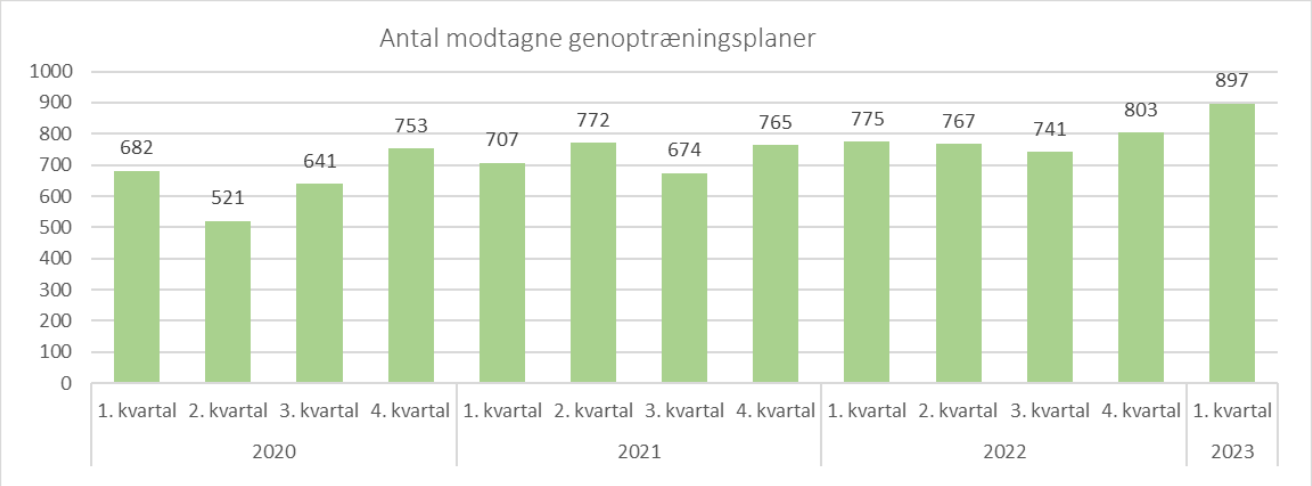
Genoptræningsplanen skal angive, om patienten har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau. Almen genoptræning varetages af rehabiliteringsområdet under Pleje og Sundhed og kan foregå under indlæggelse eller som ambulant forløb.

Rehabiliteringsområdet under Pleje og Sundhed varetager yderligere genoptræning og vedligeholdende træning efter Lov om Social Service samt vederlagsfri fysioterapi efter Sundhedsloven for borgere, som har valgt at få dette i kommunalt regi.

Herlev- Gentofte Hospital har meddelt på møde i den Faglige SundhedsKlynge, at Hospitalet er i gang med at nedbringe ventelister på operationer. De har lige nu særligt fokus på borgere, der venter på operationer i knæ, hofter, hænder og fødder. Stigningen i antallet af genoptræningsplaner i 1. kvartal tilskrives den øgede aktivitet på hospitalet.

Figur 19 viser det samlede antal modtagne genoptræningsplaner. Hen over perioden ses udsving i antallet af modtagne genoptræningsplaner.

Figur 19



Økonomisk status - Forebyggelse, rehabilitering og pleje

Forebyggelse, rehabilitering og pleje

	Oprindeligt budget	*Korrigeret budget*	*Forbrug*	*Forventede bevillingsændringer*	*Forventet regnskab*
Serviceudgifter	**941,1**	**934,2**	**245,2**	**0,3**	**934,5**

Afvigelse mellem forventet regnskab og korrigeret budget inkl. forventede bevillingsændringer **0,0**

Det korrigerede budget udgør 934,2 mio. kr. og det forventede regnskab er på i alt 934,5 mio. kr., hvilket dækker over merforbrug/mindreindtægter på 0,3 mio. kr., der søges tillægsbevilget, samt tekniske omplaceringer på 0,1 mio. kr.

	i mio. kr.
Korrigeret budget (a)	934,2
Tekniske omplaceringer (b)	0,1
Heraf:	
EOJ uddanndelsesmidler	*0,1*
Ansøgte tillægsbevillinger i alt (c)	0,2
Heraf:	
Indkøbsordning	*0,2*
Andre afvigelser (d)	-
Forventet regnskab (e=a+b+c+d)	934,5

Den ansøgte tekniske omplacering vedrører uddannelsesmidler svarende til 0,1 mio. kr. i relation til omsorgssystemet (EOJ), som flyttes fra den centrale IT-afdeling under Politisk ledelse og administration til Forebyggelse, rehabilitering og pleje.

Der har været gennemført udbud af indkøbsordningen for hjemmeboende borgere, som har medført stigende priser og samlet merudgifter på 0,2 mio. kr., der søges tillægsbevilget.

Udover de forventede merforbrug, har forvaltningen stor fokus på udviklingen under kommunens selvejende plejehjem, der de seneste år har udvist store merforbrug. Forvaltningen er i løbende i dialog med institutionerne for at sikre, at udgiftsniveauerne balancerer med de afsatte budgetter.

Anlægsstatus

Socialudvalget - anlægsudgifterne

	Oprindeligt budget	*Korrigeret budget*	*Forbrug*	*Forventede bevillingsændringer*	*Forventet regnskab*
Samlede anlægsudgifter	**11,4**	**73,7**	**0,9**	**0,0**	**29,5**

Afvigelse mellem forventet regnskab og korrigeret budget inkl. forventede bevillingsændringer **-44,2**

Det korrigerede budget udgør 73,7 mio. kr. Der forventes et regnskab på 29,5 mio. kr. svarende til et mindreforbrug på 44,2 mio. kr. i forhold til det korrigerede budget. Der er generelt en vis usikkerhed om det forventede regnskab i løbet af året, idet disse påvirkes af både fremdriften i de enkelte anlægsprojekter og tidspunktet for hvornår den tilknyttede afregning gennemføres. Mindreforbruget vedrører primært brandsikring af plejeboliger.

Afrapportering magtanvendelser

Magtanvendelser – Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte

I arbejdet med voksne med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne, kan der opstå situationer, hvor det viser sig umuligt at løse situationen med en socialpædagogisk indsats og andre mindre indgribende indsatser. Det kan som sidste udvej være nødvendigt at sætte ind med indgreb i selvbestemmelsesretten for at beskytte borgeren, personalet eller andre borgere.

Der er for målområdet indberettet 66 magtanvendelser i 2022. Af disse er 52 forhåndsgodkendelser til at bruge blød bespænding, tryghedsskabende velfærdsteknologi og flytning uden samtykke.
De resterende 14 indberetninger omhandler brug af kortvarig fastholdelse uden forhåndsgodkendelse.

Tabel 5: Oversigt over antal magtanvendelsessager med forhåndsgodkendelse i Social & Handicap Drift

§ i serviceloven	§ 128 Forhåndsgodkendelse på Blød bespænding	§§ 128 a og 128 b Tryghedsskabende velfærdsteknologi	§ 129 Flytning uden samtykke
Blindenetværket	20 sager er behandlet og godkendt i 2022	0	0
Blomsterhusene	27 sager er behandlet og godkendt i 2022	0	0
Boligerne ved Grønningen	3 sager er behandlet og godkendt i 2022	1	0
Østerled	0	0	1
I alt	**50**	**1**	**1**

Social & Handicap har i 2022 haft et stort fokus på området omkring magtanvendelser og muligheden for at ansøge om forhåndsgodkendelser, i sager hvor borgere ikke kan give et samtykke. Der har i 2022 været ansøgt om 52 forhåndsgodkendelse på indgreb i selvbestemmelsesretten på Gentofte Kommunes tilbud. Forhåndsgodkendelserne er givet til Boligerne ved Grønningen, Blomsterhusene, Blindenetværket og Østerled.

Tabel 6: Oversigt over antal magtanvendelsessager uden forhåndsgodkendelse i Social & Handicap Drift

	2018	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**Antal pladser**
Boligerne ved Grønningen	-	4	4	3	2	24
Boligerne ved Gammelmosen	-	4	1	0	1	24
Job- & Akt. Center	5	9	3	4	0	194
Helhedstilbuddet Blindenetværket	0	8	4	2	0	33
Botilbuddet Blomsterhusene	9	6	1	2	1	39
Østerled	0	1	3	3	9	29
Hvide/Gule Hus	0	0	0	0	0	13
Center for Netværk	0	0	0	0	0	21
Botilbuddet Pilekrogen	0	0	0	0	1	16
Botilbuddet Skelvej og Callisens vej	0	0	0	0	0	15
Værkstedshuset	0	0	0	0	0	24,4
Josephinehøj	0	0	0	0	0	10

I alt	**14**	**32**	**16**	**14**	**14**	**442,4**

Social & Handicap har i 2022 registreret 14 magtanvendelsessager uden forhåndsgodkendelse på Kommunes egne tilbud. Alle 14 magtanvendelser er alle afgjort som tilladte. Social & Handicap Drift har i 2022 haft kontinuerlig undervisning i reglerne om brug af magt efter servicelovens bestemmelser. Generelt arbejder tilbuddene med at imødekomme borgenes behov inden for den pædagogiske ramme og ved brug af fysisk guidning.

Dette har resulteret i et lavt antal indberetninger uden forhåndsgodkendelser i 2022.

Boligerne ved Grønningen har i 2022 indberettet 2 magtanvendelser uden forhåndsgodkendelse. Begge sager omhandlede kortvarig fastholdelse, hvor en borger var til fare for sig selv, medarbejdere og andre beboere, begge magtanvendelser blev afgjort som tilladte. Boligerne ved Grønningen har i 2022 søgt forhåndsgodkendelser på 4 borgere. 3 borger har modtaget forhåndsgodkendelser på brug af blød bespænding og 1 borger har modtaget forhåndsgodkendelse til brug af velfærdsteknologi. Tilbuddet har i 2022 været meget optaget af, at medarbejderne er klædt fagligt på gennem undervisning, kurser og supervision.

Boligerne ved Gammelmosen har i 2022 indberettet 1 magtanvendelse uden forhåndsgodkendelse, hvor en borger var til fare for en anden beboer. Indgrebet blev afgjort som tilladt. Boligerne ved Gammelmosen har i løbet af året, været optaget af kommunikation med borgerne, og hvilke krav der stilles til beboerne. Udadreagerende adfærd opleves oftest, hvis personalet ikke lytter eller forstår eller stiller for store krav til en borger. Det drøftes selvfølgelig løbende: Ikke at sige "du skal" – men i stedet at sige f.eks. "vil du hjælpe med at…" eller "kunne du tænke dig at…", - eller "tror du ikke, at det ville være dejligt at…" osv.

Job-, Aktivitets- og Kompetencecentret JAC har i 2022 ikke indberettet magtanvendelser efter servicelovens bestemmelser. JAC har i 2022 arbejdet kontinuerligt med den pædagogiske praksis med fysiske guidning som et pædagogisk greb for at sikre borgernes tryghed og trivsel. Tilbuddet har i 2022 modtaget undervisning i reglerne om magtanvendelser for at sikre at nye medarbejde har de bedste forudsætninger for at arbejde med målgruppen.

Blomsterhusene har i 2022 indberette 1 magtanvendelse uden forhåndsgodkendelse. Magtanvendelsen er afgjort som tilladt. I tilbuddet har der har været fokus på at motivere og guide borgerne inden for rammerne af lovgivningen og arbejde med en hensigtsmæssig arbejdsgang for månedlige indberetninger af forhåndsgodkendelserne. Blomsterhusene har i 2022 søgt om 27 forhåndsgodkendelser på brug af blød bespænding. Forhåndsgodkendelser er gældende i 18 måneder, hvorefter de skal genbehandles.

Blindenetværket har i 2022 søgt om forhåndsgodkendelse på i alt 20 borgere. Blindenetværket har i 2022 været optaget af arbejdsgangen for de månedlige registreringer som følge af forhåndsgodkendelserne.

Pilekrogen har i 2022 indberettet 1 indgreb i selvbestemmelsesretten. Episoden omhandlede en borger, der var i fare og kortvarigt blev fastholdt af en medarbejder.

Østerled har indberettet 9 magtanvendelser i 2022 efter servicelovens § 124d på én borger. Borgeren har fremskreden demens og alle indberetningerne er afgjort som tilladte. Ligeledes har Østerled i samarbejde med myndighed søgt om forhåndsgodkendelse til flytning uden samtykke, fordi rammerne på tilbuddet ikke kunne imødekomme borgerens behov. Borgeren blev flyttet til et andet tilbud. Tilbuddet har i 2022 været optaget af episoder der ligger i gråzone-området mellem pædagog-/omsorgsarbejdet og magtanvendelse. Episoderne er drøftet kontinuerligt i personalegruppen og brugt som løftestang for faglig udvikling.

Gentofteborgere bosiddende i andre kommuner
Social & Handicap Myndighed har i 2022 behandlet 7 indberetninger uden forhåndsgodkendelse fordelt på 2 borgere i botilbud i andre kommuner. Den ene borger har et solisttilbud, og har omfattende nedsat psykisk funktionsevne med tendens til udadreagerende adfærd. Social & Handicap er løbende i dialog med tilbuddet om håndtering af indgrebene og minimering af brugen af magt til et absolut minimum. Den anden borger er i et sikret tilbud og var i den indberettede episode til fare for sig selv og andre.

Magtanvendelser – Forebyggelse, rehabilitering og pleje

Personalet i Pleje og Sundhed arbejder med at yde omsorg, pleje og socialpædagogisk bistand overfor en gruppe mennesker med betydelig og varig nedsat psykisk funktionsevne, herunder mennesker med demens der ikke kan tage vare på egne interesser. Omsorgen må i udgangspunktet ikke gennemføres med fysisk magt. I ganske særlige undtagelsessituationer, hvor det viser sig umuligt at løse situationen med plejemæssige og socialpædagogiske tiltag, kan det som sidste udvej være muligt at anvende magt. Servicelovens §§124b-137d og Social-, Bolig- og Ældreministeriets bekendtgørelse nr. 170 af 24/01/2022 indeholder regler om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for mennesker med betydelig og varig nedsat psykisk funktionsevne. Formålet med lovgivningen er at styrke retssikkerheden for de svageste borgere og for personalet, som varetager omsorgen.

På pleje- og sundhedsområdet er det demensteamet, som er ansvarlige for behandlingen af indberetning af magtanvendelse. Behandlingen kan ende ud i at blive godkendt, afvist eller vurderet som ikke relevant.

Der er indberettet 9 magtanvendelser uden forhåndsgodkendelse i 2022, heraf er 8 godkendt og 1 er ikke relevant efter Servicelovens bestemmelser. De 9 indberettede magtanvendelser fordeler sig over følgende området; 7 indenfor plejebolig, 1 indenfor rehabilitering og 1 indenfor hjemmeplejen. 7 af de 9 indberettede magtanvendelser er i forbindelse med Serviceloven § 136 c "*Kortvarig fastholdelse i personlig hygiejnesituationer*", 1 er i forbindelse med Serviceloven § 124 c "*Afværgehjælp*" og 1 er foretaget uden hjemmel efter Servicelovens magtanvendelsesregler. Der er i 2022 ikke modtaget nogen klager over kommunens afgørelse om magtanvendelser.

I efteråret 2022 satte Pleje og Sundhed fornyet fokus på magt, magtanvendelse og indberetninger af magtanvendelse. Årsagen var blandt andet, at registreringen af magtanvendelse gik fra papirformat til elektroniske registreringer i omsorgsjournalen i forbindelse med revision af regler om magtanvendelse i år 2020. Dertil blev det vurderet, at der var et behov for øget viden og faglig oplæring i forhold til magt og magtanvendelse. Der blev afholdt workshops, hvor formålet var, at ledere og medarbejdere blev klædt på til at varetage opgaven. Lederne blev klædt på til at understøtte medarbejderne til at få fokus på magt og magtanvendelse, og to medarbejdere per arbejdsplads deltog efterfølgende i workshops, hvor magt og magtanvendelse blev belyst gennem cases.

Det er forventningen, at det fornyede fokus på magt, magtanvendelse og indberetning af magtanvendelse vil føre til flere indberettede magtanvendelser. Der er allerede observeret en stigning i antallet af indberettede magtanvendelse i fjerde kvartal 2022 sammenlignet med de øvrige kvartaler i 2022, og denne tendens forventes at fortsætte i 2023. Dette er en positiv udvikling, da det er et tegn på, at ledere og medarbejdere på arbejdspladserne i Pleje og Sundhed er blevet mere opmærksomme på vigtigheden af at have fokus på magt, magtanvendelse og indberetning af magtanvendelser.

Tabel 7: Oversigt over antal magtanvendelsessager uden forhåndsgodkendelse i Pleje og Sundhed Drift

Områdets navn		**Type af indgreb (§ i Serviceloven)**			**Total**
		§ 136 c Kortvarig fastholdelse i personlig hygiejnesituationer	**Indgreb foretaget uden hjemmel (servicelovens magtanvendelsesregler)**	**§ 124 c Afværgehjælp**	
Plejebolig	Egebjerg	-	1	-	1
	Nymosehave	2	-	-	2
	Jægersborghave	3	-	-	3
	Holmegårdsparken	1	-	-	1
Rehabilitering		-	-	1	1
Hjemmeplejen		1	-	-	1
Total		7	1	1	9

Nedenfor fremgår en beskrivelse af de enkelte tilbud, hvor der har været indberettet magtanvendelse i 2022.

Egebjerg har foretaget 1 magtanvendelse uden forhåndsgodkendelse. Personalet har lavet en aftale med en borger, som efterfølgende glemmer aftalen. I en akutopstået situation er personalet nødsaget til at fratage nogle af beboerens ejendele. Denne situation er ikke beskrevet i lovgivningen, derfor er indberetningen registreret under *Indgreb foretaget uden hjemmel (servicelovens magtanvendelsesregler).* Personalet vurderes til at have handlet korrekt, både i forhold til beboerens egen sikkerhed og de andre beboers sikkerhed, hvorfor at indberetningen er afgjort som godkendt.

Nymosehave har registreret 2 magtanvendelser på samme borger, uden forhåndsgodkendelse. Dog ses det, at indberetningsskemaerne er identiske. Der er sket en fejl i forbindelse med registreringen, og indgrebet er kun foretaget 1 gang. Indberetningen omhandler kortvarig fastholdelse i personlig hygiejne for at undgå omsorgssvigt. Indberetningen er afgjort som godkendt.

Jægersborghave har foretaget 3 magtanvendelser uden forhåndsgodkendelse, hvoraf 2 af magtanvendelserne var hos samme beboer. Begge indgreb omhandler kortvarig fastholdelse i personlig hygiejne. Den ene gang var for at undgå omsorgssvigt, den anden gang var

for at efterkomme borgerens eget ønske, hvor borgeren undervejs skifter mening. Begge indberetninger er afgjort som godkendt. Det tredje indberetningsskema er også foretaget i forbindelse med kortvarig fastholdelse for at forebygge urinvejsinfektion. Egen læge har været inde over beslutningen. Indberetningen er afgjort som godkendt.

Holmegårdsparken har foretaget 1 magtanvendelse uden forhåndsgodkendelse. Indgrebet omhandler kortvarig fastholdelse i personlig hygiejne for at undgå omsorgssvigt. Indberetningen er afgjort som godkendt.

Rehabilitering
Indberetningen vurderes ikke relevant, da borgeren samtykker til indgrebet.

Hjemmeplejen har foretaget 1 magtanvendelse uden forhåndsgodkendelse. Indgrebet omhandler kortvarig fastholdelse i personlig hygiejne. Borger samtykker til hjælpen, men skifter mening undervejs. Personalet er nødsaget til at fortsætte for at undgå omsorgssvigt og sikre borgers værdighed. Indberetningen er afgjort som godkendt.

Afrapportering tilsyn

På Social og Handicaps område er der flere tilsyn efter forskellige lovgivninger. Disse leveres af forskellige myndigheder:

- Botilbuddene er omfattet af et driftsrettet tilsyn efter Lov om Socialtilsyn. Gentofte Kommune har Socialtilsyn Hovedstaden som tilsynsmyndighed.
- For dagtilbuddene har kommunalbestyrelsen ansvaret for det driftsrettede tilsyn. Dette er placeret i Social og Handicap Myndighed. For at sikre ensartethed på tværs af tilbuddene har Social og Handicap Myndighed indgået en tilkøbsaftale omkring disse driftstilsyn med Socialtilsyn Hovedstaden.
- Botilbuddene er desuden omfattet af et sundhedsfagligt tilsyn (det risikobaserede tilsyn). Her er Styrelsen for Patientsikkerhed tilsynsmyndighed.

Der har ikke været gennemført risikobaseret tilsyn i 2022.

Tilsynet efter Lov om Socialtilsyn skal sikre retssikkerheden for en gruppe borgere, der i mange tilfælde ikke selv er i stand til at stille krav eller forsvare egne rettigheder. Tilsynet skal belyse, om hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en fagligt forsvarlig måde. Endelig skal tilsynet skabe grundlag for en konstruktiv dialog mellem dem, der bestiller en opgave (myndighedsfunktionen) og dem, der udfører den (driftsafdelingen og de decentrale enheder, dvs. tilbuddene). Formålet er at sikre kvaliteten i opgaveløsningen. Socialtilsynet udarbejder en samlet vurdering af hvert tilbud ud fra en kvalitetsmodel med syv temaer[4]. Konklusionen fra tilsynsrapporten for hvert enkelt tilbud offentliggøres på Tilbudsportalen.

Kvalitetsmodellen er et dialogredskab, som skal give et systematisk og målrettet udgangspunkt for Socialtilsynets samlede faglige vurdering af tilbuddenes kvalitet. Kvaliteten af et tilbud vurderes ud fra, i hvor høj grad formålet med indsatsen, jf. Lov om social service, realiseres og bidrager til, at borgerne trives. Socialtilsynet beslutter, hvilke temaer der skal udvælges ved driftstilsynene, og hvilke tilbud som skal modtage uanmeldte tilsyn.

Efterfølgende er det samlede billede af tilsynsrapporterne på bo- og dagtilbud herunder opmærksomhedspunkterne blevet drøftet i Social og Handicap Drift – mellem områdechef, tilbudsledere og konsulenter. Tilbuddene arbejder selv med deres individuelle rapporter og understøttes af konsulenter, som bl.a. tilbyder undervisning i Servicelovens regler for magtanvendelse, dokumentation i dokumentationssystemet Bosted mv.

Afrapportering af tilsyn med botilbud 2022

I Social & Handicap Drift er der 11 botilbud med meget forskellige målgrupper.

Der er udført syv anmeldte driftstilsyn og fire uanmeldte driftstilsyn i 2022 af Socialtilsyn Hovedstaden.

Socialtilsynet kan på baggrund af et tilsyn give tilbuddet sanktioner, i form af påbud og/eller vilkår og/eller skærpet tilsyn.
Med udgangspunkt i syv kvalitetstemaer kommer socialtilsynet med følgende vurderinger i deres tilsyn:

- Udviklingspunkt - et udviklingspunkt gives, hvis der er forhold eller tiltag, som tilbuddet med fordel kan overveje eller være opmærksom på
- Opmærksomhedspunkt – et opmærksomhedspunkt gives ved forhold/tiltag, som tilbuddet skal have særlig opmærksomhed på, og hvor det forventes, at tilbuddet følger Socialtilsynets anbefaling. Der følges særligt op på opmærksomhedspunktet ved næste tilsyn
- Påbud – et påbud gives, hvis Socialtilsynet finder, at et forhold ikke er i orden. Efterlevelse af påbuddet kan gøres til en betingelse for fortsat godkendelse
- Skærpet tilsyn – et tilbud kan komme under skærpet tilsyn, hvis Socialtilsynet finder, at der er forhold, som skaber bekymring for driften, borgernes sikkerhed og sundhed, eller hvis det ud fra en samlet vurdering findes, at tilbuddet ikke længere har den fornødne kvalitet.

Ingen tilbud har i 2022 fået sanktioner i form af påbud, vilkår eller skærpet tilsyn, og alle tilbud er fortsat godkendte.
Fem tilbud, Blindenetværket, Blomsterhusene, Boligerne ved Grønningen, Herberget Overførstergården samt Østerled har fået opmærksomhedspunkter under forskellige temaer fra kvalitetsmodellen:

[4] kvalitetsmodellens temaer: 1) Uddannelse og beskæftigelse, 2) Selvstændighed og relationer, 3) Målgruppe, metoder og resultater, 4) Sundhed og trivsel, 5) Organisation og ledelse, 6) Kompetencer og 7) Fysiske rammer

Blindenetværket

Under temaet: Sundhed og Trivsel skriver Socialtilsynet:

> *'I det omfang der foreligger forhåndsgodkendelser, skal alle tilfælde af magtanvendelser indberettes på registreringsskema i henhold til forhåndsgodkendelsen, og kopi fremsendes månedligt til Socialtilsynet. Socialtilsynet vurderer det er et opmærksomhedspunkt, at tilbuddet efterlever gældende lovgivning på området.'*

Dette omhandler brug af stofseler for borgere der ikke kan give et informeret samtykke til brug af stofseler. Tilbuddet har søgt forhåndsgodkendelser for de borgere, hvor dette kan komme på tale. Det drejer sig, som det fremgår, om at tilbuddet skal arbejde efter gældende lovgivning. Udfordringen kan være, at tilbuddet har ganske vanskeligt ved at efterleve kravet om dokumentation ved hvert klik, altså hver gang en stofsele lukkes eller åbnes, da dette er meget tidskrævende.

Der er efter tilsynsbesøget udarbejdet en arbejdsgang, der efterlever lovgivningen. Denne arbejdsgang er udrullet på alle botilbud, der benytter stofseler. Alle botilbud, der har borgere indenfor målgruppen, gennemgår pt. de enkelte borgere i samarbejde med borgerens handlekommune, for at afklare om nogle borgere er i stand til at give informeret samtykke til brug af stofseler.

Blomsterhusene

Under temaet: Sundhed og Trivsel

> *'Tilbuddet skal sikre i hvert enkelt konkrete tilfælde, at en borger er habil i forhold til det denne, giver samtykke til fx blød sele og kunne redegøre herfor.'*

Her er fokus på, hvordan tilbuddet tolker borgerens kommunikation og dermed, om borgeren kan give et habilt samtykke. Dette skal i givet fald dokumenteres til løbende læring og forbedring af indsatsen i forhold til den enkelte borger.

Under temaet: Organisation og Ledelse:

> *'Tilbuddet skal udarbejde og fremsende en konkret tids- og handleplan til Socialtilsynet for, hvordan ledelsen vil sikre borgernes lejemæssige rettigheder inden 16.12.2022.'*

Dette drejer sig om, at der er opsat døre/låger med lås i nogle levegruppers fælleskøkkener. Disse foranstaltninger er sat i værk for at sikre, at borgerne ikke kommer til skade ved fx at spise rå fødevarer, drikke skoldhed kaffe mv. Sideløbende har tilbuddet fået et påbud fra Levnedsmiddelkontrollen om, at madvarer skal være låst inde af hygiejniske hensyn.

Årsagen til, at Socialtilsynet har dette fokus, er et fokus på borgernes retssikkerhed. Botilbuddet er oprettet efter ABL § 105, hvilket giver borgerne en lejekontrakt på egen bolig og via deres husleje betaler de for fællesarealerne. På den baggrund skal alle borgere have fri adgang til alle fællesarealer. Tilbuddet har den 15.12.2022 fremsendt den efterspurgte konkrete plan herfor til Socialtilsynet, om hvorledes problematikken søges løst.
Løsningen er, at der er en medarbejder fast i køkkenet, hvilket kræver ekstra hænder. Udfordringerne ved dette er, ud over den økonomiske, at borgerne er mere opmærksomme på køkkenet, søger mod køkkenet og hele tiden skal guides i en anden retning, til en anden aktivitet, for netop at undgå at nogen kommer tæt på den varme havregrød mv.

Boligerne ved Grønningen

Under temaet: Organisation og ledelse

> *'Tilbuddets ledelse bør sikre, at der er overensstemmelse mellem tilbuddets juridiske konstruktion/godkendelsesgrundlag og borgernes visitation og deraf dokumentation fra de visiterende kommuner.'*

Ved en stikprøvekontrol finder Socialtilsynet, at en handlekommune har visiteret en borger til §108 og ikke til ABL §105. Der er forskel på den juridiske konstruktion, og Socialtilsynet har her fokus på borgernes retssikkerhed.

Herberget Overførstergården

Under temaet: Organisation og ledelse

> *'Tilbuddets driftsoverenskomst er fortsat ikke i overensstemmelse med Lov om Socialtilsyn. Socialtilsynet vil indlede en dialog med Forstander og bestyrelse med henblik på at få bragt dette i orden.*
> *Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets personalegennemstrømning og sygefravær er meget højt, og ledelsen bør derfor have fokus på, hvordan man fastholder medarbejdere og understøtter et lavere sygefravær.'*

Herberget har skiftet forstander 2 gange inden for en kort periode, og den nuværende forstander startede ganske kort tid før tilsynsbesøget
Tilbuddet afventer fortsat på, at Socialtilsynet tager initiativ til at indlede en dialog om driftsoverenskomst.

I.f.t. spørgsmålet om at tilbuddet har et meget højt sygefravær og høj personalegennemstrømning var det grundet den ledelsesmæssige situation på tidspunktet for tilsynet ikke muligt at dykke nærmere ned i sygefravær og personalegennemstrømning. Efterfølgende har tilbuddet, i alle henseender af ledelse af personalet, opmærksomhed på fastholdelse for at sikre en større kontinuitet i personalegruppen. Socialtilsynet har fortsat fokus på, at tilbuddet arbejder med dette, og derfor har Socialtilsynet valgt at opstille et opmærksomhedspunkt i forhold til at nedbringe begge forhold.

Østerled

Under temaet: Fysiske rammer

> *'Tilbuddet skal inden den 31.10.2022 sende tegninger hvor det tydeligt fremgår, hvilke arealer som er fællesarealer og servicearealer. Socialtilsynet vil når disse er modtaget i dialog med tilbuddet følge op på, om der er fællesarealer som bliver benyttet som servicearealer.'*

Det drejer sig om, at Socialtilsynet ved tilsynsbesøget fandt opdelingen mellem fællesarealer og servicearealer uklar.
Det viser sig, at Gentofte Ejendomme ikke har præcise tegninger over fordelingen af fællesarealer og servicearealer, men i stedet en fordelingsnøgle, hvor 32 % af fællesarealerne er servicearealer.
Tilbuddet har været i dialog med tilsynet, der er tilfredse med, at der arbejdes på at skabe klarhed – men fortsat har fokus på opdelingen mellem fællesareal og serviceareal.

Se *Samlet notat socialtilsyn og tilkøbte socialtilsyn 2022* i bilaget til kvartalsrapporten.

Tilsynsrapporterne kan ikke webtilgængeliggøres på tilbuddenes hjemmesider og derfor har de hidtil ikke været publiceret der. Der er nu truffet beslutning om, at de lægges på tilbuddenes hjemmesider med henvisning til Tilbudsportalen for webtilgængeligt format.

Tilbudsportalen findes her:
https://tilbudsportalen.dk/tilbudssoegning/landing/index
Søg på:

- Boligerne ved Gammelmosen
- Boligerne ved Grønningen
- Bofællesskaberne Skelvej og Callisensvej
- Bofællesskabet Josephinehøj
- Botilbud Blomsterhusene
- Center for Trivsel og Netværk
- Helhedstilbuddet Blindenetværket
- Herberget Overførstergården
- Hvide og Gule Hus
- Pilekrogen
- Østerled
- Café Stolpen
- Gentofte Håndarbejdsværksted
- Job-, Aktivitets- og Kompetence Centeret

Afrapportering af tilsyn 2022 – hjemmepleje, plejeboliger og rehabilitering

Styrelsen for Patientsikkerhed: Sundhedsfaglige tilsyn og Ældretilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemfører sundhedsfagligt tilsyn i hele sundhedsvæsnet. De sundhedsfaglige tilsyn er planlagte tilsyn, hvor der årligt føres tilsyn med 10 procent af de registreringspligtige enheder på området. Styrelsen udvælger enhederne på baggrund af en risikovurdering og stikprøver. En risikovurdering betyder, at styrelsen på baggrund af tilsynserfaringer og andre data analyserer, om der er områder, hvor der kan være problemer med den fornødne kvalitet. Formålet med de sundhedsfaglige tilsyn er at fremme patientsikkerheden på alle typer af behandlingssteder, og at understøtte Styrelsen for Patientsikkerheds vision om, at det skal være trygt at være patient.

Udover det sundhedsfaglige tilsyn foretager Styrelsen for Patientsikkerhed også et ældretilsyn. Tilsynet har været en 4-årig forsøgsordning i 2018-21, som nu er forlænget til og med 2024. Det er et uvildigt tilsyn, der skal bidrage til læring og udvikling af de social- og plejefaglige indsatser på ældreområdet efter Servicelovens §§ 83-87. Tilsynet erstatter hverken det nuværende kommunale tilsyn på ældreområdet eller Styrelsen for Patientsikkerheds sundhedsfaglige tilsyn. Ældretilsynet er et supplement til de eksisterende tilsyn, der bevares uændret.

Derudover kan der også foretages reaktive tilsyn, som er bekymringstilsyn, der kan foretages, hvis en borger har mistanke eller bekymring til en sundhedsperson, et behandlingssted eller en plejeenhed. Borgeren henvender sig direkte til Styrelsen for Patientsikkerhed, der undersøger henvendelsen nærmere. Disse tilsyn kan laves både som sundhedsfagligt tilsyn og ældretilsyn.

For hvert område, der føres tilsyn på, er der udarbejdet specifikke målepunkter, som det enkelte tilbud skal leve op til, og som der ved et tilsynsbesøg bliver auditeret på.

Styrelsen for Patientsikkerhed udarbejder en tilsynsrapport efter hvert tilsyn, hvoraf det fremgår, om der er konstateret overtrædelser eller mangler af betydning for patientsikkerheden.

Styrelsen for Patientsikkerheds tilsynsrapporter er tilgængelige på Gentofte Kommunes hjemmeside:
Tilsyn med ældre- og sundhedsområdet - Gentofte Kommune

Tilsyn i Gentofte Kommune

I 2022 blev der foretaget 10 tilsyn i alt fordelt på:

- Ældretilsyn: 3 (hjemmeplejen: lokalgruppe Gentofte og PUK's Hjemmehjælp samt plejeboliger: Jægersborghave)
- Reaktive ældretilsyn: 2 (plejeboliger: Lindely og Rygårdcentret)
- Sundhedsfaglige tilsyn: 5 (hjemmeplejen: Sygeplejeklinik Nord, plejeboliger: Adelaide, Lindely og Nymosehave samt Rehabilitering: Tranehaven)

Hjemmepleje

Gentofte Hjemmepleje – lokalgruppe Gentofte

Styrelsen for Patientsikkerhed foretog planlagt ældretilsyn den 15. marts 2022, hvor der blev fundet mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet. Tilsynet fandt uopfyldte målepunkter under temaet "Procedurer og dokumentation".
Styrelsen har på baggrund af tilsynet henstillet, at plejeenheden sikrer, at:

- borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation i forhold til mentale funktioner
- borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje bliver afdækket og de afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation
- afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.

Styrelsen har på baggrund af tilsynet ikke bedt om handleplan.

Sygeplejeklinik Nord

Styrelsen for Patientsikkerhed foretog planlagt sundhedsfagligt tilsyn den 28. april 2022, hvor der blev fundet mindre problemer af betydning for patientsikkerheden. Tilsynet fandt uopfyldte målepunkter under temaerne "Behandlingsstedets organisation", "Journalføring" og "Medicinhåndtering". Styrelsen har på baggrund af tilsynet henstillet, at behandlingsstedet sikrer, at:

- der foreligger en beskrivelse af personalets kompetence samt ansvars- og opgavefordeling og herunder beskrivelse af regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver og evt. rammedelegation

- det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer
- den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand
- den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme
- der foreligger en skriftlig instruks for medicinhåndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger
- der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke
- doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer
- aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin.

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget handleplan, som opfylder deres henstillinger. Af handleplanen fremgår det bl.a., at Sygeplejeklinik Nord har arbejdet med at forbedre den sundhedsfaglige dokumentation, udarbejde og opdatere instrukser, og øge fokus på medicinhåndtering.

PUK's Hjemmehjælp

Styrelsen for Patientsikkerhed foretog planlagt ældretilsyn den 17. maj 2022, hvor der blev fundet mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet. Tilsynet fandt uopfyldte målepunkter under temaerne: "Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død", "Borgernes trivsel og relationer", "Målgrupper og metoder", "Procedurer og dokumentation" samt "Aktiviteter og rehabilitering". Styrelsen har på baggrund af tilsynet henstillet at plejeenheden sikrer, at:

- borgerne oplever at have selvbestemmelse, medindflydelse og medinddragelse i eget liv gennem hele døgnet
- borgernes vaner og ønsker er beskrevet og kan fremfindes af alle relevante medarbejdere
- alle relevante medarbejdere ved, hvor de kan finde borgernes ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation
- pårørende bliver inddraget, og at der lyttes i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov
- at aftaler af betydning for borgernes daglige, hjælp, pleje og omsorg er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation
- borgere med kognitive funktionsnedsættelser og demens, får den rette hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres særlige behov og udfordringer, der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser og demens findes beskrivelser i den social- og plejefaglige dokumentation af den hjælp, pleje og omsorg, som ydes til disse borgere i relevante situationer
- tone, adfærd og kultur afspejler, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser og demens modtager den relevante faglige hjælp, omsorg og pleje
- en praksis, hvor der systematisk følges op på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand
- ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og opfølgning herpå fremgår af dokumentationen samt at borgernes helbredstilstand og opfølgning herpå fremgår af dokumentationen
- der er opmærksomhed på, at hjælp, pleje og omsorg er rettet mod at forebygge forringet helbred og funktionsevnetab
- der er fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt en fastlagt en praksis for, hvordan relevant viden bliver delt mellem faste medarbejderne og vikarer
- borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation i forhold til praktiske opgaver og mobilitet
- mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation
- der er en praksis for at indhente borgernes ønsker til meningsfulde aktiviteter
- medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for at deltage i meningsfulde aktiviteter.

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget handleplan, som opfylder deres henstillinger. Af handleplanen fremgår det bl.a., at PUK's Hjemmehjælp har arbejdet med dokumentation, herunder oplæring af medarbejdere, og med øget fokus på undervisning i demens og medicinhåndtering.

Plejeboliger

Adelaide - tilsynsrapport fra 4. oktober 2022

Styrelsen for Patientsikkerhed foretog reaktivt sundhedsfagligt tilsyn den 4. oktober 2022, hvor der blev fundet kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden. Tilsynet fandt uopfyldte målepunkter under temaerne: "Behandlingsstedets organisering", "Journalføring", "Faglige fokuspunkter", "Medicinhåndtering", "Patienters retsstilling", "Hygiejne" og "Øvrige fund". Styrelsen har på baggrund af tilsynet stillet krav til, at behandlingsstedet sikrer, at:

- der foreligger en beskrivelse af personalets kompetence samt ansvars- og opgavefordeling og herunder beskrivelse af regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver og evt. rammedelegation
- den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal

- de formelle krav til journalføring er overholdt
- det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer
- den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand
- den sundhedsfaglige dokumentation som minimum indeholder en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand, pleje og behandling og skal opdateres ved ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstand
- der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand
- det fremgår, hvilke aftaler der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap
- ledelse og personale kan redegøre for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger samt, at der foreligger aftaler om kontrol og behandling af kroniske sygdomme
- den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af pleje, behandling og kontrol hos patienter der har fået foretaget kirurgiske indgreb
- den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme
- personalet har kompetencer til at håndtere pludselig opstået sygdom/ulykke hos patienter
- der foreligger en skriftlig instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning
- personalet kender og følger instruks for fravalg af livsforlængende behandling
- der foreligger en skriftlig instruks for medicinhåndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger
- personalet kender instruksen for medicinhåndtering, og at personalet følger denne
- af håndtering af risikosituationslægemidler foregår patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt og følger Sundhedsstyrelsens vejledninger
- den ordinerede medicin findes i patients medicinbeholdning
- dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato
- doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer
- der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning
- medicin er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
- det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser om patienten er vurderet helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling
- informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation
- der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver relevante og forsvarlige arbejdsgange mhp. at sikre forebyggelse af infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v.
- personalet er instrueret og følger den skriftlige instruks mhp. at sikre forebyggelse af infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v.

Styrelsen for Patientsikkerhed har givet påbud om, at behandlingsstedet skal opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden. Adelaide har ikke skulle aflevere en skriftlig handleplan, da der blev givet påbud, men generelt har de arbejdet med at forbedre deres dokumentation, herunder har medarbejdere modtaget undervisning, opdatering af instrukser samt medicinhåndtering.

Jægersborghave

Styrelsen for Patientsikkerhed foretog planlagt ældretilsyn den 2. juni 2022, hvor der blev fundet mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet. Tilsynet fandt uopfyldte målepunkter under temaerne: ”Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død”, ”Målgrupper og metoder”, ”Procedurer og dokumentation” samt ”Aktiviteter og rehabilitering”. Styrelsen har på baggrund af tilsynet henstillet, at plejeenheden sikrer, at:

- selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden.
- de social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge fald er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation hvor det er relevant.
- borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation i forhold til mobilitet.
- borgerne oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter.

Styrelsen har på baggrund af tilsynet ikke bedt om handleplan.

Lindely

Styrelsen for Patientsikkerhed foretog reaktivt ældretilsyn den 28. marts 2022 og reaktivt sundhedsfagligt tilsyn den 2. september 2022.

Ved ældretilsynet den 28. marts 2022 blev der fundet mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet. Tilsynet fandt uopfyldte målepunkter under temaet " Organisation, ledelse og kompetencer". Styrelsen har på baggrund af tilsynet henstillet, at plejeenheden sikrer, at:

- der i plejeenheden er ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer.

Styrelsen har på baggrund af tilsynet ikke bedt om handleplan.

Ved det sundhedsfaglige tilsyn den 2. september 2022 blev der fundet ingen problemer af betydning for patientsikkerheden. Tilsynet fandt ingen uopfyldte målepunkter og det tidligere påbud blev ophævet. Styrelsen har på baggrund af tilsynet ikke bedt om handleplan.

Nymosehave

Styrelsen for Patientsikkerhed foretog reaktivt sundhedsfagligt tilsyn den 7. april 2022, hvor der blev fundet mindre problemer af betydning for patientsikkerheden. Tilsynet fandt uopfyldte målepunkter under temaerne: "Journalføring", "Medicinhåndtering" og "Patienters retsstilling". Styrelsen har på baggrund af tilsynet henstillet, at behandlingsstedet sikrer, at:

- den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal
- de formelle krav til journalføring er overholdt
- den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme
- der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke
- der dokumenteres, hvem der har dispenseret og administreret ikke-dosebar medicin, og hvornår
- der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning
- aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin
- informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation
- patientens og eventuel pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information fremgår af dokumentationen.

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget handleplan, som opfylder deres henstillinger. Af handleplanen fremgår det bl.a., at Nymosehave har arbejdet med at forbedre dokumentation, journaliseringspraksis og medicinhåndtering.

Rygårdcentret, Drossellunden - tilsynsrapport fra 25. oktober 2022

Styrelsen for Patientsikkerhed foretog reaktivt ældretilsyn den 25. oktober 2022, hvor der blev fundet mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet. Tilsynet fandt uopfyldte målepunkter under temaerne: "Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne" og "Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter §86". Styrelsen har på baggrund af tilsynet henstillet, at plejeenheden sikrer, at:

- at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af dårlig mundhygiejne dokumenteres
- de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål, er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet.

Styrelsen har på baggrund af tilsynet ikke bedt om handleplan.

Rehabilitering

Tranehaven

Styrelsen for Patientsikkerhed foretog planlagt sundhedsfagligt tilsyn den 29. november 2022, hvor der blev fundet større problemer af betydning for patientsikkerheden. Tilsynet fandt uopfyldte målepunkter under temaerne: "Faglige fokuspunkter", "Medicinhåndtering", "Patienters retsstilling", "Overgange i patientforløb" og "Øvrige fund". Styrelsen har på baggrund af tilsynet stillet krav til, at behandlingsstedet sikrer, at:

- de 12 sygeplejefaglige problemområder er vurderet.
- patientens aktuelle og potentielle problemer er identificeret
- der lægges planer for patientens aktuelle pleje og behandling.
- planen for patientens pleje og behandling evalueres og opdateres.

- der er en praksis for at vurdere de 12 sygeplejefaglige problemområder.
- der er en praksis for, at patientens aktuelle og potentielle problemer er identificeret
- der er en praksis for, at der er lagt en plan for patientens aktuelle pleje og behandling
- der er en praksis for, at planen for patientens pleje og behandling evalueres og opdateres.
- der følges op på effekt og eventuelle bivirkninger.
- patienternes og eventuelle pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information fremgår af dokumentationen.
- det af journalen fremgår, at smerte under aktivitet er vurderet, evt. med valideret skala
- det af journalen fremgår, at genoptræning tilbydes i henhold til genoptræningsplanen
- at det af journalen fremgår, at patientens ernæringstilstand er vurderet, og at der handles på denne vurdering
- det af journalen fremgår, at der ved behov sikres nødvendige tiltag med henblik på forebyggelse af fald
- der overleveres oplysninger fra fx plejecentre, bosteder, hjemmepleje, hjemmesygepleje og midlertidige pladser om den sygeplejefaglige pleje og behandling ved indlæggelse.
- den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal
- der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand.

Styrelsen for Patientsikkerhed har givet påbud om, at behandlingsstedet skal opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden. Tranehaven har ikke skulle aflevere en skriftlig handleplan, da der blev givet påbud, men generelt har de arbejdet med undervisning, oplæring, workshop, audit, journalgennemgange, dokumentationspraksis, opfølgning og fokus på forløb for at leve op til gældende regler.

Uanmeldt kommunalt tilsyn 2022

Resultaterne fra de uanmeldte kommunale tilsyn i 2022 er blevet fremlagt for Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget den 9. marts 2023 (punkt 1), Økonomiudvalget den 20. marts 2023 (punkt 11) og Kommunalbestyrelsen den 27. marts 2023 (punkt 11).

På grund af en fejl var alle bilag ikke tilknyttet sagen. Derfor forelægges resume af uanmeldte tilsyn igen sammen med samtlige tilsynsrapporter.

Resultater fra uanmeldte tilsyn i 2022

BDO har ført tilsyn med hjemmeplejen, herunder både den kommunale og de private leverandører, midlertidige pladser, plejeboliger samt rehabilitering og ambulant genoptræning. BDO vurderer en række temaer under hvert område via en vurderingsskala fra 1-5, hvor 5 er den bedste vurdering:

1. Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt
2. Indikatorerne er i lav grad opfyldt
3. Indikatorerne er i middel grad opfyldt
4. Indikatorerne er i høj grad opfyldt
5. Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt

Hjemmeplejen: BDO gennemførte i efteråret tilsyn hos Gentofte Kommunes hjemmepleje og de to private leverandører af hjemmepleje. En kort opsummering fra tilsynet og dets fund er vedlagt i bilag. Indikatorerne er placeret på følgende måde for de 3 leverandører af hjemmepleje:

- Høj grad opfyldt: Dokumentation, Personlig pleje og Organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde
- Meget høj grad opfyldt: Praktisk hjælp, Kommunikation og adfærd, Sundhedsfremme og forebyggelse

Midlertidige pladser, herunder rehabilitering på Tranehaven: BDO gennemførte i efteråret 2022 tilsyn på de midlertidige pladser på henholdsvis Drossellunden og Tranehaven i Gentofte Kommune. En kort opsummering fra tilsynet og dets fund er vedlagt i bilag. Indikatorerne er placeret på følgende måde for de midlertidige pladser:

- Lav grad opfyldt: Medicin
- Mellem lav- og middel grad opfyldt: Dokumentation og Sygepleje udover medicin
- Middel grad opfyldt: Mad og måltider
- Mellem middel- og høj grad opfyldt: Personlig pleje og praktisk hjælp, Aktiviteter og træning, Organisatorisk ramme og tværfagligt samarbejde og Observationsstudier
- Høj grad opfyldt: Kommunikation og adfærd

Plejeboligerne: BDO gennemførte i efteråret 2022 tilsyn i alle plejeboliger i Gentofte Kommune. En kort opsummering fra tilsynet og dets fund er vedlagt i bilag. Indikatorerne er placeret på følgende måde for alle plejeboliger i Gentofte Kommune:

- Middel grad opfyldt: Dokumentation
- Mellem lav og middel grad opfyldt: Medicin
- Middel grad opfyldt: Personlig pleje og praktisk hjælp, Mad og måltider og Observationsstudier
- Høj grad opfyldt: Organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde
- Mellem høj grad- og meget høj grad opfyldt: Kommunikation og adfærd, Aktiviteter og træning og Sygepleje udover medicin

Ambulant genoptræning på Tranehaven: BDO gennemførte tilsyn hos den ambulante genoptræning på Tranehaven i november 2022. En kort opsummering fra tilsynet og dets fund er vedlagt i bilag. Indikatorerne er placeret på følgende måde:

- Høj grad opfyldt: Indikatorerne for Dokumentation og Organisatoriske rammer og kompetenceudvikling
- Meget høj grad opfyldt: Træningsindsats, Fysiske rammer og træningsfaciliteter og Tværfagligt samarbejde

På baggrund af anbefalingerne i tilsynsrapporterne er der igangsat følgende aktiviteter i Pleje og Sundhed:

- Medicin: Alle har udarbejdet handleplaner med en plan for, hvordan der arbejdes med indsatser, der håndterer udfordringerne på medicinområdet (Opbevaring, Dispensering, Administration, Dokumentation, Tidstro kvittering og Faglige drøftelser). Handleplanerne konkretiserer udfordringen, hvem der er ansvarlig og opfølgningsdato. Derudover er Pleje og Sundhed i gang med at revidere undervisning i medicin, og medicinundervisningen vil fremadrettet have et større fokus på de udfordringer, som bliver belyst i tilsynene.
- Dokumentation: Der er igangsat en række tværgående initiativer, som skal styrke områdets dokumentationspraksis. Der er bl.a. i efteråret 2022 blevet udpeget superbrugere i alle områder af organisationen, som i samarbejde med lederne skal sikre at kvaliteten i dokumentationen øges, og at dokumentationen lever op til gældende lovgivning. Derudover er der igangsat et større udviklingsprojekt, som har fokus på at ensrette og systematisere dokumentationspraksissen på tværs. Pleje og Sundhed har afholdt flere tværgående workshops for at identificere udfordringer, som der arbejdes på at løse i 2023.

Alle tilsynsrapporter for de uanmeldte tilsyn for 2022 er vedhæftede som bilag, og de er tilgængelige på Gentofte Kommunes hjemmeside: Tilsyn med ældre- og sundhedsområdet - Gentofte Kommune

Relateret document 2/21

Dokument Navn:	**Budgetændringer 2023, ÆSS, 1. kvartalsrapportering 2023.pdf**
Dokument Titel:	**Budgetændringer 2023, ÆSS, 1. kvartalsrapportering 2023**
Dokument ID:	**5068310**

Gentofte Kommune

20. april 2023

Budgetændringer - Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget

Beløb angivet i millioner - Negative tal forbedrer økonomien - positive forværrer den.

Budgetudvikling

Oversigten herunder angiver årets vedtagne ændringer og forventede afvigelser til det oprindelige budget under det enkelte bevillingsområde. Datoangivelsen for tillægsbevillinger og tekniske omplaceringer er fastsat efter den dag de er godkendt. Beløb under 50.000 kr. angives som 0,0 mio. kr.

Borgere med Handicap

Oprindeligt budget **436,2**

Dato	*Ændringstype*	*Udgiftstype*	*Emne*	*Beløbsændring*
27-03-2023	Genbevilling	Service	Genbevilling overført fra 2022	1,7

Korrigeret budget **437,9**

Forventet regnskab **437,9**

Forebyggelse, Rehabilitering og Pleje

Oprindeligt budget **1.268,8**

Dato	*Ændringstype*	*Udgiftstype*	*Emne*	*Beløbsændring*
27-03-2023	Genbevilling	Service	Genbevilling overført fra 2022	-6,9

Korrigeret budget **1.261,9**

Ansøgte tillægsbevillinger

Dato	*Ændringstype*	*Udgiftstype*	*Emne*	*Beløbsændring*
24-04-2023	Teknisk omplacering	Service	EOJ uddanndelsesmidler	0,1
24-04-2023	Tillægsbevilling	Service	Indkøbsordning	0,2

Forventet regnskab **1.262,2**

Relateret document 3/21

Dokument Navn:	**Bilag. Resume af uanmeldte kommunale tilsyn i Pleje og Sundhed 2022.pdf**
Dokument Titel:	**Bilag. Resume af uanmeldte kommunale tilsyn i Pleje og Sundhed 2022**
Dokument ID:	**4973146**

Bilag. Resume af uanmeldte kommunale tilsyn i Pleje og Sundhed 2022

Hjemmeplejen

BDO gennemførte i efteråret tilsyn hos Gentofte Kommunes hjemmepleje og de to private leverandører af hjemmepleje.

Tilsynet vurderer, at der er en anerkendende, respektfuld dialog og adfærd i relation til borgerne. Tilsynet vurderer, at borgerne giver udtryk for stor tilfredshed med medarbejdernes opmærksomhed på borgers velbefindende, og der følges op på helbredsmæssige udfordringer. I forhold til dokumentation vurderer tilsynet, at store dele af dokumentationen udføres tilfredsstillende, der ses dog manglende sammenhæng i dokumentationen nogle steder. Det er kun den kommunale leverandør, der vurderes på indikatoren medicin, og her vurderer tilsynet at gældende retningslinjer ikke følges i forhold til dispensering, opbevaring, administration og dokumentation. Tilsynet vurderer, at sygeplejeydelser udover medicin udføres fagligt korrekt, samt at der er sammenhæng mellem beskrevne- og leverede sygeplejeydelser.

Midlertidige pladser, herunder rehabilitering på Tranehaven

BDO gennemførte i efteråret 2022 tilsyn på de midlertidige pladser på henholdsvis Drossellunden og Tranehaven i Gentofte Kommune.

I relation til Tranehaven anerkender tilsynet, at der ledelsesmæssigt er stor bevidsthed om behovet for at sikre, at indsatser i relation til træning og rehabilitering fremadrettet tilbydes på en mere struktureret og systematisk måde og med et større fokus på, at indsatserne leveres med udgangspunkt i et tæt tværfagligt samarbejde.

I forhold til de midlertidige pladser generelt, er det tilsynets vurdering, at borgerne er tilfredse med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje. Der opleves en rimelig tilfredsstillende kontinuitet i plejen. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kommunikerer og agerer på en særdeles imødekommende og respektfuld måde og i alle situationer sikrer borgerens medindflydelse og medbestemmelse. Tilsynet vurderer, der er udfordringer i at sikre en korrekt dokumentation og varetagelse af medicin, og der ses mangler i forhold til døgnrytmeplaner og handleanvisninger. Der er ligeledes udfordringer med opbevaring, håndtering, administration og dispensering af medicinen.

Plejeboligerne

BDO gennemførte i efteråret 2022 tilsyn i alle plejeboliger i Gentofte Kommune.

Generelt anerkender tilsynet medarbejdernes respektfulde og anerkendende kommunikation. Tilsynet oplever en meget venlig og imødekommende omgangstone,

og der er en oplevelse af, at medarbejderne kan fagligt reflektere og redegøre for de faktorer, der medvirker til at skabe respektfuld kommunikation og adfærd. Generelt er der en meget høj grad af varierede tilbud om aktiviteter og et aktivt hverdagsliv. Tilsynet vurderer, at beboerne oplever, at de tilbydes meningsfulde aktiviteter og træning, som de deltager i efter ønsker og behov. I forhold til sygepleje udover medicin vurderer tilsynet generelt, at der er sammenhæng mellem de visiterede og leverede sygeplejeindsatser. Ligeledes kan medarbejderne redegøre for udførelsen af sygeplejeindsatser, herunder deres egne kompetence- og ansvarsområde. Med hensyn til de organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde vurderer tilsynet, at der generelt er ledelsesmæssigt fokus på at sikre gode rammer for det tværfaglige samarbejde, herunder at sikre at medarbejderne fagligt sparrer med hinanden på tværs af afdelinger, så de faglige kompetencer udnyttes bedst muligt. Både i forhold til dokumentation og medicinhåndtering placerer plejeboligerne sig i den lave ende. I forhold til medicin handler det om korrekt håndtering og i forhold til dokumentation handler det om manglende ensretning og systematisk dokumentation.

Ambulant genoptræning på Tranehaven

BDO gennemførte tilsyn hos den ambulante genoptræning på Tranehaven i november 2022.

Tilsynet vurderer, der samlet set er en god dokumentation, der giver et godt overblik over baggrund, formål og effekt af træningsforløbene. Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er fokus på at skabe gode rammer for det tværfaglige samarbejde, og at den nuværende mødestruktur understøtter dette. Tilsynet vurderer, at der kommunikeres på en særdeles respektfuld og anerkende måde under træningssituationer.

Relateret document 4/21

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport MTO Drossellund 2022.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport MTO Drossellund 2022**
Dokument ID:	**4960955**

Tilsynsrapport
Gentofte Kommune

Midlertidige pladser, Drossellunden

Uanmeldt tilsyn 2022

INDHOLD

1. OPLYSNINGER OM MIDLERTIDIGE PLADSER, DROSSELLUNDEN 4

2. VURDERING 5
2.1 TILSYNETS VURDERINGER 5
2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER 7

3. DATAGRUNDLAG 9
3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER 9
3.2 DOKUMENTATION 9
3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP 11
3.4 MAD OG MÅLTIDER 13
3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD 14
3.6 TRÆNING OG REHABILITERING 15
3.7 MEDICINHÅNDTERING 16
3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN 17
3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE 18
3.10 OBSERVATIONSSTUDIE 20

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE 21
4.1 FORMÅL 21
4.2 METODE 21
4.3 VURDERINGSSKALA 23
4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE 24

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om enheden.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer, observationsstudier og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra den indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

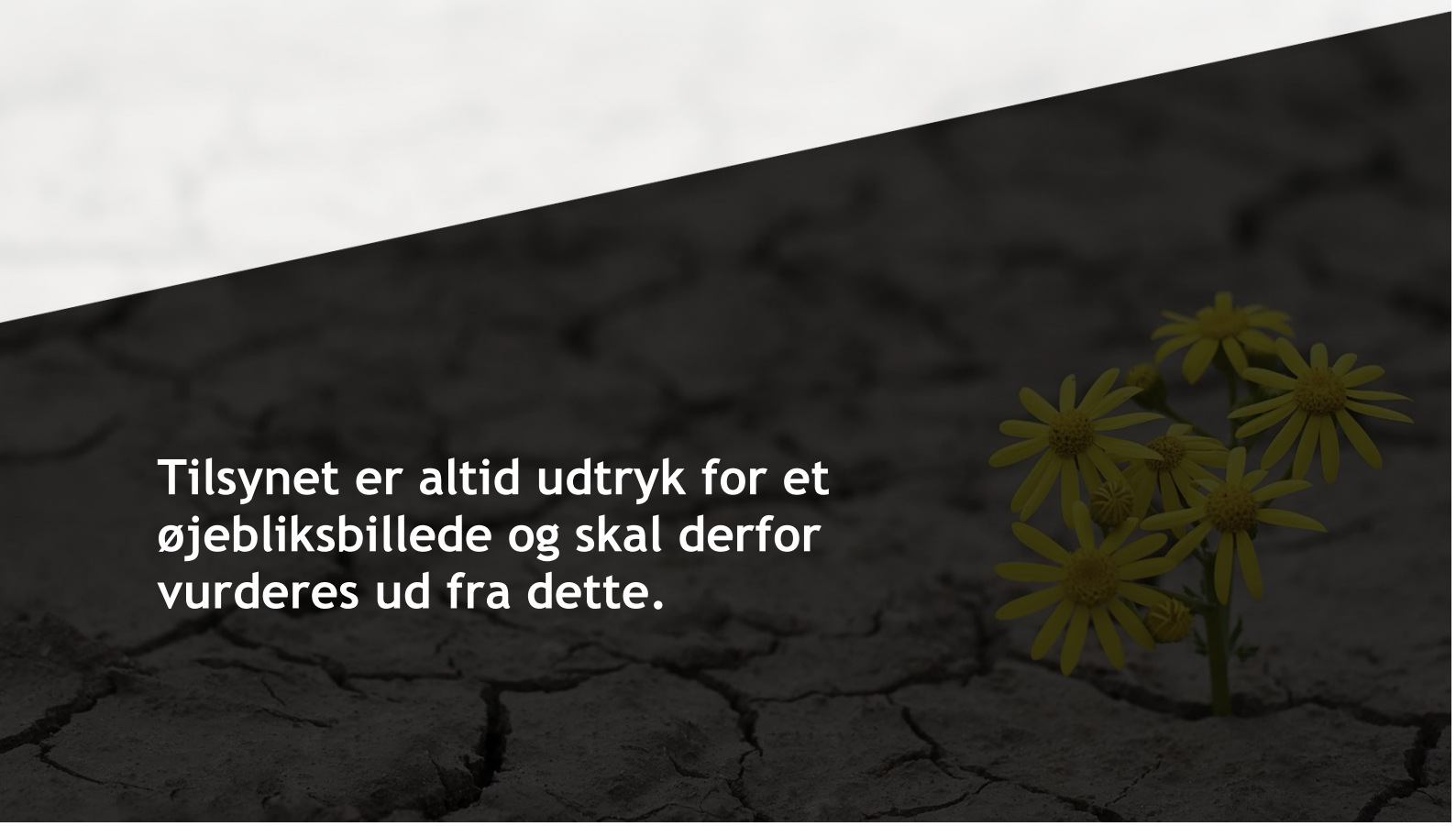
Tilsynets form, indhold, metode og afvikling er afstemt med kommunen.

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Gitte Ammundsen
Senior Manager
Mobil: 4189 0406
Mail: gia@bdo.dk
Projektansvarlig



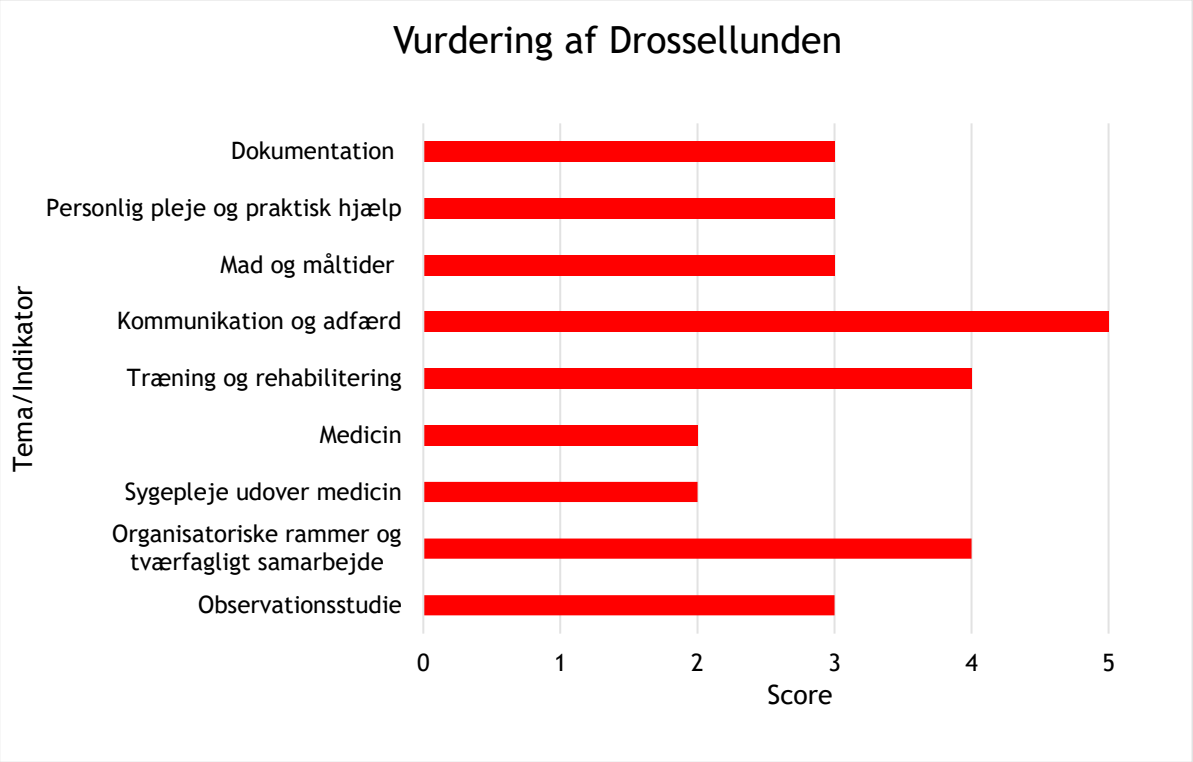
1. OPLYSNINGER OM MIDLERTIDIGE PLADSER, DROSSELLUNDEN

Oplysninger om enheden og tilsynet
Navn og Adresse: Midlertidige pladser, Drossellunden, Niels Andersenvej 22, 2900 Hellerup
Leder: Berit Kronby
Antal boliger: 32 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 28. november 2022
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med ledelsen • Interview af tre borgere • Gennemgang af dokumentation • Kontrol af medicinen • Observationsstudie • Gruppeinterview med to medarbejdere (en social- og sundhedshjælper og en sygeplejerske) Borgere, som indgår i individuelle interviews, har givet deres accept til at indgå i tilsynet. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Andreas Bertelsen, Manager og sygeplejerske Gitte Duus Andersen, Manager og sygeplejerske, cand. cur

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS VURDERINGER

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation:

Det er tilsynets vurdering, at indikatorerne for dokumentation i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der for to af borgerne er oprettet relevante døgnrytmeplaner, men at døgnrytmeplanen for den tredje borger endnu ikke er udarbejdet, efter at borgeren er ankommet få dage tidligere. Herunder vurderer tilsynet, at der konstateres generelle mangler i begge døgnrytmeplaner. For alle tre borgere ses det, at helbredstilstande generelt fremstår opdaterede og aktuelle. Hertil ses, at der er tydelig sammenhæng til den medicinske behandling, de tildelte indsatser og borgernes aktuelle helbredstilstand.

Det er tilsynets vurdering, at der ved alle tre borgere optræder mangler i udfyldelsen af de generelle oplysninger, handlingsanvisninger og observationsnotater.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne generelt kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med dokumentationsarbejdet, men at der opstår tvivl om en medarbejders kendskab til blandt andet funktionsevnetilstande, da medarbejderen italesætter ikke at anvende disse.

Personlig pleje og praktisk hjælp:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det vurderes, at borgerne fremstår soignerede og veltilpasse, samt at både hjælpemidler og boliger fremstår tilfredsstillende rengjorte. Hjælpen til den personlige pleje passer til borgernes behov, og kvaliteten af hjælpen til personlig pleje samt støtte i hverdagen, beskrives som god. Ydermere imødekommes ønsker og vaner, og der tages individuelle hensyn, så borgerne oplever medinddragelse og selvbestemmelse.

Tilsynet vurderer, at to borgere oplever medarbejderne italesætte travlhed over for borgerne, samt at borgerne ikke altid oplever at modtage den aftalte hjælp til tiden. Ydermere italesætter to af borgerne, at der indimellem forekommer lange besvarelser på nødkald.

Det er herudover tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og praktiske hjælp.

Mad og måltider:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

På baggrund af observationsstudiet vurderes det, at der ikke er en organisering med fast systematik og struktur i forbindelse med det observerede frokostmåltid. Flere af medarbejderne arbejder ikke ud fra fastlagte roller, og de bidrager ikke med opgaver direkte relateret til "det gode måltid". Ydermere vurderer tilsynet, at en medarbejder ifm. servering af frokosten anvender plastichandsker.

Det er tilsynets vurdering, at borgerne italesætter maden som varieret, og de tilkendegiver at være tilfredse, dog har en borger ikke viden om proteinholdige mellemmåltider.

Medarbejderne kan efter tilsynets vurdering redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre "Det gode måltid".

Kommunikation og adfærd:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for området i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der i plejeboligerne er en imødekommende og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side, hvilket borgerne også fortæller. Det vurderes, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, der medvirker til at skabe en respektfuld og ligeværdig kommunikation.

Træning og rehabilitering:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der i hverdagen er fokus på træning og rehabilitering samt fokus på at facilitere til et aktivt hverdagsliv. Tilsynet vurderer, at en borger oplever enkelte udfordringer i forhold til planlægningen af de individuelle træningsforløb, idet en borger beskriver, at terapeuterne ikke får struktureret og orienteret borgeren omkring tidspunkter for træningsbesøgene.

Herudover vurderer tilsynet, at medarbejderne på tilfredsstillende vis kan redegøre for overvejelser og opgaver, relateret til træning og rehabilitering.

Medicin:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for medicinområdet i lav grad er opfyldt.

Det er hermed tilsynets vurdering, at der er fundet væsentlige fejl og mangler, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats at afhjælpe. Fejlene vedrører blandt andet mangler i forhold til dokumentationen, ajourføring af medicinskemaet, samt at der konstateres en fejl i dispenseringen hos en borger.

På trods af ovenstående fejl og mangler vurderer tilsynet, at borgerne udtrykker tilfredshed med medarbejdernes håndtering af deres medicin, samt at medarbejderne kan redegøre for dispensering og administration i overensstemmelse med gældende retningslinjer.

Sygepleje ud over medicin:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der hos en konkret borger er konstateret væsentlige mangler i opgavevaretagelsen, som derved kan have betydning for borgerens sikkerhed. Dette skyldes, at en borger i forbindelse med opholdet har udviklet tryksår på begge hæle, derudover er der ikke udført regelmæssig sårpleje samt ikke udført korrekt aflastning i form af direkte hælaflastning eller trykaflastende madras.

På trods af ovenstående, er det tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der arbejdes med at sikre, at de sygeplejefaglige indsatser leveres ud fra en faglig standard.

Organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde:

Det er tilsynets vurdering, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

På baggrund af interviews med ledelsen og medarbejderne vurderer tilsynet, at der er et ledelsesmæssigt fokus på at sikre en hensigtsmæssig organisering, en stabil drift samt gode rammer for kompetenceudvikling. Det er tilsynets vurdering, at der ikke blandt alle medarbejderne er kendskab til indrapportering af utilsigtede hændelser. Samtidig vurderer tilsynet, at medarbejderne ikke italesætter en mødestruktur, der understøtter daglig videndeling eller tværfaglig sparring.

Observationsstudie:

Det er tilsynets vurdering, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det vurderes, at medarbejderen benytter en målrettet og individuel tilgang til borgeren, hvortil både kommunikationen og indsatsen er tilpasset borgerens behov. Der arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang med fokus på at sikre borgerens autonomi og selvbestemmelse.

Det er tilsynets vurdering, at arbejdet er velorganiseret uden unødige afbrydelser, samt at den faglige udførelse af plejen er veltilrettelagt.

Tilsynet vurderer, at medarbejderen ikke overholder de hygiejniske principper, idet medarbejderen ikke udfører korrekt håndsprit imellem handskeskift.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation, observationer og observationsstudier. Derudover foretages kontrol af medicinen. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger
1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder indsatsen på dokumentationsområdet, og at der herunder arbejdes målrettet med at sikre: • At døgnrytmeplanen indeholder individuelle og handlevejledende beskrivelser af alle de indsatser, som borgerne modtager hjælp og støtte til. • At der udarbejdes handlingsanvisninger for de tildelte sygeplejeindsatser. • At funktionsevnetilstande er opdaterede og ajourførte. • At der dokumenteres oplysninger om borgernes mestring, motivationer, ressourcer og vaner under de generelle oplysninger. • At der sikres dokumentation af den udførte opfølgning af de iværksatte tiltag. 2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen italesætter over for medarbejderne, at borgerne ikke direkte involveres og informeres omkring travlhed blandt medarbejderne. 3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen følger op på borgernes oplevelse af ventetid på nødkald. 4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder indsatsen omkring facilitering af "Det gode måltid", så borgerne sikres et roligt og velorganiseret måltid, ydermere at medarbejderne ikke serverer mad iført plastichandsker. 5. Tilsynet anbefaler, at borgerne orienteres omkring deres individuelle træningsplan, samt at borgerne opnår kendskab fra fysioterapeuter vedrørende tidspunkter for træningsbesøgene. 6. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter tiltag, der understøtter, at medicinhåndteringen sker efter gældende retningslinjer på området. Herunder, at der sker korrekt opbevaring, dispensering og dokumentation i forbindelse med medicinhåndteringen.

7. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt rettes fokus på at sikre, at borgernes sygeplejeydelser udføres ud fra en høj faglig standard. Herudover, at ydelserne planlægges, udføres og evalueres ud fra korrekte faglige overvejelser, samt at borgerne oplever, at f.eks. tryksår forebygges og aflastes korrekt.
8. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer en fast systematik og mødestruktur, så medarbejderne dagligt oplever mulighed for vidensdeling, opfølgning og sparring.
9. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at alle medarbejderne har viden om arbejdsgangen vedrørende de utilsigtede hændelser, samt at medarbejderne har viden om forpligtelsen for indrapportering.
10. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer et øget fokus på de hygiejniske principper, herunder at medarbejderne udfører korrekt håndhygiejne.

3. DATAGRUNDLAG

3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER

Data	**LEDELSESINTERVIEW:** Ledelsen fortæller, at der ikke tidligere har været afholdt tilsyn på Drossellunden, så der foreligger derfor ikke anbefalinger fra tidligere tilsyn. Der arbejdes fortsat med at implementere omsorgssystemet Nexus, og der er fortsat blandt ledelse og medarbejdere en opfattelse af, at systemet samt dokumentationen ikke er fuldt ensartet og implementeret endnu. F.eks. beskrives det, at der ikke er udviklet en ensartet struktur for dokumentationsprocessen, da medarbejderne stadig anvender programmets brugerflade forskelligt. Ledelsen har tilkendegivet den generelle udfordring til Gentofte Kommune, da opfattelsen er, at udfordringen med Nexus' brugerflade bør løses centralt i kommunen. Der tilbydes fælles Nexus undervisning for alle enheder i kommunen og der er nedsat et team, som fremadrettet skal arbejde med at identificere og prioritere forbedringer, sammen med brugerne. For at ensarte dokumentationspraksis samt sikre, at medarbejderne anvender Nexus korrekt, har Drossellundens udviklingssygeplejerske oprettet lokal undervisning for enhedens medarbejdere. Medarbejderne undervises blandt andet i anvendelse af "tilstandshjulet" samt vejledes i form af sidemandsoplæring. Foruden undervisning af udviklingssygeplejersken bidrager også enhedens superbrugere med vejledning. I begyndelsen af det nye år oprettes der en dokumentationsgruppe på tværs af Gentofte Kommunes enheder, så der herved udvikles en fælles strategi og metode for dokumentationsarbejdet. I den forbindelse får enhederne mulighed for at dele viden på tværs samt møde op i et forum, hvor de generelle udfordringer kan belyses. Drossellunden udfører på nuværende tidspunkt ikke regelmæssige systematiske auditeringer, men de har derimod gennemført enkelte stikprøver og nedslag i borgernes journaler. Der foreligger en plan for at påbegynde regelmæssige auditeringer først i det nye år. Enheden deltager fast i Gentofte Kommunes generelle kompetenceudviklingstilbud. Medarbejderne deltager i undervisningstilbud, svarende til deres uddannelsesniveau, f.eks. Low Arousal, magtanvendelse og forråelse. Medarbejderne har efterfølgende tilkendegivet, at undervisningen har bidraget til en øget faglig forståelse samt effektsmitte ved at få koblet teori på praksis.

3.2 DOKUMENTATION

Data	Tilsynet gennemgår de tre udvalgte borgeres omsorgsjournal. **<u>Funktionsevnetilstande</u>** For en borger ses, at funktionsevnetilstande fremstår opdaterede og aktuelle. For de to andre borgere mangler ajourføringen, hvilket for den ene borger kan skyldes, at borgeren er ankommet få dage tidligere.

Døgnrytmeplanen

For to borgere ses, at der er oprettet døgnrytmeplaner for dag, aften og nat, og at døgnrytmeplanerne generelt indeholder individuelle og handlevejledende beskrivelser af den hjælp og støtte, som borgerne modtager. Hertil bemærker tilsynet positivt, at der er lagt stor vægt på beskrivelserne under "borgerens indsats", hvilket understøtter, at der arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang. Samtidig bemærker tilsynet, at indsatsen til bad og tilsyn om natten ikke fremstår tilstrækkeligt handlevejledende, og at der f.eks. henvises til, at borgeren skal have tilsyn x 2, men kalder ved behov for hjælp.

Beskrivelserne er opbyggede efter en ensartet tilgang, hvortil skabelonens anvendes korrekt. For begge borgere ses også tydelige beskrivelser af særlige opmærksomhedspunkter med sammenhæng til de sygeplejefaglige indsatser og borgernes helbredsmæssige udfordringer. For en borger ses fx beskrivelse af behovet for at få aflastet sine hæle, mens der for en anden borger henvises til indsatsen omkring ernæring og vægtmålinger.

For en borger, som kun har været på de midlertidige pladser i kort tid, mangler der udarbejdelse af døgnrytmeplanen for dag og aften. I stedet ses, at der er foretaget dokumentation af den støtte, som borgeren har modtaget i observationsnotater.

Generelle oplysninger

I forhold til de generelle oplysninger ses det, at der mangler udfyldelse af et eller flere områder for alle tre borgere.

Handlingsanvisninger

Tilsynet konstaterer, at der er udarbejdet handlingsanvisninger for administration af medicinsk plaster, sårbehandling, kost, kateterpleje og kompressionsbehandling. De udarbejdede handlingsanvisninger indeholder relevant udfyldelse og link til VAR. Samtidig bemærker tilsynet dog, at der ikke er udarbejdet handlingsanvisninger for alle de iværksatte sygeplejeindsatser. Fx mangler der i flere tilfælde handlingsanvisning til medicindispensering og administration, mens der for en borger også mangler en handlingsanvisning for vejning. For en borger ses også, at der er flere handlingsanvisninger, som kan inaktiveres, idet indsatsen ikke er relevant.

Helbredstilstande:

For alle tre borgere ses, at helbredstilstande generelt fremstår opdaterede og aktuelle. Hertil ses, at der er tydelig sammenhæng til den medicinske behandling, de tildelte indsatser og borgernes aktuelle helbredstilstand. I få tilfælde mangler oplysning om den behandlingsansvarlige læge.

Observations notater:

For en borger med indsats til vejning ses dokumentation af de udførte vægtmålinger. Herudover ses der for alle borgere dokumentation af afvigelser og opfølgning, fx i forhold til afførings- eller smerteproblematik. For to borgere bemærker tilsynet, at der mangler dokumentation af de udførte opfølgninger på de fremhævede problemstillinger. I de konkrete tilfælde er der udelukkende tale om mangler i forhold til dokumentationen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

	Medarbejderne redegør for udfyldelse og anvendelse af døgnrytmeplaner. Hertil beskrives, at døgnrytmeplanerne ajourføres ved ændringer, samt at opdateringen derudover foretages regelmæssigt af borgerens kontaktperson. Døgnrytmeplanen opstartes primært af sygeplejerskerne eller social- og sundhedsassistenterne, men det er kontaktpersonen, som noterer ændringer og holder døgnrytmeplanen ajour. Der foreligger en fast opgave med, at døgnrytmeplanen oprettes inden for de tre første hverdage. Vikarer og afløsere introduceres dagligt til at benyttet døgnrytmeplanerne, så kontinuiteten i plejen hermed sikres. I opbygningen af døgnrytmeplanerne er der blandt andet fokus på, at medarbejderen forholder sig til at beskrive, hvilke opgaver medarbejderne varetager, hvad borgeren selv varetager samt særlige opmærksomhedspunkter. Medarbejderne redegør for funktionsevnetilstande, men hertil italesætter den ene medarbejder, at disse ikke anvendes. En anden medarbejder redegør for oprettelsen af handlingsanvisninger ved sundhedslovsindsatser, og medarbejderen kan redegøre tilstrækkeligt for anvendelsen af helbredstilstande, herunder at der sikres sammenhæng til den medicinske behandling. Medarbejderen beskriver, at handlingsanvisningerne indeholder beskrivelser af, hvordan indsatsen skal udføres, samt at der linkes til VAR. Medarbejderne tilkendegiver gode muligheder for sparring omkring dokumentationspraksis med kollegaer og udviklingssygeplejerske.
Tilsynets vurdering - 3	
Det er tilsynets vurdering, at indikatorerne for dokumentation i middel grad er opfyldt. Tilsynet vurderer, at der for to af borgerne er oprettet relevante døgnrytmeplaner, men at døgnrytmeplanen for den tredje borger endnu ikke er udarbejdet, efter at borgeren er ankommet få dage tidligere. Herunder vurderer tilsynet, at der er konstateret generelle mangler i begge døgnrytmeplaner. For alle tre borgere ses, at helbredstilstande generelt fremstår opdaterede og aktuelle. Hertil ses, at der er tydelig sammenhæng til den medicinske behandling, de tildelte indsatser og borgernes aktuelle helbredstilstand. Det er tilsynets vurdering, at der ved alle tre borgere optræder mangler i udfyldelsen af de generelle oplysninger, handlingsanvisninger og observationsnotater. Tilsynet vurderer, at medarbejderne generelt kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med dokumentationsarbejdet, men at der opstår tvivl om en medarbejders kendskab til blandt andet funktionsevnetilstande, da medarbejderen italesætter ikke at anvende disse.	

3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP

Data	**OBSERVATION** Borgerne fremstår soignerede og veltilpasse. Deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Borgernes hjælpemidler fremstår desuden tilstrækkeligt rengjorte, hvilket også er tilfældet for borgernes boliger. **BORGERINTERVIEW** Borgerne oplever, at hjælpen til den personlige pleje også passer til deres behov. Kvaliteten af hjælpen til personlig pleje samt støtte i hverdagen beskrives som god. Borgerne tilkendegiver, at deres ønsker og vaner imødekommes, samt at der tages individuelle hensyn, så der derved opleves god mulighed for medinddragelse og selvbestemmelse. En borger svarer i den forbindelse *"Jeg får mulighed for at sige til og fra, hvis der er noget, jeg ikke vil".*

Borgerne beskriver, at det stort set er de samme medarbejdere, som varetager plejen og kontakten hos borgerne, samt at medarbejderne har viden om, hvilken hjælp og støtte, den enkelte borger har behov for.

To borgere beskriver, at medarbejderne ofte italesætter travlhed over for dem. En borger fortæller, at medarbejderne virker fortravlede, og at de har meget travlt med diverse gøremål i løbet af dagen. De to borgere har en oplevelse af, at de ikke modtager hjælpen til tiden. F.eks. fortælles det, at en borger ofte først får hjælp til tandbørstning op ad formiddagen, og at dette er generende for borgeren.

Travlheden blandt medarbejderne medfører derudover hos to af borgerne lang besvarelse på nødkald. Borgerne italesætter ventetiden som uhensigtsmæssig og kan medvirke til at gøre borgerne utrygge. Efterfølgende italesætter en borger, at *"personalet gør, hvad de kan, men der er meget ventetid på at modtage hjælpen"*.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør for, at borgerne modtager den pleje og støtte, som de har behov for.

Når en borger udskrives fra hospitalet, eller indlægges fra eget hjem, så er arbejdsgangen, at det altid er en fast medarbejder, som modtager borgeren på enheden. Herefter oprettes et indflytningsnotat, den medfølgende dokumentation bliver gennemgået og medicinen sammenholdes med FMK.

Medarbejderne redegør for fordeling og planlægning af dagens opgaver, hvortil der prioriteres ud fra kompleksitet og kontaktpersonsordning. Det er i den forbindelse gruppelederne, som udarbejder arbejdsplanen for den kommende dag.

Der tages hensyn til borgernes ønsker og vaner, idet der i starten af hver vagt læses i borgernes døgnrytmeplaner og observationsnotater. Ydermere redegør medarbejderne for, at de altid spørger ind til borgernes egne ønsker for dagen og plejen.

Medarbejderne redegør for faktorer, som er medvirkende til at skabe tryghed. Blandt andet ved at sikre kontinuiteten i, at det er den samme faste medarbejder, som møder borgeren. Derudover redegøres der for faktorer, som fx at respektere borgernes individuelle behov, og at optræde imødekommende og lyttende. Medarbejderne fortæller, at de er opmærksomme på deres kropssprog og nonverbale kommunikation, herunder at optræde rolig og smilende. Der gives kram og anvendes fysisk berøring i kontakten.

Der er fokus på borgernes selvbestemmelse samt løbende at sikre et fokus på borgernes overordnede mål for opholdet.

Der foreligger en fast aftale og struktur for, at nødkald skal besvares indenfor 10 minutter, herudover er kollegaer behjælpelige med at reagere og besvare disse.

En medarbejder redegør for, hvordan der handles, når der opstår ændringer i borgernes tilstand eller ved behov for støtte og pleje. Medarbejderen vil i den forbindelse spørge ind til borgerens velbefindende og herefter kontakte social- og sundhedsassistenten eller sygeplejersken. Herefter vil der blive målt værdier, og ved behov vil der blive sparret med en intern kollega eller en læge.

Rengøringspersonalet varetager den overordnede rengøring i boligerne samt på fællesarealer, hvor medarbejderne varetager praktiske opgaver, såsom oprydning, tømme skrald og at udføre akutte rengøringsopgaver.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det vurderes, at borgerne fremstår soignerede og veltilpasse, samt at både hjælpemidler og boliger fremstår tilfredsstillende rengjorte.

Tilsynet vurderer, at hjælpen til den personlige pleje passer til borgernes behov, og at kvaliteten af hjælpen til personlig pleje samt støtte i hverdagen beskrives som god. Ydermere vurderer tilsynet, at

ønsker og vaner imødekommes, samt at der tages individuelle hensyn, så der derved opleves medinddragelse og selvbestemmelse.

Tilsynet vurderer, at to borgere oplever, at medarbejderne italesætter travlhed over for borgerne, samt at borgerne ikke altid oplever at modtage den aftalte hjælp til tiden. Ydermere italesætter to af borgerne, at der indimellem forekommer lange besvarelser på nødkald.

Det er herudover tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og praktiske hjælp.

3.4 MAD OG MÅLTIDER

Data	
	OBSERVATION Til morgen sidder tre borgere sammen og nyder deres morgenmad ved et mindre bord. Borgerne taler med hinanden på tværs af bordet, og der synes at være en god stemning. Borgernes mad er individuelt anrettet. Hertil ses, at en borger har fået serveret marmelade i en lille skål, så borgeren selv kan smøre brødet, og dermed anvende sine ressourcer aktivt under måltidet. Tilsynet foretager en observation af et frokostmåltid. Borgerne sidder sammen i grupper, placeret omkring mindre borde. Der er dækket op med servietter, højtideligt service, og der er anbragt små kander med vand på bordene. En medarbejder står i anretter-køkkenet og forbereder frokosten, medarbejderen er iført handsker og plasticforklæde. Der anrettes på serveringsbakker til de borgere, som skal have deres frokost bragt ud i boligerne. Ydermere anrettes den fælles frokost på fade på en serveringsvogn. Serveringsvognen anvendes til de borgere, som skal have frokosten serveret i opholdsstuen. Medarbejderen benytter serveringsvognen ud fra et rehabiliterende sigte og sikrer, at borgerne selv kan udvælge frokosten. I forbindelse med frokostserveringen observerer tilsynet, at medarbejderen er iført plastichandsker. Det observeres, at en medarbejder sidder omkring et bord sammen med en gruppe borgere og afventer serveringen. Fire medarbejdere går omkring i frokoststuen og henter enkelte ting fra anretterkøkkenet. Herefter ankommer yderligere to borgere, støttet af to medarbejdere. Måltidet er begyndt, og seks medarbejdere går fortsat omkring i frokoststuen uden nævneværdige eller synlige formål. En medarbejder ankommer med medicin til flere af borgerne, og medarbejderen foretager herefter udleveringen på forsvarlig vis. Efter ca. 15 minutter falder der mere ro over måltidet, medarbejderne får placeret sig ved de forskellige borde, og de får hermed skabt en hyggelig stemning. **BORGERINTERVIEW** Samtlige borgere tilkendegiver at være tilfredse med maden og mellemmåltiderne. Borgerne er samtidig også tilfredse med stemningen omkring fællesmåltiderne, hvor der fortælles om, at der synges og føres samtaler omhandlende hverdagstemaer. To af borgerne tilkendegiver at være vidende om mulighed for mellemmåltider, hvorimod en borger ikke er bekendt med at kunne anmode om mellemmåltider i form af proteinholdig is eller drikke. **MEDARBEJDERINTERVIEW**

	Medarbejderne redegør for arbejdsgange i forbindelse med måltidet, hvor der arbejdes med faste værtsroller, som fordeles fra morgenstunden. En medarbejder tildeles opgaven med at tilberede måltiderne, hvorpå de resterende medarbejdere bringer og støtter borgerne til den fælles spisestue. Borgerne er opdelt i to grupper, hvorpå de spiser i to separate frokoststuer. Medarbejderne fordeles omkring de enkelte borde, og de hjælper hver borger med støtte til kostindtag og drikke. En medarbejder fortæller, at de ofte anvender sang i forbindelse med måltidet, og at dette medvirker til at skabe en hyggelig stemning. Det italesættes, at der er fokus på hverdagsrehabilitering og medinddragelse, f.eks. ved at måltidet synligt introduceres for hver borger, samt at enkelte borgere gør brug af egne ressourcer og selv anretter deres måltider. Medarbejderne fortæller, at der dagligt er fokus på mellemmåltider i form af proteinholdig is, proteindrikke og frugt.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der ikke er en organisering med fast systematik og struktur i forbindelse med det observerede frokostmåltid. Flere af medarbejderne arbejder ikke ud fra fastlagte roller, og de bidrager ikke med opgaver direkte relateret til "Det gode måltid". Ydermere vurderer tilsynet, at en medarbejder ifm. servering af frokosten anvender plastichandsker.

Det er tilsynets vurdering, at borgerne italesætter maden som varieret, og borgerne tilkendegiver at være tilfredse, dog er en borger ikke vidende om proteinholdige mellemmåltider.

Medarbejderne kan efter tilsynets vurdering redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre "Det gode måltid"

3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD

Data	**OBSERVATION** Tilsynet foretager flere observationer af, hvordan medarbejderne møder borgerne på en respektfuld, ligeværdig og venlig måde. I et tilfælde ses fx, at en medarbejder hilser venligt på en borger, hvorefter medarbejderen spørger borgeren, om han har sovet godt. Medarbejderen laver herefter en aftale med borgeren om hjælpen, hvortil medarbejderen roligt fortæller borgeren, at hun skal hente nogle ting, og at hun herefter vil komme ind til borgeren. Borgeren accepterer dette, og medarbejderen bekræfter, at hun straks vender tilbage til borgeren. I et andet tilfælde ses, at en medarbejder hilser venligt på en borger, som sidder på gangen. Medarbejderen tiltaler borgeren med fornavn, og medarbejderen spørger nysgerrigt ind til, hvordan borgeren har det. Borgeren og medarbejderen har en kort snak. I et tredje tilfælde ses, at en medarbejder følger en borger ned til frokosten. Medarbejderen rækker inviterende sin arm til borgeren, og herefter går medarbejderen og borgeren arm i arm ned til spisestuen. **BORGERINTERVIEW** Borgerne beskriver medarbejderne som værende søde og rare. Hertil beskrives det, at medarbejderne altid taler pænt, og at der er en god omgangstone i plejeboligerne. Der bankes altid på borgernes dør, inden entre i boligen. Borgerne tilkendegiver følelsen af, at deres privatliv respekteres.

	MEDARBEJDERINTERVIEW Medarbejderne beskriver, hvordan de lægger vægt på, at der tales pænt og venligt til borgerne. Medarbejderne redegør for, at der anvendes en respektfuld og ordentlig kommunikation, hvor der tages individuelle hensyn, så kommunikationen tilpasses til den enkelte borger. I mødet med borgeren italesætter medarbejderne flere faglige overvejelser, hvor der blandt andet fokuseres på at optræde smilende, anvende humor, udvise tålmodighed samt at optræde nærværende. Borgerne spørges ved opholdets begyndelse om, på hvilken måde tiltaleformen skal være, og der forventningsafstemmes med de pårørende om, hvordan kontakten og informationsniveauet ønskes. Hvis der observeres en uhensigtsmæssig adfærd fra kollega, beskriver medarbejderne, hvordan de vil følge op og tale med vedkommende.
Tilsynets vurdering - 5	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne for området i høj grad er opfyldt. Det er tilsynets vurdering, at der i plejeboligerne er en imødekommende og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side, hvilket borgerne også fortæller. Det vurderes, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, der medvirker til at skabe en respektfuld og ligeværdig kommunikation.	

3.6 TRÆNING OG REHABILITERING

Data	**OBSERVATION** På tilsynsdagen observeres der ingen træning. Hertil oplyses tilsynet om, at borgerne tilbydes at deltage i fælles gymnastik, og at der er individuel træning med terapeuter for borgere med genoptræningsplan eller lægelig henvisning. På fællesarealerne observeres det, at flere borgere bevæger sig rundt selvstændigt, hvor de enten går med et hjælpemiddel eller skubber sig rundt i kørestolen. Herudover observeres, at en terapeut laver en aftale med en borger om træningen. **BORGERINTERVIEW** En borger fortæller at være ankommet om torsdagen, fire dage tidligere, og at borgeren derfor endnu ikke har oplevet at blive tilbudt deltagelse i træning. En anden borger fortæller, at fysioterapeuterne med jævne mellemrum motiverer og tilbyder træning, men at borgeren som oftest har afvist besøget. Baggrunden for afvisningerne er blandt andet, at borgeren ikke føler sig forberedt på træningen, da terapeuterne ikke har en arbejdsgang for at aftale et konkret tidspunkt. Derved opleves det, at træningen ind imellem tilbydes på uhensigtsmæssige tidspunkter. Borgeren italesætter dog glæden ved, at det er fysioterapeuterne fra Tranehaven, som bistår med træningen. En tredje borger udtrykker tilfredshed, men borgeren mindes ikke at være vidende om konkrete mål og plan for opholdet. Borgeren tilkendegiver ønske om fortsat at være tilknyttet Tranehavens fysioterapeuter for genoptræning, så borgeren på sigt kan vende tilbage til egen lejlighed. Medarbejderne redegør efterfølgende over for tilsynet, at dette også er hensigten med borgerens ophold. **MEDARBEJDERINTERVIEW**

	Medarbejderne redegør for at have viden om arbejdet med den rehabiliterende tilgang. I den forbindelse redegør medarbejderne for, at de f.eks. anvender guidning, motivering samt spejling. Medarbejderne fortæller, at de har fokus på at skabe en tryg relation med den nyankomne borger, inden der opstartes forskellige aktiviteter og træningstilbud. I forbindelse med tilrettelæggelse af den individuelle træning tages der udgangspunkt i det materiale, som medfølger fra hospitalet eller lægen. Terapeuterne fra Tranehaven bistår medarbejderne med vejledning og sparring, og de er medvirkende til at få dokumenteret træningsforløbene og planerne i Nexus. Der afholdes samlet gymnastik to gange ugentligt, og herudover er der fokus på dagligt at tilrettelægge et aktivt hverdagsliv med små træningssekvenser i forbindelse med forflytning. Medarbejderne redegør for, hvorledes der sikres inddragelse af borgerne og de pårørende, f.eks. ved at forventningsafstemme forløbet og behovet for hjælp i forbindelse med indflytningssamtalen.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der i hverdagen er fokus på træning og rehabilitering samt fokus på at facilitere til et aktivt hverdagsliv. Tilsynet vurderer, at en borger oplever enkelte udfordringer i forhold til planlægningen af de individuelle træningsforløb, idet borgeren beskriver, at terapeuterne ikke får struktureret og orienteret borgeren omkring tidspunkter for træningsbesøgene.

Herudover vurderer tilsynet, at medarbejderne på tilfredsstillende vis kan redegøre for overvejelser og opgaver relateret til træning og rehabilitering.

3.7 MEDICINHÅNDTERING

Data	**OBSERVATION** Tilsynet gennemgår medicinbeholdningen for de udvalgte borgere. Borgernes medicin opbevares på en systematisk og ensartet måde i et medicinrum, hvor der gennem anvendelse af poser og anvendelsen af kurve og hyldeopdeling kan ske tydelig og korrekt adskillelse af borgernes medicin. På trods af dette ses det, at der for to borgere er enkelte mangler i opbevaringen. Dette skyldes, at der for en borger opbevares flere seponerede præparater i posen for pn medicin, og for en anden borger opbevares ens præparater sammen med den medicin, der dispenseres fra. I et tilfælde er der dispenseret fra to ens præparater. Der dispenseres medicin til en uge ad gangen. En borger skal have dispenseret sin medicin på tilsynsdagen, mens de to øvrige borgere skal have dispenseret medicin den efterfølgende dag. Alle æsker er påført borgernes navn og CPR-nummer. Tilsynet bemærker, at der ikke konsekvent arbejdes med at sikre kvittering for administrationen i medicinskemaet, men at der i stedet foretages kvittering for opgaven. Tilsynet konstaterer herudover følgende fejl og mangler: • For en borger er der ikke overensstemmelse mellem antal tabletter i doseringsæsker og antal tabletter på medicinskemaet, idet der mangler en tablet om morgenen. • For to borgere ses enkelte mangler i forhold til at sikre overensstemmelse mellem handelsnavn på præparatet i beholdningen og handelsnavn på præparatet på medicinskemaet. • I et tilfælde mangler borgerens navn på et præparat. • For en borger bør medicinskemaet opdateres, idet der henvises til et præparat, som borgeren ikke længere behandles med.

	BORGERINTERVIEW Borgerne udtrykker tilfredshed og tryghed ved medarbejdernes håndtering af deres medicin. De oplever at få medicinen udlevet til tiden. **MEDARBEJDERINTERVIEW** En medarbejder redegør for arbejdsgange ved medicindispenseringen. Hertil beskrives, hvordan dispenseringsmodulet i Nexus følges systematisk, og at dispenseringen varetages i medicinrummet, hvilket understøtter, at der er ro under dispenseringen. Medarbejderen fortæller, at der er fokus på at opdatere handelsnavne, og at der er den nødvendige medicin til rådighed i beholdningen. Herudover foretages der eftertælling som en del af egenkontrollen. Medarbejderen beskriver også, at der er adrenalin til rådighed, og at der er enkelte injektioner, som udelukkende varetages af en sygeplejerske. En medarbejder redegør korrekt for kontrol ved medicinudlevering. Medarbejderen italesætter korrekt kontrol af tabletter, og om der skal udleveres anden ikke dispenser medicin. Medicinen ses efterfølgende blive indtaget, og der signeres for udleveringen.
Tilsynets vurdering - 2	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne for medicinområdet i lav grad er opfyldt. Det er hermed tilsynets vurdering, at der er fundet væsentlige fejl og mangler, som det vil kræve en betydelig og målrettet indsats at afhjælpe. Fejlene vedrører blandt andet mangler i forhold til dokumentation, ajourføring i forhold til FMK, samt at der konstateres en fejl i dispenseringen hos en borger. På trods af ovenstående fejl og mangler vurderer tilsynet, at borgerne udtrykker tilfredshed med medarbejdernes håndtering af deres medicin, samt at medarbejderne kan redegøre for dispensering og administration i overensstemmelse med gældende retningslinjer.	

3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN

Data	**OBSERVATION** Der foretages ingen situationsbestemte observationer i udførelsen af sygeplejeopgaver. **BORGERINTERVIEW** En borger fortæller, at der ikke udføres sygeplejeydelser hos borgeren. En anden borger fortæller, at der dagligt påsættes kompressionsforbindinger, og at dette altid udføres i forbindelse med morgenplejen. En tredje borger fortæller at have udviklet tryksår på begge hæle. Tryksårene er udviklet efter at være påbegyndt opholdet på Drossellund. Borgeren føler sig meget generet og smertepræget på baggrund af tryksårene. Tilsynet observerer, at der er påsat relevant plaster på venstre hæl, men at der ikke er påsat plaster på højre hæl. Hælen uden plaster er gennemsivet med puds ned i borgernes sengelagen. Der er påsat strømper på begge fødder, men der er ikke udført sårpleje på tilsynsdagen. Borgeren fortæller, at medarbejderne dagen før havde planlagt at forbinde den højre hæl, men at dette er blevet glemt, og at der derfor ikke er påsat plaster. Til-

	synet observerer, at hælene ikke er lejret og aflastet korrekt, men at de ligger direkte ned i madrassen. Der forefindes ingen aflastningsremedier i boligen, men derimod et tæppe, som har været anvendt til aflastning. Tilsynet observerer derudover, at borgeren ikke er tildelt en trykaflastende madras, men at borgeren ligger på den almindelige madras. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver, at sygeplejeopgaverne planlægges og fordeles på det daglige morgenmøde, og at det her sikres, at opgaverne varetages af en medarbejder med de rette kompetencer. Sygeplejeydelserne koordineres og planlægges i et kalendersystem, så opgaverne sikres veltilrettelagt. Medarbejderen fortæller at VAR ofte anvendes, for derved at sikre, at opgaverne udføres efter en høj faglig standard. Medarbejderne oplever derudover god mulighed for kollegial sparring, hvor der blandt andet sparres med sårsygeplejersken. Enkelte opgaver, såsom kompressionsstrømper, kan opgaveoverdrages og delegeres til social- og sundhedshjælperne. I den forbindelse, er det sygeplejerskerne, som oplærer og introducerer til den enkelte opgave. Medarbejderne redegør for at have fokus på den rehabiliterende tilgang i forbindelse med sygeplejeydelserne, f.eks. ved at motivere borgere til at medvirke til påsætning af kompressionsstrømper eller til øjendryp. Medarbejderne benytter handlingsanvisningerne for at læse beskrivelser og plan for behandlingen, og samtidig benyttes observationsnotater til at beskrive de daglige ændringer.
Tilsynets vurdering 2	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt. Det er tilsynets vurdering, at der hos en konkret borger er konstateret væsentlige mangler i opgavevaretagelsen, som derved kan have betydning for borgerens sikkerhed. Dette skyldes, at en borger i forbindelse med opholdet har udviklet tryksår på begge hæle, derudover er der ikke udført regelmæssig sårpleje samt ikke udført korrekt aflastning i form af direkte hælaflastning eller trykaflastende madras. På trods af ovenstående er det tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der arbejdes med at sikre, at de sygeplejefaglige indsatser leveres ud fra en faglig standard.	

3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Data	**LEDELSESINTERVIEW:** Forstanderen fortæller, at der er en afdelingssygeplejerske og to gruppeledere, som primært er til stede i dagtimerne. Derudover er der i plejen ansat sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. Hver anden uge er der i nattevagten en sygeplejerske med ansvarshavende funktion. Der italesættes en organisering, hvor der i alle vagtlag er en ansvarshavende social- og sundhedsassistent eller en sygeplejerske. Ledelsen fortæller, at der pt. er en vakant stilling i aftenvagt samt en ansvarshavende nattevagt hver anden uge. Der italesættes en organisering, så der anvendes egne faste afløsere og enkelte eksterne vikarer. Når der er planlagt vagtdække med vikarer, er det altid fast personale, som varetager ansvarshavendefunktionen. Forstanderen redegør for, at der ikke arbejdes med direkte triagering, da borgerne ikke ankommer til Drossellund i deres habituelle tilstand. Fravalget af triagering er drøftet med Gentofte Kommunes udviklingssygeplejerske.

Der sikres løbende kompetenceudvikling og videndeling for medarbejderne i form af formiddagsmøder samt eftermiddagsmøder, som dog primært er henvendt til aftenvagten. Der har derudover været afholdt undervisning i f.eks. sårpleje og demens.

Ledelsen har fokus på, at sygefraværet det sidste års tid har været højere end tidligere. Stigningen relateres til COVID-19, men tendensen har yderligere været drøftet på MED-møderne. Der italesættes et normalt personaleflow blandt medarbejderne.

Rammerne for det tværfaglige samarbejde sikres blandt andet ved kontakten til Gentofte Kommunes demensvejleder, den psykiatriske sygeplejerske, ekstern diætist samt eksterne terapeuter. Herudover beskrives der et tilfredsstillende samarbejde med praktiserende læge. Der er organiseret nøglepersoner i hver afdeling, som hver især varetager opgaver, såsom demens, palliation, forflytning og hygiejne.

I samarbejde med ledelsen og tillidsrepræsentanten har udviklingssygeplejersken ansvaret for den interne introduktion af nye medarbejdere og afløsere. I den forbindelse er der udviklet et nyt introduktionsmateriale, som udleveres til de nye medarbejdere. Herudover har udviklingssygeplejersken sammen med ledelsen ansvaret for et overordnet introduktionsforløb på 2 timer, som alle nye medarbejdere tilbydes. Afdelingssygeplejersken er ansvarlig for introduktionen til afdelingen.

Udviklingssygeplejersken er derudover tovholder på kompetenceudviklingen for medarbejderne, Nexus superbruger samt deltagende i arbejdet med on-boarding.

Der redegøres for en organisering omkring de utilsigtede hændelser, hvor der en gang om måneden foretages samlet rapportering. Derudover mødes afdelingssygeplejersken og gruppelederne en gang om måneden og læser indberetninger igennem, for derved at foretage en tæt opfølgning på tendenser samt for at kunne iværksætte hurtige ændringer på arbejdsgange.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne italesætter, at der er en tilfredsstillende sammenhæng mellem deres kompetencer og de opgaver, de stilles over for. Borgerne og opgaverne fordeles dagligt på hvert morgenmøde, og der tages i den forbindelse højde for kompleksitet og kompetencer. Ved behov for, at to medarbejdere sammen udfører en konkret opgave, planlægges dette også i forbindelse med morgenmødet.

Medarbejderne tilkendegiver tilfredsstillende muligheder for løbende kompetenceudvikling, f.eks. har der været kursus i Low Arousal. Medarbejderne søger den rette faglige viden ved at anvende VAR, rådføre og sparre med kollegaer samt benytte interne instrukser og vejledninger

I forbindelse med det daglige kvalitetsarbejde er der fokus på demensundervisning, førstehjælp og de generelle arbejdsgange i Nexus.

Medarbejderne redegør for forskellig praksis vedrørende utilsigtede hændelser. Hertil vil den ene medarbejder henvende sig til en sygeplejerske ved fejl, mens den anden medarbejder italesætter indrapportering af hændelserne samt afholdelse af hændelsesanalyser sammen med lederen.

Medarbejderne fortæller, at terapeuter, psykiatrisk sygeplejerske og læge er faste samarbejdspartnere ind i det tværfaglige samarbejde. Der er dog ikke organiseret en fast mødestruktur for sparring og videndeling med de tværfaglige sparringspartnere, men medarbejderne fortæller, at samarbejdspartnerne kan kontaktes ved behov.

Medarbejderne deler viden og drøfter den enkelte borgers behov på et fastlagt møde to gange ugentlig. Aftenvagterne afholder ugentligt møder med ledelsen i afdelingen.

Der fortælles ikke yderligere om anden fastlagt mødestruktur for medarbejderne, men at medarbejderne derudover deler viden med hinanden i forbindelse med deres pauser.

Koordinatorer varetager udskrivelsen af borgerne til plejeboliger, og her sikres det, at relevant viden, information og dokumentation overleveres til den kommende enhed.

Tilsynets vurdering - 4

Det er tilsynets vurdering, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

På baggrund af interviews med ledelsen og medarbejderne vurderer tilsynet, at der er et ledelsesmæssigt fokus på at sikre en hensigtsmæssig organisering, en stabil drift samt gode rammer for kompetenceudvikling. Det er tilsynets vurdering, at der ikke blandt alle medarbejderne er kendskab til indrapportering af utilsigtede hændelser. Samtidig vurderer tilsynet, at medarbejderne ikke italesætter en mødestruktur, der understøtter daglig videndeling eller tværfaglig sparring.

3.10 OBSERVATIONSSTUDIE

Data	**KOMMUNIKATION** Medarbejderen banker på, inden entre i boligen. Medarbejderen og borgeren fører dialogen i øjenhøjde, som omhandler, at familien kommer på besøg i eftermiddag. Der observeres en afdæmpet og nærværende kommunikation, hvor også italesættelsen af nye opgaver beskrives over for borgeren. På et tidspunkt i forbindelse med plejen italesætter borgeren at være utilpas med kvalme, hvorefter medarbejderen spørger ind til symptomer og varighed, og hvad som eventuelt kan afhjælpe kvalmen. **SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE** Medarbejderen spørger ind til karakteren og forløbet af borgerens smerter i underekstremiteterne. Borgeren beskriver efterfølgende smerterne, hvorefter borgeren italesætter, at plejen skal forløbe nænsom og i roligt tempo. Tilsynet observerer, at borgeren sikres selvbestemmelse og medindflydelse i forbindelse med plejesituationen. Medarbejderen og borgeren har herefter en samtale om genoptræningsforløbet, samt at borgeren skal hjælpes til at øge sin mobilisering i løbet af dagen. **REHABILITERING** Borgeren hjælper til i det omfang, det er muligt. Borgeren holder på sengehesten, mens medarbejderen udfører pleje i sengen. Borgeren hjælper herudover til med forflytninger i sengen samt med at flytte underekstremiteterne, når medarbejderen anmoder om dette. Efterfølgende hjælper borgeren med til at vaske sig på overkroppen og skifte tøjet. Borgeren påfører selv deodorant samt påsmører ansigtscreme. **ORGANISERING AF ARBEJDET** Medarbejderen udfører arbejdet ud fra en hensigtsmæssig organisering, hvor plejeopgaverne udføres i sengen. Medarbejderen har forberedt et rullebord med relevante plejeartikler, som er placeret ved siden af sengen. Der forekommer ingen unødige forstyrrelser eller afbrydelser i forbindelse med plejesituationen. Medarbejderen sikrer borgerens privatliv, idet gardinerne til gaden trækkes for, inden plejen igangsættes. **DEN FAGLIGE UDFØRELSE AF ARBEJDET** Medarbejderen ifører sig korrekte værnemidler, engangsforklæde og handsker. Den personlige pleje udføres korrekt i sengen, og i den forbindelse udføres der også korrekt kateterpleje med ren og uren teknik. Medarbejderen tildækker løbende borgeren med rene håndklæder på kroppen for derved at give tryghed og varme. Ved forflytninger i plejesengen anvendes glidestykke, så friktionen reduceres. Tilsynet bemærker, at medarbejderen under plejen foretager korrekt skift af handsker, men at der ikke udføres den nødvendige håndhygiejne mellem handskeskift.

Tilsynets vurdering - 3
Det er tilsynets vurdering, at indikatorerne i middel grad er opfyldt. Det vurderes, at medarbejderen benytter en målrettet og individuel tilgang til borgeren, hvortil både kommunikationen og indsatsen er tilpasset borgerens behov. Der arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang med fokus på at sikre borgerens autonomi og selvbestemmelse. Det er tilsynets vurdering, at arbejdet er velorganiseret uden unødige afbrydelser, samt at den faglige udførelse af plejen er veltilrettelagt. Tilsynet vurderer, at medarbejderen ikke overholder de hygiejniske principper, idet medarbejderen ikke udfører korrekt håndsprit imellem handskeskift.

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

4.1 FORMÅL

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at borgerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for borgere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 VURDERINGSSKALA

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau.:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger
SCORE: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
SCORE: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • 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 Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

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 plejecentre, 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.

Relateret document 5/21

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Nymosehave 2022.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Nymosehave 2022**
Dokument ID:	**4960956**

Tilsynsrapport
Gentofte Kommune

Nymosehave
Plejeboliger med hjemmehjælp og plejecenterboliger

Uanmeldt tilsyn 2022

INDHOLD

1. OPLYSNINGER OM NYMOSEHAVE 4

2. VURDERING 5
2.1 TILSYNETS VURDERINGER 5
2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER 7

3. DATAGRUNDLAG 9
3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER 9
3.2 DOKUMENTATION 9
3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP 12
3.4 MAD OG MÅLTIDER 13
3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD 15
3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING 16
3.7 MEDICINHÅNDTERING 17
3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN 18
3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE 19
3.10 OBSERVATIONSSTUDIE 20

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE 23
4.1 FORMÅL 23
4.2 METODE 23
4.3 VURDERINGSSKALA 24
4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE 25

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete plejecenter.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer, observationsstudier og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra den indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

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

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Gitte Ammundsen
Senior Manager
Mobil: 4189 0406
Mail: gia@bdo.dk
Projektansvarlig

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

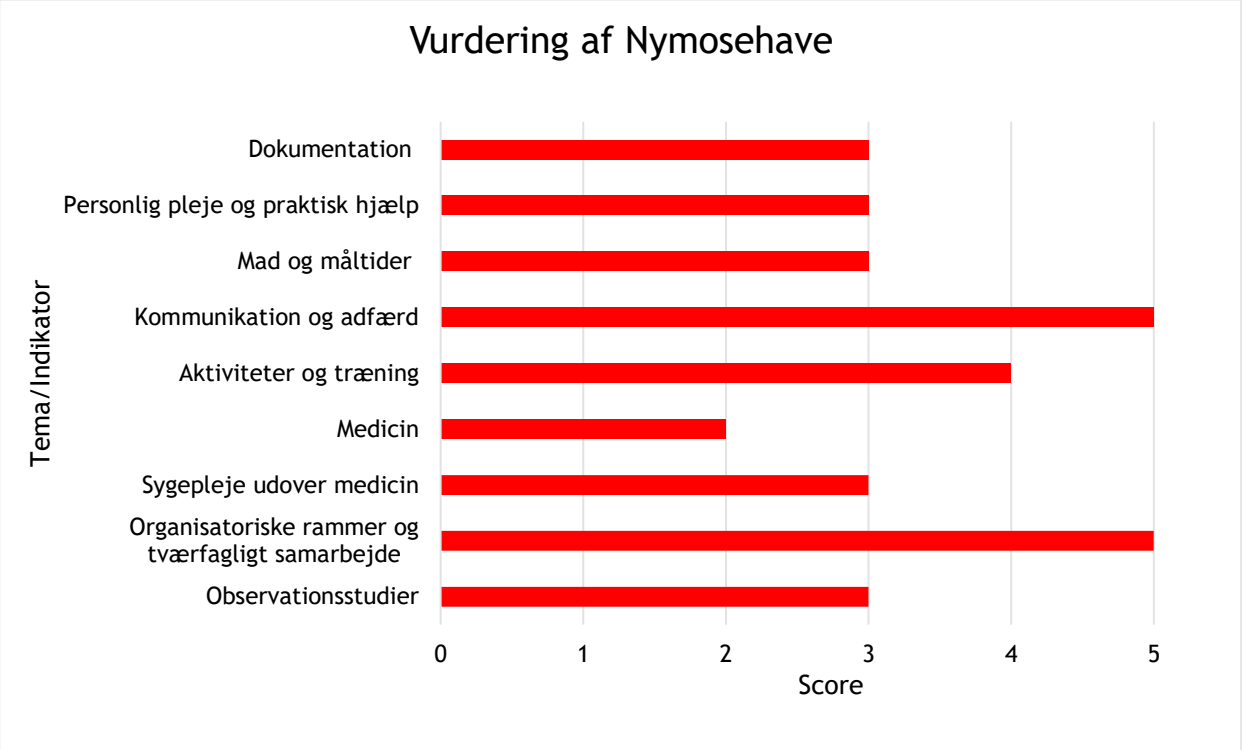
1. OPLYSNINGER OM NYMOSEHAVE

Oplysninger om enheden og tilsynet
Navn og Adresse: Nymosehave, Stolpehøj 148/Sognevej 39, 2820 Gentofte
Leder: Pia Ramsgaard
Antal boliger: 54 plejeboliger med hjemmehjælp + 39 plejecenterboliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 29. september 2022
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejecentrets ledelse • Interview af syv borgere • Gennemgang af dokumentation • Kontrol af medicinen • Observationsstudier • Gruppeinterview med fire medarbejdere (En social- og sundhedshjælper og tre social- og sundhedsassistenter) Borgere, som indgår i individuelle interviews, har givet deres accept til at indgå i tilsynet. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Gitte Ammundsen, Senior manager og sygeplejerske Pernille Breck Johansson, Manager og sygeplejerske

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS VURDERINGER

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Ovenstående vurdering gives på baggrund af de observerede mangler i den pleje- og sundhedsfaglige dokumentation. Det er tilsynets vurdering, at døgnrytmeplaner udarbejdes ud fra en fælles faglig forståelse for indholdet og opbygningen heraf, og generelt indeholder handlevejledende beskrivelser af hjælpen til personlig pleje. Tilsynet konstaterer, at der ikke konsekvent sikres handlevejledende beskrivelser af hjælpen til bad og praktisk støtte.

Centret er i god proces med udarbejdelse af handlingsanvisninger ift. sundhedslovsindsatser, men tilsynet konstaterer, at centret endnu ikke er i mål hermed.

Medarbejderne kan redegøre for arbejdet med dokumentationen i praksis. Medarbejderne oplever gode muligheder for faglig sparring og undervisning, men erkender, at de ift. arbejdet med handlingsanvisninger og tilstandshjulet stadig mangler at blive helt fortrolige hermed.

Personlig pleje og praktisk støtte:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Beboernes hjælpemidler fremstår tilstrækkeligt rengjorte, hvilket også er tilfældet for beboernes boliger.

Fem ud af syv beboere er meget tilfredse med kvaliteten af hjælpen, de modtager. Tilsynet konstaterer, at to beboere udtrykker mindre tilfredshed på grund af lang ventetid på besvarelse af nødkald, og på grund af, at en medbeboer går ind i boligen uden at være inviteret hertil. Derudover beskriver en af beboerne mindre tilfredshed med manglende overholdelse af aftaler, mens den anden beboer beskriver oplevelsen af manglende kontinuitet, hvilket påvirker kvaliteten af hjælpen.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og praktiske støtte, herunder hvordan der arbejdes med den rehabiliterende tilgang og hvordan hjælpen tilrettelægges og udføres i et samarbejde med beboerne. Under gruppeinterviewet bemærker tilsynet positivt, at medarbejderne besvarer spørgsmålene ud fra en fælles faglig tilgang og forståelse for opgaveløsningen.

Mad og måltider:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det vurderes, at der generelt er en hensigtsmæssig organisering og hyggelig stemning omkring måltiderne, hvortil medarbejderne efterlever værtsrollen og udviser forståelse for at sikre beboernes medindflydelse. Tilsynet bemærker dog en enkelt situation, hvor en beboer får hjælp til indtagelse af måltidet af en medarbejder, der udviser mindre forståelse for den faglige tilgang til hjælpen.

Det er tilsynets vurdering, at fire beboere oplever tilfredshed med madens kvalitet og rammerne for måltidet, mens de tre andre beboere har bemærkninger hertil.

Medarbejderne kan efter tilsynets vurdering redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre "Det gode måltid".

Kommunikation og adfærd:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne udviser en respektfuld kommunikation og adfærd i mødet med beboerne, hvilket beboerne også fortæller, at de oplever.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, der medvirker til at skabe respektfuld kommunikation og adfærd.

Aktiviteter og træning:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er et varieret tilbud om aktiviteter, der understøtter beboerne i at have et aktivt hverdagsliv. Beboerne udtrykker stor tilfredshed med aktivitetstilbuddene og deltager heri efter eget ønske. Tilsynet bemærker, at en beboer ikke føler sig tilstrækkelig godt informeret om aktiviteterne, og derfor føler sig begrænset i at deltage heri.

Tilsynet vurderer, at medarbejderen kan redegøre for området.

Medicin:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Ovenstående vurdering gives på baggrund af, at der er observeret dispenseringsfejl hos en beboer.

Det er tilsynets vurdering, at centret har en udfordring i forhold til at sikre kvittering for administreret medicin. I forhold til manglerne, i relation til at sikre overensstemmelse mellem handelsnavne og stillingtagen til Cave-felt, er det tilsynets vurdering, at der med en mindre indsats hurtigt kan rettes op herpå.

Tilsynet vurderer, at beboerne er tilfredse med medarbejdernes håndtering af deres medicin, og at medarbejderne kan redegøre for dispensering og administration i overensstemmelse med gældende retningslinjer på området.

Sygeplejeydelser ud over medicin:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er sammenhæng mellem de visiterede og de leverede sygeplejeindsatser. Det er tilsynets vurdering, at en beboer ikke er tryg ved hjælpen i den trykaflastende indsats, idet nogle aftenvagter ikke har kendskab til, hvordan beboeren skal støttes i korrekt lejring.

Tilsynet vurderer, at medarbejderen kan redegøre for eget kompetenceområde og for, hvorledes man er i proces med at sikre den faglige kvalitet på området.

Organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er meget tilfredsstillende fokus på at sikre gode rammer for faglig udvikling og tværfagligt samarbejde. Det er tilsynets vurdering, at der arbejdes målrettet med relevante emner i kvalitetsarbejdet.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderen oplever gode kompetencemuligheder, og at det tværfaglige samarbejde er velfungerende.

Observationsstudier:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der under det ene observationsstudie foregår en respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejderens side. Under det andet observationsstudie observeres ligeledes respektfuld kommunikation og adfærd, men det bemærkes dog, at medarbejderne enkelte gange omtaler beboeren i tredje person i situationer, hvor der drøftes faglige observationer af beboerens helbredsmæssige udfordringer.

Hjælpen er i begge observationsstudier velorganiseret og hjælpen leveres i meget høj grad med udgangspunkt i at sikre beboernes selvbestemmelsesret. Medarbejderne udviser i praksis en faglig forståelse for den rehabiliterende tilgang.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderen i det ene observationsstudie følger gældende retningslinjer for at sikre korrekt håndhygiejne, mens medarbejderen under det andet observationsstudie ikke foretager spritning af hænder mellem handskeskift.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation, observationer og observationsstudier. Derudover foretages kontrol af medicinen. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger
1. Tilsynet anbefaler, at arbejdet med kvalitetssikringen af dokumentationen, herunder implementering af arbejdet med handlingsanvisninger for sundhedslovsindsatser og tilstandshjulet fortsat får høj ledelsesmæssig prioritet. Tilsynet anbefaler, at der i kvalitetsarbejdet også rettes et særligt fokus på at sikre handlevejledende beskrivelser af hjælpen til bad og praktisk støtte.
2. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt tages hånd om to konkrete beboeres udsagn, så beboernes tilfredshed med kontinuiteten i plejen, besvarelse af nødkald og overholdelse af aftaler i højere grad sikres.

3. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt tages initiativ til en faglig drøftelse med medarbejderne om, hvordan og med hvilke indsatser det kan forebygges, at nogle beboere går ind i andre boliger uden først at være inviteret hertil.
4. På baggrund af observationer af måltidet anbefaler tilsynet, at der ledelsesmæssigt implementeres indsatser, så det sikres, at støtte til indtagelse af måltidet altid leveres af en faglært medarbejder.
5. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt tages initiativ til en faglig drøftelse med medarbejderne om, hvordan der sikres respektfuld kommunikation, herunder at der ikke tales hen over hovedet på beboerne, jf. omtale af beboerne i 3. person.
6. Tilsynet anbefaler, at der rettes opmærksomhed på at sikre, at en konkret beboer bliver informeret om aktivitetstilbuddene, og således støttes og motiveres til deltagelse heri.
7. Tilsynet anbefaler, at der rettes et ledelsesmæssigt fokus på at sikre, at alle medarbejdere besidder de nødvendige faglige kompetencer til at løse de sygeplejeopgaver, de udfører.
8. Tilsynet anbefaler, at ledelsen skærper indsatsen på medicinområdet, så der sikres korrekt dispensering, herunder at medarbejderne følger gældende retningslinjer for eftertælling af dispenseret medicin. Tilsynet vurderer, at der i kvalitetsarbejdet med medicinopgaver bør rettes et målrettet fokus på at sikre kvittering af administreret medicin.
9. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medarbejderne følger gældende hygiejniske retningslinjer, så medarbejderne altid foretager korrekt håndhygiejne ved handskeskift.

3. DATAGRUNDLAG

3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER

Data	**LEDERINTERVIEW:** Ved det kommunale tilsyn i efteråret 2021 blev der givet anbefalinger i forhold til dokumentationen. Forstanderen oplyser, at enhedens dokumentationsgruppe arbejder på tværs i huset, og blandt andet har forestået sidemandsoplæring og undervisning. Gruppelederne har en stor rolle i forhold til kvalitetsarbejdet med dokumentationen og er tovholdere på at sikre, at alle medarbejdere kommer igennem et oplæringsforløb. Tilsynet får fremvist en planche til brug for læringsforløbene, hvoraf det fremgår, at arbejdet med tilstandshjulet er et emne i fokus. Alle medarbejdere får snarest lagt en app på telefonen, så der fremadrettet kan sikres tidstro kvittering for administration og udlevering af medicin. De nye mobile løsninger gør det lettere for vikarer og afløsere at tilgå dokumentationen, hvilket også vil bidrage til at højne kvaliteten af dokumentationen. På faste ledermøder drøftes løbende de aktuelle udfordringer, herunder kvalitetssikringsprocessen, men forstanderen erkender, at man endnu ikke er i mål med kvalitetsarbejdet i forhold til dokumentationen. Forstanderen oplyser, at der på baggrund af en bekymringshenvendelse fra en beboer og en pårørende, er blevet gennemført tilsyn fra Styrelsen, men at der ved tilsynet ikke blev fundet alvorlige fejl og mangler. Udover arbejdet med dokumentationen er kvalitetsarbejdet på Nymosehave meget målrettet rekruttering og fastholdelse af medarbejdere. Forstanderen beskriver, at der samarbejdes med kommunens HR-afdeling i forhold til fx stillingsopslag og branding af Nymosehave. Der er blevet optaget en film til inspiration for kommende ansøgere, og der er indledt et samarbejde med FOA, da man ønsker at bryde med kulturen og mønstre for arbejdstider. Forstanderen oplyser, at man ønsker at overgå fra ”Fixtid” til ”Flextid”. Kvalitetsarbejdet er også koncentreret om de udfordringer, som enheden oplever i forhold til, at der på Nymosehave er ansat mange medarbejdere med anden etnisk herkomst. Det er forstanderens oplevelse, at der er en del udfordringer i formidlingen af opgaverne, da mange af medarbejderne har brug for en helt særlig og målrettet støtte. Sprogskolen er involveret i kvalitetsarbejdet, og bidrager med en stor indsats, ifølge forstanderen.

3.2 DOKUMENTATION

Data	**OBSERVATION** Der foretages observation i borgernes omsorgsjournal. **<u>Funktionsevnetilstande</u>** Funktionsevnetilstandene fremstår opdaterede og aktuelle for fem af beboerne. For to beboere mangler ajourføring på enkelte funktionsevnetilstande, idet der ses beskrivelser af ældre dato, som der ikke er fulgt op på.

Døgnrytmeplanen

Der er oprettet døgnrytmeplaner for alle beboere. Døgnrytmeplanerne er udarbejdet på en systematisk og ensartet måde ved brug af skabelonens overskrifter. Døgnrytmeplanerne for plejen indeholder generelt handlevejledende beskrivelser gennem hele døgnet, og der ses detaljerede beskrivelser af beboernes ressourcer og hvorledes disse medinddrages i plejen.

Derudover ses beskrivelser af beboernes særlige ønsker og vaner som fx, hvornår beboerne ønsker at få hjælpen leveret. Der ses relevante beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i relation til fx brug af trykaflastende pude, opmærksomhed på hudpleje og fokus på at tilbyde fysisk aktivitet for at sikre beboeren et godt hverdagsliv. Under feltet "særlig opmærksomhed" ses flere eksempler på handlevejledende beskrivelser. I en beboers døgnrytmeplan ses fx beskrivelse af, at beboeren gerne vil træne, og at det derfor er vigtigt at støtte beboeren i at komme til træning tre gange ugentligt. For en anden beboer ses beskrivelse af, at der skal være en særlig opmærksomhed på, at beboeren har tør hud og er tryktruet.

Tilsynet har følgende bemærkninger til dokumentationen i døgnrytmeplanerne:

- I tre døgnrytmeplaner fremgår ikke handlevejledende beskrivelser af hjælpen til bad.
- En døgnrytmeplan skal ajourføres ift. den hjælp, som beboeren modtager om natten.
- For fem beboere foreligger der kun delvis, eller ingen, beskrivelser af hjælpen til praktisk støtte.

Generelle oplysninger

For fire beboere indeholder de generelle oplysninger fyldestgørende beskrivelser, hvortil oplysningerne fremstår med værdi for beboerforløbet. For tre beboere mangler delvis udfyldelse.

Handlingsanvisninger

Tilsynet har følgende bemærkninger til dokumentationen i handlingsanvisninger:

- Handlingsanvisninger for mave/tarmproblem, øjendrypning og smerter mangler ajourføring.
- For en beboer ses, at der er udarbejdet 2-3 handlingsanvisninger for den samme indsats, hvilket gør det vanskeligt at skabe det nødvendige overblik over indsatserne. Derudover bemærkes det, at handlingsanvisningerne indeholder modstridende oplysninger. Dette gør sig fx gældende i handlingsanvisninger for fx cirkulationsbehandling og vejning.

Tilsynet får oplyst, at arbejdet med handlingsanvisninger er relativt nyt på Nymosehave, hvorfor der for flere beboere mangler udarbejdelse af handlingsanvisninger for medicindispensering/medicinadministration. Under tilsynets tilbagemelding om tilsynsresultatet oplyser ledelsen, at oplysninger, ift. medicindispensering/medicinadministration, typisk er beskrevet under kalenderopgaver. Tilsynsførende foretager ikke kontrol heraf.

Helbredstilstande:

Helbredstilstandene fremstår opdaterede og aktuelle, og der ses sammenhæng til den medicinske behandling.

Observationsnotater:

Der ses dokumentation af relevante målinger (vægt, blodtryk og blodsukker) fraset i et par eksempler. For en beboer ses dokumentation af månedlige vægtmålinger, men i handlingsanvisningen beskrives, at der skal foretages vejning hver 14. dag. Tilsynet vurderer, at der her er tale om manglende ajourføring af handlingsanvisningen. Under observationsnotater ses relevante beskrivelser af observationer og handlinger som led i opfølgning på afvigelser i beboernes helbredsmæssige tilstand. Det bemærkes dog, at der mangler dokumentation på en beboers hudproblem og problem med stomi. På baggrund af beboerens udtalelser, er det tilsynets vurdering, at opfølgning herpå er udført i praksis, idet beboeren fx udtrykker glæde over, at der ikke længere sker lækage fra stomien.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne oplyser, at døgnrytmeplanerne udarbejdes og ajourføres af kontaktpersonen. Der sikres en systematisk ajourføring ved, at opgaven er oprettet i Nexus. Denne praksis er dog endnu ikke implementeret i alle grupper, ifølge medarbejderne.

Døgnrytmeplanen bruges i situationer, når medarbejderne skal udføre pleje hos beboere, de ikke har så godt kendskab til eller når de ikke har været hos beboeren gennem en længere periode. Vikarer og afløsere opfordres til at gennemlæse døgnrytmeplanen, før et plejeforløb opstartes.

Medarbejderne beskriver, at man pt. har fokus på arbejdet med tilstandshjulet, udarbejdelse af handlingsanvisninger på sundhedslovsindsatser og at relatere observationsnotater til tilstande. Medarbejderne fortæller, at de er i god proces hermed, men at de nye tiltag ift. dokumentationspraksis stadig opleves lidt vanskeligt.

En af medarbejderne fortæller, at hun netop har siddet sammen med en sygeplejerske og fået sidemandsoplæring i, hvordan man udarbejder en handlingsanvisning. En anden medarbejder oplyser, at hun har deltaget i dokumentationsundervisning ved udviklingssygeplejersken. Medarbejderne finder det interessant, at de som social- og sundhedsassistenter fremadrettet skal mere ind over dokumentationen og have et større ansvar herfor.

Medarbejderne udtrykker oplevelsen af at have gode muligheder for faglig sparring om dokumentationen med fx sygeplejersker, kolleger og gruppeledere. På triageringsmøder og morgenmøder tales også en del om god dokumentationspraksis, hvilket medarbejderne finder udbytterigt.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Ovenstående vurdering gives på baggrund af de observerede mangler i den pleje- og sundhedsfaglige dokumentation.

Det er tilsynets vurdering, at døgnrytmeplaner udarbejdes ud fra en fælles faglig forståelse for indholdet og opbygningen heraf, og generelt indeholder handlevejledende beskrivelser af hjælpen til personlig pleje. Tilsynet konstaterer, at der ikke konsekvent sikres handlevejledende beskrivelser af hjælpen til bad og praktisk støtte.

Tilsynet vurderer, at centret er i god proces med udarbejdelse af handlingsanvisninger ift. sundhedslovsindsatser, men det konstateres, at centret endnu ikke er i mål hermed.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for arbejdet med dokumentationen i praksis. Medarbejderne oplever gode muligheder for faglig sparring og undervisning, men erkender, at de ift. arbejdet med handlingsanvisninger og tilstandshjulet, stadig mangler at blive helt fortrolige hermed.

3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP

Data	**OBSERVATION** Beboerne fremstår soignerede og veltilpasse. Deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Beboernes hjælpemidler fremstår tilstrækkeligt rengjorte, hvilket også er tilfældet for beboernes boliger. **BEBOERINTERVIEW** Fem ud af syv beboere udtrykker tilfredshed med kvaliteten af den hjælp, de modtager. Beboerne henviser til, at medarbejderne opleves flinke, hjælpsomme og fleksible, og at hjælpen leveres i et samarbejde og med udgangspunkt i deres ønsker og vaner. De fem beboere oplever tilfredsstillende kontinuitet og beskriver tilknytning af fast kontaktperson. En beboer oplever, at en høj professionalisme kendetegner plejen, og at der altid reageres hurtigt på besvarelse af nødkald. To beboere udtrykker mindre tilfredshed. En af beboerne oplever kontinuitet og god kvalitet af hjælpen, men beboeren beskriver oplevelsen af mindre tryghed, da en medbeboer tidligere er gået ind i beboerens bolig, og anvendt beboerens møbler på en uhensigtsmæssig måde. Derudover oplever beboeren manglende overholdelse af aftaler. Beboeren fortæller, at hjælpen nogle gange leveres to timer senere end det aftalte, og da beboeren ikke informeres om ændringen, aktiverer beboeren sit nødkald, som der opleves lang ventetid på besvarelse af. Ledelsen undersøger sagen nærmere og bekræfter, at det via data kan konstateres, at der et par gange har været for lang ventetid på besvarelse af nødkaldet. En anden beboer udtrykker mindre tilfredshed på grund af ændringer af aftaler ift. bad og lang ventetid på besvarelse af nødkald. Derudover oplever beboeren, at der kommer mange forskellige medarbejdere, hvilket især påvirker kvaliteten af hjælpen, som ægtefællen modtager. Beboeren er bekymret for, at hun en dag ikke selv kan italesætte ægtefællens behov. Yderligere beskriver beboeren mindre tryghed ved, at en medbeboer går ind i boligen, og at medarbejderne ikke gør en større indsats for at forhindre dette. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver, at når nye beboere flytter ind, afdækkes deres behov, ønsker og vaner, og hjælpen udføres med udgangspunkt heri. Planlægningen og fordelingen af opgaverne foregår på lidt forskellige måder i plejeboligerne og plejecenterboligerne, men udgangspunktet for hvorledes opgaverne fordeles, sker altid ud fra en fælles faglig forståelse for at sikre et match mellem beboernes kompleksitet og medarbejdernes kompetencer. Medarbejderne beskriver, at der er en god og faglig dialog med fx gruppelederne om, hvordan opgaverne sikres planlagt på den bedste og mest hensigtsmæssige måde. En medarbejder italesætter, at der i fordelingen af opgaver tages hensyn til både de personlige og faglige kompetencer hos den enkelte medarbejder. Kvaliteten i plejeforløbene sikres ved, at plejen udføres med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang og beboernes selvbestemmelsesret. En medarbejder fremhæver betydningen af, at man ved ankomsten til beboerens hjem danner sig et hurtigt overblik over, om noget eventuelt er forandret fra dagen før. Hjælpen udføres i et samarbejde, og med respekt for beboerens egne valg. En medarbejder fremhæver betydningen af, at hjælpen til personlig hygiejne udføres med fokus på at udvise respekt for beboernes blufærdighed.

	Medarbejderne oplyser, at en del beboere ønsker hjælpen leveret på bestemte tidspunkter, hvilket der gøres en stor indsats for at imødekomme. Ved observerede ændringer i beboernes helbredsmæssige tilstand beskriver medarbejderne, at de foretager de nødvendige observationer og handlinger, og er i dialog med beboerne, om det der observeres. Hvis det skønnes relevant, måles diverse værdier, og efterfølgende tages beboerens situation typisk op på fastlagte morgen- og triageringsmøder. Under gruppeinterviewet bemærker tilsynet positivt, at medarbejderne besvarer spørgsmålene ud fra en fælles faglig tilgang og forståelse for opgaveløsningen.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Beboernes hjælpemidler fremstår tilstrækkeligt rengjorte, hvilket også er tilfældet for beboernes boliger.

Det er tilsynets vurdering, at fem ud af syv beboere er meget tilfredse med kvaliteten af hjælpen, de modtager. Tilsynet konstaterer, at to beboere udtrykker mindre tilfredshed på grund af lang ventetid på besvarelse af nødkald og på grund af, at en medbeboer går ind i boligen uden at være inviteret hertil. Derudover beskriver en af beboerne også mindre tilfredshed med manglende overholdelse af aftaler, mens den anden beboer beskriver oplevelsen af manglende kontinuitet, hvilket påvirker kvaliteten af hjælpen.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og praktiske støtte, herunder hvordan der arbejdes med den rehabiliterende tilgang og hvordan hjælpen tilrettelægges og udføres i et samarbejde med beboerne. Under gruppeinterviewet bemærker tilsynet positivt, at medarbejderne besvarer spørgsmålene ud fra en fælles faglig tilgang og forståelse for opgaveløsningen.

3.4 MAD OG MÅLTIDER

Data	**OBSERVATION** I morgentimerne sidder flere beboere samlet i fællesstuen, hvor morgenmaden indtages. Medarbejderne har anrettet morgenmaden på en bakke, hvilket vurderes i overensstemmelse med beboernes ønsker. Tilsynet observerer frokostmåltidet på en afdeling. 12 beboere deltager heri og er fordelt ved fire forskellige borde. Der sidder medarbejdere med ved alle fire borde. Smørrebrødet er anrettet på fade, som står på et rullebord. Tilsynet observerer, at fade fremvises for beboerne, og medarbejderne motiverer beboerne til fx at smage dagens dessert, som er kiks med ost. Kander med drikkevarer står fremme på bordene. Maden portionsanrettes for beboerne, hvilket også observeres relevant ift. beboernes behov og ressourcer. Tilsynet bemærker, at der sidder et forskelligt antal beboere ved hvert bord, hvilket vurderes at være en bevidst og faglig prioritering. Ved et af bordene sidder en medarbejder og en beboer, som får støtte til indtagelse af måltidet. Tilsynet bemærker, at medarbejderen udviser en mindre nærværende adfærd, idet medarbejderen kun enkelte gange er i dialog med beboeren under måltidet. Medarbejderen sidder i stedet og kigger lidt ud i rummet. På et tidspunkt kommer en anden medarbejder forbi og lægger venligt hånden på beboerens skulder for at tiltrække beboerens opmærksomhed.

Beboeren opfordres til at spise sin mad. Senere under måltidet sætter en tredje medarbejder sig ved bordet og indleder en samtale med medarbejderen, der hjælper beboeren med at spise. De to medarbejdere taler om beboerens udfordringer hen over hovedet på beboeren, og senere tales også om private forhold.

Tilsynet bemærker, at medarbejderne ved de øvrige borde er særdeles opmærksomme på at være i dialog med beboerne, hvilket bidrager til socialt samvær og en hyggelig stemning.

BEBOERINTERVIEW

Fire beboere beskriver tilfredshed med madens kvalitet og rammerne for måltidet. En beboer fortæller, at maden er velsmagende og at stemningen er god. Beboeren nyder at sidde ved et fast bord omgivet af snakkesalige medbeboere. Beboerne oplever, at medarbejderne ofte sidder med ved bordene, og at de er gode til at skabe en god stemning. En beboer fortæller, at der jævnligt afholdes beboermøder, hvor måltidet også debatteres, hvilket giver mulighed for indflydelse. Beboerne beskriver gode muligheder for mellemmåltider.

Tre beboere har bemærkninger til maden. Beboerne kommer med følgende udsagn:

- Særligt den varme mad kan være af svingende kvalitet. Ifølge beboeren kan kødet være stegt for længe, mens der andre dage serveres mad af høj kvalitet.
- Der tages ikke altid hensyn til, at beboeren ikke ønsker pasta. Beboeren oplever også, at medarbejderne, især om aftenen, glemmer at servere det aftalte mellemmåltid, hvilket er vigtigt for beboeren, da vedkommende har diabetes.
- Der gives ikke altid et alternativt tilbud, hvis beboeren ikke kan lide maden. En beboers ægtefælle udtrykker, at hendes mand ofte svarer ”Nej tak” til at få serveret et alternativ, hvilket nogle medarbejdere blot accepterer, hvilket ægtefællen ikke oplever korrekt, da beboeren godt kan motiveres til at spise, hvis der gøres en særlig indsats.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Opgaver ifm. måltidet planlægges på forhånd eller aftales mellem medarbejderne den pågældende dag. En medarbejder fortæller, at der pt. dog arbejdes med at få mere struktur på opgaverne, så medarbejderne i højere grad får mulighed for at efterleve principperne bag det gode måltid.

Medarbejderne prioriterer at sidde med ved bordene for at skabe dialog og hyggeligt samvær. Der er lavet en liste med forslag til samtaleemner, der kan bringes i spil under måltidet, da ikke alle medarbejdere har lige let ved at finde på emner, der kan tales om.

Medarbejderne fortæller, at man under tiden med Corona har gjort sig nogle erfaringer med måden, maden anrettes og serveres på. Medarbejderne beskriver, at den rehabiliterende tilgang med anretning af maden i skåle og på fade ikke nødvendigvis altid er den bedste løsning, idet mange beboere fx er meget lang tid om selv at anrette maden, og derfor bliver denne kold, før den når hele vejen rundt om bordet. Yderligere er det medarbejdernes oplevelse, at beboerne ofte får et mere varieret måltid, når maden serveres af medarbejderne. I serveringen af maden anvendes nu både fadservering og portionsanretning, alt efter beboernes ønsker og behov.

	Medarbejderne beskriver, at der er et velfungerende samarbejde med køkkenpersonalet, som giver sig tid til at tale med beboerne om de ønsker, de måtte have til kommende madplaner. På centret er der et madudvalg bestående af repræsentanter fra køkkenet, ledelsen og to beboerrepræsentanter.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt. Det vurderes, at der generelt er en hensigtsmæssig organisering og hyggelig stemning omkring måltiderne, hvortil medarbejderne efterlever værtsrollen og udviser forståelse for at sikre beboernes medindflydelse. Tilsynet bemærker dog en enkelt situation, hvor en beboer får hjælp til indtagelse af måltidet af en medarbejder, der udviser mindre forståelse for den faglige tilgang til hjælpen.

Det er tilsynets vurdering, at fire beboere oplever tilfredshed med madens kvalitet og rammerne for måltidet, mens de øvrige tre beboere har bemærkninger hertil.

Medarbejderne kan efter tilsynets vurdering redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre "Det gode måltid".

3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD

Data	**OBSERVATION** Under rundgang på fællesarealerne observerer tilsynet, at medarbejderne har en venlig, respektfuld og imødekommende tilgang til beboerne. I flere tilfælde anvendes fysisk berøring i kontakten, ligesom der sikres kommunikation i øjenhøjde. **BEBOERINTERVIEW** Beboerne beskriver medarbejderne som værende venlige og imødekommende. Hertil beskrives, at der er en god omgangstone præget af respekt og humor. En beboer fortæller fx, at der aldrig tales i en nedladende tone, og en anden beboer beskriver, at alle ringer eller banker på, inden de kommer ind. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for faktorer, der har betydning for at sikre respektfuld kommunikation og adfærd i mødet med beboerne. Medarbejderne beskriver blandt andet fokus på: • At være lyttende • At bruge kropssproget bevidst • At udvise en rolig adfærd • At tale i øjenhøjde • At lytte til de udsagn, som beboerne kommer med og handle i forhold hertil • At møde beboerne hvor de er • At udvise situationsfornemmelse • At banke på, præsentere sig og fortælle, hvorfor man kommer

	Det er medarbejdernes oplevelse, at der er den nødvendige tryghed og tillid i medarbejdergruppen til, at man ville reagere, hvis der blev observeret mindre hensigtsmæssig kommunikation og adfærd.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne udviser en respektfuld kommunikation og adfærd i mødet med beboerne, hvilket beboerne også fortæller, at de oplever.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, der medvirker til at skabe respektfuld kommunikation og adfærd.

3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING

Data	**OBSERVATION** En aktivitetsmedarbejder sidder med flere beboere og laver puslespil i en afdelings fællesstue. Nogle beboere deltager ikke, men finder glæde ved at observere aktiviteten. Aktivitetsmedarbejderen involverer og interagerer med alle beboerne i fællesstuen på en engageret og inviterende måde. Nogle beboere ser tv i fjernsynsstuen, som er i forlængelse af rummet, og er på denne måde stadig en del af det sociale fællesskab. Senere på dagen observerer tilsynet, at der afholdes stolegymnastik i fællesstuen. Flere beboere deltager heri, og sidder placeret i en rundkreds. Der er musik i baggrunden. Medarbejderen viser gymnastikøvelserne, som beboerne kan spejle sig i. Der er en god stemning og god interaktion mellem medarbejdere og beboere. En beboer giver udtryk for, at det giver sved på panden. Medarbejderen motiverer beboeren til at yde sit bedste og italesætter, at de heldigvis snart kan slappe af, da det er spisetid. **BEBOERINTERVIEW** Seks beboere udtrykker stor tilfredshed med aktivitetstilbuddene. Beboerne deltager i aktiviteterne efter eget valg, og beskriver deltagelse i fx gudstjeneste, banko, udflugter, gymnastik og herrefrokost. Flere af beboerne henviser til, at de kan orientere sig om aktivitetstilbuddene ved at læse månedsbladet. En beboer udtrykker mindre tilfredshed, idet beboeren ikke oplever at blive tilstrækkelig informeret om tilbuddene. Beboeren finder ikke, at hverdagsaktiviteterne er beskrevet i husavisen. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for aktivitetstilbuddene for beboere i plejeboliger og plejecenterboliger. En medarbejder beskriver, at aktivitetsmedarbejderen planlægger og udfører aktiviteter med beboerne i plejecenterboligerne. Derudover er der nedsat et udvalg, som planlægger de lidt større aktiviteter for beboerne. Det tilstræbes at tilbyde busture en gang ugentligt. En medarbejder fortæller, at bussen også udlånes til pårørende eller fx en beboers besøgsven.

	Medarbejderne beskriver, at der også er tilbud om spontane hverdagsaktiviteter på afdelingsniveau som fx stolegymnastik, musikarrangementer og socialt samvær. Det er medarbejdernes oplevelse, at mulighederne for afholdelse af spontane aktiviteter er lidt større, når afdelingerne har studerende og elever. For beboere i plejeboliger med hjemmehjælp sikres også faste tilbud om aktiviteter, som fx gymnastik, mandeklub, billard og skak.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er et varieret tilbud om aktiviteter, der understøtter beboerne i at have et aktivt hverdagsliv. Beboerne udtrykker stor tilfredshed med aktivitetstilbuddene, og deltager heri efter eget ønske. Tilsynet bemærker, at en beboer ikke føler sig tilstrækkelig godt informeret om aktiviteterne og derfor føler sig begrænset i at deltage heri.

Tilsynet vurderer, at medarbejderen kan redegøre for området.

3.7 MEDICINHÅNDTERING

Data	I forhold til beboere, der bor i plejecenterboliger, opbevares medicinen på en systematisk og ensartet måde i et medicinrum indrettet til formålet. Der ses god orden i medicinrummet, hvor der også er medicinborde med dispenseringsboard, så dispensering af medicin kan foregå på en faglig korrekt måde. I de øvrige plejeboliger opbevares medicinen i beboernes egen bolig. Her observeres ligeledes systematisk og korrekt opbevaring. Der anvendes farvede poser til at sikre korrekt adskillelse af medicinen. Der ses ikke eksempler på medicin med overskredet holdbarhedsdato, og der er angivet anbrudsdato, hvor dette er nødvendigt. Tilsynet bemærker positivt, at der ved behandling med risikosituationslægemidler, eller ved anden medicin der kræver særlig opmærksomhed, er angivet opmærksomhed herpå i bemærkningsfelterne på medicinlisterne. Tilsynet har dog observeret følgende mangler: • Der observeres dispenseringsfejl hos en beboer • I enkelte tilfælde mangler ajourføring af handelsnavne • I et tilfælde mangler stillingtagen til Cave-felt • I flere tilfælde ses mangler i forhold til at sikre konsekvent kvittering for administreret medicin **BEBOERINTERVIEW** Beboerne udtrykker tilfredshed og tryghed ved medarbejdernes håndtering af deres medicin. **MEDARBEJDERINTERVIEW** De medicinansvarlige medarbejdere kan redegøre for arbejdet med medicinopgaver. Medarbejderne beskriver blandt andet anvendelse af medicinmodulet til dispenseringsopgaven, og at der anvendes en systematisk tilgang til opbevaringen af

	medicinen, så denne opbevares efter en ensartet struktur, uanset om medicinen opbevares i beboernes bolig eller i medicinrummet. Medarbejderne beskriver fokus på opdatering af FMK (Fælles Medicin Kort) og at der er tilstrækkelig med medicin til hele dispenseringen. Medarbejderne beskriver, at Styrelsens retningslinjer ift. efterdispensering altid følges. Derudover beskrives fokus på at gennemgå posen med den seponerede medicin, så der sikres kassering af medicin med overskredet holdbarhedsdato. Medarbejderne foretager eftertælling af medicinen som led i egenkontrol. Medarbejderne, der har med udlevering af dispenseret medicin at gøre, kan på faglig korrekt måde redegøre for kontrollen heraf.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Ovenstående vurdering gives på baggrund af, at der er observeret dispenseringsfejl hos en beboer.

Det er tilsynets vurdering, at centret har en udfordring i forhold til at sikre kvittering for administreret medicin. I forhold til manglerne i relation til at sikre overensstemmelse mellem handelsnavne og stillingtagen til Cave-felt, er det tilsynets vurdering, at der med en mindre indsats hurtigt kan rettes op herpå.

Tilsynet vurderer, at beboerne er tilfredse med medarbejdernes håndtering af deres medicin, og at medarbejderne kan redegøre for dispensering og administration i overensstemmelse med gældende retningslinjer på området.

3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN

Data	**OBSERVATION** For alle beboere observeres ingen helbredsmæssige forhold, som ikke er håndteret. Dertil konstateres, at der er sammenhæng mellem de beskrevne og de leverede sygeplejeopgaver hos de beboere, der modtager sygeplejeydelser udover medicin. **BEBOERINTERVIEW** Beboerne udtrykker tilfredshed med hjælpen til sygeplejeydelser udover medicin, fraset en enkelt beboer. En beboer, som oplever tilfredshed med kvaliteten af hjælpen fortæller, at medarbejderne er meget omhyggelige med at sikre sterile skift, og holde kateteret velkørende. En anden beboer beskriver god stomipleje, som forhindrer lækage. Beboeren, som italesætter mindre tilfredshed, beskriver, at aftenmedarbejderne ikke altid har det nødvendige kendskab til, hvordan beboeren skal støttes i korrekt lejring. Beboeren finder dette utrygt, da beboeren har diabetes og er bange for forværring. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne kan redegøre for arbejdet med sygeplejeindsatserne, herunder eget kompetenceområde. Idet man endnu kun er i proces med udarbejdelse af handlingsanvisninger for sygeplejeindsatser, anvendes notater under helbredstilstande og under kalenderydelser til søgning af viden om, hvordan opgaverne skal udføres.

	Medarbejderne italesætter, at de sparrer med hinanden og på tværs af afdelinger i hele huset, og således opleves gode muligheder for at få en kvalificeret vurdering, hvis der opstår udfordringer eller tvivl om en opgaves løsning. Medarbejderne oplever i høj grad, at de har de rette kompetencer til at løse de sygeplejeopgaver, de stilles overfor. VAR og kommunens platform anvendes til søgning af instrukser og vejledninger.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er sammenhæng mellem de visiterede og de leverede sygeplejeindsatser. Det er tilsynets vurdering, at en beboer ikke er tryg ved hjælpen til sårpleje, idet nogle aftenvagter ikke har kendskab til, hvordan sårplejen skal udføres.

Tilsynet vurderer, at medarbejderen kan redegøre for eget kompetenceområde og for, hvorledes man er i proces med at sikre den faglige kvalitet på området.

3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Data	**INTERVIEW MED LEDER:** Forstanderen oplever, at centret har et godt fundament for at levere høj kvalitet i plejen og omsorgen for beboerne, idet medarbejdergruppen er bredt tværfagligt sammensat, og idet gruppen opleves meget stabil. Centret har vakante stillinger, men på trods heraf bruges kun få uuddannede medarbejdere. Forstanderen glæder sig over, at den vakante gruppelederstilling nu er besat, og at centret aldrig har haft så mange sygeplejersker ansat, som det nu er tilfældet, da dette bidrager til at sikre en høj faglighed i leveringen af kerneydelser for beboerne. I arbejdet med kompetenceudvikling er der fokus på at tilpasse udviklingsforløbene efter den individuelle medarbejders behov og de problemstillinger, som beboerne har. På tilsynsdagen er der planlagt undervisning i forebyggelse af urinvejsinfektion. Derudover har der været undervisning i dokumentation og low arousal. I forhold til undervisningen i low arousal, er der gjort et stort arbejde for at bringe læring fra undervisningen i spil i praksis, og der er blevet vist film om emnet, som har dannet baggrund faglig dialog. Forstanderen oplyser, at der gennem afholdelse af omsorgssamtaler og opfølgende samtaler, er fokus på at holde sygefraværet på et acceptabelt niveau. Sygefraværsrapporter drøftes på MED-møder og hver måned afholdes møde mellem forstanderen og lederne, hvor sygefraværet også drøftes. Forstanderen beskriver, at Nymosehave er et stort hus med mange forskellige faglige kompetencer, som bringes i spil i det tværfaglige samarbejde. Det er et ledelsesmæssigt ønske, at samarbejdet foregår på tværs af huset, og derfor er der fx oprettet en dokumentationsgruppe, en aktivitetsgruppe og en ledergruppe på tværs af huset. MED-udvalget er sammensat af medarbejdere fra de to enheder (plejeboliger med hjemmehjælp og plejecenterboliger), og bruger-pårørenderådet dækker ligeledes begge enheder. Forstanderen beskriver, at der også er gode muligheder for tværfaglig sparring med fagspecialister centralt, fx indenfor demens- og psykiatriområdet.

	MEDARBEJDERINTERVIEW Medarbejderne udtrykker oplevelsen af, at der er sammenhæng mellem deres kompetencer og de opgaver, de stilles over for i hverdagen. Medarbejderne oplever gode kompetenceudviklingsmuligheder via undervisning eller sidemandsoplæring i relation til fx dokumentationen og low arousal. Det er medarbejdernes oplevelse, at der er tryghed i medarbejdergruppen til at rette henvendelse til nærmeste leder, hvis man bliver i tvivl om en opgaves løsning. Medarbejderne redegør for indberetning og opfølgning på utilsigtede hændelser, og italesætter oplevelsen af, at der på afdelingsniveau foregår en god læringsproces i opfølgningsarbejdet med de indberettede hændelser. En medarbejder oplyser, at de udarbejdede faldrapporter danner baggrund for faglig dialog som led i det forebyggende arbejde. Det er medarbejdernes oplevelse, at det tværfaglige samarbejde er velfungerende, og at man generelt er meget gode til at hjælpe hinanden og dele viden på tværs af enhederne. Medarbejderne udtrykker enighed om, at den gensidige faglige respekt, og det faktum, at der ikke er noget hierarki mellem faggrupperne, bidrager til at sikre et godt tværfagligt samarbejde på tværs af enhederne.
Tilsynets vurdering - 5	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt. Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er meget tilfredsstillende fokus på at sikre gode rammer for faglig udvikling og tværfagligt samarbejde. Det er tilsynets vurdering, at der arbejdes målrettet med relevante emner i kvalitetsarbejdet. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderen oplever gode kompetencemuligheder, og at det tværfaglige samarbejde er velfungerende.	

3.10 OBSERVATIONSSTUDIE

Data	**KOMMUNIKATION** <u>Observationsstudie af personlig pleje I:</u> Medarbejderne banker på døren, og hilser venligt på beboeren, der ligger i sengen. Beboeren tiltales ved fornavn, og medarbejderne anvender fysisk berøring i kontakten. Beboeren er næsten sovende, og medarbejderne taler i et roligt toneleje, der er tilpasset beboerens behov. Medarbejderne har et åbent og imødekommende kropssprog, og kommunikationen er generelt præget af en respektfuld og høflig tilgang. Medarbejderne kommer enkelte gange til at omtale beboeren i tredje person, da de drøfter deres faglige observationer af beboerens helbredsmæssige udfordringer. <u>Observationsstudie af personlig pleje II:</u> Medarbejderen ringer på døren, og afventer, at beboeren selv åbner døren elektronisk. Medarbejderen oplyser beboeren om sine faglige observationer, og følger op på beboerens nylige lægebesøg. Medarbejderen spørger ind til beboerens øvrige velbefindende, og kommunikationen tager udgangspunkt i en individuel tilgang, der bærer præg af humor og respekt. Medarbejderen udviser indgående kendskab til beboerens familierelationer, og anvender beboerens livshistorie aktivt i plejen.

SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE

Observationsstudie af personlig pleje I:

Beboeren kan ikke give udtryk for sine ønsker og behov, men medarbejderne er opmærksomme på at italesætte deres handlinger, inden de udføres, og udviser respekt for beboerens latenstid ved at afvente beboerens tilsagn. En af medarbejderne spørger beboeren, om hun ønsker at høre musik, og italesætter kendskab til beboerens musikønsker. Herefter afspilles den ønskede musik, som bidrager til en hyggelig og afslappet stemning.

Observationsstudie af personlig pleje II:

Beboeren kan selv give udtryk for sine ønsker og behov, og plejeforløbet foregår i et samarbejde mellem beboeren og medarbejderen, hvilket beboeren desuden selv italesætter.

REHABILITERING

Observationsstudie af personlig pleje I:

Beboeren har ingen ressourcer, der kan anvendes aktivt i plejen. Medarbejderne tæller til tre, inden der udføres vendinger i sengen, så beboeren er forberedt på handlingerne.

Observationsstudie af personlig pleje II:

Medarbejderen inddrager løbende beboerens ressourcer aktivt i alle handlinger under plejeforløbet. F.eks. tager beboeren selv sidestykket af sin kørestol inden forflytning til sengen, ligesom beboeren håndterer fjernbetjeningen til sengen, så sengen eleveres til korrekt arbejdshøjde. I forbindelse med sygeplejeopgaverne beder medarbejderen beboeren om at løfte sin mavefold, så medarbejderen kan smøre med creme, ligesom medarbejderen kun giver beboeren støttestrømperne halvt på, så beboeren selv kan trække dem det sidste stykke op. Beboeren og medarbejderen har en dialog om vigtigheden i at anvende sine ressourcer i størst muligt omfang, og beboeren giver udtryk for at være glad for samarbejdet.

ORGANISERING AF ARBEJDET

Observationsstudie af personlig pleje I:

Medarbejderne indleder plejeforløbet med at klargøre alle remedier på et rullebord. Medarbejderne har organiseret plejen hensigtsmæssigt, og sikret en god rollefordeling, hvor den ene medarbejder primært udfører plejeopgaver, mens den anden medarbejder giver støtte hertil. Plejeforløbet foregår uden unødvendige forstyrrelser.

Observationsstudie af personlig pleje II:

Medarbejderen udfører kun støtte til pleje i forbindelse med videredelegerede sygeplejeopgaver. Støtten er hensigtsmæssigt planlagt, og medarbejderen har fokus på at sikre alle remedier er til stede, inden pleje igangsættes. Der forekommer ingen unødige forstyrrelser.

DEN FAGLIGE UDFØRELSE AF ARBEJDET

Observationsstudie af personlig pleje I:

Medarbejderne udfører håndhygiejne og ifører sig korrekte værnemidler, herunder plastforklæde. Sengen hæves til korrekt arbejdshøjde, hvorefter medarbejderne udfører sondepleje og kateterpleje i overensstemmelse med gældende retningslinjer.

	Herefter foretager medarbejderne nedre toilette, mens beboeren ligger i sengen. Tilsynet bemærker, at medarbejderne skifter handsker mellem de forskellige opgaver. Dog foretages ikke håndhygiejne mellem handskeskift. Medarbejderne er opmærksomme på at observere beboerens hudomgivelser, og udfører pleje, da beboeren har et tryksår bagtil. Beboeren smøres afslutningsvis med creme og liftes over i sin kørestol. Tilsynet observerer ikke den øvre pleje. <u>Observationsstudie af personlig pleje II:</u> Medarbejderen udfører håndhygiejne, og ifører sig fagligt korrekte værnemidler. Beboeren vaskes og aftørres i mavefold, i overensstemmelse med gældende retningslinjer. Medarbejderen smører beboeren med behandlingscreme, og udfører efterfølgende håndhygiejne og affaldshåndtering i overensstemmelse med gældende retningslinjer.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der under det ene observationsstudie foregår en respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejderens side. Under det andet observationsstudie observeres ligeledes respektfuld kommunikation og adfærd, men det bemærkes dog, at medarbejderne enkelte gange omtaler beboeren i tredje person i situationer, hvor der drøftes faglige observationer af beboerens helbredsmæssige udfordringer.

Hjælpen er i begge observationsstudier velorganiseret, og hjælpen leveres i meget høj grad med udgangspunkt i at sikre beboernes selvbestemmelsesret. Medarbejderne udviser i praksis en faglig forståelse for den rehabiliterende tilgang.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderen i det ene observationsstudie følger gældende retningslinjer for at sikre korrekt håndhygiejne, mens medarbejderen under det andet observationsstudie ikke foretager spritning af hænder mellem handskeskift.

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

4.1 FORMÅL

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for borgere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets resurser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 VURDERINGSSKALA

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau.:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
SCORE: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • 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. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundhedsfaglig baggrund.

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 plejecentre, 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.

Relateret document 6/21

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Midlertidigt Døgnophold Tranehaven 2022.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Midlertidigt Døgnophold Tranehaven 2022**
Dokument ID:	**4960953**

Tilsynsrapport
Gentofte Kommune

Midlertidigt Døgnophold Tranehaven

Uanmeldt tilsyn 2022

INDHOLD

1. OPLYSNINGER OM MIDLERTIDIGT DØGNOPHOLD - TRANEHAVEN....4

2. VURDERING....5
2.1 TILSYNETS VURDERINGER....5
2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER....7

3. DATAGRUNDLAG....9
3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER....9
3.2 DOKUMENTATION....9
3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP....12
3.4 MAD OG MÅLTIDER....13
3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD....15
3.6 TRÆNING OG REHABILITERING....16
3.7 MEDICINHÅNDTERING....17
3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN....19
3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE....20
3.10 OBSERVATIONSSTUDIE....21

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE....23
4.1 FORMÅL....23
4.2 METODE....23
4.3 VURDERINGSSKALA....24
4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE....25

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete rehabiliteringscenter.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer, observationsstudier og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra den indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

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

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Gitte Ammundsen
Senior Manager
Mobil: 4189 0406
Mail: gia@bdo.dk
Projektansvarlig

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

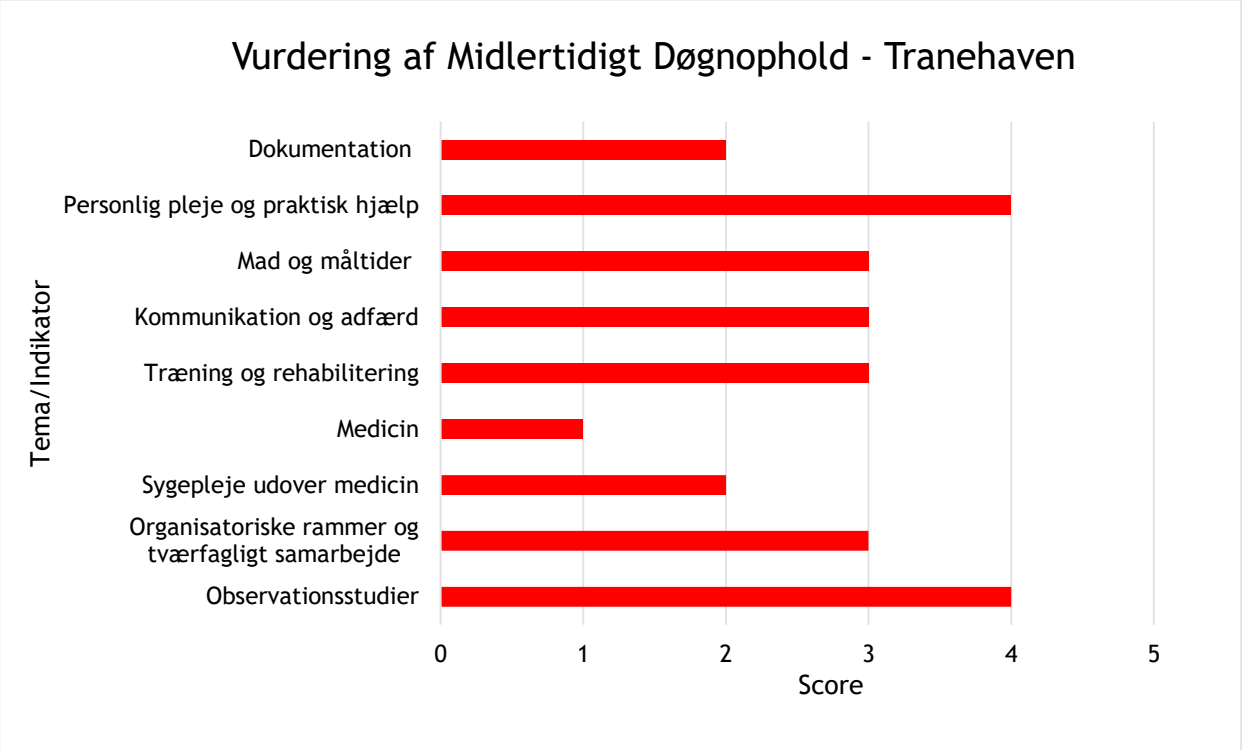
1. OPLYSNINGER OM MIDLERTIDIGT DØGNOPHOLD - TRANEHAVEN

Oplysninger om enheden og tilsynet
Navn og Adresse: Midlertidigt Døgnophold Tranehaven, Schioldannsvej 31, 2920 Charlottenlund
Leder: Marie Baastrup
Antal boliger: 83 pladser
Dato for tilsynsbesøg: Den 11. oktober 2022
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med ledelsen • Interview af fem borgere • Gennemgang af dokumentation • Kontrol af medicin • Observationsstudie • Gruppeinterview med fem medarbejdere (To social- og sundhedshjælpere, en sygehjælper, en social- og sundhedsassistent og en fysioterapeut) Borgere, som indgår i individuelle interviews, har givet deres accept til at indgå i tilsynet. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Gitte Ammundsen, Senior manager og sygeplejerske Pernille Breck Johansson, Manager og sygeplejerske

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS VURDERINGER

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Ovenstående vurdering gives på baggrund af de observerede mangler i den pleje- og sundhedsfaglige dokumentation. Det er tilsynets vurdering, at rehabiliteringscentret har en særlig udfordring i forhold til at sikre, at døgnrytmeplanerne indeholder handlevejledende beskrivelser af den pleje og omsorg, som borgerne modtager, og at beskrivelserne heri til enhver tid er ajourførte i forhold til borgernes aktuelle situation.

I forhold til handlingsanvisninger for sundhedslovsindsatser er det tilsynets vurdering, at rehabiliteringscentret har en stor udfordring i forhold til at sikre udarbejdelse af de nødvendige handlingsanvisninger.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for arbejdet med dokumentationen i praksis. Medarbejderne oplever gode muligheder for faglig sparring, men de italesætter oplevelsen af, at der på flere områder mangler en fælles faglig forståelse for dokumentationspraksis.

Personlig pleje og praktisk støtte:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Borgerne fremstår soignerede, og deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Boliger og hjælpemidler fremstår rengjorte. Det er tilsynets vurdering, at borgerne er tilfredse med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje, og at der opleves en rimelig tilfredsstillende kontinuitet i plejen.

Medarbejderne kan redegøre for tilrettelæggelsen og udførelsen af hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte, og hvorledes udførelsen af plejen tager udgangspunkt i borgernes individuelle behov, ønsker og særlige udfordringer. Tilsynet konstaterer, at medarbejderne beskriver forskellige arbejdsgange og indhold i forhold til triageringsarbejdet og afholdelsen af tværfaglige konferencer.

Mad og måltider:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er en hyggelig stemning omkring morgen- og frokostmåltidet, hvor borgerne profiterer af hinanden selskab.

Tilsynet vurderer, at centret har en udfordring i forhold til at sikre en god organisering af opgaverne omkring måltidet og en udfordring i forhold til at sikre, at medarbejderne i praksis udviser faglig forståelse for deres værtsrolle, herunder at medarbejderne prioriterer at sidde med ved bordene, så der skabes socialt samvær mellem borgerne og medarbejderne.

Det er tilsynets vurdering, at borgerne oplever indbyrdes socialt samvær under måltiderne. I forhold til kvaliteten af maden er det tilsynets vurdering, at flere borgere har kommentarer hertil, og blandt andet efterspørger de flere friske grøntsager og flere tilbud om frisk frugt. På baggrund af interviews med borgerne er det også tilsynets vurdering, at borgerne efterspørger en anden serveringsform, hvor de gives mulighed for at se maden, før der skal foretages et valg.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på en mindre fagligt reflekteret måde redegør for faktorer, der medvirker til at sikre "Det gode måltid", idet medarbejderne fx ikke fremkommer med tydelige beskrivelser af organiseringen heraf og rolle- og ansvarsfordelingen. Det er tilsynets vurdering, at der i mindre omfang er en fælles faglig tilgang til opgaverne omkring måltiderne.

Kommunikation og adfærd:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at borgerne oplever respektfuld og anerkendende kommunikation fra medarbejdernes side. Borgerne italesætter oplevelsen af, at der er en god omgangstone på centret. Borgerne oplever respektfuld adfærd fra medarbejdernes side, fraset i et eksempel i forbindelse med en borgers overflytning til en anden afdeling.

Medarbejderne kan redegøre for faktorer, der medvirker til at skabe respektfuld kommunikation og adfærd. Tilsynet vurderer dog, at medarbejderne har brug for lidt støtte for at kunne redegøre for kommunikationen og adfærden i forhold til borgere med demens.

Træning og rehabilitering:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Borgerne udtrykker tilfredshed med tilbuddet om træning, og de oplever indflydelse på fastsættelse af mål og plan for opholdet. Borgerne udtrykker oplevelsen af, at de har god effekt af de træningsindsatser, der tilbydes.

Tilsynet anerkender, at der ledelsesmæssigt er stor bevidsthed om behovet for at sikre, at indsatser i relation til træning og rehabilitering fremadrettet tilbydes på en mere struktureret og systematisk måde og med et større fokus på, at indsatserne leveres med udgangspunkt i et tæt tværfagligt samarbejde. Tilsynet konstaterer, at medarbejdernes beskrivelser under gruppeinterviewet understøtter leders vurdering af behovet for ovenstående.

Medicin:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget lav grad er opfyldt.

Ovenstående vurdering gives på baggrund af tilsynets fund i forhold til opbevaring, håndtering, administration og dispensering af medicinen.

Tilsynet konstaterer ligeledes, at der ikke sker korrekt opbevaring af personfølsomme data.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for retningslinjerne ifm. varetagelse af medicinopgaver, men det konstateres samtidigt, at disse ikke følges i praksis.

Det er tilsynets vurdering, at de medicinansvarlige medarbejdere ikke besidder den nødvendige faglige viden i forhold til risikosituationslægemidler.

Sygeplejeindsatser ud over medicin:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Borgerne udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til sygeplejeindsatser.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejdere med social- og sundhedshjælperuddannelse varetager sygeplejeindsatser, der ligger uden for deres uddannelses- og kompetencemæssige område.

Organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er bevidsthed om de organisatoriske udfordringer, som centret står foran, og at det på flere områder vil kræve en målrettet indsats, før centret er i mål med kvalitetsarbejdet. Det er tilsynets vurdering, at centret også har en stor udfordring i forhold til at sikre en systematisk tilgang i arbejdet med delegering og indberetning/opfølgning på utilsigtede hændelser.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne udviser forskellig forståelse for centrets udfordringer og egne kompetencer.

Observationsstudie:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at medarbejderen under observationsstudiet kommunikerer og agerer på en særdeles respektfuld måde, og i alle situationer sikrer borgerens medindflydelse og medbestemmelse.

Hjælpen til personlig pleje leveres med udgangspunkt i en rehabiliterende tilgang, og hjælpen ses velorganiseret. Den faglige udførelse af plejen er meget tilfredsstillende, og medarbejderen følger gældende retningslinjer for at sikre korrekt håndhygiejne. Tilsynet bemærker, at medarbejderen ikke husker at anvende plastforklæde.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation, observationer og observationsstudier. Derudover foretages kontrol af medicinen. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger
1. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt igangsættes et målrettet arbejde med at sikre, at den pleje- og sundhedsfaglige dokumentation til enhver tid lever op til gældende retningslinjer på området. Herunder anbefaler tilsynet et særligt fokus på følgende: • At døgnrytmeplaner er ajourførte og indeholder handlevejledende beskrivelser af alle visiterede indsatser. • At der udarbejdes handlingsanvisninger på alle sundhedslovsindsatser. • At den sundhedsfaglige dokumentation fremstår ajourført, så der sikres overensstemmelse mellem fx beskrivelserne under helbredstilstande og borgernes medicinske behandling. • At alle felter under Generelle oplysninger til enhver tid udfyldes. • At der implementeres tiltag, så der fremadrettet sikres en systematisk og fælles faglig forståelse for dokumentationspraksis, herunder systematisk arbejdsgang for ajourføring af borgernes dokumentation.

2. Tilsynet anbefaler, at der i arbejdet med at sikre en mere fælles faglig forståelse for leveringen af kerneydelser for borgerne rettes et særligt ledelsesmæssigt fokus på at sikre ensartede og systematiske arbejdsgange i forhold til følgende områder:
    - Triageringsarbejdet.
    - Afholdelsen af tværfaglige konferencer.
    - Delegeringspraksis.
    - Indberetning og opfølgning på utilsigtede hændelser.

3. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt igangsættes et kvalitetsarbejde i forhold til måltiderne. Tilsynet anbefaler særligt fokus på at sikre:
    - Systematisk organisering og tilrettelæggelse af måltiderne.
    - Borgernes medbestemmelse i forhold til maden, herunder at maden visuelt fremvises, før borgerne skal træffe et valg.
    - Tværfagligt samarbejde med køkkenpersonalet, så borgernes ønsker i forhold til tilbud om friske grøntsager og frisk frugt i højere grad imødekommes.
    - En fælles faglig forståelse for, hvorledes "Det gode måltid" sikres, herunder medarbejdernes forståelse for værtsrollen.

4. Tilsynet anbefaler, at der som led i kompetenceudviklingen af medarbejderne rettes fokus på medarbejdernes evne til faglig refleksion i forhold til kommunikationen med borgere, der har en demenssygdom.

5. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssige fokus på at sikre struktur, systematik og tværfagligt samarbejde i leveringen af de rehabiliterende indsatser fastholdes og fortsat får høj prioritet.

6. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssigt får særdeles høj prioritet at sikre korrekt opbevaring, håndtering, administration og dispensering af medicinen. Tilsynet anbefaler, at der straks igangsættes et målrettet kvalitetsarbejde i forhold til arbejdet med medicinopgaver, og at indsatserne tager udgangspunkt i at sikre overholdelse af gældende retningslinjer på området. Tilsynet anbefaler, at der i ovenstående arbejde rettes et ledelsesmæssigt fokus på kompetenceudviklingen af de medicinansvarlige medarbejdere, så alle har den nødvendige viden om retningslinjerne og til enhver tid følger disse i praksis. Herunder anbefaler tilsynet også et særligt fokus på opbevaringen af personfølsomme data og medarbejdernes viden om risikosituationslægemidler.

7. Tilsynet anbefaler, at der rettes et ledelsesmæssigt fokus på at sikre, at sygeplejeindsatser, ud over medicin, udelukkende varetages af medarbejdere, der har den uddannelsesmæssige og faglige kompetence hertil.

8. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssigt sikres, at alle medarbejdere har kendskab til korrekt brug af værnemidler, herunder brug af plastforklæde, når der udføres hjælp til bad.

3. DATAGRUNDLAG

3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER

Data	**Lederinterview:** Lederen oplyser, der er ikke tidligere er gået tilsyn på de midlertidige pladser, men på §86 området, hvilket er baggrunden for, at der ikke foreligger en tidligere samlet tilsynsrapport for de midlertidige pladser. Lederen fortæller, at hun startede jobbet i juni måned, men at hun på trods af den korte tid i stillingen dog har et særdeles godt indblik i, hvilke udfordringer enheden står foran. Lederen udtrykker, at hun fuldt ud er klar over, at enheden har en særlig stor udfordring i forhold til at sikre den nødvendige kvalitet på dokumentations- og medicinområdet, og at man i øvrigt ønsker at være åben og ærlig herom. Kvalitetsarbejdet på Tranehaven er pt. koncentreret omkring den store omlægning af organisationen, som træder i kraft i det nye år. Lederen beskriver, at Tranehaven tidligere har arbejdet meget behandlingsorienteret ud fra et lægefagligt fokus, men fremadrettet skal der fokuseres målrettet på levering af kerneydelser i forhold til rehabiliteringsforløb. Omlægningen af organisationen er meget omfattende og vil indebære væsentlige ændringer i forhold til måden at arbejde med rehabilitering på. Der vil blandt andet blive oprettet tværfaglige teams og indført duo-ledelse, bestående af en sygeplejerske og en terapeut. Derudover vil der blive iværksat tiltag, der skal bidrage til at sikre en høj kvalitet i den tværfaglige indsats, hvor alle kerneydelser leveres ud fra en struktureret måde og ud fra ensartede arbejdsgange. Der skal fx nedsættes workshops, hvor arbejdsgange skal gennemgås med medarbejderne. Fremadrettet vil der blive sammensat et team omkring borgerne, når de indlægges på Tranehaven, og alle borgere vil blive tilknyttet en forløbsansvarlig medarbejder med en sundhedsfaglig eller terapeutfaglig baggrund. Leder oplyser, at der pt. foregår dialog med medarbejderne om deres fremtidige funktioner, og at der i hele omlægningsprocessen er stort ledelsesmæssigt fokus på at sikre involvering af medarbejderne.

3.2 DOKUMENTATION

Data	**OBSERVATION** Der foretages observation i fem borgeres omsorgsjournal. **<u>Funktionsevnetilstande</u>** I forhold til to borgere foreligger der ajourførte funktionsevnetilstande. For de øvrige tre borgere har funktionsevnetilstande mangler, idet disse ikke er ajourførte i forhold til borgernes aktuelle situation. **<u>Døgnrytmeplanen</u>** Døgnrytmeplanerne har mangler i forhold til alle fem borgere.

Manglerne vedrører følgende:

- For alle fem borgere er hjælpen til bad ikke beskrevet handlevejledende og individuelt. Tilsynet bemærker, at der for to af borgerne beskrives en dato for, hvornår borgeren sidst har fået bad, hvilket ikke skønnes relevant at beskrive i døgnrytmeplanen, men i stedet bør fremgå i et observationsnotat.
- For en borger beskrives det, at borgeren er småtspisende, men der foreligger ingen handlevejledende beskrivelser af indsatser i forhold hertil.
- Hjælpen til kateterpleje mangler beskrivelse i en døgnrytmeplan
- For fire borgere er hjælpen om natten ikke beskrevet handlevejledende og individuelt, idet det fx kun beskrives, at der skal udføres tilsyn x 3.
- For en borger indeholder døgnrytmeplanen modsatrettede beskrivelser af hjælpen til toiletbesøg.
- For en borger indeholder døgnrytmeplanen beskrivelse af vægten, der anvendes til vejning, hvilket ikke skønnes relevant at beskrive i en døgnrytmeplan, men i stedet bør fremgå i en handlingsanvisning for vejning.

Tilsynet bemærker, at flere døgnrytmeplaner mangler beskrivelse under feltet "Særlig opmærksomhed".

Generelle oplysninger

Dokumentationen under generelle oplysninger har mangler. For to borgere er der ingen helbredsoplysninger dokumenteret, og for tre borgere mangler der delvis udfyldelse, idet der fx ikke foreligger beskrivelser under felterne roller, mestring og motivation.

Handlingsanvisninger

Tilsynet konstaterer, at der ikke udarbejdes handlingsanvisninger på alle sundhedslovsindsatser. I forhold til alle fem borgere mangler der udarbejdelse af handlingsanvisninger for medicindispensering, og i flere tilfælde mangler der ligeledes handlingsanvisning for medicinadministration. For tre borgere mangler der udarbejdelse af en handlingsanvisning for henholdsvis kateterpleje, påsætning af smerteplaster og kompressionsbehandling.

Tilsynet bemærker dog positivt, at der for alle borgere foreligger handlingsanvisninger for træning med fysioterapeut og/eller ergoterapeut. Handlingsanvisningerne er handlevejledende udarbejdet og indeholder fyldestgørende beskrivelser af fx mål og træningsindsats.

Helbredstilstande

Dokumentationen under helbredstilstande har mangler i forhold til alle fem borgere. Tilsynet konstaterer, at der mangler ajourføring af helbredstilstande, så beskrivelserne er i overensstemmelse med borgernes aktuelle helbredsmæssige situation, og i flere tilfælde er der ikke overensstemmelse mellem beskrivelserne i helbredstilstandene og borgernes medicinske behandling.

Observationsnotater:

Under observationsnotater ses der flere relevante notater som led i opfølgning på observationer og handlinger, fx ses beskrivelser af, at en borger har profiteret af socialt samvær med andre borgere og notater i forhold til en borgers ambulante behandling på hospital.

I et par tilfælde mangler der dokumentation som led i opfølgning på en observation, fx beskrives det i et notat, at tidspunktet for en borgers medicin bør ændres fra klokken 18 til klokken 22, så borgeren bedre kan smertedækkes om aftenen. Der ses ikke dokumentation på, at der er fulgt op på observationen, og på medicinskemaet er der heller ikke foretaget ændringer i forhold hertil. I et andet eksempel er der den 2. oktober lavet et notat om rødme af huden på en borgers knæ. Der ses ikke dokumentation på, hvorledes der er fulgt op på observationen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, at dokumentationen sker løbende eller typisk sidst på dagen, hvor der er mere tid og ro til fordybelse. Medarbejderne føler sig fortrolige med dokumentationsarbejdet, men et par af medarbejderne udtrykker dog, at de ofte kan komme i tvivl om, hvad der er gældende praksis. Medarbejderne oplever, at der er gode muligheder for faglig sparring med fx sygeplejerskerne. Medarbejderne beskriver, at de har fået et godt udbytte af sidemandsoplæring. En af medarbejderne oplyser, at hun varetager rollen som superbruger, og derfor ofte støtter kolleger i dokumentationsarbejdet.

Medarbejderne oplyser, at der netop er ved at blive indført en ny dokumentationspraksis, hvor fokus særligt er rettet på arbejdet med tilstandshjulet og arbejdet med at relatere til tilstande. Enhedens superbrugere skal på kursus heri og efterfølgende forestå oplæring af kolleger. Medarbejderne udtrykker, at de ser frem til at blive lidt klogere på de nye tiltag.

Døgnrytmeplaner udarbejdes af kontaktpersonen. Fysioterapeuten oplyser, at hun efter aftale med en medarbejder fra plejen også indimellem dokumenterer i døgnrytmeplanen, når der er behov for at beskrive en mere terapeutisk vinkel og tilgang i forhold til fx mobilisering og lejring.

Medarbejderne reflekterer over dokumentationspraksis og konstaterer, at der på flere områder mangler en mere systematisk og fælles faglig tilgang hertil.

Handlingsanvisninger for sundhedslovsindsatser udarbejdes primært af sygeplejerskerne. Social- og sundhedsassistenten oplyser, at hun også er oplært til at udarbejde disse, og at hun anvender handlingsanvisningerne i sit daglige arbejde.

Terapeuten oplyser, at handlingsanvisninger på træningsindsatser er et særdeles vigtigt arbejdsredskab for terapeuter, og at terapeuterne derudover også anvender vurderingsskemaer ift. fx hjælpemidler og udarbejder udredningsnotater.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Ovenstående vurdering gives på baggrund af de observerede mangler i den pleje- og sundhedsfaglige dokumentation.

Det er tilsynets vurdering, at rehabiliteringscentret har en særlig udfordring i forhold til at sikre, at døgnrytmeplanerne indeholder handlevejledende beskrivelser af den pleje og omsorg, som borgerne modtager, og at beskrivelserne heri til enhver tid er ajourførte i forhold til borgernes aktuelle situation.

I forhold til handlingsanvisninger for sundhedslovsindsatser er det tilsynets vurdering, at rehabiliteringscentret har en stor udfordring i forhold til at sikre udarbejdelse af de nødvendige handlingsanvisninger.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for arbejdet med dokumentationen i praksis. Medarbejderne oplever gode muligheder for faglig sparring, men de italesætter oplevelsen af, at der på flere områder mangler en fælles faglig forståelse for dokumentationspraksis.

3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP

Data	**OBSERVATION** Borgerne ses velsoignerede, og deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til deres behov. Ligeledes vurderes det, at borgernes boliger og hjælpemidler er tilfredsstillende rengjorte. **BORGERINTERVIEW** Borgerne udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte. Borgerne beskriver, at de er trygge ved at modtage hjælpen, og at kontinuiteten er rimelig tilfredsstillende. Borgerne henviser fx til, at de er tilknyttet en kontaktperson, eller at de har oplevelsen af, at der er et fast team omkring dem. En borger fortæller, at kontinuiteten varierer lidt i weekenderne, men at det er borgerens indtryk, at mange af de faste medarbejdere tager ekstratimer, hvilket bidrager til at sikre en rimelig tilfredsstillende kontinuitet. En anden borger oplever, at der kommer forskellige medarbejdere i nattevagt, hvilket dog ikke opleves problematisk. En tredje borger oplever, at der er mange vikarer på centret, men finder ingen problemer hermed. Borgerne oplever medbestemmelse og lydhørhed. En borger fortæller fx, at hun selv kan vælge badedage efter aftale med medarbejderne. En anden borger oplever selvbestemmelse, da vedkommende gives mulighed for at være aktiv under plejen. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne oplyser, at plejeopgaverne tilrettelægges og fordeles ud fra kontaktpersonsordningen for at skabe størst mulig struktur og tryghed for borgerne. Hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte leveres med udgangspunkt i borgernes behov og ønsker og med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang. En medarbejder oplyser, at de taler med borgerne om deres behov, og hvis en borger ikke selv kan udtrykke sine behov, forsøger man sig forsigtigt frem. En anden medarbejder oplyser, at der ofte samarbejdes med terapeuterne for at afdække borgernes behov. Medarbejderne beskriver vigtigheden af, at fx døgnrytmeplanerne er ajourførte, og at de altid gennemlæser døgnrytmeplanen, før et plejeforløb opstartes, så det sikres, at borgerne modtager plejen på den måde, de er vant til og har behov for. I plejen og omsorgen for borgerne inddrages pårørende, da disse ofte kan bidrage med vigtige oplysninger om borgernes særlige behov og udfordringer. Medarbejderne udtrykker enighed om, at det er blevet lettere at udvise respekt for borgernes blufærdighed, da alle borgere nu har fået en enestue. Medarbejderne redegør for arbejdsgange i forbindelse med observerede ændringer i borgernes helbredsmæssige tilstand. En medarbejder forklarer, hvordan der måles værdier, tales med borgerne om det, der observeres, og at der ofte efterfølgende foregår faglig sparring med både sygeplejerskerne og terapeuterne. Ved observerede ændringer beskriver medarbejderne særligt fokus på, om borgerne har drukket tilstrækkeligt eller eventuelt har pådraget sig en urinvejsinfektion. På morgenmøder gennemgås borgerne, og der foregår faglig drøftelse omkring borgernes helbredsmæssige tilstand. Pt. deltager terapeuterne ikke på morgenmøderne, hvilket dog er planen fremadrettet. Tilsynet bemærker, at medarbejderne beskriver forskellige arbejdsgange og indhold i forhold til triageringsarbejdet og afholdelsen af tværfaglige konferencer. Medarbejderne redegør for deres rolle og ansvar i forhold til praktiske opgaver i boligerne. En medarbejder fremhæver fokus på, at hjælpemidler sprittes af efter brug. Borgerne inddrages i det omfang, det er muligt.

Tilsynets vurdering - 4
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt. Tilsynet vurderer, at borgerne fremstår soignerede, og at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Boliger og hjælpemidler fremstår rengjorte. Det er tilsynets vurdering, at borgerne er tilfredse med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje, og at der opleves en rimelig tilfredsstillende kontinuitet i plejen. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for tilrettelæggelsen og udførelsen af hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte, og at udførelsen af plejen tager udgangspunkt i borgernes individuelle behov, ønsker og særlige udfordringer. Tilsynet konstaterer, at medarbejderne beskriver forskellige arbejdsgange og indhold i forhold til triageringsarbejdet og afholdelsen af tværfaglige konferencer.

3.4 MAD OG MÅLTIDER

Data	**OBSERVATION** I morgentimerne ses enkelte borgere, der indtager deres mad i den fælles spisestue. På bordene ses service, servietter og køleplader med fx saft, mælk, vand, yoghurt, smør og ost, så borgerne selv kan forsyne sig. Borgerne er i hyggelig dialog med hinanden, og de beskriver at have faste pladser. Borgerne giver udtryk for at nyde hinandens selskab. Tilsynet observerer kortvarigt frokostmåltidet på to afdelinger. På tilsynstidspunktet har borgerne fået maden serveret. Borgerne er fordelt ved mindre borde. Ved flere borde er borgerne i dialog med hinanden, men det observeres, at der kun sidder en enkelt medarbejder med ved et af bordene. Tilsynet bemærker i øvrigt, at den konkrete medarbejder bærer handsker på begge hænder, mens borgeren støttes i indtagelsen af måltidet, hvilket ikke vurderes fagligt korrekt. Tilsynet bemærker desuden, at flere medarbejdere står ude på gangen eller opholder sig i køkkenet. Nogle medarbejdere står og kigger lidt, mens andre medarbejdere er i dialog om organiseringen af måltidet. Tilsynsførende observerer således, at organiseringen af måltidet i mindre grad er afstemt på forhånd. På en afdeling er maden anrettet som platte, og på en anden afdeling er smørrebrødet portionsanrettet. Maden ser indbydende ud og flot pyntet. Borgerne, som den tilsynsførende er i dialog med, udtrykker stor tilfredshed med madens kvalitet. **BORGERINTERVIEW** Borgerne giver generelt udtryk for tilfredsstillende rammer for måltidet. Borgerne finder det hyggeligt at spise sammen med andre borgere, og de nævner, at der er en god stemning omkring måltiderne. En enkelt borger fortæller dog, at vedkommende har valgt at sidde ved et andet bord, da en medborger hostede ned i maden. Alle fem borgere har kommentarer i forhold til deres oplevelser af madens kvalitet og deres medindflydelse på den mad, der serveres. Borgerne udtrykker fx følgende: • Maden er af god kvalitet, men ikke nogen gourmetoplevelse. Aftensmaden præsenteres mundtligt, men ikke visuelt. Maden portionsanrettes, og der kan vælges mellem en lille, mellem eller stor portion. • Maden opleves lidt gammeldags og tung, da der ofte serveres kød, sovs og kartofler. Borgeren efterspørger flere friske grøntsager og frisk frugt frem for søde desserter.

- Aftensmaden opleves kedelig, og borgeren efterspørger mere frugt og grønt.
- Maden er generelt god, men en borger er mindre tilfreds med, at der ikke kan serveres æg om morgenen. Borgeren ville også gerne have en kop kaffe tidligt om morgenen, men har fået at vide, at kaffen, der er stillet frem på et rullebord, kun er til medarbejderne.

Alle borgere oplever dog gode muligheder for mellemmåltider. En borger med diabetes oplever fx at få de nødvendige mellemmåltider, og en anden borger beskriver gode muligheder for at få proteinberiget kost.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Ifølge medarbejderne er det ikke på alle afdelinger, at opgaverne i forbindelse med måltiderne planlægges fra morgenstunden.

Maden portionsanrettes eller anrettes som en platte, da det ikke opleves hygiejnisk forsvarligt at anrette maden på bordene. Flere borgere har ifølge medarbejderne kommenteret på, at de finder det mindre hygiejnisk, når alle borgere selv skal tage maden fra skåle og fade.

Det er medarbejdernes oplevelse, at de har fokus på at spørge borgerne ind til ønsker for maden, før denne portionsanrettes. En medarbejder fortæller at fade med smørrebrød fremvises for borgerne, før der laves en portionsanretning.

I forhold til tilbud om mellemmåltider oplyser medarbejderne, at disse ofte skal bestilles på forhånd, og at der er faglig sparring med diætisten herom. Medarbejderne beskriver, at borgerne altid har mulighed for at få ernæringsdrikke, proteindrikke, frugtgrød eller kaffe og kage. Medarbejderne oplever ikke, at der er så stor efterspørgsel på mellemmåltider, da borgerne ofte har nedsat appetit.

Terapeuten beskriver, at nogle gange aftales det med diætisten, at borgerne skal motiveres til at spise et lille mellemmåltid under en træning.

Det er medarbejdernes oplevelse, at de prioriterer at sidde med ved bordene, når tiden hertil, tillader det.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er en hyggelig stemning omkring morgen- og frokostmåltidet, hvor borgerne profiterer af hinanden selskab.

Tilsynet vurderer, at centret har en udfordring i forhold til at sikre en god organisering af opgaverne omkring måltidet og en udfordring i forhold til at sikre, at medarbejderne i praksis udviser faglig forståelse for deres værtsrolle, herunder at medarbejderne prioriterer at sidde med ved bordene, så der skabes socialt samvær mellem borgerne og medarbejderne.

Det er tilsynets vurdering, at borgerne oplever indbyrdes socialt samvær under måltiderne. I forhold til kvaliteten af maden er det tilsynets vurdering, at flere borgere har kommentarer hertil, og blandt andet efterspørger borgerne flere friske grøntsager og flere tilbud om frisk frugt. På baggrund af interviews med borgerne er det også tilsynets vurdering, at borgerne efterspørger en anden serveringsform, hvor de gives mulighed for at se maden, før der skal foretages et valg.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på en mindre fagligt reflekteret måde redegør for faktorer, der medvirker til at sikre "Det gode måltid", idet medarbejderne fx ikke fremkommer med tydelige beskrivelser af organiseringen heraf og rolle- og ansvarsfordelingen. Det er tilsynets vurdering, at der i mindre omfang er en fælles faglig tilgang til opgaverne omkring måltiderne.

3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD

Data	Der observeres respektfuld og venlig kommunikation mellem borgerne og medarbejderne. Tilsynet ser flere eksempler på, at medarbejderne anvender fysisk berøring i kontakten med borgerne, og at de altid banker på døren, før de går ind i boligen. **BORGERINTERVIEW** Borgerne oplever respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Borgerne beskriver, at der er en god omgangstone, og at medarbejderne er venlige og imødekommende. En borger fortæller, at hun især er glad for kontakten med de faste medarbejdere, men borgeren oplever også, at vikarerne er venlige og imødekommende. En anden borger beskriver, at der er en uformel omgangstone med plads til humor. Borgerne sætter pris på, at medarbejderne altid banker på døren, før de kommer ind. En enkelt borger udtrykker dog en mindre tilfredshed i forbindelse med, at han skulle flytte til en anden afdeling. Borgeren var ikke orienteret herom på forhånd, men kunne blot konstatere, at alle hans ting var pakket sammen og lagt frem på sengen. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for faktorer, der har betydning for at udvise en respektfuld kommunikation og adfærd i mødet med borgerne: Medarbejderne italesætter blandt andet fokus på følgende: • Møde borgerne, hvor de er. • Kommunikere ligeværdigt. • Afstemme kommunikationen individuelt - alt efter, hvad borgerne kan rumme. • Udvise en rolig adfærd. • Fokus på at skabe en god relation ved at se det hele menneske. • Være nysgerrig på at afdække, hvad der bekymrer borgeren lige nu. • Inddrage pårørende i afdækning af borgernes ønsker og vaner. Medarbejderne oplyser, at der pt. er flere borgere, som har stor glæde ved det sociale samvær med andre borgere, og at nogle borgere laver aftaler om at mødes efter udskrivelsen fra centret. Medarbejderne beskriver tryghed ved at tage en dialog med kolleger, hvis der observeres en mindre hensigtsmæssig kommunikation eller adfærd fra en kollegas side. Hvis der skønnes behov herfor, drøftes observationerne med ledelsen. Tilsynet spørger direkte ind til, hvilken særlig opmærksomhed der skal være i kommunikationen og adfærden i forhold til borgere med demens. Tilsynet konstaterer, at medarbejderne har brug for lidt støtte for at besvare spørgsmålet ud fra en faglig tilgang.
Tilsynets vurdering - 3	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt. Det er tilsynets vurdering, at borgerne oplever respektfuld og anerkendende kommunikation fra medarbejdernes side. Borgerne italesætter oplevelsen af, at der er en god omgangstone på centret. Borgerne oplever respektfuld adfærd fra medarbejdernes side, fraset i et eksempel i forbindelse med en borgers overflytning til en anden afdeling.	

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, der medvirker til at skabe respektfuld kommunikation og adfærd. Tilsynet vurderer dog, at medarbejderne har brug for lidt støtte for at kunne redegøre for kommunikationen og adfærden i forhold til borgere med demens.

3.6 TRÆNING OG REHABILITERING

Data	**OBSERVATION** Tilsynet foretager ikke observationer af træning med borgerne, men tilsynet observerer en situation, hvor en terapeut er i dialog med en borger. Tilsynet observerer, at terapeuten på en særdeles faglig og professionel måde giver borgeren forklaringer på de oplevelser, som borgeren beskriver at have i forbindelse med sin træning. Terapeuten udviser en lyttende og nærværende adfærd, og stiller borgeren uddybende spørgsmål, og viser interesse for de svar, som borgeren fremkommer med. Tilsynet bemærker i en anden situation, at en borger følges til træning, hvilket borgeren giver udtryk for at glæde sig til. På to afdelinger er der synlige tavler, hvor der er fortrykt fælles træningstider og sociale aktiviteter. Dog er felterne for de sociale aktiviteter ikke udfyldte. Ledelsen oplyser, at centret ikke har tilbud om sociale aktiviteter. **BORGERINTERVIEW** Fire af de fem borgere udtrykker stor tilfredshed med træningstilbuddet. Borgerne beskriver, at de træner flere gange ugentligt, og at de har godt udbytte af træningen. En borger fortæller fx, at vedkommende har gjort store fremskridt og nu glæder sig over at kunne gå lidt med en rollator. En anden borger oplever at få gode udfordringer, og at der løbende ændres i de opstillede mål for opholdet alt efter borgerens ønsker og niveau. To borgere beskriver, at de har fået udleveret selvtræningsøvelser, hvilket har haft en god effekt. En borger har også modtaget madlavningstræning med en ergoterapeut. Borgerne beskriver, at de inddrages i fastsættelse af mål og plan for opholdet, og de føler sig på den måde inddragede i, hvilken træning der skal tilbydes. En borger fortæller, at alle arbejder mod samme mål og følger træningsprogrammet, der er udarbejdet af en fysioterapeut. Det er borgerens oplevelse, at der gennem en tværfaglig indsats følges godt op på træningen. Borgerne beskriver medarbejderne som værende meget professionelle og kompetente. En enkelt borger oplever ikke, at der er et tilfredsstillende træningstilbud, og borgeren kan heller ikke genkalde træningsseancer. Tilsynet anerkender, at borgeren kan have hukommelsesmæssige udfordringer. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for tilrettelæggelse og udførelse af rehabiliterings- og træningsforløbene. Under gruppeinterviewet bemærker tilsynet, at medarbejderne i mindre grad italesætter, at de rehabiliterende indsatser leveres ud fra en fælles faglig forståelse og tværfagligt perspektiv, idet f.eks. indflytningssamtaler kun afholdes med tilstedeværelse af terapeuter. Terapeuten oplyser, at det er terapeuternes opgave af lave en forventningsafstemning med borgerne og herigennem fastlægge mål og plan for opholdet. Tilsynet konstaterer, at således inddrages plejepersonalet ikke fra starten af forløbet i fastsættelsen af mål og plan for opholdet.

	Tilsynet bemærker, at medarbejderne i plejen flere gange besvarer spørgsmål ud fra et fokus på, hvad de selv finder rigtigt og i mindre grad ud fra en fælles faglig tilgang eller systematisk arbejdsgang. Under gruppeinterviewet konstaterer medarbejderne flere gange, at afdelingerne har forskellige arbejdsgange og en forskellig praksis for samarbejdet om borgernes rehabiliteringsforløb. En medarbejder udtrykker, at idet der på hendes afdeling ikke altid laves en indflytningssamtale umiddelbart efter borgernes indlæggelse, kan der opstå tvivl om, hvordan der sikres korrekt dokumentation af de observationer, der gøres. Tilsynet konstaterer, at medarbejderne fra plejen i mindre grad beskriver deres rolle og ansvar i forhold til de rehabiliterende indsatser ud fra et fælles fagligt perspektiv. Terapeuten oplyser, at det er terapeuternes opgave at tilrettelægge og planlægge træningsforløbene. Der opleves gode muligheder for at sikre god kontinuitet i træningsindsatserne, da terapeuterne ikke har weekendvagter, og således arbejder på alle hverdage. Udskrivelse af borgerne planlægges i et samarbejde med plejepersonalet, og når der er behov herfor, kan der tages kontakt til fx hjemmeplejen. På tværfaglige konferencer sikres der faglig sparring om planen for den individuelle borger, og det er medarbejdernes oplevelse, at der er en god dialog herom. Terapeuten oplyser, at plejepersonalet i nogle tilfælde instrueres i, hvordan de fx kan gangtræne med en borger, de har en særlig god kontakt til. Plejepersonalet deltager således i træningen for at skabe den størst mulige tryghed for borgeren.
Tilsynets vurdering - 3	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt. Tilsynet vurderer, at borgerne er tilfredse med tilbuddet om træning, og at borgerne oplever indflydelse på fastsættelse af mål og plan for opholdet. Borgerne udtrykker oplevelsen af, at de har god effekt af de træningsindsatser, der tilbydes. Tilsynet anerkender, at der ledelsesmæssigt er stor bevidsthed om behovet for at sikre, at indsatser i relation til træning og rehabilitering fremadrettet tilbydes på en mere struktureret og systematisk måde og med et større fokus på, at indsatserne leveres med udgangspunkt i et tæt tværfagligt samarbejde. Tilsynet konstaterer, at medarbejdernes beskrivelser under gruppeinterviewet understøtter lederens vurdering af behovet for ovenstående.	

3.7 MEDICINHÅNDTERING

Data	**OBSERVATION** Under tilsynets rundgang på centret observeres en medarbejder i udførelsen af udlevering af medicin til borgerne. Medarbejderen anvender medicinvogn til opgaven. Tilsynet bemærker, at der på medicinvognen ligger sedler med navne og CPR-numre synligt fremme, og at medarbejderen forlader medicinvognen hver gang vedkommende går ind i en bolig. Således konstateres det, at personfølsomme oplysninger ikke opbevares korrekt. Tilsynet gennemgår medicinbeholdningen hos fem borgere. Borgernes medicin opbevares lidt forskelligt i afdelingerne, men er i alle tilfælde opbevaret i et aflåst medicinrum, og alle doseringsæsker er markeret med navn, CPR-nummer, ugedag og bolignummer. Medicinlisterne ses i alle tilfælde ajourførte for nyligt.

På to afdelinger opbevares medicinen på en ensartet og systematisk måde. Der er sikret tydelig adskillelse af aktuel- og pn medicin gennem anvendelsen af plastposer. Den dispenserede medicin står på en hylde tiltænkt formålet.

Ikke-dispensérbar medicin til fælles brug er generelt markeret med anbrudsdato, mens den øvrige medicin er placeret på hylder med labels, der indikerer præparatets plads.

I en anden afdeling er borgernes medicin opbevaret i en lille plastkasse markeret med navn og CPR-nummer, men der anvendes ikke poser til adskillelse af aktuel-, pn- og ikke-aktuel-medicin.

Tilsynet bemærker, at der ved en pc-station er brevbakker til forskellige formål, herunder opbevaring af laksantia. Bakkerne fremstår lettere rodede, og der ses flere eksempler på, at der opbevares diverse medicin-præparater med navn og CPR-nummer, som viser sig at være fra udskrevne borgere, herunder laksantia og morfin. Sygeplejersken oplyser, at det er en forglemmelse, at medicinen ikke er kasseret. Desuden ligger der en løs tablet sammen med to små medicinbægre med medicin, som der ikke kan redegøres tilstrækkeligt for.

Adrenalin opbevares korrekt i køleskab i medicinrummene.

Tilsynet har derudover følgende bemærkninger:

- I et tilfælde er der dispenseringsfejl i en doseringsæske.
- I to tilfælde fremgår der medicin i borgernes doseringsæsker, der ikke er givet, men der ses kvitteret herfor i Nexus.
- I en afdeling ligger flere borgeres øjendråber samlet i en lille plastkasse i medicinvognen. Ikke alle præparater er markeret med navn og CPR-nummer, og der ses mere end fem præparater, hvor holdbarhedsdatoen er overskredet, jf. anbrudsdatoen.
- I fire tilfælde mangler der ajourføring af handelsnavne.
- I to tilfælde er der ikke sikret tydelig adskillelse i borgernes medicinbeholdning, og der ses eksempler på, at det er nemt at tage fejl af to præparater med næsten samme ordlyd/indholdsstof.
- I et tilfælde mangler et præparat i borgerens pn beholdning.
- I alle fem tilfælde er der ikke taget stilling til Cave-feltet.
- I flere tilfælde er der ikke sikret tidstro kvittering for medicinadministration.
- I et tilfælde er ikke-dispensérbar medicin indkøbt til centret til fælles brug, men der er ikke markeret med anbrudsdato.

BORGERINTERVIEW

Alle borgerne udtrykker tilfredshed med hjælpen til medicinhåndtering, og de oplever at få medicinen til tiden. En borger beskriver, at han altid selv tæller medicinen efter og endnu ikke har oplevet fejl.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, at det udelukkende er sygeplejerskerne, der varetager medicindispenseringsopgaver. Sygeplejerskerne redegør for, hvordan de ajourfører FMK og anvender dispenseringsmodulet i Nexus for at understøtte en systematisk tilgang til dispenseringsopgaven. Optællingssystemet og anvendelsen af korrekt VAR-procedure for medicinadministration sikrer løbende egenkontrol. Medarbejderne dispenserer til en uge ad gangen, og dispensering foregår i aflukkede medicinrum, der sikrer ro til opgaven. Medarbejderne beskriver fokus på at sikre anbrudsdatoer på medicin med begrænset holdbarhed, og i to afdelinger er der synlige OBS-sedler herpå.

	Der oprettes ikke handlingsanvisninger på medicindispensering og -administration, og medarbejderne er usikre på, om opbygningen i Nexus understøtter dette. Medarbejderne anvender VAR til at fremsøge instrukser, og der anvendes labels med navn og CPR-nummer, når medicin udleveres i et medicinbæger. Ingen af de adspurgte sygeplejersker har kendskab til risikosituationslægemidler, og de kan derfor ikke redegøre herfor. Medarbejderne kan redegøre korrekt for den kontrol, der foretages i forbindelse med medicinadministration.

Tilsynets vurdering - 1
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget lav grad er opfyldt. Ovenstående vurdering gives på baggrund af tilsynets fund i forhold til opbevaring, håndtering, administration og dispensering af medicinen. Tilsynet konstaterer, at der ikke sker korrekt opbevaring af personfølsomme data. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for retningslinjerne ifm. varetagelse af medicinopgaver, men det konstaterer samtidigt, at disse ikke følges i praksis. Det er tilsynets vurdering, at de medicinansvarlige medarbejdere ikke besidder den nødvendige faglige viden i forhold til risikosituationslægemidler.

3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN

Data	**OBSERVATION** Der observeres ingen helbredsmæssige forhold, som der ikke er taget hånd om. **BORGERINTERVIEW** Borgerne udtrykker tilfredshed med hjælpen til sygeplejeindsatser ud over medicin. En borger konkluderer, at hjælpen til personlig hygiejne må være tilfredsstillende, idet borgeren ikke har haft urinvejsinfektion under indlæggelsen. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver, at de ved udførelsen af sygeplejeindsatser ud over medicin sikrer faglig sparring med sygeplejerskerne herom. Medarbejderne oplever at have de rette kompetencer til at løse de opgaver, de stilles over for. Tilsynet bemærker, at en social- og sundhedshjælper beskriver, at hun lægger kompressionsforbindinger og udfører sårpleje, hvilket ikke vurderes i overensstemmelse med medarbejderens uddannelsesmæssige baggrund. En anden medarbejder beskriver varetagelse af øjendrypninger uden at være oplært specifikt hertil. Medarbejderne henviser til deres erfaringer gennem mange år. Tilsynet bemærker, at ovenstående medarbejdere, der udfører sygeplejeindsatser, ikke har kendskab til arbejdet med handlingsanvisninger. Social- og sundhedsassistenten redegør for varetagelse af sygeplejeindsatser, der ligger inden for hendes kompetenceområde. Medarbejderen beskriver brugen af VAR og kommunens platform til søgning af instrukser og retningslinjer. Tilsynet bemærker, at medarbejderne med social- og sundhedshjælperuddannelse ikke umiddelbart har kendskab til brugen af VAR.

Tilsynets vurdering - 2
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt. Borgerne udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til sygeplejeindsatser. Det er tilsynets vurdering, at medarbejdere med social- og sundhedshjælperuddannelsen varetager sygeplejeindsatser, der ligger uden for deres uddannelses- og kompetencemæssige område.

3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Data	**Interview med leder:** Lederen henviser til kvalitetsarbejdet, der pt. foregår i forbindelse med omlægning af hele organisationen for blandt andet at sikre større faglighed blandt plejepersonalet og et større tværfagligt samarbejde på centret. Leder oplever, at der foregår et tværfagligt samarbejde, men dog ikke efter en ensartet og systematisk tilgang. Der opleves en del udfordringer hermed, hvilket lederen beskriver, at hun har valgt at italesætte på en åben og ærlig måde. Det er lederens oplevelse, at centret har meget stærke terapeutfaglige kompetencer, og idet der er ansat mere end 60 terapeuter, opleves centret som en attraktiv arbejdsplads, hvilket bidrager til succesfuld rekruttering på området. Ift. rekruttering af sundhedsfaglige medarbejdere opleves de samme rekrutteringsmæssige vanskeligheder, som der pt. generelt ses inden for ældreområdet. Centret har et godt samarbejde med kommunens HR-afdeling, og der trækkes på netværket og anvendes sociale medier til søgning af nye medarbejdere. Pt. foregår der et arbejde med rekruttering af medarbejdere med faglige kompetencer og uddannelse inden for neurologi. Lederen beskriver, at de har afsluttet kontrakter med fx neuropsykologer, da det fremadrettet er planen at have disse fastansat på centret. I november udarbejdes en strategi for kompetenceudviklingen af medarbejderne. Lederen oplyser, at de har været afventende hermed, da de præcise kompetenceudviklingsområder først skulle afdækkes. Første skridt er ifølge lederen at nå i mål med de organisatoriske ændringer, men at fokus især vil være rettet på medicin- og dokumentationsområdet. Sygefraværet ligger på et for højt niveau, men alle ledere har fået undervisning i kommunens fraværspolitik, og der arbejdes målrettet med forebyggende indsatser. Alle ledere er midt i en dialog med medarbejderne i forhold til deres individuelle ønsker til, på hvilke tidspunkter de gerne vil arbejde. Arbejdet afsluttes i løbet af oktober, hvorefter der udarbejdes en ny vagtplan. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne udtrykker oplevelsen af, at de har de rette kompetencer til at løse de opgaver, de stilles over for, og at der sikres god faglig sparring med fx sygeplejerskerne. En af medarbejderne udtrykker oplevelsen af, at hendes kompetencer ikke altid bringes i spil, og at de kan blive bedre til at sikre tværfaglig sparring og deling af viden. Medarbejderne erkender, at der på flere områder mangler en tydelig arbejdsgang, fx i forhold til delegering af sygeplejeopgaver og i forhold til arbejdet med indberetning og opfølgning på utilsigtede hændelser. Tilsynet bemærker, at to medarbejdere udtrykker, at de ikke har fokus på indberetning af utilsigtede hændelser, mens en anden medarbejder beskriver oplevelsen af, at de på hendes afdeling både har fokus på indberetning og opfølgning herpå. På det terapeutfaglige plan er der ifølge terapeuten en fast og systematisk tilgang til arbejdet med utilsigtede hændelser.

	Medarbejderne oplyser, at der har været begrænsede kompetenceudviklingsmuligheder gennem nogen tid, og de påpeger, at tiden med Corona har sat visse begrænsninger. Medarbejderne henviser til, at de har fået undervisning i "Low arousal", og at de har haft et godt udbytte af undervisningen. Medarbejderne oplever umiddelbart, at det tværfaglige samarbejde er rimeligt velfungerende. Medarbejderne beskriver tværfagligt samarbejde med neuropsykolog, misbrugskonsulent, demenskoordinator, tværgående træningsteam, hjemmeplejen og centrets læge. En medarbejder oplyser, at lægen har givet udtryk for, at medarbejderne er gode til at vurdere, når der er behov for lægefaglig sparring. Medarbejderne erkender, at der er potentiale for, at det tværfaglige samarbejde kan styrkes og struktureres.
Tilsynets vurdering - 3	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt. Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er bevidsthed om de organisatoriske udfordringer, som centret står foran, og at det på flere områder vil kræve en målrettet indsats, før centret er i mål med kvalitetsarbejdet. Det er tilsynets vurdering, at centret også har en stor udfordring i forhold til at sikre en systematisk tilgang i arbejdet med delegering og indberetning/opfølgning på utilsigtede hændelser. Tilsynet vurderer, at medarbejderne udviser forskellig forståelse for centrets udfordringer og egne kompetencer.	

3.10 OBSERVATIONSSTUDIE

Data	**KOMMUNIKATION** <u>Observationsstudie af hjælp til bad:</u> Medarbejderen hilser venligt på borgeren, der ligger i sengen. Medarbejderen sikrer sig øjenkontakt og placerer sig i øjenhøjde med borgeren ved at sætte sig på borgerens sengekant med en arm om borgerens skulder. Der er en god og gensidig humor mellem medarbejderen og borgeren. Borgeren italesætter, at hun altid finder det hyggeligt, når medarbejderen er på arbejde, og borgeren beskriver at være yderst tilfreds med medarbejderens indsats. **SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE** <u>Observationsstudie af hjælp til bad:</u> Medarbejderen spørger ind til borgerens velbefindende og ønsker til bad og påklædning. Borgeren giver udtryk for at ville prøve at bade på egen hånd, hvilket medarbejderen imødekommer. Ligeledes ønsker borgeren at få nogle minutter for sig selv på badeværelset, hvilket respekteres. Medarbejderen tilpasser løbende tempoet til borgerens behov, og det er tydeligt, at borgeren er bekendt med den daglige rutine. **REHABILITERING** <u>Observationsstudie af hjælp til bad:</u> Medarbejderen guider borgeren til at placere sig hensigtsmæssigt på sengekanten. Herefter stiller medarbejderen rollatoren foran borgeren, så borgeren selv kan rejse sig og gå til toilettet. I forbindelse med badet gives borgeren en klud med vand og sæbe, så borgeren selv kan vaske sig, de steder hun kan nå. Medarbejderen motiverer borgeren til at anvende egne ressourcer i videst muligt omfang, og medarbejderen fortæller, at hun yder kompenserende hjælp, de steder borgeren ikke selv kan nå.

ORGANISERING AF ARBEJDET

Observationsstudie af hjælp til bad:

Medarbejderen sikrer sig, at der er de nødvendige remedier til stede i boligen, inden plejen igangsættes. Plejen er hensigtsmæssigt planlagt, og der forekommer ingen unødvendige forstyrrelser undervejs.

DEN FAGLIGE UDFØRELSE AF ARBEJDET

Observationsstudie af hjælp til bad:

Medarbejderen indleder plejen med at måle borgerens blodtryk/puls og temperatur på en faglig korrekt måde. Herefter følger medarbejderen borgeren ud til toilettet, hvor borgeren sidder lidt for sig selv. Medarbejderen foretager håndhygiejne og ifører sig handsker, men får ikke ført sig plastforklæde. Borgeren hjælpes med at få udført nedre hygiejne og støttes efterfølgende til at komme over på en badestol, hvor borgeren modtager kompenserende hjælp til badet.

Tilsynet ser ikke plejeforløbet til ende, men bliver fortalt, at den efterfølgende støtte til påklædning tager udgangspunkt i en rehabiliterende tilgang.

Borgerens morgenmad er gjort klar på en bakke med små skåle med smør og marmelade, så borgeren selv kan anrette sin morgenmad som ønsket.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at medarbejderen under observationsstudiet kommunikerer og agerer på en særdeles respektfuld måde, og i alle situationer sikrer borgerens medindflydelse og medbestemmelse.

Hjælpen til personlig pleje leveres med udgangspunkt i en rehabiliterende tilgang, og hjælpen ses velorganiseret. Den faglige udførelse af plejen er meget tilfredsstillende, og medarbejderen følger gældende retningslinjer for at sikre korrekt håndhygiejne. Tilsynet bemærker, at medarbejderen ikke husker at anvende plastforklæde.

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

4.1 FORMÅL

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at borgerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, rehabiliteringscentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter/rehabiliteringscenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for borgere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourcer, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 VURDERINGSSKALA

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau.:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger
SCORE: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
SCORE: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • 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 Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

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 plejecentre, 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.

Relateret document 7/21

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Egebjerg 2022.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Egebjerg 2022**
Dokument ID:	**4960952**

Tilsynsrapport
Gentofte Kommune

Egebjerg Plejeboliger

Uanmeldt tilsyn 2022

INDHOLD

1. OPLYSNINGER OM PLEJEBOLIGERNE 4

2. VURDERING 5
2.1 TILSYNETS VURDERINGER 5
2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER 7

3. DATAGRUNDLAG 8
3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER 8
3.2 DOKUMENTATION 8
3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP 10
3.4 MAD OG MÅLTIDER 12
3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD 13
3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING 14
3.7 MEDICINHÅNDTERING 15
3.8 SYGEPLEJEYDELSER UDOVER MEDICIN 16
3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE 17
3.10 OBSERVATIONSSTUDIE 19

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE 21
4.1 FORMÅL 21
4.2 METODE 21
4.3 VURDERINGSSKALA 22
4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE 23

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om de konkrete plejeboliger.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer, observationsstudier og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

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

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Gitte Ammundsen
Senior Manager
Mobil: 4189 0406
Mail: gia@bdo.dk
Projektansvarlig

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

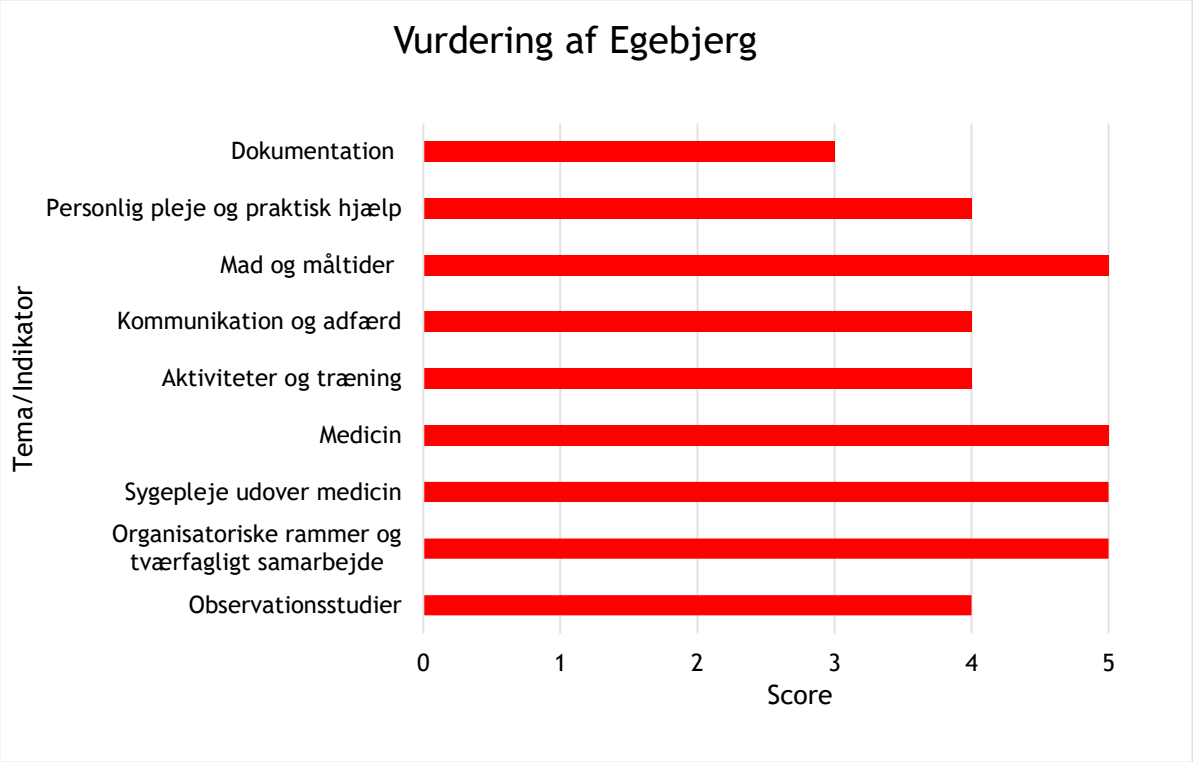
1. OPLYSNINGER OM PLEJEBOLIGERNE

Oplysninger om enheden og tilsynet
Navn og Adresse: Egebjerg Plejeboliger, Sognevej 3, 2820 Gentofte
Leder: Lisbeth Majland
Antal boliger: 70 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 23. november 2022
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med ledelsen • Interview af fem borgere • Gennemgang af dokumentation • Kontrol af medicinen • Observationsstudier • Gruppeinterview med tre medarbejdere (En plejehjemsassistent og to social- og sundhedsassistenter) Borgere, som indgår i individuelle interviews, har givet deres accept til at indgå i tilsynet. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Andreas Bertelsen, Manager og sygeplejerske Gitte Ammundsen, Senior manager og sygeplejerske

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS VURDERINGER

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at døgnrytmeplanerne udarbejdes på en systematisk og ensartet måde. Døgnrytmeplanerne indeholder handlevejledende beskrivelser af hjælpen til personlig pleje, og det ses dokumenteret, at hjælpen leveres med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang. Tilsynet konstaterer, at der ikke konsekvent udarbejdes handlingsanvisninger for hjælpen til praktisk støtte.

Dokumentationen under "Generelle oplysninger" og helbredstilstande mangler delvis ajourføring i forhold til et par af beboerne.

Det er tilsynets vurdering, at der i mindre grad arbejdes med handlingsanvisninger på sundhedslovsindsatser på en ensartet og systematisk måde, idet der observeres mangler i forhold til alle fem beboere.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kun delvist kan redegøre for arbejdsgange ifm. anvendelse og ajourføring af dokumentationen, idet medarbejderne ikke konsekvent kan redegøre for oprettelsen af handlingsanvisninger på alle sundhedslovsydelser.

Personlig pleje **og praktisk hjælp:**

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboerne er soignerede i overensstemmelse med deres habitus, og at deres boliger og hjælpemidler ses rengjorte. Det er tilsynets vurdering, at beboerne i høj grad oplever at få den hjælp til personlig pleje, som de har behov for, og at deres autonomi respekteres. Det vurderes dog, at en beboer er mindre tilfreds med, at medarbejderne ikke anvender navneskilte.

Det er samtidig tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og praktiske hjælp, herunder hvordan der arbejdes med at sikre opmærksomhed på den rehabiliterende tilgang.

Mad og måltider:

Det er tilsynets vurdering, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid, hvortil medarbejderne arbejder ud fra faste roller og sikrer beboernes selvbestemmelse.

Tilsynet vurderer, at beboerne er tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet, samt at medarbejderne kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre "det gode måltid".

Kommunikation og adfærd:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Beboerne oplever, at medarbejderne reagerer hurtigt på nødkald.

Tilsynet konstaterer, at en beboer oplever, at kommunikationen kan påvirkes af vikarers sproglige vanskeligheder, og at der føres interne samtaler på et fremmedsprog, som beboerne ikke forstår.

Det vurderes, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig og respektfuld kommunikation.

Aktiviteter og træning:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på Egebjerg Plejeboliger. Beboerne tilkendegiver tilfredshed med tilbud om aktiviteter, og at de deltager heri efter eget ønske. Tre beboere efterspørger mere viden om mulige træningstilbud med terapeuter.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for området.

Medicin:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Der er dispenseret korrekt medicin hos alle beboere. Det er tilsynets vurdering, at medicinen opbevares og håndteres på korrekt måde. Håndteringen af medicinen vurderes at ske på en særdeles systematisk måde, og ud fra et fagligt fokus på at sikre god orden i opbevaringen, både hvad angår medicin, der opbevares i boligerne, og medicin der opbevares i medicinrummet.

Beboerne udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til medicin.

Det er tilsynets vurdering, at de medicinansvarlige medarbejdere og medarbejderen, der har med udlevering og administration af medicin at gøre, kan redegøre korrekt for arbejdsgange i forbindelse med udførelse af medicinopgaver.

Sygeplejeydelser ud over medicin:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever, at det er nemt at komme i kontakt med en læge/sygeplejerske, når der opstår behov herfor.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der arbejdes med at sikre, at de sygeplejefaglige indsatser leveres ud fra en høj faglig standard.

Organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

På baggrund af interviews med ledelsen og medarbejderne vurderer tilsynet, at der i meget høj grad er et ledelsesmæssigt fokus på at sikre en hensigtsmæssig organisering og gode rammer for kompetenceudvikling.

Tilsynet vurderer, at der gennem en fast mødestruktur og samarbejde på tværs af faggrænser sikres gode rammer for det tværfaglige samarbejde.

Tilsynet vurderer, at der forekommer en ensartet systematik omkring indberetning af utilsigtede hændelser, samt at medarbejderne italesætter indberetningerne som brugbare for udvikling og læring, med afsæt i en anerkendende tilgang

Observationsstudier:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opnået.

Det er tilsynets vurdering, at der i forbindelse med begge observationsstudier sikres en venlig og respektfuld kommunikation med beboerne. Samtidig vurderes det, at medarbejderne tager individuelle hensyn til beboernes egne ressourcer og situation, hvor der observeres et tæt samarbejde mellem medarbejdere og beboere. Plejen leveres ud fra en rehabiliterende tilgang med fokus på at sikre beboernes selvbestemmelse og medindflydelse.

Det vurderes, at der ikke forekommer unødige forstyrrelser i forbindelse med plejesituationerne, samt at medarbejderne overholder de hygiejniske principper.

Tilsynet vurderer, at en medarbejder konsekvent arbejder ind over sengehestene, og derved ikke sikrer hensigtsmæssige arbejdsstillinger.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation, observationer og observationsstudier. Derudover foretages kontrol af medicinen. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger
1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder deres fokus på dokumentationsarbejdet, herunder at der sikres et øget fokus på arbejdet med handlingsanvisninger, generelle oplysninger og helbredstilstande.
2. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssigt sikres, at medarbejderne anvender navneskilte, så beboerne bedre kan huske medarbejdernes navne.
3. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssigt skærpes over for vikarer, at der ikke skal føres interne samtaler på fremmedsprog.
4. Tilsynet anbefaler, at der rettes ledelsesmæssigt fokus på at sikre beboerne kendskab til deres muligheder for træning med en terapeut.
5. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssigt sikres, at medarbejderne i forbindelse med det daglige arbejde er bevidste om at sikre korrekte arbejdsstillinger

3. DATAGRUNDLAG

3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER

Data	**LEDERINTERVIEW:** Ledelsen orienterer om, at det forrige tilsyn i 2021 blev gennemført af Gentofte Kommune. Her blev der givet anbefalinger på den generelle dokumentation i Nexus, herunder anvendelsen af funktionsevnetilstande samt døgnrytmeplaner. Ledelsen på Egebjerg Plejeboliger har efterfølgende ansat en IT-medarbejder med pædagogiske kompetencer, som har bistået personalet med undervisning samt konkret sidemandsoplæring i omsorgssystemet. Egebjerg Plejeboliger har etableret en superbrugerfunktion i Nexus, som bistår med undervisning og sidemandsoplæring til kollegaer og nye medarbejdere. Sidemandsoplæringen tilrettelægges og planlægges, så medarbejderne kan fordybe sig i oplæringen sammen med superbrugeren. Dokumentationen i Nexus skal herudover også være anvendelig og vejledende for afløsere og vikarer, så beboerne oplever kontinuitet og rutiner ifm. plejen. Ledelsen arbejder med at italesætte dokumentationsprocessen i Nexus som et "kommunikationssystem", hvor medarbejderne fokuserer på, at dokumentationen skal være anvendelig for anden kollega, som skal have mulighed for at handle på det beskrevne. Dokumentationsstandarden sikres ved regelmæssige auditeringer. Afdelingernes koordinatorer udfører audits sammen med en kollega mhp. sparring og vidensdeling medarbejderne imellem. Ledelsen italesætter, at den generelle kompleksitet er stigende. Den øgede sygdomskompleksitet blandt beboerne fordrer, at medarbejderne er veluddannede, samt at nye medarbejdere i højere grad bliver introduceret til opgaven. Der er derfor udarbejdet en systematik og struktur, som sikrer, at de erfarne medarbejdere introducerer og varetager oplæringen af nye medarbejdere og afløsere. I den forbindelse er der ledelsesmæssigt et øget fokus på on-boarding, idet nyansatte medarbejdere motiveres og inviteres til at byde ind med egne faglige ressourcer og kompetencer. Egebjerg Plejeboliger har løbende fokus på at sikre et tilfredsstillende og udviklende TRIO samarbejde, hvor MED-møderne danner rammen for fælles faglige drøftelser og organisatoriske beslutningsprocesser. Samarbejdet tager afsæt i Gentofte Kommunes Ledelsesgrundlag "Sammen om ledelse", hvor Egebjerg Plejeboligers fokus er at være fælles omkring udviklingen af kvaliteten.

3.2 DOKUMENTATION

Data	**OBSERVATION** Der foretages observation i borgernes omsorgsjournal **<u>Funktionsevnetilstande</u>** Der foreligger ajourførte funktionsevnetilstande for alle beboere.

Døgnrytmeplanen

Døgnrytmeplanerne er udarbejdet på en systematisk måde, og skabelonens felter anvendes korrekt. Døgnrytmeplanerne indeholder beskrivelser af, hvorledes hjælpen leveres med udgangspunkt i en rehabiliterende tilgang. Den rehabiliterende tilgang ses fx beskrevet ift. den personlige pleje, mobilisering og i relation til måltiderne. I døgnrytmeplanerne indgår flere detaljerede beskrivelser af beboernes særlige ønsker og vaner, fx fremgår beskrivelser af, hvornår en beboer skal have sin morgenmedicin og hjælp til personlig pleje, en beboers særlige ønsker til måltidet, eller på hvilke tidspunkter en beboer skal tilbydes toiletbesøg.

Under feltet "Særlig opmærksomhed" fremgår der informationer om, hvor medarbejderne skal rette et særligt fokus, fx ifm. alkoholindtagelse, svingende funktionsniveau eller tendens til fejlsynkning.

Tilsynet bemærker dog, at der ikke konsekvent udarbejdes handlingsanvisninger for hjælpen til praktisk støtte. I forhold til to beboere er handlingsanvisningen ikke udarbejdet, og således observeres det, at der ikke er en ensartet tilgang hertil.

Generelle oplysninger

I forhold til tre beboere ses der fyldestgørende beskrivelser under "Generelle oplysninger", herunder udarbejdelse af ajourførte helbredsoplysninger.

I forhold til to beboere foreligger der ajourførte helbredsoplysninger, men der mangler delvis udfyldelse af felterne "mestring, vaner, roller og ressourcer".

Handlingsanvisninger

Tilsynet konstaterer, at der i forhold til alle fem beboere mangler udarbejdelse af handlingsanvisninger for sundhedslovsindsatser. Dette gør sig gældende i forhold til fx medicindispensering, medicinadministration, psykisk pleje og ernæringsindsatser.

Tilsynet konstaterer, at der i forhold til et par af beboerne foreligger beskrivelser af sygeplejeindsatser under helbredstilstande. Tilsynet bemærker dog, at beskrivelserne ikke er tilstrækkeligt handlevejledende beskrevet. Dette ses typisk ift. Sygeplejeindsatser, som fx psykisk pleje og ernæringsindsatser.

For en enkelt beboer er der oprettet handlingsanvisning på ernæringsindsatsen, men handlingsanvisningen er mindre handlevejledende, idet der mangler beskrivelse af, hvor ofte der skal foretages vejning af beboeren.

For en anden beboer mangler der ajourføring af handlingsanvisning for øjendrypning, idet beskrivelserne vedrører handlinger, før beboeren blev opereret for øjenlidelse.

Helbredstilstande:

I forhold til tre beboere er helbredstilstande ajourførte, og der ses overensstemmelse mellem beskrivelserne og beboernes medicinske behandling.

For to beboere mangler helbredstilstande ajourføring, idet det fx er beskrevet, at beboeren er i en medicinsk behandling med et præparat, hvilket ikke er i overensstemmelse med oplysningerne på medicinskemaet.

For en anden beboer mangler der ajourføring efter, at beboeren er blevet opereret for en øjenlidelse.

Observationsnotater:

Ved gennemlæsning af flere observationsnotater konstaterer tilsynet, at der sikres dokumentation som led i opfølgning på observationer og handlinger.

	MEDARBEJDERINTERVIEW Medarbejderne redegør for udfyldelse og anvendelse af døgnrytmeplanerne. Døgnrytmeplanerne oprettes og ajourføres af kontaktpersonen samt tilrettes ved ændring af beboernes tilstand. I den forbindelse er der fastlagt en struktur for, at døgnrytmeplanerne ajourføres en gang om måneden. Der redegøres for, at der sikres en rød tråd gennem døgnrytmeplanerne til funktionsevnetilstandene, hvor der samtidig er fokus på at beskrive plejen, samt hvilke tiltag der konkret skal fokuseres på, for at beboeren oplever fremskridt i sin hverdag. Punktet "særlige opmærksomheder" anvendes til at beskrive den individuelle pædagogiske tilgang til beboeren. Vikarer og afløsere introduceres til døgnrytmeplanerne, og de opfordres til altid at anvende disse i praksis for derved at sikre kontinuitet og rutiner hos beboeren. Som udgangspunkt arbejdes der med handlingsanvisninger på alle sundhedslovsydelser. Der udarbejdes som oftest en sammenfattet handlingsanvisning på medicinområdet, gældende for både medicindispensering og administration. Flere af medarbejderne tilkendegiver, at der ikke konsekvent oprettes handlingsanvisninger på alle sundhedslovsydelser, da der i medarbejdergruppen tidligere har været tvivl om arbejdsgangen. Medarbejderne er nu i en konstruktiv proces med at få dette ændret, så der frem over oprettes de relevante handlingsanvisninger. Der beskrives en generel fortrolighed med dokumentationsarbejdet i Nexus. Medarbejderne er vidende om at kunne søge sparring blandt kollegaer, samt at enkelte kollegaer varetager en superbrugerfunktion, og derved kan vejlede ved tvivl om konkrete spørgsmål.
Tilsynets vurdering - 3	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt. Det er tilsynets vurdering, at døgnrytmeplanerne udarbejdes på en systematisk og ensartet måde. Døgnrytmeplanerne indeholder handlevejledende beskrivelser af hjælpen til personlig pleje, og det ses dokumenteret, at hjælpen leveres med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang. Tilsynet konstaterer, at der ikke konsekvent udarbejdes handlingsanvisninger for hjælpen til praktisk støtte. Dokumentationen under "Generelle oplysninger" og helbredstilstande mangler delvis ajourføring i forhold til et par af beboerne. Det er tilsynets vurdering, at der i mindre grad arbejdes med handlingsanvisninger på sundhedslovsindsatser på en ensartet og systematisk måde, idet der observeres mangler i forhold til alle fem beboere. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kun delvist kan redegøre for arbejdsgange ifm. anvendelse og ajourføring af dokumentationen, idet medarbejderne ikke konsekvent kan redegøre for oprettelsen af handlingsanvisninger på alle sundhedslovsydelser.	

3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP

Data	**OBSERVATION** Beboerne fremstår alle soignerede og veltilpasse. Deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov og livsstil. Beboernes hjælpemidler og boliger fremstår ligeledes tilstrækkeligt rengjorte. **BEBOERINTERVIEW** Tilsynet foretager interviews af fem beboere. Dog kan den ene beboer ikke redegøre nærmere for tilsynets spørgsmål, grundet sin kognitive formåen.

	Beboerne giver generelt udtryk for at være trygge ved at modtage hjælp, og de nævner, at de får den hjælp til personlig pleje, som de har behov for og den hjælp, som der er aftalt. Hertil oplyses, at medarbejderne løbende spørger ind til beboernes behov, og at beboerne imødekommes. Det er beboernes oplevelse, at deres autonomi respekteres, og at de anvender deres ressourcer i størst muligt omfang. En beboer oplever, at han får mere hjælp, end hvad han forventede muligt, og beboeren beskriver glæde ved at være inviteret til opfølgningssamtale med en leder i forhold til opfølgning på beboerens indflytning i plejebolig. En anden beboer giver udtryk for, at medarbejderne ikke bærer synlige navneskilte, hvilket ærgrer beboeren, da han derfor ikke kan huske, hvad medarbejderne hedder. Tre af beboerne nævner, at de har en fast kontaktperson, men de oplever stadig en del vikarer og skift i personalegruppen. To beboere problematiserer ikke dette, men de oplever, at vikarerne er søde og imødekommende. Den tredje beboer oplever, at vikarerne ikke altid ved, hvilken hjælp beboeren skal have. Den fjerde beboer beskriver at opleve kontinuitet. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for fordeling og planlægning af dagens opgaver, hvortil der prioriteres ud fra kontaktpersonsordning og kompleksitet. Med udgangspunkt i kontaktpersonsordningen sikrer medarbejderne, at beboerne modtager den pleje og støtte, de har behov for. Der arbejdes i teams, så medarbejderne i det enkelte team har fælles kendskab til teamets beboere, og herved sikrer, at beboernes tryghed, vaner og rutiner opretholdes. Beboerne modtager den støtte og pleje, som de har behov for, ved at medarbejderne medinddrager beboerne ud fra en støttende og vejledende kommunikation. Der tages afsæt i relationsarbejdet for derved at kunne motivere beboeren bedst muligt med afsæt i en tryghedsskabende hverdag. Der er fokus på at observere beboerens nonverbale signaler samt at sikre beboerens selvbestemmelsesret. Medarbejderne redegør for at arbejde ud fra en rehabiliterende tilgang, hvor der er fokus på at vedligeholde de færdigheder, som beboerne har samt at motivere til, at beboerne selv varetage de opgaver, som de mestrer. Der anvendes en pædagogisk tilgang ved at optræde nysgerrig på, hvilken form for motivation der kan være anvendelig i mødet med beboeren. Ved en eventuel ændring af en beboers tilstand udføres der TOBS, og ved behov tages der kontakt til tværgående sygeplejerske eller læge. Det noteres i beboerens journal, i hvilket omfang de pårørende ønsker at blive kontaktet, og hvordan kontakten skal etableres. De pårørende opfordres sammen med beboeren til at udarbejde en livshistorie, hvor også kontaktpersonen bidrager med støtte og vejledning. Medarbejderne fortæller, at de varetager opgaven med at sikre struktur sammen med beboeren, og de hjælper med at støtte og vejlede i eventuelle private udfordringer. Herudover er det medarbejdernes opgave at være behjælpelig med at holde orden i beboernes boliger og motivere til den daglige oprydning.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboerne er soignerede i overensstemmelse med deres habitus, og at deres boliger og hjælpemidler ses rengjorte. Det er tilsynets vurdering, at beboerne i høj grad oplever at få den hjælp til personlig pleje, de har behov for, og at deres autonomi respekteres. Det vurderes dog, at en beboer er mindre tilfreds med, at medarbejderne ikke anvender navneskilte.

Det er samtidig tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og praktiske hjælp, herunder hvordan der arbejdes med at sikre opmærksomhed på den rehabiliterende tilgang.

3.4 MAD OG MÅLTIDER

Data	**OBSERVATION** Under tilsynets rundgang på fællesarealerne om morgenen ses der kun ganske få beboere, der spiser deres morgenmad i den fælles spisestue. Tilsynet foretager en kort observation af frokostmåltidet i en afdeling. Her deltager fem beboere, som er placerede ved mindre borde. To beboere får serveret en frokostplatte, mens de øvrige beboere får hjælp til at få maden smurt. En medarbejder spørger ind til, hvilken mad beboerne hver især ønsker serveret, medarbejderen optræder rolig og i øjenhøjde. Medarbejderen skærer efterfølgende maden ud, og motiverer beboerne til selv at spise. Medarbejderen italesætter, at beboerne eventuelt kan spise tærten med fingrene, og flere vælger dette. To medarbejdere støtter beboerne med indtagelse af maden og medicinen, mens en tredje medarbejder anretter og serverer frokosten til en beboer, der spiser i egen bolig. Medarbejderne prioriterer at sidde med ved bordene, så snart maden er anrettet og serveret, herunder medarbejderen, der serverer mad i boligerne. Medarbejderne er i løbende dialog om maden, og hvordan den smager. Kommunikationen tager afsæt i korte sætninger og positive bemærkninger, hvilket observeres at være i overensstemmelse med, hvad beboerne magter. **BEBOERINTERVIEW** Fire af beboerne udtrykker tilfredshed med maden og dens kvalitet. En beboer er mindre tilfreds, og beboeren begrunder dette med, at maden er tilberedt ude fra. Alle beboerne udtrykker tilfredshed med rammerne i forbindelse med måltidet, hvor der opleves en god, hyggelig og afslappet stemning ved de faste borde. En beboer beskriver oplevelsen af at have medindflydelse på menuplanen. En anden beboer nævner, at hun efter eget ønske indtager morgenmaden i egen bolig, men at frokost og aftensmad spises i fællesskab med de øvrige beboere. Alle beboerne beskriver gode muligheder for mellemmåltider, og de oplever, at medarbejderne også løbende imødekommer ønsker om disse ved efterspørgsel. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for arbejdsgange i forbindelse med måltidet, hvortil de fortæller, at der arbejdes med faste roller. Hos de beboere, som ikke deltager i den fælles spisesituation i spisestuen, har den enkelte kontaktperson opgaven med at tilbyde og servere måltiderne ude i boligerne. Der er fokus på, at de beboere, som spiser i egen bolig, altid støttes af en medarbejder, så måltidet ikke indtages alene. Køkkenpersonalet tilbereder og anretter måltiderne, hvorefter medarbejderne tilbyder og serverer måltidet ud fra en rehabiliterende tilgang. I den forbindelse anvendes der en serveringsvogn, så beboerne selv kan vælge imellem de forskellige tilbud.

	Beboerne opnår medindflydelse ved, at der er sikret en fast struktur for kostmøder på de enkelte afdelinger. Medarbejderne fortæller, at der dagligt er fokus på mellemmåltider. Flere af beboerne får faste mellemmåltider på fastlagte tidspunkter, hvorimod andre beboere får serveret forskellige mellemmåltider fra dag til dag, eksempelvis proteinyoghurt, frugt og kage.

Tilsynets vurdering - 5

Det er tilsynets vurdering, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid, hvortil medarbejderne arbejder ud fra faste roller, og derved sikrer beboernes selvbestemmelse.

Tilsynet vurderer, at beboerne er tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet, samt at medarbejderne kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre "Det gode måltid".

3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD

Data	**OBSERVATION** Fra medarbejdernes side observeres der en imødekommende og respektfuld kommunikation og adfærd. Det observeres f.eks., hvordan medarbejderne banker på beboernes dør, inden de træder ind i boligen, hvordan de henvender sig til beboerne med smil, at de optræder i øjenhøjde, samt at de anvender fysisk berøring i kontakten med beboerne. **BEBOERINTERVIEW** Beboerne beskriver, at de generelt har en god kontakt med medarbejderne. Hertil nævner en beboer, at medarbejderne altid taler pænt, og medarbejderne opleves positive og imødekommende samt møder beboeren på en ligeværdig måde. En anden beboer nævner, at der særligt er et godt forhold til den faste kontaktperson og de faste medarbejdere. Beboerne oplever, at der reageres hurtigt på nødkald, og at medarbejderne er lyttende og imødekommende, når beboerne ytrer sig. En beboer oplyser, at nogle vikarer og afløsere har sproglige vanskeligheder, og at der har været eksempler på, at vikarerne taler et internt fremmedsprog, som beboerne ikke forstår. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør herunder for faktorer, der er medvirkende til at skabe en respektfuld adfærd og en venlig kommunikation: • At optræde nærværende og i øjenhøjde. • At optræde nysgerrig og interesseret. • Ikke at virke fortravlet, men at agere roligt og tålmodigt. • At afstemme kommunikationen til den enkelte borgers situation. • At udvise ligeværdighed i kontakten. I kommunikationen til en dement beboer fortæller medarbejderne, at der er fokus på afledning i form af sang, forebyggelse samt skærmning på fællesarealer. Medarbejderne vil i forbindelse med kontakten til beboeren benytte teorien fra Low Arousal.

	Medarbejderne fortæller, at der kommunikeres med de pårørende på baggrund af de pårørendes individuelle ønsker. Der holdes f.eks. pårørendemøder, benyttes e-mails eller opringninger. Medarbejderne tilkendegiver, at de vil italesætte og reagere, hvis der observeres en uhensigtsmæssig kommunikation eller adfærd fra en kollega.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Beboerne oplever, at medarbejderne reagerer hurtigt på nødkald.

Tilsynet konstaterer, at en beboer oplever, at kommunikationen kan påvirkes af vikarernes sproglige vanskeligheder, og at der føres interne samtaler på et fremmedsprog, som beboerne ikke forstår.

Det vurderes, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig og respektfuld kommunikation.

3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING

Data	**OBSERVATION** På opslagstavlerne er der ophængt kulørte opslag, indeholdende beskrivelser omhandlende et varieret tilbud af aktiviteter. Tilsynet observerer et aktivt hverdagsliv, hvor flere af beboerne benytter sig af fællesarealerne, f.eks. observeres en beboer, som strikker, og flere beboere som sidder omkring bordene og taler sammen. **BEBOERINTERVIEW** Alle beboerne beskriver kendskab til husets tilbud om aktiviteter og muligheden for deltagelse heri. Beboerne deltager efter lyst og evne, og de beskriver, at der forefindes en aktivitetsplan i husavisen. En af beboerne er repræsentant i beboer-pårørenderådet, og beboeren oplever at have medindflydelse på aktivitetstilbuddene. Beboerne er tilfredse med aktivitetstilbuddene, men tre af beboerne efterspørger viden om mulige træningstilbud med terapeuter. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for aktiviteter og træning. Hertil beskrives, at der ikke direkte er ansat terapeuter på Egebjerg Plejeboliger, men at beboerne derimod modtager træning fra eksterne fysioterapeuter. Beboerne motiveres derudover dagligt til træning fra deres kontaktpersoner, f.eks. med gåture, cykelture og træning i motionsrummet på 2. sal. Der afholdes flere større fællesarrangementer og aktiviteter. Aktiviteterne planlægges af flere medarbejdere og beboere fra hver afdeling. Ydermere er der fastlagt café en gang om ugen samt opslag på opslagstavlerne med varierede aktivitetstilbud. Medarbejderne fortæller, at beboerne er vidende om de forskellige aktivitetstilbud, men at flere af beboerne ofte vælger det fra. Medarbejderne fortæller, at der ud fra faglige overvejelser ikke benyttes hjælp fra frivillige.

Tilsynets vurdering - 4
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på Egebjerg Plejeboliger. Beboerne tilkendegiver tilfredshed med tilbuddet af aktiviteter, og at de deltager heri efter eget ønske. Tre beboere efterspørger mere viden om mulige træningstilbud med terapeuter. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på faglig vis kan redegøre for området.

3.7 MEDICINHÅNDTERING

Data	**OBSERVATION** Tilsynet gennemgår medicinbeholdningen for fire beboere. En af beboerne får ikke medicin. På alle afdelinger er der oprettet medicinrum, hvori beboernes medicinbeholdning opbevares. Tilsynet observerer, at medicinen er opbevaret på en ensartet og systematisk måde. I det aflåste medicinrum opbevares medicinen i plastkasser med navn, CPR-nummer og bolig-nummer. Der anvendes farvede poser til tydelig adskillelse mellem aktuel-, pn-, og ikke-aktuel medicin. Den dispenserede medicin, gældende for denne uge, opbevares i en aflåst plastkasse i beboernes bolig. I disse medicinkasser ses ligeledes en god orden og korrekt opbevaring af medicinen. Alle doseringsæsker er mærket korrekt, og hvor det er nødvendigt, er medicin, som fx øjendråber, mærket med anbrudsdato. Der er dispenseret korrekt medicin hos alle beboere, der er visiteret hertil. Et par beboere er overgået til dosisdispenseret medicin, heraf har den ene beboer dog en sidedosering. Hos alle beboere ses stillingtagen til Cave og ajourføring af medicinskemaet. **BEBOERINTERVIEW** Beboerne giver alle udtryk for, at medicinen udleveres rettidigt, og de medgiver at være trygge og tilfredse med medarbejdernes måde at håndtere deres medicin på. En beboer nævner, at hun altid får udleveret pn medicin, når hun efterspørger det. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver, at medicindispenseringen altid foregår i medicinrummet, hvor de kan få den nødvendige ro til opgaven. På døren til medicinrummet er der ophængt en seddel med information om, at medarbejderne ikke må forstyrres. Medarbejderne anvender dispenseringsmodulet i Nexus, og de foretager altid opdatering af FMK, før opgaven opstartes. Medarbejderne følger medicininstruksen, og de beskriver en god og systematisk tilgang til dispenseringsopgaven. En medarbejder oplyser blandt andet, at hun dispenserer et præparat ad gangen, og som afslutning på opgaven kontrollerer, om antal dispenserede tabletter i doseringsæskerne stemmer overens med oplysningerne i FMK. Som en ekstra foranstaltning foretager en kollega altid eftertælling af den dispenserede medicin. Medarbejderne kan med faglig overbevisning redegøre for, hvorledes der sikres korrekt dokumentation og håndtering af risikosituationslægemidler. En medarbejder viser tilsynet, hvordan der søges informationer om de seneste blodprøvesvar og medicinordination. Medarbejderne anvender VAR-portalen til fremsøgning af viden om medicinhåndtering.

	En medarbejder, der har med udlevering af dispenseret medicin at gøre, redegør for kontrollen, der udføres, før medicinen udleveres. Medarbejderen beskriver blandt andet, hvordan FMK anvendes til søgning af medicinoplysninger, og at det kontrolleres, at doseringsæsker er mærket med navn og CPR-nummer. Medarbejderen pointerer, at medicin ikke kan betragtes som givet, før den er set indtaget.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Der er dispenseret korrekt medicin hos alle beboerne. Det er tilsynets vurdering, at medicinen opbevares og håndteres på korrekt måde. Håndteringen af medicinen vurderes at ske på en særdeles systematisk måde og ud fra et fagligt fokus på at sikre god orden i opbevaringen, både hvad angår medicin, der opbevares i boligerne, og medicin der opbevares i medicinrummet.

Beboerne udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til medicin.

Det er tilsynets vurdering, at de medicinansvarlige medarbejdere og medarbejderen, der har med udlevering og administration af medicin at gøre, kan redegøre korrekt for arbejdsgange i forbindelse med udførelse af medicinopgaver.

3.8 SYGEPLEJEYDELSER UDOVER MEDICIN

Data	**OBSERVATION** Der observeres ingen helbredsmæssige forhold, som ikke er håndteret. Ingen af de interviewede beboere modtager sygeplejeydelser ud over medicin. **BEBOERINTERVIEW** En beboer tilkendegiver, at han får tilsyn af en sygeplejerske med jævne mellemrum, som tilser hans ben. Samtidig giver både han og en anden beboer udtryk for, at det er nemt at blive tilset af en læge/sygeplejerske ved at anmode kontaktpersonen om dette. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for arbejdsgange i forbindelse med opstart af ny sygeplejeopgave. Der tages herved kontakt til den tværgående sygeplejerske, som efterfølgende opstarter behandlingsplan og tilrettelægger det fremadrettede forløb. I den forbindelse udarbejdes der handlingsanvisninger i Nexus. Inden medarbejderne påbegynder opgaven hos beboeren, læses der i beboerens handlingsanvisning, så der sikres en korrekt fremgangsmåde. I forbindelse med varetagelsen af sygeplejeopgaven arbejdes der blandt andet med den rehabiliterende tilgang. Medarbejderne giver eksempler på, at de motiverer og medinddrager beboerne i den konkrete opgave. Ydermere kan den enkelte beboer oplæres til selv at varetage opaver forbundet med egen sundhed.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever, at det er nemt at komme i kontakt med en læge/sygeplejerske, når der opstår behov herfor.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der arbejdes med at sikre, at de sygeplejefaglige indsatser leveres ud fra en høj faglig standard.

3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Data	**INTERVIEW MED LEDER:** Ledelsen redegør for, hvordan arbejdet på Egebjerg Plejeboliger er organiseret, samt hvordan ansvarsfordelingen er tilrettelagt. Der tages udgangspunkt i et organisationsdiagram, som beskriver en ledelsesstruktur, bestående af forstanderen og tre afdelingsledere. I hver afdeling er der tilknyttet to koordinator, en koordinator i hvert team, som sikrer tilrettelæggelse og koordineringen af dagens opgaver. For hver af afdelingerne er den enkelte afdeling opdelt i to teams samt et aftenvagtsteam og et nattevagtsteam. Organisationsdiagrammet er visuelt omkranset af Egebjerg Plejeboligers værdigrundlag, som tager afsæt i tre ledetråde, hhv. åben dialog, næstekærlighed og mangfoldighed. Egebjerg har desuden flere tværgående funktioner, herunder en tværgående sygeplejerske med specialistfunktion, "flyverfunktion", som er medarbejdere, der er fleksible i form af at kunne varetage arbejdsopgaver på alle afdelinger, samt ansvarshavende tværgående nattevagter. Ledelsen har fokus på at sikre kompetenceudvikling for medarbejderne, og ledelsen har blandt andet koordineret undervisning for medarbejderne i form af Low Arousal, professionalisering og pårørendesamarbejde. Udbyttet af undervisningstemaerne deles blandt medarbejderne på afdelingernes daglige møder, så der herved sikres videndeling, og at udviklingstiltag formidles blandt alle ansatte. Ydermere forekommer der årlig undervisning omhandlende faste temaer, så som psykiatri, misbrug, palliation, nødværge samt undervisning seks gange årligt afholdt af hhv. plejehjemslægen og psykiateren tilknyttet Egebjerg Plejeboliger. I hver afdeling afholdes der regelmæssige beboerkonferencer med udgangspunkt i en analysemodel. På Egebjergs demensafdeling tages der afsæt i Tom Kitwoods personcentrerede omsorg og på de to andre afdelinger tages der udgangspunkt i psykiatrisk sygepleje. Konferencerne danner rammen for læring og udvikling til medarbejderne. Rammerne for det tværfaglige samarbejde sikres blandt andet ved, at der med fast systematik afholdes beboerkonferencer. På beboerkonferencerne deltager også aftenvagterne, som yderligere bidrager med deres beskrivelser omkring den enkelte beboer. I den daglige planlægning er der sikret et overlap på 30 minutter, som bevirker, at dag- og aftenvagter har mulighed for at drøfte og overbringe informationer eller observationer. Egebjerg Plejeboliger har tilrettelagt mødestrukturen med udgangspunkt i et fælles årshjul, så ledere og medarbejdere derved har mulighed for at tage højde for langtidsplanlægning og herved sikrer, at vigtige datoer kan blive prioriteret. Flere gange ugentligt er der fastlagt møde og sparring med lægen og faste psykiatere. Herudover benyttes muligheden for at kunne rekvirere Gentofte Kommunes træningsteam og demensteam. Yderligere er der etableret et undervisningsforløb samt generel oplæring ved en ekstern musikterapeut, som underviser medarbejderne i anvendelsen af musik ifm. omgangen med beboerne. Musikterapien har en veldokumenteret effekt på at berolige og stimulere beboerne. Sygefraværet beskrives på et acceptabelt niveau, hvor ledelsen tager udgangspunkt i Gentofte Kommunes politik for sygefravær. Sygefraværet drøftes yderligere som et fast punkt på MED-møderne. Der er enkelte vakante stillinger, hvor den generelle rekrutteringsudfordring løbende italesættes blandt ledelsen. I kraft af, at beboernes generelle sygdomskompleksitet er stigende, efterspørges der derved et større behov for medarbejdere, som kan varetage

sundhedslovsydelser. Ledelsen sikrer, at der er de rette kompetencer til rådighed for opgaveløsningen, og i den forbindelse er ledelsen synlig og behjælpelig med at prioritere de enkelte opgaver i løbet af dagen.

For at styrke rekrutteringen er der udarbejdet en rekrutteringsfilm, som skal være medvirkende til at brande plejeboligerne på de sociale medier.

Nyansatte kollegaer tilknyttes en mentorordning, så en erfaren kollega bistår med tovholderfunktion på oplæringen for den enkelte. Ledelsen har medvirket til at få redefineret rollen som mentor, så rollen fremstår velbeskrevet og tager afsæt i en fast struktur for oplæringsforløbet.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne oplever god sammenhæng mellem deres kompetencer og borgernes behov. De beskriver, at der er god mulighed for oplæring til de forskellige opgaver, da medarbejderne har mulighed for at efterspørge oplæringen ved fx den tværgående sygeplejerske. Oplæringsforløbet tager afsæt i sidemandsoplæring. Sygeplejersken introducerer først den enkelte medarbejder til opgaven, og når medarbejderen tilkendegiver tilstrækkelig viden til selvstændigt at kunne udføre opgaven, bliver denne overdraget til den enkelte medarbejder.

Der beskrives gode muligheder for kompetenceudvikling. Medarbejderne tilbydes f.eks. diplommoduler omhandlende temaer, som de tilkendegiver en særlig interesse for, eller som de varetager i dagligdagen. Når medarbejderne efterfølgende har tilegnet sig særlig viden på uddannelserne, er der mulighed for at dele viden til medarbejdergruppen på de faste faglige møder.

Medarbejdergruppen italesætter et fagligt fokus på, at hver medarbejder har særlige kompetencer og interesser inden for den samlede kerneopgave, og at det på Egebjerg Plejeboliger er legalt at tilkendegive styrker og svagheder i den daglige opgaveløsning. Der arbejdes ud fra den overbevisning, at hver medarbejder har forskellige kompetencer og at det ikke er nødvendigt, at alle medarbejdere skal kunne det samme, men at medarbejderne derimod kan efterspørge hinandens særlige kompetencer.

I dagligdagen anvendes faglige instrukser som f.eks. VAR, intern proceduremappe samt Gentofte Kommunes platform på intranettet.

Arbejdsgangen vedrørende indberetning og opfølgning på utilsigtede hændelser beskrives som systematisk og velstruktureret. Medarbejderne indberetter de utilsigtede hændelser, som herefter drøftes på MED-møder samt i forbindelse med hændelsesanalyserne i de enkelte afdelinger. Ydermere sikres der et læringsmoment, idet den utilsigtede hændelse samtidig sendes til afdelingslederen, som på førstkommende møde omtaler hændelsen ud fra en lærende og anerkendende tilgang. Hændelserne bliver regelmæssigt analyseret en gang månedligt på afdelingernes fastlagte møder.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

På baggrund af interviews med ledelsen og medarbejderne vurderer tilsynet, at der i meget høj grad er et ledelsesmæssigt fokus på at sikre en hensigtsmæssig organisering og gode rammer for kompetenceudvikling. Tilsynet vurderer, at der gennem en fast mødestruktur og samarbejde på tværs af faggrænser sikres gode rammer for det tværfaglige samarbejde.

Tilsynet vurderer, at der forekommer en ensartet systematik omkring indberetning af utilsigtede hændelser, samt at medarbejderne italesætter indberetningerne som brugbare for udvikling og læring med afsæt i en anerkendende tilgang

3.10 OBSERVATIONSSTUDIE

Data	**KOMMUNIKATION** Observationsstudie I: Medarbejderen kommunikerer med beboeren i et venskabeligt og roligt toneleje. Det er tydeligt, at medarbejderen og beboeren kender hinanden godt. Samtalen tager afsæt i, hvad beboeren oplevede dagen før, og om beboeren fik set Danmarks fodboldslandskamp. Det er tydeligt, at samtalen er medvirkende til at berolige beboeren og skabe tryghed i kontakten. Medarbejderen optræder lyttende og nærværende, hvor kommunikationen foregår i øjenhøjde med beboeren. Der anvendes situationsbestemt kommunikation, hvor hver ny opgave italesættes, så beboeren hermed sikres at være orienteret. Observationsstudie II: Medarbejderen banker på døren, og henvender sig herefter direkte til beboeren på badeværelset. Medarbejderen tiltaler beboeren ved fornavn og benytter tiltaleformen som en videre indgangsvinkel til en kortere samtale. Beboeren beroliges og afledes på baggrund af samtalen, hvor også medarbejderen i kontakten anvender let fysisk berøring. Der anvendes korte og beskrivende sætninger, så beboeren formår at følge med i medarbejderens arbejde. Kommunikationen forgår i øjenhøjde, og flere gange italesætter medarbejderen *"at vi gør det, ligesom vi plejer",* og at det er medvirkende til at bidrage til at give ro og tryghed i relationen. **SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE** Observationsstudie I: Under hele plejesituationen er der en tæt kontakt og samarbejde mellem beboeren og medarbejderen, hvortil medarbejderen udviser opmærksomhed på at sikre beboerens medindflydelse. F.eks. ønsker beboeren, at fjernsynet er tændt, og at beboeren derved afledes ved at kunne følge med i udsendelsen i fjernsynet. I den forbindelse spørger medarbejderen om lyden må sænkes, for derved at sikre en bedre kommunikation, dette accepterer beboeren. Medarbejderen sikrer yderligere beboerens selvbestemmelse og medindflydelse, idet der føres en åben kommunikation, hvor beboeren spørges inden forflytninger og pleje. Observationsstudie II: Beboeren gives kun få valg, hvilket vurderes fagligt relevant. Medarbejderen udviser i stedet opmærksomhed på at sikre beboerens selvbestemmelse og medindflydelse ved at italesætte egne handlinger og udvise stor opmærksomhed på beboerens reaktioner og kropssprog. Beboeren tilkendegiver ikke at ville deltage i en konkret opgave, hvorefter medarbejderen overtager opgaven efterfulgt af en kærlig kommentar. Medarbejderen forbereder beboeren på, at fodterapeuten vil komme på besøg, og hermed sikrer medarbejderen sig, at beboeren tilkendegiver at være indforstået med dette. **REHABILITERING** Observationsstudie I: Medarbejderen tager udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang, ved at motivere til, at beboeren anvender sine egne ressourcer i forbindelse med plejen. F.eks. udføres plejen i beboerens seng, hvor medarbejderen motiverer beboeren til at strække og bøje underekstremiteter, så plejen kan udføres på skånsom vis. Beboeren deltager aktivt i plejeopgaven ved at holde fast i sengehesten og vende sig fra side til side.

Efter plejen udføres der mundpleje og tandbørstning på badeværelset, hvorefter beboeren inddrages til at vaske sig på overkroppen.

Observationsstudie II:

Medarbejderen inddrager løbende beboerens ressourcer i forbindelse med plejesituationen på badeværelset. Medarbejderen motiverer til, at beboeren er deltagende i plejen, hvor beboeren står ved håndvasken og samarbejder i situationen. Forflytningen fra badeværelse til stue foregår med støtte fra beboerens rollator.

ORGANISERING AF ARBEJDET

Observationsstudie I:

Plejen udføres ud fra en hensigtsmæssig rækkefølge og på en måde, som beboeren er vant til. Medarbejderen har alle relevante remedier for plejen placeret på et mindre rullebord ved siden af sengen. Der forekommer ingen unødige forstyrrelser under plejen.

Observationsstudie II:

Plejen udføres på rutineret vis og på en måde, som beboeren er vant til. Medarbejderen benytter en hensigtsmæssig rækkefølge af den personlige pleje, hvor remedier er inden for rækkevidde, så der ikke forekommer unødige forstyrrelser af arbejdet.

DEN FAGLIGE UDFØRELSE AF ARBEJDET

Observationsstudie I:

Medarbejderen ifører sig korrekte værnemidler, såsom engangsforklæde og handsker. Herudover udføres der korrekt desinfektion af hænderne efter hvert handskeskifte. Den nedre pleje samt kateterpleje udføres korrekt i sengen, hvorefter beboeren bliver smurt med creme og får efterfølgende støttestrømper på. Tilsynet bemærker, at medarbejderen konsekvent arbejder ind over begge sengeheste, som derved belaster medarbejderens arbejdsstillinger. Beboeren forflyttes med loftlift til bækkestolen. Forflytningen varetages på en hensigtsmæssig måde med fokus på at sikre beboerens tryghed. Den øvre personlige pleje udføres efterfølgende på badeværelset, og dette observeres kun delvist af tilsynet.

Observationsstudie II:

Medarbejderen ifører sig korrekte værnemidler, engangsforklæde og handsker. Herudover udføres der korrekt desinfektion af hænderne efter hvert handskeskifte.

Medarbejderen udfører korrekt teknik ved kateterpleje, hvorefter kateterposen placeres korrekt på beboerens ben, og den nedre pleje udføres ligeledes korrekt. Medarbejderen støtter herefter beboeren med den øvre pleje, hvorefter beboeren benytter rollator til at forflytte sig til stuen, hvor morgenmåltidet efterfølgende serveres.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opnået.

Det er tilsynets vurdering, at der i forbindelse med begge observationsstudier sikres en venlig og respektfuld kommunikation med beboerne. Samtidig vurderes det, at medarbejderne tager individuelle hensyn til beboernes egne ressourcer, og der observeres et tæt samarbejde mellem medarbejderne og beboerne. Plejen leveres ud fra en rehabiliterende tilgang med fokus på at sikre beboernes selvbestemmelse og medindflydelse.

Det vurderes, at der ikke forekommer unødige forstyrrelser i forbindelse med plejesituationerne, samt at medarbejderne overholder de hygiejniske principper.

Tilsynet vurderer, at en medarbejder konsekvent arbejder ind over sengehestene, og derved ikke sikrer sig hensigtsmæssige arbejdsstillinger.

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

4.1 FORMÅL

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte Plejeboliger. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for borgere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourcer, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 VURDERINGSSKALA

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau.:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
SCORE: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • 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. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

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 plejecentre, 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.

Relateret document 8/21

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Den kommunale Hjemmepleje 2022.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Den kommunale Hjemmepleje 2022**
Dokument ID:	**4960951**

Tilsynsrapport
Gentofte Kommune

Den kommunale Hjemmepleje og Hjemmesygepleje

Uanmeldt tilsyn
Oktober 2022

INDHOLD

1. FORMALIA 4

3. DATAGRUNDLAG 9
3.2 DOKUMENTATION 9
3.3 PERSONLIG PLEJE OG STØTTE 12
3.4 PRAKTISK HJÆLP 13
3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD 14
3.6 SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE 15
3.7 MEDICINHÅNDTERING 16
3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN 18
3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE 19
3.10 OBSERVATIONSSTUDIE 21

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE 27
4.1 METODE 27
4.2 VURDERINGSSKALA 28

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om den konkrete enhed.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer, observationsstudier og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

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

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Gitte Ammundsen
Senior Manager
Mobil: 4189 0406
Mail: gia@bdo.dk
Projektansvarlig

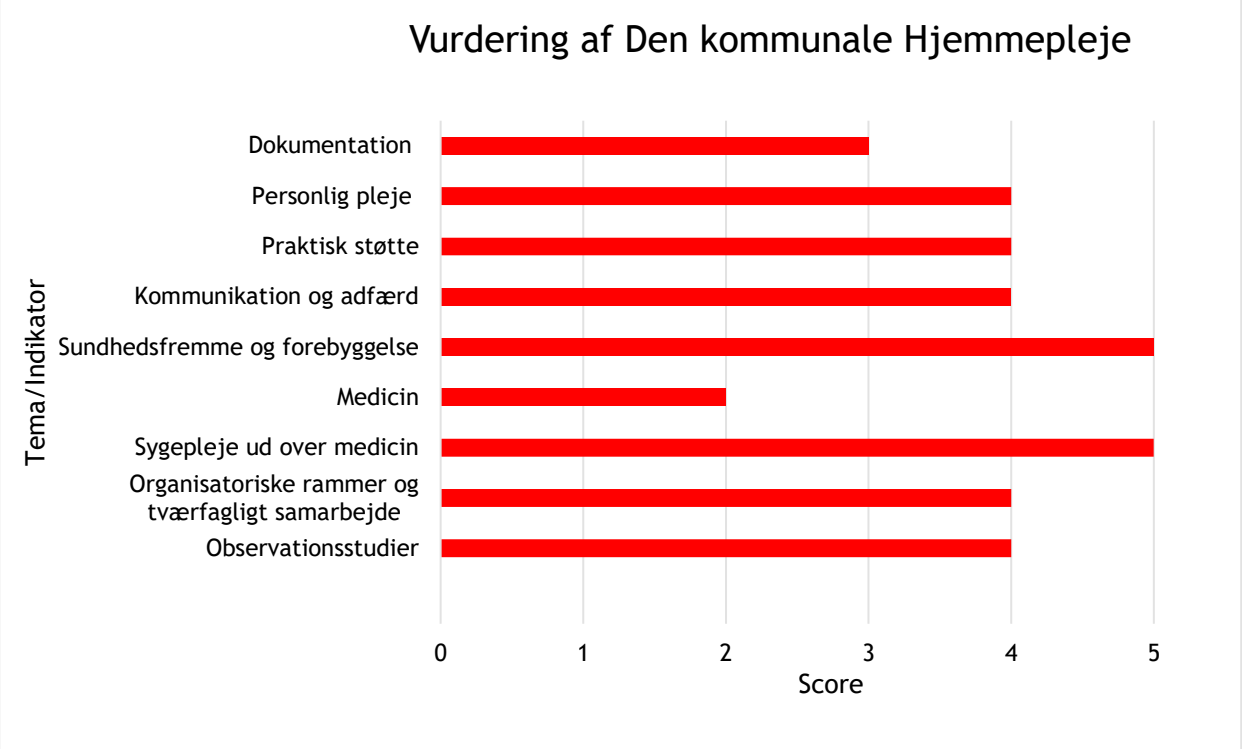
Tilsynet er altid udtryk for et øjebliksbillede og skal derfor vurderes ud fra dette.

1. FORMALIA

Oplysninger om Hjemmeplejen og tilsynet
Navn og adresse: Den kommunale Hjemmepleje, Ved Stadion 19, 2820 Gentofte
Leder: Lars B. Hansen
Dato for tilsynsbesøg: 25. – 27. oktober 2022
Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med ledelse • Tilsynsbesøg hos 24 borgere • Gennemgang af dokumentation • Kontrol af medicin • To observationsstudier i dagtimer og to observationsstudier i aftentimer • Gruppeinterview med fem medarbejdere (To social- og sundhedshjælpere, to social- og sundhedsassistenter og en sygeplejerske) Fordelingen af borgere er foretaget således: • Otte borgere, der modtager hjemmepleje mellem 2-8 timer i dagtimer • Otte borgere, der modtager hjemmepleje og hjemmesygepleje mellem 2-8 timer i dag- og aftentimer • Otte borgere, der modtager hjemmepleje og hjemmesygepleje i mere end 8 timer i dag- og aftentimer. Hjemmeplejens ledelse er dagen før tilsynet, blevet informeret om tilsynets ankomst. Formålet hermed er udelukkende at sikre ledelsens tilstedeværelse på første tilsynsdag. Borgere, der indgår i tilsynet, har givet deres accept til at indgå i tilsynet samt givet samtykke til, at den tilsynsførende gennemgår personlige data. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Gitte Ammundsen, Senior Manager og sygeplejerske Gitte Duus Andersen, Manager og sygeplejerske, cand. cur

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS VURDERINGER



Dokumentation

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at døgnrytmeplanerne generelt fremstår ajourførte og indeholdende individuelle og handlevejledende beskrivelser af indsatsen til personlig pleje og praktisk støtte. Samtidig vurderes det dog, at døgnrytmeplanerne ikke er udarbejdet efter en ensartet og systematisk struktur, og at der for enkelte borgere er behov for ajourføring.

Det vurderes herudover, at funktionsevnetilstande og helbredstilstande generelt ikke er udarbejdet efter gældende vejledninger på området, og at der ikke er sikret tilstrækkelig sammenhæng mellem de udfyldte tilstande, den visiterede indsats og borgernes aktuelle tilstand. Samtidig vurderer tilsynet, at handlingsanvisninger indeholder flere mangler, hvilket omhandler manglende oprettelse af relevante handlingsanvisninger, manglende ajourføring af eksisterende handlingsanvisninger og manglende inaktivering af handlingsanvisninger, som ikke længere er relevante.

Endelig vurderes det, at der generelt foretages korrekt dokumentation af afvigelser og opfølgning under observationsnotater, men at der for fem borgere mangler dokumentation af opfølgning. Hertil vurderes, at der for tre borgere vurderes at være mangler relateret til borgernes triagering.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på en fagligt reflekteret måde kan redegøre for arbejdet med dokumentationen i praksis. Medarbejderne føler sig fortrolige med at arbejde i Nexus, og de oplever gode muligheder for faglig sparring, når der opstår tvivl herom.

Personlig pleje og støtte

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at borgerne fremstår veltilpasse og soignerede, og at den tildelte indsats er svarende til borgernes behov.

Det vurderes, at borgerne selv italesætter oplevelsen af, at hjælpen passer til deres behov, og at der er et godt samarbejde med medarbejderne omkring leveringen af hjælpen. Tilsynet vurderer hertil, at borgerne oplever tryghed, og at aftaler overholdes. Samtidig vurderes, at størstedelen af borgerne udtrykker tilfredshed med kvaliteten og kontinuiteten i hjælpen, men at nogle borgere italesætter enkelte udfordringer, idet disse borgere oplever manglende kontinuitet, hvilket påvirker kvaliteten af hjælpen, eller at hjælpen leveres på meget forskellige tidspunkter.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på en særdeles fagligt reflekteret måde kan redegøre for hjælpen til personlig pleje, og at medarbejderne i høj grad udviser en faglig forståelse for arbejdet med den rehabiliterende tilgang.

Praktisk hjælp

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at de besøgte hjem, fremstår tilstrækkeligt ryddelige og rengjorte, svarende til borgernes habitus, og at hjælpemidler ligeledes er tilstrækkeligt rengjorte, fraset en borgers kørestol.

Tilsynet vurderer, at borgerne oplever at få den hjælp til praktisk støtte, som de har behov for. Samtidig vurderes det, at borgerne generelt udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen, men at to borgere har enkelte bemærkninger til hjælpen.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for hjælpen til praktisk støtte, og at de har kendskab til ordningen omkring fleksibel hjemmehjælp.

Kommunikation og adfærd

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

På baggrund af observationer af interaktion mellem borgere og medarbejdere vurderer tilsynet, at medarbejderne har en respektfuld og venlig kommunikation og adfærd i mødet med borgerne.

Det vurderes samtidig, at borgerne oplever en venlig og respektfuld kommunikation og adfærd, hvortil borgerne italesætter medarbejderne som værende søde, imødekommende og omsorgsfulde. Dog vurderes, at en pårørende oplever, at ikke alle medarbejdere overholder aftaler om adgang til boligen.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for, hvorledes der sikres respektfuld kommunikation og adfærd.

Sundhedsfremme og forebyggelse

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er taget hånd om eventuelle helbredsmæssige forhold, og at borgerne med stor tilfredshed beskriver, hvordan medarbejderne spørger ind til deres velbefindende og følger op på eventuelle helbredsmæssige problemstillinger.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for observationer og handlinger relateret til sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

Medicinhåndtering

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for medicinområdet er opfyldt i lav grad.

Det er tilsynets vurdering, at medicinhåndteringen ikke følger gældende retningslinjer på området, og at der er fundet væsentlige fejl og mangler omhandlende både dispenseringen, opbevaring, administration og dokumentation, som det vil kræve en betydelig og målrettet indsats at afhjælpe.

Det vurderes, at borgerne på trods af de fundne fejl og mangler italesætter oplevelsen af tryghed og tilfredshed med medarbejdernes håndtering af deres medicin. Dog vurderes det, at en borger oplever, at morgenmedicinen udleveres for sent.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på trods af de identificerede fejl og mangler kan redegøre korrekt for arbejdsgange relateret til medicinområdet, svarende til eget kompetenceområde.

Sygeplejeydelser ud over medicin

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at den observerede sygeplejeopgave udføres fagligt korrekt, og at der er sammenhæng mellem de beskrevne og de leverede sygeplejeindsatser.

Det er samtidig tilsynets vurdering, at borgerne oplever at modtage den rette hjælp, hvortil de udtrykker stor tilfredshed med kvaliteten af hjælpen.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne med faglig overbevisning kan redegøre for arbejdet med de sygeplejefaglige indsatser ud fra en opmærksomhed på egne kompetencer, overdragelse og den rehabiliterende tilgang.

Organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt arbejdes målrettet med at skabe en struktur og organisering, som bidrager til en høj kvalitet i opgaveløsningen. Hertil vurderes, at der arbejdes målrettet med rekruttering og fastholdelse, og at der er fokus på at sikre grundig introduktion af både faglærte og ufaglærte medarbejdere.

Det er tilsynets vurdering, at der ledelsesmæssigt er meget tilfredsstillende fokus på at skabe gode rammer for det tværfaglige samarbejde.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne oplever gode kompetenceudviklingsmuligheder, og at deres kompetencer matcher de opgaver, de stilles over for. Medarbejderne oplever det tværfaglige samarbejde som værende meget velfungerende. På baggrund af gruppeinterviewet med medarbejderne er det tilsynets vurdering, at der i mindre grad arbejdes med opfølgning på indberettede hændelser efter en systematisk tilgang.

Observationsstudier

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne under alle fire observationsstudier udviser en særdeles professionel, venlig og imødekommende adfærd. Medarbejderne kommunikerer i en respektfuld tone og udviser respekt for borgernes privatliv.

Herudover vurderes det, at der under alle besøg arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang med stort fokus på at sikre borgernes selvbestemmelse og medindflydelse.

Det er tilsynets vurdering, at organiseringen og tilrettelæggelsen af hjælpen i tre tilfælde sker på en særdeles tilfredsstillende måde. I et enkelt tilfælde er det dog tilsynets vurdering, at det er mindre hensigtsmæssigt, at to medarbejdere deltager i plejeopgaverne samtidig.

Tilsynet vurderer, at indsatserne udføres fagligt korrekt og med forståelse for de hygiejniske principper, fraset enkelte tilfælde, hvor medarbejderne, under observationsstudiet i dagvagt, ikke udfører korrekt håndhygiejne mellem handskeskift. I et enkelt tilfælde er det tilsynets vurdering, at en medarbejder i aftenvagt ikke følger gældende retningslinjer for korrekt arbejdsbeklædning, idet medarbejderen er iført lange ærmer under plejen.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation, observationer og observationsstudier. Derudover foretages kontrol af medicinen. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter en målrettet indsats på dokumentationsområdet, og at der herunder rettes fokus på at sikre:
    - At døgnrytmeplanerne udarbejdes efter en ensartet og systematisk struktur, hvortil det sikres, at døgnrytmeplanerne er ajourførte og indeholdende handlevejledende beskrivelser af alle indsatser.
    - At funktionsevnetilstande og helbredstilstande udarbejdes på en måde, så der sikres et overblik over borgernes aktuelle funktionsniveau og helbredsmæssige tilstand med sammenhæng til de aktuelle indsatser.
    - At der udarbejdes handlingsanvisninger for alle sygeplejeindsatser og at disse indeholder ajourførte og indeholdende handlevejledende beskrivelser af, hvordan indsatsen skal udføres.
    - At der sikres dokumentation af opfølgning i observationsnotater.
2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen implementerer arbejdsgange for triageringen, så alle borgere triageres, og at årsagen til triageringen fremgår tydeligt af dokumentationen.
3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder det målrettede arbejde med at sikre en høj kvalitet og kontinuitet i hjælpen til personlig pleje, og at hjælpen leveres inden for de aftalte tidsrum.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsat har en opmærksomhed på at sikre, at den praktiske hjælp leveres med en høj faglig standard, så borgernes tilfredshed sikres. Tilsynet anbefaler herunder, at der rettes et fokus på arbejdsgangen i forhold til at sikre renholdelse af borgernes hjælpemidler.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsat har fokus på at sikre, at alle medarbejdere til enhver tid overholder aftaler om adgang til boligen.
6. Tilsynet anbefaler, at ledelsen skærper indsatsen på medicinområdet, så det sikres, at medicinhåndteringen følger gældende retningslinjer. Herunder anbefales det:
    - At det sikres, at medarbejderne følger gældende retningslinjer ved medicindispensering, så der foretages eftertælling som en del af egenkontrollen samt kontrol af præparaternes holdbarhed.
    - At medicinen opbevares på en systematisk måde, hvortil der sikres tydelig adskillelse af borgernes aktuelle medicin, pn medicin og ikke aktuelle medicin.
    - At der påføres korrekt mærkning på borgernes doseringsæsker og medicin med begrænset holdbarhed.
    - At der sikres korrekt dokumentation, så medicinskemaet er opdateret og aktuelt, og at der hos alle borgere tages stilling til medicinsk cave.
    - At der foretages kvittering i FMK efter medicinadministrationen.
7. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt rettes et særligt fokus på at sikre læringsperspektivet i arbejdet med opfølgning på utilsigtede hændelser.
8. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt tages initiativ til faglig dialog med medarbejderne om, hvorledes der sikres en god organisering af plejeforløb, når to medarbejdere samarbejder om opgaven.
9. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssigt sikres, at alle medarbejdere følger gældende retningslinjer for at sikre korrekt håndhygiejne, og overholdelse af retningslinjer for korrekt arbejdsbeklædning.

3. DATAGRUNDLAG

3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER

Data	LEDELSESINTERVIEW: Ledelsen oplyser, at de ikke umiddelbart kender til tilsynsresultatet fra det kommunale tilsyn, der blev gennemført i 2021. Det er ledelsen oplevelse, at tilsynet udelukkende omfattede telefonopringninger til udvalgte borgere. I Hjemmeplejens kvalitetsarbejde er fokus blandt andet rettet på dokumentationen, idet der opleves flere udfordringer hermed. Ledelsen oplyser, at der arbejdes målrettet med at tilpasse omsorgssystemet til brug for Hjemmeplejen. Derudover er der et målrettet fokus på at sikre en fælles faglig forståelse for dokumentationspraksis, hvor udviklingssygeplejersken fx gennemfører audits og understøtter medarbejderne i arbejdet med at sikre en ensartet dokumentationspraksis. Medicinhåndteringen er ligeledes et emne i kvalitetsarbejdet. Pt. er der ledelsesmæssige overvejelser om, hvorvidt alle sygeplejersker skal tilbydes et medicinkursus med henblik på at styrke medarbejdernes fokus på at følge de gældende retningslinjer og arbejdsgange. Som et led i den gode introduktion af nye medarbejdere tilbydes disse altid et medicinkursus. Ledelsen beskriver, at der generelt gøres et stort arbejde for at sikre overholdelse af gældende retningslinjer. I forbindelse med fokus på fx hygiejnen sender hygiejnesygeplejersken løbende Sundhedsstyrelsens instrukser ud til medarbejderne, så deres viden herom altid er opdateret. Ledelsen italesætter en tilgang, hvor der som udgangspunkt arbejdes ud fra Sundhedsstyrelsens retningslinjer frem for, at Hjemmeplejen udarbejder sine egne.

3.2 DOKUMENTATION

Data	**OBSERVATION** Tilsynet gennemgår dokumentationen hos de 24 udvalgte borgere. **Funktionsevnetilstande** Hos 13 borgere konstateres, at funktionsevnetilstandene fremstår ajourførte og svarende til borgernes aktuelle tilstand. Hos de øvrige borgere bør tilstandene opdateres, således at de fremstår aktuelle for borgernes tilstand og de visiterede indsatser. Hertil bemærker tilsynet, at der for flere borgere er udfyldt tilstande, som ikke er relevante for den visiterede indsats. Dermed udfyldes funktionsevnetilstande ikke efter gældende principper i FSIII "Guide til funktionsevnetilstande". **Døgnrytmeplanen** For 19 borgere fremstår døgnrytmeplanerne ajourførte og indeholdende individuelle og handlevejledende beskrivelser af den hjælp og støtte, som borgerne modtager. For disse borgere ses ligeledes tydelige beskrivelser af borgernes ressourcer, og hvordan borgernes ressourcer inddrages aktivt i plejen. Hertil ses eksempelvis beskrivelser af, hvordan der skal anvendes guidning eller vejledning som metode til at sikre, at borgeren selv varetager mest muligt omkring den øvre pleje.

Herudover ses også beskrivelser af, hvordan indsatsen leveres i samarbejde med borgerne med hensyntagen til skiftende funktionsniveau. Ligeledes ses beskrivelser af forskellige sundhedsfremmende og forebyggende tilgange og særlige opmærksomhedspunkter.

For fem borgere konstaterer tilsynet mangler. For en borger skyldes det, at der ikke er oprettet en døgnrytmeplan for dag. For de øvrige borgere bør døgnrytmeplanerne ajourføres, så beskrivelsen er svarende til indsatsen, og at der er sikret tilstrækkelig handlevejledende beskrivelse af hjælpen til pleje eller bad.

Herudover bemærker tilsynet, at døgnrytmeplanerne generelt ikke er opbygget efter en ensartet og systematisk struktur. For alle borgere anvendes skabelonens felter korrekt, dog anvendes der for nogle borgere deloverskrifter, hvilket ikke er tilfældet for andre borgere. Ligeledes ses, at indsatsen til praktisk støtte for nogle borgere fremgår af en særskilt døgnrytmeplan. Herudover ses, at feltet "særlig opmærksomhedspunkter" i flere tilfælde indeholder lange og detaljerede beskrivelser af forhold, som ikke vurderes relevante eller som fremgår andre steder i journalen.

Generelle oplysninger

For størstedelen af borgerne indeholder de generelle oplysninger flere mangler. Hertil bemærkes, at helbredsoplysninger for flere borgere ikke er beskrevet på en systematisk og overskuelig måde, og at der for flere borgere ikke er sammenhæng til borgernes helbredsmæssige tilstand.

Helbredstilstande:

Hos over halvdelen af borgerne bør helbredstilstande ajourføres, så der sikres sammenhæng til borgernes aktuelle tilstand, den visiterede indsats og den medicinske behandling.

Handlingsanvisninger

Tilsynet gennemgår handlingsanvisninger for indsatser til fx medicindispensering, medicinadministration, sårbehandling og kompressionsbehandling.

Hos syv borgere konstateres det, at der er oprettet relevante handlingsanvisninger, og at disse indeholder tilstrækkelige og ajourførte beskrivelser af, hvordan indsatsen skal udføres, samt at der generelt anvendes link til VAR. Hertil bemærker tilsynet positivt, at der i enkelte handlingsanvisninger henvises til opfølgning ved sygeplejen, og at der er sikret tydelig beskrivelse ved dispensering af risikosituationslægemidler.

Hos de øvrige borgere konstateres der fejl og mangler, hvilket omhandler:

- Hos enkelte borgere mangler handlingsanvisning for indsatsen til medicindispensering eller kompressionsstrømper.
- Hos nogle borgere bør handlingsanvisningerne ajourføres, idet handlingsanvisninger til eksempelvis sårpleje og øjendryp ikke er opdateret i mere end et år.
- Hos nogle borgere mangler handlevejledende beskrivelser af indsatsen.
- Hos flere af borgerne ses handlingsanvisninger, som ikke er aktuelle og bør inaktiveres. Hos en borger ses eksempelvis tre handlingsanvisninger for samme indsats.

Observationsnotater:

Generelt foretages dokumentation af afvigelser og opfølgning i observationsnotater. Hertil ses beskrivelser i et professionelt sprog af faglige observationer, efterfulgt af relevant handling. For fem borgere bemærker tilsynet dog, at der ikke er sikret tilstrækkelig dokumentation af opfølgning. Dette vedrører, at der ikke er dokumentation af opfølgning på beskrivelser af observationer omkring hud- og vejrtrækningsproblemer, samt at der for en borger ikke er foretaget opfølgning på forhold omkring manglende tømning af postkassen.

Tilsynet bemærker herudover, at to borgere mangler triagering, og at årsagen for en borgers gule triagering ikke fremgår tydeligt af dokumentationen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, at udarbejdelse af døgnrytmeplanen allerede opstartes på det første besøg hos en ny borger, idet der her spørges detaljeret ind til borgerens behov, ønsker og vaner. Døgnrytmeplanen opleves som et godt og brugbart arbejdsredskab til at søge viden om, hvordan hjælpen skal tilrettelægges og udføres. Medarbejderne italesætter betydningen af, at døgnrytmeplanerne altid udarbejdes på en handlevejledende og individuel måde, så det forebygges, at borgerne selv skal forklare, hvilken hjælp de har behov for. Døgnrytmeplanen sikres løbende ajourført, når der observeres ændringer i borgerens helbredsmæssige tilstand. Under gruppeinterviewet reflekterer medarbejderne over dokumentationen under feltet "Særlig opmærksomhed". Medarbejderne kommer med forskellige bud på, hvad der er relevant at dokumentere under feltet, og medarbejderne konstaterer herefter, at der ikke er en ensartet opfattelse heraf.

Funktionsevnetilstande udarbejdes af visitator, og herefter sikres disse løbende ajourført af social- og sundhedsassistenterne. Medarbejderne udtrykker bevidsthed om at sikre overensstemmelse mellem dokumentationen i døgnrytmeplanen og funktionsevnetilstandene.

I arbejdet med den sundhedsfaglige dokumentation redegør medarbejderne for udarbejdelse af handlingsanvisninger, og at der altid søges informationer heri, før en sygeplejeopgave skal udføres. Medarbejderne oplever, at de ved gennemlæsning af handlingsanvisningerne får de oplysninger, de har brug for. I udarbejdelsen af helbredstilstande beskriver medarbejderne en særlig opmærksomhed på, at beskrivelserne er i overensstemmelse med borgernes medicinske behandling, de visiterede sygeplejeindsatser og de udarbejdede handlingsanvisninger, så der ses en rød tråd gennem hele den sundhedsfaglige dokumentation.

Medarbejderne føler sig fortrolige med dokumentationsarbejdet, og ved tvivl opleves der gode muligheder for sparring med kolleger, sygeplejersker eller nærmeste leder. En medarbejder oplyser, at hun netop har deltaget i et møde, hvor emner i relation til dokumentationspraksis var sat på dagsordenen.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at døgnrytmeplanerne generelt fremstår ajourførte og indeholdende individuelle og handlevejledende beskrivelser af indsatsen til personlig pleje og praktisk støtte. Samtidig vurderes det dog, at døgnrytmeplanerne ikke er udarbejdet efter en ensartet og systematisk struktur, og at der for enkelte borgere er behov for ajourføring.

Det vurderes herudover, at funktionsevnetilstande og helbredstilstande generelt ikke er udarbejdet efter gældende vejledninger på området, og at der ikke er sikret tilstrækkelig sammenhæng mellem de udfyldte tilstande, den visiterede indsats og borgernes aktuelle tilstand. Samtidig vurderer tilsynet, at handlingsanvisninger indeholder flere mangler, hvilket omhandler manglende oprettelse af relevante handlingsanvisninger, manglende ajourføring af eksisterende handlingsanvisninger og manglende inaktivering af handlingsanvisninger, som ikke længere er relevante.

Endelig vurderes det, at der generelt foretages korrekt dokumentation af afvigelser og opfølgning under observationsnotater, men at der for fem borgere mangler dokumentation af opfølgning. Hertil vurderes, at der for tre borgere er mangler relateret til borgernes triagering.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på en fagligt reflekteret måde kan redegøre for arbejdet med dokumentationen i praksis. Medarbejderne føler sig fortrolige med at arbejde i Nexus, og de oplever gode muligheder for faglig sparring, når der opstår tvivl herom.

3.3 PERSONLIG PLEJE OG STØTTE

Data	**OBSERVATION** Borgerne fremstår alle soignerede og veltilpasse, svarende til egne ønsker. Borgernes tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. **BORGERINTERVIEW** Borgerne beskriver alle, at hjælpen til personlig pleje passer til deres behov. Hertil beskriver en borger, at hjælpen er øget i takt med, at borgeren har fået det dårligere. En anden borger fortæller, at hjælpen blev opstartet efter udskrivelse fra træningscentret, og at der også blev sørget for de rette hjælpemidler. Flere af borgerne italesætter et tæt samarbejde omkring hjælpen, hvortil de oplever selvbestemmelse, og at der tages hensyn til deres ønsker og vaner. En borger roser hertil både medarbejderne og planlæggerne, som altid er meget fleksible og lydhøre over for borgerens ønsker. En anden borger fortæller, at badet er flyttet til den efterfølgende dag, hvor den faste medarbejder er på arbejde. Dette er borgeren meget tilfreds med, idet den faste hjælper er særligt bekendt med borgeren rutiner og vaner. Borgerne beskriver alle en tryghed ved hjælpen, og de begrunder deres oplevelse med medarbejdernes måde at være på, at aftaler overholdes, at hjælpen leveres af medarbejdere, som de kender, og at medarbejderne er kompetente og har et godt blik for, hvilke opgaver borgeren har brug for hjælp til. Flere borgere italesætter kontinuitet i hjælpen, idet hjælpen leveres af et fast team af medarbejdere. Disse borgere beskriver en stor tilfredshed med kvaliteten af hjælpen. Hertil beskriver nogle borgere også, at der er en god kvalitet i hjælpen på trods af, at der indimellem kommer forskellige medarbejdere og vikarer. Andre borgere italesætter dog enkelte udfordringer, hvilket skyldes, at hjælpen særligt i weekender og ferieperioder leveres af forskellige medarbejdere. Borgerne oplever, at den manglende kontinuitet påvirker kvaliteten af hjælpen, og de beskriver samtidig, at det er hårdt gentagende gange at skulle fortælle, hvordan hjælpen skal udføres. En borger oplever også, at hjælpen leveres på meget forskellige tidspunkter. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne oplyser, at der arbejdes ud fra en teambaseret organisering, hvilket understøtter muligheden for at sikre god kontinuitet i plejen. Opgaverne fordeles ud fra et fokus på at sikre et match mellem borgernes kompleksitet med medarbejdernes kompetencer. I udførelsen af hjælp til personlig pleje beskriver medarbejderne fokus på, at hjælpen leveres med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang og i et samarbejde med borgerne. I arbejdet med den rehabiliterende tilgang oplever medarbejderne et godt samarbejde med terapeuter fra træningsteamet, idet der foregår faglige drøftelser om, hvorledes borgernes funktionsniveau kan fastholdes og eventuelt udvikles. Medarbejderne fremhæver, at samarbejdet med visitatorer også bidrager til at fastholde fokus på, hvordan borgerne bedst hjælpes og støttes i fastholdelsen og udviklingen af deres ressourcer. Medarbejderne oplever, at de er gode til at motivere borgerne til at anvende egne ressourcer, og at der i arbejdet hermed er fokus på at bruge hinandens forskellige kompetencer. En af medarbejderne giver et eksempel på, hvordan det er lykkedes at motivere en borger til at modtage hjælpen ud fra en rehabiliterende tilgang ved at koble en medarbejder på opgaven, som har nogle helt særlige faglige kompetencer inden for det psykiatriske område. Ved observation af ændringer i en borgers helbredsmæssige tilstand beskriver medarbejderne, at der foretages de nødvendige observationer, at der anvendes TOBS (måling af værdier), og at der tales med borgeren om de ændringer, der observeres.

	Efterfølgende foregår der faglig sparring om, hvilke indsatser der skal iværksættes for at imødekomme borgerens udfordringer. I vurderingen af, hvilke indsatser der skal iværksættes, sparrer medarbejderne med hinanden. En medarbejder fortæller, at nogle gange taler hun med kolleger om, hvorvidt andre måtte have observeret lignende forandringer. I tilfælde af, at den observerede ændring i en borgers helbredsmæssige tilstand vurderes kompleks, tages der altid direkte kontakt til en sygeplejerske. En af medarbejderne henviser til arbejdet med projektet "I sikre hænder" og brugen af såkaldte "Actioncards". En anden medarbejder oplyser, at Akutteamet også kan inddrages, når der vurderes behov for en særlig faglig vurdering af borgerens helbredsmæssige situation. Medarbejderne udtrykker enighed om, at triageringsarbejdet bidrager til at sikre en tidlig opsporing og iværksættelse af de rette indsatser.
Tilsynets vurdering - 4	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt. Det er tilsynets vurdering, at borgerne fremstår veltilpasse og soignerede, og at den tildelte indsats er svarende til borgernes behov. Det vurderes, at borgerne selv italesætter oplevelsen af, at hjælpen passer til deres behov, og at der er et godt samarbejde med medarbejderne omkring leveringen af hjælpen. Tilsynet vurderer hertil, at borgerne oplever tryghed, og at aftaler overholdes. Samtidig vurderes, at størstedelen af borgerne udtrykker tilfredshed med kvaliteten og kontinuiteten i hjælpen, men at nogle borgere italesætter enkelte udfordringer, idet disse borgere oplever manglende kontinuitet, hvilket påvirker kvaliteten af hjælpen, eller at hjælpen leveres på meget forskellige tidspunkter. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på en særdeles fagligt reflekteret måde kan redegøre for hjælpen til personlig pleje, og at medarbejderne i høj grad udviser en faglig forståelse for arbejdet med den rehabiliterende tilgang.	

3.4 PRAKTISK HJÆLP

Data	**OBSERVATION:** Borgernes hjem fremstår tilstrækkeligt ryddelige og rengjorte og i overensstemmelse med borgernes habitus. Ligeledes fremstår borgernes hjælpemidler tilstrækkeligt rengjorte, fraset en borgers kørestol, som trænger til rengøring. **BORGERINTERVIEW:** 17 borgere modtager indsatser til praktisk støtte, herunder rengøring. Borgerne oplever alle, at de modtager den hjælp, som de har behov for. Borgerne udtrykker generelt tilfredshed med kvaliteten af hjælpen, hvortil flere borgere beskriver et tæt samarbejde med medarbejderne i forhold til, hvordan hjælpen skal udføres. Hjælpen leveres på faste dage, og flere borgere beskriver også, hvordan hjælpen leveres af faste medarbejdere, som de kender. Flere borgere kommer også med eksempler på fleksibel hjælp, samt hvordan de inddrages i indsatsen. En borger fortæller eksempelvis, at borgeren selv vasker tøjet, hvorefter medarbejderne lægger tøjet på plads. To borgere har enkelte bemærkninger til indsatsen. En borger beskriver hjælpen til rengøring som værende overfladisk, mens en anden borger italesætter udfordringer med medarbejdernes evne til at betjene vaskemaskine og opvaskemaskine. Samme borger italesætter også hjælpen som værende mindre fleksibel.

	MEDARBEJDERINTERVIEW: Medarbejderne oplever at have den rehabiliterende tilgang i fokus, når der ydes hjælp til praktisk støtte. Hvis en borger har ressourcer, der kan inddrages, men ikke selv tager initiativ, motiveres borgeren til at klare mindre opgaver, som fx at lægge tøj sammen eller tørre et bord af. En medarbejder oplyser, at hun kommer hos flere borgere, som tager et brusebad, mens hun selv gør rent, og på den måde sikres borgeren tryghed ved at klare et brusebad på egen hånd. Medarbejderne redegør for definitionen på fleksibel hjemmehjælp, og hvordan de informerer borgerne om brugen heraf. Flere borgere opleves at have stor glæde ved muligheden for selv at foretage valg og prioritering af, hvad der skal hjælpes med. Medarbejderne beskriver eksempler på særlige observationer og handlinger, der gøres ifm. at forebygge smitterisiko, herunder nævner medarbejderne blandt andet brugen af værnemidler, fokus på håndhygiejne og overholdelse af uniformsetiketten. Når der er mistanke om smitterisiko hos en borger, sikres der dokumentation heraf i Nexus.
Tilsynets vurdering - 4	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt. Det vurderes, at de besøgte hjem fremstår tilstrækkeligt ryddelige og rengjorte, svarende til borgernes habitus, og at hjælpemidler ligeledes er tilstrækkeligt rengjorte, fraset en borgers kørestol. Tilsynet vurderer, at borgerne oplever at få den hjælp til praktisk støtte, som de har behov for. Samtidig vurderes det, at borgerne generelt udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen, men at to borgere har enkelte bemærkninger til hjælpen. Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for hjælpen til praktisk støtte, og at de har kendskab til ordningen omkring fleksibel hjemmehjælp.	

3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD

Data	**OBSERVATION** Tilsynet møder i flere situationer medarbejdere, som er på besøg hos borgeren. Tilsynet observerer, at medarbejderne udviser en særdeles respektfuld adfærd ved fx at ringe på døren, før de låser sig ind og ved at anvende overtrækssko. Medarbejderne kommunikerer i en venlig og imødekommende tone til borgeren. I flere situationer observerer tilsynet, at medarbejderne starter med at spørge ind til, hvordan borgeren har det, om borgeren har sovet godt, eller om borgeren har et særligt ønske til, hvilken hjælp der skal leveres på det konkrete tidspunkt. I en anden situation observerer tilsynet, at en medarbejder høfligt spørger ind til, om der er andet, borgeren ønsker hjælp til, før han går. Medarbejderen afslutter besøget med at bekræfter over for borgeren, at badet er planlagt til i morgen. **BORGERINTERVIEW** Alle borgere udtrykker, at de oplever en venlig og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Borgerne beskriver, at medarbejderne altid præsenterer sig ved ankomst, og at medarbejderne aldrig italesætter travlhed over for borgerne. Borgerne beskriver på forskellig vis, hvordan de har tætte relationer til nogle af medarbejderne, og de fremhæver, at der er en god stemning, når medarbejderne er på besøg, hvor man altid kan tale om forskellige ting. Flere af borgerne italesætter medarbejderne som værende *"søde", "venlige", "imødekommende"* og *"omsorgsfulde"*. En borger tilføjer, at skulle der komme en medarbejder, hvor kemien ikke passer, så kan borgeren kontakte kontoret, som reagerer positivt på henvendelsen.

	En pårørende har dog en enkelt bemærkning, idet den pårørende oplever, at ikke alle medarbejdere overholder aftalerne om adgang til boligen. Den pårørende finder det mindre rart, når medarbejderne blot skaffer sig adgang til boligen, i stedet for at ringe på og afvente, at den pårørende åbner, som aftalt. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for faktorer, der har betydning for at sikre en respektfuld kommunikation og adfærd i mødet med borgerne. Medarbejderne beskriver følgende fokus: • Præsentere sig med navn og uddannelse, hvis man ikke kender borgeren. • Oplyse om formålet med besøget. • Sikre god øjenkontakt under dialogen. • Fokus på at skabe den gode relation fra start, fx ved at sætte sig ned i et par minutter for at være i hyggelig dialog med borgeren. • Udvise en rolig og nærværende adfærd. • Fokus på brugen af kropssprog. • Kommunikere tydeligt og præcist. • Forsikre borgerne om, at det er dem, der bestemmer, og at de gerne må sige til og fra. • Vise interesse for borgerne ved at være aktivt lyttende. I samarbejdet med pårørende beskriver medarbejderne fokus på, at borgeren skal give samtykke, før der må tages kontakt til en pårørende. Medarbejderne oplever, at de har et godt samarbejde med de pårørende, og at størstedelen af de pårørende finder glæde og tryghed ved at blive inviteret til at deltage i det, der rører sig omkring borgerne. Medarbejderne oplyser, at de er trygge ved at rette henvendelse til en kollega, hvis der observeres en mindre hensigtsmæssig kommunikation eller adfærd. Medarbejderne pointerer dog, at de sjældent oplever anledning til at irettesætte en kollega.
Tilsynets vurdering - 4	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt. På baggrund af observationer af interaktion mellem borgere og medarbejdere vurderer tilsynet, at medarbejderne har en respektfuld og venlig kommunikation og adfærd i mødet med borgerne. Det vurderes samtidig, at borgerne oplever en venlig og respektfuld kommunikation og adfærd, hvortil borgerne italesætter medarbejderne som værende søde, imødekommende og omsorgsfulde. Dog vurderes, at en pårørende oplever, at ikke alle medarbejdere overholder aftaler om adgang til boligen. Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for, hvorledes der sikres respektfuld kommunikation og adfærd.	

3.6 SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE

Data	**OBSERVATION:** Hos borgerne observeres der ingen sundhedsmæssige forhold, som ikke er håndteret. Herudover observeres der forskellige eksempler på sundhedsfremmende og forebyggende tilgang. Hos en borger ses fx, at borgeren netop har fået serveret frokost. Borgeren er småtspisende, og maden er appetitligt anrettet. Her ses anretning med forskellige typer pålæg og let pynt, hvilket fremstår indbydende.

	BORGERINTERVIEW: Borgerne beskriver alle, hvordan de kan tale med medarbejderne om forskellige sundhedsmæssige forhold, og borgerne beskriver samtidig, at medarbejderne altid spørger ind til, hvordan de har det. Herudover beskriver borgerne eksempelvis, hvordan medarbejderne tilbyder at smøres deres hud med creme, eller at de opmuntrer borgerne til at spise og drikke. Nogle borgere fortæller også, at medarbejderne holder øje med, hvordan katheteret fungerer, og at medarbejderne stiller spørgsmål til borgernes oplevelse af sygdom og smerter. Herudover beskriver borgerne, at medarbejderne reagerer ved forandringer. Hertil fortæller en borger, at medarbejderne smører med barrierecreme ved rødme, mens andre borgere fortæller, at medarbejderne har hjulpet med kontakt til læge eller sygeplejerske. **MEDARBEJDERINTERVIEW:** Medarbejderne kommer med forskellige eksempler på, hvordan der arbejdes med sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Hertil beskrives det fx, at fokus på forebyggelse af dehydrering og urinvejsinfektioner sker ved at sikre, at borgeren drikker rigeligt, god hygiejne under plejen og hyppige tilbud om toiletbesøg eller bleskift. I arbejdet med tryksårsforebyggelse beskriver medarbejderne indsatser i relation til god hudpleje, påsmøring med fx barrierecreme og brugen af trykaflastende hjælpemidler. I forebyggelsesarbejdet foregår der faglig sparring med forflytningsvejledere, og dokumentationen sikres fyldestgørende ift. at indeholde beskrivelser af de igangsatte tiltag. En medarbejder beskriver faldforebyggende tiltag ved fx brug af en skridsikker bademåtte eller fjernelse af løse tæpper i hjemmet.
Tilsynets vurdering - 5	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt. Det er tilsynets vurdering, at der er taget hånd om eventuelle helbredsmæssige forhold, og at borgerne med stor tilfredshed beskriver, hvordan medarbejderne spørger ind til deres velbefindende og følger op på eventuelle helbredsmæssige problemstillinger. Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for observationer og handlinger relateret til sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.	

3.7 MEDICINHÅNDTERING

Data	**MEDICINGENNEMGANG:** Tilsynet gennemgår medicinbeholdningen og dokumentationen hos de 17 borgere, som har indsatser til medicindispensering og/eller administration. For de tre borgere, som modtager dosisdispenseret medicin, konstateres ingen fejl og mangler. For de øvrige borgere findes flere fejl og mangler, herunder enkelte alvorlige mangler med risiko for patientsikkerheden. Dermed konstateres, at hjemmeplejen har en stor udfordring i forhold til at sikre, at medicinhåndteringen lever op til retningslinjerne på området. Dette omhandler følgende: • Hos tre borgere konstateres, at der er uoverensstemmelse i antal tabletter på medicinskemaet og antal tabletter i beholdningen. • Hos en borger er der dispenseret et præparat med overskredet holdbarhed.

Herudover kan tilsynet konstatere, at hjemmeplejen har en stor udfordring i forhold til at sikre systematisk opbevaring af borgernes medicin, hvilket omhandler:

- For størstedelen af borgerne er der ikke sikret tydelig adskillelse mellem den aktuelle medicin, pn medicin og ikke-aktuel medicin.
- For flere borgere er der fundet medicin med overskredet holdbarhed i beholdningen.
- Hos størstedelen af borgerne konstateres der mangler i forhold til at sikre korrekt opdatering af handelsnavn.
- Der foretages ikke korrekt kvittering for administrationen af medicinen, herunder insulin og øjendråber.
- Hos flere borgere mangler der korrekt mærkning med borgerens navn og CPR-nummer på en eller flere æsker
- Hos nogle borgere er der ikke anført anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed.
- Hos flere borgere er det nødvendigt med opdatering af medicinskemaet eller stillingtagen til medicinsk CAVE.

BORGERINTERVIEW

Borgerne udtrykker generelt stor tilfredshed og tryghed med medarbejdernes håndtering af deres medicin. Hertil beskriver nogle borgere et samarbejde omkring medicinbestillingen, mens andre borgere fortæller, at de selv administrerer medicinen.

Kun en borger italesætter mindre tilfredshed, idet borgeren oplever, at morgenmedicinen udleveres sent. Tilsynet bemærker, at medicinen endnu ikke er udleveret ved tilsynsbesøget klokken 10.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør for arbejdet med medicinopgaver. En af medarbejderne oplyser, at hun netop er kommet med i en arbejdsgruppe ifm. projektet "I sikre hænder", hvor der blandt andet er rettet fagligt fokus på at sikre korrekte arbejdsgange, når der dispenseres og administreres medicin.

Medarbejderen, der har med medicindispenseringsopgaver at gøre, redegør for, hvorledes der altid følges en systematisk tilgang i opgaveudførelsen. Medarbejderen beskriver blandt andet, hvilken kontrol der gennemføres, før medicindispenseringen opstartes, fx at FMK er opdateret, at der er tilstrækkelig med medicin til hele dispenseringen, at der er den nødvendige dokumentation på medicinen, herunder korrekt label med navn og CPR-nummer. Ved alle medicindispenseringer gennemføres eftertælling af medicinen som led i egenkontrol. Medarbejderen redegør for kendskab til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i forhold til efterdispensering af medicin. Når medicinen er færdig-dispenseret, tales der med borgeren om, hvem der henter og sørger for, at der er tilstrækkeligt med medicin til næste dispensering.

Medarbejderne redegør for deres ansvar og kompetencer ifm. medicinhåndtering, hvor det fx er aftalt, at social- og sundhedsassistenter ikke dispenserer blodfortyndende medicin som Marevan.

Medarbejderne, der administrerer og udleverer medicin, redegør for den udførte kontrol, herunder beskrives fokus på blandt andet udløbsdato, anbrudsdato og mærkning med navn og CPR-nummer. Medarbejderne oplyser, at den gældende praksis er, at der kvitteres for medicin ved at godkende besøget i omsorgssystemet.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for medicinområdet er opfyldt i lav grad.

Det er tilsynets vurdering, at medicinhåndteringen ikke følger gældende retningslinjer på området, og at der er fundet væsentlige fejl og mangler omhandlende både dispenseringen, opbevaring, administration og dokumentation, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats at afhjælpe.

Det vurderes, at borgerne på trods af de fundne fejl og mangler italesætter oplevelsen af tryghed og tilfredshed med medarbejdernes håndtering af deres medicin. Dog vurderes det, at en borger oplever, at morgenmedicinen udleveres for sent.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på trods af de identificerede fejl og mangler kan redegøre korrekt for arbejdsgange relateret til medicinområdet, svarende til eget kompetenceområde.

3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN

Data	**OBSERVATION** Tilsynet foretager kort observation af en medarbejder, som hjælper en borger med påtagning af kompressionsstrømper. Medarbejderen har en god kontakt til borgeren under opgaveudførelsen, hvortil han italesætter sine observationer af borgerens ben over for borgeren. Opgaven udføres fagligt korrekt. Herudover foretager tilsynet ingen observationer at sygeplejemæssige forhold, som ikke er håndteret, og dermed konstateres det, at der er sammenhæng mellem de beskrevne sygeplejeopgaver og de leverede sygeplejeopgaver. **BORGERINTERVIEW** De borgere, som modtager hjælp og støtte til sygeplejeindsatser ud over medicin, italesætter alle tilfredshed og tryghed med kvaliteten af hjælpen. En borger fortæller, at opgaven til sårpleje udføres af den medarbejder, som kommer fast i hjemmet, og at der så følges op med ved en sygeplejerske, når medicinen skal dispenseres. Borgeren er meget tilfreds med denne løsning, idet der så er færre besøg i hjemmet. Flere af borgerne italesætter medarbejderne som værende kompetente. En borger siger fx, at de er dygtige til sårplejen, og at såret derfor snart er helet. To andre borgere beskriver, hvordan hjælpen til katheterpleje altid leveres af venlige og dygtige medarbejdere. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver, at der arbejdes med rammedelegation og specifik delegation ud fra den konkrete indsats og medarbejdernes kompetencer. Medarbejderne italesætter, at der kan ske en praksisnær oplæring, og at der kun sker delegering af en sygeplejeopgave, når situationen er stabil. Typisk opstartes en sygeplejeopgave af sygeplejersken, og når situationen er stabil, overgår opgaven til en social- og sundhedsassistent, der forinden har modtaget den nødvendige oplæring. I arbejdet med sygeplejeopgaver beskriver medarbejderne, at de orienterer sig i handlingsanvisninger og søger viden om den faglige udførelse ved brug af VAR. Medarbejderne redegør for den rehabiliterende tilgang i arbejdet, og de beskriver flere eksempler på, hvordan nogle borgere kan motiveres og oplæres til selv at dryppe øjne. En medarbejder fortæller, at der bruges en del ressourcer på hjælp til øjendrypning, da mange ældre borgere lider af tørhed i øjnene. Der er netop kommet spray-øjendråber på markedet, hvilket gør det muligt for flere borgere selv at dryppe deres øjne. Medarbejderen oplever, at det har stor værdi for borgerne at blive mest muligt selvhjulpne og uafhængige af medarbejdernes hjælp. Når borgere udskrives fra hospitalet, er der ofte lagt op til, at borgeren skal have hjælp til medicindispensering. Medarbejderne forholder sig fagligt kritiske hertil, og når det er muligt, oplæres borgerne til selv at dispensere deres medicin eller at bruge sygeplejeklinikken.

	Medarbejderne oplever, at de er meget opmærksomme på at få talt med borgerne om, hvad der er deres mål og forventninger, og hvordan de bedst støttes i at klare sig uden hjælp.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at den observerede sygeplejeopgave udføres fagligt korrekt, og at der er sammenhæng mellem de beskrevne og de leverede sygeplejeindsatser.

Det er samtidig tilsynets vurdering, at borgerne oplever at modtage den rette hjælp, hvortil de udtrykker stor tilfredshed med kvaliteten af hjælpen.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne med faglig overbevisning kan redegøre for arbejdet med de sygeplejefaglige indsatser ud fra en opmærksomhed på egne kompetencer, overdragelse og den rehabiliterende tilgang.

3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Data	**LEDELSESINTERVIEW:** Hjemmeplejen har etableret en ny organisering, hvor fokus især er rettet på tværfaglighed og hensigtsmæssigt opgaveflow. Ledelsesorganiseringen er repræsenteret ved en områdechef og fire afdelingsledere. Heraf er to ledere ansvarlige for hjemmeplejen/hjemmesygeplejen, mens en leder er ansvarlig for udvikling og vagtcentralen. Den sidste afdelingsleder er administrativ leder. Herudover er der 13 daglige ledere, som hver har personaleansvaret for mellem 20-30 medarbejdere. I et samarbejde mellem distrikternes planlæggere og lederne varetages den daglige planlægning af opgaverne ude hos borgerne. Ledelsen oplever, at der generelt er sammenhæng mellem borgerens behov og medarbejdernes kompetencer, men rekruttering opleves vanskeligt ift. social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter. Pt. opleves der ingen problemer ift. rekruttering af sygeplejersker. Sygefraværet ligger på et tilfredsstillende og rimelig lavt niveau, ifølge ledelsen. I arbejdet med nedbringelse af sygefraværet følges kommunens politik på området. Det er ledelsens oplevelse, at de otte distrikter er gode til at arbejde på tværs, særligt i dagvagten, men der trækkes dog også på vikarer. Hjemmeplejen har ufaglærte medarbejdere ansat, og gennem den seneste tid er de også begyndt at fastansætte ufaglærte medarbejdere. Ledelsesmæssigt beskrives stort fokus på at motivere og støtte de ufaglærte medarbejdere til at søge ind på en sundhedsuddannelse. De ufaglærte medarbejdere varetager udelukkende lette plejeopgaver, og via et grundigt introduktionsforløb, der typisk forløber over flere uger i følgeskab med en uddannet medarbejder, sikres den gode og faglige oplæring. I et samarbejde med en konsulent er Hjemmeplejen pt. i gang med en onboardingproces, hvor der ses ind i faktorer og indsatser, der sikrer bedre fastholdelse af medarbejderne. I kompetenceudviklingen af medarbejderne tilbydes relevante kurser og praksisnær oplæring. Alle medarbejdere har gennemgået undervisning i low arousal, og alle ledere har modtaget undervisning i emner relateret til magtanvendelse. Planen er, at to medarbejdere fra alle grupper skal have samme undervisning og herefter viderebringe viden til deres kolleger. Hjemmeplejens udviklingssygeplejerske anvendes som sparringspartner ift. fx Nexus og medicinområdet. Udviklingssygeplejersken forestår undervisning på gruppeniveau, mens sidemandsoplæringen typisk foregår i grupperne. Når Hjemmeplejen oplever en særlig udfordring i forhold til en konkret borger, etableres der ofte intern undervisning målrettet de konkrete problemstillinger. Hjemmeplejen har

	også gode erfaringer med at inddrage patientforeninger eller fagspecialister fra hospitalsområdet i kompetenceudviklingsarbejdet. Ledelsesmæssigt er der fokus på at skabe en kulturændring ift. social- og sundhedsassistenternes oplevelse af, at udførelse af sygeplejeopgaver skaber mere værdi end udførelse af plejeopgaver. Ledelsen oplever, at det bidrager til at sikre en høj kvalitet i leveringen af kerneydelser, at netop social- og sundhedsassistenterne deltager i plejeforløbene. Hertil beskriver ledelsen, at der er ved at blive udarbejdet kompetenceprofiler for alle faggrupper, hvilket skal medvirke til skabe bedre vilkår for at sikre den rette faglighed i opgaveudførslen. Hjemmeplejen har en fast mødestruktur, der medvirker til at skabe gode rammer for det tværfaglige samarbejde. Mødestrukturen giver blandt andet gode muligheder for faglig sparring mellem social- og sundhedsassistenterne og sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne deltager i møder i grupperne, hvilket bidrager til at sikre det tværfaglige samarbejde omkring komplekse borgerforløb. Det tværgående træningsteam deltager også i møder på gruppeniveau, og her foregår typisk en faglig sparring om borgere, der kunne profitere af en træningsindsats med en fysioterapeut eller ergoterapeut. Kommunens fagspecialister som fx diætist, psykiatrisk sygeplejekonsulent og hjerneskadekonsulent inddrages i samarbejdet, når det vurderes relevant. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne oplever, at der er sammenhæng mellem deres kompetencer og de opgaver, de stilles over for. Medarbejderne beskriver, at der arbejdes ud fra en teambaseret organisering. Hvert team består af medarbejdere med mange forskellige kompetencer, hvilket medarbejderne oplever meget værdifuldt og udbytterigt. En medarbejder fremhæver fokus på vigtigheden af at have et godt kendskab til eget kompetenceområde, og sige fra i situationer, hvor man ikke føler sig tryg ved at udføre opgaven. Medarbejderen glæder sig over, at hun selv er blevet oplært i stomipleje, hvilket betyder, at en borger nu møder færre forskellige medarbejdere. Medarbejderne oplever gode muligheder for kompetenceudvikling. Medarbejderne henviser til sidemandsoplæring, praksisnær oplæring og undervisning i low arousal. På tilsynets spørgsmål om indberetning og opfølgning på utilsigtede hændelser beskriver medarbejderne en lidt forskellig praksis. Flere medarbejdere italesætter oplevelse af, at der ikke arbejdes med opfølgning på de indberettede hændelser efter en fast og systematisk tilgang. I det tværfaglige samarbejde henviser medarbejderne til samarbejde med fx Træningsteam, fodterapeut, Omsorgstandplejen, diætister, koordinerende sygeplejerske, psykiatrisk sygeplejerske og demensteamet. Medarbejderne oplever gode muligheder for tværfaglig sparring, og at det tværfaglige samarbejde er meget velfungerende.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at ledelsesmæssigt arbejdes der målrettet med at skabe en struktur og organisering, som bidrager til en høj kvalitet i opgaveløsningen. Hertil vurderes, at der arbejdes målrettet med rekruttering og fastholdelse, og at der er fokus på at sikre grundig introduktion af både faglærte og ufaglærte medarbejdere.

Det er tilsynets vurdering, at der ledelsesmæssigt er meget tilfredsstillende fokus på at skabe gode rammer for det tværfaglige samarbejde.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne oplever gode kompetenceudviklingsmuligheder, og at deres kompetencer matcher de opgaver, de stilles over for. Medarbejderne oplever det tværfaglige samarbejde som værende meget velfungerende. På baggrund af gruppeinterviewet med medarbejderne er det tilsynets vurdering, at der i mindre grad arbejdes med opfølgning på indberettede hændelser efter en systematisk tilgang.

3.10 OBSERVATIONSSTUDIE

Data	Der gennemføres to observationsstudier af hjælp til personlig pleje om morgenen. I en aftenvagt følger de to tilsynsførende hver en medarbejder, der aflægger besøg hos flere borgere. **KOMMUNIKATION** <u>Observationsstudie 1 (Dag):</u> Medarbejderen låser sig ind i hjemmet, siger sit navn, og går hen mod soveværelset, hvor borgeren stadig ligger i sin seng. Medarbejderen hilser venligt godmorgen, og spørger borgeren, om han har sovet godt. Borgeren smiler og udtrykker glæde over at se medarbejderen. Borgeren tiltales ved fornavn, og under hele forløbet taler medarbejderen om emner, der interesserer borgeren. Borgeren er meget snakkesalig, og det er tydeligt, at medarbejderen kender borgeren godt, idet både borgeren og medarbejderen flere gange henviser hertil, fx ved italesættelsen af, at medarbejderen er kommet i hjemmet gennem flere år. Medarbejderen anerkender og roser borgeren for den aktive deltagelse i plejen. Borgeren og medarbejderen taler en del sammen under hele plejeforløbet, hvilket borgeren synes at nyde. På et tidspunkt spørger medarbejderen interesseret ind til, om borgeren har haft besøg af en sygeplejerske forleden, hvilket borgeren bekræfter og også fortæller om. <u>Observationsstudie 2 (Dag):</u> En af medarbejderne indleder besøget med at lægge sin hånd på borgerens skulder og siger godmorgen i en rolig og venlig tone og i øjenhøjde. Borgeren er svær at vække, og medarbejderne siger godmorgen flere gange og giver borgeren tid til at vågne. Borgeren har ikke noget sprog og fremstår afslappet under hele forløbet, hvor han kun få gange kigger på medarbejderne. Medarbejderne har et roligt kropssprog og anvender kun sparsom tale under plejen. Hertil udviser medarbejderne stor opmærksomhed på borgerens kropssprog og reaktioner, hvortil medarbejderne taler i en beroligende tone og anvender gentagelser, som en måde at skabe tryghed og genkendelse for borgeren. <u>Observationsstudie 1 (Aften):</u> Medarbejderen ringer på døren og afventer, at borgerne eller pårørende åbner døren. Medarbejderen udviser en særdeles respektfuld og imødekommende adfærd over for både borgerne og en pårørende. I forhold til en borger, der er præget af sin demenssygdom, udviser medarbejderen stor forståelse for, hvorledes der skal kommunikeres med borgeren, fx udviser medarbejderen stor tålmodighed og en lyttende adfærd, da borgeren er vanskelig at motivere til at modtage hjælp til at få serveret aftensmad. Medarbejderen anvender anerkendende kommunikation ved at rose borgeren for, at hun har spist sin frokost samtidig med, at medarbejderen motiverer borgeren til også at få lidt aftensmad. Under besøget hos en anden borger er medarbejderen opmærksom på, at borgeren ikke magter dialogen. Medarbejderen kommunikerer derfor primært om emner, der relaterer sig til plejen. <u>Observationsstudie 2 (Aften):</u> Medarbejderen indleder alle besøg med at banke på døren, inden hun går ind i boligen og præsenterer sig herefter for borgerne. Medarbejderne har et godt og indgående kendskab til alle borgere, og medarbejderen tilpasser derfor også sin tilgang til den enkelte borgers behov. Her ses fx, at medarbejderen hos en borger kun anvender sparsom tale i en rolig og afdæmpet tone, mens hun hos en anden borger indleder samtale om borgerens hverdag og livshistorie.

Medarbejderen er venlig, rolig og nærværende i sin adfærd og anvender i flere tilfælde fysisk berøring i kontakten med borgerne. Medarbejderen inddrager også pårørende relevant under besøgene.

SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE

Observationsstudie 1 (Dag):

Medarbejderen har godt kendskab til borgerens ønsker og vaner, hvorfor det ikke er nødvendigt at spørge ind hertil. Gennem fysisk berøring støttes borgeren i at gå på badeværelset, hvor borgeren selv tager initiativ til at vaske sig. Medarbejderen stiller borgeren enkelte spørgsmål, og respekterer de ønsker, som borgeren fremkommer med. Borgeren udtrykker flere gange, at han er helt tryg ved medarbejderens hjælp, da denne altid leveres på den måde, som borgeren bedst kan lide det, og er vant til.

Observationsstudie 2 (Dag):

Medarbejderne udfører plejen ud fra en fast rutine, hvortil der udvises stor opmærksomhed på borgerens kropssprog og oplevelse af tryghed. Hertil ses eksempelvis, hvordan medarbejderen anvender spejling og vejledning under tandbørstningen som metode til at sikre borgerens deltagelse. Medarbejderen giver sig god tid og afventer, når borgeren ikke åbner munden. Medarbejderen forsøger herefter igen at motivere borgeren til at åbne munden, hvorefter hun kort fortæller, at det er vigtigt at få børstet tænderne. Når borgeren deltager, roser og anerkender medarbejderen borgeren for indsatsen, og medarbejderen fortæller samtidig, at de snart er færdige. Medarbejderen lykkes med at få børstet borgerens i samarbejde med borgeren.

Observationsstudie 1 (Aften):

På et besøg udtrykker en borger med demens, at hun ikke ønsker at få aftensmad. På en stille og rolig måde tilkendegiver medarbejderen over for borgeren, at det er hans erfaring, at borgeren gerne vil have et stykke mad senere på aftenen, og således motiveres borgeren til, at de sammen forbereder lidt smørrebrød. Medarbejderen er opmærksom på, at borgeren ofte glemmer at spise, hvorfor han spørger om lov til at servere maden i stuen, hvor borgeren sidder og ser TV. Borgeren accepterer medarbejderens forslag. Borgeren fortæller, at hun bestemt ikke er tørstig, hvortil medarbejderen svarer, at han lige vil sætte et glas saft frem, så borgeren kan tage dette, når hun får lyst. Borgeren smiler ved forslaget, og udtrykker, at det egentlig var en god måde at gøre det på. Medarbejderen oplyser tilsynet om, at når borgeren kan se maden og drikkevarerne, husker hun at indtage dette, hvilket er baggrunden for hans handlinger.

Under et andet besøg sikres borgerens selvbestemmelsesret ved, at medarbejderen løbende informerer om, hvad der skal ske, før en handling udføres, fx tæller medarbejderen til tre, før der foretages en forflytning. I alle situationer, hvor der sker elevering af sengen, informeres borgeren om dette, fx informerer medarbejderen om, at han vil elevere hovedgærdet. Borgeren tager ikke selvstændigt initiativ og kan ej heller udtrykke behov. Borgeren virker tryg og afslappet under hele plejeforløbet, som foregår, mens borgeren ligger i sin seng.

Observationsstudie 2 (Aften):

Medarbejderen sikrer under alle besøg, at borgerne medinddrages relevant. Dette gøres f.eks. ved, at medarbejderen afstemmer sine handlinger med borgerne, eller ved at der spørges ind til konkrete ønsker for mad eller pleje. Det er tydeligt, at medarbejderen har et stort kendskab til borgerne, og at alt udføres ud fra borgernes rutiner og vaner. Flere af borgerne taler også om medarbejderen i rosende vendinger, hvortil en borger tilføjer, at medarbejderen ved præcis, hvordan borgeren godt kan lide det.

REHABILITERING

Observationsstudie 1 (Dag):

Medarbejderen gør alt klar på badeværelset, og herefter lukker medarbejderen døren til badeværelset, så hjælpen kan udføres med respekt for borgerens blufærdighed. Tilsynet overværer således ikke selve udførelsen af plejen, men medarbejderens dialog med borgeren viser, at medarbejderen støtter og guider borgeren til selv at udføre de opgaver, han magter. Efter nogen tid efterlades borgeren alene på badeværelset, da han selvstændigt kan klare flere opgaver. Medarbejderen fortæller borgeren, at hun nu vil gå ud og gøre en dejlig morgenmad klar, og at borgeren bare kan komme ud, når han er klar. Medarbejderen forsikrer også borgeren om, at han blot skal kalde på hende, hvis han har brug for hjælp.

Da borgeren er færdig på badeværelset, serveres morgenmaden for borgeren. Maden er anrettet på en bakke og på en måde, så borgeren selv kan øse sin the op og spise de stykker brød, der er smurt og skåret i stykker. Borgeren smiler ved synet af sin morgenmad og konstaterer, at han igen har været heldig at fået serveret præcist det, han ønsker. Medarbejderen har lagt et spisestykke frem, som borgeren selv lægger frem på sine knæ.

Observationsstudie 2 (Dag):

Borgeren er præget af fysisk funktionsnedsættelse og kan derfor ikke inddrages i plejen. Medarbejderne udfører derfor fuld kompenserende hjælp.

Observationsstudie 1 (Aften):

Medarbejderen arbejder målrettet ud fra en rehabiliterende tilgang, og medarbejderen har fokus på at inddrage borgerens ressourcer, når det er muligt. Ift. borgeren med demens udviser medarbejderen en meget inviterende tilgang ved fx at opfordre borgeren til at gå med i køkkenet, hvor de sammen kan kigge i køleskabet og finde ud af, hvilket stykke smørrebrød, de skal lave. Borgeren inddrages i tilberedningen af smørrebrødet, fx ved at medarbejderen beder borgeren om at finde en vare i køleskabet. Da maden er smurt, opfordres borgeren til hjælpe med borddækningen i stuen.

Under besøget hos en sengeliggende borger, der modtager hjælp til personlig pleje, herunder bleskift, opfordres borgeren fx til selv at vende sig om på ryggen, gribe fat i sengehesten eller løfte arme og ben. Efter alle forflytninger spørges borgeren, om han er ok. Efter udførelsen af plejen forflyttes borgeren fra seng til stol ved brug af talerstol. Medarbejderen guider og støtter borgeren ud fra en rehabiliterende tilgang. Borgeren gives den nødvendige tid til at finde balancen i oprejst stilling, og borgeren opfordres flere gange til at rette sig godt op.

Observationsstudie 2 (Aften):

Medarbejderen arbejder ud fra en rehabiliterende tilgang i et omfang, der er tilpasset borgernes funktionsniveau og indsatsen. Hos en borger vejledes borgeren fx til at løfte sine ben og hjælpe til ved forflytningerne. Hos en anden borger anrettes maden, så borgeren selv kan spise denne.

ORGANISERING AF ARBEJDET

Observationsstudie 1 (Dag):

Medarbejderen arbejder i et stille og roligt tempo, tilpasset borgerens behov. Medarbejderen udviser en tålmodig adfærd og følger borgerens rytme, fx stopper medarbejderen flere gange op for at spørge borgeren, om han er ok eller klar til at gå videre til næste opgave. Borgeren går langsomt med sin rollator, mens medarbejderen støtter let ved at lægge en hånd på borgerens skulder.

Der forekommer ingen forstyrrelser under plejeforløbet. Medarbejderen arbejder på en systematisk måde og udnytter tiden hensigtsmæssigt, fx ved at udføre praktiske opgaver, såsom forberedelse af morgenmad og oprydning, mens borgeren gør sig færdig på badeværelset.

Observationsstudie 2 (Dag):

Medarbejderne klargør alle remedier, så plejen kan udføres hensigtsmæssigt. Hertil benyttes relevante hjælpemidler, som lejringspuder og vend-let lagen. Medarbejderne arbejder ud fra en tydelig rollefordeling, hvor den ene medarbejder varetager plejen, mens den anden medarbejder primært har kontakten til borgeren.

Under den øvre pleje afviger medarbejderne dog fra denne rollefordeling, idet begge medarbejdere deltager i plejeopgaver samtidig. Tilgangen fremstår generel uhensigtsmæssig, dog ses, at borgeren ikke reagerer herpå, og at medarbejderne løbende sikrer kontakten til borgeren.

Observationsstudie 1 (Aften):

Medarbejderen oplyser, at han ved vagtens start har orienteret sig i omsorgssystemet ift. de borgere, han skal besøge i aftenvagten. Medarbejderen udtrykker, at han har godt kendskab til de fleste af de borgere, han skal komme hos.

Medarbejderen arbejder systematisk og målrettet, og udviser samtidig stort fokus på, at tempoet ikke må være for hurtigt, men at det skal være afstemt borgerens behov. Medarbejderen udviser en professionel tilgang ved tydeligt og præcist at beskrive, hvilken hjælp han kommer for at levere. Under plejeforløbet hos en borger starter medarbejderen med at forberede plejen og at gøre alle remedier klar. Der forekommer ingen forstyrrelser under medarbejderens besøg hos borgerne.

Observationsstudie 2 (Aften):

Medarbejderen planlægger aftenens besøg ud fra overvejelser om geografi og borgernes behov. Ved plejeopgaver sikrer medarbejderen, at de rette remedier er til rådighed, og at opgaven udføres ud fra en hensigtsmæssig rækkefølge. Der forekommer ingen unødige afbrydelser.

DEN FAGLIGE UDFØRELSE AF ARBEJDET

Observationsstudie 1 (Dag):

Medarbejderen starter med at tage overtrækssko og forklæde på. Medarbejderen anvender handsker i alle relevante situationer, og der foretages spritning af hænder efter aftagning heraf. Medarbejderen afslutter besøget med at udføre korrekt håndhygiejne. Således observeres det, at medarbejderen følger gældende retningslinjer på området.

Tilsynet bemærker positivt, at borgeren på et tidspunkt får udleveret en sprit-serviet, så han selv kan tørre katheterslangen af. Det er tydeligt, at borgeren er helt bekendt med proceduren.

Medarbejderen afslutter sit besøg med at spørge borgeren, om han har det, som han skal bruge, eller om der er mere, som medarbejderen kan gøre for ham. Borgeren bekræfter, at han har fået en god hjælp og kan klare sig selv for en stund.

Observationsstudie 2 (Dag):

Medarbejderne indleder besøget med at udføre håndhygiejne og iføre sig korrekte værnemidler. Den nedre pleje udføres korrekt og med stor opmærksomhed på borgerens hud.

Under plejen udviser medarbejderen opmærksomhed på at sikre borgerens blufærdighed og tildækker borgeren, så borgeren ikke er unødigt blottet. Herudover smøres borgerens ben med fugtighedscreme.

	Borgeren forflyttes med loftlift til toiletstolen. Forflytningen foretages korrekt og med stor opmærksomhed på borgerens oplevelse af tryghed. Medarbejderne sikrer sig, at borgeren sidder godt, og at borgerens arme er placeret korrekt på toiletstolen. Borgeren støttes med den øvre pleje, herunder barbering og tandbørstning, og gives herefter tid alene på toiletstolen. Medarbejderne foretager korrekt skift af handsker under plejen, men de foretager ikke den nødvendige håndhygiejne mellem handskeskift. Hertil bemærkes, at medarbejderne dog udfører håndhygiejne ved skiftet mellem nedre og øvre pleje. <u>Observationsstudie 1 (Aften):</u> Under begge besøg indleder medarbejderen med at spritte hænder, hvilket også gøres, før medarbejderen forlader hjemmet. Under hjælpen til tilberedning af aftensmad for en borger anvendes handsker til håndtering af fødevarer. Tilsynet bemærker, at medarbejderen også er omhyggelig med at sikre god hygiejne omkring borgerens madvarer, fx skylles peberfrugten, før den skæres ud, og madvarer pakkes omhyggeligt ind, før de stilles tilbage i køleskabet. Under plejeforløbet, hvor borgeren får hjælp til personlig pleje, herunder bleskift, anvender medarbejderen forklæde og handsker. Medarbejderen følger i alle situationer gældende retningslinjer for at sikre korrekt håndhygiejne. Under plejeforløbet afdækkes borgeren forneden med et håndklæde som led i at udvise respekt for borgerens blufærdighed. Da borgeren er blevet forflyttet fra seng til kørestol, og er blevet fulgt til spisestuen, går medarbejderen tilbage til soveværelset for at rydde op efter plejen. Dynen rystes let og efterlades pænt ombukket. Skraldeposer tages med ud. Som afslutning på besøgene sikrer medarbejderen sig, at borgerne har det godt, og der spørges venligt ind til, om alt er, som det skal være. Herefter siges venligt farvel og på gensyn. <u>Observationsstudie 2 (Aften):</u> Medarbejderen udfører forskellige opgaver, herunder personlig pleje, medicingivning, øjendrypning og anretning af mad. Alle opgaver udføres fagligt korrekt efter gældende retningslinjer. Hertil bemærkes, at øjendråberne er korrekt påført anbrudsdato, og at der gives tilstrækkelig tid mellem administrationen af de forskellige øjendråber. Medarbejderen anvender rette værnemidler under opgaverne, hvortil der ligeledes udføres korrekt skift af handsker og korrekt håndhygiejne. Dog bemærker tilsynet, at der under det ene besøg er en kollega, som er iført lange ærmer under plejen, hvilket ikke er i overensstemmelse med gældende hygiejneretningslinjer og korrekt arbejdsbeklædning. Medarbejderen udviser stor opmærksomhed på forebyggende tilgang, og medarbejderen smører f.eks. en borgers hud med barriere creme. Hos en anden borger, som er småtspisende, anrettes maden appetitlig og i en mindre portion. Hos en tredje borger følger medarbejderen op med borgeren og dennes pårørende og vejleder om plejehjem og de mange forskellige muligheder.

Tilsynets vurdering - 4
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne under alle fire observationsstudier udviser en særdeles professionel, venlig og imødekommende adfærd. Medarbejderne kommunikerer i en respektfuld tone og udviser respekt for borgernes privatliv. Herudover vurderes det, at der under alle besøg arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang med stort fokus på at sikre borgernes selvbestemmelse og medindflydelse.

Det er tilsynets vurdering, at organiseringen og tilrettelæggelsen af hjælpen i tre tilfælde sker på en særdeles tilfredsstillende måde. I et enkelt tilfælde er det tilsynets vurdering, at det er mindre hensigtsmæssigt, at to medarbejdere deltager i plejeopgaverne samtidigt.

Samtidig vurderes det, at indsatserne udføres fagligt korrekt og med forståelse for de hygiejniske principper, fraset enkelte tilfælde, hvor medarbejderne, under observationsstudiet i dagvagt ikke udfører korrekt håndhygiejne mellem handskeskift. I et enkelt tilfælde er det tilsynets vurdering, at en medarbejder i aftenvagt ikke følger gældende retningslinjer for korrekt arbejdsbeklædning, idet medarbejderen er iført lange ærmer under plejen.

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

Formålet med tilsyn er at afdække, hvorvidt der er sammenhæng mellem de beskrevne og vedtagne rammer og den praksis, der udføres på stedet samt at bidrage til den løbende udvikling og kvalitetsforbedring af tilbuddets rammer og indhold.

Sammenfattende er formålet med de uanmeldte tilsyn at:

- Kontrollere og belyse, om der i forhold til ældreområdet er sammenhæng mellem den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte borger og de ydelser, der leveres til den enkelte.
- Kontrollere og belyse, om der er sammenhæng mellem de udmeldte rammer og den praksis, der findes på det enkelte tilbud.
- Kontrollere, om der på det enkelte tilbud udføres forsvarligt fagligt arbejde i forhold til borgerne, og at gældende lovregler, kvalitetsstandarder, serviceniveau og administrative retningslinjer efterleves.
-
- Understøtte en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne gennem en anerkendende og konstruktiv tilgang til medarbejdere og ledelse.
- Skabe grundlag for refleksion over egen praksis hos både medarbejdere og ledelse.
- Afdække styrker og forbedringsmuligheder i tilbuddenes måde at håndtere opgaverne på, og identificere potentielle udviklingsmuligheder.

4.1 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets resurser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.2 VURDERINGSSKALA

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau.:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
SCORE: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • 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. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

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 plejecentre, 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.

Relateret document 9/21

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Cura Pleje 2022.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Cura Pleje 2022**
Dokument ID:	**4960950**

Tilsynsrapport
Gentofte Kommune

Privat leverandør af Hjemmepleje
Cura Pleje

Uanmeldt tilsyn
November 2022

INDHOLD

1. FORMALIA 4

3. DATAGRUNDLAG 8
3.2 DOKUMENTATION 9
3.3 PERSONLIG PLEJE OG STØTTE 10
3.4 PRAKTISK HJÆLP 11
3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD 12
3.6 SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE 13
3.7 SYGEPLEJEYDELSER INKL. MEDICINHÅNDTERING 13
3.8 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE 14
3.9 OBSERVATIONSSTUDIE 15

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE 17
4.1 METODE 17
4.2 VURDERINGSSKALA 18

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om den konkrete enhed.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer, observationsstudier og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

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

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Gitte Ammundsen
Senior Manager
Mobil: 4189 0406
Mail: gia@bdo.dk
Projektansvarlig

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

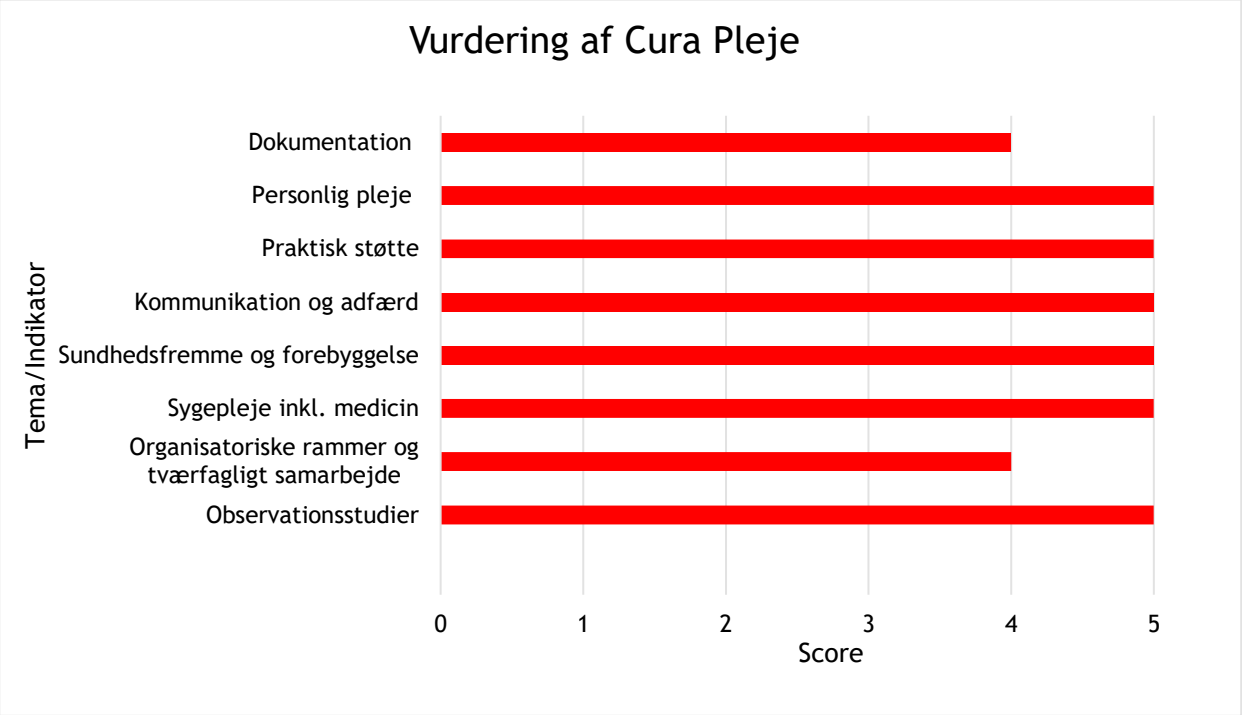
1. FORMALIA

Oplysninger om leverandøren og tilsynet
Navn og adresse: Cura Pleje, Rosenkæret 11C, 2860 Søborg
Leder: Jakob Damsgaard
Dato for tilsynsbesøg: 21. november 2022
Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med ledelse • Tilsynsbesøg hos tre borgere • Gennemgang af dokumentation • Kontrol af medicinhåndtering • Et observationsstudie • Gruppeinterview med fire medarbejdere (Tre social- og sundhedshjælpere og en social- og sundhedsassistent) Fordelingen af borgere er foretaget således: • En borger, der modtager hjemmepleje og hjemmesygepleje mellem 2-8 timer (dagtimer) • En borger, der modtager hjemmepleje og hjemmesygepleje mellem 2-8 timer (dag- og aftentimer) • En borger, der modtager hjemmepleje og hjemmesygepleje mellem 2-8 timer (dag-, aften- og nattetimer) Borgere, der indgår i tilsynet, har givet deres accept til at indgå i tilsynet samt givet samtykke til, at den tilsynsførende gennemgår personlige data. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Gitte Ammundsen, Senior Manager og sygeplejerske Tine Nørrekær Sahlholt, Manager og sygeplejerske

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS VURDERINGER

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at døgnrytmeplanerne generelt indeholder handlevejledende, individuelle og ajourførte beskrivelser af borgernes behov for pleje og praktisk støtte. I et enkelt tilfælde ses dog lidt sparsomme beskrivelser heraf. Dokumentationen i døgnrytmeplanerne afspejler tydeligt, at hjælpen tager udgangspunkt i en rehabiliterende og sundhedsfremmende tilgang, samt at hjælpen leveres med fokus på at imødekomme borgernes ønsker og vaner.

I et enkelt tilfælde mangler der en handlingsanvisning for en sundhedslovsindsats. Handlingsanvisninger for sundhedslovsindsatser udarbejdes af kommunens hjemmesygepleje, men det er tilsynets vurdering, at leverandøren har et medansvar for at sikre, at der er udarbejdet de nødvendige handlingsanvisninger, før en sygeplejeindsats overdrages endeligt. Tilsynet konstaterer, at beskrivelserne under "Generelle oplysninger" har delvise mangler. Det er tilsynets vurdering, at der med en mindre indsats hurtigt kan rettes op på manglerne i dokumentationen.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne har faglig forståelse for arbejdet med dokumentationen.

Personlig pleje og støtte

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Den visiterede hjælp svarer til borgernes behov, og borgerne udtrykker stor tilfredshed med kontinuiteten og kvaliteten af hjælpen, de modtager.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne med faglig overbevisning kan redegøre for, hvorledes der gennem en rehabiliterende tilgang og fokus på at sikre borgernes medbestemmelse sikres kvalitet i leveringen af hjælpen til personlig pleje.

Praktisk hjælp

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at borgerne får den hjælp, de har behov for, og at borgerne er meget tilfredse med kvaliteten af hjælpen.

Medarbejderne kan redegøre for den praktiske hjælp, herunder hvorledes hjælpen udføres med udgangspunkt i en rehabiliterende tilgang.

Kommunikation og adfærd

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Borgerne oplever respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side, hvilket medarbejderne med faglig overbevisning også kan redegøre for, hvordan de sikrer.

Sundhedsfremme og forebyggelse

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der tages hånd om borgernes sundhedsmæssige problemstillinger, og at borgerne også har oplevelsen heraf.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne udviser faglig forståelse for arbejdet med de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, herunder arbejdet med indberetning og opfølgning på utilsigtede hændelser.

Sygeplejeydelser inkl. medicinhåndtering

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at borgerne er trygge ved hjælpen til sygeplejeopgaver.

Medarbejderne kan på faglig korrekt måde redegøre for arbejdsgange ifm. udlevering af dispenseret medicin.

Organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Der er ledelsesmæssigt fokus på at sikre gode rammer for kompetenceudvikling og tværfagligt samarbejde. Tilsynet konstaterer, at leverandørens lokale instrukser ikke er opdaterede.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne oplever, at deres faglige kompetencer matcher borgernes kompleksitet, og at det tværfaglige samarbejde er velfungerende.

Observationsstudier

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Under plejeforløbet sikrer medarbejderen respektfuld kommunikation og udviser faglig forståelse for at sikre borgerens selvbestemmelsesret. Hjælpen udføres med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang. Medarbejderen udviser tålmodighed, og borgeren gives mulighed for at gøre det, hun selv magter.

Organiseringen af plejeforløbet er meget tilfredsstillende, og det er tydeligt, at borgeren føler sig meget tryg ved at skulle modtage hjælpen.

Under hele observationsstudiet følger medarbejderne de gældende retningslinjer for at sikre korrekt håndhygiejne.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation, observationer og observationsstudier. Derudover foretages kontrol af medicinen. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger
1. Tilsynet anbefaler, at der i kvalitetsarbejdet med dokumentationen rettes et særligt fokus på også at sikre fyldestgørende dokumentation under "Generelle oplysninger". Tilsynet anbefaler yderligere, at det ledelsesmæssigt sikres, at leverandøren modtager de nødvendige handlingsanvisninger, når en sundhedslovsindsats overgår til leverandørens varetagelse.
2. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssigt sikres, at lokale instrukser er opdaterede, og at beskrivelserne heri følger gældende retningslinjer herfor.

3. DATAGRUNDLAG

3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER

Data	**LEDERINTERVIEW:** Ledelsen oplyser, at kommunen har gennemført tilfredshedsundersøgelse, hvor borgerne er blevet kontaktet telefonisk. Leverandøren har modtaget en rapport fra tilfredshedsundersøgelsen, som viste, at borgerne overordnet var meget tilfredse med hjælpen, der leveres af leverandøren. Ledelsen oplyser, at der efter tilfredshedsundersøgelsen ikke blev givet konkrete anbefalinger. Leverandøren gennemfører selv en egenkontrol, bestående af en gennemgang af dokumentationen efterfulgt af et besøg i borgerens hjem. Under kvalitetssikringen af dokumentationen foretages der vurdering af fx samtykkeforhold og vurdering af, hvorvidt der er sammenhæng mellem borgernes behov og den aktuelle ydelsestildeling. Under besøget i hjemmet spørges der ind til borgernes tilfredshed med hjælpen, og det sikres, at der er udarbejdet en APV. Leverandøren har sat et mål om at gennemgå ca. 10% af alle borgere en gang årligt. Ledelsen oplyser, at der pt. er fokus på at sikre, at medarbejderne får den faglige sparring, de har brug for. Ledelsen er løbende i dialog med medarbejderne, når disse møder ind om morgenen, eller før arbejdsdagen afsluttes. Ledelsen finder det vigtigt, at der løbende spørges ind til, om medarbejderne har spørgsmål, oplever vanskeligheder ifm. hjælpen, der leveres, eller har udfordringer ift. fx at sikre den nødvendige dokumentation. Der er etableret en fast mødestruktur med afholdelse af teammøder på månedlig basis. På møderne sker der faglig sparring om fx dokumentationen, og pt. har leverandøren netop haft et særligt fokus på at have dialog med medarbejderne om at sikre kvittering af de leverede indsatser samt et særligt fokus på at sikre den røde tråd gennem dokumentationen. Leverandøren leverer personlig pleje og praktisk støtte til en del borgere med kognitive og psykiske udfordringer, hvorfor der er søgt faglig sparring med kommunens psykiatriske sygeplejerske. Samarbejdet med den psykiatriske sygeplejerske opleves meget udbytterigt for både borgere, pårørende og leverandørens medarbejdere. I kvalitetsarbejdet arbejdes der målrettet med fokus på indberetning og opfølgning på utilsigtede hændelser. På teammøder italesætter ledelsen, at de utilsigtede hændelser skal skabe anledning til faglig refleksion og undren, og at der skal arbejdes med hændelserne ud fra et lærende og anerkendende perspektiv. På teammøder bidrager den faglige sparring til at sikre opfølgning og forebyggelse af gentagelser. Teamlederen forestår samlerapporteringen af de utilsigtede hændelser. Endeligt beskriver ledelsen, at kvalitetsarbejdet pt. er koncentreret om at få implementeret de nye tiltag i Nexus, herunder arbejdet med tilstandshjulet. I ledergruppen er det netop aftalt, at ledelsen skal lave et særligt forarbejde, før næste skridt tages i forhold til introduktion af medarbejderne.

3.2 DOKUMENTATION

Data	**OBSERVATION** Der foretages observation i tre borgeres omsorgsjournaler. **Funktionsevnetilstande** Der foreligger ajourførte funktionsevnetilstande på alle tre borgere. **Døgnrytmeplanen** Døgnrytmeplanerne er systematisk og ensartet opbygget. Alle tre døgnrytmeplaner indeholder beskrivelser af borgernes ressourcer, og således ses det dokumenteret, hvordan hjælpen leveres med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang. Sundhedsfremmende og forebyggende indsatser ses typisk beskrevet under feltet "Særlig opmærksomhed", fx ses beskrivelser af indsatser i relation til svimmelhed og immobilisering. Tilsynet bemærker positivt, at døgnrytmeplanerne indeholder beskrivelser af borgernes ønsker og vaner, fx foreligger der beskrivelser af, hvornår en borger ønsker at få hjælp til at komme i seng om aftenen. Der er udarbejdet særskilte handlingsanvisninger for hjælpen til praktisk støtte. Hjælpen fremgår handlevejledende beskrevet. I to døgnrytmeplaner er hjælpen til personlig pleje særdeles handlevejledende og individuelt beskrevet, mens det i en tredje døgnrytmeplan ikke fremgår tydeligt, hvordan hjælpen til personlig pleje, herunder hjælpen til bad, skal leveres. **Generelle oplysninger** Der foreligger beskrivelser af borgernes helbredsoplysninger, men øvrige felter under "Generelle oplysninger" har delvise mangler, idet disse ikke konsekvent er udfyldt. **Handlingsanvisninger for sygeplejeydelser ud over medicin** Tilsynet konstaterer, at der i et enkelt tilfælde mangler udarbejdelse af en handlingsanvisning for kompressionsbehandling. **Observationsnotater** Der foreligger forskellige observationsnotater, som viser, at der følges op på observationer og handlinger, fx er der udarbejdet observationsnotater på, at kommunens hjemmesygepleje er kontaktet i forbindelse med en borgers fald og problemer med svimmelhed. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne oplyser, at døgnrytmeplanerne udarbejdes af den faste medarbejder, og der sikres løbende ajourføring heraf, når der er observeret ændringer i borgernes helbredsmæssige tilstand og behov. Medarbejderne redegør for, at de anvender døgnrytmeplanen som et aktivt redskab i hverdagen, og at det altid sikres, at vikarer og afløsere gennemlæser denne, før et plejeforløb opstartes. En medarbejder beskriver, at arbejdet med døgnrytmeplanen indgår som en fast del af introduktionen af vikarer og afløsere. I udførelsen af sundhedslovsindsatser beskriver medarbejderne, at de altid først orienterer sig i de relevante handlingsanvisninger, før indsatsen leveres.

	Det er medarbejdernes oplevelse, at de ved gennemlæsning af handlingsanvisningerne får de nødvendige oplysninger, så opgaven kan udføres korrekt. Observationsnotater anvendes til deling af viden om de observationer og handlinger, der gøres. Medarbejderne føler sig fortrolige med at arbejde i omsorgssystemet, og de er opmærksomme på altid at søge faglig sparring ved fx ledelsen, hvis der opstår tvivl om en opgaves løsning.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at døgnrytmeplanerne generelt indeholder handlevejledende, individuelle og ajourførte beskrivelser af borgernes behov for pleje og praktisk støtte. I et enkelt tilfælde ses dog sparsomme beskrivelser heraf. Dokumentationen i døgnrytmeplanerne afspejler tydeligt, at hjælpen tager udgangspunkt i en rehabiliterende og sundhedsfremmende tilgang, samt at hjælpen leveres med fokus på at imødekomme borgernes ønsker og vaner.

I et enkelt tilfælde mangler der handlingsanvisning for en sundhedslovsindsats. Handlingsanvisninger for sundhedslovsindsatser udarbejdes af kommunens hjemmesygeplejen, men det er tilsynets vurdering, at leverandøren har et medansvar for at sikre, at der er udarbejdet de nødvendige handlingsanvisninger, før en sygeplejeindsats overdrages endeligt. Tilsynet konstaterer, at beskrivelserne under "Generelle oplysninger" har delvise mangler.

Det er tilsynets vurdering, at der med en mindre indsats hurtigt kan rettes op på manglerne i dokumentationen.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne har faglig forståelse for arbejdet med dokumentationen.

3.3 PERSONLIG PLEJE OG STØTTE

Data	**OBSERVATION** Borgerne fremstår velsoignerede. Borgernes tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til behovet. **BORGERINTERVIEW** Alle tre borgere udtrykker stor tilfredshed med kvaliteten af hjælpen. Borgerne beskriver, at hjælpen som oftest leveres af faste medarbejdere, og at det ikke opleves problematisk, når hjælpen leveres af vikarer og afløsere, da alle har godt indblik i borgernes behov, ønsker og vaner. En borger udtrykker, at der er et godt teamwork omkring tilrettelæggelsen og udførelsen af plejen, og en anden borger glæder sig over mulighederne for at have medindflydelse på hjælpens tilrettelæggelse. En tredje borger beskriver, at hun finder det meget prisværdigt, at hun modtog hjælp fra leverandøren straks efter hjemkomsten fra hospitalet. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne oplyser, at de er tilknyttede faste borgere, og derfor har de gode forudsætninger for at levere præcist den hjælp, som borgerne har behov for og er vant til. Hjælpen til personlig pleje tager udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang, hvor borgerne gives mulighed for at gøre det, de selv magter. En af medarbejderne beskriver, at der tales med borgerne om, hvordan de ønsker at blive inddragede i plejen. Den rehabiliterende tilgang understøttes ved brugen af hjælpemidler. En medarbejder fortæller, at hun netop har foreslået en borger, at der indkøbes en lang børste, så borgeren også selv kan vaske sig på ryggen. Medarbejderne reflekterer over, at den høje kontinuitet i plejen bidrager til at sikre tryghed for borgerne og gør det lettere for medarbejderne at arbejde rehabiliterende.

	I udførelsen af hjælpen til personlig pleje for borgere med demens beskriver en medarbejder betydningen af, at hjælpen leveres på den samme måde hver gang, da borgerne således oplever genkendelighed og tryghed ved at modtage hjælpen. En anden borger italesætter fokus på at følge gældende hygiejniske retningslinjer, fx ved at sikre korrekt brug af handsker og forklæde. Ved observerede ændringer i borgernes helbredsmæssige tilstand beskriver medarbejderne, at der f.eks. foretages målinger af værdier, eller sparres med hjemmesygeplejen og leverandørens ledelse. En medarbejder beskriver fokus på, at der altid indhentes samtykke til at kontakte hjemmesygeplejen eller pårørende. Medarbejderne beskriver, at der som led i opfølgning på borgernes helbredsmæssige situation arbejdes med løbende triagering, og at der sikres faglig sparring herom på teammøder.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at den visiterede hjælp svarer til borgernes behov. Borgerne udtrykker stor tilfredshed med kontinuiteten og kvaliteten af hjælpen, de modtager.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne med faglig overbevisning kan redegøre for, hvorledes der gennem en rehabiliterende tilgang og fokus på at sikre borgernes medbestemmelse sikres kvalitet i leveringen af hjælpen til personlig pleje.

3.4 PRAKTISK HJÆLP

Data	**OBSERVATION** Borgernes hjem og hjælpemidler ses renholdte. Den visiterede hjælp er i overensstemmelse med borgernes behov. **BORGERINTERVIEW** Borgerne udtrykker stor tilfredshed med den praktiske hjælp. Borgerne fremhæver, at det stort set er de samme medarbejdere, der kommer, og at hjælpen leveres på de aftalte tidspunkter. En borger fortæller, at medarbejderne er flinke til at ringe ved forsinkelser. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne fortæller, at en del borgere selv betaler for ekstra hjælp til rengøring. Nogle borgere kan inddrages i opgaverne, mens andre borgere bestemt ikke ønsker at blive inddraget. Borgernes valg respekteres altid. En medarbejder fortæller, at når hun kan se muligheden, forsøger hun ofte at motivere borgerne til at indgå i opgaven, fx ved at komme med forslag om, hvad borgerne eventuelt selv kunne gøre, mens medarbejderen gør noget andet. Det er medarbejdernes oplevelse, at de af og til er lykkedes ganske godt med at få borgerne inddraget i opgaverne.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at borgerne får den hjælp, de har behov for, og at borgerne er meget tilfredse med kvaliteten af hjælpen.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for den praktiske hjælp, herunder hvorledes hjælpen udføres med udgangspunkt i en rehabiliterende tilgang.

3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD

Data	**OBSERVATION** Under tilsynets besøg hos en borger observeres det, at medarbejderen kommunikerer og agerer respektfuldt i mødet med borgeren. Medarbejderen lytter opmærksomt til de ønsker, som borgeren fremkommer med, og følger borgerens anvisninger. **BORGERINTERVIEW** Alle tre borgere oplever respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Medarbejderne beskrives som venlige, imødekommende og høflige. En borger fortæller, at hun kender de fleste medarbejdere, der kommer i hjemmet, og at hun ofte får en god dialog med dem. Borgeren føler, at medarbejderne både kender hende og de pårørende godt. En anden borger fortæller, at medarbejderne er meget ordentlige, og at de altid tiltaler hende ved fornavn. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for faktorer, der har betydning for den respektfulde kommunikation og adfærd. Medarbejderne beskriver blandt andet fokus på følgende: • Præsentere sig ved navn og med fremvisning af Id-kort, hvis man ikke kender borgeren. • Vise borgerne, at man har tid til dialogen med dem, og at man er interesseret heri. • Udvise tålmodighed og aldrig en fortravlet adfærd. • Aktiv lytning. • Udvise nærvær. • Sikre god øjenkontakt. • Være opmærksom på både borgerens og eget kropssprog. Medarbejderne beskriver yderligere, at kontinuiteten i plejen bidrager til den gode relationsdannelse. Det er medarbejdernes oplevelse, at hvis de en dag kommer lidt bagud med opgaverne, fordi de fx har givet sig lidt ekstra tid til at være i dialog med en borger, så opleves ledelsen altid imødekommende over for at hjælpe med udfordringen. Medarbejderne oplever, at der er et godt samarbejde med de pårørende. En medarbejder fortæller, at hun fx kommunikerer med de pårørende ved brug af en lille samarbejdsbog, hvori der kan udveksles informationer. En medarbejder beskriver, hvordan hun ville tage en kollega til side og informere om, at hun selv overtager kommunikationen med borgeren, hvis der blev observeret en mindre hensigtsmæssig kommunikation fra kollegaens side. Forinden ville medarbejderen fortælle borgeren, at hun lige havde brug for at tale med sin kollega i to minutter. De fire medarbejdere udtrykker stor enighed om, at de altid ville reagere ved observation af en mindre hensigtsmæssig kommunikation mellem en kollega og en borger.

Tilsynets vurdering - 5
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt. Borgerne oplever respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side, hvilket medarbejderne med faglig overbevisning også kan redegøre for, hvordan de sikrer.

3.6 SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE

Data	**OBSERVATION** Tilsynet observerer ikke eksempler på sundhedsmæssige problemer, der ikke er taget hånd om. **BORGERINTERVIEW** Borgerne udtrykker tryghed ved medarbejdernes fokus på deres helbredsmæssige udfordringer. En borger fortæller, at medarbejderne er meget opmærksomme på, hvordan borgeren har det. I en borgers hjem møder tilsynet en sygeplejerske, som borgeren har ansat på privat basis. Privatsygeplejersken fortæller, at det var leverandørens medarbejdere, der observerede rødme af borgerens hud og straks reagerede herpå ved at kontakte kommunens hjemmesygepleje. Et par borgere fortæller, at de dog primært taler med de pårørende eller egen læge om deres helbredsmæssige udfordringer. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, herunder beskrives indsatser i relation til udarbejdelse af APV, faldforebyggelse og brugen af hjælpemidler. En medarbejder fortæller, at der i forebyggelsen af tryksår er fagligt fokus på at sikre god hudpleje, korrekt brug af diverse trykaflastende hjælpemidler og trykaflastende lejring. I forebyggelsesarbejdet sikres der tæt samarbejde med hjemmesygeplejen, fx ved at sikre dokumentation i observationsnotater. Dokumentationen i omsorgssystemet bidrager ligeledes til at dele viden på tværs af vagter. Utilsigtede hændelser indberettes ved udfyldelse af et skema, der kan tilgås via medarbejdernes telefoner. Medarbejderne beskriver, at der ved fx utilsigtede hændelser på medicinområdet altid tages kontakt til hjemmesygeplejen. Opfølgning på de utilsigtede hændelser sker gennem den faglige drøftelse på fx teamsmøder, og således oplever medarbejderne, at der sikres god læring af hændelserne.

Tilsynets vurdering – 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der tages hånd om borgernes sundhedsmæssige problemstillinger, og at borgerne også har oplevelsen heraf.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne udviser faglig forståelse for arbejdet med de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, herunder arbejdet med indberetning og opfølgning på utilsigtede hændelser.

3.7 SYGEPLEJEYDELSER INKL. MEDICINHÅNDTERING

Data	**OBSERVATION** To borgere får hjælp til udlevering af medicin. Begge borgere har fået udleveret dagens medicin, som det er aftalt. Tilsynet konstaterer, at der kvitteres for givet medicin. Doseringsæsker er mærket med navn og CPR-nummer. **BORGERINTERVIEW** Borgerne beskriver tryghed ved hjælpen til udlevering af medicin, og de oplever, at de får medicinen på de aftalte tidspunkter.

	MEDARBEJDERINTERVIEW Medarbejderne oplever, at de får god introduktion af hjemmesygeplejen, før en sygeplejeopgave overdrages. En medarbejder beskriver, hvordan hun har fået god undervisning i stomipleje og øjendrypning. Medarbejderne reflekterer over, at der er mange forskellige hjælpemidler, som de skal kende brugen af, fx hjælpemidler til påsætning af støttestrømper. Medarbejderne oplever, at de får god introduktion til brugen af de mange hjælpemidler gennem teamlederens undervisning. Medarbejderne kan redegøre for den kontrol, der skal udføres i forbindelse med udlevering af dispenseret medicin. Telefonen bruges til søgning af informationer, og hvis der observeres uoverensstemmelser mellem den dispenserede medicin og beskrivelserne på medicinlisten, tages der altid kontakt til hjemmesygeplejen, og efterfølgende udarbejdes en utilsigtet hændelse på observationen. Medarbejderne pointerer, at medicin ikke kan betragtes som givet, før det er set indtaget.
Tilsynets vurdering - 5	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt. Det er tilsynets vurdering, at borgerne er trygge ved hjælpen til sygeplejeopgaver. Tilsynet vurderer, at medarbejderne på faglig korrekt måde kan redegøre for arbejdsgange ifm. udlevering af dispenseret medicin.	

3.8 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Data	**LEDERINTERVIEW:** Ledelsen oplyser, at den nuværende medarbejderstab besidder de nødvendige faglige kompetencer. Leverandøren oplever ikke nævneværdige rekrutteringsvanskeligheder, idet man netop er nået i mål med at ansætte flere faglærte medarbejdere. Via brug af sociale medier er det blandt andet lykkedes at ansætte social- og sundhedsassistenter. Ledelsen glæder sig over, at flere ufaglærte medarbejdere har søgt ind på uddannelsen, og at nogle af disse starter på deres uddannelse inden for nærmeste fremtid. Kompetenceudviklingen af medarbejderne sikres gennem teamlederens undervisning, og medarbejdernes deltagelse på fx AMU-kurser inden for demens og rehabilitering. Leverandøren er også i proces med implementering af et e-learningsmodul. Leverandøren har egne forflytningsvejledere, og ved behov for tværfaglig sparring med specialister samarbejdes der fx med kommunens psykiatriske sygeplejerske eller demenskoordinator. Hver 14. dag afholdes der samarbejdsmøder med Visitationen og træningsteamet. Som led i forberedelsen af møderne udvælger leverandøren de borgere, der ønskes en faglig drøftelse om. Det tværfaglige samarbejde opleves velfungerende og udbytterigt. Ledelsen pointerer, at når der opstår behov herfor, sikres der også en daglig og løbende dialog med de tværfaglige samarbejdspartnere. Triagering anvendes som fagligt redskab og danner baggrund for de faglige drøftelser med fx teamlederen. Leverandøren har udarbejdet et fast introduktionsprogram for nye medarbejdere, og leverandøren tilbyder blandt andet nye medarbejdere følgeskab med en kollega i det antal dage, den nye medarbejder måtte have behov herfor. Ledelsen oplyser, at leverandøren har bedt om adgang til kommunens instruksportal. Tilsynet får fremvist en mappe med lokale instrukser, og ved gennemgang heraf konstateres det, at instrukserne ikke er opdaterede.

	MEDARBEJDERINTERVIEW Medarbejderne oplever, at der er overensstemmelse mellem deres faglige kompetencer og de opgaver, de stilles over for i hverdagen. Medarbejderne oplever gode kompetenceudviklingsmuligheder, og de beskriver undervisning i fx forflytning, medicin og førstehjælp. Når et teammøde planlægges, spørges medarbejderne forinden, om de eventuelt måtte have ønsker til emner, der skal drøftes. Det tværfaglige samarbejde opleves velfungerende, og medarbejderne italesætter, at der altid er mulighed for faglig sparring, når der opstår behov for dette. Som eksempel på tværfagligt samarbejde beskriver medarbejderne blandt andet samarbejdet med træningsteamet. En medarbejder fortæller, at træningsteamet har udarbejdet et træningsprogram, som hun følger i træningen af borgere. Når der er behov herfor, mødes medarbejderen med træningsteamet i borgernes hjem. Her gøres der faglige vurderinger og overvejelser ift. borgernes behov for træning, og hvordan medarbejderne kan støtte borgerne i at blive mest muligt selvhjulpne.
Tilsynets vurdering - 4	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt. Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er fokus på at sikre gode rammer for kompetenceudvikling og tværfagligt samarbejde. Tilsynet konstaterer, at leverandørens lokale instrukser ikke er opdaterede. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne oplever, at deres faglige kompetencer matcher borgernes kompleksitet, og at det tværfaglige samarbejde er velfungerende.	

3.9 OBSERVATIONSSTUDIE

Data	Der gennemføres et observationsstudie af hjælpen til personlig pleje. **KOMMUNIKATION** Ved tilsynets ankomst er medarbejderen allerede til stede i boligen, og er ved at gøre klar til, at borgeren skal have et brusebad. Medarbejderen kommunikerer på en venlig og respektfuld måde til borgeren. Borgeren og medarbejderen kender tydeligvis hinanden godt, og de kommunikerer hyggeligt og venskabeligt om praktikken ift. klargøring til badet, under- og efter badet. Kommunikationen virker ligeværdig, og der anvendes humor. Medarbejderen spørger ind og lytter til borgerens oplevelser siden sidst. Borgeren er kognitivt velfungerende og god til at give udtryk for sine behov. **SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE** Borgeren er god til at give udtryk for, hvordan hun ønsker, at forløbet af badedagen og den øvrige morgenpleje skal foregå. Under brusebadet beder borgeren om at få skyllet sit hår en ekstra gang, da hun bliver i tvivl, om det blev skyllet godt nok. Selv om medarbejderen forsikrer borgeren, at håret er skyllet, tændes vandet igen, og borgerne får skyllet sit hår. Medarbejderen har fokus på borgerens autonomi, og medarbejderen spørger derefter, om alt er ok. Borgeren får redt sit hår inde i soveværelset, og borgeren spørger ind til, om der blev husket at putte olie i håret, hvilket medarbejderen bekræfter. Borgeren beder medarbejderen om at hænge en kjole på en bøjle, som hun har haft på for nylig til en fest. Medarbejderen spørger til, hvilket skab kjolen skal hænges ind i.

REHABILITERING

På tilsynsdagen skal borgeren have et brusebad, og borgeren tager selv initiativ til at bruge egne ressourcer, fx har borgeren selv fundet et nyt sæt tøj frem aftenen før. I fællesskab klares brusebadet, hvor borgeren selv sørger for forflytninger mellem kørestol og badebænk. Medarbejderen udviser tålmodighed og er meget opmærksom på at vedligeholde borgerens ressourcer. I forbindelse med påklædning, trækker medarbejderen bluseærmet først over borgerens dårlige arm, hvorefter borgeren selv får trukket resten af blusen på. Da bukserne skal trækkes op, rejser borgeren sig ved støtte af sin stok, så medarbejderen kan hjælpe hertil. Medarbejderen anvender guidning, og således støttes borgeren korrekt under hele plejeforløbet.

Borgeren fortæller, at hun selv klarer toiletbesøg, ved at hun kører ud på toilettet med sin kørestol og forflytter sig selv over på toilettet. Borgeren har også lært sig selv at tage sine støttestrømper af om aftenen.

ORGANISERING AF ARBEJDET

Medarbejderen har gjort klar til brusebadet, da tilsynet kommer. Borgeren understreger, at tilsynet ikke har adgang til badeværelset, men kan sidde i lytteafstand. Hele badeseancen forløber uforstyrret. Det er tydeligt, at medarbejderen er fagligt velfunderet og har styr på de hygiejniske principper. Hjælpen udføres i et stille og roligt tempo.

DEN FAGLIGE UDFØRELSE AF ARBEJDET

Medarbejderen arbejder kompenserende og støtter borgeren i brusebadet med de funktioner, borgeren ikke selv kan klare. Medarbejderen anvender handsker, når det er relevant, og spritter af mellem handskeskift.

Det er tydeligt, at medarbejderen har et godt kendskab til borgerens behov, ønsker og vaner. I stuen hjælpes borgeren med at få støttestrømper på. Medarbejderen bruger de korrekte handsker samt glidestykke til at få sat strømperne på.

Medarbejderen gør morgenmaden klar ved at skære morgenbrødet over, herefter klarer borgeren selv resten.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Under plejeforløbet sikrer medarbejderen respektfuld kommunikation, og medarbejderen udviser faglig forståelse for at sikre borgerens selvbestemmelsesret. Hjælpen udføres med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang. Medarbejderen udviser tålmodighed, og giver borgeren mulighed for at gøre det, hun selv magter.

Organiseringen af plejeforløbet er meget tilfredsstillende, og det er tydeligt, at borgeren føler sig meget tryg ved at skulle modtage hjælpen.

Under hele observationsstudiet følger medarbejderne de gældende retningslinjer for at sikre korrekt håndhygiejne.

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

Formålet med tilsyn er at afdække, hvorvidt der er sammenhæng mellem de beskrevne og vedtagne rammer og den praksis, der udføres på stedet samt at bidrage til den løbende udvikling og kvalitetsforbedring af tilbuddets rammer og indhold.

Sammenfattende er formålet med de uanmeldte tilsyn at:

- Kontrollere og belyse, om der i forhold til ældreområdet er sammenhæng mellem den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte borger og de ydelser, der leveres til den enkelte.
- Kontrollere og belyse, om der er sammenhæng mellem de udmeldte rammer og den praksis, der findes på det enkelte tilbud.
- Kontrollere, om der på det enkelte tilbud udføres forsvarligt fagligt arbejde i forhold til borgerne, og at gældende lovregler, kvalitetsstandarder, serviceniveau og administrative retningslinjer efterleves.
-
- Understøtte en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne gennem en anerkendende og konstruktiv tilgang til medarbejdere og ledelse.
- Skabe grundlag for refleksion over egen praksis hos både medarbejdere og ledelse.
- Afdække styrker og forbedringsmuligheder i tilbuddenes måde at håndtere opgaverne på, og identificere potentielle udviklingsmuligheder.

4.1 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets resurser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.2 VURDERINGSSKALA

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau.:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
SCORE: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • 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. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

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 plejecentre, 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.

Relateret document 10/21

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Center for forebyggelse og rehabilitering 2022.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Center for forebyggelse og rehabilitering 2022**
Dokument ID:	**4960949**

Tilsynsrapport
Gentofte Kommune

Tranehaven – Center for forebyggelse og Genoptræning

Uanmeldt tilsyn 2022

BDO

INDHOLD

1. FAKTA OM TILSYNET 4

2. VURDERING 5
2.1 TILSYNETS VURDERINGER 5
2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER 6

3. DATAGRUNDLAG 7
3.1 GENEREL INFORMATION OG OPFØLGNING PÅ SIDSTE TILSYN 7
3.2 DOKUMENTATION 7
3.3 TRÆNINGSINDSATSER 9
3.4 FYSISKE RAMMER OG TRÆNINGSFACILITETER 11
3.5 ORGANISATORISKE RAMMER OG KOMPETENCEUDVIKLING 12
3.6 TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE 13

4. FORMÅL, METODE OG TILGANG 15
4.1 FORMÅL 15
4.2 METODE 15
4.3 VURDERINGSSKALA 16
4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE 16

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget, herunder deltagere og tidspunkt samt oplysninger om den konkrete enhed.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer og gennemgang af dokumentation. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra den indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

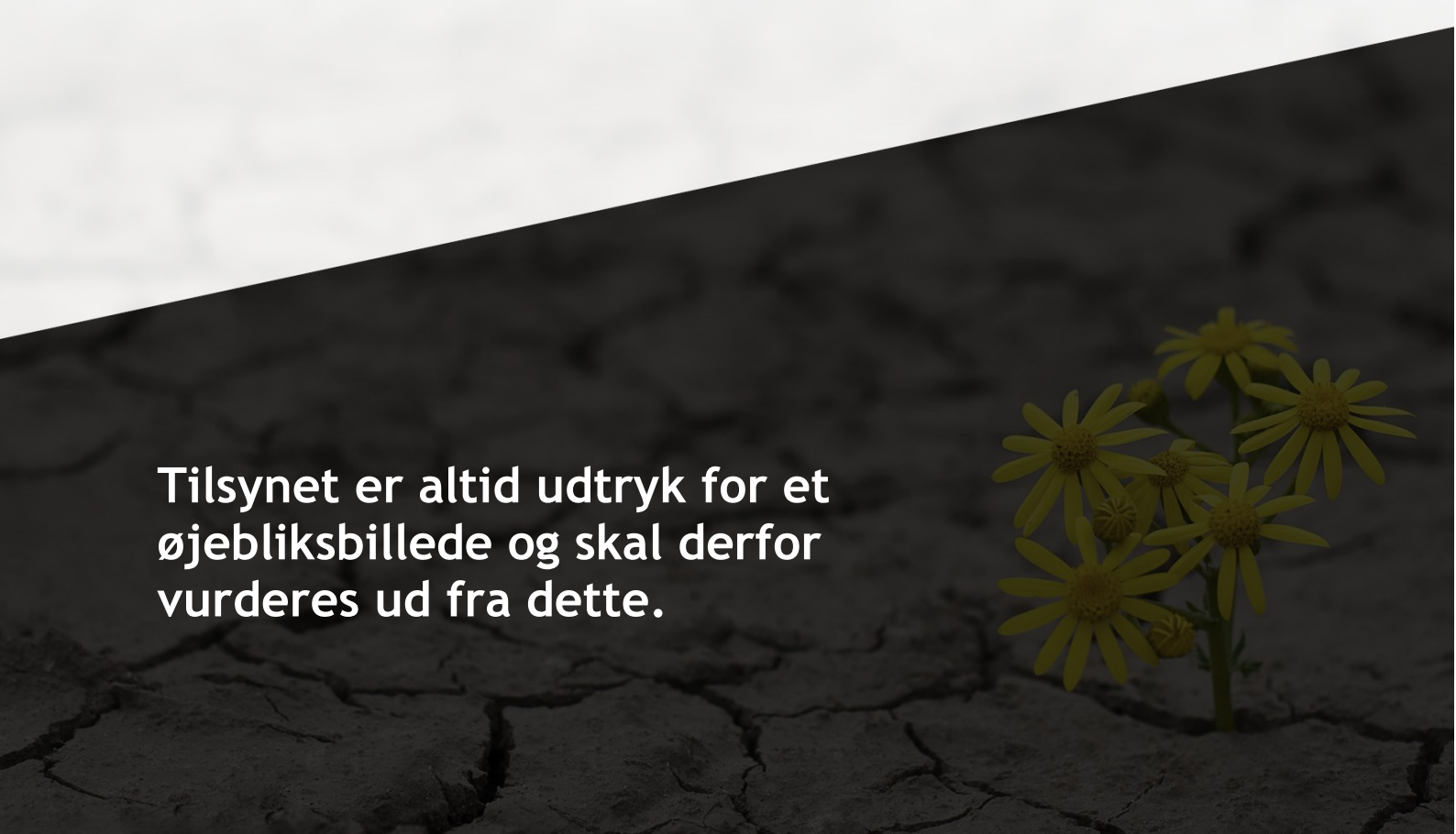
Tilsynets form, indhold, metode og afvikling er afstemt med kommunen.

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Gitte Ammundsen
Senior Manager
Mobil: 4189 0406
Mail: gia@bdo.dk
Projektansvarlig



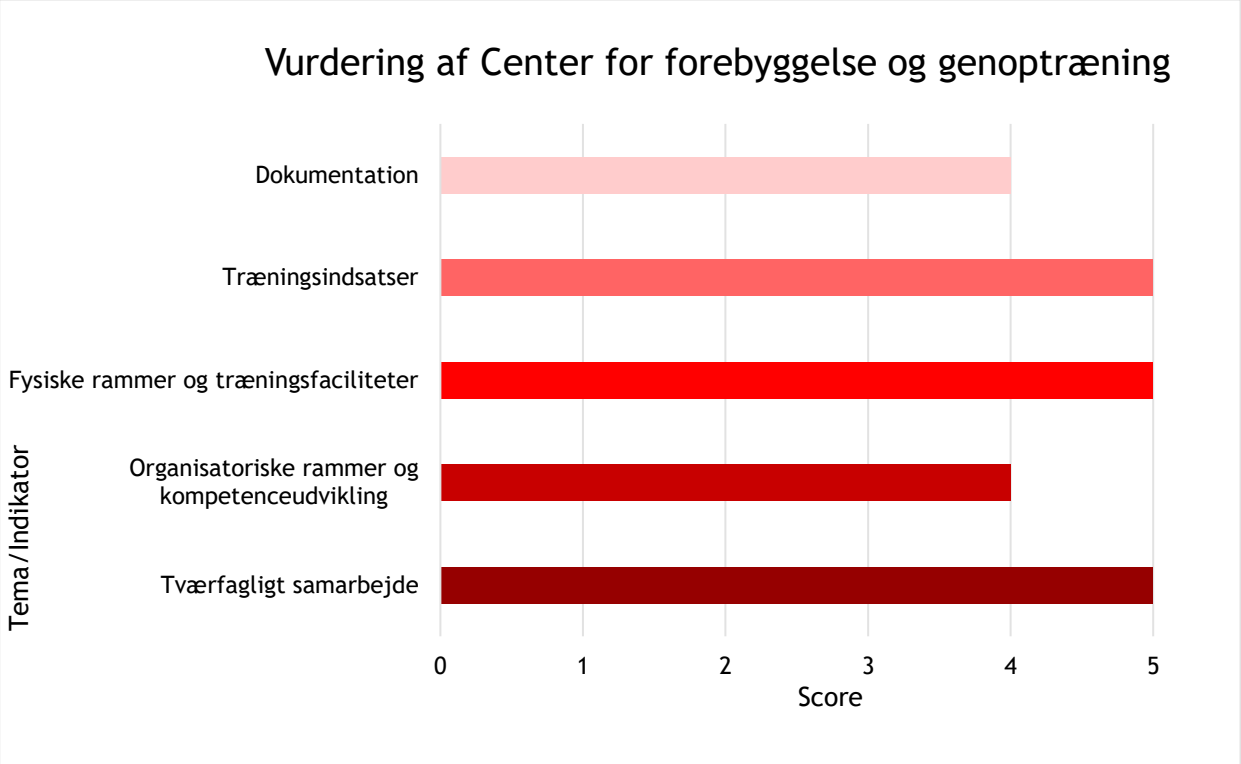
1. FAKTA OM TILSYNET

Oplysninger om tilsynet
Navn og Adresse: Center for forebyggelse og genoptræning, Schioldannsvej 31, 2920 Charlottenlund og Sankt Lukas Vej 6A, 2900 Hellerup
Leder: Tina Køtter
Dato for tilsynsbesøg: Den 28. november 2022
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview af ledelsen • Interview af tre borgere • Gennemgang af dokumentation • Observationer • Interview med to fysioterapeuter. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Senior Manager Gitte Ammundsen, Senior Manager og sygeplejerske

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS VURDERINGER

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Der er udarbejdet tilstande, udredningsnotat, indsatsmål og handlingsanvisninger for alle borgere, hvilket samlet set giver et godt overblik over baggrund, formål og effekt af træningsforløbene.

Tilsynet konstaterer dog, at handlingsanvisninger i mindre grad udarbejdes på en systematisk og ensartet måde. Det er tilsynets vurdering, at der med en mindre indsats hurtigt kan rettes op herpå.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for gældende dokumentationspraksis, og at medarbejderne udviser faglig forståelse for de nye tiltag relateret til arbejdet i Nexus.

Træningsindsatser

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

På baggrund af observationer af holdtræning er det tilsynets vurdering, at træningen sker med udgangspunkt i borgernes behov, ønsker og mål. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne under hele træningsforløbet kommunikerer på en særdeles respektfuld og anerkendende måde, og at medarbejderne er meget opmærksomme på borgernes individuelle behov for at blive instrueret og guidet. Tilsynet vurderer, at medarbejderne har fokus på at skabe gode rammer og en god stemning under træningen, hvilket bidrager til at fastholde borgernes motivation.

Tilsynet vurderer, at borgerne i meget høj grad er tilfredse med kvaliteten af deres træningsforløb, og at de oplever god effekt heraf.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne med faglig overbevisning kan redegøre for tilrettelæggelsen af træningsforløbene, og at medarbejderne har fagligt fokus på, at træningen sker med udgangspunkt i et samarbejde med både borgerne og de pårørende.

Fysiske rammer og træningsfaciliteter

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at centret har gode fysiske rammer og faciliteter, og at disse udnyttes optimalt til formålet og målgruppen.

Tilsynet vurderer, at borgerne udtrykker tilfredshed med de fysiske rammer og faciliteter.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne med faglig overbevisning kan redegøre for retningslinjer for bevilling af kørsel. Medarbejderne oplever centrets fysiske rammer og træningsfaciliteter som værende meget tilfredsstillende, og det er tilsynets vurdering, at medarbejderne har det nødvendige fokus på at sikre renholdelse af træningsredskaber og god hygiejne ved brug af desinfektionsmidler.

Organisatoriske rammer og kompetenceudvikling

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der ledelsesmæssigt er fokus på, at den organisatoriske omlægning, der pt. foregår, giver anledning til visse udfordringer relateret til medarbejdernes trivsel og fastholdelse af medarbejderne.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne oplever, at der er et match mellem deres faglige kompetencer og de opgaver, de stilles over for. Tilsynet konstaterer dog, at medarbejderne oplever, at kompetenceudvikling af medarbejderne har været i mindre fokus pga. det omfattende arbejde med implementering af ny organisationsstruktur.

Tværfagligt samarbejde

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er fokus på at skabe gode rammer for det tværfaglige samarbejde, og at en fast mødestruktur understøtter muligheden herfor.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne oplever det tværfaglige samarbejde som velfungerende.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation, observationer og observationsstudier. Derudover foretages kontrol af medicinen. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger i forhold til centrets fremadrettede udvikling:

Anbefalinger
1. Tilsynet anbefaler, at der i kvalitetsarbejdet med dokumentationen rettes et ledelsesmæssigt fokus på at sikre ensartet og systematisk udarbejdelse af handlingsanvisninger for træning.
2. Tilsynet anbefaler, at kvalitetsarbejdet med fastholdelse, rekruttering og kompetenceudvikling fortsat får høj ledelsesmæssig prioritering.

3. DATAGRUNDLAG

3.1 GENEREL INFORMATION OG OPFØLGNING PÅ SIDSTE TILSYN

Data	**LEDERINTERVIEW:** Der foretages interview med den fungerende leder af terapien. Ved sidste tilsyn blev der givet anbefalinger i forhold til kommunikationen og i forhold til dokumentationen i relation til samarbejdet med kommunens hjemmepleje. Lederen oplyser, at man i kommunen er meget optagede af kvalitetsarbejdet med dokumentationen, hvilket også afspejles i indsatserne på centret. Lederen beskriver, at der er fokus på behovet for ledelsesmæssig opbakning og støtte til medarbejderne i forhold til dokumentationsarbejdet. I det nye år vil der blive implementeret en arbejdsgang for auditering, så der opnås et læringsperspektiv, som kan bringes videre til medarbejderne. Ud over medarbejderne og centrets udviklingsterapeut vil lederen i opstartsfasen selv indgå i auditeringen, så det sikres, at medarbejderne opnår den nødvendige forståelse for auditeringsprocessen. Som led i opfølgning på anbefalingen i relation til kommunikationen har der været faglig sparring med medarbejderne om, hvordan der sikres en respektfuld adfærd og kommunikation med borgerne, når disse kommer på centret. Det er blandt andet blevet italesat, hvilken adfærd der forventes i mødet med borgerne for herved at sikre, at borgerne til enhver tid føler sig imødekommet og ventet, når de er i kontakt med centrets medarbejdere. I det øvrige kvalitetsarbejde beskriver lederen, at det primære fokus gennem nogen tid har været målrettet implementering af en større organisationsændring, som træder i kraft i det nye år. Formålet med organisationsændringen er at styrke det tværfaglige samarbejde, sikre høj grad af borgerinddragelse, og at højne fokus på den rehabiliterende tilgang i indsatserne. Der er lavet en omfattende strategiplan for indsatserne. Derudover er der arbejdet målrettet med kvalificering af borgerforløbene, fx er fokus rettet på, om borgerne modtager den rette indsats, og om der sikres overholdelse af serviceniveauet ift. ventetider på træning.

3.2 DOKUMENTATION

Data	**OBSERVATION:** Tilsynet gennemgår tre borgeres dokumentation. Borgerne er bevilget træningsydelser efter Sundhedslovens eller Servicelovens paragraffer. **Tilstande:** Der foreligger ajourførte tilstande på alle tre borgere. I beskrivelsen af tilstande ses der sammenhæng mellem borgernes helbredsmæssige udfordringer og vurderingen af borgernes behov for træning.

Udredning:

For alle tre borgere foreligger der relevante beskrivelser af borgernes helbredsmæssige tilstand, borgernes baggrund for at have et træningsbehov, og i et par tilfælde ses også relevante beskrivelser af professionelle kontaktpersonsoplysninger, som fx hospital og behandlende afdeling.

I udredningsnotat fremgår beskrivelser af borgernes motivation for træning, borgernes ressourcer samt særlige opmærksomhedspunkter, som fx beskrivelser af smerteproblematikker eller psykiske udfordringer.

Udredningsnotatet giver et godt overblik over den terapeutiske vurdering af borgernes situation.

Handlingsanvisning for træning:

Der er udarbejdet handlingsanvisning for træning for alle tre borgere. I handlingsanvisningerne ses der beskrivelser af borgernes træning fra gang til gang. Der dokumenteres løbende effekt af træningsindsatserne, hvilket bidrager til at skabe overblik over borgernes aktuelle situation, og hvordan borgerne profiterer af indsatserne.

I handlingsanvisninger foreligger der dokumentation af de aftaler, der er indgået med borgerne, fx om borgeren selv står for transporten til centret, eller om der er behov for bestilling af kørsel.

Tilsynet observerer dog, at handlingsanvisningerne ikke udarbejdes på en ensartet og systematisk måde. I handlingsanvisningen indgår tre overskrifter, som fx "Borgers indsats, Terapeutens indsats, og Redskaber/metoder".

For to borgere foreligger der kun dokumentation under "Borgers indsats", og for en borger er der kun dokumenteret under feltet "Terapeutens indsats". For de tre borgere ses ingen beskrivelser under feltet "Redskaber og metoder".

Borgerens mål med opholdet ses dokumenteret under "Indsatsmål". Det er tydeligt, at de opstillede mål er udarbejdet i samarbejde med borgerne, da målene relaterer sig til borgernes hverdagsliv. Tilsynet bemærker positivt, at mål og plan for træningsindsatsen justeres løbende alt efter, hvordan borgerne profiterer af forløbet.

Målinger:

Under målinger ses der beskrivelser af de test, der er udført eller løbende bliver udført. Værdierne ses dokumenteret. Der ses data fra test ifm. gangdistance, rejse-sætte-sig øvelser og "Time up and go-test".

Ved gennemgang af borgernes kalender ses der dokumentation af træningsaftaler, og der foreligger beskrivelse af årsagen til en eventuel aflysning af en træningsdag.

Der foreligger dokumentation af, at en borger beklager de mange aflysninger på grund af helbredsmæssige udfordringer. Tilsynet observerer, at der følges godt op herpå, idet der er lavet aftale om, at borgeren skal ringes op af medarbejderen næste gang, der opstår behov for at aflyse en træningsaftale.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne oplyser, at de netop i sidste uge har modtaget undervisning i den nye dokumentationspraksis. Undervisningen har bidraget til, at medarbejderne stadig føler sig fortrolige med at arbejde i Nexus på trods af den nye dokumentationspraksis.

Medarbejderne ser frem til at arbejde med den nye version, da det blandt andet oplæves lettere at skabe et hurtigt overblik, og at dobbeltdokumentation kan forebygges.

Et Nexusteam bruges til faglig sparring om dokumentationspraksis. En af medarbejderne fortæller, at han selv er en del af teamet og således har et medansvar for implementeringsprocessen, herunder undervisning af kolleger.

	Dokumentationen udarbejdes i forbindelse med terapeutens faglige vurdering af borgernes træningsbehov. Herefter sikres der løbende dokumentation, når en borger har deltaget i fx en holdtræning eller modtaget individuel træning.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Der er udarbejdet tilstande, udredningsnotat, indsatsmål og handlingsanvisninger for alle borgerne, hvilket samlet set giver et godt overblik over baggrund, formål og effekt af træningsforløbene.

Tilsynet konstaterer dog, at handlingsanvisninger i mindre grad udarbejdes på en systematisk og ensartet måde. Det er tilsynets vurdering, at der med en mindre indsats hurtigt kan rettes op herpå.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for gældende dokumentationspraksis, og at medarbejderne udviser faglig forståelse for de nye tiltag, relateret til arbejdet i Nexus.

3.3 TRÆNINGSINDSATSER

Data	**OBSERVATION AF TRÆNINGSINDSATSER:** Tilsynet observerer en holdtræning såkaldt "Samtræning" (§140 og §86) og holdtræning for brystopererede (§140). **<u>Holdtræning – "Samtræning":</u>** Seks borgere deltager i holdtræningen. Medarbejderen byder velkommen, og de hjælper med at få borgerne sat i gang med træningen. En af borgerne deltager på holdet for første gang, og borgeren forsikres derfor venligt om, at han nok skal få en god introduktion, og at træningen vil foregå i borgerens eget tempo. Borgerne starter træningen på motionscykler, og går herefter videre til træning med fx rejse-sætte-sig øvelser. Under træningen guider og vejleder medarbejderen borgerne individuelt. Medarbejderen kommunikerer i en respektfuld tone, og medarbejderen udviser en rolig og imødekommende adfærd over for borgerne. Flere gange spørges borgerne ind til deres oplevelser med den aktuelle træning. På en stille og forsigtig måde henvender medarbejderen sig til en af borgerne og konstaterer, at den valgte træningsform vist er for let for borgeren, hvorefter medarbejderen viser borgeren, hvordan træningen kan intensiveres. Borgeren kvitterer med at takke for vejledningen. Der opleves således en god stemning i træningslokalet, hvor der spilles musik i en genre tilpasset både træningsformen og målgruppen af borgere. Et par borgere udtrykker glæde ved musikken, og de taler indbyrdes om, at musikken er fra deres yngre dage. Efter endt træning går borgerne selv i gang med at spritte træningsredskaberne af. **<u>Holdtræning for brystopererede:</u>** På holdtræningen deltager fem borgere. Under træningen spilles der musik, og lydstyrken er ikke højere, end at borgerne kan følge medarbejderens instruktioner. Der observeres en god stemning, og flere gange giver både borgerne og medarbejderen anledning til, at der grines sammen. Borgerne tiltales ved fornavn. Medarbejderen viser, hvordan de forskellige øvelser skal udføres, og borgerne følger medarbejderens guidning. Under træningen er medarbejderen opmærksom på, hvordan den enkelte borger udfører øvelserne. Borgerne korrigeres på en venlig og anerkendende måde gennem hele forløbet. Flere gange minder medarbejderen om, at borgerne også skal være opmærksomme på deres vejrtrækning.

Flere gange spørges borgerne, om de kan magte øvelsen, og om de kan mærke, hvordan øvelsen går ind og aktiverer forskellige muskelgrupper. Under træningen stiller nogle af borgerne spørgsmål til deres sygdom og træning, som medarbejderen besvarer på en faglig overbevisende måde.

Ved afslutning af træningen roses og anerkendes borgerne for deres indsats, og borgerne spørges venligt, om de vil huske at spritte træningsredskaberne af efter brug.

BORGERINTERVIEW:

Alle tre borgere udtrykker stor tilfredshed med kvaliteten af træningstilbuddet. Et par af borgerne fremhæver, at de finder stor glæde ved deltagelse i holdtræningen.

Borgerne oplever at have effekt af træningen. En borger fortæller, at hun altid får pulsen godt op, og at hun kan mærke, at træningen har haft en god virkning, da borgerens funktionsniveau er forbedret. En anden borger glæder sig over, at cykeldistancen er væsentligt forbedret siden første træning.

Det er borgernes oplevelse, at mål og plan for træningen er opstillet med udgangspunkt i deres egne ønsker, og således opleves der stor medindflydelse på træningsindsatserne. Alle borgerne tilkendegiver, at de er meget motiverede for at få mest muligt ud af træningstilbuddet. Et par borgere fortæller, at de også selv træner i eget hjem, og fx understøtter træningen ved at gå lange ture.

Borgerne føler sig godt informerede om brugen af redskaber, og hvordan de skal udføre øvelserne korrekt. Borgerne oplever ikke aflysninger, og en borger fortæller, at det stort set er den samme medarbejder, der træner holdet hver gang.

Borgerne beskriver medarbejderne som værende særdeles professionelle og fagligt kompetente. En borger fortæller, at hun nogle gange er meget psykisk påvirket af sin situation, men borgeren glæder sig over den omsorgsfulde adfærd, hun møder fra medarbejderens side.

MEDARBEJDERINTERVIEW:

Medarbejderne beskriver, at tilrettelæggelse og planlægning af træningsforløb sker på baggrund af faglige vurderinger af, om borgerne fx magter at indgå i en holdsammensætning, forstår og taler dansk, eller om borgerne på grund af helbredsmæssige udfordringer i større grad vil profitere af individuel træning. Der foretages løbende vurdering af effekten af træningen, og vurderingen heraf sker i tæt dialog med borgerne.

I tilrettelæggelsen af træningsforløb italesættes det over for borgerne, at de selv har et ansvar for at komme godt videre og få udbytte af træningen.

Medarbejderne oplyser, at der anvendes velfærdsteknologi, som fx Icura. Icura er et sundhedspædagogisk, digitalt understøttet redskab til forbedret genoptræning efter en stribe problematikker og diagnoser. Icura vejleder og følger borgerens træning og aktivitet, og systemet sender data til behandleren, hvilket giver gode forudsætninger for justering af træningsprogrammet og den løbende dialog med borgeren. Typisk træner en borger på egen hånd i fem uger, og der lægges op til, at borgeren herefter afsluttes. Alternativt kan der for en kort periode tilbydes individuel træning. Medarbejderne oplyser, at borgere har tilkendegivet, at teknikken kan være vanskelig, men særligt erhvervsaktive borgere har fundet det værdifuldt at træne med Icura, da de herved kan træne på tidspunkter, der passer dem bedst. Det er medarbejdernes oplevelse, at man strækker sig langt for at imødekomme borgernes ønsker til træningstidspunkter, men hvad angår holdtræning er det dog af logistiske årsager lidt vanskeligere at imødekomme særlige ønsker, da holdtræningen er fastlagt på bestemte ugedage.

I tilrettelæggelse af træningen beskriver medarbejderne fokus på at inddrage pårørende, når dette er relevant. Pårørende instrueres, fx i træningsøvelserne, så borgerne fra flere sider kan støttes bedst muligt. Medarbejderne oplever, at de er gode til at vurdere, hvornår pårørendeinddragelsen er relevant. I erkendelsen af at have en dårlig hukommelse beder borgerne nogle gange selv om, at de pårørende inddrages.

Tilsynets vurdering - 5
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt. På baggrund af observationer af holdtræning er det tilsynets vurdering, at træningen sker med udgangspunkt i borgernes behov, ønsker og mål. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne under hele træningsforløbet kommunikerer på en særdeles respektfuld og anerkendende måde, og at medarbejderne er meget opmærksomme på borgernes individuelle behov for at blive instrueret og guidet. Tilsynet vurderer, at medarbejderne har fokus på at skabe gode rammer og en god stemning under træningen, hvilket bidrager til at fastholde borgernes motivation. Tilsynet vurderer, at borgerne i meget høj grad er tilfredse med kvaliteten af deres træningsforløb, og at de oplever god effekt heraf. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne med faglig overbevisning kan redegøre for tilrettelæggelsen af træningsforløbene, og at medarbejderne har fagligt fokus på, at træningen sker med udgangspunkt i et samarbejde med både borgerne og de pårørende.

3.4 FYSISKE RAMMER OG TRÆNINGSFACILITETER

Data	**OBSERVATION:** Tilsynet besøger træningsenheden på Schioldannsvej og på Sankt Lukas Vej. Tilsynet observerer, at rammerne er egnede til formålet og målgruppen. På matriklerne er der kontorfaciliteter samt træningsrum, indrettet med forskellige træningsredskaber. På fællesarealer og i træningsrummene står sprit til renholdelse af træningsredskaber synligt fremme, og flere steder er der spritdispensere til hånddesinfektion. Der observeres en god stemning på fællesarealer, hvor medarbejderne venligt hilser på de borgere, de møder. **BORGERINTERVIEW:** Alle tre borgere udtrykker tilfredshed med rammerne. En borger oplever, at der er gode muligheder for at bruge varierede træningsredskaber. En anden borger fremhæver, at der er den rette temperatur i rummet, og at der er let adgang til at få et glas vand både før, under og efter træningen. Borgeren udtrykker med et smil, at eneste klage er, at der mangler isterninger i vandkanden. Den tredje borger fortæller, at hun gennem hele sommeren har nydt, at træningen foregik ude i naturen. Borgeren beskriver, at træningen udendørs også bidrager til den mentale velvære. En af borgerne viser den tilsynsførende, hvordan de selv afkrydser et skema, når de har udført en træningsøvelse. På skemaet fremgår der fx data om, hvilken cykeldistance borgeren har gennemført. Borgeren finder skemaet meget brugbart, da det bidrager til at få overblik over træningseffekten. To af borgerne klarer selv transporten til træningscentret. Den tredje borger udtrykker stor tilfredshed med kørsels-bevillingen, og borgeren oplever at blive hentet til tiden. **MEDARBEJDERINTERVIEW:** Medarbejderne oplever, at der er gode fysiske rammer, og at de har de nødvendige træningsredskaber, så der kan sikres varierede træningstilbud. Medarbejderne oplever, at de bruger de nuværende faciliteter optimalt. En af medarbejderne oplyser, at der skal udarbejdes en businesscase i forbindelse med sammenlægningen af centrets to enheder, da det skal afdækkes nærmere, hvordan man fremadrettet skal bruge de fysiske rammer mere hensigtsmæssigt. Medarbejderne oplever ingen problemer med at sikre renholdelse af træningsredskaber, da borgerne udviser god forståelse for nødvendigheden af at sikre en god hygiejne.

	Efter en lang periode med Corona er det medarbejdernes oplevelse, at det falder borgerne helt naturligt, at de skal spritte hænder af før og efter træning, og at de selv skal rengøre træningsredskaberne. I forhold til bevilling af kørsel redegør medarbejderne for de gældende retningslinjer for kørsel i relation til træning efter § 86 og § 140. Kørsel tilbydes ikke pr. automatik, men tilbydes ud fra en faglig vurdering af, om borgeren selv magter at sørge for transporten. Desuden sikres der god dialog med borgerne herom.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at centret har gode fysiske rammer og faciliteter, og at disse udnyttes optimalt til formålet og målgruppen.

Tilsynet vurderer, at borgere udtrykker tilfredshed med de fysiske rammer og faciliteter.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne med faglig overbevisning kan redegøre for retningslinjer for bevilling af kørsel. Medarbejderne oplever centrets fysiske rammer og træningsfaciliteter som værende meget tilfredsstillende, og det er tilsynets vurdering, at medarbejderne har det nødvendige fokus på at sikre renholdelse af træningsredskaber og god hygiejne ved brug af desinfektionsmidler.

3.5 ORGANISATORISKE RAMMER OG KOMPETENCEUDVIKLING

Data	**LEDERINTERVIEW:** Lederen oplyser, at centret står over for en større organisatorisk ændring, hvilket også betyder ændringer på ledelsesniveau, idet der blandt andet implementeres duoledelse, som bl.a. skal understøtte det tværfaglige samarbejde. Det faglige og ledelsesmæssige ansvar vil med implementeringen af duoledelse fremadrettet blive udvidet. Duoledelsen skal varetages af en fysioterapeut og en sygeplejerske. Tilsynet får fremvist plan for den nye organisationsstruktur, som træder i kraft i det nye år. Centrets lokale TRIO-udvalg, bestående af blandt andet arbejdsmiljø- og tillidsrepræsentanter, er blevet orienteret og medinddraget igennem hele implementeringsprocessen. På centret er de ved at etablere såkaldt teamsdannelse, hvor fokus er rettet på at give de enkelte teams et større ansvarsområde. Der skal oprettes teams inden for forskellige specialområder, såsom kræft, neurologi, ryglidelser, ortopædkirurgi og geriatri. Der er udarbejdet kompetencekort på alle medarbejderne, som vil blive fordelt i de forskellige teams efter deres kompetencer. Det er lederens oplevelse, at der er de nødvendige faglige kompetencer til stede på centret. I den nærmeste fremtid skal der dog ansættes en udviklingsergoterapeut og en udviklingsfysioterapeut. Der opleves ikke umiddelbart rekrutteringsvanskeligheder, men det er oplevelsen, at der er et væsentligt lavere antal ansøgere at vælge imellem, når en stilling opslås ledig. Ledelsen har måttet erfare, at personaleomsætningen har været påvirket af arbejdet med de kommende organisationsændringer, hvorfor medarbejdernes trivsel og arbejdsmiljø sikres høj prioritet i kvalitetsarbejdet. Der arbejdes målrettet med at nedbringe sygefraværet, og i det lokale TRIO-udvalg drøftes indsatser i forhold til forebyggelse af sygefravær. Der er et ledelsesmæssigt fokus på kompetenceudvikling af medarbejderne. På MUS-samtaler tales der ind i medarbejdernes kompetenceområder og behov for kompetenceudvikling. På centret har de beskæftiget sig meget med kompetenceudvikling ift. emner relateret til ryglidelser.

	Blandt andet har der været dialog og faglig sparring med medarbejderne om, hvad der kendetegner den gode rygundersøgelse, og hvilke kompetencer der skal til, for at medarbejderne kan varetage træning af borgere med ryglidelser. For alle fastansatte medarbejdere og ledelsen har der været gennemført et obligatorisk diplommodul inden for rehabilitering. Introduktionen af nye medarbejdere tager udgangspunkt i kommunens on-boarding program, og centret har haft faglige drøftelser om, hvordan de i praksis vil arbejde med mentor- og følordning. Der er udarbejdet tjeklister, som giver et tydeligt overblik over, hvad fx tillidsrepræsentanten, arbejdsmiljørepræsentanten og lederen introducerer til. **MEDARBEJDERINTERVIEW:** Medarbejderne oplever, at der er et match mellem deres faglige kompetencer og de opgaver, de stilles over for i hverdagen. Alle i medarbejdergruppen har en basisuddannelse, og flere medarbejdere har kompetencer inden for specialiserede områder. Der opleves et godt tillidsforhold og fagligt fællesskab blandt medarbejderne, hvor man uproblematisk søger viden hos hinanden. En af medarbejderne udtrykker, at den stærkeste faglighed ligger i bevidstheden om eget kompetenceområde og evnen til at søge viden hos erfarne kolleger. Medarbejderne oplever, at mulighederne for kompetenceudvikling gennem det seneste år har været begrænset, dels på grund af arbejdet med de organisatoriske ændringer og dels på grund af, at udviklingsfysioterapeuten har opsagt sin stilling. Stillingen er dog igen besat pr. 1. marts. De to medarbejdere oplyser, at de begge til januar skal deltage på et rygkursus, herudover har den ene medarbejder været på et geriatrikursus. Medarbejderne redegør for arbejdsgange ifm. indberetning og opfølgning på utilsigtede hændelser. Indberetningen sker via Styrelsens hjemmeside, og opfølgningsarbejdet sker både på ledelsesniveau, i TRIO-udvalget og på personalemøder. Søgning af instrukser sker ved brugen af kommunens platform og gennem faglig sparring mellem kolleger. Medarbejderne oplever, at de også kan søge god og faglig inspiration via deres medlemskab af fagforeningen Danske fysioterapeuter. En medarbejder fortæller, at centrets fagbibliotek også er et godt sted for søgning af viden.
Tilsynets vurdering - 4	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt. Det er tilsynets vurdering, at der ledelsesmæssigt er fokus på, at den organisatoriske omlægning, der pt. foregår, giver anledning til visse udfordringer, relateret til medarbejdernes trivsel og fastholdelse af medarbejderne. Tilsynet vurderer, at medarbejderne oplever, at der er et match mellem deres faglige kompetencer og de opgaver, de stilles over for. Tilsynet konstaterer dog, at medarbejderne oplever, at kompetenceudvikling har været i mindre fokus pga. det omfattende arbejde med implementering af ny organisationsstruktur.	

3.6 TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Data	**LEDERINTERVIEW:** Ledelsesmæssigt sikres der gode rammer for det tværfaglige samarbejde gennem centrets faste mødestruktur. Lederen oplyser, at der fx afholdes personalemøder hver anden uge, og i den modsatte uge afholdes der monofaglige møder for ergoterapeuter og fysioterapeuter.

	Centrets kræftgruppe afholder tværfaglige møder med fx kommunens diætist, så der sikres en helhedsorienteret tilgang i de rehabiliterende indsatser. Lederen har netop deltaget i et møde med plejeboligernes øverste ledelse som led i at styrke det tværfaglige samarbejde. På mødet blev der rettet fagligt fokus på, hvordan terapeuterne i større omfang kan støtte plejepersonalet i hverdagsrehabiliteringen af de borgere, som terapeuterne ikke i forvejen er i kontakt med. Hver morgen mødes medarbejderne i ca. 5-10 minutter for at lægge sidste hånd på planlægningen og fordelingen af træningsopgaverne. Udgangspunktet herfor er, at der ikke må forekomme aflysning af træning, når der er fravær blandt medarbejderne. Der opleves et velfungerende samarbejde med pårørende, som inddrages hurtigt i træningsforløbene, når dette skønnes relevant. **MEDARBEJDERINTERVIEW:** Medarbejderne italesætter tværfagligt samarbejde med fx Tværgående træningsteam, egen læge, plejepersonale, demens videnspersoner, Hjælpemiddeldepotet og visiterende sygeplejersker. Det tværfaglige samarbejde opleves velfungerende. Medarbejderne beskriver, at de typisk indleder et samarbejde med fx kommunens hjemmepleje ved at oprette en opgave i Nexus eller ved at tage en direkte telefonisk kontakt. Videndeling sker ved brug af Nexus og igennem den løbende daglige sparring mellem kolleger. Det er medarbejdernes oplevelse, at den gode kvalitet i dokumentationen understøtter muligheden for, at de uproblematisk kan overtage træningsopgaver for hinanden. Medarbejderne finder, at de får et godt fagligt udbytte af såvel personalemøder, som de monofaglige og tværfaglige møder, der afholdes.
Tilsynets vurdering - 5	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt. Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er fokus på at skabe gode rammer for det tværfaglige samarbejde, og at en fast mødestruktur understøtter muligheden herfor. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne oplever det tværfaglige samarbejde som velfungerende.	

4. FORMÅL, METODE OG TILGANG

4.1 FORMÅL

Overordnet er formålet med BDO's tilsyn at kontrollere om kvaliteten af den service/indsats, som borgerne modtager, er i overensstemmelse med gældende lovgivning og Kommunes kvalitetsstandard.

Samtidig kontrollerer tilsynet om der på det konkrete tilbud udføres forsvarligt fagligt arbejde i forhold til borgerne, samt identificerer styrker og udviklingsområder i forhold til løsningen af opgaverne.

Der sikres og bidrages til en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne gennem en anerkendende og konstruktiv tilgang til medarbejdere og ledelse.

Ligeledes skabe basis for at indsamle og dele viden med henblik på løsning af fælles udfordringer på tværs af de kommunale tilbud.

4.2 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressurser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 VURDERINGSSKALA

BDO arbejder ud fra nedenstående vurderingsskala:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
SCORE: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • 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. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

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 plejecentre, 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.

Relateret document 11/21

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Brogårdshøj 2022.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Brogårdshøj 2022**
Dokument ID:	**4960948**

Tilsynsrapport
Gentofte Kommune

Brogårdshøj, Plejeboliger med hjemmehjælp

Uanmeldt tilsyn 2022

INDHOLD

1. OPLYSNINGER OM BROGÅRDSHØJ 4

2. VURDERING 5
2.1 TILSYNETS VURDERINGER 5
2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER 7

3. DATAGRUNDLAG 9
3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER 9
3.2 DOKUMENTATION 10
3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP 12
3.4 MAD OG MÅLTIDER 14
3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD 15
3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING 16
3.7 MEDICINHÅNDTERING 17
3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN 18
3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE 19
3.10 OBSERVATIONSSTUDIE 20

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE 22
4.1 FORMÅL 22
4.2 METODE 22
4.3 VURDERINGSSKALA 23
4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE 24

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete plejecenter.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer, observationsstudier og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra den indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

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

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Gitte Ammundsen
Senior Manager
Mobil: 4189 0406
Mail: gia@bdo.dk
Projektansvarlig

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

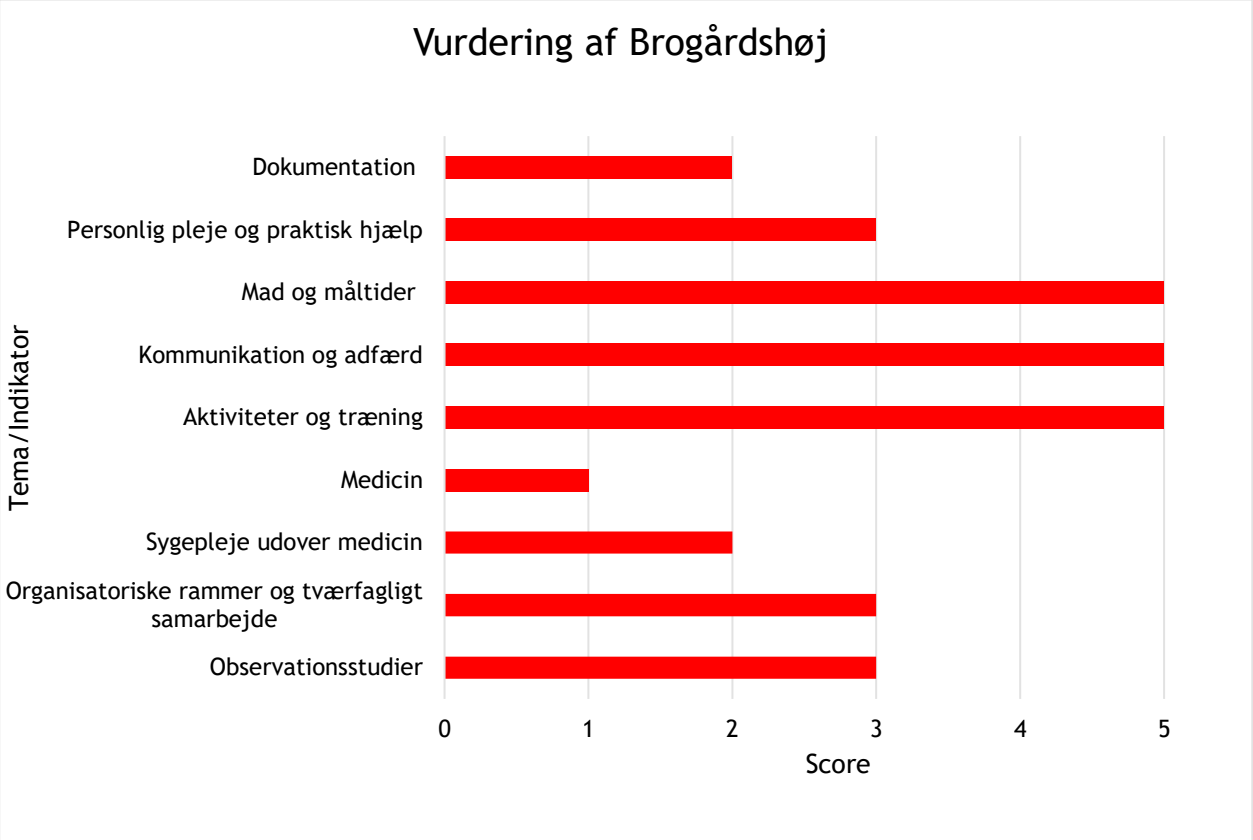
1. OPLYSNINGER OM BROGÅRDSHØJ

Oplysninger om Brogårdshøj og tilsynet
Navn og Adresse: Brogårdshøj, Brogårdsvej 60, 2820 Gentofte
Leder: Hanne Munch
Antal boliger: 44 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 26. september 2022
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejecentrets ledelse • Interview af tre borgere • Gennemgang af dokumentation • Kontrol af medicinen • Observationsstudie • Gruppeinterview med tre social- og sundhedshjælpere og en social- og sundhedsassistent Borgere, som indgår i individuelle interviews, har givet deres accept til at indgå i tilsynet. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer. Den tilsynsførende opstarter gruppeinterview med tre medarbejdere, men interviewet afbrydes, før alle målepunkter er drøftet, da medarbejderne skal varetage opgaver med frokostmåltidet. Gruppeinterviewet fortsætter senere på dagen, men dog kun med deltagelse af en enkelt medarbejder, som er social- og sundhedsuddannet. Ovenstående prioritering sker på baggrund af dialog mellem lederen og den tilsynsførende.
Tilsynsførende: Gitte Ammundsen, Senior manager og sygeplejerske

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS VURDERINGER

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Ovenstående vurdering gives på baggrund af de observerede mangler i den pleje- og sundhedsfaglige dokumentation. Tilsynet konstaterer, at døgnrytmeplaner og handlingsanvisninger ikke udarbejdes ud fra en fælles faglig forståelse for indholdet og opbygningen heraf.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for arbejdet med dokumentationen i praksis, men det bemærkes, at medarbejdernes beskrivelse heraf tager udgangspunkt i den enkeltes måde at dokumentere på frem for en fælles faglig forståelse for dokumentationspraksis.

Tilsynet konstaterer, at medarbejderne ikke har kendskab til arbejdet med handlingsanvisninger for sundhedslovsindsatser.

Pleje og praktisk hjælp:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Beboernes hjælpemidler fremstår tilstrækkeligt rengjorte, hvilket generelt også er tilfældet for beboernes boliger. Hos en beboer trænger gulvet til at blive rengjort.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne er tilfredse med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje, når denne leveres af faste medarbejdere. Et par beboere oplever, at kvaliteten påvirkes af, at der kommer mange forskellige medarbejdere, og en enkelt beboer oplever, at hjælpen af og til leveres i et lidt for hurtigt tempo.

I forhold til hjælpen til praktisk støtte er det tilsynets vurdering, at beboerne oplever tilfredsstillende kvalitet, fraset en enkelt beboer, der finder, at ikke alle medarbejdere er lige omhyggelige.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne med nogen støtte fra den tilsynsførende kan svare på de stillede spørgsmål ift. plejen, herunder indsatser i relation til sundhedsfremmende/forebyggende indsatser og den rehabiliterende tilgang. Tilsynet vurderer dog, at medarbejderne har visse vanskeligheder ved at besvare spørgsmålene ud fra en faglig reflekteret måde. Tilsynet konstaterer, at medarbejderne besvarer spørgsmålene ud fra egen forståelse og i mindre grad ud fra en fælles faglig forståelse og tilgang.

Mad og måltider:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid, hvortil medarbejderne arbejder ud fra faste roller, og hvor beboerne sikres mulighed for selvbestemmelse og medindflydelse. Maden anrettes og serveres med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang. Det er tilsynets vurdering, at beboerne finder maden velsmagende.

Tilsynet vurderer, at medarbejderen kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre "Det gode måltid".

Kommunikation og adfærd:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne udviser en respektfuld kommunikation og adfærd i mødet med beboerne, hvilket beboerne også fortæller, at de oplever.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, der medvirker til at skabe respektfuld kommunikation og adfærd.

Aktiviteter og træning:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er et varieret tilbud om aktiviteter, der understøtter beboerne i at have et aktivt hverdagsliv. Beboerne udtrykker stor tilfredshed med aktivitetstilbuddene og deltager heri efter eget ønske.

Tilsynet vurderer, at medarbejderen kan redegøre for området.

Medicin:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget lav grad er opfyldt.

Ovenstående vurdering gives på baggrund af de observerede dispenseringsfejl hos to beboere og manglerne i administrationen og opbevaringen af medicinen. Tilsynet konstaterer, at der ikke gennemføres tidstro kvittering af administreret medicin.

Tilsynet konstaterer ved gennemlæsning af observationsnotater, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger ikke følges i forhold til efterdispensering af medicin.

På baggrund af tilsynets fund og tilsynets dialog med den medicinansvarlige medarbejder er det vurderingen, at gældende retningslinjer for administration og udlevering af medicin ikke følges konsekvent.

På trods af de konstaterede fejl og mangler vurderer tilsynet, at beboerne udtrykker tilfredshed med medarbejdernes håndtering af deres medicin. Beboeren, hvis medicin ikke er udleveret til tiden, udtrykker umiddelbart ikke utilfredshed med situationen.

Det er tilsynets vurdering, at den medicinansvarlige medarbejder kan redegøre for dispensering og administration i overensstemmelse med gældende retningslinjer på området.

Sygepleje ud over medicin:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er sammenhæng mellem de visiterede og de leverede sygeplejeindsatser. Beboerne italesætter tilfredshed med hjælpen, de modtager.

Tilsynet vurderer, at medarbejderen kan redegøre for eget kompetenceområde og for, hvorledes de er i proces med at sikre den faglige kvalitet på området.

Tilsynet konstaterer, at social- og sundhedshjælpere udfører sygeplejeopgaver uden først at være introduceret til brugen af handlingsanvisningerne herfor og uden, at der sker en målrettet oplæring og efterfølgende opfølgning på deres indsatser.

Organisatoriske forhold og tværfagligt samarbejde:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er en erkendelse af, at man på Brogårdshøj stadig er udfordret på at sikre den nødvendige faglighed og struktur i leveringen af kerneydelser for beboerne. Tilsynet vurderer, at der arbejdes målrettet med relevante emner i kvalitetsarbejdet, men det er samtidig tilsynets vurdering, at Brogårdshøj endnu ikke er i mål på en række vigtige og grundlæggende områder.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderen oplever gode kompetencemuligheder, og at det tværfaglige samarbejde er velfungerende.

Observationsstudie:

Tilsynet vurderer, at der under observationsstudiet foregår en særdeles respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejderens side. Hjælpen er velorganiseret og leveres i meget høj grad med udgangspunkt i at sikre beboerens selvbestemmelsesret. Medarbejderen udviser i praksis en faglig forståelse for den rehabiliterende tilgang.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderen er mindre opmærksom på at sikre korrekte arbejdsstillinger, og ikke foretager handskeskift i alle nødvendige situationer.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation, observationer og observationsstudier. Derudover foretages kontrol af medicinen. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger
1. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt igangsættes et målrettet arbejde med at sikre, at den pleje- og sundhedsfaglige dokumentation til enhver tid lever op til gældende retningslinjer på området. Herunder anbefaler tilsynet et særligt ledelsesmæssigt fokus på følgende: • At medarbejderne tilegner sig den nødvendige faglige viden om, hvorledes der udarbejdes døgnrytmeplaner og handlingsanvisninger gennem brug af de udarbejdede skabeloner. • At døgnrytmeplaner og handlingsanvisninger udarbejdes ud fra en fælles faglig forståelse for dokumenternes indhold og opbygning. • At medarbejderne tilegner sig den nødvendige faglige viden om, hvorledes der sker dokumentation under observationsnotater som led i opfølgning på observationer og indsatser, herunder at der sikres dokumentation af målte værdier. • At der implementeres en systematisk arbejdsgang for ajourføring af dokumentationen. 2. Tilsynet anbefaler, at der rettes et ledelsesmæssigt fokus på at højne beboernes tilfredshed med hjælpen til personlig pleje, når denne leveres af vikarer og afløsere. Herunder anbefales det, at der rettes fokus på at sikre, at alle medarbejdere har den nødvendige viden om beboernes behov, særlige udfordringer og ønsker og vaner før et plejeforløb opstartes.

3. Tilsynet anbefaler, at der rettes et ledelsesmæssigt fokus på at sikre den nødvendige kvalitet af hjælpen til rengøring, så alle beboere oplever tilfredshed hermed.
4. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt tages initiativ til en faglig drøftelse med medarbejderne om, hvorledes der også i pressede situationer sikres en rolig tilgang i plejen, så hjælpen altid udføres i et tempo, tilpasset den enkelte beboer.
5. Tilsynet anbefaler, at der i enhedens kvalitetsarbejde udarbejdes en plan for indsatser, der fremadrettet skal sikre udvikling af medarbejdernes faglige kompetencer og evne til faglig refleksion. Formålet hermed er at sikre den nødvendige faglighed i leveringen af kerneydelser for beboerne, og at kerneydelser altid leveres med udgangspunkt i en faglig og reflekteret tilgang.
6. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt straks igangsættes målrettede tiltag for at sikre overholdelse af gældende retningslinjer i forbindelse med medicinhåndteringen. Tilsynet anbefaler, at alle arbejdsgange i relation til medicindispenseringen og medicinadministrationen gennemgås på en detaljeret og faglig måde. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssigt sikres, at alle medarbejdere besidder de rette kompetencer i forhold til opgaver relateret hertil.
7. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt sikres oplæring af social- og sundhedshjælpere i brugen af handlingsanvisninger for sundhedslovsindsatser, så handlingsanvisningerne anvendes som et aktivt redskab i udførelsen af sundhedslovsindsatser. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt sikres den nødvendige oplæring af medarbejderne i udførelsen af sygeplejeopgaver, før en sygeplejeopgave overdrages, og at der efterfølgende implementeres en fast arbejdsgang for opfølgning på de overdragede opgaver.
8. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssigt sikres, at alle medarbejdere har kendskab til retningslinjer for at sikre korrekt håndhygiejne og følger disse i praksis.

3. DATAGRUNDLAG

3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER

Data	**LEDERINTERVIEW:** Forstanderen oplyser, at der ved kommunens tilsyn i efteråret 2021 blev givet anbefalinger i forhold til dokumentationen, faglighed og struktur. Forstanderen oplyser, at hun tiltrådte stillingen for ca. to år siden. Efter ansættelsen blev der arbejdet målrettet med implementering af organisatoriske ændringer, så Brogårdshøj kunne blive en 100% selvejende institution, hvilket man nåede i mål med 1. januar 2021. I forhold til opfølgning på anbefalingen relateret til dokumentationen oplyser forstanderen, at der er oprettet et lille team omkring alle beboere, bestående af en social- og sundhedsassistent/sygeplejerske og en social- og sundhedshjælper for at sikre kvalitet i dokumentationen. En social- og sundhedsassistent og en sygeplejerske har fået en særlig opgave med at oplære medarbejderne i arbejdet med dokumentationen og medicinhåndteringen. I arbejdet med kvalitetssikringen af dokumentationen har enheden fået faglig sparring og støtte fra kommunens udviklingssygeplejersker. Forstanderen udtrykker bevidsthed om, at man endnu ikke er kommet i mål med at sikre den nødvendige kvalitet i dokumentationen. I forhold til kvalitetsarbejdet med medicinen har der i undervisningen af medarbejderne været rettet særligt fokus på at oplære medarbejderne i at kvittere for administreret medicin. Kvitteringen sker dog endnu ikke tidstro, idet man ikke har de mobile løsninger hertil. Således kan medarbejderne først foretage kvittering af medicinen, når de kommer tilbage på kontoret, fx til frokost eller om eftermiddagen, før vagtens ophør. Der er blevet oprettet en liste, hvor medarbejderne skal beskrive utilsigtede hændelser i forbindelse med medicin, der ikke bliver givet. Forstander erkender, at listen med de utilsigtede hændelser er lang, men i håbet om at få større synlighed på området ser forstanderen det som noget positivt, at medarbejderne nu er blevet mere opmærksomme på at få indberettet hændelserne. Der er blevet ansat en medarbejder, der primært varetager opgaver med vask af tøj, hvilket skaber en højere kvalitet på området. Derudover er der ansat en medarbejder til at servere morgenmad for de beboere, der spiser i fællesrummet. Fremadrettet er det ønsket, at morgenmaden skal serveres som buffet, men pt. er de kun lige i opstartsfasen hermed. De to medarbejdere, der varetager opgaver med vasketøj og morgenmad, har også fået tildelt faste beboere, de gør rent hos, hvilket bidrager til at sikre en højere kontinuitet i hjælpen til praktisk støtte. Som led i at sikre større faglighed og struktur i leveringen af kerneydelser for beboerne vil der i starten af det nye år også blive ansat en daglig leder, som skal være tæt på medarbejderne i praksis. Enhedens faglige koordinator, som forestår opgaver med blandt andet vagtplanlægning og koordinering af mødeaktiviteter, bidrager yderligere til, at der kan sikres mere struktur i måden, der arbejdes på. Forstanderen oplyser, at bestyrelsen ønsker at opretholde køkkenenheden, hvilket presser enhedens budget.

	Derudover anvendes der et større beløb til aktiviteter end det, der normalt er gældende for kommunens plejeboliger med hjemmehjælp/ beskyttede boliger. Forstanderen beskriver, at kvalitetsarbejdet på Brogårdshøj stadig er meget fokuseret på emner i relation til dokumentationen, medicinen, strukturen og ønsket om at højne medarbejdernes faglighed.

3.2 DOKUMENTATION

Data	**OBSERVATION** Der foretages observation i tre beboeres omsorgsjournal. **Funktionsevnetilstande** Funktionsevnetilstandene fremstår opdaterede og aktuelle for alle tre beboere. **Døgnrytmeplanen** For alle tre beboere er der oprettet døgnrytmeplaner for dag, aften og nat, som indeholder beskrivelser af den hjælp og støtte, som beboerne modtager. Beskrivelserne fremstår dog med varieret detaljeringsgrad, fx ses i en døgnrytmeplan handlevejledende beskrivelser af beboerens ønsker, vaner og forebyggende tiltag, mens beskrivelserne for en anden beboer er mere sparsomme og fx ikke indeholder beskrivelser af forebyggende tiltag og beboerens særlige ønsker. Ligeledes observeres der en varierende kvalitet i beskrivelserne af beboernes ressourcer, og hvorledes disse inddrages i plejen. For en beboer foreligger der fx detaljerede beskrivelser af, hvordan beboerens ressourcer inddrages i plejen, mens der for en anden beboer mangler beskrivelse af beboerens ressourcer ift. den personlige pleje. Tilsynet bemærker, at hjælpen til bad ikke er handlevejledende beskrevet, og at en beboers døgnrytmeplan mangler ajourføring i forhold til hjælpen, der leveres om aftenen. Her bemærker tilsynet, at døgnrytmeplanen ikke er ajourført siden maj 2021. Ved gennemlæsning af døgnrytmeplanerne er det således tydeligt, at disse ikke udarbejdes på en ensartet måde og ud fra en fælles faglig forståelse. Det observeres ligeledes, at der ikke er implementeret en systematisk arbejdsgang for ajourføring af døgnrytmeplanerne. Der udarbejdes handlingsanvisninger for hjælpen til praktisk støtte. Her bemærker tilsynet, at disse ej heller udarbejdes efter en fælles faglig forståelse. F.eks. er en handlingsanvisning udarbejdet handlevejledende og individuelt og med beskrivelser af, hvorledes hjælpen leveres med udgangspunkt i en rehabiliterende tilgang. For en anden beboer indeholder handlingsanvisningen for hjælpen til praktisk støtte kun beskrivelser af hjælpen til indkøbsordning, rengøring af køleskab og hjælpen til tøjvask. Hjælpen til rengøring af boligen fremgår ikke beskrevet. **Generelle oplysninger** For alle tre beboere konstateres der mangler i udfyldelsen af generelle oplysninger, fx mangler der udfyldelse af felterne mestring, roller og ressourcer for en beboer, og for en anden beboer mangler der udfyldelse af felterne roller og vaner.

Handlingsanvisninger

Tilsynet gennemgår handlingsanvisninger for f.eks. vægtmåling, medicindispensering og kateterpleje.

Tilsynet bemærker, at handlingsanvisninger ikke udarbejdes på en systematisk og ensartet måde, idet felterne "Medarbejderens indsats" og "Særlig opmærksomhed" anvendes på forskellig måde.

Tilsynet har derudover følgende bemærkninger:

- Handlingsanvisning for kateterpleje er ikke udarbejdet handlevejledende. Der foreligger ingen beskrivelser af handlingerne under feltet "Medarbejders indsats". Der ses kun en meget kortfattet beskrivelse under feltet "Særlig opmærksomhed".
- To Handlingsanvisninger for vægtmåling er ikke tilstrækkelig handlevejledende i forhold til beskrivelsen af, hvordan vejningen skal foregå, fx med eller uden tøj.
- For en beboer er der udarbejdet to handlingsanvisninger for vægtmålinger, og de to handlingsanvisninger har modstridende indhold.
- For to beboere er handlingsanvisningen for medicindispensering mangelfuld. I det ene tilfælde beskrives kun, at der skal dispenseres medicin, og i det andet tilfælde beskrives kun, at medarbejderne skal genbestille medicin.
- Handlingsanvisninger for medicinsk plaster, inhalationsmedicin og suppositorie (medicinsk stikpille) er ikke handlevejledende udarbejdet, idet der mangler beskrivelse af indsatserne under feltet "Medarbejders indsats".

Helbredstilstande:

Tilsynet bemærker, at helbredstilstande mangler ajourføring for to beboere. Manglerne vedrører, at der under en helbredstilstand henvises til handlingsanvisning for blodtryksmåling. Handlingsanvisningen er ikke udarbejdet. I et andet tilfælde er der beskrevet potentielle problemer ift. vægttab, men der foreligger ingen handlingsanvisning herpå, og der er ikke dokumenteret vægtmålinger i 2022.

Observationsnotater:

Tilsynet bemærker, at der ikke konsekvent sker dokumentation af de målte værdier ifm. vægtmålinger, fx er der for to af beboerne kun dokumenteret værdier to gange i løbet af 2022. Ifølge handlingsanvisningen skal begge beboere vejes en gang om måneden.

Tilsynet bemærker, at der ikke konsekvent sker dokumentation som led i opfølgning på indsatser. Fx bemærkes det, at der ikke er dokumenteret opfølgning på en medarbejders notat om, at beboeren har behov for en trykluftsmadras, og i forhold til en anden beboer er der ikke dokumenteret opfølgning på smerter.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, at døgnrytmeplanen udarbejdes af social- og sundhedshjælpere, og i udarbejdelsen heraf sikres der faglig sparring med social- og sundhedsassistenten.

Døgnrytmeplanerne sikres løbende opdateret, fx opdateres døgnrytmeplanerne på baggrund af den faglige dialog under triageringsmøder. Medarbejderne oplyser, at de anvender døgnrytmeplanen som et aktivt redskab i praksis, fx når de skal udføre pleje for beboere, de ikke har så godt kendskab til.

	Tilsynet bemærker, at medarbejderne ikke har kendskab til de udarbejdede handlingsanvisninger for sundhedslovsindsatser, og således ikke anvender disse ift. de sygeplejeindsatser, de udfører. Social- og sundhedsassistenten bekræfter, at social- og sundhedshjælpere endnu ikke er blevet introduceret til arbejdet med handlingsanvisninger. Medarbejderne føler sig fortrolige med dokumentationsarbejdet i Nexus, herunder udarbejdelsen af døgnrytmeplaner og dokumentationen under observationsnotater. Medarbejderne oplyser, at døgnrytmeplaner ikke udarbejdes efter en fælles faglig forståelse herfor. Tilsynet bemærker, at medarbejderne besvarer flere af spørgsmålene ud fra en oplevelse af, hvordan de selv griber opgaven an.

Tilsynets vurdering – 2

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Ovenstående vurdering gives på baggrund af de observerede mangler igennem den plejefaglige og sundhedsfaglige dokumentation. Tilsynet konstaterer, at døgnrytmeplaner og handlingsanvisninger ikke udarbejdes ud fra en fælles faglig forståelse for indholdet og opbygningen heraf.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for arbejdet med dokumentationen i praksis, men det bemærkes, at medarbejdernes beskrivelse heraf tager udgangspunkt i den enkeltes måde at dokumentere på frem for en fælles faglig forståelse for dokumentationspraksis.

Tilsynet konstaterer, at medarbejderne ikke har kendskab til arbejdet med handlingsanvisninger for sundhedslovsindsatser.

3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP

Data	**OBSERVATION** Beboerne fremstår soignerede og veltilpasse. Deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Beboernes hjælpemidler fremstår tilstrækkeligt rengjorte, hvilket generelt også er tilfældet for beboernes boliger. Dog observeres det, at gulvet hos en beboer trænger til rengøring. Under bordet ligger madrester, der er fejet sammen i en lille bunke. **BEBOERINTERVIEW** Beboerne beskriver alle, at hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte er svarende til deres behov, og at de generelt er tilfredse med kvaliteten af hjælpen, når denne leveres af de faste medarbejdere. To beboere beskriver, at kvaliteten af hjælpen til personlig pleje påvirkes af, at der kommer mange forskellige medarbejdere, idet ikke alle har lige godt kendskab til beboernes særlige behov og ønsker. En tredje beboer italesætter, at medarbejderne ofte udviser en fortravlet adfærd, og at hjælpen i disse situationer leveres i et lidt for højt tempo, hvilket beboeren finder utilfredsstillende. I forhold til den praktiske hjælp udtrykker to beboere, at de er meget tilfredse med kvaliteten, mens en beboer oplyser, at ikke alle medarbejdere er lige omhyggelige. Beboeren fortæller, at hun netop har set nogle tilfredshedsmålinger, som viste en mindre tilfredshed med kvaliteten af rengøringen. Samme beboer fortæller med et smil på læben, at hjælpen til tøjvask er særdeles tilfredsstillende, og at hendes vasketøj nu er pænere, end da hun selv klarede opgaven.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, at planlæggerne hver dag udarbejder arbejdslister, som udleveres til medarbejderne.

Medarbejderne er tildelt faste beboere, men ved sygdom eller ferie anvendes afløsere primært fra det faste vikarkorps. Opgaverne fordeles, så der sikres et match mellem beboernes kompleksitet og medarbejdernes faglige kompetencer. En medarbejder fortæller, at der fx under triageringsmøderne er dialog om, hvordan opgaverne fordeles mest hensigtsmæssigt, så beboernes behov dækkes bedst muligt. Der afholdes daglige morgenmøder, når medarbejderne møder ind på job, og om formiddagen afholdes der triageringsmøder. På morgenmødet aftales det, hvilke beboere der er behov for at drøfte under triageringen.

På spørgsmål om, hvorledes der sikres høj kvalitet i udførelsen af plejen, og hvilke faktorer der har betydning herfor, bemærker tilsynet, at medarbejderne har vanskeligt ved at beskrive dette ud fra en faglig betragtning, men primært beskriver indsatser i forhold til, hvad de selv finder bedst. En medarbejder udtrykker bevidsthed om, at hun fagligt ikke er særlig stærk, men medarbejderen har oplevelsen af, at hun på trods heraf udfører en god pleje for beboerne.

Medarbejderne svarer kortfattet på spørgsmål om, hvorledes der under plejen sikres en rehabiliterende tilgang, men med nogen støtte fra den tilsynsførende, forklarer medarbejderne, at de naturligvis inddrager beboernes egne ressourcer, når det er muligt. Tilsynet konstaterer, at medarbejderne har vanskeligt ved på en faglig reflekteret måde at beskrive indsatser i forhold til sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, som fx forebyggelse af urinvejsinfektioner. Med nogen støtte beskriver en medarbejder, hvorledes der udføres hjælp til nedre hygiejne, og direkte adspurgt, hvorvidt der også er fokus på korrekt brug af handsker/afspritning af hænder, svarer medarbejderen, at det også er vigtigt at sikre god håndhygiejne.

I forhold til at sikre beboernes selvbestemmelsesret kan medarbejderne, efter at have fået definitionen herpå, redegøre for, hvorledes beboernes valg respekteres. En medarbejder pointerer, at beboerne har ret til at bestemme over eget liv.

Tilsynet bemærker, at en social- og sundhedsassistent sidder og lytter med under gruppeinterviewet af de tre social- og sundhedshjælpere. Tilsynet opfordrer social- og sundhedsassistenten til at deltage i gruppeinterviewet, hvilket medarbejderen accepterer.

Gruppeinterviewet tager længere tid end forventet. Tilsynet får oplyst, at medarbejderne er nødt til at forlade interviewet for at deltage i opgaver omkring måltidet, og derfor afsluttes gruppeinterviewet. Senere på dagen aftales det med forstanderen og en social- og sundhedsassistent, at de resterende spørgsmål tages i en dialog med social- og sundhedsassistenten.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Beboernes hjælpemidler fremstår tilstrækkeligt rengjorte, hvilket generelt også er tilfældet for beboernes boliger. Hos en beboer trænger gulvet til at blive rengjort.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne er tilfredse med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje, når denne leveres af faste medarbejdere. Et par beboere oplever, at kvaliteten påvirkes af, at der kommer mange forskellige medarbejdere, og en enkelt beboer oplever, at hjælpen af og til leveres i et lidt for hurtigt tempo. I forhold til hjælpen til praktisk støtte er det tilsynets vurdering, at beboerne oplever tilfredsstillende kvalitet, fraset en enkelt beboer, der finder, at ikke alle medarbejdere er lige omhyggelige.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne med nogen støtte fra den tilsynsførende kan svare på de stillede spørgsmål ift. plejen, herunder indsatser i relation til sundhedsfremmende/forebyggende indsatser og den rehabiliterende tilgang.

Tilsynet vurderer dog, at medarbejderne har visse vanskeligheder ved at besvare spørgsmålene ud fra en faglig reflekteret måde. Tilsynet konstaterer, at medarbejderne besvarer spørgsmålene ud fra egen forståelse og i mindre grad ud fra en fælles faglig forståelse og tilgang.

3.4 MAD OG MÅLTIDER

Data	**OBSERVATION** Tilsynet observerer frokostmåltidet, som serveres i en midlertidig bygning, da Brogårdshøj er under renovering. Lokalet er forholdsvist stort og indrettet med seks borde, hvorved der kan sidde op til otte personer. Bordene er dækkede med blomster, servietter og lys. Vandkander er sat frem på bordene til beboernes selvbetjening. Der observeres en hyggelig stemning, hvor flere beboere er i dialog med hinanden. Tre medarbejdere hjælper med at anrette og servere maden for beboerne. Medarbejderne taler stille og roligt sammen om, hvorvidt alle beboerne er ankommet, og hvem der eventuelt mangler. Måltidet opstartes ikke, før alle er ankommet. Beboerne udviser tålmodighed, mens der ventes på de sidste beboere. Forretten, som er suppe, er sat på et rullebord, hvorfra den også portionsanrettes. Medarbejderne spørger flere af beboerne, om de ønsker suppe, og hvor stor en portion der skal øses op. Til suppen serveres også brød. Ved nogle af bordene sættes der brødkurve på bordet, så beboerne selv kan tage brødet og sende rundt imellem hinanden. Hovedretten anrettes i små skåle, som sættes på bordene til beboernes selvbetjening. Under måltidet støder endnu to medarbejdere til. Medarbejderne sætter sig ved hvert deres bord og går i dialog med de beboere, de sidder ved siden af. De tre medarbejdere, der anretter og serverer maden, fordeler sig ligeledes mellem bordene, så snart maden er serveret for alle beboerne. Flere beboere giver udtryk for, at maden er meget velsmagende. Ved et par borde hjælper beboere med at samle det brugte service. En beboer henvender sig til en af medarbejderne og udtrykker, at det også kunne være dejligt med citronsuppe en dag. Beboeren beretter om, hvordan hun i sin tid ofte serverede citronsuppe for sine børn. Medarbejderen lytter opmærksomt på beboerens fortælling, og medarbejderen opfordrer beboeren til at fremlægge sit forslag på det næste beboermøde. **BEBOERINTERVIEW** Alle tre beboere beskriver tilfredshed med madens kvalitet og rammerne for måltidet. En beboer fortæller fx, at hun nyder måltidet, da der altid er en hyggelig dialog og stemning omkring måltidet. Beboerne udtrykker oplevelsen af, at de har god indflydelse på maden, der serveres. En beboer fortæller, at der hver måned afholdes møder, hvor måltidet er på dagsordenen. En anden beboer oplyser, at hun ikke bryder sig om røgede madvarer, og derfor altid får serveret et alternativ hertil. Beboeren oplever, at medarbejderne er gode til at huske beboerens særlige ønske. En beboer nyder, at man fra dag til dag selv kan beslutte, hvorvidt man ønsker at spise i egen bolig eller i den fælles spisestue. Beboeren fortæller, at helbredet indimellem svigter, og derfor nyder beboeren at få serveret maden i egen bolig.

	MEDARBEJDERINTERVIEW (Foretages kun med en medarbejder) Medarbejderen oplyser, at hun typisk ikke deltager i måltiderne, da hun varetager andre opgaver på tidspunktet. Medarbejderen beskriver dog, at der i den faglige sparring om maden og rammerne for måltidet ofte italesættes fokus på betydningen af, at den hyggelige stemning og det sociale samvær skal bidrage til at give beboerne en god oplevelse, når de mødes til et måltid. Maden anrettes og serveres ud fra en rehabiliterende tilgang, og det er medarbejderens indtryk, at beboerne hjælper hinanden ved fx at sende maden rundt ved bordene eller skænke drikkevarer for hinanden. Som led i at sikre det gode måltid fordeles opgaverne fra morgenstunden, så alle kender deres rolle og ansvar. Medarbejderen beskriver, at det præcist aftales, hvilke medarbejdere der serverer maden for beboerne i boligerne, og hvilke medarbejdere der deltager i det fælles måltid, herunder hvilke borde de forskellige medarbejdere skal sætte sig ved for at yde den nødvendige støtte under måltidet. Medarbejderen beskriver, at beboerne ofte roser maden og tilkendegiver, at måltiderne er hyggelige at deltage i. Medarbejderen fortæller, at beboerne forleden skrællede æbler, der skulle bruges til bagning af en æblekage.
Tilsynets vurdering - 5	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt. Det vurderes, at der er en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid, hvortil medarbejderne arbejder ud fra faste roller, og hvor beboerne sikres mulighed for selvbestemmelse og medindflydelse. Maden anrettes og serveres med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang. Det er tilsynets vurdering, at beboerne finder maden velsmagende. Tilsynet vurderer, at medarbejderen kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre "Det gode måltid".	

3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD

Data	**OBSERVATION** Tilsynet observerer en imødekommende og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Medarbejderne banker på beboernes dør, inden de træder ind i boligen, og flere gange observeres det, at medarbejderne også oplyser beboeren om, hvem der banker på og er på vej ind i boligen. Når medarbejderne møder beboerne på gangarealerne hilses der venligt, og medarbejderne stopper op, hvis en beboer udtrykker ønske om dialog. Tilsynet ser flere eksempler på, at medarbejdere kommer med en sjov bemærkning, som får beboerne til at trække på smilebåndet. I kontakten med beboerne anvendes der fysisk berøring på en diskret og omsorgsfuld måde. **BEBOERINTERVIEW** Alle beboerne udtrykker oplevelsen af, at medarbejderne altid kommunikerer i en respektfuld og venlig tone. En beboer fortæller, at hun aldrig har oplevet en mindre hensigtsmæssig kommunikation eller adfærd fra medarbejdernes side. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderen redegør for faktorer, der har betydning for at sikre respektfuld kommunikation og adfærd i mødet med beboerne.

	Medarbejderen beskriver blandt andet fokus på at sikre tydelig kommunikation, så beboerne forstår budskabet, og at kommunikationen skal afstemmes den individuelle beboer. Derudover beskriver medarbejderen brugen af kropssprog og vigtigheden af, at kommunikationen foregår i en anerkendende tone og på en ligeværdig måde. Medarbejderen fremhæver fokus på, at der i mødet med beboerne altid udvises en stille og rolig adfærd. Det er medarbejderens oplevelse, at der er den nødvendige tryghed og tillid i medarbejdergruppen til, at man ville reagere, hvis der blev observeret mindre hensigtsmæssig kommunikation og adfærd. Medarbejderen oplyser, at hun efter flere måneders ansættelse endnu ikke har oplevet situationer på ovenstående.

Tilsynets vurdering - 5
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne udviser en respektfuld kommunikation og adfærd i mødet med beboerne, hvilket beboerne også fortæller, at de oplever. Tilsynet vurderer, at medarbejderen kan redegøre for faktorer, der medvirker til at skabe respektfuld kommunikation og adfærd.

3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING

Data	**OBSERVATION** Brogårdshøj har et varieret tilbud om aktiviteter til beboerne. Pt. tilbydes aktiviteterne i en barak, da Brogårdshøj er under renovering. I oversigten over aktiviteter ses der tilbud, som fx, banko, sang, filmklub, oplæsning og historiefortællinger. På tilsynsdagen er der gåtur og motion om formiddagen, og om eftermiddagen er der planlagt socialt samvær med kaffe og kage. Tilsynet observerer, at en beboer og en medarbejder er på vej ud for at gå en tur. **BEBOERINTERVIEW** Alle tre beboere udtrykker tilfredshed med aktivitetstilbuddene. En beboer fortæller, at hun nyder at deltage i højtlæsning, mens en anden beboer oplyser, at der er rigeligt med tilbud, og at hun deltager heri efter eget valg. Beboeren tager hver dag et slag kort med en af de andre beboere. Tilsynet bemærker, at de to beboere også spiser deres frokost sammen. Ingen af beboerne modtager træning med terapeuter, men de beskriver, at de føler sig aktive ved at bruge ribben, der er ophængt på fællesarealet, og ved at gå ture i nærområdet. En af beboerne udtrykker stor glæde ved at sidde på sin terrasse, når vejret tillader det. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderen oplyser, at der er ansat aktivitetsmedarbejdere, som forestår planlægning og afholdelse af aktiviteter. Medarbejderen oplever, at tilbuddet om aktiviteter er varieret, og medarbejderen finder, at det er til stor glæde for beboerne, at der også er planlagte aktiviteter i weekenderne. Træningstilbud sikres i valget af aktiviteter, der tilbydes. Medarbejderen beskriver eksempler på aktiverende tilbud, som fx boldspil, stolegymnastik og små gåture. Ved behov kan der rekvireres træning ved terapeuter.

Tilsynets vurdering - 5
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt. Det vurderes, at der er et varieret tilbud om aktiviteter, der understøtter beboerne i at have et aktivt hverdagsliv. Beboerne udtrykker stor tilfredshed med aktivitetstilbuddene, og de deltager heri efter eget ønske. Tilsynet vurderer, at medarbejderen kan redegøre for området.

3.7 MEDICINHÅNDTERING

Data	**OBSERVATION** Tilsynet foretager medicingennemgang hos de tre udvalgte beboere. Medicinen opbevares på en systematisk og ensartet måde i beboernes boliger. Der anvendes farvede poser som del af at sikre tydelig adskillelse mellem medicinen. Tilsynet konstaterer fejl og mangler i alle tre stikprøver: • Hos to beboere konstateres dispenseringsfejl, idet der henholdsvis mangler dispensering af en og to tabletter. • Brugte smerteplastre opbevares sammen med ikke anbrudte smerteplastre. • En enkelt æske mangler mærkning med beboernes navn og CPR-nummer. • I forhold til de tre beboere mangler der tidstro kvittering for medicinadministrationen. Tilsynet får oplyst, at der pt. ikke kan gennemføres tidstro kvittering, idet medarbejderne ikke har det teknologiske hjælpemiddel hertil. Tilsynet bemærker, at der på et kontor er ophængt en liste med indberetninger af utilsigtede hændelser ift. manglende medicingivning og manglende medicin givet til tiden. Tilsynet bemærker, at der i august er indberettet 20 tilfælde. Ved gennemlæsning af observationsnotater bemærker tilsynet, at en medarbejders notat viser, at der sker efterdispensering af medicin. Notatet beskriver, at der er dispenseret medicin til 14 dage, men at nogle doseringsæsker mangler medicin, da dette ikke er blevet bestilt. **BEBOERINTERVIEW** Alle tre beboere udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til medicinhåndtering. To beboere oplever, at medicinen gives til tiden. Under tilsynets besøg om eftermiddagen hos en af beboerne bemærkes det, at beboeren er i gang med at finde et brev med medicin frem. Beboeren fortæller, at både hun og medarbejderen ofte glemmer, at beboeren skal have medicinen om morgenen. Beboeren udtrykker umiddelbart ikke utilfredshed i forbindelse med situationen. Den medicinansvarlige medarbejder oplyser, at hun selv har erfaret, at medarbejderne ikke anvender medicinskemaet i forbindelse med udlevering af medicin, hvilket giver anledning til utilsigtede hændelser. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderen redegør korrekt for medicindispenseringen. Medarbejderen oplyser blandt andet, at hun bruger medicinrummet, når der skal dispenseres medicin for at sikre sig den nødvendige ro til arbejdet. Medarbejderen italesætter særligt fokus på at sikre opdatering af FMK (Det Fælles Medicinkort), at der er tilstrækkelig med medicin til hele dispenseringen, og at der altid kun må dispenseres til hele æsker.

	Tilsynet oplyser medarbejderen om, at der er observeret et notat, hvori det netop beskrives, at der skal efterdispenseres medicin. Hertil svarer medarbejderen, at der helt sikkert er behov for at italesætte retningslinjerne herfor. Medarbejderen oplyser, at hun altid foretager eftertælling af den dispenserede medicin som led i egenkontrol. Medarbejderen redegør for arbejdet med risikosituationslægemidler og oplyser, at hun føler sig kompetent til at varetage de opgaver, hun stilles over for. Ved enhver tvivl om en dispensering sikres faglig sparring med sygeplejersken. Medarbejderen oplyser, at hun primært bruger VAR til søgning af instrukser, da kommunen er ved at omlægge alle instrukser, og således er platformen endnu ikke opdateret.

Tilsynets vurdering - 1
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget lav grad er opfyldt. Ovenstående vurdering gives på baggrund af de observerede dispenseringsfejl hos to beboere og manglerne i administrationen og opbevaringen af medicinen. Det er tilsynets vurdering, at der ikke gennemføres tidstro kvittering af administreret medicin. Tilsynet konstaterer ved gennemlæsning af observationsnotater, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger ikke følges i forhold til efterdispensering af medicin. På baggrund af tilsynets fund og tilsynets dialog med den medicinansvarlige medarbejder er det vurderingen, at gældende retningslinjer for administration og udlevering af medicin ikke følges konsekvent. På trods af de konstaterede fejl og mangler vurderer tilsynet, at beboerne udtrykker tilfredshed med medarbejdernes håndtering af deres medicin. Beboeren, hvis medicin ikke er udleveret til tiden, udtrykker umiddelbart ikke utilfredshed med situationen. Det er tilsynets vurdering, at den medicinansvarlige medarbejder kan redegøre for dispensering og administration i overensstemmelse med gældende retningslinjer på området.

3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN

Data	**OBSERVATION** For alle beboere observeres der ingen helbredsmæssige forhold, som ikke er håndteret. Dermed konstateres det, at der er sammenhæng mellem de beskrevne og de leverede sygeplejeopgaver hos de tre beboere. **BEBOERINTERVIEW** Et par af beboerne har vanskeligt ved at svare på spørgsmål i relation til sygeplejeindsatser. Beboeren, der bærer kateter, udtrykker tilfredshed med hjælpen hertil. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderen oplyser, at hun kun udfører sygeplejeopgaver, der ligger inden for hendes eget kompetenceområde som social- og sundhedsassistent. Medarbejderen oplyser, at hun har efterspurgt delegationsskemaer/kompetenceskemaer til brug for overdragelse af sygeplejeopgaver til social- og sundhedshjælperne, og at de nu er i proces hermed, men desværre ikke er nået så langt, da sygeplejegruppen ikke er så stabil, og da der har været en stor udskiftning i gruppen. Direkte adspurgt svarer medarbejderen, at det er korrekt, at social- og sundhedshjælpere udfører sygeplejeopgaver uden først at være introduceret til brugen af handlingsanvisningerne herfor, og uden at der sker en målrettet oplæring og opfølgning på deres indsatser.

	Medarbejderen oplyser, at hun er blevet ansat til at hjælpe med blandt andet implementering af at sikre arbejdsgange og oplæring i forbindelse med opgaveoverdragelse af sygeplejeopgaver. Medarbejderen oplever arbejdet lidt vanskeligt, da social- og sundhedshjælperne ofte stiller sig uforstående over for, at medarbejderen pludselig insisterer på at følge social- og sundhedshjælperen i udførelsen af en opgave, de har varetaget gennem lang tid.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er sammenhæng mellem de visiterede og de leverede sygeplejeindsatser. Beboerne italesætter tilfredshed med hjælpen, de modtager.

Tilsynet vurderer, at medarbejderen kan redegøre for eget kompetenceområde og for, hvorledes de er i proces med at sikre den faglige kvalitet på området.

Tilsynet konstaterer, at social- og sundhedshjælpere udfører sygeplejeopgaver uden først at være introduceret til brugen af handlingsanvisningerne herfor, og uden at der sker en målrettet oplæring og efterfølgende opfølgning på deres indsatser.

3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Data	**INTERVIEW MED LEDER:** Forstanderen udtrykker bevidsthed om, at de på Brogårdshøj stadig er udfordret på at sikre den nødvendige faglighed og struktur i leveringen af kerneydelser for beboerne. Forstanderen oplyser, at de tidligere beskrevne tiltag bidrager til at sikre kvalitet i opgaveløsningen, men at de stadig ikke er i mål hermed. Det opleves især vanskeligt at rekruttere social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker, og derfor har de pt. ikke de nødvendige faglige ressourcer, der er behov for. I forhold til social- og sundhedshjælperne opleves medarbejdernes kompetenceniveau meget forskelligt. Enheden har eget afløserkorps, men der er løbende behov for at rekruttere medarbejdere hertil, da der opleves et stort personaleflow i gruppen. Forstanderen glæder sig dog over, at forbruget af private vikarbureauer er faldet i sammenligning med sidste års forbrug. Kompetenceudviklingen af medarbejderne sikres gennem målrettede tilbud om undervisning og sidemandsoplæring i fx medicinhåndtering, psykiatrisk sygepleje, demens, magtanvendelse og dokumentation. Centralt fra tilbydes social- og sundhedsassistenter undervisning i fx dokumentationen. Tilbuddet er ikke gældende for social- og sundhedshjælperne, men forstanderen oplyser, at kommunen er på vej med et nyt koncept for undervisning. Sygefraværet ligger på et for højt niveau, og derfor afholdes der løbende omsorgssamtaler og opfølgende samtaler. Forstanderen oplyser, at der gennem afholdelse af fx triageringsmøder sikres gode rammer for tværfaglig sparring. Den tværfaglige sparring bidrager til social- og sundhedshjælpernes kompetenceudvikling, og når der er behov herfor, kan der også trækkes på kommunens specialister inden for forskellige områder. Der afholdes møder i sygeplejegruppen, hvor både social- og sundhedsassistenter og sygeplejersken deltager. På møderne italesættes der status på de faglige indsatser, og der drøftes behov for undervisning ved fx lægen, som netop har undervist i palliation. Videndeling sker primært via dokumentationen i Nexus, men der er et kort overlap mellem dag- og aftenvagter og mellem nattevagten og medarbejderne, der møder ind i dagvagt. Brogårdshøj har et fastlagt introduktionsprogram for nye medarbejdere, og alle medarbejdere tilbydes forflytningskursus og oplæring i udførelse af plejeopgaver. Alle afløsere følger en fast medarbejder i ca. tre dage, før de selvstændigt udfører plejeopgaver.

	MEDARBEJDERINTERVIEW Medarbejderen oplever, at hendes kompetencer matcher de opgaver, hun stilles over for, og at der er gode muligheder for kompetenceudvikling. Medarbejderen beskriver kompetenceudvikling ift. sondeskift og palliation, herunder arbejdet med tryghedskassen. Medarbejderen oplyser, at der pt. arbejdes målrettet med flere indsatser i forhold til fx dokumentation, struktur, indsatsmål, handlingsanvisninger, delegering og faglighed. I arbejdet med utilsigtede hændelser beskriver medarbejderen, at der en gang om måneden modtages en rapport fra lederen, hvori de indberettede hændelser beskrives. Ud fra rapporten italesættes det, hvilke indsatser der skal implementeres som led i opfølgning og forebyggelse af gentagelser. Det er medarbejderens oplevelse, at emner i relation til indberetningerne og opfølgningen også drøftes i sygeplejegruppen. Medarbejderen oplever, at det tværfaglige samarbejde er velfungerende. Den faglige sparring med akutteamet opleves udbytterigt, og teamet er altid villige til at komme på besøg, når der er behov for en særlig sparring eller faglig vurdering. Samarbejdet med terapeuterne opleves ligeledes velfungerende, og i samarbejdet oplever terapeuterne gode til at vejlede plejepersonalet i, hvordan de i plejen kan understøtte den træning, der tilbydes beboerne.
Tilsynets vurdering - 3	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt. Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er en erkendelse af, at de på Brogårdshøj stadig er udfordret på at sikre den nødvendige faglighed og struktur i leveringen af kerneydelser for beboerne. Tilsynet vurderer, at der arbejdes målrettet med relevante emner i kvalitetsarbejdet, men det er samtidig tilsynets vurdering, at de endnu ikke er i mål på en række vigtige og grundlæggende områder. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne oplever gode kompetencemuligheder, og at det tværfaglige samarbejde er velfungerende.	

3.10 OBSERVATIONSSTUDIE

Data	**Observationsstudie af hjælp til brusebad.** **KOMMUNIKATION** Medarbejderen hilser venligt godmorgen og fortæller beboeren, at der er kommet en pakke til hende. Beboeren og medarbejderen taler om glæden ved at modtage pakker. Medarbejderen taler i en respektfuld og anerkendende tone til beboeren, og hun spørger ind til beboerens velbefindende. Blandt andet spørger medarbejderen på en forsigtig og venlig måde ind til beboerens nylige behandling på hospitalet. Det er tydeligt, at beboeren er tryg ved at tale med medarbejderen om sin cancersygdom. Medarbejderen stiller relevante spørgsmål og udviser en meget omsorgsfuld adfærd. Medarbejderen stopper fx op et par gange og udviser en nærværende og lyttende adfærd. Under dialogen lægger medarbejderen også forsigtigt en hånd på beboerens arm. **SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE** Medarbejderen beskriver for beboeren, hvordan hun har tænkt sig at starte plejen, og hun spørger beboeren, om beboeren gerne vil have en anden rækkefølge. Beboeren takker ja til plejen, som beskrevet af medarbejderen.

Medarbejderen er under hele plejeforløber meget opmærksom på at spørge ind til beboerens ønsker, og under brusebadet spørges beboeren fx om, hvilken sæbe hun ønsker, da der er flere valgmuligheder, om vandtemperaturen er passende, og om det er korrekt forstået, at beboeren kun ønsker hårvask en enkelt gang. Før brusebadet afsluttes, spørges beboeren, om hun føler sig godt tilpas og ren, hvilket beboeren bekræfter med et smil.

REHABILITERING

Beboeren har en del ressourcer, som medarbejderen er opmærksom på at inddrage, når det er relevant. Beboeren inddrager egne ressourcer under brusebadet, påklædningen og under forflytninger fra fx seng til stol. Beboeren fortæller, at hun er lidt ked af, at det roder i hendes hjem. Medarbejderen oplyser, at det faktisk er hende, der kommer og gør rent senere på dagen, og at hun ved samme lejlighed gerne vil hjælpe beboeren med at rydde lidt op. Beboeren udtrykker stor glæde ved medarbejderens forslag.

ORGANISERING AF ARBEJDET

Der forekommer ingen afbrydelser undervejs i plejeforløbet. Medarbejderen arbejder målrettet og systematisk og i et tempo, der passer beboeren godt. Tilsynet bemærker, at medarbejderen ikke sikrer sig gode arbejdsstillinger, når hjælpen udføres, mens beboeren ligger i sengen, idet medarbejderen ikke eleverer sengen i den korrekte højde.

DEN FAGLIGE UDFØRELSE AF ARBEJDET

Beboeren får hjælp til nedre hygiejne i sengen og herefter hjælp til brusebad på badeværelset. Det er tydeligt, at medarbejderen har et godt kendskab til, hvorledes plejen skal udføres. Medarbejderen oplyser fx beboeren om, at hun vil finde de håndklæder frem, som beboeren helst vil bruge. Beboeren udtrykker med et smil, at det er lige præcist sådan, hun ønsker det. Efter brusebadet lægges der håndklæder på sengen, som beboeren ønsker det, og medarbejderen hjælper beboeren med at tørre sig, mens beboeren sidder på badestolen. Herefter forflyttes beboeren til sengen, hvor beboeren blandt andet får hjælp til at blive tørret godt mellem fødderne, blive smurt ind med lotion og få tøj på.

Efter endt pleje forflyttes beboeren til kørestolen og får serveret morgenmad. Medarbejderen foretager forflytninger af beboeren på en korrekt måde, og beboeren synes at være helt tryg i situationerne.

Tilsynet observerer, at medarbejderen ikke foretager handskeskift, hvor dette ellers er påkrævet. Medarbejderen oplyser, at hun har fået introduktion til, hvorledes der udføres hjælp til nedre hygiejne, men at hun ikke er blevet introduceret til, hvordan der sikres korrekt håndhygiejne. Medarbejderen anvender forklæde under hjælpen til brusebadet.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at der under observationsstudiet foregår en særdeles respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejderens side. Hjælpen er velorganiseret og leveres i meget høj grad med udgangspunkt i at sikre beboerens selvbestemmelsesret. Medarbejderen udviser i praksis en faglig forståelse for den rehabiliterende tilgang.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderen er mindre opmærksom på at sikre korrekte arbejdsstillinger, og at hun ikke foretager handskeskift i alle nødvendige situationer.

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

4.1 FORMÅL

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for borgere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourcer, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 VURDERINGSSKALA

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau.:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
SCORE: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • 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. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

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 plejecentre, 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.

Relateret document 12/21

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Søndersøhave 2022.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Søndersøhave 2022**
Dokument ID:	**4960947**

Tilsynsrapport
Gentofte Kommune

Plejehjemmet Søndersøhave

Uanmeldt tilsyn 2022

INDHOLD

1. OPLYSNINGER OM PLEJEHJEMMET 4

2. VURDERING 5
2.1 TILSYNETS VURDERINGER 5
2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER 8

3. DATAGRUNDLAG 9
3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER 9
3.2 DOKUMENTATION 9
3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP 11
3.4 MAD OG MÅLTIDER 13
3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD 14
3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING 16
3.7 MEDICINHÅNDTERING 17
3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN 18
3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE 19
3.10 OBSERVATIONSSTUDIE 21

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE 24
4.1 FORMÅL 24
4.2 METODE 24
4.3 VURDERINGSSKALA 25
4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE 26

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete plejehjem.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer, observationsstudier og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

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

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Gitte Ammundsen
Senior Manager
Mobil: 4189 0406
Mail: gia@bdo.dk
Projektansvarlig

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

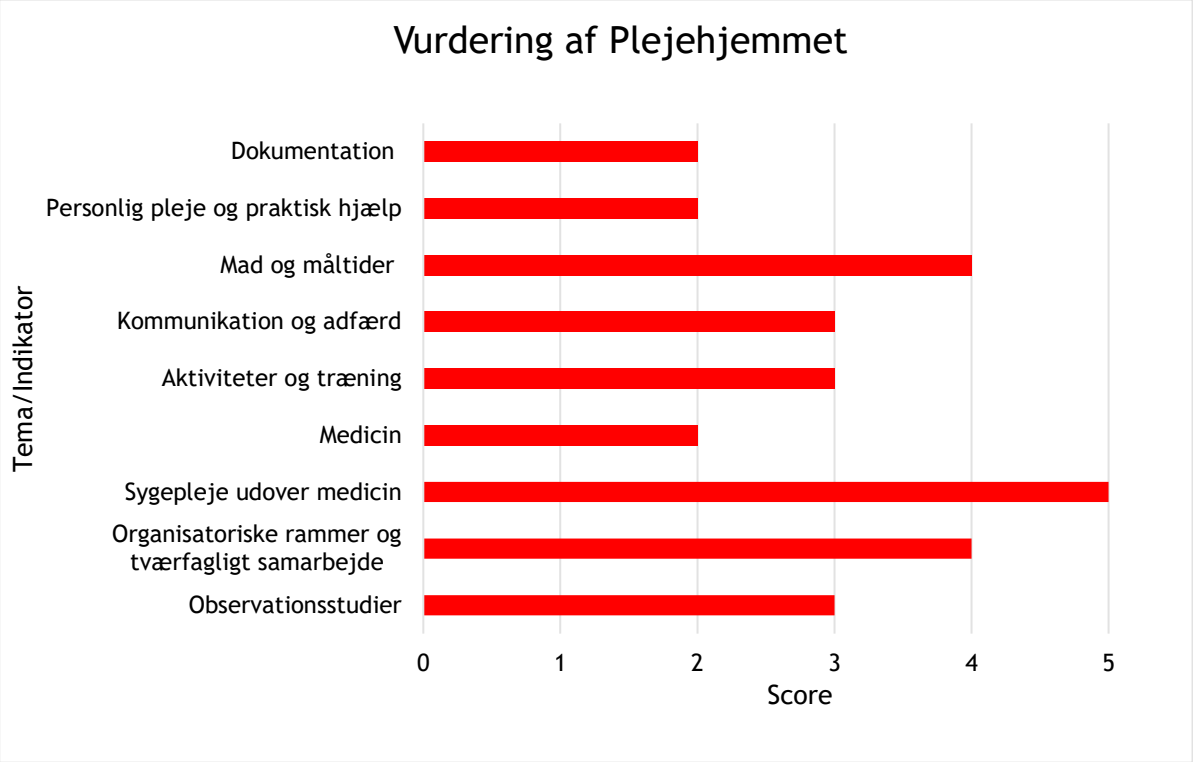
1. OPLYSNINGER OM PLEJEHJEMMET

Oplysninger om plejehjemmet og tilsynet
Navn og Adresse: Søndersøhave, Søndersøvej 41E, 2820 Gentofte
Leder: Hanne-Lene Hedegaard Nielsen
Antal boliger: 69 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 10. november 2022
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejehjemmets ledelse • Interview af fem beboere • Gennemgang af dokumentation • Kontrol af medicinen • Observationsstudier • Gruppeinterview med fem medarbejdere (Tre social- og sundhedshjælpere, en social- og sundhedsassistent og en sygeplejerske) Beboere, som indgår i individuelle interviews, har givet deres accept til at indgå i tilsynet. Tilsynet afsluttes med en tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Gitte Ammundsen, Senior manager og sygeplejerske Gitte Duus Andersen, Manager og sygeplejerske, cand. cur Andreas Bertelsen, Manager og sygeplejerske

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS VURDERINGER

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Dokumentationen i døgnrytmeplanerne har mangler i forhold til at indeholde ajourførte og handlevejledende beskrivelser af den hjælp, som beboerne modtager gennem hele døgnet. Tilsynet konstaterer, at døgnrytmeplanen for dag helt mangler at blive udarbejdet i forhold til en beboer. Det er tilsynets vurdering, at døgnrytmeplanerne kun indeholder meget sparsomme beskrivelser af beboernes egne ønsker og vaner ift. tilrettelæggelsen og udførelsen af hjælpen. Således vurderes det, at der mangler beskrivelser af, at hjælpen leveres med udgangspunkt i beboernes individuelle ønsker.

Tilsynet vurderer, at der ikke systematisk sker udarbejdelse af de generelle oplysninger, idet der for fire beboere ikke er taget stilling til felterne mestring, motivation, roller og ressourcer. Tilsynet vurderer, at der ikke arbejdes målrettet med dokumentation af livshistorien, idet denne ikke er udfyldt for fire af beboerne. Der foreligger ikke dokumentation af, hvorvidt beboerne eventuelt ikke har ønsket at deltage til udarbejdelse af livshistorien.

Det er tilsynets vurdering, at plejehjemmet har en stor udfordring ift. at sikre udarbejdelse af de nødvendige handlingsanvisninger, idet der hos alle beboere konstateres manglende handlingsanvisninger på forskellige sundhedslovsindsatser. Tilsynet vurderer, at helbredstilstandene for fire beboere mangler ajourføring, så beskrivelserne er i overensstemmelse med beboernes aktuelle situation.

Det er tilsynets vurdering, at der ikke konsekvent sker dokumentation af data fra vægtmålinger. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

Personlig pleje og praktisk støtte:

Det er tilsynets vurdering, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboernes hjælpemidler ikke konsekvent sikres renholdte, og at der i forhold til et par beboere i mindre grad er sikret en tilfredsstillende rengøringsstandard.

På baggrund af observationer under rundgang på fællesarealer er det tilsynets vurdering, at ikke alle medarbejdere overholder de generelle hygiejniske retningslinjer, idet medarbejderne bærer handsker på fællesarealer, og går imellem beboernes boliger iført samme handsker.

Beboerne oplever at få den hjælp, de har behov for, og at kvaliteten heraf er tilfredsstillende, når hjælpen leveres af faste medarbejdere. Beboerne udtrykker dog oplevelsen af, at kvaliteten af hjælpen påvirkes negativt af, at der dagligt er tilknyttet mange eksterne vikarer og afløsere på plejehjemmet.

Medarbejderne kan med faglig overbevisning redegøre for den rehabiliterende tilgang og for, hvorledes hjælpen til personlig pleje udføres med udgangspunkt i beboernes livshistorie, ønsker og behov.

Mad og måltider:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid. Medarbejderne arbejder ud fra faste roller, og i forbindelse med det observerede måltid sikres beboerne mulighed for selvbestemmelse og medindflydelse.

Beboerne finder det hyggeligt at indtage deres måltider i den fælles spisestue. Det er tilsynets vurdering, at flertallet af beboerne er mindre tilfredse med kvaliteten af maden. Beboerne beskriver, at udbuddet af aftensmåltiderne er for ensformige, hvorpå tilsmagningen og variationerne på retterne er mangelfulde. Ydermere beskriver en beboer oplevelsen af ikke at blive lyttet til, når der tilkendegives ønsker om større variation af måltidets retter. Tilsynet har en drøftelse med ledelsen, som oplyser, at de ikke har indflydelse på valg af menuer.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange under måltiderne, hvor der arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang og med fokus på at skabe sociale relationer mellem beboerne.

Kommunikation og adfærd:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der generelt på plejehjemmet er en imødekommende og respektfuld kommunikation fra medarbejderne. På baggrund af tilsynets observationer under rundgang på fællesarealerne er det dog tilsynets vurdering, at nogle medarbejdere udviser en mindre professionel adfærd, idet flere af medarbejderne tiltaler beboerne i form af ”skat” og ”mor”.

Beboerne giver udtryk for, at der generelt kommunikeres og ageres respektfuldt. Tilsynet vurderer, at flere beboere dog oplever, at vikarer og afløsere udviser en mindre respektfuld adfærd, idet der ikke bankes på hoveddøren, inden der gøres entre i boligen.

Det vurderes, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig kommunikation.

Træning og aktiviteter:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at plejehjemmet har tilbud om fællesaktiviteter for beboerne, men det konstateres, at der er mindre fokus på også at sikre planlægning og afholdelse af aktiviteter på afdelingsniveau. På baggrund af en medarbejders udsagn anerkender tilsynet, at der afholdes spontane aktiviteter for beboere med demens, men det er dog tilsynets vurdering, at tilbud om aktiviteter for disse beboere også med fordel kan planlægges på forhånd, idet målgruppen ofte profiterer af at have faste rutiner og en struktureret hverdag. Tilsynet vurderer, at beboerne efterspørger flere tilbud om aktiviteter.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for plejehjemmets aktivitetstilbud.

Medicin:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Tilsynet konstaterer, at der er dispenseret korrekt medicin hos alle fem beboere.

På flere områder konstateres der væsentlige mangler i opbevaringen, håndteringen og administrationen af medicinen, som det vil kræve en målrettet indsats at afhjælpe. På baggrund af tilsynets fund er det således vurderingen, at plejehjemmet endnu ikke er kommet i mål med at sikre, at gældende retningslinjer følges for at sikre korrekt opbevaring og håndtering af beboernes medicin.

Tilsynet konstaterer, at et par beboere har oplevelsen af, at medicin ikke gives på de faste og aftalte tidspunkter.

Det er tilsynets vurdering, at den medicinansvarlige medarbejders redegørelse for dispensering og administration er i overensstemmelse med gældende retningslinjer på området. Medarbejderne, der har med udlevering af dispenseret medicin at gøre, kan ligeledes redegøre for korrekt arbejdsgang herfor.

Sygeplejeydelser ud over medicin:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Der er sammenhæng mellem de visiterede og leverede sygeplejeindsatser, og beboerne italesætter tilfredshed med den hjælp, de modtager til sygeplejeindsatserne.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for, hvordan det sikres, at de sygeplejefaglige indsatser leveres ud fra en høj faglig standard.

Organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

På baggrund af interview med ledelsen er det tilsynets vurdering, at der arbejdes målrettet med at imødekomme de rekrutteringsmæssige udfordringer, som plejehjemmet pt. står foran. Det er tilsynets vurdering, at der ledelsesmæssigt er bevidsthed om, at forbruget af vikarer fremadrettet skal nedbringes.

Tilsynet anerkender plejehjemmets indsatser ift. onboarding af nye medarbejdere, men det er dog tilsynets vurdering, at der med fordel kan rettes et skærpet fokus på de særlige behov, som vikarer og ufaglærte medarbejdere måtte have for at kunne levere pleje og omsorg på niveau med de faste medarbejdere.

Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er fokus på at sikre gode rammer for kompetenceudvikling af medarbejderne samt gode rammer for det tværfaglige samarbejde.

Medarbejderne oplever, at deres kompetencer matcher de opgaver, de stilles over for i hverdagen, og at deres kompetencer udvikles gennem fx praksisnær undervisning og deltagelse i kurser. Medarbejderne kan redegøre for det tværfaglige samarbejde, og de oplever at have fagligt udbytte heraf.

Observationsstudier:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det vurderes, at medarbejderne benytter en målrettet og individuel tilgang til beboerne, hvortil både kommunikationen og indsatserne er tilpasset beboernes behov. Der arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang med fokus på at sikre beboernes selvbestemmelse og autonomi. Organiseringen af plejeforløbet sker på en tilfredsstillende måde.

Tilsynet vurderer, at der i forbindelse med det ene observationsstudie anvendes kælenavne, da en medarbejder gentagende gange kalder beboeren for "skat". Ydermere vurderer tilsynet, at medarbejderne anvender værnemidler korrekt under plejen, men at medarbejderne ikke fortager korrekt håndhygiejne mellem handskeskift eller foretager handskeskift, hvor dette vurderes relevant.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation, observationer og observationsstudier. Derudover foretages kontrol af medicinen. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger

1. Tilsynet anerkender, at den gældende dokumentationspraksis ift. medicinopgaver er op til kommunens beslutning at afgøre, men tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt tages initiativ til faglig drøftelse heraf, så det sikres, at dokumentationen af medicinopgaver til enhver tid er handlevejledende, og at dokumentationen sker på en ensartet og systematisk måde.
2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder den målrettede indsats på dokumentationsområdet, og at der herunder rettes en opmærksomhed på at sikre:
    - At døgnrytmeplanerne indeholder handlevejledende beskrivelser af alle indsatser.
    - At der udarbejdes handlingsanvisninger på alle Sundhedslovsindsatser.
    - At helbredstilstande er ajourførte og svarende til beboernes aktuelle situation.
    - At der tages stilling til de generelle oplysninger hos alle beboere.
    - At der rettes fokus på at sikre udarbejdelse af beboernes livshistorie. Hvis en beboer ikke ønsker at deltage heri, bør dette dokumenteres, så det tydeligt fremgår, at der er spurgt ind hertil.
3. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt rettes et skærpet fokus på at sikre tilfredsstillende rengøringsstandard i boligerne og omkring beboernes hjælpemidler. Herunder anbefaler tilsynet, at der udarbejdes og implementeres en fast arbejdsgang for renholdelse af hjælpemidler.
4. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssigt sikres, at medarbejderne har kendskab til - og til enhver tid følger - gældende retningslinjer for at sikre korrekt håndhygiejne, herunder brug af handsker.
5. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt implementeres indsatser, der bidrager til, at beboerne føler sig hørt og lyttet til, når de fremkommer med oplevelser omkring madens kvalitet.
6. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssigt italesættes over for medarbejderne, hvordan der udvises respektfuld kommunikation og adfærd i mødet med beboerne, herunder at der ikke anvendes brug af kælenavne og altid bankes på døren, før indgang til beboernes bolig.
7. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt implementeres indsatser, så der sikres faste tilbud om aktiviteter på afdelingsniveau for beboerne. Herunder anbefaler tilsynet, at opgaver i relation til aktiviteter planlægges og koordineres på lige fod med plejehjemmets øvrige opgaver.
8. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter en målrettet indsats på medicinområdet, så det sikres, at beboernes medicin opbevares, dokumenteres og administreres efter gældende retningslinjer. Tilsynet anbefaler yderligere, at det ledelsesmæssigt sikres, at beboerne får medicinen på de faste og aftalte tidspunkter.
9. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt rettes et særligt fokus på at sikre en målrettet introduktion og oplæring af vikarer og ufaglærte medarbejdere. Tilsynet anbefaler derudover, at de ledelsesmæssige indsatser ift. fastholdelse og rekruttering af faglærte medarbejdere fortsat får høj prioritet.

3. DATAGRUNDLAG

3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER

Data	LEDERINTERVIEW: Ved sidste tilsyn blev der givet anbefalinger i forhold til dokumentationen. Lederen oplyser, at der siden sidste tilsyn er ansat en kvalitetssygeplejerske, hvis rolle og ansvar er at medvirke til at sikre den nødvendige kvalitet i dokumentationen. Der er gennemført sidemandsoplæring af medarbejderne, og særligt har der været rettet fokus på de nye tiltag i arbejdet med tilstandshjulet. Kvalitetssygeplejersken udfører kontrol af dokumentationen og er i faglig dialog med medarbejderne om de fund, der gøres. Plejehjemslægen har ligeledes bidraget til at sikre korrekt dokumentation ifm., at beboere er overgået til dosisdispensering. I kvalitetsarbejdet er der rettet særligt fokus på medicinhåndtering, herunder fokus på, at der sker en systematisk og ensartet opbevaring af medicin. Plejehjemmet har været igennem en omfattende implementeringsproces af Mobil Nexus, hvilket betyder, at medarbejderne nu kan foretage dele af dokumentationen via deres telefon. Plejehjemmet har fået et nyt kaldesystem, som man stadig er i proces med implementeringen af, idet der opleves visse tekniske udfordringer i brugen af systemet. I kvalitetsarbejdet er fokus også rettet på kompetenceudvikling af medarbejderne. Størstedelen af medarbejderne har modtaget undervisning i Low Arousal, og udvalgte medarbejdere og ledelsen deltager i et forløb omkring "Værdig ældrepleje" i samarbejde med Styrelsen for Patientsikkerhed.

3.2 DOKUMENTATION

Data	**OBSERVATION** Der foretages observation i de udvalgte beboeres omsorgsjournal. **Funktionsevnetilstande** Der foreligger ajourførte funktionsevnetilstande på alle fem beboere. **Døgnrytmeplanen** I forhold til alle fem beboere observeres der mangler i døgnrytmeplanen. Tilsynet bemærker, at der generelt kun foreligger meget sparsomme beskrivelser af beboernes ønsker og vaner ift., hvorledes hjælpen skal tilrettelægges og udføres. Ligeledes observeres det, at døgnrytmeplanerne indeholder beskrivelser af medicindispenseringsopgaver og opgaver ifm. medicinadministration. Beskrivelser af medicinopgaver ses dokumenteret forskellige steder, fx under feltet "Særlig opmærksomhed" eller "Medarbejders indsats". Tilsynet får oplyst, at der er aftalt praksis for, at medicinopgaver dokumenteres i døgnrytmeplanerne. Tilsynet taler med ledelsen om fordelene ved i stedet at dokumentere dette i handlingsanvisninger, idet der er tale om en sundhedslovsindsats.

Ved gennemgang af døgnrytmeplanerne observerer tilsynet yderligere følgende forhold:

- For tre beboere er hjælpen til nat ikke handlevejledende beskrevet, idet det fx kun beskrives, at der skal aflægges tilsyn x 2.
- I en døgnrytmeplan beskrives symptomer på for højt og for lavt blodsukker. Oplysningerne indgår også i handlingsanvisningen for blodsukkermålinger, og således observeres der eksempel på dobbeltdokumentation.
- Døgnrytmeplanen mangler helt at blive udarbejdet ift. en beboer.
- Der mangler beskrivelse af beboerens hjælp til aftagning af støttestrømper om aftenen.
- Hjælpen til personlig pleje er ikke handlevejledende beskrevet, idet det kun fremgår, at beboeren skal have hjælp i sengen eller på badeværelset.
- Hjælpen til bad er ift. tre beboere ikke beskrevet handlevejledende.

Generelle oplysninger

Der foreligger beskrivelser af helbredsoplysninger på alle fem beboere. Tilsynet bemærker, at felterne mestring, motivation, roller og ressourcer ikke er udfyldt for fire af beboerne. For en beboer er felterne delvist udfyldt.

Tilsynet bemærker, at der for fire beboere ikke er udarbejdet livshistorie. Baggrundelsen for den manglende livshistorie ses ikke dokumenteret.

Handlingsanvisninger

For alle fem beboere er der ikke udarbejdet alle de nødvendige handlingsanvisninger. Fx mangler der udarbejdelse af handlingsanvisninger for øjendrypning, påsmøring med medicinsk salve, medicinadministration, kontrol af dosisdispenseret medicin, smerteplaster og ernæring.

Derudover konstaterer tilsynet følgende mangler:

- Et par handlingsanvisninger bør inaktiveres, idet indsatsen ikke længere er aktuel. Fx ses en aktiv handlingsanvisning fra beboerens tid på døgnophold.
- En handlingsanvisning for ernæring mangler ajourføring, idet beskrivelser af seneste indsatser ligger tilbage til februar 2021.

Helbredstilstande:

I forhold til fire beboere mangler helbredstilstande at blive ajourført. Tilsynet observerer fx beskrivelse af, at en beboers søvnproblemer skal ses an til juni 2021, eller at beskrivelsen af en beboers vægtmæssige udfordringer ligger tilbage til 2019.

Observationsnotater:

Tilsynet bemærker, at der ikke sker konsekvent dokumentation af data fra vægtmålinger, som det ellers fremgår beskrevet i handlingsanvisninger. Tilsynet bemærker ligeledes, at der foreligger et observationsnotat på, at en beboer skal vejes en gang ugentligt. Der er ikke oprettet handlingsanvisning herpå, og der foreligger ej heller dokumentation af vægtmålinger.

For en beboer beskrives i et observationsnotat, at der skal være opmærksomhed på, om beboeren har en urinvejsinfektion, idet urinen er ildelugtende. Tilsynet observerer, at der ikke er fulgt op på observationen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør for udfyldelse og anvendelse af døgnrytmeplanerne. Hertil beskriver medarbejderne, at de orienterer sig i beboernes døgnrytmeplaner, inden der aflægges et besøg.

	Medarbejderne beskriver, at de oplever kvaliteten af døgnrytmeplanerne som værende brugbare og anvendelige. Døgnrytmeplanerne opstartes i forbindelse med beboeres indflytning på plejehjemmet, hvor der tages udgangspunkt i udskrivningsdokumenter fra evt. hospital eller genoptræningscenter. Ajourføring italesættes som et fælles ansvar, hvor der tages udgangspunkt i, at døgnrytmeplanerne udarbejdes efter en fast skabelon for dag, aften og nat med afsæt i de respektive vagthold. Handlingsanvisninger, funktionsevnetilstande og helbredstilstande justeres løbende og ved ændringer. Her italesætter medarbejderne dette som et fælles ansvar fordelt mellem social- og sundhedsassistenterne og sygeplejerskerne. I den forbindelse redegøres der for, at handlingsanvisningerne f.eks. er oprettet på sårpleje, dysfagi og ernæring. Medarbejderne tilkendegiver, at de generelt er fortrolige med dokumentationsarbejdet i Nexus. Der arbejdes på nuværende tidspunkt hen imod en ny dokumentationsstruktur, hvor tilstandshjulet i højere grad skal benyttes. Der opleves generelt altid mulighed for at kunne efterspørge og opsøge sparring omkring dokumentationsopgaverne. Medarbejderne beskriver, at de kan henvende sig til sygeplejersken og social og sundhedsassistenterne, og ydermere har de mulighed for at kontakte eksterne konsulenter, som generelt bidrager ind i dokumentationsopgaven.
Tilsynets vurdering - 2	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt. Tilsynet vurderer, at dokumentationen i døgnrytmeplanerne har mangler i forhold til at indeholde ajourførte og handlevejledende beskrivelser af den hjælp, som beboerne modtager gennem hele døgnet. Tilsynet konstaterer, at døgnrytmeplanen for dag helt mangler at blive udarbejdet i forhold til en beboer. Det er tilsynets vurdering, at døgnrytmeplanerne kun indeholder meget sparsomme beskrivelser af beboernes egne ønsker og vaner ift. tilrettelæggelsen og udførelsen af hjælpen. Således vurderes det, at der mangler beskrivelser af, at hjælpen leveres med udgangspunkt i beboernes individuelle ønsker. Tilsynet vurderer, at der ikke systematisk sker udarbejdelse af de generelle oplysninger, idet der for fire beboere ikke er taget stilling til felterne mestring, motivation, roller og ressourcer. Tilsynet vurderer, at der ikke arbejdes målrettet med dokumentation af livshistorien, idet denne ikke er udfyldt for fire af beboerne. Der foreligger ikke dokumentation af, hvorvidt beboerne eventuelt ikke har ønsket at deltage til udarbejdelse af livshistorien. Det er tilsynets vurdering, at plejehjemmet har en stor udfordring ift. at sikre udarbejdelse af de nødvendige handlingsanvisninger, idet der hos alle beboere konstateres manglende handlingsanvisninger på forskellige sundhedslovsindsatser. Tilsynet vurderer, at helbredstilstandene for fire beboere mangler ajourføring, så beskrivelserne er i overensstemmelse med beboernes aktuelle situation. Det er tilsynets vurdering, at der ikke konsekvent sker dokumentation af data fra vægtmålinger. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen.	

3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP

Data	**OBSERVATION** Beboernes tilstand bærer præg af, at indsatsen er svarende til deres behov. Alle er soignerede og fremstår veltilpasse.

Generelt observeres det på plejehjemmet, at beboernes hjælpemidler ikke fremstår tilstrækkeligt rengjorte. F.eks. fremstår nogle beboeres kørestole og rollatorer med synlige madrester og ses i en generel snavset tilstand.

I en beboers bolig fremstår borde og stole beskidte. En anden beboers spisebordsstel fremstår ligeledes med synlige madrester, hvor også bordpladens kanter trænger til rengøring.

På fællesarealerne observerer tilsynet flere steder, at medarbejderne bærer handsker, samt at medarbejderne, iført handsker, tager effekter fra f.eks. skabe og linnedvogne. Tilsynet observerer tilmed, at flere af medarbejderne går fra en beboers bolig til en anden beboers bolig iført de samme handsker.

BEBOERINTERVIEW

En beboer kan ikke medvirke på baggrund af helbredsmæssige udfordringer.

De resterende fire beboere beskriver, at hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte generelt set er svarende til deres behov, og at de generelt set er tilfredse med hjælpen. Beboerne udtrykker tilfredshed med kvaliteten og trygheden, når hjælpen udføres af det faste personale.

Beboerne udtrykker dog, at kvaliteten af hjælpen påvirkes negativt af, at der dagligt er tilknyttet mange eksterne vikarer og afløsere på plejehjemmet. Der beskrives en stor forskel i kvaliteten ud fra, om det er de faste medarbejdere, der udfører opgaverne, eller om det er vikarer. Oplevelsen er, at vikarerne ikke tager udgangspunkt i beboernes ønsker og vaner, og at plejen ikke er tilrettelagt ud fra individuelle hensyn.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør for, at fordeling og planlægning af dagens opgaver organiseres på en tavle på personalekontoret, hvortil der, for at sikre kontinuitet, prioriteres ud fra kompleksitet, særlige opmærksomheder og kontaktpersonsordning. Der er i forbindelse med fordelingen af opgaver fokus på, at det er de faste medarbejdere, som varetager de mest komplekse beboere og arbejdsopgaver.

En medarbejder italesætter rollen som demensvejleder, og medarbejderen fortæller om et fokus på at introducere og oplære faste kollegaer og afløsere til demensområdet.

Der tages hensyn til beboernes ønsker og vaner, blandt andet ved at medarbejderne indhenter og arbejder med beboernes livshistorie. Med udgangspunkt i livshistorien italesætter medarbejderne mulighed for at arbejde personcentreret og tage individuelle hensyn. Medarbejderne opfordrer de pårørende til at deltage i udfyldelsen af livshistorien, så vigtige oplysninger og opmærksomhedspunkter sikres.

Medarbejderne redegør herudover for at have modtaget undervisning i "low arousal", hvor teori og viden med stor overbevisning efterfølgende har været anvendt i praksis. På den skærmede demensafdeling beskrives der tilgange og arbejdsformer med afsæt i fokus på relationsdannelse, at agere tålmodigt samt generelt set at arbejde i et roligt tempo. Der anvendes faglige metoder, såsom "kontakt øer" og afledning ved brug af sang og musik.

Der er blandt medarbejdergruppen generelt fokus på at tage hensyn til beboernes ønsker og vaner ved f.eks. at spørge beboerne direkte, at tage udgangspunkt i beboerens aktuelle situation og at optræde nærværende og lyttende. Medarbejderne redegør for, at de anvender fysisk berøring og kærlige hensyn i kontakten med den enkelte beboer.

Medarbejderne redegør i tilstrækkelig grad for, hvordan de agerer, når der opstår ændringer i beboernes tilstand.

	Der italesættes en beskrivelse af, at der hurtigt rettes henvendelse til social- og sundhedsassistenten eller sygeplejersken, hvorefter de redegør for TOBS og evt. kontakt til læge.

Tilsynets vurdering - 2

Det er tilsynets vurdering, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboernes hjælpemidler ikke konsekvent sikres renholdte, og at der i forhold til et par beboere i mindre grad er sikret en tilfredsstillende rengøringsstandard.

På baggrund af observationer under rundgang på fællesarealer er det tilsynets vurdering, at ikke alle medarbejdere overholder de generelle hygiejniske retningslinjer, idet medarbejderne bærer handsker på fællesarealer, og de går imellem beboernes boliger iført samme handsker.

Tilsynet vurderer, at beboerne oplever at få den hjælp, de har behov for, og at kvaliteten heraf er tilfredsstillende, når hjælpen leveres af faste medarbejdere. Beboerne udtrykker oplevelsen af, at kvaliteten af hjælpen påvirkes negativt af, at der dagligt er tilknyttet mange eksterne vikarer og afløsere på plejehjemmet.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne med faglig overbevisning kan redegøre for den rehabiliterende tilgang og for, hvorledes hjælpen til personlig pleje udføres med udgangspunkt i beboernes livshistorie, ønsker og behov.

3.4 MAD OG MÅLTIDER

Data	**OBSERVATION** På flere afdelinger sidder enkelte beboere og spiser deres morgenmad. På en afdeling ses, at der foran enkelte pladser er sat navneskilte, og at bordet er pyntet med grene fra naturen. På bordet står der kander med kaffe og andre drikkevarer, som beboerne selv kan skænke fra. En beboer har fået sin mad anrettet, så han selv kan smøre brødet. Tilsynet foretager kort observation af frokostmåltidet på en afdeling. Her sidder beboerne ved forskellige borde, hvor der er taget hensyn til beboernes behov for skærmning. Ved et bord sidder flere beboere, som indgår i hyggelig dialog. Inden måltidet påbegyndes, sikrer medarbejderne sig, at radioen er slukket, og at beboerne har fået deres medicin, så der ikke forekommer unødige forstyrrelser. En medarbejder går rundt og tilbyder beboerne drikkevarer efter eget ønske. En beboer får lov selv at skænke fra kanden. Maden er anrettet på fade. En medarbejder præsenterer maden for beboerne, og spørger ind til deres ønsker. Medarbejderen serverer herefter det ønskede. Herudover ses det, at der er taget hensyn til beboernes individuelle behov, to beboere har fx fået anrettet en skål med salat. Under måltidet er der en rolig stemning. To medarbejdere sidder med ved bordene, hvor de deltager i et pædagogisk måltid med beboerne. **BEBOERINTERVIEW** En beboer kan ikke medvirke på baggrund af helbredsmæssige udfordringer. Tre af beboerne italesætter den varme mad som ensformig. En beboer har over for personalet tilkendegivet ønsket om en større variation, men beboeren har en oplevelse af, at det endnu ikke har hjulpet. Ydermere tilkendegiver beboerne, at det varme aftensmåltid ikke altid er tilsmagt, så måltidet ofte opleves lidt smagløst. Flere af beboerne spiser sammen ude i dagligstuerne, hvor der beskrives en hyggelig atmosfære og god stemning. Beboerne oplever rig mulighed for mellemmåltider.

	MEDARBEJDERINTERVIEW Medarbejderne redegør for arbejdsgange forbundet med måltidet, hvortil de redegør for, at der arbejdes med faste roller, som fordeles i forbindelse med personalets morgenmøde. Ved behov for kostændringer eller faglig sparring, omhandlende kost og ernæring, har medarbejderne mulighed for at sparre med diætisten, som er overordnet tovholder på de forskellige kosttyper og den fælles faglige tilgang. Der redegøres for, at der i forbindelse med måltidet er fokus på at skabe en hyggelig stemning og at føre en dialog om hverdagslivet sammen med beboerne. På en afdeling italesætter medarbejderen, at der altid synges før måltidet. Der arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang, da maden anrettes på fade, så beboerne selv kan vælge, hvad de ønsker. For de beboere, som selv kan varetage at smøre og anrette deres egen mad, stilles små skåle og tallerkener på bordet, så beboerens egne ressourcer holdes ved lige. På demensafdelingen skelnes der mellem at tilbyde en individuel anretning, og hos enkelte beboere også at motivere til at beboeren selv anretter sine måltider. Det italesættes, at der er fokus på at tilbyde og servere mellemmåltider såsom frugt, kiks, ostemadder og proteinholdige is eller forskellige drikkevarer. Medarbejderne redegør for, at der igennem beboerens livshistorie tages hensyn til den individuelle beboers særlige ønsker og vaner vedrørende kosten, hvorefter særlige ønsker imødekommes efter de overordnede rammer på plejehjemmet.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid. Medarbejderne arbejder ud fra faste roller, og i forbindelse med det observerede måltid sikres beboerne mulighed for selvbestemmelse og medindflydelse.

Tilsynet vurderer, at beboerne finder det hyggeligt at indtage deres måltider i den fælles spisestue. Det er tilsynets vurdering, at flertallet af beboerne er mindre tilfredse med kvaliteten af maden. Beboerne beskriver, at udbuddet af aftensmåltiderne er for ensformige, hvorpå tilsmagningen og variationerne på retterne er mangelfulde. Ydermere beskriver en beboer oplevelsen af ikke at blive lyttet til, når der tilkendegives ønsker om større variation af måltidets retter. Tilsynet har en drøftelse med ledelsen, som oplyser, at de ikke har indflydelse på valg af menuer.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange under måltiderne, hvor der arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang og med fokus på at skabe sociale relationer mellem beboerne.

3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD

Data	**OBSERVATION** Tilsynet observerer generelt, at medarbejderne har en respektfuld og venlig kommunikation, som er tilpasset til beboernes individuelle behov. I et tilfælde observeres, at en medarbejder hos en hørehæmmet beboer anvender tydelig mimik, suppleret med håndbevægelser, som skal understøtte, at beboeren hører og forstår det sagte. I et andet tilfælde anvender en medarbejder korte sætninger og tydelig tale over for en beboer. I et tredje tilfælde udviser en medarbejder stor opmærksomhed på en beboer, som er ved at sætte sig. Medarbejderen berører let beboerens ryg og flytter stolen, så beboeren lettere kan sætte sig. Der observeres også, at medarbejderne spørger interesseret ind til de beboere, som de møder på gangen. I en situation ses fx, at en medarbejder henvender sig til en beboer i øjenhøjde, smiler og spørger ind til beboerens gåtur. Beboeren fortæller glædeligt om turen.

Herudover ses flere eksempler på, at medarbejderne ringer eller banker på døren, inden de træder ind i boligen.

Tilsynet observerer dog flere episoder, hvor medarbejderne anvender kælenavne i tiltaleform over for beboerne, frem for at tiltale beboerne ved deres fornavn. Herunder observeres fx, at medarbejderne tiltaler beboere med kælenavne som "skat" eller "mor", hvilket fremstår mindre professionelt.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne udtrykker alle generel tilfredshed med medarbejdernes kommunikation, hvortil de beskriver medarbejderne som værende søde og imødekommende. Hertil beskrives det, at medarbejderne altid taler høfligt og pænt, og at der er en god omgangstone på plejehjemmet.

Flere af beboerne italesætter, at der ikke altid bankes på beboernes hoveddør, inden der låses op og entreres til boligen. Beboerne fortæller, at der tilsyneladende er tale om, at det er afløsere og vikarer, som ikke viser hensyn til beboernes privatliv ved først at banke på hoveddøren.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, hvordan de lægger vægt på, at de taler pænt og venligt til beboerne. Her beskriver medarbejderne, at der i kommunikationen er fokus på at etablere tillid, hvor tilliden og relationen skal udvikles og tilpasses over tid. En medarbejder fortæller f.eks., at der hos en beboer er etableret en gensidig tillid og relation, så det nu er muligt at motivere beboeren til et bad. Ydermere beskriver medarbejderne, at der i kommunikationen med beboerne er fokus på:

- At omsorg kan udvises i form af god kontakt.
- At optræde nysgerrigt og interesseret.
- At have fokus på dialogen og tage udgangspunkt i den enkelte beboer.
- At overholde aftaler, følge op på aftaler samt have fokus på at melde tilbage.

I kommunikationen anvendes en individuel tilgang, hvor der beskrives en god omgangstone med beboerne.

Medarbejderne fortæller, at samarbejdet med de pårørende er meget tilfredsstillende, og at der er fokus på at inkludere de pårørende i hverdagen og i afdelingernes hverdagsliv. Kontakten til de pårørende tager udgangspunkt i telefonsamtaler eller mails, hvor der herudover afholdes fælles pårørendemøde hver 3. måned.

Medarbejderne tilkendegiver, at de vil italesætte og reagere, hvis der observeres en uhensigtsmæssig kommunikation eller adfærd fra kollega.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der generelt på plejehjemmet er en imødekommende og respektfuld kommunikation fra medarbejderne. På baggrund af tilsynets observationer under rundgang på fællesarealer er det dog tilsynets vurdering, at nogle medarbejdere udviser en mindre professionel adfærd, idet flere af dem tiltaler beboerne i form af "skat" og "mor".

Beboerne giver udtryk for, at der generelt kommunikeres og ageres respektfuldt. Tilsynet vurderer, at flere beboere dog oplever, at vikarer og afløsere udviser en mindre respektfuld adfærd, idet der ikke bankes på hoveddøren, inden der gøres entre i boligen.

Det vurderes, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe en ligeværdig kommunikation.

3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING

Data	**OBSERVATION** På plejehjemmet ses der små stuer med en hjemlig indretning, som kan benyttes til social aktivitet. Der er også indrettet et motionsrum, hvor der er motionscykler og forskellige redskaber. Her observeres, at en beboer er ved at træne med en medarbejder. Medarbejderen vejleder beboeren i øvelserne, og der er en god kontakt mellem medarbejderen og beboeren. På tilsynsdagen observeres der ingen planlagte aktiviteter. På en opslagstavle hænger en oversigt over de kulturelle tilbud. Her ses, at der generelt kun er planlagt få tilbud, fx er der for november planlagt fire aktiviteter, hvilket omhandler musikaktiviteter og gudstjeneste. Tilsynet er i dialog med en medarbejder, som fortæller, at der planlægges individuelle aktiviteter for beboerne, fx at en beboer skal gå en tur hver dag. Af hverdagsaktiviteter observeres følgende: • To beboere sidder og ser fjernsyn. • To medarbejdere sidder og nyder en kop kaffe i spisestuen, hvor en beboer sidder. Medarbejderne indleder dialog med beboeren og spørger nysgerrigt ind til beboerens livshistorie. **BEBOERINTERVIEW** To beboere har på grund af helbredsmæssige udfordringer vanskeligt ved at svare på tilsynets spørgsmål om aktivitetstilbud. En af beboerne oplyser dog, at han ikke savner tilbud om aktiviteter, da han nyder at sidde i sin bolig og se fjernsyn eller læse en bog. Tre beboere efterspørger flere tilbud om aktiviteter. En beboer udtrykker oplevelsen af, at aktiviteter er et nedprioriteret område. En anden beboer ville gerne have, at der var en aktivitet ift. bagning. Beboeren fortæller, at hun selv maler lidt i sin bolig, og at hun har ansvaret for at holde blomsterkasserne. Ifølge beboeren ses der ind imellem en film i afdelingen. Tredje beboer udtrykker oplevelsen af, at der ikke sker noget på plejehjemmet, da medarbejderne har for travlt til at lave aktiviteter. I forhold til tilbud om træning beskriver to af beboerne, at der er et træningsrum, som de kan træne i. En af beboerne benytter sig ikke af tilbuddet, mens den anden beboer glæder sig over træning med eksterne fysioterapeuter flere gange ugentligt, og beboeren nyder at træne i træningsrummet. Tredje beboer beskriver at deltage i gymnastik. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver, at plejehjemmet ikke har tilbud om faste træningsaktiviteter for beboerne. Direkte adspurgt svarer medarbejderne, at der ikke er faste og planlagte aktiviteter, der har et træningsformål eller formål ift. at fastholde beboernes funktionsniveau. På spørgsmål om, hvorvidt der fx afholdes stolegymnastik, svarer medarbejderne, at dette kun sker på spontan basis, og når tiden hertil haves. Medarbejderne oplyser, at plejehjemmets fællesarrangementer typisk planlægges af forstanderen og afdelingslederne. Der tilbydes aktiviteter, som følger årets traditioner, og aktiviteter ifm. fx gudstjenester og musikarrangementer. Afdelingens medarbejdere planlægger og udfører aktiviteter som fx busture. En medarbejder beskriver, at hun har deltaget i en bustur til en strand, hvor beboerne fik sko og strømper af, så de kunne soppe lidt i vandet.

	Medarbejderne oplyser, at der på afdelingsniveau ikke er en fast og aftalt plan for tilbud om aktiviteter på afdelingsniveau. Aktiviteterne tilbydes udelukkende, når tiden haves hertil. Det er medarbejdernes oplevelse, at den travle hverdag giver visse begrænsninger ift. at tilbyde beboerne aktiviteter på afdelingsniveau i hverdagen. Medarbejderen, der arbejder på en afdeling for beboere med demens, oplever dog, at de på hendes afdeling har et målrettet fokus på tilbud om aktiviteter, da disse har stor værdi for at sikre beboernes trivsel i hverdagen. Aktiviteterne igangsættes ofte spontant, da tilbuddene afstemmes beboerens aktuelle situation og behov.

Tilsynets vurdering - 3
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt. Det er tilsynets vurdering, at plejehjemmet har tilbud om fællesaktiviteter for beboerne, men tilsynet konstaterer, at der er mindre fokus på også at sikre planlægning og afholdelse af aktiviteter på afdelingsniveau. På baggrund af en medarbejders udsagn anerkender tilsynet, at der afholdes spontane aktiviteter for beboere med demens, men det er dog tilsynets vurdering, at tilbud om aktiviteter for disse beboere også med fordel kan planlægges på forhånd, idet målgruppen ofte profiterer af at have faste rutiner og en struktureret hverdag. Tilsynet vurderer, at beboerne efterspørger flere tilbud om aktiviteter. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for plejehjemmets aktivitetstilbud.

3.7 MEDICINHÅNDTERING

Data	**OBSERVATION** Tilsynet foretager medicingennemgang hos de fem udvalgte beboere. Der er dispenseret korrekt medicin hos alle fem beboere, og medicinen er administreret, svarende til tilsynstidspunktet. Tilsynet konstaterer dog fejl og mangler i medicinhåndteringen i alle fem stikprøver. Gældende for de fem beboere vedrører manglerne henholdsvis følgende: • I en stikprøve er der ikke påført anbrudsdato på øjendråber. • I en anden stikprøve mangler øjendråber ligeledes at blive påført anbrudsdato, og der er ikke overensstemmelse mellem handelsnavnet på præparatet og handelsnavnet angivet på medicinlisten. • I en tredje stikprøve mangler en doseringsæske label med navn og CPR-nummer. • I en fjerde stikprøve ses, at medicinen ikke er opbevaret på en korrekt og systematisk måde, idet der ikke konsekvent anvendes farvede poser til opbevaring. Der er bestilt pn medicin for mere end to måneder siden, som endnu ikke ligger i medicinbeholdningen. Der sker ikke konsekvent kvittering af administreret medicin. • I en femte stikprøve ses, at medicinen ikke er opbevaret på en korrekt og systematisk måde, idet der ikke konsekvent anvendes farvede poser til opbevaring. Der observeres fejl i medicinskemaet, idet et dispenseret præparat er angivet under feltet "Andre dispenseringsformer". Der mangler anbrudsdato på flydende medicin, der administreres, og der ses mangler i forhold til at sikre overensstemmelse mellem handelsnavnet på præparatet og handelsnavnet angivet på medicinlisten. I medicinbeholdningen ses udløbet medicin. Flere aktuelle æsker af samme præparat er åbnet samtidigt. Et præparat (pn medicin) mangler i beholdningen, og der sker ikke konsekvent kvittering af administreret medicin.

	BEBOERINTERVIEW Tre beboere udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til medicinopgaver. De to øvrige beboere har kommentarer hertil. En beboer oplyser, at tidspunktet for hjælpen til insulingivning og øjendrypning er meget svingende, og at det bliver givet inden for et tidsrum mellem 7.30 – 9.30. Om aftenen oplever beboere, at medarbejderne helt kan glemme at foretage øjendrypningen. Beboeren udtrykker, at han gerne vil oplæres til selv at klare øjendrypningen. En anden beboer oplyser, at tidspunkter for udlevering af medicin kan variere når medicinen administreres af vikarer. Tilsynet får oplyst, at arbejdsgange i forbindelse med udlevering af medicin på bestemte tidspunkter nu er ændret, så medarbejdernes telefon giver besked på faste tidspunkter, når beboere skal have deres medicin. **MEDARBEJDERINTERVIEW** En medarbejder redegør for medicindispenseringen. Hertil beskrives, at der anvendes medicinbord, og at der er fokus på at skabe ro under dispenseringen. Der anvendes dispenseringsmodulet i Nexus, og der sikres opdatering af handelsnavne. Der foretages også kontrol af den dosisdispenserede medicin, og ved risikosituationslægemidler sikres der særlig opmærksomhed, hvilket også fremgår af dokumentationen. Medarbejderen beskriver, at der foretages eftertælling af medicinen. Medarbejderne, der har med udlevering af dispenseret medicin at gøre, redegør for kontrollen heraf. Medarbejderne fremhæver betydningen af, at medicinen skal ses indtaget, før denne kan betragtes som givet.
Tilsynets vurdering - 2	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt. Tilsynet konstaterer, at der er dispenseret korrekt medicin hos alle fem beboere. Det er tilsynets vurdering, at der på flere områder er væsentlige mangler i opbevaringen, håndteringen og administrationen af medicinen, som det vil kræve en målrettet indsats at afhjælpe. På baggrund af tilsynets fund er det således vurderingen, at plejehjemmet endnu ikke er kommet i mål med at sikre, at gældende retningslinjer følges for at sikre korrekt opbevaring og håndtering af beboernes medicin. Tilsynet konstaterer, at et par beboere har oplevelsen af, at medicin ikke gives på de faste og aftalte tidspunkter. Det er tilsynets vurdering, at den medicinansvarlige medarbejders redegørelse for dispensering og administration er i overensstemmelse med gældende retningslinjer på området. Medarbejderne, der har med udlevering af dispenseret medicin at gøre, kan ligeledes redegøre for korrekt arbejdsgang herfor.	

3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN

Data	**OBSERVATION** Der foretages ingen situationsbestemte observationer i udførelsen af sygeplejeopgaver. For alle beboere observeres ej heller helbredsmæssige forhold, som ikke er håndteret. Dermed konstateres det, at der er sammenhæng mellem de beskrevne og de leverede sygeplejeopgaver hos de tre beboere. **BEBOERINTERVIEW** Alle beboere udtrykker tryghed ved hjælpen til sygepleje ud over medicin. En beboer beskriver en episode, hvor sygeplejersken fulgte op, fordi beboeren var syg. Her blev lægen kontaktet, og der blev fulgt relevant op.

	MEDARBEJDERINTERVIEW Medarbejderne kommer med forskellige eksempler på, hvilke sygeplejefaglige opgaver, de løser. For at sikre, at indsatsen udføres fagligt korrekt, tages der udgangspunkt i beskrivelsen i handlingsanvisningen, og ved tvivlsspørgsmål orienterer medarbejderne sig i VAR eller søger faglig sparring hos fx sygeplejersken. Inden en indsats opgaveoverdrages beskriver medarbejderne, at der altid sikres grundig oplæring.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der er sammenhæng mellem de visiterede og leverede sygeplejeindsatser, og at beboerne italesætter tilfredshed med den hjælp, de modtager til sygeplejeindsatserne.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for, hvordan det sikres, at de sygeplejefaglige indsatser leveres ud fra en høj faglig standard.

3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Data	**LEDELSESINTERVIEW:** Plejehjemmet er, ud over forstanderen, organiseret ved at have fire afdelingsledere, en kvalitetssygeplejerske og en kost- og ernæringsansvarlig medarbejder ansat. Derudover består plejehjemmets medarbejdergruppe af blandt andet social- og sundhedshjælpere, plejehjemsassistenter, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og ufaglærte medarbejdere. Plejehjemmet har pt. en del vakante stillinger. Ledelsen oplyser, at der netop er gennemført en analyse af vikarforbruget i ferieugerne, hvilket viste et særligt stort vikarforbrug. Ledelsen udtrykker, at det bestemt er ønsket at nedsætte forbruget af vikarer, men at der opleves visse rekrutteringsproblematikker. I nogle perioder lykkes det at ansætte medarbejdere, når der indrykkes annoncer, mens der i andre perioder stort set ikke modtages ansøgninger. Plejehjemmet er netop ved at afslutte et forløb med eksterne konsulenter, hvor der blandt andet er udarbejdet en video, som tilknyttes alle annoncer i håbet om at kunne løse de rekrutteringsmæssige udfordringer. Plejehjemmet arbejder målrettet med indsatser, der skal medvirke til at sikre gode introduktionsforløb. Der laves fx et individuelt onboarding-program for nye medarbejdere, og der evalueres på introduktionsforløbene ca. en gang ugentligt. Ledelsen oplever, at medarbejderne er engagerede og gør et stort arbejde for at sikre kvalitet i leveringen af kerneydelser. Ledelsen glæder sig over, at mange af vikarerne, der bruges, kommer fast på plejehjemmet, og således er et kendt ansigt for beboerne. I forhold til kompetenceudviklingen af medarbejderne henviser ledelsen til undervisning i "Low Arousal", implementering af Mobil Nexus og deltagelsen i projektet omkring "Værdig ældrepleje". Medarbejderne opleves at have fået et godt fagligt udbytte af den praksisnære undervisning, og at der arbejdes målrettet med at bringe den nye viden i spil i hverdagens praksis. Plejehjemmet har en systematisk arbejdsgang i forhold til indberetning og opfølgning på utilsigtede hændelser. Kvalitetssygeplejersken er tovholder på indsatserne, og har ansvaret for den månedlige samlerapportering af indberetningerne. På ledermøder drøftes de indberettede hændelser, og det er netop aftalt, at afdelingslederne skal have et særligt skærpet fokus på, om der kan spores tendenser i de indberettede hændelser. Ledelsen henviser til, at kvalitetsarbejdet med at sikre en systematisk og ensartet opbevaring af medicin netop er kommet på baggrund af opfølgningsarbejdet på medicinområdet. Plejehjemmet er midt i et forløb med nedbringelse af sygefraværet. Der er udført screening af området, og der tales om de fund, der gøres. Plejehjemmets MED-udvalg delagtiggøres i forebyggelsesarbejdet.

Som led i at skabe gode rammer for det tværfaglige samarbejde har plejehjemmet en fast etableret mødestruktur med afholdelse af fx faglige koordineringsmøder og sparringmøder på daglig basis. Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter afholder møde hver 6. uge, og afdelingslederne afholder møder med aften- og nattevagterne.

I den tværfaglige sparring kan plejehjemmets medarbejdere trække på faglig ekspertise fra kommunens konsulenter inden for fx demens og psykiatri. Plejehjemmets lægeordning opleves velfungerende, og ledelsen afholder møde med lægen for netop at afdække, hvordan ordningen bruges bedst muligt. Der er netop talt om, at lægen på et tidspunkt også skal forestå undervisning af medarbejderne. Ledelsen oplyser, at plejehjemslægen har haft en stor og vigtig rolle i arbejdet med at overgå til dosisdispensering.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne italesætter en oplevelse af, at der er sammenhæng mellem deres kompetencer og de opgaver, de stilles over for. Der fordeles opgaver med udgangspunkt i medarbejderens uddannelsesniveau og særlige kompetencer. Medarbejderne er ansvarlige for opgaver i forhold til fx sygeplejeartikler, blebevillinger samt at varetage koordineringen af opgaver forbundet med plejen.

Der nævnes gode muligheder for kompetenceudvikling, hvortil medarbejderne blandt andet har deltaget i undervisning i low arousal, "Værdighedsambassadører" og magtanvendelse. Herudover har der været afholdt e-learning i blandt andet GDPR, ABC-demens og brandkursus. Der udtrykkes en generel tilfredshed med at omsætte teori og viden fra kurser til hverdagens praksis.

Medarbejderne kan redegøre for systematisk anvendelse af VAR og interne instrukser. Hertil redegør medarbejderne for korrekt indberetning af de utilsigtede hændelser, hvor medarbejderne kan udfylde et lokalt dokument med beskrivelse af hændelsen og herefter overdrage dokumentet til udviklingssygeplejersken, som laver en samlet rapportering. Der videndeles på tværs af medarbejdere og afdelinger i forhold til, hvilke utilsigtede hændelser der har ført til egentlige hændelsesanalyser.

Viden om beboernes trivsel og helbred deles på afdelingernes faste daglige møder og gennem dokumentationen. Ved møderne deltager foruden medarbejderne også afdelingslederen og udviklingssygeplejersken. Der italesættes en mødestruktur for sundhedslovsydelserne, hvor social- og sundhedsassistenter samt sygeplejersker mødes til fælles drøftelser omkring beboernes sundhed.

Medarbejderne beskriver, hvordan de samarbejder med eksterne terapeuter fra Tranehaven, demensteamet fra Gentofte Kommune, gerontopsykiatrien og den ernæringsansvarlige diætist. Diætisten har ydermere faciliteret undervisning i dysfagi samt en generel undervisning i kost og ernæring. Derudover afholder plejehjemslægen stuegang en gang ugentligt, hvor sygeplejersken deltager. Herefter meddeler sygeplejersken tilbage til basismedarbejderne, hvis der foretages ændringer eller beslutninger vedr. beboernes sundhed og behandling.

Ved behov for vidensdeling på tværs af vagtholdene redegør medarbejderne tilstrækkeligt for at benyttet dokumentationsmodulet i Nexus.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

På baggrund af interview med ledelsen er det tilsynets vurdering, at der arbejdes målrettet med at imødekomme de rekrutteringsmæssige udfordringer, som plejehjemmet pt. står over for. Det er tilsynets vurdering, at der ledelsesmæssigt er bevidsthed om, at forbruget af vikarer fremadrettet skal nedbringes.

Tilsynet anerkender plejehjemmets indsatser ift. onboarding af nye medarbejdere, men det er dog tilsynets vurdering, at der med fordel kan rettes et skærpet fokus på de særlige behov, som vikarer og ufaglærte medarbejdere måtte have for at kunne levere pleje og omsorg på niveau med de faste medarbejdere.

Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er fokus på at sikre gode rammer for kompetenceudvikling af medarbejderne samt gode rammer for det tværfaglige samarbejde.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne oplever, at deres kompetencer matcher de opgaver, de stilles over for i hverdagen, og at deres kompetencer udvikles gennem fx praksisnær undervisning og deltagelse i kurser. Medarbejderne kan redegøre for det tværfaglige samarbejde, og de oplever at have fagligt udbytte heraf.

3.10 OBSERVATIONSSTUDIE

Data	**KOMMUNIKATION** Observationsstudie I: Inden entre til boligen banker medarbejderen på beboerens dør. Medarbejderen anvender korte og præcise sætninger, tiltaler beboeren ved fornavn, og anvender en rolig og omsorgsfuld kommunikation. Der anvendes gentagelser og sproglig guidning, så medarbejderen herved sikrer sig, at kommunikationen er tilpasset beboerens behov samt sygdomssituation. I den forbindelse har medarbejderen fokus på den personcentrede omsorg og kommunikationens betydning. Der stilles ikke mange spørgsmål eller krav til beboeren, men medarbejderen optræder tålmodig og lyttende i kontakten. Observationsstudie II: Medarbejderen banker på beboerens dør, inden entre i lejligheden. Der kommunikeres i et roligt og venligt toneleje. Samtalen tager afsæt i en inkluderende og spørgende tilgang, hvor medarbejderen henvender sig nysgerrigt til beboeren med spørgsmål omkring nattens forløb, og hvorvidt beboeren har smerter. Kommunikationen foregår i øjenhøjde, hvor seng og hovedgærde gradvist eleveres, så det sikres mest skånsomt for beboeren. Medarbejderen anvender visualisering og fortællinger i form af billedlige referencer relateret til plejen. Medarbejderen spørger løbende ind til, om beboeren er velbefindende og tryg, samt afdækker karakteren af beboerens kroniske smerter. Tilsynet bemærker, at medarbejderen flere gange omtaler beboeren som "skat" i forbindelse med plejen. **SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE** Observationsstudie I: Beboeren stilles kun over for få valg, hvilke vurderes fagligt relevant. Medarbejderen benytter korte beskrivelser omkring opgaver vedrørende plejen, som skal udføres. Medarbejderen udviser opmærksomhed på at sikre beboeren selvbestemmelse og medindflydelse ved at italesætte handlinger og udvise opmærksomhed på beboerens reaktioner og kropssprog. Inden medarbejderen igangsætter en opgave, sikrer medarbejderen at orientere beboeren inden og at være opmærksom på, at beboeren tilkendegiver accept af dette. Observationsstudie II: Medarbejderen sikrer sig, at plejen er tilrettelagt ud fra beboerens ønsker, vaner og faste rutiner. F.eks. spørger medarbejderen, om gardinerne skal trækkes fra, og i hvilket omfang beboeren ønsker at deltage i den personlige pleje. Medarbejderen sikrer herved løbende at inddrage beboerens selvbestemmelse og medindflydelse, idet der observeres en kontinuerlig dialog og afstemning af den igangværende opgave. I forbindelse med den personlige pleje italesætter beboeren behovet for en pause, hvorefter medarbejder aftaler at udskyde plejen i ca. 10 minutter. Beboeren og medarbejderen aftaler indbyrdes, at den faste smertestillende medicin skal udleveres, da beboeren har smerter.

Beboeren spørger ind til, hvilke tabletter der er udleveret, hvor medarbejderen tilkendegiver ikke at "have forstand på medicinen", men medarbejderen sikrer over for beboeren, at der er den faste smertestillende medicin imellem. Beboeren tilkendegiver at føle sig tryg ved medarbejderens svar.

REHABILITERING

Observationsstudie I:

Medarbejderen inddrager løbende beboerens ressourcer i forbindelse med plejen. F.eks. guides beboeren til toilettet og vejledes til at sætte sig på en taburet. Efterfølgende aftales det indbyrdes, at beboeren starter med at børste tænder med en elektrisk tandbørste, herefter guides beboeren til i fællesskab at få vasket ansigt og overkrop. Medarbejderen udfører kompenserende hjælp, idet samarbejdet omkring den personlige pleje deles imellem dem.

Observationsstudie II:

Medarbejderen udviser stor opmærksomhed på at inddrage beboerens egne ressourcer aktivt i forbindelse med den personlige pleje. F.eks. arbejder medarbejderen ud fra en kompenserende tilgang, idet medarbejder guider beboeren til at vaske sig foran, og da beboeren ikke selv ønsker at fortsætte med opgaven, overtager medarbejderen skånsomt. Flere gange italesætter medarbejderen, at de i forbindelse med forflytninger i sengen indbyrdes hjælpes ad, hvilket glæder beboeren.

ORGANISERING AF ARBEJDET

Observationsstudie I:

Plejen udføres på rutineret vis og i en rækkefølge, som beboeren er vant til. Medarbejderen fortæller til tilsynet, at beboeren tidligere på morgenen har fået udleveret sin morgenmedicin, hvori der er relevante beroligende tabletter. Medarbejderen redegør for, at beboeren kan agere vredt, og at medicinen herved har den ønskede effekt.

Plejen tager udgangspunkt på beboerens badeværelse, hvor også alle plejeartikler forefindes, så der derved ikke opstår unødige afbrydelser.

Observationsstudie II:

Plejen udføres ud fra en hensigtsmæssig rækkefølge og på en måde, som beboeren er vant til. Der forekommer ingen unødige afbrydelser eller forstyrrelser. Medarbejderen har generelt alle remedier til rådighed, da plejeartiklerne er klargjort og placeret på rullebord ved siden af beboerens seng. Inden plejen påbegyndes, finder medarbejderen tøj og undertøj frem, som placeres i værelset og inden for rækkevidde. I forbindelse med, at beboeren bliver utilpas, støtter medarbejderen med fugtige klude og servietter, som forefindes på rullebordet.

DEN FAGLIGE UDFØRELSE AF ARBEJDET

Observationsstudie I:

Medarbejderen ifører sig plasticforklæde, inden plejen påbegyndes. Medarbejderen støtter beboeren på skånsom vis til at sidde på sengekanten for herefter selv at gå ud på badeværelset. Medarbejderen arbejder ud fra den personcentrerede tilgang, hvor medarbejderen håndterer situationer på en faglig korrekt måde. Beboeren fastholdes i opgaverne ved hjælp af korte beskrivelser og guidning. Tilsynet bemærker, at medarbejderen ikke konsekvent bruger håndsprit efter handskeskift, samt at medarbejderen benytter de samme handsker til flere forskellige opgaver, der ikke er relateret til pleje.

	Observationsstudie II: Medarbejderen ifører sig korrekte værnemidler i form af handsker og plasticforklæde. Seng og hovedgærde eleveres gradvist, så medarbejderen sikrer sig korrekt arbejdsstilling. Sengehesten sænkes i den side, hvor medarbejderen står, mens den anden sengehest forbliver oppe. Den nedre pleje udføres korrekt i sengen, hvor tilsynet bemærker, at der anvendes ren og uren teknik. Efter udførelsen af hjælpen til nedre personlig pleje dækkes beboeren med håndklæder. Beboeren tilkendegiver ønske om at få hovedgærdet eleveret en smule, og medarbejderen er her opmærksom på beboeres smerter og udfører eleveringen gradvist og på en skånsom måde. På baggrund af smerter, tilkendegiver beboeren efterfølgende at have behov for en mindre pause, hvorefter medarbejderen afbryder plejen. I forbindelse med pausen vælger medarbejderen at udlevere beboerens faste morgenmedicin, som indeholder fast smertestillende medicin. Medicinen indtages sammen med en mindre skål med yoghurt, så tabletterne ikke fejlsynkes. Efterfølgende kaster beboeren op, og medarbejderen sikrer sig, at beboeren hurtigt får eleveret hovedgærdet yderligere samt støtter beboeren med servietter og plasticpose. Medarbejderen støtter skånsomt og opmærksomt beboeren, hvilket bevirker, at beboeren efterfølgende beroliges. Der tages telefonisk kontakt til sygeplejersken med henblik på at få tilset beboeren, og for at få foretaget vurdering af, om tabletterne skal indtages på ny. Medarbejderen optræder roligt og velovervejet gennem hele forløbet, og medarbejderen får til slut fortalt beboeren, at det er vigtigt, at hovedgærdet forbliver eleveret, da beboeren kan kaste op på ny. Tilsynet bemærker dog, at medarbejderen ikke regelmæssigt får brugt håndsprit efter handskeskift, samt at medarbejderen, iført handsker, tager remedier fra beboerens rene skabe. Ydermere bemærker tilsynet, at fjernbetjening til seng og loftlift ikke sprittes af, efter at medarbejderen, iført handsker, har berørt disse.
Tilsynets vurdering – 3	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt. Det vurderes, at medarbejderne benytter en målrettet og individuel tilgang til beboerne, hvortil både kommunikationen og indsatserne er tilpasset beboernes behov. Der arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang med fokus på at sikre beboernes selvbestemmelse og autonomi. Organiseringen af plejeforløbet sker på en tilfredsstillende måde. Tilsynet vurderer, at der i forbindelse med det ene observationsstudie anvendes kælenavne, da en medarbejder gentagende gange kalder beboeren for ”skat”. Tilsynet vurderer, at medarbejderne anvender værnemidler korrekt under plejen, men at de ikke fortager korrekt håndhygiejne mellem handskeskift eller foretager handskeskift, hvor dette vurderes relevant.	

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

4.1 FORMÅL

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejehjemmets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejehjem. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for beboere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem beboernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som beboerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 VURDERINGSSKALA

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau.:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle beboere 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	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af beboerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af beboerne • En del af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen, med betydning for beboernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af beboerne • Få af elementerne i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
SCORE: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af beboerne • Der er fare for beboernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

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 plejecentre, 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.

Relateret document 13/21

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Rygårdcentret 2022.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Rygårdcentret 2022**
Dokument ID:	**4960946**

Tilsynsrapport
Gentofte Kommune

Plejecenter Rygårdscentret

Uanmeldt tilsyn 2022

INDHOLD

1. OPLYSNINGER OM PLEJECENTRET 4

2. VURDERING 5
2.1 TILSYNETS VURDERINGER 5
2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER 7

3. DATAGRUNDLAG 8
3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER 8
3.2 DOKUMENTATION 8
3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP 10
3.4 MAD OG MÅLTIDER 12
3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD 13
3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING 14
3.7 MEDICINHÅNDTERING 15
3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN 17
3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE 17
3.10 OBSERVATIONSSTUDIE 18

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE 22
4.1 FORMÅL 22
4.2 METODE 22
4.3 VURDERINGSSKALA 23
4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE 24

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete plejecenter.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer, observationsstudier og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra den indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

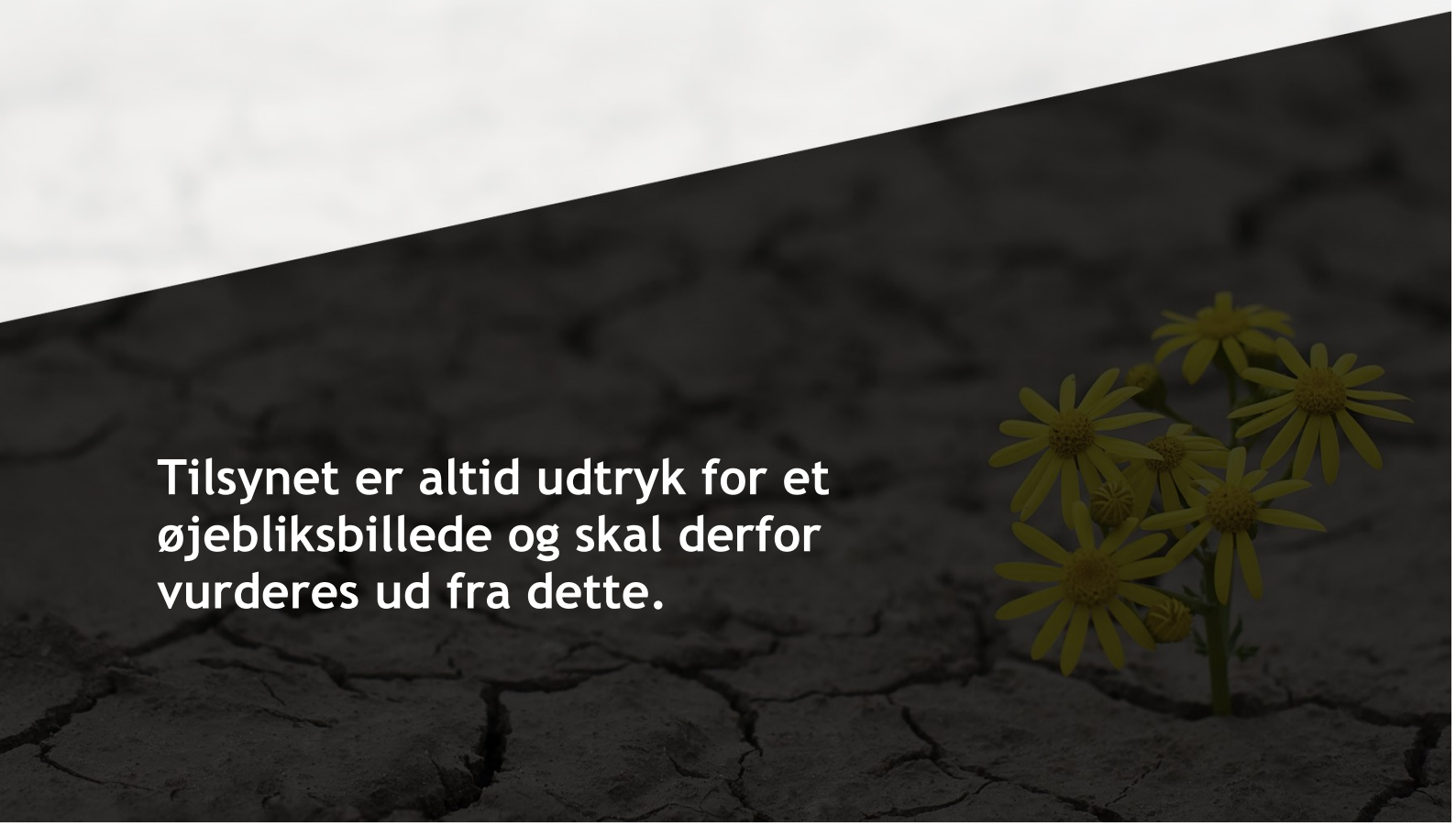
Tilsynets form, indhold, metode og afvikling er afstemt med kommunen.

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Gitte Ammundsen
Senior Manager
Mobil: 4189 0406
Mail: gia@bdo.dk
Projektansvarlig



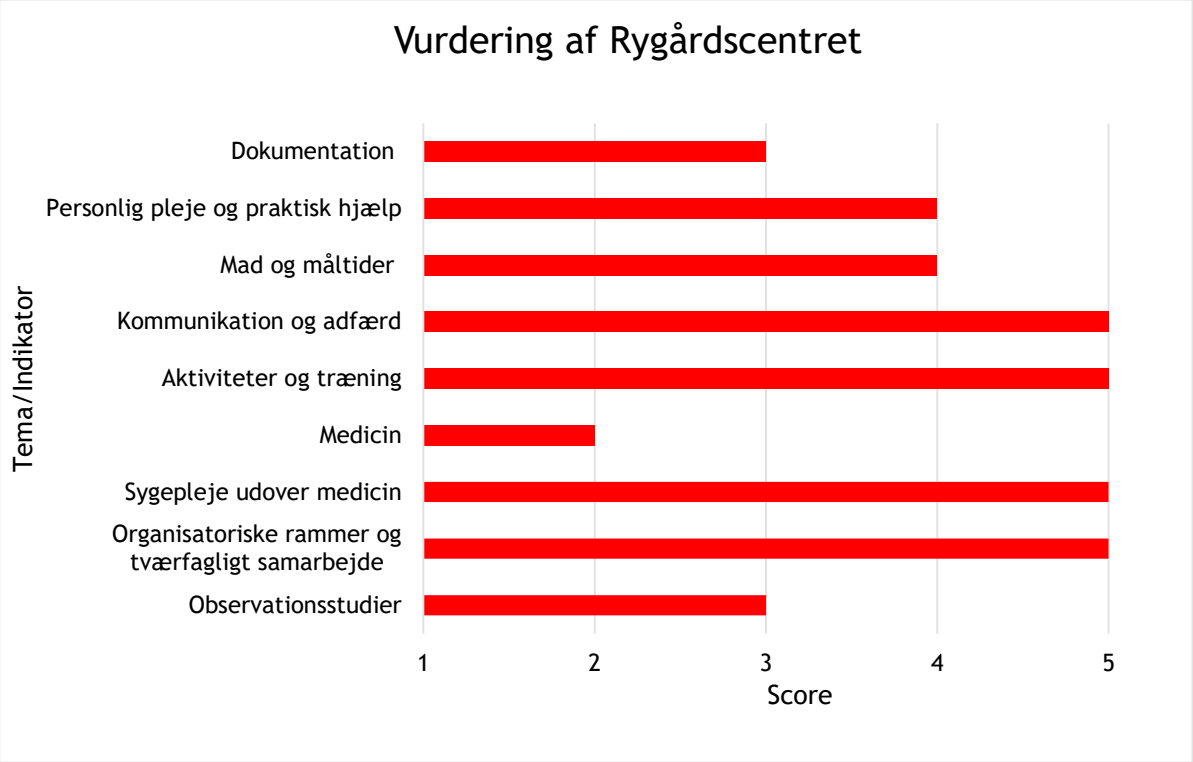
1. OPLYSNINGER OM PLEJECENTRET

Oplysninger om plejecentret og tilsynet
Navn og Adresse: Rygårdscentret, Niels Andersens Vej 22, 2900 Hellerup
Leder: Berit Kronby
Antal boliger: 102 boliger – men pt. er der ca. 82 boliger, da plejeboligerne med hjemmehjælp skal renoveres. (40 plejeboliger med fast personale og 42 plejeboliger med hjemmehjælp)
Dato for tilsynsbesøg: Den 22. september 2022
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejecentrets ledelse • Interview af syv borgere • Gennemgang af dokumentation • Kontrol af medicinen • Observationsstudier • Gruppeinterview med tre medarbejdere (to social- og sundhedshjælpere og en social- og sundhedsassistent) Borgere, som indgår i individuelle interviews, har givet deres accept til at indgå i tilsynet. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Pernille Breck Johansson, Manager og sygeplejerske Gitte Ammundsen, Senior manager og sygeplejerske

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS VURDERINGER

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne på dokumentationsområdet i middel grad er opfyldt, da der konstateres flere mangler i udfyldelsen, som vil kræve en målrettet indsats at afhjælpe.

Det er tilsynets vurdering, at døgnrytmeplanerne fremstår med handlevejledende og rehabiliterende beskrivelser, men at der mangler ajourføring af helbredstilstande og handlingsanvisninger samt oprettelse af relevante handlingsanvisninger på sygeplejefaglige indsatser. Tilsynet vurderer, at der ikke arbejdes systematisk med opfølgning på vægtkontrol, og at de generelle oplysninger generelt ses sparsomt udfyldt.

På trods af de konstaterede mangler på dokumentationsområdet vurderer tilsynet, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

Personlig pleje og praktisk hjælp:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at både hjælpemidler og boliger fremstår tilfredsstillende rengjorte. Beboerne giver udtryk for, at de modtager den hjælp til personlig pleje og praktisk støtte, som de har behov for, og at de er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Hertil vurderes det, at beboerne oplever medbestemmelse og tryghed i den leverede hjælp, men at der er enkelte mangler i forhold til kontinuiteten, hvortil beboerne oplever, at vikarer/afløsere ikke altid har tilstrækkeligt kendskab til deres behov for hjælp og støtte.

Det er samtidig tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og praktiske støtte, herunder hvordan der arbejdes med den rehabiliterende tilgang.

Mad og måltider:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid, hvortil medarbejderne arbejder ud fra faste roller, og hvor beboerne sikres mulighed for selvbestemmelse og medindflydelse. Dog vurderes det, at en medarbejder anvender handsker i en situation, hvor dette ikke er påkrævet, og at en anden medarbejder har mindre fokus på at mindske forstyrrelser.

Det vurderes, at beboerne er tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet, samt at medarbejderne kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre "Det gode måltid".

Kommunikation og adfærd:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for området i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der observeres en respektfuld og ligeværdig kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side, hvilket beboerne også giver udtryk for at opleve. Det vurderes, at medarbejderne ligeledes kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre en respektfuld kommunikation og adfærd.

Aktiviteter og træning:

Tilsynet vurderer, at plejeboligerne i meget høj grad har et varieret tilbud om aktiviteter, og at der er et aktivt hverdagsliv.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever, at de tilbydes meningsfulde aktiviteter og træning, som de deltager i efter ønsker og behov.

Samtidigt vurderes det, at medarbejderne kan redegøre for området på særdeles tilfredsstillende vis.

Medicin:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for medicinområdet er opfyldt i lav grad.

Det er tilsynets vurdering, at der er fundet væsentlige fejl og mangler, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats at afhjælpe. Dette vedrører blandt andet mangler i forhold til opbevaring, dokumentation samt en fejl i dispenseringen hos en beboer.

På trods af de konstaterede fejl og mangler vurderer tilsynet, at beboerne udtrykker tilfredshed med medarbejdernes håndtering af deres medicin, og at medarbejderne kan redegøre for dispensering og administration i overensstemmelse med gældende retningslinjer på området.

Sygepleje ud over medicin:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

De interviewede beboere modtager ikke sygeplejeydelser ud over medicin, men det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for arbejdet, dokumentationen og for videredelegeringen heraf.

Organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde:

Tilsynet vurderer, at der i meget høj grad er et ledelsesmæssigt fokus på at sikre en hensigtsmæssig organisering og gode rammer for kompetenceudvikling. Det er tilsynets vurdering, at der gennem en fast mødestruktur og samarbejde på tværs af faggrænser sikres gode rammer for det tværfaglige samarbejde.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne oplever, at de har gode muligheder for kompetenceudvikling, og at det tværfaglige samarbejde er velfungerende.

Observationsstudier:

Tilsynet vurderer, at der under begge observationsstudier i meget høj grad sikres en respektfuld kommunikation, og at kommunikationen i meget høj grad er afstemt beboernes individuelle behov og udfordringer.

Hjælpen til personlig pleje udføres med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang og med et fokus på at sikre beboernes selvbestemmelsesret.

Tilsynet vurderer, at plejeforløbet under begge observationsstudier er velorganiseret, og at hjælpen udføres uden afbrydelser og i et tempo tilpasset beboernes behov.

Tilsynet vurderer, at der under det ene observationsstudie i meget høj grad sker udførelse af plejen på en faglig korrekt måde, og at medarbejderen overholder gældende retningslinjer for håndhygiejne. I det andet observationsstudie er det vurderingen, at medarbejderen ikke overholder gældende retningslinjer for korrekt håndhygiejne, idet medarbejderen ikke spritter hænder mellem handskeskift.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation, observationer og observationsstudier. Derudover foretages kontrol af medicinen. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen skærper indsatsen omkring dokumentationen. Hertil anbefales:
    - At der kun er en aktuel døgnrytmeplan for hvert vagtlag.
    - At der oprettes handlingsanvisninger for alle de sundhedslovsindsatser, som beboerne modtager, og at handlingsanvisningen og helbredstilstanden inaktiveres, når indsatsen afsluttes. Hertil anbefales det, at handlingsanvisningerne indeholder handlevejledende beskrivelser af, hvordan indsatsen skal udføres samt relevant link til VAR.
    - At der sikres løbende opfølgning på målte værdier, herunder vægtkontrol.
    - At der sikres større fokus på at udfylde felterne "Generelle oplysninger" med beskrivelser, der kan bidrage positivt til beboerforløbene, som fx beboernes livshistorie.
2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at vikarer/afløsere har kendskab til beboernes behov for hjælp og støtte, så der til enhver tid leveres hjælp af høj faglig kvalitet.
3. Tilsynet anbefaler, at der i relation til måltidet sikres faglige drøftelser med medarbejderne vedrørende faglig korrekt handskebrug, og at der sikres fokus på at mindske forstyrrelser.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen skærper indsatsen på medicinområdet, så der sikres korrekt opbevaring, dispensering og dokumentation i forhold til beboernes medicin, herunder tidstro kvittering for medicinadministration.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medarbejderne følger gældende hygiejniske retningslinjer, så medarbejderne altid foretager korrekt håndhygiejne ved handskeskift.

3. DATAGRUNDLAG

3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER

Data	**LEDERINTERVIEW:** Det er første gang, at plejeboligerne modtager tilsyn fra BDO. Sidste kommunale tilsyn, som blev gennemført af Gentofte Kommune, gav ikke anledning til anbefalinger. Lederen oplyser, at der i øjeblikket er fokus på et renoveringsprojekt af plejeboligerne med hjemmehjælp, som snart skal igangsættes. Genhusningen af beboerne er i planlægningsfasen, hvilket også giver anledning til drøftelser med medarbejderne omkring kommende arbejdsforhold. Rekruttering opleves som en udfordring, da vakante stillinger ikke kan besættes med den ønskede faglighed. Lederen har søgt støtte og vejledning fra kommunens rejsehold vedrørende nytænkning inden for rekruttering, og lederen håber, at dette vil bidrage positivt til rekrutteringsprocessen. Der er løbende fokus på sparring og kompetenceudvikling af ufaglærte medarbejdere. For at understøtte den faglige udvikling på Rygårdscentret, er der i foråret ansat en udviklingssygeplejerske, der indgår i tæt samarbejde med ledelsen. Der er fokus på at implementere fælles introduktion til nye medarbejdere for at sikre, at introduktionen ikke er personafhængig og for at anvende eksisterende ressourcer meningsfuldt. Hertil er der opmærksomhed på onboarding-forløbet, så nye medarbejdere kan blive fortrolige med rollen, også efter endt introduktion. Samtlige faste medarbejdere har været på kursus i Low arousal og professionalisering, afhængigt af kompetenceniveau, som led i et stort kommunalt kompetenceudviklingsprojekt. Aktuelt har lederen drøftet UTH-indberetninger med medarbejderne, da det opleves, at der ikke indberettes tilstrækkeligt med UTH. Lederen har derfor iværksat en indsats, der skal genopfriske medarbejdernes fokus på UTH-arbejdet, så der sikres løbende indberetning. Det oplyses, at der på tilsynsdagen er et mindre udbrud med COVID-19 på begge afdelinger, hvorfor tilsynet bedes tage deres forholdsregler.

3.2 DOKUMENTATION

Data	Der foretages observation af de udvalgte beboeres omsorgsjournal. **<u>Døgnrytmeplanen:</u>** For alle syv beboere er der oprettet døgnrytmeplaner for dag, aften og nat, som indeholder individuelle og handlevejledende beskrivelser af den hjælp og støtte, som beboerne modtager. Døgnrytmeplanerne er ajourførte, og beskrivelserne fremstår ensartet og overskueligt opbygget med anvendelse af de fortrykte overskrifter. I beskrivelserne er der sikret fokus på sundhedsfremmende og forebyggende tiltag samt på beboernes ressourcer og det rehabiliterende sigte. For alle beboere ses der sammenhæng til beboernes helbredsmæssige tilstand og øvrige indsatser.

Feltet "Særlig opmærksomhed" ses tilfredsstillende udfyldt og med beskrivelser, der er værdifulde for beboerforløbene. Eksempelvis ses det beskrevet, at en beboer profiterer af en humoristisk tilgang.

Tilsynet har følgende bemærkninger til døgnrytmeplanerne:

- I et tilfælde er der oprettet to aktive døgnrytmeplaner for aftenhjælpen. Det er derfor uklart, hvilken der er den aktuelle.

Helbredstilstande:

Helbredstilstandene fremstår generelt opdaterede og aktuelle og med beskrivelser af en høj faglig kvalitet. Dog bemærker tilsynet, at der for to beboere ses tilstande, der ikke længere er aktuelle.

Funktionsevnetilstande:

Funktionsevnetilstandene fremstår opdaterede og aktuelle for alle syv beboere.

Generelle oplysninger:

Generelle oplysninger ses generelt sparsomt udfyldt, men fremstår med fyldestgørende beskrivelser af beboernes helbredsoplysninger.

I et tilfælde er beskrivelserne fra tiden, inden beboeren flyttede i plejebolig, og for ingen af de syv beboere er der taget stilling til beboernes livshistorie, hvilket ellers kunne bidrage værdifuldt til beboerforløbene.

Handlingsanvisninger:

Tilsynet gennemgår handlingsanvisninger for eksempelvis vægtmåling, hudpleje, medicindispensering, blodtryksmåling og kompressionsbehandling.

Hertil har tilsynet følgende bemærkninger:

- For fem beboere ses det, at der ikke er oprettet handlingsanvisninger på alle sygeplejefaglige indsatser, idet der fx mangler handlingsanvisninger i forhold til medicindispensering og medicinadministration.
- Der anvendes ikke systematisk link til VAR.
- For tre beboere ses det, at der er handlingsanvisninger, som bør inaktiveres, da indsatsen ikke længere er aktiv. Der ses oprettelse af flere aktive handlingsanvisninger på samme ydelse.
- I enkelte handlingsanvisninger anvendes der mindre faglige termer vedrørende "borgers indsats".

Observationsnotater:

For alle syv beboere ses der dokumentation af relevante målinger (vægt og blodtryk), ligesom der ses dokumentation af opfølgning og afvigelser under observationsnotater. Hertil bemærker tilsynet, at der løbende foretages triagering af beboerne.

Tilsynet bemærker, at der i to tilfælde ikke er fulgt tilfredsstillende op på beboernes nylige vægttab.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne oplyser, at det er meget individuelt, hvornår de dokumenterer på dagen, men da der ikke dokumenteres tidstro, skrives der løbende notater på en seddel, så relevant information huskes.

	Medarbejderne dokumenterer ved afvigelser i beboernes habituelle tilstand. Døgnrytmeplanerne indeholder beskrivelser af beboernes ressourcer, medarbejdernes indsats og særlige opmærksomhedspunkter, og beskrivelserne er handlevejledende, så de understøtter, at beboerne hjælpes med udgangspunkt i deres ønsker, vaner og behov. Døgnrytmeplanerne anvendes primært af vikarer/afløsere, og når medarbejderne selv varetager plejen hos en beboer, som de ikke har indgående kendskab til. De ajourføres løbende, primært af kontaktperson eller i samarbejde med gruppeleder, og der oprettes opgaver i kalenderen, der sikrer løbende opmærksomhed herpå. Når en beboer modtages i plejeboligerne, har gruppelederen beboeren den første uge, og gruppelederen foretager en sygeplejefaglig udredning. I forhold til arbejdet med handlingsanvisninger og helbredstilstande er det primært sygeplejerskerne, der opretter og udarbejder disse, hvorefter medarbejderne kan anvende dem ud fra deres kompetenceområde. Alle medarbejderne kan byde ind med observationer, der kan medføre ændringer i beskrivelserne. Medarbejderne beskriver, at de indhenter beboernes livshistorie, hvis muligt, og de beskriver fokus på at tilføje oplysninger løbende. Medarbejderne føler sig fortrolige med dokumentationsarbejdet, og de oplever gode muligheder for sparring med kolleger.
Tilsynets vurdering - 3	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne på dokumentationsområdet i middel grad er opfyldt, da der konstateres flere mangler i udfyldelsen, som vil kræve en målrettet indsats at afhjælpe. Det er tilsynets vurdering, at døgnrytmeplanerne fremstår med handlevejledende og rehabiliterende beskrivelser, men at der mangler ajourføring af helbredstilstande og handlingsanvisninger samt oprettelse af relevante handlingsanvisninger på sygeplejefaglige indsatser. Tilsynet vurderer, at der i mindre grad arbejdes systematisk med opfølgning på vægtkontrol, og at de generelle oplysninger generelt ses sparsomt udfyldt. På trods af de konstaterede mangler på dokumentationsområdet vurderer tilsynet, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen.	

3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP

Data	**OBSERVATION** Tilsynet observerer, at beboerne, der besøges i boligerne, er soignerede og veltilpasse, samt at beboernes tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats svarer til deres behov. Ligeledes vurderes det, at beboernes boliger og hjælpemidler er rengjorte. **BEBOERINTERVIEW** Alle beboere giver udtryk for, at de får den hjælp, de har brug for, og at kvaliteten heraf er tilfredsstillende. Tre beboere udtrykker oplevelsen af, at der kommer en del forskellige medarbejdere hos dem. Direkte adspurgt fortæller beboerne, at de får hjælpen udført på den måde, de ønsker, da de selv kan italesætte egne ønsker og behov. Det er beboernes oplevelse, at ikke alle vikarer/afløsere har kendskab til beboernes særlige ønsker og vaner. Beboerne oplever, at hjælpen leveres på tidspunkter, der passer dem godt. En beboer fortæller fx, at hun er et morgenmenneske, og derfor får beboeren hjælpen til personlig pleje leveret tidligt om morgenen.

	En anden beboer beskriver, at når medarbejderne lægger tøjet frem, kan han selv klare resten. Flere af beboerne har på grund af hukommelsesmæssige udfordringer vanskeligt ved at svare detaljeret på tilsynets spørgsmål. På spørgsmål om tilfredsheden med hjælpen til praktiske opgaver svarer tre af beboerne, at de er meget tilfredse med kvaliteten af hjælpen. En af beboerne glæder sig særligt over, at det næsten altid er den samme medarbejder, der kommer og gør rent hos hende. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver, at beboerne er fordelt ud fra medarbejderkompetencer, kontaktpersonsordning og med opmærksomhed på kemien mellem medarbejdere og beboere. Til beboere med en vis kompleksitet prioriteres det altid, at hjælpen leveres af faste medarbejdere. Arbejdsplanen udarbejdes ofte dagen før eller om morgenen på morgenmødet, hvor øvrige opgaver fordeles. For at sikre tryghed og kontinuitet for beboerne introduceres afløsere/vikarer i anvendelsen af beboernes døgnrytmeplaner, og det sikres, at de føler sig fortrolige med dagens opgaver, og at de føler sig tilstrækkeligt informeret om beboernes habituelle tilstand. Medarbejderne er løbende i dialog med beboerne om deres ønsker og behov omkring den personlige pleje. Hos beboere med demens er medarbejderne opmærksomme på beboernes trivsel, mimik, lyde og kropssprog, og der anvendes en socialpædagogisk tilgang. Medarbejderne beskriver, at den rehabiliterende tilgang har fokus på at bevare beboernes færdigheder, og at de motiverer beboerne til at klare mest muligt selv. Medarbejderne redegør med eksempler herpå, og de beskriver, hvordan beboernes ressourcer inddrages i hverdagsaktiviteter, som fx at lægge karklude sammen, rede seng, tage opvasken og mindre renholdelse af egen bolig. Den grundige rengøring foretages af rengøringsmedarbejdere, mens medarbejderne foretager den løbende renholdelse. Ved ændringer i en beboers tilstand forsøger medarbejderne at afklare årsagen gennem dialog med beboeren. Herefter tages der kontakt til en social- og sundhedsassistent eller sygeplejerske, som kan foretage TOBS og planlægge yderligere indsats. Renholdelsen af beboernes hjælpemidler foregår i samarbejde med nattevagterne, som rengør de hjælpemidler, som beboerne anvender i løbet af dagen, når hjælpemidlet stilles ude foran beboerens dør om aftenen.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at både hjælpemidler og boliger fremstår tilfredsstillende rengjorte. Beboerne giver udtryk for, at de modtager den hjælp til personlig pleje og praktisk støtte, som de har behov for, og at de er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Hertil vurderes det, at beboerne oplever medbestemmelse og tryghed i den leverede hjælp, men at der er enkelte mangler i forhold til kontinuiteten, hvortil beboerne oplever, at vikarer/afløsere ikke altid har tilstrækkeligt kendskab til deres behov for hjælp og støtte.

Det er samtidigt tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og praktiske støtte, herunder hvordan der arbejdes med at sikre opmærksomhed på den rehabiliterende tilgang.

3.4 MAD OG MÅLTIDER

Data	**OBSERVATION** Tilsynet observerer et måltid på en afdeling, hvor beboerne er fordelt ved tre borde. Der er sat drikkevarer frem på alle bordene. Smørrebrødet er anrettet på et fad, som fremvises for beboerne, så de selv kan foretage et valg. Tilsynet bemærker, at en medarbejder på korrekt måde anvender service til at servere smørrebrødet med, mens en anden medarbejder anvender handsker og serverer maden med hånden. Samme medarbejder hjælper en beboer med indtagelse af smørrebrødet, og medarbejderen anvender også i denne situation handsker. Medarbejderens brug af handsker i de to situationer vurderes ikke faglig korrekt. Der sidder medarbejdere med ved alle tre borde, og medarbejderne er opmærksomme på at være i hyggelig dialog med beboerne. Der tales om hverdagsagtige emner, og beboerne spørges ind til deres oplevelse af maden. En medarbejder spørger en beboer, om det også generer hende, at radioen er tændt. Beboeren giver udtryk for, at hun ikke hører radioen, og medarbejderen slukker derfor ikke for den. Tilsynet bemærker, at en medarbejder kører en beboer hen til spisebordet og spørger beboeren, om det er ok. Medarbejderen minder beboeren om, at hun selv bestemmer, hvor hun gerne vil sidde. Medarbejderen kommer med forslag til en anden placering, hvilket beboeren takker nej til. **BEBOERINTERVIEW** Alle beboere udtrykker tilfredshed med madens kvalitet og rammerne herfor. En beboer fortæller, at han nogle gange spiser et måltid i egen bolig sammen med sin veninde, som også bor på stedet. Når beboeren spiser i fællesstuen, er det altid ved den samme plads, hvilket passer beboeren godt. En beboer udtrykker glæde ved, at man selv bestemmer, hvor man vil indtage sit måltid. Beboeren spiser sin morgenmad i egen bolig, men går efterfølgende selv ud med morgenbakken. Til frokost og aften nyder beboeren at sidde med de andre beboere, da hun sidder sammen med nogle, hun taler godt med. En tredje beboer fortæller, at appetitten ikke længere er så god, men at hun bestemt nyder maden alligevel, da den er meget veltillavet og flot anrettet. Beboeren italesætter glæde ved, at den varme mad også opleves varm. En enkelt beboer laver selv sin mad, og beboeren finder stor glæde ved, at hun stadig kan dette. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver, at rollefordelingen i forbindelse med måltidet foretages om morgenen. Nogle medarbejdere er ansvarlige for servering, medicinudlevering og oprydning, mens andre står for at facilitere til hyggelig stemning og dialog ved bordene. Nogle beboere indtager deres mad i egen bolig, mens andre spiser i fællesstuen/caféen. Medarbejderne har fokus på at sikre en hensigtsmæssig placering af beboerne i fællesstuen, hvilket understøtter, at beboerne får en god oplevelse af måltidet, og der tages hensyn til beboernes individuelle behov. En medarbejder er ansvarlig for anretning af maden, og medarbejderen er løbende i dialog med beboerne om deres ønsker til maden.

	Medarbejderne beskriver, at fadservering er genetableret efter COVID-19, og at de har fokus på at præsentere maden, så beboerne selv kan vælge den mad, de ønsker. Medarbejderne oplyser, at de har fokus på at mindske forstyrrelser under måltidet, men de oplever mindre støj fra køleskabe og gennemgang i spisesituationen, da spisestuen ligger uhensigtsmæssigt placeret.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid, hvortil medarbejderne arbejder ud fra faste roller og hvor beboerne sikres mulighed for selvbestemmelse og medindflydelse. Dog vurderes det, at en medarbejder anvender handsker i en situation, hvor dette ikke er påkrævet, og at en anden medarbejder har mindre fokus på at mindske forstyrrelser.

Det vurderes, at beboerne er tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet.

Ligeledes er det tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for faktorer der medvirker til at sikre "Det gode måltid".

3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD

Data	**OBSERVATION** Der observeres respektfuld kommunikation mellem beboer og medarbejdere. Tilsynet ser flere eksempler på, at medarbejderne anvender fysisk berøring i kontakten med beboerne. Medarbejderne banker på døren, før de går ind i beboernes boliger. Tilsynet bemærker, at en beboer går frem og tilbage på afdelingen. Beboeren virker rolig og afslappet, og beboeren taler lidt med sig selv. En medarbejder henvender sig forsigtigt til beboeren, giver beboeren et klem på armen og går videre. Tilsynet observerer en situation, hvor en beboer er i dialog med en pårørende. En medarbejder går stille og roligt hen til beboeren, lægger en arm på beboerens skulder og minder beboeren om, at de skal huske at spørge den pårørende ind til køb af noget tøj. Herefter informeres den pårørende om, hvad sagen handler om. Tilsynet bemærker således, at medarbejderen udviser en meget respektfuld adfærd over for beboeren og inddrager beboeren i dialogen med den pårørende. **BEBOERINTERVIEW** Alle beboere udtrykker oplevelsen af, at medarbejderne kommunikerer og agerer respektfuldt. Beboerne beskriver medarbejderne som værende søde, venlige og imødekommende. En af beboerne fortæller, at hun dog har den bedste kontakt med de faste medarbejdere, der opleves gode til at give sig tid til en lille snak ind imellem. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for følgende faktorer, der sikrer respektfuld kommunikation og adfærd over for beboerne: • At være lyttende. • At sikre en personcentreret tilgang. • At præsentere sig. • At tale pænt.

	• At sikre fokus på tiltaleform. • At spørge ind til beboernes velbefindende. • At udvise en rolig adfærd. Hos beboere med demens har medarbejderne særligt fokus på anvendelsen af kropssprog, fysisk berøring og guidende tilgang samt at tale i korte og præcise sætninger. Såfremt der observeres en uhensigtsmæssig adfærd hos en kollega, beskriver medarbejderne, hvordan de vil følge op gennem dialog med vedkommende og via en nysgerrig og konfliktnedtrappende tilgang. I forhold til kommunikationen med pårørende anvendes mail, telefon og en fysisk kommunikationsbog. Medarbejderne sikrer sig altid tilsagn fra beboerne, inden de udveksler oplysninger om beboerne med pårørende eller andre samarbejdspartnere.
Tilsynets vurdering - 5	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne for området i meget høj grad er opfyldt. Det er tilsynets vurdering, at der observeres en respektfuld og ligeværdig kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side, hvilket beboerne også giver udtryk for at opleve. Det vurderes, at medarbejderne ligeledes kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre en respektfuld kommunikation og adfærd.	

3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING

Data	**OBSERVATION** I hver afdeling er en synlig opslagstavle med oversigt over kommende aktiviteter. Her fremgår aktiviteter som æble-uge, huskedag, siddende yoga, motionshold, underholdning i salen og bustur. På tilsynsdagen er der planlagt stolegymnastik, som dog ikke observeres af tilsynet. Dog bemærker tilsynet et aktivt hverdagsliv, hvor flere beboere benytter sig af fællesarealerne. F.eks. ser tilsynet, at flere beboere sidder og ser film sammen, ligesom det bemærkes, at nogle medarbejdere sidder og har en hyggelig snak med nogle beboere efter frokosten. **BEBOERINTERVIEW** Beboerne udtrykker tilfredshed med tilbuddet om aktiviteter. Flere af beboerne husker dog ikke helt, hvilke aktiviteter de deltager i. Et par beboere fortæller, at de deltager i gymnastik, busture, musikarrangementer og foredrag. En beboer fortæller, at han efter eget ønske ikke deltager i så mange aktiviteter, da han hygger sig med tv, læsning og computer i egen bolig. En anden beboer fortæller, at han hver dag går en lille tur sammen med en veninde. På tilsynsdagen afholdes der møde i Bruger-pårørenderådet. En beboer glæder sig til at deltage heri, da der på møderne altid bliver talt om emner, der har beboerens interesse. Et par beboere henviser til, at de lige har deltaget i en vellykket tur til Tivoli. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for arbejdet med aktiviteter og træning, hvortil det beskrives, at aktivitetsmedarbejderen står for planlægningen heraf. Der planlægges forskellige arrangementer, ture ud af huset, biograf, gudstjeneste og stolegymnastik, og aktivitetsplanen er synlig i husavisen og på opslagstavler i afdelingerne.

	Medarbejderne understøtter dagligt, at beboerne deltager i aktiviteterne ved at italesætte det for beboerne og eventuelt følge dem dertil. Aktiviteterne foregår lidt forskelligt i de to afdelinger, da lokale aktiviteter, faciliteret af medarbejderne, er mere udbredt i plejeboligerne med fast personale for at kunne imødekomme målgruppens behov. Nogle beboere modtager vederlagsfri fysioterapi, mens andre er i andre træningsforløb med kommunens fysioterapeuter, som kan rekvireres ved behov. Der er endvidere en frivillig tilknyttet, som bidrager ved større traditionsbundne arrangementer, som fx julefrokost og høstfest. Medarbejderne oplyser, at der er ledelsesmæssigt fokus på at rekruttere flere frivillige.

Tilsynets vurdering - 5
Tilsynet vurderer, at plejeboligerne i meget høj grad har et varieret tilbud om aktiviteter, og at der er et aktivt hverdagsliv. Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever, at de tilbydes meningsfulde aktiviteter og træning, som de deltager i efter ønsker og behov. Samtidig vurderes det, at medarbejderne kan redegøre for området på særdeles tilfredsstillende vis.

3.7 MEDICINHÅNDTERING

Data	**OBSERVATION** Tilsynet foretager en medicingennemgang hos seks af de udvalgte beboere, da den sidste beboer er selvadministrerende i forhold til medicinhåndtering. **Opbevaring** Beboernes medicin opbevares forskelligt i de to afdelinger. I den ene afdeling er medicinen opbevaret i skabe i aflåste medicinrum, hvor medicinen er placeret i særskilte skuffer med beboernes navn og CPR-nummer. Dog bemærkes det, at der ikke anvendes farvede poser til at sikre tydelig adskillelse. Beboernes aktuelle medicin, pn medicin og ikke-anbrudt medicin er placeret i samme skuffe, og disse er kun adskilt af tusch-markeringer af præparaterne. Fx er der markeret "pn" på en æske med pn medicin, eller der er markeret med et kryds på det aktuelle præparat, der dispenseres fra. Den dispenserede medicin er placeret i en medicinvogn, hvor der ses en systematisk og ensartet opbevaring, og der ses tydelig mærkning med navn og CPR-nummer på ikke-dispensérbar medicin, som fx Movicol. Her dispenseres til en uge ad gangen. I den anden afdeling opbevares medicinen i et aflåst skab i beboernes boliger sammen med beboernes medicinskema. Her ses en mindre ensartet tilgang til opbevaringen, dog sikres der tydelig adskillelse af medicinen gennem anvendelse af farvede poser. I denne afdeling dispenseres der til fire uger ad gangen. Tilsynet bemærker, at der er markeret med anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed, ligesom handelsnavne er korrekt ajourført. Tilsynet konstaterer følgende mangler: • I to tilfælde mangler der udfyldelse af Cavefelt.

- I et tilfælde er der dispenseringsfejl i otte doseringsæsker. Hertil ses det i dokumentationen, at en medarbejder ved forrige dispensering havde beskrevet en planlagt efterdosering, hvilket ikke er i overensstemmelse med gældende retningslinjer. Efterdoseringen blev glemt ved dispenseringen, der fandt sted på tilsynsdagen.
- Hos alle beboerne ses der mangler i forhold til at sikre konsekvent og tidstro kvittering af medicinadministrationen.
- I et tilfælde forefindes et præparat med overskredet holdbarhed i beboerens beholdning af seponeret medicin.
- I et tilfælde opbevares medicinen mindre overskueligt, da doseringsæsker til fire uger ligger løst i to metalkasser uden tydelig beskrivelse af plan for håndtering.
- I et tilfælde fremgår der to præparater "uden dispensering" på en beboers medicinliste. Det viser sig at være medicin, som beboeren har været i behandling med tidligere, men som er afsluttet fra lægen.

BEBOERINTERVIEW

Alle beboerne udtrykker tilfredshed med hjælpen til medicin, og at de oplever at få medicinen til tiden. En beboer fortæller, at han enkelte gange dog lige har måtte rykke medarbejderne for at få medicinen.

En beboer glæder sig over, at medarbejderne er gode til at huske på, at beboeren skal have medicin med, når hun besøger familien.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, at de ajourfører FMK og anvender dispenseringsmodulet i Nexus, som understøtter en systematisk tilgang til dispenseringsopgaven. Optællingssystemet og anvendelsen af korrekt procedure for medicinadministration sikrer løbende egenkontrol. Der sikres ændringer af handelsnavne og fokus på at beskrive i bemærkningsfeltet eller i døgnrytmeplanen, hvis der er særlige forhold ved det konkrete præparat, fx i forbindelse med visse risikosituationslægemidler.

En medarbejder redegør fagligt korrekt for medicinhåndtering, og medarbejderen beskriver fx fokus på anbrudsdatoer på medicin med begrænset holdbarhed.

Medarbejderne beskriver, at de kvitterer for medicinadministrationen i den tilknyttede opgave.

Håndtering af risikosituationslægemidler sker ved faglærte medarbejdere, og der anvendes morfikaregnskab ved dispensering/administration af morfika.

Ved tvivl søges der sparring med kollega, eller der fremsøges viden i medicininstruks eller PRO-medicin.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for medicinområdet er opfyldt i lav grad.

Det er tilsynets vurdering, at der er fundet væsentlige fejl og mangler, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats at afhjælpe. Dette vedrører blandt andet mangler i forhold til opbevaring, dokumentation samt en fejl i dispenseringen hos en beboer.

På trods af de konstaterede fejl og mangler vurderer tilsynet, at beboerne udtrykker tilfredshed med medarbejdernes håndtering af deres medicin, og at medarbejderne kan redegøre for dispensering og administration i overensstemmelse med gældende retningslinjer på området.

3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN

Data	**OBSERVATION** Ingen af beboerne modtager sygeplejeydelser ud over medicin. **BEBOERINTERVIEW** Ingen af beboerne får sygeplejeydelser ud over medicin. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver, at der anvendes borgerkalender, hvor de forskellige opgaver fremgår. Der er fokus på, at medarbejderne kun arbejder inden for deres eget kompetenceområde, og der sikres personlig opgaveoverdragelse i de tilfælde, det vurderes fagligt forsvarligt, fx ved medicinadministration, sårpleje og kompressionsbehandling. Medarbejderne oplever, at sygeplejerskerne og lederne følger op på deres tilegnede kompetenceområder, så det sikres, at medarbejderne fortsat er fortrolige med delegeringsopgaver. Desuden anvendes der kollegial sparring samt orientering i instrukser og VAR-portalen, så det sikres, at korrekte procedurer følges, og den tilegnede viden holdes ajour. Medarbejderne beskriver fokus på at inddrage beboernes ressourcer i størst muligt omfang. Medarbejderne dokumenterer de sygeplejefaglige indsatser i handlingsanvisninger og i observationsnotater.
Tilsynets vurdering - 5	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt. De interviewede beboere modtager ikke sygeplejeydelser ud over medicin, men det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for arbejdet, dokumentationen og for videredelegeringen heraf.	

3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Data	**INTERVIEW MED LEDER:** Lederen fortæller, at plejeboligerne består af to afdelinger. Den ene afdeling består af plejeboliger med fast personale, mens den anden afdeling består af plejeboliger med hjemmehjælp (også kendt som beskyttede boliger). Endvidere forefindes der også midlertidige pladser og et daghjem på matriklen. Plejeboligerne er organiseret med en forstander og to afdelingssygeplejersker. I alle afdelinger er der ligeledes gruppeledere både dag- og aften, som varetager den faglige ledelse i tæt samarbejde med afdelingssygeplejerskerne. Personalegruppen består primært af social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter, men der er også ansat socialpædagoger og sygeplejersker i alle afdelinger. Lederen prioriterer, at der er sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter tilknyttet alle vagtlag. Ydermere er der ansat en aktivitetsmedarbejder. I foråret blev der ansat en udviklingssygeplejerske, som blandt andet er tovholder for kompetenceudvikling og Nexus, og som fx faciliterer monofaglige møder med sygeplejerskerne. Der er planer om at ansætte en planlægger, der kan understøtte lederne med vagtplaner. Der er pt. to vakante gruppelederstillinger i aftenvagten, men lederen oplever et godt samarbejde på tværs af afdelingerne, så der sikres faglig dækning. Der er ikke terapeuter ansat, men de kan rekvireres gennem Nexus ved behov.

	Lederen beskriver, at der er et øget fokus på fastholdelsesstrategier, hvor medarbejdernes arbejdsmiljø og trivsel vægtes højt. Det er lederens oplevelse, at medarbejderne har de rette kompetencer i forhold til målgruppen. Det understreges, at der i rekrutteringsøjemed er fokus på at sikre medarbejdere med demensfaglige kompetencer, ligesom der løbende sikres kompetenceudvikling af medarbejderne, da beboerne opleves med større kompleksitet end tidligere. Det oplyses, at sygefraværet ses let stigende trods forskellige indsatser, som fx hyppige fraværssamtaler. Dette er et fokus I MED-gruppen, og der ses på forskellige handlemuligheder. Lederen beskriver, at der er flere fastlagte møder, som fx rapport-overlap, morgenmøder, tidlig opsporing og faglig dialog, som bidrager til et godt og tværfagligt samarbejde. Endvidere er der løbende mulighed for sparring med psykiatrisk sygeplejerske, demenskoordinatorer og plejehjemslægen. Nye medarbejdere sikres to ugers introduktion, og de får tilknyttet en intromakker. I øjeblikket ses der på en revidering af introprogrammet og etablering af mentorordning. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne oplever at have de rette kompetencer i forhold til målgruppen, og de beskriver gode muligheder for kompetenceudvikling. Medarbejderne nævner, at der har været afholdt hygiejneuge, magtanvendelseskursus, dysfagi/kostformer, forflytningskursus, hjerte-lunge-redning samt kursus i Low Arousal, hvilket sikrer, at deres faglige viden holdes ajour. Ydermere er der altid mulighed for sparring med kolleger og tværfaglige samarbejdspartnere, såsom demenskoordinatorer, diætist, køkkenet, terapeuter, og plejehjemslægen. Der afholdes forskellige fastlagte mødefora, som understøtter vidensdeling og tværfagligt samarbejde. Fx afholdes der morgenmøder, fælles refleksion, tidlig opsporing (triageringsmøde) og faglig dialog (beboerkonference eller refleksion/undervisning i fagligt tema). Medarbejderne oplever, at lederne imødekommer deres ønsker til oplæring/undervisning, ligesom tværfaglige samarbejdspartnere, der ikke er ansat i huset, er nemme at rekvirere gennem Nexus. Plejehjemslægen kommer fast hver 14. dag og går stuegang. Medarbejderne beskriver, at der er ledelsesmæssigt fokus på UTH-arbejdet, herunder at der sikres indberetning i systemet. Det er medarbejdernes oplevelse, at der er gode faglige drøftelser om de indberettede hændelser.
Tilsynets vurdering - 5	
Tilsynet vurderer, at der i meget høj grad er et ledelsesmæssigt fokus på at sikre en hensigtsmæssig organisering og gode rammer for kompetenceudvikling. Tilsynet vurderer, at der gennem en fast mødestruktur og samarbejde på tværs af faggrænser sikres gode rammer for det tværfaglige samarbejde. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne oplever, at de har gode muligheder for kompetenceudvikling, og at det tværfaglige samarbejde er velfungerende.	

3.10 OBSERVATIONSSTUDIE

Data	**KOMMUNIKATION** <u>Observationsstudie af hjælp til personlig pleje:</u> Der kommunikeres på en respektfuld og anerkendende måde til beboeren. Medarbejderen udviser en særdeles lyttende og nærværende adfærd i dialogen ved fx at stå stille og stoppe sine handlinger, når beboeren kommer med udsagn.

Under plejeforløbet giver beboeren flere gange udtryk for, at hun bedst kan lide at få hjælpen udført af den konkrete medarbejder, da medarbejderen altid opleves venlig og imødekommende.

Observationsstudie af hjælp til personlig pleje:

Medarbejderen oplyser tilsynet om, at hun allerede har hilst godmorgen til beboeren en gang tidligere på dagen. Ved ankomsten til beboerens bolig hilses der igen venligt på beboeren. Medarbejderen tager fat i beboerens hånd og forklarer venligt beboeren, hvad der skal ske. Beboeren nikker og smiler til medarbejderen. Beboeren kommunikerer primært ved at svare med enstavelsesord eller ved at nikke og smile. I henvendelsen til beboeren anvender medarbejderen en anerkendende tilgang ved fx at rose beboeren for at være god til at samarbejde omkring plejen. Medarbejderen er meget opmærksom på, at hendes dialog undervejs i plejen bidrager til at skabe tryghed for beboeren på trods af, at beboeren ikke selv kommunikerer så meget.

SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE

Observationsstudie af hjælp til personlig pleje:

Beboeren bliver spurgt, om hun er klar til at få hjælp til personlig pleje. Medarbejderen stiller beboeren spørgsmål ift., hvad beboeren ønsker, fx i ift. Påklædning, og om beboeren ønsker at komme ned i fællesrummet. Gennem hele plejeforløbet oplyses beboeren om, hvad der skal ske. Tilsynet bemærker, at medarbejderen også er opmærksom på at informere beboeren, hver gang sengen eleveres.

Beboeren udtrykker ønske om at blive i sin seng, hvilket medarbejderen respekterer. Beboeren tilbydes morgenmad, men takker nej hertil.

Observationsstudie af hjælp til personlig pleje:

Det er tydeligt, at medarbejderen har et godt kendskab til beboerens komplekse plejebehov og særlige udfordringer. Beboerens selvbestemmelsesret sikres ved, at medarbejderen løbende holder beboeren informeret om, det der skal ske. Flere gange forsikres beboeren også om, at alt er som det skal være. Under plejen oplyser medarbejderen fx, at huden ser fin ud, og under forflytningen forsikres beboeren om, at medarbejderen er hos hende.

REHABILITERING

Observationsstudie af hjælp til personlig pleje:

Beboeren er sengeliggende og har begrænsede fysiske ressourcer, der kan inddrages. Beboerens ressourcer ses inddraget under forflytninger og påklædning. Medarbejderen lader her beboeren gøre det, hun selv magter, og medarbejderen støtter let, når der er behov. Beboeren er kognitivt meget velfungerende, og medarbejderen lytter til de ønsker, beboeren fremkommer med og respekterer beboerens valg. Efter endt pleje stilles et sengebord hen til sengen, så beboeren kan nå det friske vand, der er serveret. Medarbejderen ved, at beboeren gerne vil have det køligt i boligen, og derfor åbnes døren til terrassen, før medarbejderen forlader boligen.

Observationsstudie af hjælp til personlig pleje:

Beboeren er meget passiv og har kun få fysiske ressourcer, der kan inddrages. Tilsynet bemærker, at medarbejderen er opmærksom på at inddrage beboerens mentale ressourcer. Beboeren spørges, om hun har lyst til at starte med at synge en sang. Beboeren smiler og nikker bekræftende, hvorefter medarbejderen går i gang med at synge en morgensang.

Beboeren synger svagt med. Medarbejderen er gennem sin dialog, adfærd og handlinger meget opmærksom på at sikre beboerens tryghed under hele plejeforløbet. F.eks. tilbydes beboeren på et tidspunkt lidt koldt at drikke, og under hjælpen til øvre personlig pleje spørges beboeren igen, om de skal synge en sang sammen.

ORGANISERING AF ARBEJDET

Observationsstudie af hjælp til personlig pleje:

Medarbejderen starter med at iklæde sig forklæde og handsker. Medarbejderen bruger et rullebord, hvorpå plejeremedierne lægges. Beboerens medicin findes frem, kontrolleres på korrekt vis og sættes på rullebordet. Medarbejderen har et godt kendskab til beboerens vaner og ønsker, og medarbejderen udfører således hjælpen, som beboeren er vant til. Der forekommer ingen forstyrrelser undervejs i plejeforløbet. Hjælpen udføres i et stille og roligt tempo afstemt beboerens behov.

Observationsstudie af hjælp til personlig pleje:

Medarbejderen forbereder plejen ved at gøre alt klart, og medarbejderen ifører sig forklæde og handsker. Medarbejderen anvender også mundbind, da der er Coronaudbrud på afdelingen.

Medarbejderens telefon lægges på køkkenbordet og sættes på lydløs. Medarbejderen forklarer tilsynet, at hun ikke vil forstyrres under plejeforløbet og ej heller ønsker at forlade beboeren, før plejen er udført. Medarbejderen er målrettet og systematisk i sin tilgang, men er samtidig også opmærksom på, at plejen skal udføres i et meget stille og roligt tempo, da beboeren ellers reagerer herpå ved at frasige sig hjælpen.

DEN FAGLIGE UDFØRELSE AF ARBEJDET

Observationsstudie af hjælp til personlig pleje:

Beboeren får hjælp til nedre personlig pleje i sengen. Plejen udføres på en faglig korrekt måde, hvor det blandt andet observeres, at medarbejderen er opmærksom på at tørre godt efter med et håndklæde, så huden efterlades tør. Beboeren klager over smerter på huden, hvortil medarbejderen forsikrer, at hun vil være forsigtig og smøre godt med creme. Beboeren takker for medarbejderens grundighed og forsigtighed, og beboeren udtrykker, at hun er tilfreds med hjælpen, når denne leveres af den konkrete medarbejder. Beboeren får også hjælp til at få en ren bluse på, og herefter indtager beboeren sin medicin. Medarbejderen står ved siden af beboeren og tilbyder vand at drikke og sikrer sig, at beboeren tager alle tabletterne.

Medarbejderen sætter en ny kateterpose på og taler med beboeren om betydningen af at drikke rigeligt. Herefter får beboeren let støtte til øvre personlig pleje og tandbørstning.

Tilsynet bemærker, at medarbejderen ikke foretager håndhygiejne mellem handskeskift. Endvidere bemærkes det, at beboerens kørestol er meget snavset. Medarbejderen oplyser, at der ikke er en tydelig arbejdsgang for, hvem der har ansvaret for renholdelse af beboernes hjælpemidler. Tilsynet drøfter dette med medarbejderne i forbindelse med medarbejderinterviewet, og de beskriver, at der er en fast arbejdsfordeling for renholdelse af beboernes hjælpemidler.

Observationsstudie af hjælp til personlig pleje:

Beboeren får hjælp til nedre hygiejne i sengen og forflyttes med lift fra seng til stol. Plejen udføres på en faglig korrekt måde, hvor medarbejderen blandt andet er opmærksom på at sikre god hudpleje. Under plejen udviser medarbejderen respekt for beboerens blufærdighed ved at afdække beboeren med et håndklæde, fx når medarbejderen går fra sengen for at finde hjælpemidler til forflytning.

	Beboeren får hjælp til øvre personlig pleje på badeværelset. Beboeren synes at været blevet lidt mere frisk, og beboeren kan svare kort på medarbejderens spørgsmål. Medarbejderen tilpasser sin kommunikation herefter og spørger beboeren, om hun må tjekke huden under brystet. Beboeren forsikres om, at alt ser ud, som det skal, og at behandlingen af rødme har virket som ønsket. Under hjælpen til påklædning er det tydeligt, at beboeren glæder sig over medarbejderens kommentar om, at det er en fin bluse, som den pårørende har købt. På et tidspunkt får beboeren noget galt i halsen. Medarbejderen støtter beboeren og spørger, om de lige skal holde en lille pause. Beboeren kommer sig hurtigt efter sit hosteanfald, og medarbejderen forsikrer om, at de snart er færdige. Medarbejderen følger gældende retningslinjer ift. at sikre korrekt håndhygiejne gennem hele forløbet.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at der under begge observationsstudier i meget høj grad sikres en respektfuld kommunikation, og at kommunikationen i meget høj grad er afstemt beboernes individuelle behov og udfordringer. Hjælpen til personlig pleje udføres med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang og med et fokus på at sikre beboernes selvbestemmelsesret.

Tilsynet vurderer, at plejeforløbet under begge observationsstudier er velorganiseret, og således udføres hjælpen uden afbrydelser og i et tempo tilpasset beboernes behov.

Tilsynet vurderer, at der under det ene observationsstudie i meget høj grad sker udførelse af plejen på en faglig korrekt måde, og at medarbejderen overholder gældende retningslinjer for håndhygiejne. I det andet observationsstudie er det vurderingen, at medarbejderen ikke overholder gældende retningslinjer for korrekt håndhygiejne, idet medarbejderen ikke spritter hænder mellem handskeskift.

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

4.1 FORMÅL

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for borgere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourcer, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 VURDERINGSSKALA

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau.:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
SCORE: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • 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. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

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 plejecentre, 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.

Relateret document 14/21

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport PUKs Hjemmehjælp 2022.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport PUKs Hjemmehjælp 2022**
Dokument ID:	**4960945**

Tilsynsrapport
Gentofte Kommune

Privat leverandør af Hjemmepleje
PUK's Hjemmehjælp

Uanmeldt tilsyn
November 2022

INDHOLD

1. FORMALIA 4
2.1 TILSYNETS VURDERINGER 5
2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER 7

3. DATAGRUNDLAG 8
3.2 DOKUMENTATION 8
3.3 PERSONLIG PLEJE OG STØTTE 9
3.4 PRAKTISK HJÆLP 11
3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD 11
3.6 SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE 12
3.7 SYGEPLEJE INKL. MEDICINOPGAVER 13
3.8 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE 14
3.9 OBSERVATIONSSTUDIE 15

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE 18
4.1 METODE 18
4.2 VURDERINGSSKALA 19

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om den konkrete enhed.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer, observationsstudier og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

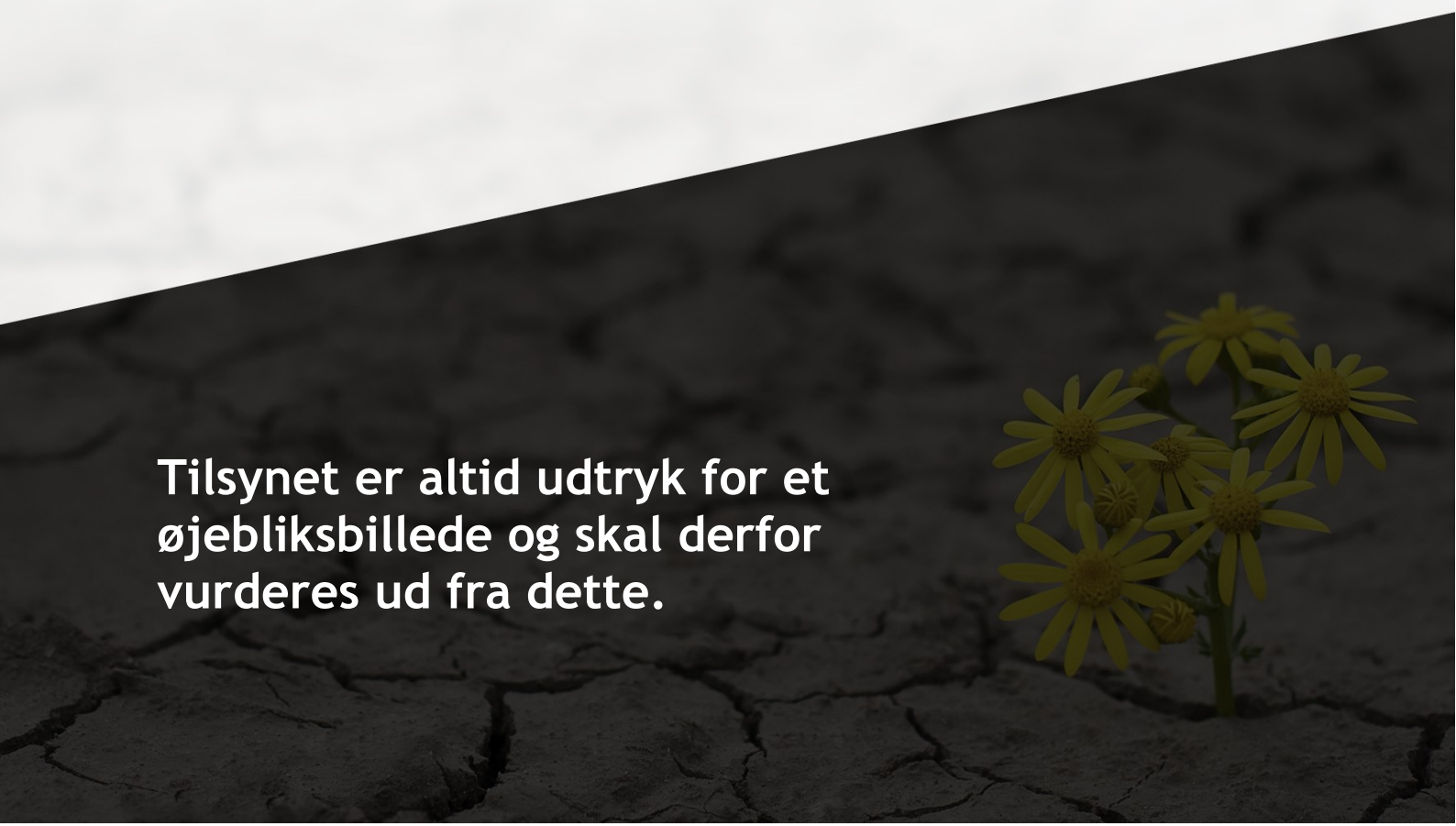
Tilsynets form, indhold, metode og afvikling er afstemt med kommunen.

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Gitte Ammundsen
Senior Manager
Mobil: 4189 0406
Mail: gia@bdo.dk
Projektansvarlig



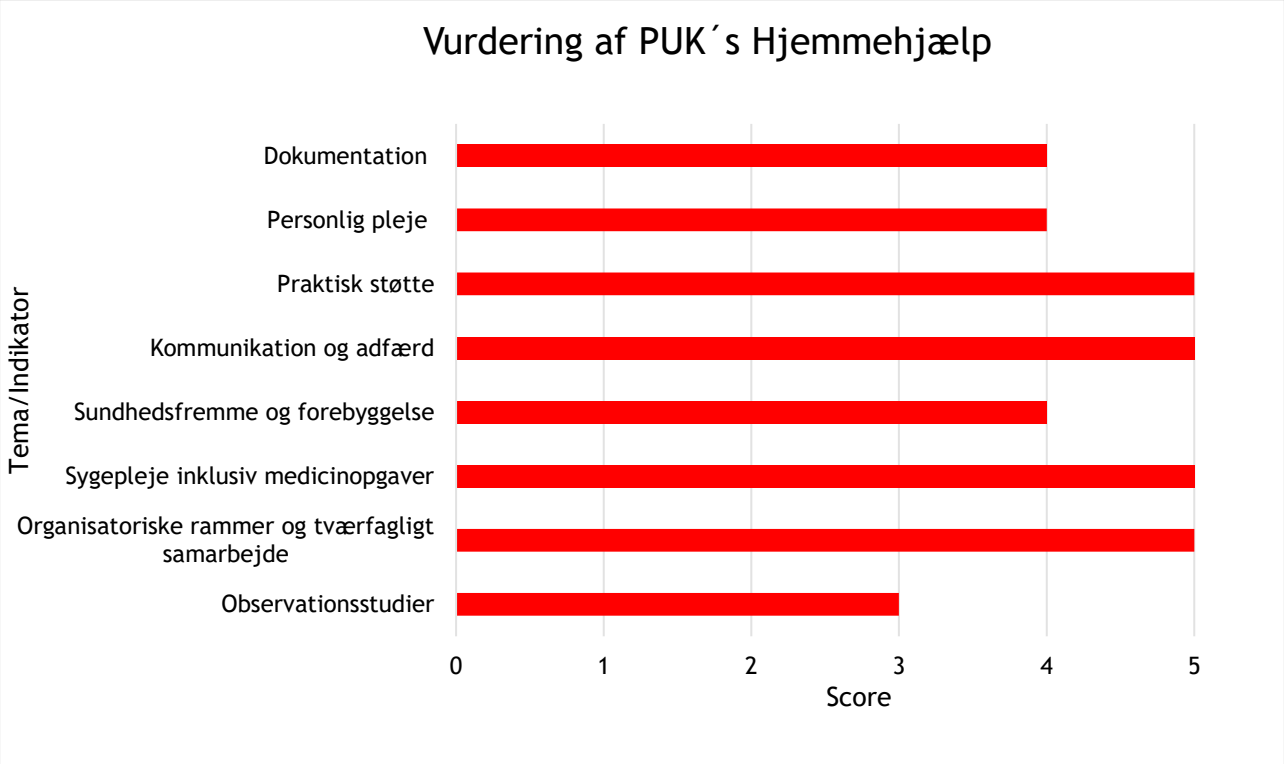
1. FORMALIA

Oplysninger om leverandøren og tilsynet
Navn og adresse: PUK's Hjemmehjælp, Mesterlodden 1, 2920 Gentofte
Leder: Puk Ervolder
Dato for tilsynsbesøg: 1. og 2. november 2022
Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med ledelse • Tilsynsbesøg hos tre borgere • Gennemgang af dokumentation • Kontrol af medicinhåndtering • Et observationsstudie • Gruppeinterview med to medarbejdere (to social- og sundhedshjælpere) Fordelingen af borgere er foretaget således: • En borger, der modtager hjemmepleje mellem 2-8 timer i dagtimer • En borger, der modtager hjemmepleje og hjemmesygepleje mellem 2-8 timer i dag- og aftentimer • En borger, der modtager hjemmepleje og hjemmesygepleje i mere end 8 timer i dag- og aftentimer Borgere, der indgår i tilsynet, har givet deres accept til at indgå i tilsynet samt givet samtykke til, at den tilsynsførende gennemgår personlige data. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Senior Manager Gitte Ammundsen, Sygeplejerske

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS VURDERINGER

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation

Tilsynet vurderer, at dokumentationen i høj grad lever op til gældende retningslinjer på området.

Døgnrytmeplaner udarbejdes på en systematisk måde og ved brugen af skabelonens felter. Alle døgnrytmeplaner indeholder beskrivelser af borgernes ressourcer, og hvorledes disse inddrages i plejen. Der ses beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. To døgnrytmeplaner indeholder handlevejledende og individuelle beskrivelser af hjælpen til pleje og praktisk støtte, mens dette mangler i forhold til en af borgerne. Der foreligger udarbejdelse af de nødvendige handlingsanvisninger ift. sundhedslovsindsatser. Observationsnotater anvendes, som det er tiltænkt, og således ses dokumentation af opfølgningen på observationer og handlinger.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne har den faglige forståelse for arbejdet med dokumentationen.

Personlig pleje og støtte

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Borgerne oplever, at den visiterede hjælp svarer til deres behov, og at kvaliteten af hjælpen er meget tilfredsstillende. Der opleves god kontinuitet i plejen, idet borgerne er tilknyttet faste medarbejdere. En enkelt borger har dog bemærkninger i forhold til hjælpen, idet tidspunkterne for levering af hjælpen om dagen ikke altid opleves at være i overensstemmelse med borgerens egne ønsker.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne udviser faglig forståelse for, hvorledes der sikres kvalitet i den personlige pleje, og at medarbejderne udviser faglig forståelse for arbejdet med den rehabiliterende tilgang.

Praktisk hjælp

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Kvaliteten af rengøringsstandarden i borgernes hjem og omkring hjælpemidler er særdeles tilfredsstillende. Borgerne er tilfredse med kvaliteten af hjælpen til praktisk støtte, og de oplever god kontinuitet, da hjælpen som oftest leveres af faste medarbejdere.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for, hvordan hjælpen til praktisk støtte leveres med udgangspunkt i en rehabiliterende tilgang.

Kommunikation og adfærd

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Borgerne oplever respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der sikres respektfuld kommunikation og adfærd.

Sundhedsfremme og forebyggelse

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der tages hånd om borgernes sundhedsmæssige problemstillinger. Borgerne udtrykker ikke umiddelbart behov for at tale med medarbejderne om deres sundhedsmæssige problemstillinger. Medarbejderne kan redegøre for arbejdet med de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. På baggrund af interview med ledelsen er det tilsynets vurdering, at leverandøren har implementeret en tilfredsstillende arbejdsgang for arbejdet med utilsigtede hændelser. Tilsynet konstaterer dog, at medarbejderne har lidt vanskeligt ved at redegøre for arbejdsgangen.

Sygepleje, inkl. medicinopgaver

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at borgerne er trygge ved hjælpen til sygeplejeopgaverne, og at medarbejderne på faglig korrekt måde kan redegøre for arbejdsgange ifm. udlevering af dispenseret medicin.

Organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er fokus på at sikre gode rammer for kompetenceudvikling og tværfagligt samarbejde. Der arbejdes målrettet med indsatser, der skal bidrage til at sikre et godt arbejdsmiljø og fastholdelse af medarbejderne.

Medarbejderne oplever, at deres faglige kompetencer matcher borgernes kompleksitet, og at det tværfaglige samarbejde understøtter muligheden for at levere høj faglig kvalitet i indsatserne.

Observationsstudier

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Under plejeforløbet er medarbejderne opmærksomme på at inddrage borgerens ressourcer, når det er muligt. Borgerens selvbestemmelsesret sikres ved, at plejen udføres, som borgeren er vant til, og ved at medarbejderne imødekommer de ønsker, som borgeren selv udtrykker undervejs i forløbet.

Der observeres respektfuld kommunikation med borgeren.

Det er tilsynets vurdering, at der sker en meget tilfredsstillende organisering af plejeforløbet, hvor de to medarbejdere har fordelt opgaverne hensigtsmæssigt imellem sig, hvilket skaber en god og naturlig rytme under hele plejeforløbet. Tilsynet vurderer dog, at telefonopringninger skaber nogen forstyrrelser.

Tilsynet konstaterer, at en medarbejder ikke i alle relevante situationer spritter hænder mellem handskeskift.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation, observationer og observationsstudier. Derudover foretages kontrol af medicinen. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger
1. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt rettes et fagligt fokus på at sikre, at døgnrytmeplaner til enhver tid indeholder handlevejledende beskrivelser af hjælpen, der skal leveres. 2. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt tages initiativ til dialog med en konkret borger, som har bemærkninger i forhold til tidspunkterne for modtagelse af hjælpen. 3. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssigt sikres, at alle medarbejdere har viden om leverandørens arbejdsgange i forhold til indberetning og opfølgning på utilsigtede hændelser. 4. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt implementeres indsatser, så det sikres, at alle medarbejdere følger gældende retningslinjer for at sikre korrekt håndhygiejne. 5. Tilsynet anbefaler, at der i den faglige dialog med medarbejderne italesættes fokus på, hvorledes unødige forstyrrelser kan forebygges under plejeforløb, herunder forstyrrelser ved telefonopringninger.

3. DATAGRUNDLAG

3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER

Data	**LEDELSESINTERVIEW:** Ledelsen oplyser, at der i 2021 blev gennemført en brugerundersøgelse. Ledelsen har været i dialog med kommunen om resultatet fra brugerundersøgelsen, hvor borgerne gav udtryk for at være meget tilfredse med kvaliteten af hjælpen. For et halvt år siden fik leverandøren tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed, som anbefalede, at leverandøren rettede fokus på beskrivelse af den pædagogiske tilgang i døgnrytmeplanerne. Fokus herpå blev efterfølgende skærpet, og når det skønnes relevant, sikres dokumentation heraf. Derudover blev det anbefalet, at leverandøren rettede fokus på at tale med borgerne om deres sidste vilje. Leverandøren har haft en faglig drøftelse med kommunen om, hvorledes emnet skal bringes ind i dialogen med borgerne, og hvor resultaterne fra dialogen skal dokumenteres i omsorgssystemet. Ledelsen oplyser, at man pt. er inde i en lidt stille og rolig periode, hvilket giver gode muligheder for faglig refleksion og udvikling. Leverandøren vandt udbuddet i 2019, hvor der i kommunen også blev implementeret en ny visiteringsform, som nu opleves meget velfungerende. Ledelsen beskriver, at der i kvalitetsarbejdet løbende er fokus på kompetenceudvikling og rekruttering. Der henvises til målet "Organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde" for beskrivelse heraf.

3.2 DOKUMENTATION

Data	**OBSERVATION** Der foretages observation i borgernes omsorgsjournaler. **Funktionsevnetilstande** Der foreligger ajourførte funktionsevnetilstande på alle tre borgere. **Døgnrytmeplanen** Døgnrytmeplanerne er systematisk og ensartet opbygget. To ud af tre døgnrytmeplaner indeholder handlevejledende beskrivelser af hjælpen, der skal leveres. Tilsynet bemærker positivt, at der i forhold til en borger, der får hjælp tre gange hver aften, foreligger tydelig beskrivelse af, på hvilket tidspunkt der skal aflægges besøg samt beskrivelse af, hvilken hjælp der skal leveres på de forskellige besøg. I forhold til en enkelt borger er hjælpen til personlig pleje om dagen ikke beskrevet handlevejledende, idet det kun fremgår, at borgeren skal følges til badeværelset. I forhold til alle tre borgere foreligger der under feltet "Borgers indsats" dokumentation af borgernes ressourcer, og under feltet "Medarbejders indsats" dokumenteres det, hvordan hjælpen skal leveres med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang. Under feltet "Særlig opmærksomhed" fremgår der beskrivelser, som har et sundhedsfremmende og forebyggende indhold. Der foreligger fx beskrivelser af særlig opmærksomhed ift. hudpleje, væskeindtagelse, tryksårsforebyggelse og smerteproblematik.

	Handlingsanvisninger for sygeplejeydelser udover medicin Tilsynet gennemgår handlingsanvisninger for kompressionsbehandling og administration af afføringsmiddel. Handlingsanvisningerne er handlevejledende udarbejdet af kommunens hjemmesygepleje, så der kan sikres korrekt udførelse af opgaven. **Observationsnotater:** Der foreligger forskellige observationsnotater, som viser, at der følges op på observationer og handlinger. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne oplyser, at det primært er sygeplejersken, der udarbejder døgnrytmeplanen, men at de selv har ansvar for at sikre ajourføring heraf. Medarbejderne beskriver fokus på at ændre beskrivelserne i døgnrytmeplanerne, så der altid er overensstemmelse mellem borgerens aktuelle behov og dokumentationen i døgnrytmeplanerne. En medarbejder fortæller, at hun fx er opmærksom på at ajourføre døgnrytmeplanen, når der laves en vigtig aftale med en borger, eller når det observeres, at beskrivelserne i døgnrytmeplanen ikke stemmer overens med den hjælp, der faktisk udføres. Medarbejderne oplever indimellem, at beskrivelsen af hjælpen til personlig pleje ikke altid er tilstrækkelig handlevejledende. Medarbejderne redegør for arbejdet med døgnrytmeplanerne i praksis, og de beskriver herunder, at døgnrytmeplanen gennemlæses, før et plejeforløb opstartes hos borgere, de ikke har så godt kendskab til. Medarbejderne beskriver brugen af observationsnotater som led i dokumentation af observationer og handlinger, og således sikres den nødvendige opfølgning på indsatserne. Medarbejderne føler sig fortrolige med at arbejde i omsorgssystemet, og de oplever gode muligheder for faglig sparring, når der opstår behov herfor.
Tilsynets vurdering - 4	
Tilsynet vurderer, at dokumentationen i høj grad lever op til gældende retningslinjer på området. Tilsynet vurderer, at døgnrytmeplaner udarbejdes på en systematisk måde og ved brugen af skabelonens felter. Alle døgnrytmeplaner indeholder beskrivelser af borgernes ressourcer, og hvorledes disse inddrages i plejen. Der ses beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. To døgnrytmeplaner indeholder handlevejledende og individuelle beskrivelser af hjælpen til pleje og praktisk støtte, mens dette mangler i forhold til en af borgerne. Der foreligger udarbejdelse af de nødvendige handlingsanvisninger ift. sundhedslovsindsatser. Tilsynet vurderer, at observationsnotater anvendes som det er tiltænkt, og således ses det, at der følges op på de beskrevne observationer og handlinger. Tilsynet vurderer, at medarbejderne har faglig forståelse for arbejdet med dokumentationen.	

3.3 PERSONLIG PLEJE OG STØTTE

Data	**OBSERVATION** Borgerne fremstår velsoignerede. **BORGERINTERVIEW** Borgerne udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje, herunder at der er god kontinuitet i plejen. Borgerne beskriver, at hjælpen som oftest leveres af medarbejdere, de kender.

En borger fortæller, at hun ikke kan tage bad i eget hjem, og derfor glæder sig over, at hun to gange om ugen bliver kørt til et aktivitetscenter, hvor hun får hjælpen. Leverandørens medarbejdere er gode til at hjælpe borgeren med at blive klar til at komme på aktivitetscentret, når hun skal have sit bad. En anden borger oplever, at hjælpen leveres på meget faste tidspunkter, hvilket borgeren er meget glad for. Hvis borgeren har brug for et andet tidspunkt, tages kontakt til leverandøren, som altid imødekommer borgerens ønske. I situationer, hvor borgeren har brug for lidt ekstra og akut hjælp, opleves medarbejderne meget fleksible og hurtige til at reagere.

En tredje borger italesætter blandt andet stor tilfredshed med hjælpen om aftenen, som leveres af et fast team af medarbejdere. Borgeren oplyser dog, at tidspunkterne for modtagelse af hjælpen om dagen ikke altid er i overensstemmelse med borgerens ønsker. Borger beskriver fx mindre tilfredshed med, at hjælpen til at komme i seng for at få et middagshvil gives på et for tidligt tidspunkt, hvilket betyder, at hun ligger i sin seng længere tid, end hun ønsker.

Alle borgere oplever, at medarbejderne giver dem gode muligheder for at inddrage egne ressourcer, når det er relevant. En borger udtrykker, at medarbejderne har godt styr på, hvad borgeren kan og ikke kan.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver fokus på at sikre faglig korrekt udførelse af hjælpen, herunder at sikre korrekt hygiejne. En af medarbejderne beskriver eksempler på, hvordan hun under plejen har fokus på at tørre borgerens hud godt og smøre med creme, så borgeren føler velvære ved at modtage plejen.

Medarbejderne redegør for den rehabiliterende tilgang, og de beskriver eksempler på, hvordan der anvendes guidning og motivation i tilgangen. Det er medarbejdernes oplevelse, at borgerne har meget forskellige ønsker til, hvor meget de ønsker at blive inddraget. Der udvises respekt for borgernes ønsker, men medarbejderne forsøger altid at motivere borgerne til at være aktive under plejeforløbet. I den rehabiliterende tilgang beskriver medarbejderne opmærksomhed på at inddrage borgerne i selv de mindste aktiviteter, som fx redning af hår og børstning af tænder.

Ved gennemlæsning af døgnrytmeplanen, og gennem den faglige sparring med kolleger, sikrer medarbejderne viden om borgernes behov, ønsker og vaner. Tilknytningen af faste borgere understøtter muligheden for at sikre gode plejeforløb.

Under plejeforløbet foretager medarbejderne faglige observationer, og hvis der observeres ændringer i borgernes helbredsmæssige tilstand, ageres der herpå ved at foretage dokumentation af de observerede ændringer og ved at kontakte sygeplejersken for faglig sparring.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at borgerne oplever, at den visiterede hjælp svarer til deres behov, og at kvaliteten af hjælpen er meget tilfredsstillende. Borgerne udtrykker oplevelsen af god kontinuitet i plejen, idet de er tilknyttet faste medarbejdere.

En enkelt borger har dog bemærkninger i forhold til hjælpen, idet tidspunkterne for levering af hjælpen om dagen ikke altid opleves at være i overensstemmelse med borgerens egne ønsker.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne udviser faglig forståelse for, hvorledes der sikres kvalitet i den personlige pleje, og at medarbejderne udviser faglig forståelse for arbejdet med den rehabiliterende tilgang.

3.4 PRAKTISK HJÆLP

Data	
	OBSERVATION: Borgernes hjem og hjælpemidler ses renholdte. **BORGERINTERVIEW:** Alle tre borgere modtager hjælp til praktisk støtte, og de udtrykker tilfredshed med kvaliteten. Borgerne henviser til, at det som regel er den samme medarbejder, der kommer og udfører opgaverne. En af borgerne fortæller, at hun overvejer at kontakte Visitationen. Da hjælpen i sin tid blev bevilget, kunne borgeren gå med rollator og selv klare aftørring af støv, men nu sidder borgeren i kørestol, og borgeren finder derfor, at hun har brug for mere hjælp til praktiske opgaver. Borgeren vil ikke bede leverandøren kontakte Visitationen, da hun sagtens selv kan gøre dette. **MEDARBEJDERINTERVIEW:** Medarbejderne redegør for udførelsen af praktisk støtte, og de beskriver eksempler på, hvorledes borgerne inddrages i opgaveudførelsen, når det er muligt. En medarbejder fortæller, hvordan hun motiverer en borger til selv at lægge rent vasketøj sammen og selv at være med til at kigge i køleskabet, når der bestilles madvarer. Under forberedelsen af morgenmad eller frokost motiveres borgerne til at deltage heri, når det er muligt. En af medarbejderne kommer hos en borger, som med let støtte fx selv kan smøre sin frokost. Begge medarbejdere italesætter fokus på, at hjemmet efterlades pænt og ryddeligt, fx ved at medarbejderne har ryddet godt op efter plejen, og at de har taget skraldeposer med ud.
Tilsynets vurdering - 5	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt. Kvaliteten af rengøringsstandarden i borgernes hjem og omkring hjælpemidler er særdeles tilfredsstillende. Tilsynet vurderer, at borgerne er tilfredse med kvaliteten af hjælpen, og de oplever god kontinuitet, da hjælpen som oftest leveres af faste medarbejdere. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for, hvordan hjælpen til praktisk støtte leveres med udgangspunkt i en rehabiliterende tilgang.	

3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD

Data	
	OBSERVATION Under besøg i borgernes hjem møder tilsynsførende ikke medarbejdere. **BORGERINTERVIEW** Borgerne oplever respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Medarbejderne beskrives som værende venlige og imødekommende. Borgerne pointerer, at de aldrig har oplevet det modsatte. Alle tre borgere nævner dog, at det kan være vanskeligt at kommunikere med nogle af medarbejderne, da flere har svært ved det danske sprog. En borger fortæller, at medarbejderne altid reagerer med venlighed og smil, når borgeren korrigerer dem. Et par af borgerne beskriver, at de altid føler sig lyttet til og godt behandlet, når de henvender sig til medarbejderne på kontoret.

	MEDARBEJDERINTERVIEW Medarbejderne redegør for faktorer, der har betydning for kommunikationen med borgerne, og de beskriver blandt andet fokus på følgende: • Sikre god øjenkontakt og aldrig vende ryggen mod borgeren, når der kommunikeres. • Udvise en smilende og positiv adfærd. • Aldrig udvise travlhed eller italesætte, at man er træt. • Udvise nærvær ved at være aktivt lyttende. • Respektere borgernes valg. • Afstemme kommunikationen individuelt. • Være opmærksom på kropssprog og borgerens reaktion på dialogen. En af medarbejderne fremhæver vigtigheden af, at hvis en borger beskriver et problem, er det medarbejderens opgave at spørge ind hertil og komme med forslag til løsninger. Hvis ikke medarbejderen umiddelbart selv kan løse problemet, kan borgeren oplyses om, at der tages kontakt til kontoret for rådgivning, og at medarbejderen vil vende tilbage med et svar. Medarbejderne oplyser, at de ville reagere og tage en samtale med deres kollega, hvis de oplevede en mindre hensigtsmæssig kommunikationsform eller adfærd. Dialogen vil dog aldrig finde sted under et borgerbesøg, og hvis en situation gentager sig, vil medarbejderne informere ledelsen om deres observationer.
Tilsynets vurdering - 5	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt. Borgerne oplever respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der sikres respektfuld kommunikation og adfærd.	

3.6 SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE

Data	OBSERVATION: Tilsynet observerer ikke eksempler på sundhedsmæssige problemer, der ikke er taget hånd om. BORGERINTERVIEW: En borger oplever at kunne tale med medarbejderne om alt, herunder også sundhedsmæssige udfordringer. Borgeren oplyser, at hun dog selv varetager kontakt til læge, hospitaler og lign., og borgeren ønsker at fortsætte hermed, så længe det er muligt. De to øvrige borgere har ikke behov for at tale med medarbejderne om deres sundhedsmæssige problemstillinger. En af borgerne nævner, at det taler hun i stedet med de pårørende om, mens den anden borger foretrækker at tale med sygeplejerskerne, der kommer flere gange ugentligt. MEDARBEJDERINTERVIEW: Medarbejderne redegør for sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, herunder beskrives observationer og handlinger i forhold til dehydrering og urinvejsinfektioner. I forebyggelsen af ovenstående beskrives observationer af fx urinens farve og lugt, hyppige bleskift og god hygiejne under hjælpen til nedre hygiejne. I relation til forebyggelse af tryksår beskriver medarbejderne fokus på at sikre god lejring med puder, og borgere, der er meget sengeliggende, motiveres til at komme op at sidde i en stol.

	På spørgsmål om arbejdet med utilsigtede hændelser redegør medarbejderne for, at de under observationsnotater sikrer dokumentation af hændelsen, så der kan ske opfølgning herpå. Medarbejderne indberetter ikke selv utilsigtede hændelser, idet dette gøres af leverandørens sygeplejerske. Medarbejderne beskriver, at hvis det observeres, at en borger ikke har fået sin medicin til tiden, tales der om hændelsen som led i forebyggelse af gentagelse heraf. Tilsynet bemærker, at medarbejderne har brug for nogen støtte for at kunne beskrive arbejdsgangen i arbejdet med indberetning og opfølgning på utilsigtede hændelser.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der tages hånd om borgernes sundhedsmæssige problemstillinger. Borgerne udtrykker ikke umiddelbart behov for at tale med medarbejderne om deres sundhedsmæssige problemstillinger.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for arbejdet med de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. På baggrund af interview med ledelsen er det tilsynets vurdering, at leverandøren har implementeret en tilfredsstillende arbejdsgang for arbejdet med utilsigtede hændelser. Tilsynet konstaterer dog, at medarbejderne har lidt vanskeligt ved at redegøre for arbejdsgangen.

3.7 SYGEPLEJE INKL. MEDICINOPGAVER

Data	**OBSERVATION** Tilsynet kommer hos borgere, der modtager sygeplejeindsatser ift. kompressionsbehandling, administration af klyx samt udlevering af dispenseret medicin. Tilsynet observerer ikke udførelse af sygeplejeopgaverne, men tilsynet observerer, at den ene borgers kompressionsstrømpe sidder korrekt. Borgeren, der får hjælp til udlevering af medicin, har fået dagens doseringsæske udleveret, og denne er mærket med navn og CPR-nummer. **BORGERINTERVIEW** Borgerne udtrykker tilfredshed med hjælpen til sygeplejeopgaver. En borger beskriver, at hun hver morgen får udleveret doseringsæske med medicin, og således oplever at få sin medicin til tiden. En anden borger udtrykker, at det aldrig giver anledning til problemer, når borgeren skal have et klyx. Medarbejderne opleves kompetente til opgaven, og de giver altid borgeren mulighed for at sidde i fred og ro på toilettet efter indgivelsen heraf. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne oplyser, at de primært udfører sygeplejeopgaver i forhold til udlevering af dispenseret medicin og påsætning af støttestrømper. Medarbejderne redegør korrekt for kontrollen af den dispenserede medicin, og de beskriver herunder, at de via deres telefon kan søge alle nødvendige oplysninger. Medarbejderne er opmærksomme på, at medicinen skal ses indtaget, før det kan betragtes som givet. En af medarbejderne fortæller, at hvis en borger ikke ønsker at tage medicinen, mens medarbejderen er i hjemmet, sætter hun sig typisk ned ved siden af borgeren og fortæller, hvorfor hun gerne vil se medicinen indtaget. I de fleste tilfælde giver medarbejderens forklaring god mening for borgerne, og netop ved brugen af den anerkendende tilgang lykkes det næsten altid at motivere borgerne til at tage deres

	medicin. Hvis en borger har vanskeligt ved at sluge tabletterne, tales der med sygeplejersken om mulighederne for at knuse medicinen og give den i forbindelse med et måltid.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at borgerne er trygge ved hjælpen til sygeplejeopgaver.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på faglig korrekt måde kan redegøre for arbejdsgange ifm. udlevering af dispenseret medicin.

3.8 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Data	**LEDELSESINTERVIEW:** Leverandøren har ansat en del nye medarbejdere, og således er alle stillinger besat. Personalegruppen opleves rimelig stabil, og flere af medarbejderne har været ansat i firmaet gennem mange år. Ledelsen oplyser, at der er stort fokus på at motivere ufaglærte medarbejdere til at søge ind på en sundhedsuddannelse eller motivere social- og sundhedshjælpere til at læse videre til assistent. Allerede fra starten af ansættelsesforholdet italesættes mulighederne for medarbejderne. Ledelsen beskriver, at der er mange gode erfaringer med at motivere medarbejdere til at videreuddanne sig, og at flere af medarbejderne kommer tilbage til leverandøren efter endt uddannelse. Leverandøren har ansøgt om puljemidler, og pt. er de godt i gang med de indledende forberedelser til at opstarte et forløb, hvor fokus er rettet på trivsel, arbejdsglæde og forebyggelse af psykisk nedslidning. Ledelsen ser et godt formål med deltagelse i forløbet, der kan bidrage til at fastholde medarbejderne i jobbet, samt styrke det gode arbejdsmiljø. Leverandøren har to sygeplejersker ansat. Sygeplejerskerne udfører ikke sygeplejeopgaver hos borgerne, men de har blandt andet en stor rolle i forhold til kompetenceudviklingen af medarbejderne. Sygeplejerskerne forestår undervisning og oplæring af medarbejderne, når leverandøren får delegeret en sygeplejeopgave fra kommunen. Sygeplejeopgaverne, som leverandøren pt. har fået tildelt, varetages typisk af social- og sundhedsassistenter eller af social- og sundhedshjælpere, som er blevet oplært til en specifik opgave inden for deres kompetencefelt. Sygeplejerskernes daglige tilstedeværelse skaber gode rammer for faglig sparring med de faste medarbejdere. Leverandøren er gået væk fra afholdelse af faste møder, men i stedet prioriteres det at afholde møder, når der opstår behov for fx information om nye tiltag eller faglig drøftelse af et specifikt emne. Alle medarbejdere møder ind på kontoret om morgenen og igen ved vagtens ophør, og således sikres der gode muligheder for faglig dialog med medarbejderne om de observationer, der gøres i løbet af dagen. En af sygeplejerskernes arbejdstider er tilrettelagt således, at vedkommende kan have faglig sparring med både dag- og aftenvagterne. Sygeplejersken opleves at være et godt bindeled mellem vagterne, da hun understøtter arbejdet med at tilrettelægge og koordinere opgaverne ude hos borgerne. Leverandørens planlæggere tager aften- og weekendvagter, hvilket giver et godt indblik i borgernes behov for pleje og omsorg, og dermed også et godt grundlag for at indgå i faglig dialog med medarbejderne. Leverandøren oplever, at der er en god og løbende faglig sparring med kommunen, fx afholdes faste visitationsmøder med kommunen hver 14. dag, hvor også kommunens Træningsteam deltager. Dialogen giver mulighed for at drøfte konkrete borgersituationer, herunder sikre tilbud om træningsindsatser eller opfølgning på de igangsatte træningsforløb.

	Leverandøren indberetter utilsigtede hændelser, og opfølgning herpå sker som oftest gennem faglig dialog med medarbejderen/medarbejderne, der har været involveret i hændelsen. Medarbejderne opleves dygtige til at reflektere over de fund, der gøres, og de kommer ofte selv med anvisninger på, hvorledes gentagelse af en utilsigtet hændelse kan forebygges. Arbejdet med instrukser og vejledninger sker gennem brugen af kommunens platform og gennem brugen af leverandørens egen instruksmappe. Alle medarbejdere deltager pt. i et førstehjælpskursus, så medarbejdernes kompetencer ajourføres og udvikles i forhold til at håndtere akutte situationer og yde førstehjælp. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne oplever, at deres faglige kompetencer matcher de opgaver, de stilles over for. Ved enhver tvivl om en opgaves løsning tages altid kontakt til sygeplejersken for faglig sparring. Medarbejderne beskriver gode kompetenceudviklingsmuligheder, og de henviser til undervisning i fx medicin, forflytninger og førstehjælp. Ledelsen opleves god til at sikre oplæring i brugen af nye hjælpemidler. Det tværfaglige samarbejde opleves velfungerende, og det er i den daglige praksis primært relateret til den faglige sparring med leverandørens sygeplejerske. Medarbejderne er også indimellem i faglig dialog med kommunens terapeuter, hvor der fx foregår videndeling om, hvordan medarbejderen oplever, at en borger profiterer af en træningsindsats. Medarbejderne beskriver mulighed for at kontakte en diætist, hvis en borger har ernæringsmæssige udfordringer. Videndeling mellem vagterne sker primært via dokumentationen i omsorgssystemet.
Tilsynets vurdering - 5	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt. Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er fokus på at sikre gode rammer for kompetenceudvikling og tværfagligt samarbejde. Der arbejdes målrettet med indsatser, der skal bidrage til at sikre et godt arbejdsmiljø og fastholdelse af medarbejderne. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne oplever, at deres faglige kompetencer matcher borgernes kompleksitet, og at det tværfaglige samarbejde er velfungerende.	

3.9 OBSERVATIONSSTUDIE

Data	Observationsstudie af hjælp til personlig pleje ved to medarbejdere: **KOMMUNIKATION** Ved tilsynets ankomst er begge medarbejdere i hjemmet. En af medarbejderne oplyser, at hun har siddet og talt lidt med borgeren, før plejeforløbet opstartes, da dette giver borgeren en god start på dagen. Under plejen er der kun sparsom kommunikation mellem borgeren og medarbejderne, hvilket opleves at være i overensstemmelse med borgerens ønsker. Medarbejderne kommunikerer i en venlig og respektfuld tone til borgeren. Borgeren tiltales ved fornavn. Under plejeforløbet er de to medarbejdere opmærksomme på ikke at tale hen over hovedet på borgeren. Begge medarbejdere siger pænt farvel til borgeren, før de forlader hjemmet. Borgeren oplyses om, at den ene af medarbejderne kommer igen til et frokostbesøg. **SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE**

Medarbejderne har et godt kendskab til borgerens behov, og de har derfor ikke behov for at stille så mange spørgsmål til, hvordan plejen ønskes udført. Borgeren italesætter selv enkelte ønsker undervejs i plejen, og medarbejderne følger i alle situationer borgerens anvisninger.

Der tales med borgeren om hjælpen til praktiske opgaver, som fx vasketøj. Borgeren udtrykker, at der ikke er behov for at sætte en vask over. Medarbejderen oplyser borgeren om, at det er hun ikke helt enig i, da der er en del urent linned. Borgeren accepterer, at der sættes en vask over.

Før morgenmaden serveres for borgeren, har medarbejderen spurgt borgeren ind til ønsker herfor.

REHABILITERING

Borgeren har begrænsede ressourcer, der kan inddrages under morgenpleje, og derfor udføres hjælpen til personlig pleje primært af medarbejderne. Medarbejderne forsøger at inddrage borgerens ressourcer ved at opfordre borgeren til selv at forflytte sig i sengen. Borgeren har dog vanskeligt herved, hvorfor medarbejderne støtter en del.

Borgeren ønsker at blive liggende i sengen og får derfor, ifølge aftale med borgeren, ikke hjælp til påklædning. Hjælpen til påklædning udføres senere på dagen.

Medarbejderne stiller drikkevarer, krus, fjernbetjening og iPad frem på sengebordet, som køres ind foran borgeren. Borgeren tænder selv for fjernsynet og er optaget af at se nyheder.

ORGANISERING AF ARBEJDET

Det er tydeligt, at begge medarbejdere har et godt kendskab til borgerens ønsker, vaner og behov. Hjælpen udføres på en systematisk måde, og borgeren følger medarbejdernes rytme og arbejdsgang ved fx selv at løfte armen, så medarbejderen kan udføre øvre personlig pleje. Borgeren synes at være helt tryg ved medarbejdernes måde at udføre plejen på. Plejeremedier er placeret på et sengebord og tæt ved medarbejderen, der udfører hjælpen til personlig pleje. Sengehesten er slået ned, og således sikres medarbejderne gode arbejdsstillinger under plejeforløbet.

Medarbejderne har fordelt plejeopgaverne imellem sig ved, at den ene medarbejder støtter borgeren, mens den anden medarbejder udfører plejen. Efter udførelse af hjælpen til personlig pleje går den ene af medarbejderne videre til en anden borger. Medarbejderen, der bliver i hjemmet, forbereder morgenmaden og udfører praktiske opgaver i forhold til oprydning og vasketøj.

Tilsynet bemærker, at den ene medarbejders telefon ringer flere gange under plejeforløbet, hvilket skaber nogen forstyrrelser, som både registreres af borgeren og den anden medarbejder.

DEN FAGLIGE UDFØRELSE AF ARBEJDET

Medarbejderne anvender forklæde og handsker under plejeforløbet. Tilsynet bemærker, at medarbejderne foretager handskeskift i relevante situationer, og flere gange ses spritning af hænder under plejeforløbet. Tilsynet bemærker dog, at den ene medarbejder ikke i alle situationer spritter hænder mellem handskeskift.

Medarbejderne er opmærksomme på at tørre borgerens hud godt, og borgeren bliver smurt ind med creme på krop, arme og ben. Således er medarbejderne opmærksomme på borgerens risiko for at få hudproblemer.

Medarbejderen, der smører morgenmad til borgeren, spritter sengebord og iPad af, før morgenmaden sættes på bordet. Herefter får borgeren udleveret sin medicin. Medarbejderen beskriver korrekt, hvilken kontrol der udføres, før medicinen udleveres. Ved udlevering af medicin kontrollerer medarbejderen også, om borgeren har taget medicinen fra aftenen før.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Under plejeforløbet er medarbejderne opmærksomme på at inddrage borgerens ressourcer, når det er muligt. Borgerens selvbestemmelsesret sikres ved, at plejen udføres, som borgeren er vant til, og ved at medarbejderne imødekommer de ønsker, som borgeren selv udtrykker undervejs i forløbet.

Der observeres en respektfuld kommunikation med borgeren.

Det er tilsynets vurdering, at der sker en meget tilfredsstillende organisering af plejeforløbet, hvor de to medarbejdere har fordelt opgaverne hensigtsmæssigt imellem sig, hvilket skaber en god og naturlig rytme under hele plejeforløbet. Tilsynet vurderer dog, at telefonopringninger skaber nogen forstyrrelser. Tilsynet konstaterer, at en medarbejder ikke i alle relevante situationer spritter hænder mellem handskeskift.

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

Formålet med tilsyn er at afdække, hvorvidt der er sammenhæng mellem de beskrevne og vedtagne rammer og den praksis, der udføres på stedet samt at bidrage til den løbende udvikling og kvalitetsforbedring af tilbuddets rammer og indhold.

Sammenfattende er formålet med de uanmeldte tilsyn at:

- Kontrollere og belyse, om der i forhold til ældreområdet er sammenhæng mellem den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte borger og de ydelser, der leveres til den enkelte.
- Kontrollere og belyse, om der er sammenhæng mellem de udmeldte rammer og den praksis, der findes på det enkelte tilbud.
- Kontrollere, om der på det enkelte tilbud udføres forsvarligt fagligt arbejde i forhold til borgerne, og at gældende lovregler, kvalitetsstandarder, serviceniveau og administrative retningslinjer efterleves.
-
- Understøtte en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne over for borgerne gennem en anerkendende og konstruktiv tilgang til medarbejdere og ledelse.
- Skabe grundlag for refleksion over egen praksis hos både medarbejdere og ledelse.
- Afdække styrker og forbedringsmuligheder i tilbuddenes måde at håndtere opgaverne på, og identificere potentielle udviklingsmuligheder.

4.1 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets resurser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.2 VURDERINGSSKALA

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau.:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
SCORE: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • 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. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

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 plejecentre, 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.

Relateret document 15/21

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Salem 2022.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Salem 2022**
Dokument ID:	**4960944**

Tilsynsrapport
Gentofte Kommune

Plejehjemmet Salem

Uanmeldt tilsyn 2022

INDHOLD

1. OPLYSNINGER OM PLEJEHJEMMET 4

2. VURDERING 5
2.1 TILSYNETS VURDERINGER 5
2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER 7

3. DATAGRUNDLAG 8
3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER 8
3.2 DOKUMENTATION 8
3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP 10
3.4 MAD OG MÅLTIDER 12
3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD 13
3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING 14
3.7 MEDICINHÅNDTERING 15
3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN 16
3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE 17
3.10 OBSERVATIONSSTUDIE 18

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE 20
4.1 FORMÅL 20
4.2 METODE 20
4.3 VURDERINGSSKALA 21
4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE 22

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete plejecenter.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer, observationsstudier og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

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

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Gitte Ammundsen
Senior Manager
Mobil: 4189 0406
Mail: gia@bdo.dk
Projektansvarlig

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

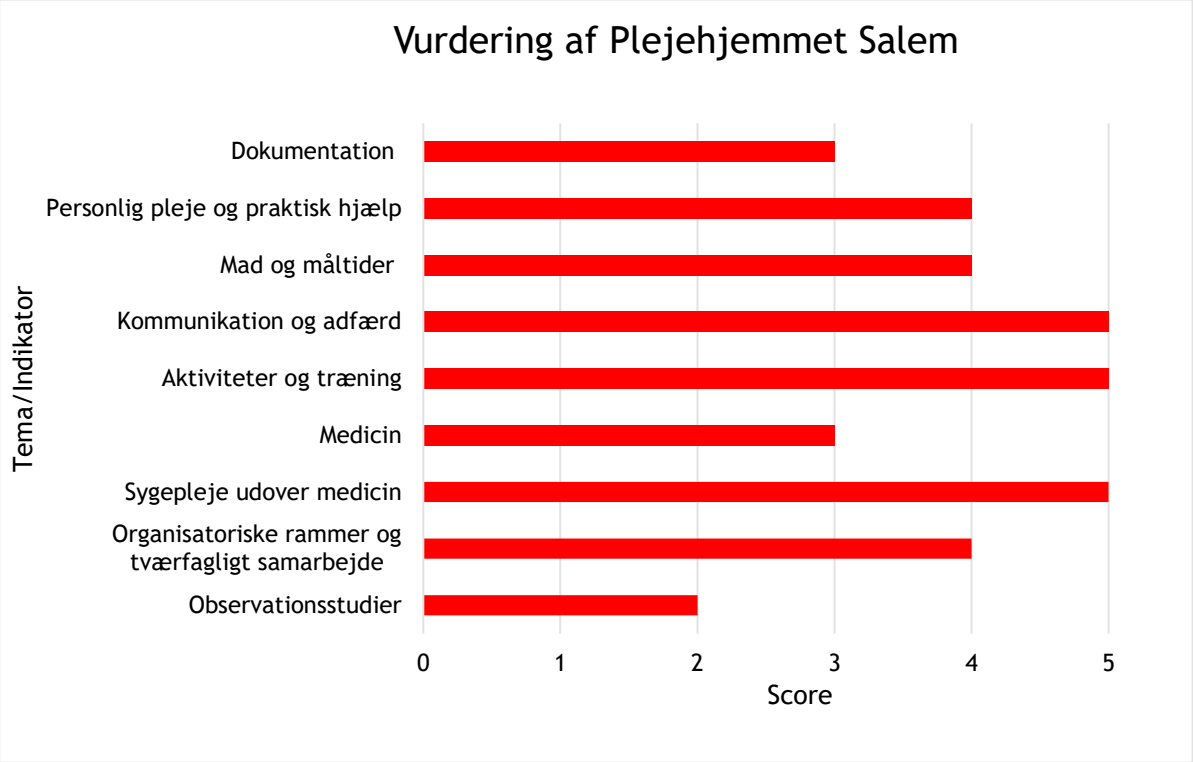
1. OPLYSNINGER OM PLEJEHJEMMET

Oplysninger om plejecentret og tilsynet
Navn og Adresse: Plejehjemmet Salem, Mitchellsstræde 5, 2820 Gentofte
Leder: Helle Staudt
Antal boliger: 45 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 24. oktober 2022
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejecentrets ledelse • Interview af tre beboere • Gennemgang af dokumentation • Kontrol af medicinen • Observationsstudier • Gruppeinterview med fire medarbejdere (tre social- og sundhedshjælpere, en social- og sundhedsassistent) Beboere, som indgår i individuelle interviews, har givet deres accept til at indgå i tilsynet. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Andreas Bertelsen, Manager og sygeplejerske Gitte Duus Andersen, Manager og sygeplejerske, cand. cur

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS VURDERINGER

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne på dokumentation i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at døgnrytmeplanerne er opbygget efter en ensartet og systematisk tilgang, hvor der anvendes deloverskrifter. Beskrivelserne fremstår generelt ajourførte og handlevejledende, fraset mindre mangler. Det vurderes, at funktionsevnetilstande og helbredstilstande generelt fremstår ajourførte med et tilfredsstillende fagligt indhold, men at der i et tilfælde er konstateret mindre mangler.

Det er tilsynets vurdering, at der ikke arbejdes systematisk med at sikre oprettelsen af handlingsanvisninger på alle sundhedslovsindsatser. Hertil vurderes, at der for indsatser med høj kompleksitet er sikret tydelige og handlevejledende beskrivelser af, hvordan indsatsen skal udføres.

Tilsynet vurderer, at der generelt er foretaget dokumentation af målinger, opfølgning og afvigelser, men at der er mangler i forhold til to beboere, idet der fx ikke er sikret dokumentation af opfølgning på sårbehandling og vægtmåling. På trods af konstaterede mangler på dokumentationen vurderer tilsynet, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

Personlig pleje og praktisk hjælp:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at både hjælpemidler og boliger fremstår tilfredsstillende rengjorte. Tilsynet vurderer, at beboerne oplever, at de modtager den hjælp til personlig pleje og praktisk støtte, som de har behov for, og at de generelt er tilfredse med kvaliteten af hjælpen.

Hertil vurderes det, at beboerne oplever medbestemmelse, tryghed og kontinuitet i den leverede hjælp. Samtidig vurderes det dog, at en beboer italesætter oplevelser, der påvirker beboerens samlede tilfredshed, og at to beboere italesætter, at der kan forekomme ventetid på nødkald.

Det er samtidig tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og praktisk støtte, herunder hvordan der arbejdes med at sikre opmærksomhed på den rehabiliterende tilgang.

Mad og måltider:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid. Medarbejderne arbejder ud fra faste roller, og beboerne sikres mulighed for selvbestemmelse og medindflydelse. Samtidig vurderes det, at der forekommer enkelte unødige forstyrrelser under måltidet, hvilket kan afhjælpes med en mindre indsats. Tilsynet vurderer, at beboerne er tilfredse med madens kvalitet, muligheden for medindflydelse og rammerne for måltidet, samt at medarbejderne kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre "Det gode måltid".

Kommunikation og adfærd:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for området i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der på plejehjemmet er en imødekommende og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side, hvilket beboerne også tilkendegiver. Det vurderes, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, der medvirker til at skabe ligeværdig kommunikation.

Aktiviteter og træning:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på plejehjemmet, og at beboerne oplever, at de tilbydes meningsfulde aktiviteter og træning, som de kan deltage i efter ønske.

Samtidig vurderes det, at medarbejderne på særdeles tilfredsstillende vis kan redegøre for området.

Medicinhåndtering:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboernes medicin opbevares på en ensartet og struktureret måde, hvortil der sikres korrekt adskillelse af den aktuelle medicin, pn medicin og ikke-aktuel medicin. Herudover er der påført korrekt anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed. Det er dog samtidig tilsynets vurdering, at der ikke sikres konsekvent kvittering for administrationen af medicinen, og at der for en beboer er konstateret fejl i den dispenserede medicin, idet der i en æske er én tablet for meget. Herudover er der for samme beboer behov for opdatering af medicinskemaet, idet et præparat ikke er anført korrekt.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre korrekt for arbejdsgange relateret til medicinhåndteringen, svarende til eget kompetenceniveau.

Sygepleje ud over medicin:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er sammenhæng mellem de visiterede og leverede sygeplejeindsatser. Samtidig vurderes det, at beboerne italesætter en generel tilfredshed med den hjælp, de modtager, hvortil de oplever, at medarbejderne er opmærksomme på deres helbredsmæssige tilstand.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der arbejdes med at sikre, at de sygeplejefaglige indsatser leveres ud fra en høj faglig standard.

Organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

På baggrund af interviews med ledelsen og medarbejderne vurderer tilsynet, at der i høj grad er et ledelsesmæssigt fokus på at sikre en hensigtsmæssig organisering og gode rammer for kompetenceudvikling. Tilsynet vurderer, at der gennem en fast mødestruktur og samarbejde på tværs af faggrænser sikres gode rammer for det tværfaglige samarbejde.

Tilsynet vurderer, at plejehjemmet fortsat er i proces med at sikre en ensartet systematik omkring indberetning af utilsigtede hændelser. Herudover vurderer tilsynet, at medarbejderne italesætter oplevelsen af uhensigtsmæssige forstyrrelser i hverdagen, hvilket dog er forbedret gennem italesættelse af og fokus på arbejdskultur.

Observationsstudier:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for observationsstudiet i lav grad er opnået, hvilket skyldes, at medarbejderen i flere tilfælde ikke følger gældende hygiejniske retningslinjer. Hertil vurderes, at der ikke anvendes engangsforklæde under den tætte personlige pleje, at der ikke foretages korrekt skift af handsker, samt at der ikke foretages korrekt håndhygiejne mellem handskeskift.

Det er herudover tilsynets vurdering, at medarbejderen i høj grad sikrer en respektfuld, venlig og ligeværdig kommunikation og adfærd i kontakten med beboeren. Samtidig vurderes det, at medarbejderen udviser stor opmærksomhed på at sikre beboerens selvbestemmelse og medindflydelse, og at plejen gennemføres ud fra en rehabiliterende tilgang, som er tilpasset beboerens funktionsniveau.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation, observationer og observationsstudier. Derudover foretages kontrol af medicinen. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger
1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder den målrettede indsats på dokumentationsområdet, og at der herunder rettes en opmærksomhed på at sikre: • At døgnrytmeplanerne er ajourførte og indeholder handlevejledende beskrivelser af alle indsatser. • At der udarbejdes handlingsanvisninger på alle Sundhedslovsindsatser. • At der sikres dokumentation af opfølgning på de udførte handlinger og tiltag under observationsnotater.
2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder den pædagogiske indsats i forhold til en beboer, og at der herunder er opmærksomhed på at sikre, at beboeren oplever pleje af høj kvalitet.
3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen følger op på beboernes oplevelser af ventetid på nødkald.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fortsætter arbejdet med at sikre et godt og hyggeligt måltid for beboerne med fokus på at mindske unødige forstyrrelser.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder den målrettede indsats omkring medicinområdet, så beboernes medicin dispenseres og administreres efter gældende retningslinjer. Hertil anbefales, at der rettes en skærpet opmærksomhed på at sikre, at der kvitteres korrekt for administrationen af medicinen, og at der foretages eftertælling som egenkontrol af alle æsker.
6. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter tiltag, der understøtter medarbejdernes viden i forhold til, hvilke områder der skal foretages indrapportering af om utilsigtede hændelser.
7. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter tiltag, der medvirker til at skabe faglig refleksion og gode arbejdsgange, som led i at sikre besvarelse af beboerkald og mindske unødige forstyrrelser internt mellem medarbejderne.
8. Tilsynet anbefaler, at ledelsen retter en skærpet opmærksomhed på at sikre, at alle medarbejdere følger gældende hygiejniske retningslinjer under plejen.

3. DATAGRUNDLAG

3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER

Data	LEDERINTERVIEW: Forstanderen fortæller, at der ved det sidste kommunale tilsyn blev givet anbefalinger vedrørende dokumentationen. På baggrund af anbefalingerne er der etableret undervisning og vejledning i dokumentationsprocessen ved en ekstern konsulent. Undervisningen har blandt andet fokuseret på de 12 sygeplejefaglige områder samt at sikre den røde tråd gennem journalens oplysninger. Der er ydermere etableret et introduktions- og uddannelsesprogram for alle nyansatte medarbejdere, hvor der undervises i dokumentationsopgaven. Herudover beskrives det, at der er etableret fast struktur for auditeringer på dokumentation, som på nuværende tidspunkt varetages af ekstern konsulent i et læringssamarbejde med koordinatorerne. Fremadrettet vil opgaven dog blive varetaget af plejehjemmets egne koordinatorer. Af øvrige indsatser beskrives, at der arbejdes med projektet "Vækstkultur", hvilket indebærer et fokus på fx forandringsprocesser, kultur og kommunikation. Forstander har prioriteret, at alle medarbejdere deltager i projektet, og ledelsen beskriver samtidig, at projektet allerede har bidraget positivt til at skabe et fælles sprog. Herudover fortæller forstander, at der er etableret et fast samarbejde med en hospice-sygeplejerske, som afholder ugentlig undervisning i palliation samt er deltagende på afdelingernes triageringsmøder med fokus på faglig sparring og vejledning.

3.2 DOKUMENTATION

Data	Tilsynet foretager gennemgang af de udvalgte beboeres omsorgsjournal. **Funktionsevnetilstande** Funktionsevnetilstandene er opdaterede og aktuelle for alle tre beboere. **Døgnrytmeplanen** For alle tre beboere er der oprettet døgnrytmeplaner for dag, aften og nat. Døgnrytmeplanerne er opbygget efter en ensartet struktur, hvortil den fastlagte skabelon anvendes korrekt. Herudover anvendes faste deloverskrifter fx "personlig pleje", "ernæring" og "aktivitet", hvilket bidrager til en systematisk og overskuelig opbygning. Døgnrytmeplanerne indeholder beskrivelser af den hjælp og støtte, som beboerne modtager, og oplysningerne er nyligt opdaterede og ajourførte. Døgnrytmeplanerne fremstår handlingsanvisende for de servicelovsindsatser, der udføres hos beboeren. Ydermere er der beskrivelser af særlige hensyn og opmærk-

somhedspunkter, som er gældende hos den enkelte beboer. Der nævnes fx at medarbejderne skal møde beboeren ud fra en nedskrevet pædagogisk tilgang, da beboeren kan blive urolig eller ængstelig.

Hos en anden beboer henvises der til vejledende tidspunkter for de besøg, der skal tilbydes hos beboeren.

For alle beboere ses, at der henvises til udførelsen af sundhedsfaglige opgaver, såsom medicingivning og katheterpleje. Samtidig fremstår alle tre beboeres døgnrytmeplaner med beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, og der ses tydelige beskrivelser af den rehabiliterende tilgang.

Tilsynet bemærker, at der for en beboer mangler en handlevejledende beskrivelse af hjælpen til bad, mens der for en anden beboer ses, at oplysninger om målinger i døgnrytmeplanen skal ajourføres.

Generelle oplysninger

De generelle oplysninger indeholder tilstrækkeligt fyldestgørende beskrivelser for alle tre beboere, hvortil oplysningerne fremstår med værdi for beboerforløbet.

Handlingsanvisninger

Tilsynet gennemgår handlingsanvisningerne for indsatser, som fx katheterpleje, insulin, sårpleje, psykisk støtte og medicin dispensering- og administrering. Tilsynet konstaterer, at der er oprettet handlingsanvisninger på indsatser af høj kompleksitet, men at der ikke konsekvent oprettes handlingsanvisninger på alle sundhedslovsindsatser. For en beboer mangler der eksempelvis at blive oprettet en handlingsanvisning på indsatsen til øjendråber og medicindispensering, mens der for en anden beboer mangler handlingsanvisning på vægtmåling.

Helbredstilstande:

Helbredstilstandene fremstår generelt opdaterede, aktuelle og med en høj faglig kvalitet. Hos en beboer skal en enkelt tilstand dog opdateres, idet der henvises til en behandling og undersøgelse, som allerede er afsluttet.

Observationsnotater:

For to ud af tre beboere ses der dokumentation af relevante målinger, ligesom der ses dokumentation af opfølgning og afvigelser under observationsnotater.

Tilsynet har dog følgende bemærkninger:

- For en beboer mangler der konsekvent dokumentation af opfølgning på sårbehandling, og for en anden beboer er der ikke sikret opfølgning på vægtkontrol.
- For en beboer udfyldes der dagligt et standardiseret "ændringsskema", hvilket ikke fremstår relevant.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør for udfyldelse og anvendelse af døgnrytmeplanerne. Hertil beskrives, at døgnrytmeplanen ajourføres ved ændringer samt fast en gang om måneden. Ajourføringen italesættes som kontaktpersonens ansvar. Medarbejderne beskriver også, at vikarer og afløsere er instrueret i anvendelsen af døgnrytmeplanerne, så det sikres, at beboerne får den rette hjælp og pleje.

Medarbejderne beskriver, at døgnrytmeplanerne udarbejdes med afsæt i en fast skabelon, hvortil der anvendes ensartede overskrifter.

Herudover italesættes, at beskrivelserne skal indeholde oplysninger om, hvilke opgaver medarbejderne udfører, hvad beboeren selv udfører samt eventuelle særlige

	opmærksomhedspunkter. Der henvises herudover til socialpædagogisk handleplan, hvis dette er aktuelt. Medarbejderne beskriver, hvordan der er et tæt samarbejde mellem faggrupperne i forhold til at sikre fyldestgørende og ajourførte beskrivelser i funktionsevnetilstande, og at disse opdateres løbende. Herudover redegør medarbejderne for oprettelsen af handlingsanvisninger ved sundhedslovsindsatser, og medarbejderne kan redegøre tilstrækkeligt fagligt for anvendelsen af helbredstilstande, herunder at der sikres sammenhæng til den medicinske behandling. Medarbejderne beskriver, at handlingsanvisningerne indeholder beskrivelser af, hvordan indsatsen skal udføres, og at der anvendes link til VAR. Medarbejderne redegør for arbejdet med triagering, hvortil de kommer med enkelte eksempler på, hvornår en beboer triageres gul, samt hvordan der sikres opfølgning. Herudover beskrives det, at medarbejderne oplever gode muligheder for sparring omkring dokumentationen, og hvor fx journalopdateringer, gennemgang af observationer og beboerændringer samt andre beboerforhold bliver drøftet.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne på dokumentation i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at døgnrytmeplanerne er opbygget efter en ensartet og systematisk tilgang, hvortil der anvendes deloverskrifter. Beskrivelserne fremstår generelt ajourførte og handlevejledende, fraset mindre mangler.

Det vurderes, at funktionsevnetilstande og helbredstilstande generelt fremstår ajourførte med et tilfredsstillende fagligt indhold, men at der i et tilfælde er konstateret mindre mangler.

Det er tilsynets vurdering, at der ikke arbejdes systematisk med at sikre oprettelsen af handlingsanvisninger på alle sundhedslovsindsatser. Hertil vurderes, at der for indsatser med høj kompleksitet er sikret tydelige og handlevejledende beskrivelser af, hvordan indsatsen skal udføres.

Herudover vurderes, at der generelt er foretaget dokumentation af målinger, opfølgning og afvigelser, men at der er mangler i forhold til to beboere, idet der fx ikke er sikret dokumentation af opfølgning på sårbehandling og vægtmåling.

På trods af konstaterede mangler på dokumentationen vurderer tilsynet, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP

Data	**OBSERVATION** Beboerne fremstår soignerede og veltilpasse. Deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Beboernes hjælpemidler fremstår tilstrækkeligt rengjorte, hvilket generelt også er tilfældet for beboernes boliger. **BEBOERINTERVIEW** Tilsynet foretager interviews med tre beboere i deres boliger. Beboerne oplever, at de får den hjælp til personlig pleje og praktisk støtte, som de har behov for, hvortil beboerne generelt udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen. En beboer fortæller specifikt til tilsynet: *"Jeg har det dejligt her. De hygger om en, og så spørger de mange gange"*. Beboerne beskriver, at de generelt oplever medinddragelse og selvbestemmelse i deres hverdag samt i plejesituationerne, og at aftaler overholdes. En beboer fortæller fx, at medarbejderne spørger ind til beboerens ønsker, samt at medarbejderne fremstår lyttende, interesserede og lydhøre.

Samtidig fortæller beboerne, at de føler sig trygge ved personalet tilstedeværelse og deres hjælp.

Trygheden begrundes ud fra perspektivet om, at det er de samme faste medarbejdere, som varetager plejen, samt at medarbejderne fremstår kompetente. Beboerne beskriver oplevelsen af, at hjælpen leveres af faste medarbejdere, og de giver samtidigt udtryk for, at de har en fast kontaktperson, hvilket bidrager til oplevelsen af kontinuitet, genkendelighed og faste rutiner.

En beboer italesætter dog oplevelser, der påvirker beboerens oplevelse af tilfredshed. Her beskrives det, at medarbejderne kan have travlt, og at der derfor ikke altid tages hensyn til beboerens specifikke ønsker. Tilsynet har efterfølgende været i dialog med en medarbejder og ledelsen omkring beboerens oplevelse. Hertil redegøres der for anvendelsen af en målrettet pædagogisk indsats hos den konkrete beboer, hvilket også fremgår af dokumentationen.

Herudover italesætter to beboere ventetid på nødkaldet, hvilket særligt er i forbindelse med fx vagtskifte og morgenplejen. Hertil tilføjer en beboer forståelse omkring situationen, hvortil beboeren siger: *"de gør, hvad de kan"*.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør for fordeling og planlægning af dagens opgaver, hvortil der prioriteres ud fra kompleksitet og kontaktperson. Med udgangspunkt i kontaktpersonsordningen sikrer medarbejderne, at beboerne modtager den pleje og støtte, som de har behov for. Fordelingen varetages af social- og sundhedsassistenten eller afdelingens planlægger. Afløsere og vikarer tilknyttes opgaver med udgangspunkt i kompetencer eller tidligere erfaring.

Der tages hensyn til beboernes ønsker og vaner, blandt andet ved at medarbejderne indhenter og arbejder med beboernes livshistorie. De pårørende opfordres til at udfylde livshistorien sammen med beboeren.

Derudover afholdes der faste indflytningssamtaler med den ny-indflyttede beboer og dennes pårørende. Beboeren tilknyttes i den forbindelse til en fast kontaktperson, som påbegynder udarbejdelsen af beboerens døgnrytmeplan.

Der skabes tryghed hos beboerne ved, at medarbejderne b.la. overholder de fastlagte tidspunkter for besøg og pleje, jf. døgnrytmeplanerne, samt at medarbejderne er bevidste om, hvordan de møder beboerne. Her redegør medarbejderne for overvejelser omkring at være i øjenhøjde, verbal- og nonverbal kommunikation samt nærvær. Medarbejderne fortæller, at trygheden også etableres i besvarelsen af nødkald, hvortil medarbejderne italesætter et fælles ansvar for at sikre hurtigst mulig besvarelse af både nødkald, bevægelsessensorer m.m.

Medarbejderne redegør for overvejelser omkring hverdagsrehabilitering og medinddragelse af beboernes egne ressourcer.

Slutteligt redegør medarbejderne for de hygiejniske principper, herunder for anvendelsen af handsker, håndhygiejne, anvendelse af plastforklæde og anvendelsen af øvrige værnemidler, hvor hygiejneforskrifterne anbefaler det.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at både hjælpemidler og boliger fremstår tilfredsstillende rengjorte.

Tilsynet vurderer, at beboerne oplever, at de modtager den hjælp til personlig pleje og praktisk støtte, som de har behov for, og at de generelt er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Hertil vurderes det, at beboerne oplever medbestemmelse, tryghed og kontinuitet i den leverede hjælp. Samtidig vurderes det dog, at en beboer italesætter oplevelser, der påvirker beboerens samlede tilfredshed, og at to beboere italesætter, at der kan forekomme ventetid på nødkald.

Det er samtidig tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og praktiske hjælp, herunder hvordan der arbejdes med at sikre opmærksomhed på den rehabiliterende tilgang.

3.4 MAD OG MÅLTIDER

Data	**OBSERVATION** Tilsynet foretager kort observation af frokostmåltidet på to afdelinger. Under frokostmåltidet ses det, at medarbejderne arbejder ud fra faste roller, hvor en medarbejder serverer maden, mens andre medarbejdere sidder med ved bordet. Dog bemærker tilsynet, at der forekommer enkelte og mindre forstyrrelser under måltidet, idet de medarbejdere, som støtter beboerne med maden, også rejser sig for at hjælpe andre beboere eller hente noget i køkkenet. På en anden afdeling observeres det, at flere medarbejdere, som ikke er en del af måltidet, går til- og fra frokoststuen, hvilket bidrager til flere unødige forstyrrelser. Herudover forekommer der også mindre forstyrrelser i form af høje lyde fra radio og tv, da flere af dørene til beboernes lejligheder står åbne. Måltidet gennemføres ud fra en rehabiliterende tilgang, hvortil der er opmærksomged på at sikre beboernes medindflydelse og individuelle ønsker. Hertil ses, at maden er anrettet på fade, og at beboerne gives mulighed for at vælge, hvilken mad de ønsker. Herudover ses, at beboerne sidder med forskellige drikkevarer, samt at en beboer har en skål med salat, mens en anden beboer spiser en skål suppe. De medarbejdere, som støtter beboerne under måltidet, gør dette ud fra en respektfuld og værdig tilgang. En medarbejder fastholder eksempelvis en beboer i at spise, ved at hun i en diskret tone gentagne gange minder beboeren om at spise. Herudover er der en god og hyggelig stemning under måltidet, hvortil medarbejderne inviterer til dialog om emner, som beboerne kan tale med om. På en afdeling ses det, at måltidet strækker sig over en længere periode. Her sidder flere medarbejdere med ved hvert deres bord, og der er en god og livlig stemning, hvortil beboerne og medarbejderne anvender en humoristisk tone. **BEBOERINTERVIEW** Samtlige beboere tilkendegiver at være tilfredse med maden og med mellemmåltiderne. Beboeren er derudover også tilfredse med stemningen omkring måltidet, men de fortæller, at den indimellem kan være påvirket af dårlige medbeboere. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for arbejdsgange i forbindelse med måltidet, hvortil de fortæller, at der arbejdes med faste roller, som fordeles fra morgenstunden. Medarbejderne beskriver, hvordan de fordeler sig ved bordene ud fra faglige refleksioner om beboernes ressourcer og behov. Maden anrettes på fade, så beboerne gives mulighed for selv at vælge, hvad de ønsker. Medarbejderne italesætter fokus på at skabe en hyggelig stemning under måltidet, hvilket indebærer dialog. Medarbejderne fortæller, at der dagligt er fokus på mellemmåltider. Flere af beboerne får faste mellemmåltider på fastlagte tidspunkter, hvorimod andre beboere får serveret forskellige mellemmåltider fra dag til dag.
Tilsynets vurdering - 4	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.	

Det vurderes, at der er en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid. Medarbejderne arbejder ud fra faste roller, og beboerne sikres mulighed for selvbestemmelse og medindflydelse. Samtidig vurderes det, at der forekommer enkelte unødige forstyrrelser under måltidet, hvilket tilsynet vurderer kan afhjælpes med en mindre indsats.

Tilsynet vurderer, at beboerne er tilfredse med madens kvalitet, mulighed for medindflydelse og rammerne for måltidet, samt at medarbejderne kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre "Det gode måltid".

3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD

Data	
	OBSERVATION Overalt på plejehjemmet møder tilsynet synlige medarbejdere, som hilser venligt og respektfuldt på de beboere, som de møder. Medarbejderne tiltaler beboerne ved fornavn, og de anvender i flere tilfælde berøring i kontakten med beboerne. Kommunikationen foregår i øjenhøjde, og der tales i en rolig tone, hvortil der sikres en nærværende kontakt. Herudover ses eksempelvis, hvordan kommunikationen er tilpasset til den enkelte beboers behov. I et tilfælde anvendes fx spejling over for en beboer, som skal støttes med medicinen, og i et andet tilfælde anvender en medarbejder gentagelser. I et tredje tilfælde tager en medarbejder en bog frem og inviterer en beboer til hyggelig dialog om et land, som beboeren har valgt. Medarbejderen spørger ind til, om beboeren har besøgt landet, hvilket indleder til en god og hyggelig snak mellem medarbejderen og beboeren. På en afdeling kommer tilsynet i spontan dialog med nogle beboere, som sidder og spiser deres morgenmad. Beboerne fortæller om hverdagen på plejehjemmet, og idet en medarbejder går forbi, reagerer beboerne med glæde og omtaler medarbejderen i positive vendinger. **BEBOERINTERVIEW** Beboerne udtrykker alle tilfredshed med medarbejdernes kommunikation og adfærd, hvortil de beskriver medarbejderne som værende søde og rare. Hertil beskrives det, at medarbejderne altid taler høfligt og pænt, og at der er en god omgangstone på plejehjemmet. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for faktorer, der medvirker til at skabe en respektfuld og venlig kommunikation og adfærd, herunder: • At tale roligt. • Ikke at optræde stressende og hektisk. • At optræde nærværende og i øjenhøjde. • At anvende berøring i kontakten. I kommunikationen med en dement beboer fortæller medarbejderne, at der er fokus på afledning, skærmning og low arousal for at forebygge udadreagerende adfærd. Herudover beskrives det, at der tages udgangspunkt i beboerens livshistorie, og at der anvendes socialpædagogiske handleplaner. Medarbejderne fortæller, at samarbejdet med de pårørende prioriteres højt. De pårørende tilbydes et årligt møde, hvor relevante medarbejdere også deltager. Herudover er der en fast arbejdsgang, som sikrer, at de pårørende informeres ved alle ændringer hos beboeren.

	Medarbejderne tilkendegiver, at de vil italesætte og reagere, såfremt der observeres en uhensigtsmæssig kommunikation eller adfærd fra en kollega.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for området i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der på plejehjemmet er en imødekommende og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side, hvilket beboerne også tilkendegiver. Det vurderes, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe ligeværdig kommunikation.

3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING

Data	**OBSERVATION** På tilsynsdagen observeres der forskellige hverdagsaktiviteter og en planlagt aktivitet. Herudover observeres, at der er opsat flere træningsredskaber fordelt rundt på afdelingerne samt på fællesarealer, som beboerne frit kan benytte. På plejehjemmet observeres et roligt hverdagsliv, hvor flere beboere i formiddagstimerne opholder sig på fællesarealerne. En beboer læser i dagens avis, mens to beboere ser fjernsyn og en fjerde beboer tager et hvil i en lænestol. På en afdeling sidder en medarbejder og drikker en kop kaffe sammen med en beboer. På en anden afdeling samles tre af beboerne i TV-stuen efter frokosten, hvorefter medarbejderen sætter sig sammen med beboerne og tænder for et dyreprogram. Medarbejderen fører korte og hyggelige samtaler med beboerne, omhandlende dyreprogrammet. Eftermiddagens aktivitet foregår i den store lyse atriumgård, hvor der spilles på klaver og serveres friskbrygget kaffe fra en kaffevogn. Flere af plejehjemmets beboere er samlet til aktiviteten, hvor de sidder sammen med medarbejdere og nyder musikken, en kop kaffe og en hjemmebagt cookie. Der er en god og hyggelig stemning. **BEBOERINTERVIEW** En beboer har vanskeligt ved at redegøre for deltagelsen i aktiviteter. Beboeren fortæller, at han nyder udsigten fra stuen, og at han har en hverdag med trivsel. En anden beboer fortæller om et mere aktivt hverdagsliv, hvor beboeren modtager træning fra en ekstern fysioterapeut to gange om ugen. Herudover beskriver beboeren, at der bl.a. tilbydes gymnastik og musik-quiz på plejehjemmet, og at der kommer en besøgshund forbi. Beboeren tilkendegiver at være tilfreds med udvalget. En tredje beboer beskriver også at modtage træning, men beboeren ønsker ikke at deltage i aktiviteter herudover. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for aktiviteter og træning. Hertil beskrives det, at enkelte medarbejdere fra hver afdeling er ansvarlige for koordinering og facilitering af aktiviteterne. Der tilbydes aktiviteter, såsom gymnastik, erindringsdans, koncerter og udflugter. Ud over de planlagte aktiviteter beskriver medarbejderne en opmærksomhed på at tilbyde beboerne aktiviteter i afdelingerne samt et fagligt fokus på fastholdelsen af et aktivt hverdagsliv. Medarbejderne italesætter gode muligheder for sparring med plejehjemmets eksterne fysioterapeuter. Den vedligeholdende træning sikres gennem den planlagte gymnastik, dans samt den rehabiliterende tilgang ifm. plejen.

Tilsynets vurdering - 5
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt. Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på plejehjemmet, og at beboerne oplever, at de tilbydes til meningsfulde aktiviteter og træning, som de kan deltage i efter eget ønske. Samtidig vurderes det, at medarbejderne på særdeles tilfredsstillende vis kan redegøre for området.

3.7 MEDICINHÅNDTERING

Data	**OBSERVATION** Tilsynet foretager en medicingennemgang hos de tre udvalgte beboere. Beboernes medicin doseres til to uger ad gangen, hvortil den ene uge opbevares i en aflåst medicinvogn. Der ses korrekt mærkning af alle æsker samt korrekt opbevaring af medicinen i medicinvognen. Beboernes øvrige medicin opbevares i et aflåst skab i boligen. Her ses, at medicinen opbevares på en ensartet og systematisk måde, hvortil der anvendes kurve og farvede poser, så der sikres korrekt opbevaring og tydelig adskillelse af den aktuelle medicin, pn medicin og seponerede medicin. For alle beboere ses, at medicinen er opbevaret korrekt, og der er sikret mærkning og anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed efter åbning. Tilsynet bemærker positivt, at flere beboere får dosisdispenseret deres medicin. Tilsynet har følgende bemærkninger til medicinhåndteringen: • For alle tre beboere ses, at der ikke sikres konsekvent kvittering af medicinadministrationen, hvilket også omhandler administration af insulin. • For en beboer ses, at der i én æske er en tablet for meget i et rum. Herudover er der for samme beboer behov for opdatering af medicinskema, idet et præparat ikke er anført korrekt på skemaet. En medarbejder har efter tilsynets konkrete fund været i dialog med beboerens læge og sikret opfølgning på den konkrete hændelse. **BEBOERINTERVIEW** Beboerne udtrykker tilfredshed og tryghed ved medarbejdernes håndtering af deres medicin. **MEDARBEJDERINTERVIEW** En medarbejder redegør korrekt for arbejdsgange relateret til medicindispenseringen. Medarbejderen italesætter en systematisk tilgang, hvortil der er opmærksomhed på at sikre ro under dispenseringen, samt at alle præparater i beholdningen er holdbare. Medarbejderen beskriver også, at der anvendes dispenseringsmodul i Nexus, hvortil der sikres opdatering af handelsnavne, samt at der foretages eftertælling af alle æsker efter dispenseringen, som en del af egenkontrollen. Herudover redegøres der for arbejdsgange ved risikosituationslægemidler, hvortil der sikres korrekt dokumentation og særlig opmærksomhed. Medarbejderen italesætter også korrekt anførelse af anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed, samt at det sikres, at der er medicin til fuld dispensering.

	En anden medarbejder redegør korrekt for arbejdsgange ved administration af den dispenserede medicin, hvortil der foretages kontrol af beboerens navn, dag, tidspunkt og antal tabletter. Herudover beskrives, at medicinen skal ses indtaget. og at der foretages signering for administration af medicinen.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboernes medicin opbevares på en ensartet og struktureret måde, hvortil der sikres korrekt adskillelse af den aktuelle medicin, pn medicin og ikke-aktuel medicin. Herudover er der påført korrekt anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed.

Det er dog samtidig tilsynets vurdering, at der ikke sikres konsekvent kvittering for administrationen af medicinen, og at der for en beboer er konstateret fejl i den dispenserede medicin, idet der i en æske, er én tablet for meget. Herudover er der for samme beboer behov for opdatering af medicinskemaet, idet et præparat ikke er anført korrekt.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre korrekt for arbejdsgange relateret til medicinhåndteringen, svarende til eget kompetenceniveau.

3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN

Data	**OBSERVATION** Der foretages ingen situationsbestemte observationer i udførelsen af sygeplejeopgaver. For alle beboere observeres der heller ikke helbredsmæssige forhold, som ikke er håndteret. Dermed konstateres det, at der er sammenhæng mellem de beskrevne og de leverede sygeplejeopgaver hos de tre beboere. **BEBOERINTERVIEW** En beboer har vanskeligt ved at redegøre for hjælpen til sygeplejeindsatserne, men beboeren fortæller, at man altid kan bede om at tale med en læge eller en sygeplejerske. De resterende to beboere fortæller, at de er meget tilfredse, da sygeplejeindsatserne altid udføres meget omhyggeligt. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver, at sygeplejeydelserne planlægges og fordeles på det daglige morgenmøde, og at det her sikres, at opgaverne varetages af en medarbejder med de rette kompetencer. Medarbejderne beskriver, at de anvender handlingsanvisninger og VAR for at sikre, at opgaven løses ud fra en faglig høj standard. Ved faglig usikkerhed eller tvivlsspørgsmål italesætter medarbejderne mulighed for sparring med sygeplejersken. Medarbejderne kommer med eksempler på, hvordan der konkret i hverdagen arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang, hvortil nogle beboere kan oplæres til at varetage dele af opgaven, eksempelvis i forbindelse med medicinadministration. Ud over dokumentationen i handlingsanvisninger beskriver medarbejderne, at der foretages dokumentation af opfølgning på indsatsen i observationsnotater. Der arbejdes i det daglige med fokus på opgaveoverdragelse og specifik delegering, hvor specifikke kvalifikationer noteres i medarbejdernes kompetenceskemaer og holdes ajourført.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er sammenhæng mellem de visiterede og leverede sygeplejeindsatser. Samtidig vurderes det, at beboerne italesætter en generel tilfredshed med den hjælp, de modtager, hvortil de oplever, at medarbejderne er opmærksomme på deres helbredsmæssige tilstand.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der arbejdes med at sikre, at de sygeplejefaglige indsatser leveres ud fra en høj faglig standard.

3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Data	**LEDERINTERVIEW** Forstanderen fortæller, at Plejehjemmet Salem er en selvejende institution med tilknytning til Diakonissestiftelsen og stiftelsens generelle værdisæt. Plejehjemmet er inddelt i to afdelinger med en afdelingsleder i hver afdeling. Herudover er der ansat en sygeplejerske i en af afdelingerne samt en fælles kommunikations- og udviklingskonsulent, der blandt andet varetager opgaver i forhold til aktiviteter og frivillige. Der er ansat en koordinerende medarbejder i hver afdeling samt en blandet personalegruppe af hhv. social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter. I aften- og nattetimerne samt weekender varetages den ansvarshavende rolle af social- og sundhedsassistenter. Forstanderen fortæller, at der generelt ønskes ansættelse af flere social- og sundhedsassistenter, særligt til at varetage aftenvagterne. Plejehjemmet benytter primært faste afløsere og vikarer til at varetage weekendarbejdet og dække ferieperioder. Både sygefravær og personale-flow vurderes af forstanderen til at være acceptabelt. Hertil beskrives, at der opleves generelle rekrutteringsudfordringer. Der redegøres for en fast mødestruktur, hvor lederen og koordinatoren fordeler dagens opgaver ud fra medarbejdernes kompetencer, uddannelse og erfaring. Herudover afholdes der forskellige møder, som fx triageringsmøder og personalemøder. Forstanderen præsenterer et fast introduktionsprogram, hvortil der arbejdes med at målrette introduktionen til de enkelte faggrupper. De nyansatte medarbejdere introduceres eksempelvis til værdisæt, arbejdsgange, hygiejne og organisationens opbygning. Forstanderen beskriver, at medarbejderne har de rette kompetencer ift. målgruppen. Der sikres en løbende kompetenceudvikling, hvor medarbejderne deltager i både interne- og kommunale undervisningstilbud. Her nævnes fx low arousal, palliationsundervisning, forebyggelse af urinvejsinfektion og tidlig opsporing. Der sikres løbende tilfredsstillende rammer for tværfagligt samarbejde med plejehjemslægen, eksterne terapeuter samt konsulenter med forskellig faglig profil. I forhold til indberetning og arbejdet med utilsigtede hændelser beskrives det, at medarbejderne primært indberetter på manglende medicinadministration, hvorefter hændelserne drøftes sammen med medarbejderne. Der italesættes et løbende fokus på indberetningerne i hverdagen, hvor fokus fremadrettet skal rettes på indberetning på de øvrige områder. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne italesætter en oplevelse af, at der er en tilfredsstillende sammenhæng mellem deres kompetencer og de opgaver, de stilles over for.

	Der nævnes gode muligheder for kompetenceudvikling, hvortil medarbejderne blandt andet har deltaget i undervisning i dokumentation, demens og førstehjælp. Herudover tilbydes der også undervisning i konkrete sygeplejeopgaver i forbindelse med opgaveoverdragelse fra sygeplejerske til social- og sundhedshjælper. Sygeplejersken er ansvarlig for delegering, hvortil der arbejdes med personlig opgaveoverdragelse ud fra kommunens kompetenceskemaer. Medarbejderne kan redegøre for systematisk anvendelse af VAR og interne instrukser. Herudover redegøres der for, hvorledes både interne og kommunale instrukser og vejledninger anvendes i det daglige arbejde. Her henviser medarbejderne til arbejdsgang for COVID-19, mors samt ind- og udflytninger. Viden om beboerne deles til de fastsatte møder og gennem dokumentationen. Medarbejderne beskriver, hvordan de samarbejder med eksterne terapeuter, sygeplejerske, køkken og plejehjemslæge. For beboere med demens samarbejdes der med kommunens demenskoordinator, som fx bistår med hjælp og sparring, hvis en beboer har en udadreagerende adfærd. Medarbejderne beskriver indberetning af utilsigtede hændelser ved mangler vedrørende medicinen, men de redegør herudover ikke tydeligt og sikkert for, hvilke hændelser der kan karakteriseres som værende en utilsigtet hændelse, og som kræver en konsekvent indberetning. Medarbejderne beskriver en ensartet og struktureret gennemgang af hændelsesanalyserne afholdt ifm. triageringsmøderne. Slutteligt fortæller medarbejderne, at der indimellem forekommer uhensigtsmæssige forstyrrelser fra kaldesystemer og kollegaer, som kan være medvirkende til at fjerne fokus hos den enkelte medarbejder i opgaveudførelsen. Ledelsen og medarbejderne er sammen bevidste om udfordringen, og de er i en konstruktiv proces, hvor arbejdsgange og arbejdskultur løbende justeres.
Tilsynets vurdering - 4	
Tilsynet vurderer at indikatorerne i høj grad er opfyldt. På baggrund af interviews med ledelsen og medarbejderne vurderer tilsynet, at der i høj grad er et ledelsesmæssigt fokus på at sikre en hensigtsmæssig organisering og gode rammer for kompetenceudvikling. Tilsynet vurderer, at der gennem en fast mødestruktur og samarbejde på tværs af faggrænser sikres gode rammer for det tværfaglige samarbejde. Tilsynet vurderer, at plejehjemmet fortsat er i proces med at sikre en ensartet systematik omkring indberetning af utilsigtede hændelser. Herudover vurderer tilsynet, at medarbejderne italesætter oplevelsen af uhensigtsmæssige forstyrrelser i hverdagen, hvilket dog håndteres gennem italesættelse og fokus på arbejdskultur.	

3.10 OBSERVATIONSSTUDIE

Data	**KOMMUNIKATION** Medarbejderen anvender en respektfuld og ligeværdig kommunikation over for beboeren. Medarbejderen tiltaler beboeren ved fornavn, taler tydeligt og anvender gentagelser som metode for at sikre, at medarbejderen har forstået det, beboeren siger, korrekt. Medarbejderen har et roligt og nærværende kropssprog og anvender positiv mimik og smil i kontakten. Under forløbet observeres en god kontakt mellem medarbejderen og beboeren, hvor medarbejderen indleder dialog om emner, som beboeren kan tale med om og med baggrund i beboerens livshistorie. **SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE**

	Medarbejderen udviser stor opmærksomhed på at sikre, at plejen er tilrettelagt ud fra beboerens ønsker og vaner. Medarbejderen er konkret opmærksom på, at beboeren tilkendegiver ønske om at få eleveret sit hovedgærde, hvorefter medarbejder hurtigt afbryder sin opgave og sikrer dette til glæde for beboeren. Herudover ses, at plejen udføres fra en fast rutine, og at medarbejderen giver beboeren forskellige valgmuligheder. Eksempelvis spørges ind til, om beboeren ønsker tid alene på toilettet, om beboeren ønsker at sidde i lænestolen, og om beboerens ønsker til tøjvalg. **REHABILITERING** Beboeren har kun få ressourcer, som kan inddrages under plejen. Hertil ses, at medarbejderen vejleder beboeren til at vende sig i sengen, løfte sine ben og sine arme og løfte hovedet under barberingen, hvilket er relevant og svarende til beboerens funktionsniveau. **ORGANISERING AF ARBEJDET** Medarbejderen gennemfører forløbet ud fra en hensigtsmæssig organisering, hvortil der indledes med plejeopgaver i sengen, hvorefter beboeren forflyttes til toiletstol. Medarbejderen giver beboeren tid til at sidde alene på toilettet, og medarbejderen benytter herefter tiden til at følge op med en kollega og foretage forskellige praktiske opgaver. Under plejen forekommer der forskellige forstyrrelser. Blandt andet bemærkes, at der er flere kald fra medarbejderens telefon. Kaldene har en dæmpet tone, og virker derfor ikke forstyrrende for beboeren. Herudover afbrydes plejen to gange af to forskellige kollegaer, som har beskeder til medarbejderen. **DEN FAGLIGE UDFØRELSE AF ARBEJDET** Medarbejderen støtter beboeren med at få støttestrømper på. Her anvendes hjælpemiddel, hvilket sikrer, at strømperne påføres på skånsom vis. Herefter placeres katheterposen korrekt på benet, og den nedre pleje udføres ligeledes korrekt. Herefter forflyttes beboeren med loftlift til toiletstolen. Forflytningen gennemføres på en skånsom måde for beboeren. Beboeren køres herefter ud på badeværelset, hvor medarbejderen støtter beboeren med inhalation og barbering. Den øvre pleje foretages på badeværelset og observeres kun delvist af tilsynet. Tilsynet konstaterer, at medarbejderen i flere tilfælde ikke følger gældende hygiejniske retningslinjer. Medarbejderen anvender eksempelvis ikke engangsforklæde under plejen, hvilket er nødvendigt, idet plejen udføres i tæt kontakt med beboeren, som ligger i sengen. Herudover foretager medarbejderen ikke korrekt handskeskift før og efter den nedre pleje, ligesom der ej heller udføres korrekt håndhygiejne mellem handskeskift. Dette vurderes med risiko for beboeren, idet der ikke sikres korrekt afbrydelse af smitteveje mellem de indledende opgaver, den personlige pleje og støtte med inhalationsmedicin.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for observationsstudiet i lav grad er opnået, hvilket skyldes, at medarbejderen i flere tilfælde ikke følger gældende hygiejniske retningslinjer. Hertil vurderes, at der ikke anvendes engangsforklæde under den tætte personlige pleje, at der ikke foretages korrekt skift af handsker, og at der ikke foretages korrekt håndhygiejne mellem handskeskift.

Det er herudover tilsynets vurdering, at medarbejderen i høj grad sikrer en respektfuld, venlig og ligeværdig kommunikation og adfærd i kontakten med beboeren. Samtidig vurderes, at medarbejderen udviser stor opmærksomhed på at sikre beboerens selvbestemmelse og medindflydelse, og at plejen gennemføres ud fra en rehabiliterende tilgang, som er tilpasset beboerens funktionsniveau.

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

4.1 FORMÅL

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for beboere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem beboernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som beboerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 VURDERINGSSKALA

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau.:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle beboere 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	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af beboerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af beboerne • En del af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen, med betydning for beboernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af beboerne • Få af elementerne i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
SCORE: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af beboerne • Der er fare for beboernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

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 plejecentre, 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.

Relateret document 16/21

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Lindely 2022.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Lindely 2022**
Dokument ID:	**4960943**

Tilsynsrapport
Gentofte Kommune

Plejehjemmet Lindely

Uanmeldt tilsyn 2022

INDHOLD

1. OPLYSNINGER OM PLEJECENTRET 4

2. VURDERING 5
2.1 TILSYNETS VURDERINGER 5
2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER 7

3. DATAGRUNDLAG 9
3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER 9
3.2 DOKUMENTATION 9
3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP 11
3.4 MAD OG MÅLTIDER 13
3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD 14
3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING 15
3.7 MEDICINHÅNDTERING 16
3.8 SYGEPLEJEYDELSER UDOVER MEDICIN 18
3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE 19
3.1 OBSERVATIONSSTUDIE 21

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE 24
4.1 FORMÅL 24
4.2 METODE 24
4.3 VURDERINGSSKALA 25
4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE 26

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete plejehjem.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer, observationsstudier og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

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

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Gitte Ammundsen
Senior Manager
Mobil: 4189 0406
Mail: gia@bdo.dk
Projektansvarlig

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

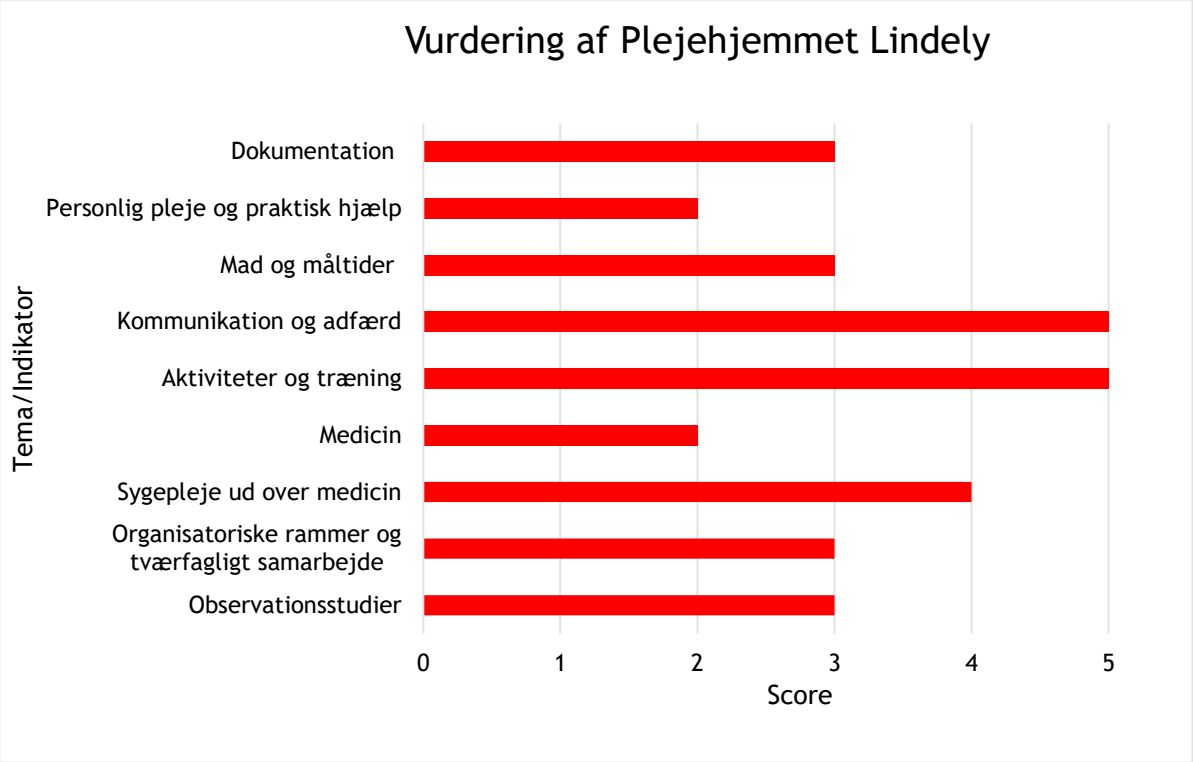
1. OPLYSNINGER OM PLEJEHJEMMET

Oplysninger om plejehjemmet og tilsynet
Navn og Adresse: Plejehjemmet Lindely, Sankt Lukas Vej 9A, 2900 Hellerup
Leder: Silke Nørgaard
Antal boliger: 65
Dato for tilsynsbesøg: Den 3. november 2022
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejecentrets ledelse • Interviews af fem borgere • Gennemgang af dokumentation hos fem borgere • Kontrol af medicinen hos fem borgere • 2 observationsstudier • Gruppeinterview med fire medarbejdere (tre social- og sundhedshjælpere, en social- og sundhedsassistent) Borgere, som indgår i individuelle interviews, har givet deres accept til at indgå i tilsynet. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Andreas Bertelsen, Manager og sygeplejerske Pernille Breck Johansson, Manager og sygeplejerske

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS VURDERINGER

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne på dokumentationen i middel grad er opfyldt.

Døgnrytmeplanerne er opbyggede efter en ensartet og systematisk tilgang, hvortil der anvendes deloverskrifter. Beskrivelserne fremstår ajourførte og handlevejledende.

Det vurderes, at funktionsevnetilstande og helbredstilstande generelt fremstår ajourførte med et tilfredsstillende fagligt indhold, men at der i et tilfælde er konstateret mindre mangler.

Det er tilsynets vurdering, at der ikke arbejdes systematisk med at sikre oprettelsen af handlingsanvisninger på alle sundhedslovsindsatser. Hertil konstateres det, at der i et tilfælde opleves mangler i handlingsanvisningen, og at der i et andet tilfælde opleves, at handlingsanvisningen ikke længere er aktuel.

Ydermere konstateres det, at der er få mangler i dokumentationen ved de generelle oplysninger samt mangler i observationsnotaterne, da vægtkontroller ikke ses konsekvent ajourført.

På trods af konstaterede mangler på dokumentationen vurderer tilsynet, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelsen og ajourføring af dokumentationen.

Personlig pleje og praktisk hjælp:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er flere væsentlige mangler i den personlige pleje og praktiske hjælp, og at manglerne kan have betydning for beboernes sikkerhed og autonomi, idet en beboer ikke føler sig hjulpet med toiletbesøg, og at dette flere gange har resulteret i, at beboeren ikke har nået på toilettet i tide, samt at beboeren har en oplevelse af, at aftaler ikke overholdes.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne tilkendegiver manglende kontinuitet, idet der beskrives et højt forbrug af vikarer, og beboerne fortæller, at vikarerne ikke altid er bevidste om beboernes behov for hjælp.

Tilsynet vurderer, at der er lang besvarelse på nødkald, og at flere af beboerne italesætter dette som værende utrygt.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne redegør relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og praktiske hjælp.

Mad og måltider:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det vurderes, at medarbejderne beskriver en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid, hvortil medarbejderne redegør for, at de arbejder ud fra faste roller, hvor beboerne sikres mulighed for selvbestemmelse og medindflydelse.

En beboer fortæller, at beboeren ikke får serveret tilstrækkelig mad. Derudover beskrives det, at personalet ikke er opsøgende for at gentage serveringerne, hvorefter det har resulteret i, at beboeren helt har opgivet at efterspørge flere serveringer.

Tilsynet vurderer, at to medarbejdere ikke er aktivt deltagende i måltidet, da medarbejderne optræder fraværende og taler privat. Herudover konstaterer tilsynet, at en medarbejder serverer måltidet iført handsker.

Kommunikation og adfærd:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for området i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der på plejehjemmet er en imødekommende og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejderne, hvilket beboerne også tilkendegiver. Det vurderes, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe en tilfredsstillende og ligeværdig kommunikation.

Aktiviteter og træning:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på plejehjemmet, og at beboerne oplever, at de tilbydes meningsfulde aktiviteter og træning, som tilpasses og udbydes til den enkelte beboers behov.

Samtidig vurderes det, at medarbejderne på særdeles tilfredsstillende vis kan redegøre for området.

Medicinhåndtering:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for medicinområdet i lav grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er fundet væsentlige fejl og mangler, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats at afhjælpe. Dette vedrører blandt andet mangler i forhold til opbevaring og dokumentation, administration af forkert præparat, samt at der hos en beboer konstateres fejl i dispenseringen.

På trods af de konstaterede fejl og mangler vurderer tilsynet, at beboerne generelt set udtrykker tilfredshed med medarbejdernes håndtering af deres medicin, fraset en beboer, som ikke vurderes tilfreds med tidsrammen for håndtering af morgenmedicinen.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for dispensering og administration i overensstemmelse med gældende retningslinjer.

Sygepleje ud over medicin:

Det er tilsynets vurdering, at indikatorerne i høj grad er opfyldt, da der konstateres sammenhæng mellem de visiterede og de leverede sygeplejeindsatser.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejder ikke konsekvent kan redegøre for anvendelsen af VAR samt ikke er bevidst om, at der skal tilknyttes handlingsanvisninger på alle sundhedslovsydelser, grundet divergerende oplysninger i dokumentationsundervisningen. Det er dog tilsynets vurdering, at de få mangler vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats.

Organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

På baggrund af interview med ledelsen og medarbejderne vurderer tilsynet, at der arbejdes målrettet med at skabe en stabil drift, og med at sikre medarbejdernes faglige kompetencer og en ensartet struktur for arbejdet med utilsigtede hændelser. Hertil vurderer tilsynet, at medarbejderne tilkendegiver en længere responstid i samarbejdet med kommunens træningsteam og demenskonsulenter.

På baggrund af ovenstående, vurderes det, at plejehjemmet fortsat er i proces på flere områder, og at der derfor er behov for at fastholde den målrettede indsats på området.

Observationsstudier:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der i forbindelse med de to observationsstudier af personlig pleje konstateres en venlig og respektfuld kommunikation med beboerne.

Samtidig vurderes det, at beboerne oplever selvbestemmelse og medindflydelse, og at plejen leveres ud fra en rehabiliterende tilgang med afsæt i den enkelte beboers situation.

Det vurderes, at der generelt set ikke forekommer unødige afbrydelser under plejen, men at der forekommer mangler i forhold til hygiejnen, idet medarbejderne ikke i alle tilfælde udfører korrekt håndhygiejne efter handskeskift, samt at der i et tilfælde ikke benyttes plastforklæde i forbindelse med den personlige pleje.

Ydermere vurderer tilsynet, at der i et tilfælde ikke anvendes hensigtsmæssige arbejdsstillinger, idet der i forbindelse med plejen og forflytninger, arbejdes ind over sengehesten.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation, observationer og observationsstudier. Derudover foretages kontrol af medicinen. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger
1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen skærper indsatsen omkring dokumentationen. Hertil anbefales: • At helbredstilstande sikres ajourføring. • At der oprettes handlingsanvisninger for alle de sundhedslovsindsatser, som beboerne modtager, og at der ved ændringer sikres, at handlingsanvisningerne ajourføres eller inaktiveres. • At der arbejdes målrettet med at ajourføre de generelle oplysninger, så de kan understøtte et godt beboerforløb. • At der løbende sikres vægtmålinger.
2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at aftaler mellem medarbejderne og beboerne overholdes, og at beboerne inden for rimelig tid modtager den nødvendige hjælp og besvarelse af nødkald.
3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medarbejderne og afløserne har kendskab til beboernes behov for hjælp og støtte, så der til enhver tid leveres hjælp af høj faglig kvalitet.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen skærper indsatsen omkring mad og måltider, så der løbende er fokus på beboernes tilfredshed omkring måltidet, herunder at beboerne sikres medindflydelse på portionsstørrelser. Endvidere bør der sikres faglig refleksion med medarbejderne vedrørende handskebrug og sikres, at medarbejderne har kendskab til værtsrollens funktion.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen skærper indsatsen på medicinområdet, så der sikres korrekt opbevaring, dispensering og dokumentation i forhold til beboernes medicin.

6. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder den målrettede indsats med at sikre, at medarbejderne har viden om arbejdet med de utilsigtede hændelser, samt at indberetninger efterfølgende anvendes med fokus på læring og udvikling.
7. Tilsynet anbefaler, at ledelsen italesætter den længere responstid ved Gentofte Kommunes træningsteam og demenskonsulenter, så medarbejderne i større grad sikres tilfredsstillende responstid for faglig sparring, træning og rådgivning.
8. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medarbejderne følger gældende hygiejniske retningslinjer, herunder at medarbejderne anvender plastforklæde i forbindelse med den personlige pleje, og at de foretager korrekt håndhygiejne i forbindelse med handskeskift.

3. DATAGRUNDLAG

3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER

Data	**LEDERINTERVIEW:** Forstanderen fortæller, at der i september i år har være tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed. I forbindelse med tilsynet blev der ikke givet nævneværdige anbefalinger. Forstanderen fortæller, at der, på baggrund af tidligere klager fra pårørende, i den forbindelse er givet påbud om mangler vedrørende dokumentationsarbejdet, samt at dokumentationen generelt manglede en ensartet struktur og opbygning. Forstanderen italesætter, at ledergruppen er ny, da de to nuværende afdelingssygeplejersker og forstanderen alle blev ansat i sommer i indeværende år. Ledelsen italesætter, at de har haft fokus på ansættelsesprocessen af faste medarbejdere samt haft fokus på at forene plejehjemmets fire afdelinger med særlig vægt på fællesskab, ensartethed og struktur. Herudover har der blandt andet været afholdt undervisningsforløb i "fælles sprog", "projekt værdig ældrepleje", konflikthåndtering og den personcentrede omsorg. Der arbejdes for nuværende med implementeringen af Nexus-mobil i alle afdelinger, som skal sikre en tidstro registrering af medicinadministration. Ydermere er medicinområdet optimeret ved nyindkøbte medicinvogne og dispenseringsborde, samt at der på plejehjemmet har været et generelt fokus på håndteringen af beboernes medicin samt optimeringen af arbejdsgange forbundet med dette. Der udføres systematiske auditeringer ved de faglige ledere, hvor data og tilbagemeldinger præsenteres over for personalet i forbindelse med de ugentlige faglige møder. Herudover arbejder ledelsen på at få etableret mulighed for uddannelsen af elever tilknyttet social- og sundhedsuddannelsen samt mulighed for sygeplejestuderende, da dette ikke tidligere har været en fast praksis.

3.2 DOKUMENTATION

Data	**OBSERVATION** Der foretages observation i borgernes omsorgsjournal. **<u>Funktionsevnetilstande</u>** For alle fem beboere ses det, at funktionsevnetilstandene er ajourførte og aktuelle. **<u>Døgnrytmeplanen</u>** For alle fem beboere er der oprettet døgnrytmeplaner for dag, aften og nat.

Døgnrytmeplanerne er opbygget efter en ensartet struktur, hvortil den fastlagte skabelon anvendes korrekt. Herudover anvendes der faste deloverskrifter, som er medvirkende til at skabe en ensartethed, systematik og en simpel struktur.

Døgnrytmeplanerne indeholder beskrivelser af den hjælp og støtte, som beboerne modtager, hvortil oplysningerne er nyligt opdaterede og ajourførte.

I beskrivelserne er der sikret fokus på sundhedsfremmende og forebyggende tiltag samt fokus på ressourcer og rehabilitering.

For alle beboere ses en sammenhæng til beboernes helbredsmæssige tilstand og øvrige indsatser. Herudover fremgår der beskrivelser af særlige hensyn/fokusområder, som bidrager værdifuldt til beboerforløbene.

Døgnrytmeplanerne fremstår handleanvisende for de servicelovsindsatser, der udføres hos beboerne.

Generelle oplysninger

Hos tre af beboerne indeholder de generelle oplysninger tilfredsstillende og fyldestgørende beskrivelser, hvortil oplysningerne fremstår med værdi for beboerforløbet.

Hos en beboer skal de generelle oplysninger ajourføres, hvortil der hos anden beboer ses, at de generelle oplysninger ikke er udfyldt.

Handlingsanvisninger

Tilsynet gennemgår alle fem beboeres handlingsanvisninger, og har hertil følgende kommentarer:

- For tre beboere ses det, at der ikke er oprettet handlingsanvisninger på alle sundhedsfaglige indsatser, idet der eksempelvis mangler handlingsanvisninger i forhold til medicindispensering og administration, blodtryksmåling, kompressionsbehandling, inhalationsbehandling og ernæring.
- For en beboer ses, at den oprettede handlingsanvisning for kateterpleje ikke indeholder tilstrækkelige faglige og relevante beskrivelser, eksempelvis mangler der dato for næste kateterskift.
- For alle fem beboere konstateres der manglende link til VAR.
- For en beboer ses det, at der er handlingsanvisninger, som bør inaktiveres, da indsatserne ikke længere er aktive og aktuelle.

Helbredstilstande:

Helbredstilstandene fremstår generelt opdaterede, aktuelle og med høj faglig kvalitet. Hos en beboer skal en enkelt tilstand dog opdateres, idet den fremstår med forældede oplysninger.

Observationsnotater:

For alle fem beboere ses det generelt, at observationsnotaterne anvendes korrekt, samt at der ses dokumentation af opfølgning og afvigelser under observationsnotaterne.

Tilsynet finder, at der hos tre beboere mangler opfølgning på vægtkontrol.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør for udfyldelsen og anvendelsen af døgnrytmeplanerne. Hertil beskrives, at døgnrytmeplanerne ajourføres ved ændringer samt ajourføres fast hver tredje måned. Ajourføringen italesættes som kontaktpersonens ansvar.

Medarbejderne beskriver, at vikarer/afløsere introduceres til døgnrytmeplanerne ved begyndelsen af vagten, så det sikres, at beboerne modtager den rette hjælp og pleje.

	Medarbejderne fortæller, at døgnrytmeplanerne udarbejdes efter fast skabelon, hvortil der anvendes ensartede overskrifter. Herudover italesættes, at døgnrytmeplanen skal indeholde beskrivelse af, hvordan plejen skal udføres samt beskrivelser af beboernes ressourcer og særlige opmærksomhedspunkter. Medarbejderne redegør for oprettelsen af handlingsanvisninger ved sundhedslovsindsatser, hvor der henvises til, at det primært er social- og sundhedsassistenten, som varetager denne dokumentationsopgave. Ydermere henvises til, at handlingsanvisningen skal indeholde tydelig beskrivelse af, hvordan indsatsen skal udføres. Der italesættes et tæt samarbejde mellem faggrupperne i forhold til at sikre fyldestgørende og ajourførte beskrivelser i funktionsevnetilstande, og at disse opdateres løbende, mens helbredstilstandene primært varetages af social- og sundhedsassistenterne. Hertil beskrives det, hvordan der er fokus på at sikre sammenhæng i dokumentationen, eksempelvis mellem helbredstilstande og den medicinske behandling. Medarbejderne beskriver, at de føler sig fortrolige med dokumentationsopgaven, og der italesættes mulighed for sparring med kollegaer og ledere.
Tilsynets vurdering - 3	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne på dokumentation i middel grad er opfyldt. Tilsynet vurderer, at døgnrytmeplanerne er opbyggede efter en ensartet og systematisk tilgang, hvortil der anvendes deloverskrifter. Beskrivelserne fremstår ajourførte og handlevejledende. Det vurderes, at funktionsevnetilstande og helbredstilstande generelt fremstår ajourførte med et tilfredsstillende fagligt indhold, men at der i et tilfælde er konstateret mindre mangler. Det er tilsynets vurdering, at der ikke arbejdes systematisk med at sikre oprettelse af handlingsanvisninger på alle sundhedslovsindsatser. Hertil ses det, at der i et tilfælde opleves mangler i handlingsanvisningen samt i et andet tilfælde opleves det, at handlingsanvisningen ikke længere er aktuel. Ydermere konstateres der få mangler i dokumentationen ved de generelle oplysninger samt mangler i observationsnotaterne, da vægtkontroller ikke ses konsekvent ajourført. På trods af konstaterede mangler på dokumentationen vurderer tilsynet, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelsen og ajourføring af dokumentationen.	

3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP

Data	**OBSERVATION** Beboerne fremstår soignerede og veltilpasse. Deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Beboernes hjælpemidler fremstår tilstrækkeligt rengjorte, hvilket generelt også er tilfældet for beboernes boliger. **BEBOERINTERVIEW** Der er fire beboere, som beskriver, at hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte generelt er svarende til deres behov, og at de generelt set er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Hertil kommer beboerne med forskellige eksempler på, hvordan deres ønsker og vaner imødekommes, samt hvordan de støttes i at anvende deres egne ressourcer. Den ene af disse beboere italesætter, at medarbejderne er søde og rare, og at de kan få den hjælp, de har behov for. En beboer er mindre tilfreds med hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte. Beboeren efterspørger mere hjælp fra personalet til at komme på toilettet i aftentimerne samt generelt større synlighed af personalet i afdelingen. Beboeren beskriver, at hjælpen til toiletbesøg flere gange har manglet, hvorefter beboeren gennem længere tid har været våd.

Ydermere beskriver beboeren, at faste aftaler ikke altid overholdes, idet beboeren flere gange har en oplevelse af at skulle vente på medarbejderne gennem længere tid.

Fire ud af fem beboere fortæller, at der ofte er mange afløsere og vikarer på arbejde, hvortil beboerne udtrykker følelsen af, at de ofte skal fortælle vikarerne, hvilke opgaver der skal udføres.

Ydermere fortæller tre beboere, at der kan være lang ventetid på besvarelsen af deres nødkald. To af beboerne italesætter ventetiden som utryg, og beboerne beskriver ventetider på nødkaldsbesvarelser på op til flere timer. På baggrund af oplysningerne omhandlende nødkald, anmoder tilsynet plejehjemmets ledelse om at fremvise kaldestatistik fra nødkalds-log på to af beboerne. Nødkalds-statistikken bekræfter beboernes beskrivelser.

Tilsynet bemærker, at beboerne ikke er bekendte med, hvem der er deres kontaktperson. På dørene i flere af boligerne hænger der fortrykte sedler med en oversigt over beboernes kontaktpersoner. Tilsynet ser flere eksempler på, at disse ark ikke er udfyldt, eller at de fremstår med forældede oplysninger. Medarbejderne bekræfter, at disse sedler ikke længere anvendes, og at det er en forglemmelse, at de ikke er fjernet.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne beskriver, at beboerne fordeles ud fra en prioritering omkring kompleksitet, kontaktpersonsordning og tidspunktet for hjælpen. Den daglige arbejdsfordeling tilrettelægges i hver afdeling på personalets morgenmøde, hvor beboerne tilknyttes den enkelte medarbejder, og praktiske opgaver ligeledes fordeles.

Som led i at sikre kontinuiteten hos beboeren, redegør medarbejderne for, at der arbejdes med kontaktpersonsordning. Der tages udgangspunkt i beboernes døgnrytmeplaner, som også vikarer og afløsere introduceres for.

Medarbejderne beskriver, at der tages hensyn til beboernes ønsker og vaner ved at indhente og arbejde med beboernes livshistorie. Ydermere afholdes der indflytningssamtale inden for to uger efter indflytning samt opfølgende samtale tre måneder efter indflytning, hvor også de pårørende inviteres til at deltage.

En medarbejder redegør for, hvordan medarbejderen altid spørger beboerne direkte ind til deres særlige ønsker, og herefter individuelt tilrettelægger plejen derefter.

Der skabes tryghed hos beboerne ved, at medarbejderne giver sig tid og udviser ro samt spørger ind til beboernes trivsel og ønsker. Herefter nævner medarbejderne eksempelvis et fokus på at fremstå med en god omgangstone og udvise respekt og tillid. Der arbejdes på at etablere et fællesskab imellem beboerne, samt at personalet overholder aftaler over for beboerne.

Medarbejderne redegør for overvejelser omkring hverdagsrehabilitering og medinddragelse af beboernes egne ressourcer.

Det beskrives, at der i hverdagen er et tæt samarbejde mellem de forskellige faggrupper, og at en social- og sundhedshjælper altid kontakter en social og sundhedsassistent ved ændringer i beboerens tilstand. Hertil redegør medarbejderen tilfredsstillende for at udføre TOBS og ved behov at rette lægekontakt.

Medarbejderne beskriver forskellige eksempler på, hvordan der arbejdes med triagering. Eksempelvis afholdes der triageringsmøder en gang ugentligt, hvor beboernes aktuelle tilstande drøftes.

Tilsynets vurdering - 2
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt. Det er tilsynets vurdering, at der er flere væsentlige mangler i opfyldelsen, og tilsynet vurderer, at manglerne kan have betydning for beboernes sikkerhed og autonomi. Tilsynet vurderer, at en beboer ikke føler sig hjulpet med toiletbesøg, og at dette flere gange har resulteret i, at beboeren ikke har nået på toilettet i tide, samt at beboeren har en oplevelse af, at aftaler ikke overholdes. Det er tilsynets vurdering, at beboerne tilkendegiver manglende kontinuitet, idet der beskrives et højt forbrug af vikarer, hvortil beboerne oplever, at vikarerne ikke altid udviser kendskab til beboernes behov. Tilsynet vurderer, at tre beboere oplever lang besvarelse på nødkald, og at to af beboerne italesætter dette som værende utrygt. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne redegør relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og praktiske hjælp.

3.4 MAD OG MÅLTIDER

Data	
	OBSERVATION Tilsynet foretager kort observation af et morgenmåltid og to frokostmåltider. I morgentimerne sidder flere beboere samlet i afdelingernes fællesstuer. Bordene er opstillet som langborde og ses dækkede med service, bordløber og planter. Der opleves en hjemlig indretning, og der er forskellige drikkevarer på bordene, såsom kaffe, mælk og saftevand. På bordet ses en køleplade til drikkevarer og mejeriprodukter. Der observeres små kurve med brød, som beboerne selv kan forsyne sig ved. På flere afdelinger er der stille, der er ikke tændt radio eller tv, ligesom medarbejderne er travlt optagede med beboerrelaterede opgaver i boligerne. På en afdeling opleves et frokostmåltid med en hyggelig- og stemningsfuld atmosfære, hvor tilsynet bemærker livlige snakke og latter. Bordene er dækkede med mønstrede duge, blomster og drikkevarer. Beboerne sidder omkring bordene i mindre grupper, ved to af bordene sidder der medarbejdere med, som støtter beboerne undervejs. Støtten ydes ud fra en respektfuld, nærværende og værdig tilgang. En medarbejder serverer og tilbyder beboerne frokostmåltidet fra en serveringsvogn, herved gennemføres måltidet ud fra en rehabiliterende tilgang, hvor der er opmærksomhed på at sikre beboernes medindflydelse og individuelle ønsker. Tilsynet bemærker, at en medarbejder anvender handsker under serveringen. På en anden afdeling oplever tilsynet, at to medarbejdere ikke er deltagende under måltidet, men at medarbejderne sidder og fører privat samtale i stedet. En af beboerne italesætter medarbejdernes snak som værende forstyrrende. Tilsynet får efterfølgende bekræftet, at den ene medarbejder er vikar, og den anden medarbejder er nyansat. **BEBOERINTERVIEW** Fire beboere beskriver generelt tilfredshed med maden og måltiderne. Beboerne er derudover også generelt tilfredse med stemningen omkring måltiderne, men de fortæller, at stemningen indimellem kan være påvirket af kognitivt dårlige medbeboere.

	Herudover tilkendegiver alle beboerne at være vidende om muligheder for mellemmåltider. En beboer udtrykker mindre tilfredshed med, at der ikke anrettes og serveres tilstrækkeligt med mad i forbindelse med måltiderne. Beboeren fortæller, at der ved sidste måltid eksempelvis blev serveret én kartoffel og én frikadelle, hvilket beboeren ikke blev mæt af. Beboeren tilkendegiver, at de mindre anretninger og serveringer ikke motiverer beboerne til at spise flere portioner, da der ofte ikke er ledigt personale til at gentage serveringerne. Beboeren fortæller, at det har resulteret i, at flere af beboerne bl.a. ikke efterspørger en portion mere. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for, at der for hver medarbejder er fastlagte roller, før, under og efter måltidet. Måltidet og rollerne koordineres på morgenmødet i forbindelse med den generelle planlægning, hvor roller og opgaver noteres på arbejdssedlen. Arbejdsgangen beskrives ved, at medarbejderne fordeles, så serveringen varetages af en medarbejder, mens de øvrige medarbejdere sidder ved bordene. Under måltidet er der fokus på at skabe ro og en hyggelig stemning, hvilket indebærer dialog. Medarbejderne beskriver, at maden anrettes på fade, så beboerne gives mulighed for selv at betragte maden og vælge den mad, de ønsker. De beboere, som selv kan anrette og smøre deres frokost, motiveres til dette ved at pålæg og tilbehør serveres i små skåle og tallerkener. Herved redegør medarbejderne for et fagligt fokus på hverdagsrehabiliteringen og beboernes selvbestemmelse. Medarbejderne fortæller, at der dagligt er fokus på mellemmåltider, som indtages i egne boliger eller på fællesarealer.
Tilsynets vurdering – 3	
Tilsynet vurderer at indikatorerne i middel grad er opfyldt. Det vurderes, at medarbejderne beskriver en hensigtsmæssig organisering af det pædagogiske måltid, hvortil medarbejderne redegør for, at de arbejder ud fra faste roller, hvor beboerne sikres mulighed for selvbestemmelse og medindflydelse. Det er tilsynets vurdering, at en beboer tilkendegiver, ikke at få serveret tilstrækkelig mad. Derudover beskrives det, at personalet ikke er opsøgende for at gentage serveringerne, hvorefter dette har resulteret i, at beboeren helt har opgivet at efterspørge flere serveringer. Tilsynet vurderer, at to medarbejdere ikke er aktivt deltagende i måltidet, da medarbejderne optræder fraværende og taler privat. Herudover konstaterer tilsynet, at en medarbejder er iført handsker i forbindelse med servering af måltidet.	

3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD

Data	**OBSERVATION** På plejehjemmet observeres der en imødekommende og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Der observeres eksempelvis, hvordan medarbejderne banker på beboernes dør, inden de træder ind i boligerne, hvordan medarbejderne henvender sig med smil og optræder i øjenhøjde, samt at medarbejderne anvender fysisk berøring i kontakten med beboerne.

	BEBOERINTERVIEW Beboerne beskriver medarbejderne som værende søde og rare. Hertil beskrives det, at medarbejderne altid taler høfligt og pænt, og at der er en god omgangstone på plejehjemmet. En beboer beskriver dog, at flere af medarbejderne har sprogligvanskeligheder, som kan føre til mindre misforståelser mellem beboeren og medarbejderne. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver, hvordan de lægger vægt på, at der tales pænt og venligt til beboerne. Der redegøres eksempelvis for overvejelser omkring, at medarbejderne optræder i øjenhøjde, tager udgangspunkt i den individuelle beboers behov, optræder nysgerrigt og lyttende i kontakten med beboerne samt optræder med overskud og udviser ro. Der redegøres derudover for, at der i forbindelse med måltiderne tages hensyn til beboernes ønsker for placering, og der tages højde for eventuelle konflikter ved at anvende skærmning, konfliktnedtrapning samt afledning i form af fælles samtaleemner omkring bordene. Medarbejderne fortæller, at samarbejdet med de pårørende prioriteres højt. Der afholdes møder med pårørende, og der sikres kontakt ved ændringer hos beboerne over telefon eller mail, alt efter pårørendes ønske. I flere af boligerne benyttes der endvidere en fysisk kalender, hvor mindre noter og informationer kan noteres. Medarbejderne tilkendegiver, at de vil reagere og italesætte, såfremt der observeres en uhensigtsmæssig kommunikation eller adfærd fra en kollega eller vikar.
Tilsynets vurdering - 5	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne for området i meget høj grad er opfyldt. Det er tilsynets vurdering, at der på plejehjemmet er en imødekommende og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejderne side, hvilket beboerne også tilkendegiver. Det vurderes, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe en tilfredsstillende og ligeværdig kommunikation.	

3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING

Data	**OBSERVATION** På tilsynsdagen observeres der forskellige hverdagsaktiviteter og en større planlagt aktivitet. Tilsynet observerer, at der er i det fælles aktivitetscenter er udstillet et større Matador-tema, som tager udgangspunkt i tiden omkring Matador. Udstillingen er placeret langs væggene og indeholder fx tøjmarked i Damernes Magasin, kaffesalon ved Postgården, byvandring i Algade og Lauras køkken. Derudover er der i midten af lokalet dækket op med små borde, hvide duge og friske blomster. Aktivitetsmedarbejderen redegør for fokus på reminiscens og dialog med beboerne, omhandlende de forskellige temaer. Herudover observerer tilsynet, at der rundt i afdelingerne og på fællesarealer hænger ugeoversigter med aktivitetstilbud samt IBG-skærme med forskellige opslag i form af billeder. Opslagene tager udgangspunkt i mindre lokale aktiviteter, som fx: strikkegruppe, quiz, højtlæsning og fredagsbar. Der reklameres tilmed også med større arrangementer og udflugter samt muligheder for træning i form af "musik og bevægelse".

	BEBOERINTERVIEW En beboer har vanskeligt ved at redegøre for deltagelsen i aktiviteterne. De resterende beboere fortæller, at de aktivt deltager i forskellige aktiviteter ud fra egne ønsker og behov. Der redegøres for et aktivt hverdagsliv, hvor der eksempelvis tilbydes musik og bevægelse, quiz og forskellige gåture. Beboerne fortæller, at det er individuelt, hvorvidt de ønsker at deltage i træning, men at flere af beboerne modtager ugentlige træningsseancer ved vedligeholdende fysioterapeuter. En beboer beskriver, at beboeren gennem den seneste tid har tilkendegivet ønske om træning ved fysioterapeut, hvorefter medarbejderne har iværksat dette ved at kontakte beboerens læge. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for træning og aktiviteter. Hertil beskrives det, at enkelte medarbejdere fra hver afdeling er ansvarlige for koordinering og facilitering af aktiviteterne ude i de enkelte afdelinger. Medarbejderne beskriver, at der i planlægningen tages hensyn til at tilpasse aktiviteterne individuelt til den enkelte beboers behov og ønsker samt at sikre fokus på et aktivt hverdagsliv. Herudover motiverer kontaktpersonen beboeren til at deltage i større fællesaktiviteter i aktivitetscenteret eller deltagelse ved busture. Medarbejderne italesætter mulighed for sparring med plejehjemmets eksterne terapeuter og træningsteam. Den vedligeholdende træning sikres gennem den planlagte dans, stolegymnastik samt den rehabiliterende tilgang i forbindelse med plejen. Derudover opleves der en stor tilslutning af frivillige fra 'Lukasfællesskabet', som dagligt besøger beboerne og bidrager med hjælp til afvikling af de større arrangementer.
Tilsynets vurdering - 5	
Tilsynet vurderer at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt. Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på plejehjemmet, og at beboerne oplever, at de tilbydes meningsfulde aktiviteter og træning, som tilpasses og udbydes til den enkelte beboer. Samtidig vurderes det, at medarbejderne på særdeles tilfredsstillende vis kan redegøre for området.	

3.7 MEDICINHÅNDTERING

Data	**OBSERVATION** Tilsynet foretager en medicingennemgang hos de fem udvalgte beboere. For alle fem beboere opbevares medicinen i aflåste medicinvogne i afdelingerne, ydermere opbevares medicinbeholdningen i aflåste medicinrum tilknyttet afdelingerne. En medarbejder forklarer, at opbevaring af medicinen sker på baggrund af faglige overvejelser ift., hvordan der bedst sikres en forsvarlig opbevaring, samt at medicinrummene giver medarbejderne en oplevelse af mindre forstyrrelser ved håndtering og medicindispensering. Tilsynet observerer, at medicinen generelt opbevares på en systematisk og korrekt måde. I rummene ses en organisering med kasser, der er tydeligt markeret med labels, påskrevet beboernes navn og bolignummer.

Der anvendes farvede plastikposer, hvilket sikrer en tydelig og systematisk opbevaring af medicinen, herunder adskillelse af borgerens aktuelle medicin, pn-medicin samt seponeret/pauseret medicin.

Alle doseringsæsker er markeret med beboerens navn og CPR-nummer, og i alle fem stikprøver ses korrekt anbrudsdato på ikke-dispensérbar medicin med begrænset holdbarhed.

Medarbejderen henviser til, at der forefindes adrenalin i medicinrummenes køleskabe, samt at der er fokus på, at medicinsk CAVE skal være udfyldt.

Tilsynet bemærker, at der i et af medicinrummene ligger medicin fra en afdød beboer i vindueskarmen mærket med navn og CPR-nummer.

Tilsynet konstaterer fejl og mangler i fire ud af fem stikprøver:

- Hos en beboer er der ikke overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne, herved konstateres der fejldispensering.
- Hos en beboer finder tilsynet et seponeret inhalationspræparat i borgerens aktuelle medicinbeholdning. Hertil konstaterer tilsynet, at medarbejderne har udleveret det seponerede inhalationspræparat, da det nye og aktuelle inhalationspræparat findes i en forseglet apotekerpose. Derudover er der ikke kvitteret korrekt, da der er kvitteret for administration af det nye inhalationspræparat, men medarbejderne har i stedet administreret det seponerede præparat.
- To præparater er ikke placeret i korrekt farvede poser, da et seponeret præparat ligger i pn pose, samt at der i aktuel beholdning findes et pauseret præparat.
- Hos to beboere findes der uoverensstemmelser mellem handelsnavne på medicinæsker og handelsnavne i FMK.
- Hos flere beboere konstateres der ikke konsekvent kvittering for medicinadministration.

BEBOERINTERVIEW

En beboer kan ikke redegøre for personalet medicinhåndtering, men beboeren udtrykker generelt tilfredshed.

Tre beboere udtrykker tilfredshed og tryghed ved medarbejdernes håndtering af medicinen.

En beboer er generelt utilfreds med personalets udlevering af medicinen, da beboeren beskriver, at det ikke altid er tilfældet, at medicinen udleveres til den ordinerede tid. Beboeren forklarer, at morgenmedicinen opleves udleveret i tidsrummet fra kl. 06 til kl. 10.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør korrekt for arbejdsgangen relateret til medicindispenseringen. Hertil beskriver medarbejderne, at der doseres til 14 dage ad gangen, hvor der anvendes medicinrum og medicinborde til dispenseringsopgaven.

Hertil beskriver medarbejderne, at dispenseringsmodulet i Nexus medvirker til at sikre, at opgaven løses ud fra en systematisk tilgang samt understøtter en sikker dispensering.

Medarbejderne kan redegøre for risikosituationspræparater og for skærpet opmærksomhed herpå, eksempelvis gøres der opmærksom på dette i beboernes handlingsanvisninger vedrørende medicinhåndteringen.

Tilsynets vurdering - 2
Tilsynet vurderer, at indikatorerne for medicinområdet i lav grad er opfyldt. Det er tilsynets vurdering, at der er fundet væsentlige fejl og mangler, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats at afhjælpe. Dette vedrører blandt andet mangler i forhold til opbevaring og dokumentation, administration af forkert præparat samt at der hos en beboer konstateres fejl i dispenseringen. På trods af de konstaterede fejl og mangler vurderer tilsynet, at beboerne generelt set udtrykker tilfredshed med medarbejdernes håndtering af deres medicin, fraset en beboer, som ikke vurderes tilfreds med tidsrammen for håndtering af morgenmedicinen. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for dispensering og administration i overensstemmelse med gældende retningslinjer.

3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN

Data	**OBSERVATION** Der foretages ingen situationsbestemte observationer i udførelsen af sygeplejeopgaver. For alle beboere observeres der ingen helbredsmæssige forhold, som ikke er håndteret. Dermed konstateres det, at der hos de fem beboere er sammenhæng mellem de beskrevne og de leverede sygeplejeopgaver. **BEBOERINTERVIEW** En beboer har vanskeligt ved at redegøre for hjælpen til sygeplejeindsatserne, men beboeren beskriver en generel tilfredshed med sygeplejerskerne. De resterende fire beboere fortæller, at de ikke modtager hjælp fra en sygeplejerske, men de tilkendegiver viden om, at en sygeplejerske kan tilkaldes ved behov. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver, at sygeplejeopgaverne fordeles på det daglige morgenmøde i afdelingerne, og at det her sikres, at opgaverne varetages af en medarbejder med de rette kompetencer. Her fortæller medarbejderne, at de eksempelvis oplæres i påsætning af kompressionsstrømper. Medarbejderne italesætter mulighed for sparring i hverdagen ved enten sygeplejersken, de faglige ledere eller afdelingslederne. Det er tilsynets vurdering, at der i forbindelse med interviewet er flere medarbejdere, som ikke har kendskab til VAR, samt at flere af medarbejderne ikke er vidende om, at der skal tilknyttes handlingsanvisninger på alle sundhedslovsydelser. Herved bliver det ikke tydeligt for tilsynet, at medarbejderne har viden om at dokumentationen er tilknyttet sygeplejeydelserne. Ledelsen oplyser, at de har modtaget divergerende oplysninger i dokumentationsundervisningen, hvorfor de ikke har været bevidste om, at dette skulle oprettes.

Tilsynets vurdering - 4
Det er tilsynets vurdering at indikatorerne i høj grad er opfyldt, da der konstateres sammenhæng mellem de visiterede og de leverede sygeplejeindsatser. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne ikke konsekvent kan redegøre for anvendelsen af VAR samt ikke er bevidste om, at der skal tilknyttes handlingsanvisninger på alle sundhedslovsydelser, grundet divergerende oplysninger i dokumentationsundervisningen. Tilsynet vurderer, at der konstateres få mangler, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats.

3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Data	**INTERVIEW MED LEDER:** Forstanderen fortæller, at plejehjemmet Lindely er en selvejende institution med tæt tilknytning til Diakonissestiftelsen. Tidligere har der været etableret ni midlertidige pladser på plejehjemmet, men disse er på nuværende tidspunkt nedlagt. Plejehjemmet er inddelt i fire afdelinger, hvor en afdelingssygeplejerske varetager ledelsen af to afdelinger. Herudover er der ansat to faglige ledere med uddannelsesbaggrund som social- og sundhedsassistent. Plejehjemmet har i begge uger etableret ansvarshavende aftenvagter samt nattevagter. Forstanderen tilkendegiver, at der på sigt vil blive søgt ansættelse af en kvalitets- og udviklingssygeplejerske. Ledelsen har haft fokus på at fastansætte uddannet personale i alle afdelinger, samt at etablere et internt afløserkorps. Der benyttes fortsat eksterne vikarer, men ledelsen redegør for, at rekrutteringsprocessen er blevet bedre, og at plejehjemmet generelt har mange ansøgere på jobopslag. Forstanderen vurderer sygefraværet som værende på et acceptabelt niveau. Ledelsen tilkendegiver, at de benytter Gentofte Kommunes sygefraværspolitik, men samtidig er de i proces med udarbejdelsen af deres egen lokale sygefraværsinstruks. Der redegøres for en fast mødestruktur, hvor afdelingssygeplejerskerne og de faglige ledere fordeler dagens arbejdsopgaver ud fra medarbejderne kompetencer, uddannelse og erfaring. Der afholdes ugentlige triageringsmøder, hvor triageringen tager afsæt i metoden udviklet fra projektet "I sikre hænder". Derudover afholdes der ugentlige stuegangsmøder samt TEAM-møder. Der er udviklet et fast introduktionsprogram til alle nyansatte, og i den forbindelse er det afdelingslederen, som sikrer, at programmet bliver gennemgået i samarbejde med det faste personale, som er mentorer. Forstanderen beskriver, at medarbejderne har de rette kompetencer ift. målgruppen. Der sikres løbende kompetenceudvikling, hvor medarbejderne deltager i både interne og kommunale undervisningstilbud. Ledelsen har fokus på, at alle social- og sundhedsassistenter skal uddannes som nøglepersoner og tovholdere på forskellige fagområder, eksempelvis sår, palliation, praktikvejledere og demens. Ydermere beskriver ledelsen en imødekommenhed, hvis medarbejdere tilkendegiver særlige ønsker for kompetenceudvikling. Der beskrives tilfredsstillende rammer for det tværfaglige samarbejde, hvor eksterne konsulenter har bistået med uddannelse og vejledning inden for dokumentation samt udarbejdet en lokal instruks for delegeringsopgaven. Ydermere benyttes Gentofte Kommunes Akut Team til uddannelse og sparring ift. konkrete sundhedslovsopgaver. Derudover samarbejdes der med tværgående træningsteam, eksterne ergoterapeuter, demensteam samt psykiatrisk sygeplejerske fra Gentofte Kommune. I forhold til indberetning og arbejdet med utilsigtede hændelser beskrives det, at der tidligere har været et manglende fokus på indberetningerne, men at det positive læringsudbytte nu italesættes og fastholdes af ledelsen. Der er ikke udarbejdet en fast kultur og struktur for indberetningerne, men ledelsen italesætter arbejdet med utilsigtede hændelser, som vigtigt og højt prioriteret.

	MEDARBEJDERINTERVIEW Medarbejderne italesætter en oplevelse af, at der er en tilfredsstillende sammenhæng mellem medarbejdernes kompetencer og de opgaver, som de stilles over for. Der nævnes tilfredsstillende muligheder for kompetenceudvikling, hvortil medarbejderne blandt andet har deltaget i undervisning omkring dokumentationsprocessen, palliation og demens i form af Low arousal. Medarbejderne bekræfter, at der arbejdes på, at alle social- og sundhedsassistenter tildeles en nøglerolle inden for et særligt fagområde og herved får mulighed for at uddanne og vejlede de andre kollegaer. Der redegøres for, at medarbejderne sikres den rette viden, blandt andet gennem centrale kliniske retningslinjer, lokale instrukser, samt at de oplever muligheden for at kunne rådføre sig hos en kollega eller hos den faglige leder. Ydermere beskrives der muligheder for deltagelse på div. faglige kurser, hvortil ledelsen beskrives som meget lydhøre over for medarbejdernes ønsker. Det bliver ikke tydeligt for tilsynet, at der arbejdes målrettet med forbedringsarbejdet, idet medarbejderne ikke kan redegøre for overordnede fokusområder eller forbedringsforløb. Medarbejderne redegør ikke tilstrækkeligt for arbejdet med utilsigtede hændelser, idet flere af medarbejdere generelt tilkendegiver ikke at være fortrolige med indberetningerne. Opfattelsen hos flere af medarbejderne er, at det er en opgave, som social- og sundhedsassistenterne eller sygeplejerskerne varetager. Ydermere kan medarbejderne ikke redegøre for de faglige områder, som er indbefattet af indberetningspligten på området. Det italesættes, at plejehjemmet fortsat er i en faglig proces med at få udviklet, struktureret og implementeret det generelle arbejde vedrørende de utilsigtede hændelser. Medarbejderne beskriver muligheden for at kunne søge faglig sparring ved eksempelvis at rekvirere eksterne terapeuter for træning eller dysfagi-vurderinger, samarbejde med Gentofte Kommunes demenskonsulenter eller rekvirere omsorgstandplejen. Medarbejderne italesætter dog herefter, at der ofte opleves længere responstid på vejledning og sparring fra kommunens træningsteam og demenskonsulenter, og at dette kan opleves utilfredsstillende for beboerne.
Tilsynets vurdering - 3	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt. På baggrund af interviews med ledelsen og medarbejderne vurderer tilsynet, at der arbejdes målrettet med at skabe en stabil drift, med at sikre medarbejdernes faglige kompetencer og med at sikre det generelle arbejde med utilsigtede hændelser. Hertil vurderer tilsynet, at medarbejderne tilkendegiver en længere responstid i samarbejdet med kommunens træningsteam og demenskonsulenter. På baggrund af ovenstående vurderes det, at plejehjemmet fortsat er i proces på flere områder, og at der derfor er behov for at fastholde den målrettede indsats.	

3.10 OBSERVATIONSSTUDIE

Data	**KOMMUNIKATION** <u>Observationsstudie af personlig pleje I:</u> Medarbejderen banker på beboerens dør, inden medarbejderen træder ind i boligen. Der kommunikeres i et roligt og afdæmpet toneleje, hvortil medarbejderens kropssprog opfattes som åbent, inviterende og nærværende. Medarbejderen optræder i øjenhøjde med beboeren, hvor der anvendes korte og tydelige beskrivelser over for beboeren, så medarbejderen sikrer sig, at beboeren er orienteret og tryg. Ydermere anvendes der fysisk berøring, eksempelvis ved at stryge hånden på beboerens skulder.

Beboeren fortæller om en oplevelse fra sin barndom, hvor medarbejderen på fornemste vis bekræfter beboerens oplevelse og benytter dette som samtaleemne.

Observationsstudie af personlig pleje II:

Medarbejderen banker på døren og hilser venligt og respektfuldt på beboeren. Beboeren er i et palliativt forløb, og medarbejderen sikrer sig, at tonelejet er tilpasset beboerens behov. Beboeren har et synshandicap, og medarbejderen er opmærksom på at gå helt hen til beboerens seng i dialogen. En kollega ankommer kort efter og faciliterer til en god og humoristisk dialog med beboeren, omhandlende forskellige hverdagsemner og om beboerens særlige ønsker til morgenmad. Medarbejderne er løbende opmærksomme på at anvende fysisk berøring i kontakten og at anvende beboerens taktile sans til eksempelvis at berøre en tudekop i forbindelse med at drikke samt berøre en særlig bamse, som beboeren finder tryghed ved.

SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE

Observationsstudie af personlig pleje I:

Under hele plejeforløbet observeres der et tæt samarbejde mellem beboeren og medarbejderen, hvortil medarbejderen udviser opmærksomhed på at sikre beboeren medindflydelse. Beboeren får eksempelvis valget, om beboeren ønsker hjælp til bad, eller om dette skal planlægges til en anden dag. Medarbejderen italesætter og sikrer sig løbende beboerens accept, inden en handling udføres.

I forbindelse med badet sikrer medarbejderen sig gentagende gange, at vandtemperaturen er tilfredsstillende, samt at beboeren ikke fryser.

Beboeren tilkendegiver at glæde sig til morgenmaden, hvorefter medarbejderen på imødekommende vis får afdækket, hvilken slags morgenmad beboeren foretrækker.

Observationsstudie af personlig pleje II:

Beboeren giver udtryk for at være træt. Medarbejderen spørger derfor om tilladelse til at påbegynde plejen, hvilket beboeren giver samtykke til. Medarbejderne italesætter løbende deres handlinger, inden de udføres, så beboeren er bedst muligt forberedt herpå.

Beboeren har begyndende tryksår, og beboeren ligger på en specialmadras. Dog oplyses tilsynet om, at beboeren ikke ønsker en mere hensigtsmæssig lejring, trods opfordringer og rekvirering af lejringspuder hertil. Medarbejderne respekterer beboerens ønsker, og de spørger løbende ind til, om beboeren har smerter, hvilket beboeren afviser.

Beboeren spørges ind til særlige ønsker for drikkevarer, hvorpå ønskerne imødekommes. Beboeren giver udtryk for at være for træt til at få foretaget øvre pleje, hvilket medarbejderne respekterer. Ved plejeforløbets afslutning, spørges beboeren ind til ønsker og behov for lejring. Beboeren siger; *"Det var dejligt",* da medarbejderne lejrer beboeren hensigtsmæssigt i overensstemmelse med beboerens ønsker og vaner.

REHABILITERING

Observationsstudie af personlig pleje I:

Medarbejderen udviser stor opmærksomhed på at inddrage beboerens ressourcer aktivt under forløbet. Hertil observeres, at beboeren motiveres til at hjælpe til med at vende sig i sengen samt at holde fast i sengehesten i forbindelse med plejen.

Efterfølgende støtter medarbejderen beboeren i at rejse sig fra sengen ved egen hjælp og forflytte sig til kørestolen.

I forbindelse med badet arbejdes der ud fra en kompenserende tilgang, hvor medarbejderen eksempelvis vasker beboerens ryg, mens beboeren selv vasker overkroppen.

Observationsstudie af personlig pleje II:

Beboeren kan i sparsom grad bidrage aktivt ved vendinger i sengen, grundet sin fysiske formåen, og medarbejderen tilkalder derfor en kollega, der kan understøtte hertil. Medarbejderne anvender et glidestykke til at forflytte beboeren, så dette kan foregå så hensynsfuldt som muligt.

ORGANISERING AF ARBEJDET

Observationsstudie af personlig pleje I:

Plejen udføres ud fra en hensigtsmæssig rækkefølge og på en måde, som beboeren er vant til. Medarbejderen har generelt alle remedier til rådighed for plejen, remedierne er placerede på et mindre rullebord, som står ved siden af sengen.

Der forekommer ingen unødige forstyrrelser i forbindelse med plejesituationen, dog alarmerer medarbejderens arbejdstelefon gentagne gange, men tonelejet og lydstyrken vurderes tilsyneladende ikke at genere beboeren.

Observationsstudie af personlig pleje II:

Medarbejderen henter de nødvendige remedier og sikrer sig, at disse er inden for rækkevidde, inden plejen igangsættes. Medarbejderne har en hensigtsmæssig rollefordeling, hvor den ene medarbejder primært foretager plejeopgaver, mens den anden medarbejder udfører opgaver af mere praktisk karakter. Plejeforløbet foregår på rutineret vis, og medarbejderne udviser kendskab til beboerens livshistorie, ønsker og behov. Al pleje foregår i sengen, og der forekommer ingen unødige forstyrrelser.

DEN FAGLIGE UDFØRELSE AF ARBEJDET

Observationsstudie af personlig pleje I:

Tilsynet vurderer, at den nedre pleje udføres korrekt. I forbindelse med den personlige pleje i sengen konstaterer tilsynet positivt, at medarbejderen arbejder med ren og uren teknik. Herefter guides beboeren på forsvarlig vis til kørestol og efterfølgende til toilettet. Medarbejderen sikrer sig, at beboeren ved forflytningen er placeret på et forsvarligt og skridsikkert underlag.

Tilsynet konstaterer, at medarbejderen i flere tilfælde ikke følger gældende hygiejniske retningslinjer, idet medarbejderen ikke udfører håndhygiejne efter handskeskift samt ikke iører sig plastforklæde i forbindelse med den personlige pleje. Ydermere har medarbejderen handsker på, imens der tages artikler ud af borgerens klædeskab, og herefter benyttes handskerne i den personlig pleje.

Medarbejderen redegør med relevante faglige overvejelser om ikke at trække rullegardinerne fra, da det hermed kan føles blufærdigt for beboeren i forbindelse med den personlige pleje.

Observationsstudie af personlig pleje II:

Medarbejderen udfører håndhygiejne, og iører sig fagligt korrekte værnemidler i form af plastforklæde og handsker. Medarbejderen tømmer beboerens kateterpose og eleverer sengen til korrekt arbejdshøjde. Medarbejderen foretager nedre toilette i overensstemmelse med de hygiejniske retningslinjer.

Kollegaen ankommer kort tid efter, og det bemærkes, at begge medarbejdere arbejder uhensigtsmæssigt ind over sengehesten i forbindelse med personlig pleje og forflytninger. Efterfølgende hjælpes beboeren med at blive vasket i ansigtet samt at få vasket hænder. Det bemærkes, at den ene medarbejder håndterer fjernbetjeningen til sengen med urene handsker uden at sikre efterfølgende afspritning. Der foretages dog afspritning af sengebordet, inden boligen forlades.

	Tilsynet bemærker, at medarbejderne foretager handskeskift mellem de forskellige opgaver, men ikke får sikret sig korrekt håndhygiejne mellem handskeskift eller inden boligen forlades.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der i forbindelse med de to observationsstudier af personlig pleje konstateres en venlig og respektfuld kommunikation med beboerne.

Samtidig vurderes det, at beboerne oplever selvbestemmelse og medindflydelse, samt at plejen leveres ud fra en rehabiliterende tilgang med afsæt i den enkelte beboers situation.

Det vurderes, at der generelt set ikke forekommer unødige afbrydelser under plejen, men at der forekommer mangler i forhold til hygiejnen, idet medarbejderne ikke i alle tilfælde udfører korrekt håndhygiejne efter handskeskift, samt at der i et tilfælde ikke benyttes plastforklæde i forbindelse med den personlige pleje.

Ydermere vurderer tilsynet, at der i et tilfælde ikke anvendes hensigtsmæssige arbejdsstillinger, idet der i forbindelse med pleje og forflytninger arbejdes ind over sengehesten.

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

4.1 FORMÅL

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejehjem. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for borgere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourcer, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 VURDERINGSSKALA

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau.:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
SCORE: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • 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. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

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 plejecentre, 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.

Relateret document 17/21

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Adelaide 2022.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Adelaide 2022**
Dokument ID:	**4960942**

Tilsynsrapport
Gentofte Kommune

Plejehjemmet Adelaïde

Uanmeldt tilsyn 2022

INDHOLD

1. OPLYSNINGER OM PLEJECENTRET 4

2. VURDERING 5
2.1 TILSYNETS VURDERINGER 5
2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER 7

3. DATAGRUNDLAG 8
3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER 8
3.2 DOKUMENTATION 8
3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP 10
3.4 MAD OG MÅLTIDER 12
3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD 13
3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING 14
3.7 MEDICINHÅNDTERING 15
3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN 16
3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE 16
3.10 OBSERVATIONSSTUDIE 18

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE 20
4.1 FORMÅL 20
4.2 METODE 20
4.3 VURDERINGSSKALA 21
4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE 22

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete plejecenter.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer, observationsstudier og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra den indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

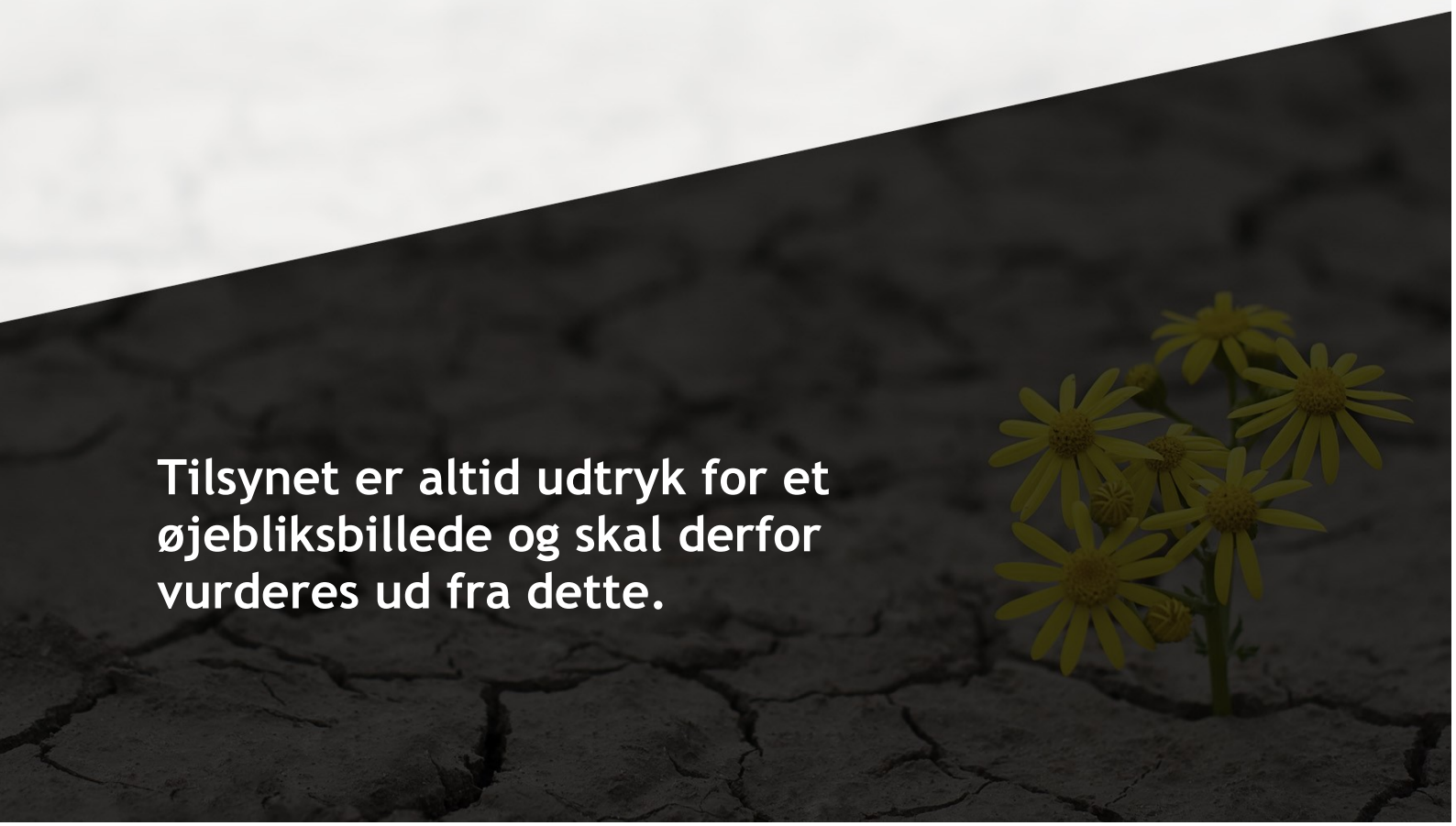
Tilsynets form, indhold, metode og afvikling er afstemt med kommunen.

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Gitte Ammundsen
Senior Manager
Mobil: 4189 0406
Mail: gia@bdo.dk
Projektansvarlig



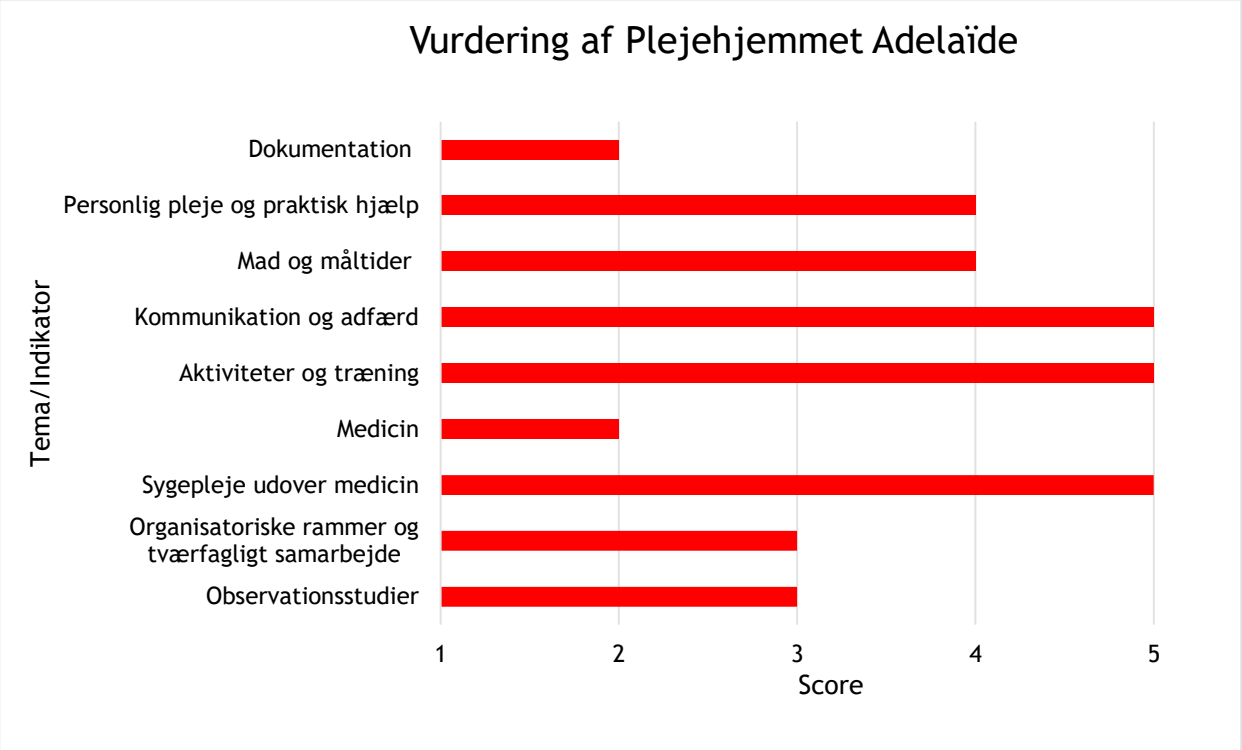
1. OPLYSNINGER OM PLEJECENTRET

Oplysninger om plejecentret og tilsynet
Navn og Adresse: Plejehjemmet Adelaïde, Ejgårdsvej 5, 2920 Charlottenlund
Leder: Tina Strand Pedersen
Antal boliger: 55 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 16. september 2022
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejehjemmets ledelse • Interview af tre beboere • Gennemgang af dokumentationen • Kontrol af medicinen • Observationsstudier • Gruppeinterview med tre medarbejdere (1 social- og sundhedshjælper og 2 social- og sundheds-assistenter) Beboere, som indgår i individuelle interviews, har givet deres accept til at indgå i tilsynet. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Gitte Duus Andersen, Manager og sygeplejerske, cand. cur

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS VURDERINGER

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne på dokumentationen i lav grad er opfyldt. Årsagen hertil er, at der generelt ikke arbejdes med dokumentationen på en ensartet, systematisk og overskuelig måde, samt at der er konstateret mangler i forhold til både døgnrytmeplaner og handlingsanvisninger. Samtidig vurderes det, at to beboere er triageret grøn på trods af, at beboerne er i antibiotisk behandling for infektion.

Det vurderes, at både funktionsevnetilstande og helbredstilstande er opdaterede og aktuelle, men at der ikke er fuldstændig sammenhæng mellem helbredstilstande og beboernes medicinske behandling.

På trods af de konstaterede mangler på dokumentationen vurderer tilsynet, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

Personlig pleje og praktisk hjælp:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at både hjælpemidler og boliger generelt fremstår tilstrækkeligt rengjorte.

Beboerne giver udtryk for, at de modtager den hjælp til personlig pleje og praktisk støtte, som de har behov for, og at de er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Hertil vurderes det, at beboerne oplever medinddragelse og tryghed i den leverede hjælp, men at der er enkelte mangler i forhold til kontinuiteten, hvortil beboerne oplever, at medarbejderne ikke altid har tilstrækkeligt kendskab til deres behov for hjælp og støtte.

Det er samtidig tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og praktiske støtte, herunder hvordan der arbejdes med at sikre beboernes tryghed og med de hygiejniske retningslinjer.

Mad og måltider:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid, hvortil medarbejderne arbejder ud fra faste roller, og hvor beboerne sikres mulighed for selvbestemmelse og medindflydelse.

Det er tilsynets vurdering, at to beboere italesætter maden som mindre varieret, og at en af beboerne samtidig beskriver, at maden anrettes på en mindre appetitlig måde.

Medarbejderne kan efter tilsynets vurdering redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre "Det gode måltid".

Kommunikation og adfærd:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for området i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der på plejehjemmet er en imødekommende og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side, hvilket beboerne også fortæller, at de oplever. Det vurderes, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, der medvirker til at skabe ligeværdig kommunikation.

Aktiviteter og træning:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på plejehjemmet, og at beboerne oplever, at de tilbydes meningsfulde aktiviteter og træning, som de kan deltage i i det omfang, de ønsker.

Samtidig vurderes det, at medarbejderne kan redegøre for området, på særdeles tilfredsstillende vis.

Medicinhåndtering:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for medicinområdet er opfyldt i lav grad.

Det er tilsynets vurdering, at der er fundet væsentlige fejl og mangler, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats at afhjælpe. Dette vedrører blandt andet mangler i forhold til opbevaring og dokumentation samt en fejl i dispenseringen hos en beboer.

På trods af de konstaterede fejl og mangler vurderer tilsynet, at beboerne udtrykker tilfredshed med medarbejdernes håndtering af deres medicin, og at medarbejderne kan redegøre for dispensering og administration i overensstemmelse med gældende retningslinjer på området.

Sygepleje ud over medicin:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er sammenhæng mellem de visiterede og de leverede sygeplejeindsatser. Samtidig vurderes det, at beboerne italesætter generel tilfredshed med den hjælp, de modtager, hvortil de oplever, at medarbejderne er opmærksomme på deres helbredsmæssige tilstand.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der arbejdes med at sikre, at de sygeplejefaglige indsatser leveres ud fra en høj faglig standard.

Organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

På baggrund af interviews med ledelsen og medarbejderne vurderer tilsynet, at der er arbejdet målrettet med at skabe en stabil drift, med at sikre medarbejdernes faglige kompetencer og med at sikre indrapportering af utilsigtede hændelser inden for fald og medicin. Hertil vurderes det, at plejehjemmet fortsat er i proces på flere områder, og at der derfor er behov for at fastholde den målrettede indsats.

Observationsstudier:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for plejeobservationsstudiet i middel grad er opfyldt.

Det vurderes, at medarbejderne benytter en målrettet og individuel tilgang til beboeren, hvortil både kommunikation og indsatsen er tilpasset beboerens behov. Hertil arbejdes der ud fra en rehabiliterende tilgang med fokus på at sikre beboerens autonomi. Det er dog tilsynets vurdering, at der arbejdes ud fra en mindre hensigtsmæssig organisering af den øvre personlige pleje, idet denne udføres i stuen og ikke på badeværelset. Samtidig vurderes det, at medarbejderne anvender korrekte værnemidler under plejen, men at medarbejderne ikke foretager korrekt håndhygiejne mellem handskeskift.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation, observationer og observationsstudier. Derudover foretages kontrol af medicinen. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger

1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen skærper indsatsen omkring dokumentationen. Hertil anbefales:
   - At dokumentationen i både døgnrytmeplaner og handlingsanvisninger opbygges efter en ensartet, systematisk og overskuelig struktur, så der let kan dannes et overblik over, hvilken hjælp og støtte beboeren skal have.
   - At døgnrytmeplanen indeholder individuelle og handlevejledende beskrivelser af alt den hjælp og støtte, som beboerne modtager, og at særlige oplysninger, som fx pædagogisk tilgang, indgår som en del af døgnrytmeplanen.
   - At der oprettes handlingsanvisninger for alle de Sundhedslovsindsatser, som beboerne modtager, og at handlingsanvisningen inaktiveres, når indsatsen afsluttes. Hertil anbefales det, at handlingsanvisningerne indeholder handlevejledende beskrivelser af, hvordan indsatsen skal udføres samt relevant link til VAR.
   - At der er sammenhæng mellem helbredstilstande og den medicinske behandling.
   - At der arbejdes målrettet med beboernes triagering, så der er sammenhæng mellem de beskreven arbejdsgange og beboernes triageringsniveau.
2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medarbejdere og afløsere har kendskab til beboernes behov for hjælp og støtte, så der til enhver tid leveres hjælp af høj faglig kvalitet.
3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder indsatsen omkring mad og måltid, så der løbende er fokus på beboernes tilfredshed af madens kvalitet.
4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen skærper indsatsen på medicinområdet, så der sikres korrekt opbevaring, dispensering og dokumentation i forhold til beboernes medicin.
5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder den målrettede indsats med at sikre en stabil drift, medarbejdernes faglige kompetencer og organiseringen omkring de utilsigtede hændelser.
6. Tilsynet anbefaler, at ledelsen, som en del af den faglige refleksion med medarbejderne, sætter fokus på organisering af plejen som en del af at sikre en naturlig, genkendelig og værdig pleje for beboerne.
7. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medarbejderne følger gældende hygiejniske retningslinjer, så medarbejderne altid foretager korrekt håndhygiejne ved handskeskift.

3. DATAGRUNDLAG

3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER

Data	**LEDERINTERVIEW:** Lederen beskriver, at hun tiltrådte den 1. november 2021, og at der var udført kommunalt tilsyn kort inden, hvor der ikke blev givet nogle anbefalinger. Af andre udviklingsområder italesætter lederen, at der er arbejdet målrettet med at skabe en stabil drift gennem rekruttering og fastansættelser. Herudover er der fokus på at styrke medarbejdernes faglighed og på at skabe et levende plejehjem med mange aktiviteter. Lederen beskriver, at der hver uge udarbejdes en oversigt over ugens aktiviteter, og at der herunder tilbydes aktiviteter, som fx musikarrangementer, ture, fredagsbar, blomsterbinding og besøg fra en besøgs-pony. Der er også etableret en morgenmads-café, hvor beboerne mødes på tværs af afdelingerne flere gange om ugen og spiser sammen. Samtidig tilbydes beboerne frugt og grønt. Begge tiltag beskrives at være en stor succes. Af faglige tiltag italesættes det blandt andet, at der er arbejdet med nedbringelse af psykofarmaka som en del af et kommunalt indsatsområde. Lederen beskriver, at de medicinske justeringer, kombineret med øgede aktiviteter, har haft en positiv effekt på beboernes livskvalitet. Desuden beskriver leder, at der er arbejdet målrettet med at skabe en kulturændring blandt medarbejderne. Herunder har der været fokus på den rehabiliterende tilgang. Samtidig er der udarbejdet en ny dokumentationsvejledning, som er ved at blive implementeret, hvortil der er planer om at opdatere dokumentationen på alle beboere. På medicinområdet beskriver lederen, at der er indrettet et medicinrum, og at der er indkøbt medicinvogne, som netop er ved at blive gjort klar. Herudover er fokus på patientsikkerheden i opgaveløsningen, hvortil der anvendes farvede poser, og der arbejdes med korrekt bortskaffelse af medicin. Lederen beskriver også, at der er fokus på undervisning i mundpleje, TOBS og magtanvendelse, samt at der samarbejdes med Tranehaven i forhold til at sikre dysfagiudredning for beboerne.

3.2 DOKUMENTATION

Data	Tilsynet foretager gennemgang af de udvalgte beboeres omsorgsjournal. **<u>Døgnrytmeplanen</u>** For alle tre beboere er der oprettet døgnrytmeplaner for dag, aften og nat, som indeholder beskrivelser af den hjælp og støtte, som beboerne modtager. Hertil ses det, at beskrivelserne fremstår med variationer, hvortil der for en beboer fx ses handlevejledende beskrivelser af indsatsen med fokus på sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, mens beskrivelserne for en anden beboer er yderst sparsomme. For alle beboerne er der foretaget beskrivelser af beboernes ressourcer, ligesom der er sammenhæng til beboernes helbredsmæssige tilstand og øvrige indsatser.

Tilsynet har følgende bemærkninger til døgnrytmeplanerne:

- Generelt er døgnrytmeplanerne ikke opbygget efter en ensartet, systematisk og overskuelig struktur.
- For to beboere ses der flere aktive døgnrytmeplaner for samme tidsrum. Det er dermed uklart, hvilken døgnrytmeplan der skal anvendes.
- For alle beboerne ses det, at en eller flere indsatser ikke er beskrevet ud fra en individuel og handlevejledende tilgang.

Handlingsanvisninger

Tilsynet gennemgår handlingsanvisninger for f.eks. vægtmåling, medicindispensering, kompressionsbehandling, laksantia, insulin og øjendråber. Hertil har tilsynet følgende bemærkninger:

- For to beboere ses det, at der ikke er oprettet handlingsanvisninger på alle sygeplejefaglige indsatser, idet der fx mangler handlingsanvisninger i forhold til medicindispensering og medicinadministration.
- For to beboere ses det, at flere af de oprettede handlingsanvisninger ikke indeholder tilstrækkelige faglige og relevante beskrivelser af indsatsen, eller at beskrivelserne bør opdateres.
- Der anvendes ikke systematisk link til VAR.
- For to beboere ses det, at der er handlingsanvisninger, som bør inaktiveres. Dette skyldes, at indsatsen ikke længere er aktiv, eller at beskrivelsen i handlingsanvisningen med fordel kan indgå som en pædagogisk tilgang i døgnrytmeplanen. Hertil ses det fx, at der for en beboer er oprettet en handlingsanvisning for "informationer", som indeholder en kort beskrivelse af, at beboeren skal vejledes i et roligt tempo.

Helbredstilstande:

Helbredstilstandene fremstår opdaterede og aktuelle. I flere tilfælde ses der beskrivelser af en høj faglig kvalitet. Dog bemærker tilsynet, at der for to beboere ikke er fuldstændig sammenhæng til den medicinske behandling.

Funktionsevnetilstande

Funktionsevnetilstandene fremstår opdaterede og aktuelle for alle tre beboere.

Generelle oplysninger

De generelle oplysninger indeholder fyldestgørende beskrivelser for alle tre beboere, hvortil oplysningerne fremstår med værdi for beboerforløbet. For en beboer mangler der stillingtagen til beboerens livshistorie.

Observationsnotater:

For alle tre beboere ses dokumentation af relevante målinger (vægt og blodsukker), ligesom der ses dokumentation af opfølgning og afvigelser under observationsnotater. Hertil bemærker tilsynet, at alle tre beboere er triageret grøn på trods af, at to beboere er i antibiotisk behandling, grundet infektion.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør for udfyldelse og anvendelse af døgnrytmeplanerne. Hertil beskrives det, at døgnrytmeplanerne ajourføres af kontaktpersonen ved ændringer i beboerens tilstand, samt at døgnrytmeplanerne anvendes af vikarer/afløsere, og når medarbejderne selv varetager plejen hos en beboer, som de ikke kender så godt.

	For nye beboere beskriver medarbejderne, at de tager udgangspunkt i den dokumentation, som følger med beboeren, og at denne opdateres løbende i takt med, at der foretages vurderinger af beboerens tilstand. Medarbejderne beskriver, at døgnrytmeplanen skal indeholde beskrivelser af, hvordan plejen skal udføres, beboernes ressourcer og særlige opmærksomhedspunkter. Medarbejderne redegør for oprettelse af handlingsanvisninger ved sundhedslovsindsatser, som fx injektion, sårpleje og medicin. Medarbejderne henviser til, at disse primært oprettes af social- og sundhedsassistenterne, og at handlingsanvisningerne skal indeholde tydelig beskrivelse af, hvordan indsatsen skal udføres. I forhold til funktionsevnetilstande og helbredstilstande italesætter medarbejderne, at disse opdateres fast hver tredje måned og ved ændringer. Der arbejdes med faste opgaver som del af at sikre opdatering. Medarbejderne italesætter et samarbejde mellem social- og sundhedshjælperne og social- og sundhedsassistenterne i forhold til opdatering af funktionsevnetilstande, mens helbredstilstande primært varetages af social- og sundhedsassistenterne. Hertil beskrives det, hvordan der er fokus på at sikre sammenhæng i dokumentationen, fx mellem helbredstilstande og den medicinske behandling. Medarbejderne beskriver, at de føler sig fortrolige med dokumentationsopgaven, som de har modtaget undervisning i, og at de har mulighed for sparring med kollegaer og superbrugere.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at indikatorerne på dokumentationen i lav grad er opfyldt.

Årsagen hertil er, at der generelt ikke arbejdes med dokumentationen på en ensartet, systematisk og overskuelig måde, samt at der er konstateret mangler i forhold til både døgnrytmeplaner og handlingsanvisninger. Samtidig vurderes det, at to beboere er triageret grøn på trods af, at beboerne er i antibiotisk behandling for infektion.

Det vurderes, at både funktionsevnetilstande og helbredstilstande er opdaterede og aktuelle, men at der ikke er fuldstændig sammenhæng mellem helbredstilstande og beboernes medicinske behandling.

På trods af de konstaterede mangler på dokumentationen vurderer tilsynet, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen.

3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP

Data	**OBSERVATION** Beboerne fremstår soignerede og veltilpasse. Deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Beboernes hjælpemidler fremstår tilstrækkeligt rengjorte, hvilket generelt også er tilfældet for beboernes boliger. Dog observeres der et dørhåndtag og en dørkarm til en beboers altan, som fremstår mindre rengjort. **BEBOERINTERVIEW** Beboerne beskriver alle, at hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte er svarende til deres behov, og at de generelt er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Hertil kommer beboerne med forskellige eksempler på, hvordan deres ønsker og vaner imødekommes, og hvordan de støttes i at anvende deres ressourcer aktivt. En beboer italesætter, hvordan der er et godt samarbejde mellem beboeren og medarbejderne, mens en anden beboer fortæller, hvordan medarbejderne motiverer beboeren til selv at tage trøjen på, og herefter støtter medarbejderne med at få trøjen placeret rigtigt på ryggen.

	Beboerne beskriver, at hjælpen leveres som aftalt, og at de har mulighed for at have indflydelse på tidspunktet for hjælpen. Beboerne italesætter ligeledes mulighed for mere hjælp og en generel hurtig besvarelse af nødkaldet. Hertil fortæller en beboer, at medarbejderne altid giver besked, hvis der er ventetid, hvilket bidrager til at give beboeren tryghed. To beboere fortæller, at de har en fast kontaktperson. Samtidig giver beboerne dog udtryk for, at hjælpen leveres af forskellige medarbejdere, som ikke altid har tilstrækkeligt kendskab til deres behov for hjælp, hvilket kan påvirke kvaliteten. En beboer henviser dog til, at medarbejderne altid har forberedt sig inden besøget. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver, at beboerne fordeles ud fra prioritering om kompleksitet, kontaktperson og tidspunkt for hjælp. Den daglige arbejdsplan udarbejdes om morgenen, og ændringer i løbet af dagen varetages af afdelingens koordinator. Som led i at sikre kontinuitet arbejdes der med kontaktpersonsordning og faste afløsere. Herudover tages der udgangspunkt i døgnrytmeplanerne, som også afløsere introduceres til. Medarbejderne kommer med eksempler på, hvordan der i plejen arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang, hvortil de anvender vejledning, spejling og en inviterende tilgang, som metoder til at motivere beboerne til at anvende deres ressourcer aktivt. Medarbejderne beskriver, at der arbejdes ud fra Tom Kitwoods teori og med fokus på beboernes livshistorie. Medarbejderne fremhæver, at der skabes tryghed for beboerne gennem en rolig tilgang, nærvær, kontinuitet og genkendelighed. I forhold til den praktiske hjælp beskriver medarbejderne, at de selv varetager oprydningsopgaver og andre praktiske opgaver for at sikre, at hjemmet er pænt og ryddeligt. Selve rengøringen varetages af rengøringsmedarbejdere. Medarbejderne redegør for anvendelse af værnemidler under plejen, for korrekt skift af handsker samt håndhygiejne mellem handskeskift. Medarbejderne beskriver, at der i hverdagen er et tæt samarbejde mellem de forskellige faggrupper, og at en social- og sundhedshjælper altid kontakter en social- og sundhedsassistent ved ændringer i beboernes tilstand. Hertil beskriver medarbejderne, hvordan der anvendes en akuttaske, og hvordan der måles værdier og sparres med enten sygeplejerske, læge eller akutteam. Medarbejderne kommer med forskellige eksempler på, hvordan der arbejdes med triagering, hvortil en beboer triageres rød ved indlæggelse og gul ved fx sår eller antibiotisk behandling. Viden om beboerne deles til de faste triageringsmøder gennem en tæt faglig sparring i hverdagen og gennem dokumentation og overlap mellem vagtlag.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at både hjælpemidler og boliger generelt fremstår tilstrækkeligt rengjorte. Beboerne giver udtryk for, at de modtager den hjælp til personlig pleje og praktisk støtte, som de har behov for, og at de er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Hertil vurderes det, at beboerne oplever medinddragelse og tryghed i den leverede hjælp, men at der er enkelte mangler i forhold til kontinuiteten, hvortil beboerne oplever, at medarbejderne ikke altid har tilstrækkeligt kendskab til deres behov for hjælp og støtte.

Det er samtidig tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med den personlige pleje og praktiske støtte, herunder hvordan der arbejdes med at sikre beboernes tryghed og for hygiejniske retningslinjer.

3.4 MAD OG MÅLTIDER

Data	**OBSERVATION** Tilsynet foretager kort observation af et frokostmåltid, hvor flere af afdelingens beboere er samlet om tre borde. En medarbejder spørger beboerne om ønsker til drikkevarer, og der serveres herefter det ønskede. En anden medarbejder ankommer med maden, som er appetitligt anrettet på fade. Tilsynet bemærker, at der er flere forskellige fade, hvortil maden er opdelt, så et fad fx indeholder sild, mens et andet fad indeholder fiskefilet. Medarbejderen indleder med at servere sild for beboerne. Medarbejderen går fra bord til bord, præsenterer maden for beboerne, og serverer sild til de beboere, som ønsker det. Herefter gives beboerne tid til at spise. Efter lidt tid spørger medarbejderen, om beboerne er klar til næste stykke. Beboerne svarer ja, og medarbejderen tager fadet med fiskefilet, som på samme måde som silden, præsenteres for beboerne og serveres for de beboere, som ønsker det. Under måltidet er der en rolig og hyggelig stemning. Der sidder medarbejdere med ved hvert bord, og det er tydeligt, at medarbejderne arbejder ud fra faste roller. De medarbejdere, som støtter beboere med at spise, varetager opgaven på en værdig og respektfuld måde. **BEBOERINTERVIEW** En beboer beskriver, at hun ikke var tilfreds med den varme mad, og at hun i stedet får smørrebrød. Dette er beboeren glad for. De to andre beboere italesætter den varme mad som ensformig, og en beboer siger samtidig, at maden ikke er anrettet på en appetitlig måde. Beboerne er lidt usikre på, om der er mulighed for indflydelse på maden. En beboer mener dog, at der er et mad-råd. Beboerne indtager måltidet i boligen eller i den fælles spisestue efter eget ønske. Til de fælles måltider beskrives stemningen som værende hyggelig. Til tilbagemeldingen beskriver lederen, at der er arbejdet meget med måltidet og madens kvalitet. Dette har ifølge lederen bevirket, at antallet af henvendelser og klager er reduceret. Tilsynet får fremvist en menu-seddel, hvortil menuen fremstår med et varieret udvalg. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver, at rollerne til måltidet fordeles, så serveringen varetages af en medarbejder, mens øvrige medarbejdere sidder med ved bordet. Under måltidet er der fokus på at skabe ro og en hyggelig stemning. Hertil beskrives det, at bordene er placeret forskelligt på afdelingerne med det formål at sikre en god akustik, idet der i køkkenområdet er åbent mellem de tre etager, hvilket kan skabe forstyrrelser. Medarbejderne italesætter også, hvordan de støtter beboerne under måltidet, og at de foretager faglige observationer af, om beboerne fejlsynker. Medarbejderne beskriver et godt samarbejde med køkkenet, hvor der fx gives besked ved behov for andre kostformer. Medarbejderne beskriver, at maden anrettes på fade, så beboerne gives mulighed for selv at vælge, hvad de ønsker. Der er forskellige former for mellemmåltider, og der arbejdes med morgenmads-café, hvor der også er fokus på at skabe socialt samvær mellem beboerne.

	Medarbejderne kommer med forskellige eksempler på, hvordan beboerne anvender deres ressourcer under måltidet, fx til morgenmads-caféen eller til frokost om fredagen, hvor beboerne selv smører maden.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er en hensigtsmæssig organisering af det observerede måltid, hvortil medarbejderne arbejder ud fra faste roller, og hvor beboerne sikres mulighed for selvbestemmelse og medindflydelse. Det er tilsynets vurdering, at to beboere italesætter maden som mindre varieret, og at en af beboerne samtidig beskriver, at maden anrettes på en mindre appetitlig måde.

Medarbejderne kan efter tilsynets vurdering redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre "Det gode måltid".

3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD

Data	**OBSERVATION** Overalt på plejehjemmet observeres der en imødekommende og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Det observeres f.eks., hvordan medarbejderne banker på beboernes dør, inden de træder ind i boligen, hvordan de henvender sig til beboerne med smil og i øjenhøjde, eller hvordan der anvendes fysisk berøring i kontakten med beboerne. **BEBOERINTERVIEW** Beboerne beskriver medarbejderne som værende søde og rare. Hertil beskrives det, at medarbejderne altid taler pænt, og at der er en god omgangstone på plejehjemmet. En beboer finder det dog vanskeligt, at flere af medarbejderne ikke taler godt dansk, og beboeren beskriver, at det kan føre til misforståelser mellem beboeren og medarbejderne. Beboeren fremhæver dog, at alle er søde og hjælpsomme. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver, hvordan de lægger vægt på, at de taler pænt og venligt til beboerne. Det beskrives, at der i dialogen tages udgangspunkt i beboernes livshistorie, og at beboerne tiltales på den måde, de ønsker. Hertil fremhæves, at det noteres tydeligt, hvis en beboer vil kaldes noget bestemt, så alle kan imødekomme beboerens ønske. Medarbejderne fortæller, at der altid anvendes en professionel tilgang, og at beboerne fx ikke tales som *"søde"* eller *"skat"*. I kommunikationen anvendes en individuel tilgang, særligt hos beboere med demens, hvortil medarbejderne fremhæver, at der også anvendes smil og et åbent kropssprog, øjenkontakt og en rolig tilgang samt musik. Hvis der observeres uhensigtsmæssig adfærd hos en kollega, beskriver medarbejderne, hvordan de vil følge op og tale med vedkommende.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for området i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der på plejehjemmet er en imødekommende og respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side, hvilket beboerne også fortæller, at de oplever. Det vurderes, at medarbejderne kan redegøre for faktorer, der medvirker til at skabe ligeværdig kommunikation.

3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING

Data	**OBSERVATION** Tilsynet fremvises en oversigt over ugens aktiviteter. Her ses flere daglige aktiviteter som f.eks. curling, cykeltur, bustur, spil, gymnastik og IT-café. På tilsynsdagen observeres der ingen af de planlagte aktiviteter. Der observeres derimod et aktivt hverdagsliv, hvor flere beboere benytter sig af fællesarealerne. Herunder møder tilsynet en beboer, som fortæller, at hun er på vej ned og cykle sin daglige tur på motionscyklen. En anden beboer fortæller tilsynet om afdelingens papegøje, som beboeren dagligt lukker ud af buret og hilser på. På en afdeling ses også, at tre medarbejdere nyder en kop formiddagskaffe sammen med en beboer, og på en anden afdeling ligger en beboer på en sofa og tager sig et hvil. **BEBOERINTERVIEW** En beboer fortæller tilsynet, at han helst vil være sig selv, og at han derfor opholder sig meget i boligen. Beboeren kender til de forskellige tilbud, men han ønsker ikke at benytte disse, hvilket medarbejderne respekterer. Beboeren fortæller, at han nogle gange går en tur på gangene med de pårørende. To andre beboere beskriver, hvordan de deltager i forskellige aktiviteter, som fx gymnastik, gåtur, musik, curling og cykeltur. Den ene beboer fortæller, at hun holder sig aktiv ved at gå små ture og ved at cykle, mens den anden beboer fortæller, at hun modtager træning ved en fysioterapeut. Beboeren efterspørger strikkekursus eller andre aktiviteter, som omhandler håndarbejde. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for aktiviteter og træning. Hertil beskrives det, at plejehjemmets fysioterapeut udarbejder en ugentlig oversigt over aktiviteterne, og at der tilbydes aktiviteter såsom gåtur, curling, gymnastik, mandegruppe, blomsterdekoration og fredagsbar. Ud over de planlagte aktiviteter beskriver medarbejderne en opmærksomhed på at tilbyde beboerne aktiviteter i afdelingerne, og at der samarbejdes med forskellige frivillige, herunder besøgsvenner. Medarbejderne italesætter gode muligheder for sparring med plejehjemmets fysioterapeut og dennes medhjælper. Den vedligeholdende træning sikres gennem den planlagte gymnastik og den rehabiliterende tilgang under plejen.
Tilsynets vurdering - 5	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt. Det vurderes, at der er et aktivt hverdagsliv på plejehjemmet, og at beboerne oplever, at de tilbydes meningsfulde aktiviteter og træning, som de kan deltage i efter ønske. Samtidig vurderes det, at medarbejderne på særdeles tilfredsstillende vis kan redegøre for området.	

3.7 MEDICINHÅNDTERING

Data	
	OBSERVATION Tilsynet foretager en medicingennemgang hos de tre udvalgte beboere. Der er en hensigtsmæssig indretning i medicinrummet på plejehjemmet, og beboernes medicin opbevares på en systematisk og ensartet måde. Her er hver beboers medicinbeholdning samlet i en kasse, som er påført beboerens navn og CPR-nummer. Der anvendes farvede poser som del af at sikre tydelig adskillelse mellem medicinen. I boligen opbevares den dispenserede medicin samt beboernes pn medicin og ikke-dispenserbare medicin. Alle æsker er påført beboernes navn og CPR-nummer, og beboerne har alle fået administreret medicin, svarende til tilsynstidspunktet. Tilsynet konstaterer fejl og mangler i alle tre stikprøver: • I en stikprøve er der ikke sammenhæng mellem antal tabletter i doseringsæsker og antal tabletter på medicinskemaet, idet der mangler én tablet i en doseringsæske. • I to stikprøver er der uoverensstemmelser ift. handelsnavnet. • I en stikprøve mangler der anbrudsdato på øjendråber og insulin. • I to stikprøver er et præparat ikke anført label med beboerens navn. • I en stikprøve opbevares flere af præparaterne ikke i den korrekte farvede pose. • I to stikprøver mangler der konsekvent signering for medicinadministrationen. **BEBOERINTERVIEW** Beboerne udtrykker tilfredshed og tryghed ved medarbejdernes håndtering af deres medicin. En beboer beskriver, at medarbejderne er meget omhyggelige med at overholde tidspunkterne for beboerens parkinsonmedicin. **MEDARBEJDERINTERVIEW** En medarbejder redegør korrekt for medicindispenseringen. Hertil beskriver medarbejderen, at dispenseringsmodulet i Nexus medvirker til at sikre, at opgaven løses ud fra en systematisk tilgang. Under opgaveløsningen er der fokus på at skabe ro og opdatering af handelsnavne. Der foretages eftertælling af medicinen som en del af egenkontrollen, og der dispenseres kun til fulde dage. En anden medarbejder redegør korrekt for kontrol ved medicinadministration. Medarbejderen italesætter kontrol af antal tabletter, og om der skal gives anden medicin. Medicinen ses indtaget, og der signeres for administrationen. Medarbejderne beskriver også, at der skal påføres anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed efter åbning, som fx øjendråber.
Tilsynets vurdering - 2	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne for medicinområdet er opfyldt i lav grad. Det er tilsynets vurdering, at der er fundet væsentlige fejl og mangler, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats at afhjælpe. Dette vedrører blandt andet mangler i forhold til opbevaring og dokumentation samt en fejl i dispenseringen hos en beboer. På trods af de konstaterede fejl og mangler vurderer tilsynet, at beboerne udtrykker tilfredshed med medarbejdernes håndtering af deres medicin, og at medarbejderne kan redegøre for dispensering og administration i overensstemmelse med gældende retningslinjer på området.	

3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN

Data	**OBSERVATION** For alle beboere observeres der ingen helbredsmæssige forhold, som ikke er håndteret. Dermed konstateres det, at der er sammenhæng mellem de beskrevne og de leverede sygeplejeopgaver hos de tre beboere. **BEBOERINTERVIEW** Beboerne har vanskeligt ved at redegøre for hjælpen til sygeplejeindsatserne, men de beskriver alle, at de generelt er tilfredse med den hjælp, som de får, og at medarbejderne er meget opmærksomme på deres helbredsmæssige tilstand. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver, at sygeplejeopgaverne planlægges på en køreliste, og at der i den daglige planlægning sikres, at opgaverne varetages af en medarbejder med de rette kompetencer. Medarbejderne beskriver, at de anvender handlingsanvisninger og VAR for at sikre, at opgaven løses ud fra en høj faglig standard. Ved faglig tvivl eller usikkerhed italesætter medarbejderne mulighed for sparring med sygeplejersken. Medarbejderne kommer med eksempler på, hvordan der kan arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang, fx i forbindelse med, at en beboer selv finder remedierne frem eller oplæres til at varetage dele af indsatsen selvstændigt. Ud over dokumentationen i handlingsanvisninger beskriver medarbejderne, at der foretages dokumentation af opfølgning på indsatsen i observationsnotater.
Tilsynets vurdering - 5	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt. Det er tilsynets vurdering, at der er sammenhæng mellem de visiterede og de leverede sygeplejeindsatser. Samtidig vurderes det, at beboerne italesætter generel tilfredshed med den hjælp, de modtager, hvortil de oplever, at medarbejderne er opmærksomme på deres helbredsmæssige tilstand. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for, hvorledes der arbejdes med at sikre, at de sygeplejefaglige indsatser leveres ud fra en høj faglig standard.	

3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Data	**LEDERINTERVIEW:** Som indledningsvist beskrevet italesætter lederen, at der er arbejdet målrettet med at sikre en stabil drift, siden hun tiltrådte pr. 1. november 2021. Hertil italesætter lederen, at der tidligere har været dårlig omtale af plejehjemmet og kun få fastansatte medarbejdere, men at dette ikke længere er aktuelt. Samtidig beskrives det, at plejehjemmet fortsat er i udvikling, og at der derfor er flere områder, hvor de endnu ikke er i mål. Lederen fortæller, at plejehjemmet består af tre afdelinger, og at der er ansat to sygeplejersker i dagvagt, hvoraf den ene starter den kommende måned. Herudover er der ansat to sygeplejersker i aftenvagt. Samtidig fortæller leder, at det er lykkedes at ansætte flere social- og sundhedsassistenter, så der nu er fem social- og assistenter i dagvagt og en social- og sundhedsassistent i aftenvagt. Hertil er der et ønske om at øge antallet af social- og sundhedsassistenter, så hver afdeling har to social- og sundhedsassistenter i dagvagt og én social- og sundhedsassistent i aftenvagt.

For at øge rekrutteringen er der forsøgt forskellige tiltag. Lederen beskriver fx, hvordan hun har holdt oplæg på et gymnasium, og at hun har indledt et samarbejde med Jobcentret. Begge dele har ført til henvendelser og samarbejde med flere ufaglærte medarbejdere, hvoraf flere af medarbejderne har potentiale til at påbegynde uddannelse inden for området.

Der er et fast introduktionsprogram, hvortil der arbejdes med at målrette introduktionen til de enkelte faggrupper. På tilsynstidspunktet er der ingen vakante stillinger. Sygefraværet er på 10,1%,, hvilket lederen beskriver primært skyldes langtidssyge, opsigelser og COVID-19. Korttidsfraværet er på under 1%.

På plejehjemmet er der en fast mødestruktur, hvortil der blandt andet afholdes stuegang to gange om ugen. Hertil beskriver leder, at der afholdes konference inden stuegang som en del af at styrke medarbejdernes kompetencer og for at sikre systematisk tilgang under stuegangen. Herudover samarbejdes med køkkenet, hvortil der afholdes møde en gang om måneden.

Plejehjemmets fysioterapeut varetager aktiviteter og har tæt samarbejde med forflytningsvejledere. Lederen beskriver, at der netop er udviklet et undervisningsprogram bestående af fire moduler, som forflytningsvejlederne skal undervise deres kollegaer i.

Af øvrige tiltag til at styrke medarbejdernes faglighed beskrives det, at der er indledt et toårigt projekt med FOA, hvor medarbejderne screenes i dansk og IT. Herefter tilbydes der ugentlig undervisning for de medarbejdere, som har behov. Lederen fortæller, at indsatsen skal medvirke til at styrke dokumentationen, og at der allerede ses en positiv effekt på medarbejdernes sprog.

I forhold til de utilsigtede hændelser beskrives det også, hvordan der er arbejdet målrettet med at sikre indrapporteringen, hvortil der arbejdes med samlerapportering på medicin og fald. Lederen beskriver, at der fremadrettet skal arbejdes med indrapporteringer på de øvrige områder og med, hvordan der skabes læring på baggrund af hændelserne.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne italesætter en oplevelse af, at der er sammenhæng mellem deres kompetencer og de opgaver, de stilles over for. Hertil beskrives det, at der er fokus på at højne særligt social- og sundhedshjælpernes kompetencer og på overdragelse af sygeplejeopgaver. Sygeplejersken er ansvarlig for delegering, hvortil der arbejdes med personlig opgaveoverdragelse ud fra kommunens kompetenceskemaer.

Medarbejderne beskriver også, hvordan de tilbydes undervisning og kurser i fx sårpleje, demens og forflytning.

Medarbejderne italesætter, at der er ansat mange nye medarbejdere inden for det sidste år, og der er et fast introduktionsprogram med fokus på praksisnær læring og sidemandsoplæring. Herudover arbejdes der målrettet med dokumentationen, og i hverdagen er der fokus på læring og samarbejde. Hertil beskrives det, at der er opstartet etagemøder, hvor der også er fokus på de ting, som lykkes.

Viden om beboerne deles til de fastsatte møder og gennem dokumentationen. Medarbejderne beskriver, hvordan de samarbejder med fysioterapeut, sygeplejerske, køkken og tandlæge. For beboere med demens samarbejdes der med kommunens demenskoordinator, som fx bistår med hjælp og sparring, hvis en beboer har en udadreagerende adfærd.

I forhold til de utilsigtede hændelser kan medarbejderne redegøre for, hvornår der foretages indrapportering af en hændelse. Samtidig beskriver medarbejderne, at der fremadrettet skal arbejdes systematisk med læring på baggrund af hændelserne.

Tilsynets vurdering - 3
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt. På baggrund af interview med ledelsen og medarbejderne vurderer tilsynet, at der er arbejdet målrettet med at skabe en stabil drift, med at sikre medarbejdernes faglige kompetencer og med at sikre indrapportering af utilsigtede hændelser inden for fald og medicin. Hertil vurderes det, at plejehjemmet fortsat er i proces på flere områder, og at der derfor er behov for at fastholde den målrettede indsats.

3.10 OBSERVATIONSSTUDIE

Data	Tilsynet foretager et observationsstudie af personlig pleje ved to medarbejdere. **KOMMUNIKATION** Medarbejderne banker på døren og henvender sig straks til beboeren. Medarbejderne tiltaler beboeren ved fornavn, og de benytter sig af fysisk berøring i kontakten. Beboeren reagerer med genkendelse og glæde ved synet af medarbejderne. Medarbejderne tilpasser deres kommunikation til beboerens behov. Herunder anvendes et åbent og roligt kropssprog, smil samt en let og glad tone, hvilket beboeren reagerer positivt på og gengælder. Under plejen er der en god dialog mellem medarbejderne og beboeren, hvortil medarbejderne fortæller beboeren om gårsdagens bad og dagens besøg. **SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE** Beboeren gives kun få valg, hvilket vurderes fagligt relevant. Medarbejderne udviser i stedet opmærksomhed på at sikre beboerens selvbestemmelse og medindflydelse ved at italesætte deres handlinger og udvise opmærksomhed på beboerens reaktioner og kropssprog. Hertil udviser medarbejderne opmærksomhed på at sikre beboerens tryghed, fx ved at beskrive over for beboeren, at plejen udføres som normalt, og at medarbejderne har styr på det. **REHABILITERING** Medarbejderne inddrager løbende beboerens ressourcer under plejen. Fx vejledes beboeren i at løfte sine ben under påklædningen. Under plejen motiverer medarbejderen beboeren til at vaske sine hænder og til at varetage dele af tandbørstningen. **ORGANISERING AF ARBEJDET** Den ene medarbejder lægger sin telefon på kontoret, så den ikke forstyrrer under plejen. Herefter findes alle remedier frem, inden plejen påbegyndes. Plejen udføres på rutineret vis og på en måde, som beboeren er vant til. Medarbejderne benytter en hensigtsmæssig rækkefølge af plejen, og de anvender sengens funktioner og vendlet lagen på en hensigtsmæssig måde. Tilsynet bemærker, at den øvre pleje indledningsvist varetages, mens beboeren sidder i stuen. Herefter køres beboeren på badeværelset, hvor tandbørstningen varetages. Tilsynet drøfter med medarbejderne, om hele den øvre pleje med fordel kan varetages på badeværelset som led i at sikre en naturlig, genkendelig og værdig pleje for beboeren. **DEN FAGLIGE UDFØRELSE AF ARBEJDET** Medarbejderne ifører sig korrekte værnemidler, engangsforklæde og handsker.

	Den nedre pleje udføres korrekt i sengen, hvorefter beboeren får strømper og benklæder på. Beboeren forflyttes med loftlift til kørestolen. Forflytningen varetages på en hensigtsmæssig måde og med fokus på at sikre beboerens tryghed. Den øvre personlige pleje udføres i samarbejde mellem den ene medarbejder og beboeren. Den anden medarbejder anvender tiden til at foretage praktiske opgaver og kontrol af beboerens medicin. Herefter køres beboeren ud i spisestuen, hvor en medarbejder på en værdig måde støtter beboeren med morgenmaden og medicinen. Tilsynet bemærker, at medarbejderne under plejen foretager korrekt skift af handsker, men at der ikke udføres den nødvendige håndhygiejne mellem handskeskift.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for plejeobservationsstudiet i middel grad er opfyldt.

Det vurderes, at medarbejderne benytter en målrettet og individuel tilgang til beboeren, hvortil både kommunikationen og indsatsen er tilpasset beboerens behov. Der arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang med fokus på at sikre beboerens autonomi. Det er dog tilsynets vurdering, at der arbejdes ud fra en mindre hensigtsmæssig organisering af den øvre personlige pleje, idet denne udføres i stuen og ikke på badeværelset. Samtidig vurderes det, at medarbejderne anvender korrekte værnemidler under plejen, men at medarbejderne ikke foretager korrekt håndhygiejne mellem handskeskift.

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

4.1 FORMÅL

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for beboere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem beboernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som beboerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 VURDERINGSSKALA

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau.:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle beboere 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	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af beboerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af beboerne • En del af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen, med betydning for beboernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af beboerne • Få af elementerne i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
SCORE: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af beboerne • Der er fare for beboernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

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 plejecentre, 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.

Relateret document 18/21

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Holmegårdsparken 2022.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Holmegårdsparken 2022**
Dokument ID:	**4960941**

Tilsynsrapport
Gentofte Kommune

Plejecenter Holmegårdsparken

Uanmeldt tilsyn 2022

INDHOLD

1. OPLYSNINGER OM PLEJECENTRET 4

2. VURDERING 5
2.1 TILSYNETS VURDERINGER 5
2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER 7

3. DATAGRUNDLAG 9
3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER 9
3.2 DOKUMENTATION 9
3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP 11
3.4 MAD OG MÅLTIDER 12
3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD 14
3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING 14
3.7 MEDICINHÅNDTERING 16
3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN 17
3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE 18
3.10 OBSERVATIONSSTUDIE 19

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE 22
4.1 FORMÅL 22
4.2 METODE 22
4.3 VURDERINGSSKALA 23
4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE 24

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete plejecenter.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer, observationsstudier og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

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

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Gitte Ammundsen
Senior Manager
Mobil: 4189 0406
Mail: gia@bdo.dk
Projektansvarlig

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

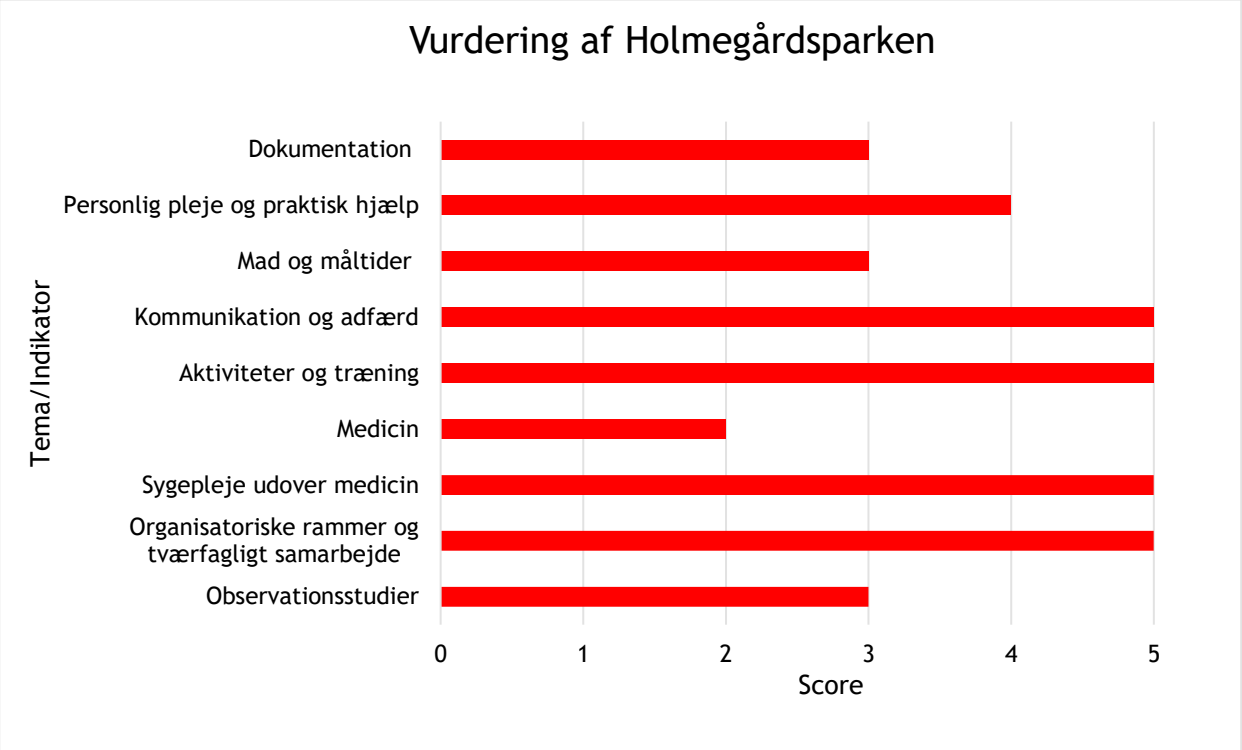
1. OPLYSNINGER OM PLEJECENTRET

Oplysninger om plejecentret og tilsynet
Navn og Adresse: Plejecentret Holmegårdsparken, Ordrupvej 32, 2920 Charlottenlund
Leder: Linn Hovind
Antal boliger: 120 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 13. oktober 2022
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejecentrets ledelse • Interview af syv beboere • Gennemgang af dokumentation • Kontrol af medicin • Observationsstudier • Gruppeinterview med fire medarbejdere (tre social- og sundhedshjælpere og en social- og sundhedsassistent) Beboere, som indgår i individuelle interviews, har givet deres accept til at indgå i tilsynet. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Gitte Ammundsen, Senior manager og sygeplejerske Andreas Bertelsen, Manager og sygeplejerske Pernille Breck Johansson, Manager og sygeplejerske

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS VURDERINGER

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Ovenstående vurdering gives på baggrund af observerede mangler i den pleje- og sundhedsfaglige dokumentation.

Det er tilsynets vurdering, at plejecentret har en særlig udfordring i forhold til at sikre den nødvendige kvalitet i den sundhedsfaglige dokumentation, herunder at sikre udarbejdelse af handlingsanvisninger og ajourførte helbredstilstande.

Det er dog tilsynets vurdering, at medarbejderne på en faglig reflekteret måde kan redegøre for arbejdet med dokumentationen i praksis. Medarbejderne føler sig fortrolige med dokumentationspraksis, og de oplever gode muligheder for faglig sparring.

Personlig pleje og praktisk støtte:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Beboernes hjælpemidler fremstår tilstrækkeligt rengjorte, hvilket også er tilfældet for beboernes boliger.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne er tilfredse med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje, og at der opleves en rimelig tilfredsstillende kontinuitet i plejen. Tilsynet vurderer dog, at fire beboere har oplevelsen af, at der kan være ventetid på besvarelse af nødkald.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på en særdeles faglig reflekteret måde kan redegøre for hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte, og at medarbejderne i høj grad udviser en faglig forståelse for arbejdet med principperne bag Tom Kitwoods blomstringsteori og den rehabiliterende tilgang.

Mad og måltider:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er en hyggelig stemning omkring måltiderne, hvor beboerne nyder det sociale samvær med hinanden og medarbejderne.

Tilsynet vurderer, at frokostmåltiderne i mindre grad anrettes og serveres ud fra en rehabiliterende tilgang, idet maden udelukkende anrettes på et rullebord, hvorfra medarbejderne portionsanretter maden til alle beboerne. Brugen af rulleborde skaber et mindre hjemligt udtryk. Det er tilsynets vurdering, at der under begge måltider er mindre fokus på at skabe ro omkring måltidet, idet tilsynet konstaterer, at et TV er tændt under måltidet, og at en medarbejder udfører praktiske opgaver, mens beboerne stadig spiser.

Det er tilsynets vurdering, at en medarbejder ikke følger de gældende retningslinjer i forhold til korrekt anvendelse af handsker, og at medarbejderen ikke anvender serveringsbestik.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne er tilfredse med rammerne og kvaliteten af maden.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på en faglig reflekteret måde kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre "Det gode måltid".

Kommunikation og adfærd:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever respektfuld og anerkendende kommunikation fra medarbejdernes side. Beboerne italesætter oplevelsen af, at der er en meget venlig og imødekommende omgangstone på plejecentret.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på en faglig reflekteret måde kan redegøre for faktorer, der medvirker til at skabe respektfuld kommunikation og adfærd. Medarbejderne udviser faglig forståelse for arbejdet med low arousal.

Aktiviteter og træning:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at plejecentret har et varieret tilbud om aktiviteter og træning, hvilket beboerne også beskriver at opleve.

Medarbejderne kan redegøre for tilbud om aktiviteter og træning.

Medicin:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Ovenstående vurdering gives på baggrund af den observerede dispenseringsfejl hos en beboer og på baggrund af de observerede mangler i opbevaringen og håndteringen af medicinen.

Det er tilsynets vurdering, at der ikke sker tidstro kvittering af administreret medicin.

På baggrund af tilsynets fund, og tilsynets dialog med den medicinansvarlige medarbejder, er det vurderingen, at gældende retningslinjer for administration og udlevering af medicin ikke konsekvent følges.

På trods af de konstaterede fejl og mangler vurderer tilsynet, at beboerne udtrykker tilfredshed med medarbejdernes håndtering af deres medicin.

Det er tilsynets vurdering, at den medicinansvarlige medarbejder og medarbejderen, der har med udlevering og administration af medicin at gøre, kan redegøre korrekt for arbejdsgange i forbindelse med udførelse af medicinopgaver.

Sygeplejeindsatser ud over medicin:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er sammenhæng mellem de visiterede og leverede sygeplejeindsatser.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for udførelsen af sygeplejeindsatser, herunder deres eget kompetence- og ansvarsområde.

Organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt arbejdes målrettet og systematisk med at skabe en struktur og organisering, som bidrager til en høj kvalitet i opgaveløsningen. Hertil vurderes, at der er fokus på at sikre grundig introduktion af både faglærte og ufaglærte medarbejdere.

Det er tilsynets vurdering, at der ledelsesmæssigt er meget tilfredsstillende fokus på at skabe gode rammer for det tværfaglige samarbejde.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne oplever gode kompetenceudviklingsmuligheder, og at deres kompetencer matcher de opgaver, de stilles over for. Medarbejderne oplever det tværfaglige samarbejde som værende velfungerende, hvor de føler sig trygge ved at efterspørge sparring og supervision.

Observationsstudier:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der under begge observationsstudier foregår en særdeles respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Hjælpen udføres med udgangspunkt i beboernes selvbestemmelsesret og med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang. Organiseringen af plejen er særdeles tilfredsstillende.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderen under det ene observationsstudie har fokus på at sikre korrekt håndhygiejne, hvorimod det bemærkes under det andet observationsstudie, at medarbejderen ikke anvender forklæde og ikke foretager håndhygiejne mellem handskeskift.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation, observationer og observationsstudier. Derudover foretages kontrol af medicinen. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger
1. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt igangsættes et målrettet arbejde med at sikre, at den pleje- og sundhedsfaglige dokumentation til enhver tid lever op til gældende retningslinjer på området. Herunder anbefaler tilsynet, at der rettes et særligt fokus på arbejdet med handlingsanvisninger og helbredstilstande. 2. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt tages hånd om beboernes oplevelser af, at der kan være lang ventetid på besvarelse af nødkald, herunder evt. at gennemgå statistikker/data for besvarelse af nødkald. 3. Tilsynet anbefaler, at der i kvalitetsarbejdet, relateret til måltiderne, rettes et ledelsesmæssigt og fagligt fokus på organiseringen af måltiderne og medarbejdernes værtsrolle, så der sikres en rehabiliterende tilgang i serveringen af måltiderne. I kvalitetsarbejdet anbefales det, at der rettes et fagligt fokus på at sikre, at måltiderne afholdes i rolige omgivelser, hvor medarbejderne prioriterer det sociale samvær frem for udførelsen af praktiske opgaver. 4. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssigt sikres, at alle medarbejdere har viden om gældende retningslinjer i forhold til, hvordan der sikres god hygiejne i forbindelse med servering og anretning af maden.

5. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt igangsættes målrettede tiltag for at sikre overholdelse af gældende retningslinjer i forbindelse med dispensering, opbevaring og håndtering af medicin. Tilsynet anbefaler, at der med udgangspunkt i gældende instrukser på området igangsættes en faglig drøftelse med medarbejderne om ovenstående emner. I kvalitetsarbejdet anbefaler tilsynet, at der også rettes et fagligt fokus på at efterleve Sundhedsstyrelsens retningslinjer i forhold til efterdispensering.

6. Tilsynet anbefaler, at det ledelsesmæssigt sikres, at alle medarbejdere følger gældende retningslinjer i forhold til håndhygiejne og brug af værnemidler.

3. DATAGRUNDLAG

3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER

Data	**LEDERINTERVIEW** Sidste tilsyn fandt sted september 2021, og tilbagemeldingerne var overvejende af positiv karakter. Ved tilsynet i 2021 blev der givet en anbefaling på forbedringer ift. dokumentationsområdet. Ledelsen fortæller, at de overordnet er optaget af kvalitetsudvikling og kompetenceudvikling, samt at de har fokus på brugertilfredshedsundersøgelser. I år er de blandt andet optaget af at arbejde med udarbejdelsen af årshjulet, som indeholder en struktur for undervisning i de 12 sygeplejeområder. I den forbindelse er der etableret samarbejde med et eksternt firma, som skal undervise personalet i generel sårpleje. Derudover har Sundhedsstyrelsen og Holmegårdsparken etableret et samarbejde med fokus på terminal pleje og værdighed. Sundhedsstyrelsen har haft interview med medarbejdere og pårørende samt kigget ind i enhedens egne standarder for terminal pleje. Efterfølgende har den lokale præst afholdt undervisning, som har vist et behov for, at dialogen allerede berøres ved indflytningssamtale. Ledelsen fortæller, at de målrettet arbejder ud fra Gentofte Kommunes egne kvalitetsstandarder. Med udgangspunkt i Holmegårdsparkens egne brugerundersøgelser fra i år har data været benyttet som styringsredskab med tanken om at forbedre livskvaliteten og ældrelivet for beboerne. Ledelsen fortæller, at det er vigtigt for dem, at beboerne oplever medbestemmelse i deres hverdag samt føler glæde ved "at have noget at stå op til". I kvalitetsarbejdet er der også rettet fokus på måltidet. Der er kigget ind i, hvad beboerne ønsker af ændringer og andre tiltag, som kan være medvirkende til at skabe en hyggelig atmosfære og hjemlig stemning omkring måltidet.

3.2 DOKUMENTATION

Data	**OBSERVATION** Der foretages observation i beboernes omsorgsjournal **<u>Funktionsevnetilstande</u>** Der foreligger ajourførte funktionsevnetilstande for alle beboere. **<u>Døgnrytmeplanen</u>** Døgnrytmeplanerne er generelt udarbejdet på en systematisk måde, og skabelonens felter anvendes korrekt. Døgnrytmeplanerne indeholder generelt beskrivelser af, hvorledes beboernes ressourcer inddrages i plejen, og der ses beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. I forhold til fire beboere ses handlevejledende beskrivelser af hjælpen gennem hele døgnet. I beskrivelserne indgår informationer om beboernes ønsker og vaner, fx i forhold til, hvornår beboerne ønsker at få hjælpen om morgenen og om aftenen, samt hvilke aktiviteter beboerne nyder glæde ved at deltage i.

Under feltet "Særlig opmærksomhed" fremgår der relevante informationer om, hvor medarbejderne skal rette et særligt fokus. Der ses beskrivelser af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i forhold til hudpleje, væskeindtagelse og mobilisering.

I forhold til tre beboere har døgnrytmeplanerne delvise mangler. For en beboer mangler døgnrytmeplanen for aften ajourføring, idet der fremgår beskrivelser af både komprilanbind og støttestrømper. Beboeren anvender kun støttestrømper. For to beboere mangler der udarbejdelse af døgnrytmeplaner for henholdsvis dag og aften.

Generelle oplysninger

For fem beboere foreligger der ajourførte og detaljerede beskrivelser under de generelle oplysninger.

For en beboer mangler der ajourføring af helbredsoplysningerne, idet det beskrives, at beboeren ikke er i behandling for forhøjet blodtryk, hvilket ikke er korrekt. For en anden beboer mangler der udfyldelse af flere felter, og helbredsoplysningerne mangler ajourføring.

Handlingsanvisninger

Tilsynet konstaterer, at der i forhold til seks ud af syv beboere mangler udarbejdelse af handlingsanvisninger for sundhedslovsindsatser. Dette gør sig gældende i forhold til fx medicindispensering, medicinadministration, smerteplaster og øjendrypning.

Helbredstilstande:

I forhold til fire beboere er helbredstilstande ajourførte, og der ses overensstemmelse mellem beskrivelserne og beboernes medicinske behandling. For tre beboere mangler helbredstilstande ajourføring, idet der fx ikke ses overensstemmelse mellem beskrivelserne og den medicinske behandling. I to tilfælde mangler der ajourføring, da der foreligger beskrivelser af ældre dato, fx beskrives udfordringer i forhold til en beboers lungebetændelse i april.

Observationsnotater:

Ved gennemlæsning af flere observationsnotater konstaterer tilsynet, at der sikres dokumentation som led i opfølgning på observationer og handlinger. Tilsynet bemærker dog, at beskrivelserne i et notat viser, at der sker efterdispensering af medicin, hvilket ikke er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne kan redegøre for en velorganiseret og struktureret dokumentationspraksis.

Medarbejderne redegør for, at beboernes dokumentation er fordelt ud på faste medarbejdere, som er tilknyttet som kontaktperson til den enkelte beboer. Kontaktpersonen er ansvarlig for at ajourføre døgnrytmeplaner og udarbejde nye døgnrytmeplaner ved indflytning. Alle døgnrytmeplaner bliver revurderet og gennemgået af medarbejderne hver 3. måned.

Medarbejderne oplyser, at det er individuelt, hvordan de varetager deres daglige dokumentationsopgaver. Medarbejderne redegør for den enkelte faggruppes særlige dokumentationsansvar. Fx fortæller social- og sundhedshjælperne, at det er social- og sundhedsassistenten eller sygeplejersken, der udfører faldregistreringen ved en beboers utilsigtede fald.

	Medarbejderne oplever, at der er en tilfredsstillende kultur for at søge faglig sparring, samt at flere af medarbejderne er tildelt særlige ansvarsområder, fx superbrugerfunktion, sårspecialist, demensrådgiver mm.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Ovenstående vurdering gives på baggrund af de observerede mangler i den pleje- og sundhedsfaglige dokumentation.

Det er tilsynets vurdering, at plejecentret har en særlig udfordring i forhold til at sikre den nødvendige kvalitet i den sundhedsfaglige dokumentation, herunder at sikre udarbejdelse af handlingsanvisninger og ajourførte helbredstilstande.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på en fagligt reflekteret måde kan redegøre for arbejdet med dokumentationen i praksis. Medarbejderne føler sig fortrolige med dokumentationspraksis, og de oplever gode muligheder for faglig sparring ved tvivlsspørgsmål.

3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP

Data	**OBSERVATION** Beboerne fremstår soignerede og veltilpasse. Deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Beboernes hjælpemidler fremstår tilstrækkeligt rengjorte, hvilket også er tilfældet for beboernes boliger. **BEBOERINTERVIEW** Beboerne oplever, at hjælpen til pleje og omsorg passer til deres behov. Enkelte beboere kan berette om, at de på eget initiativ selv varetager deres personlige pleje, mens andre beboere modtager hjælp fra personalet. Beboerne oplever, at medarbejderne arbejder ud fra den rehabiliterende tilgang, og at der i plejesituationer samarbejdes om konkrete opgaver og gøremål. Beboerne oplever, at medarbejderne imødekommer beboernes ønsker og vaner, og at medarbejderne har et tilfredsstillende fagligt niveau. Fire ud af syv beboere oplever, at der til tider kan være længere svartider på besvarelse af deres nødkald, når disse benyttes. Beboerne føler sig trygge, da medarbejderne har viden om, hvilken hjælp og støtte hver enkelt beboer skal tilbydes. Beboerne udtrykker, at de som oftest møder fast personale og i mindre omfang vikarer eller afløsere. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne kan redegøre for, hvordan de sikrer sig, at beboerne modtager den pleje og støtte, de har behov for. Døgnrytmeplanen læses inden besøg hos beboeren. Hvis beboeren får besøg af en vikar eller afløser, så sikrer de faste medarbejdere, at døgnrytmeplanen printes og udleveres til vedkommende inden besøget. Medarbejderne giver udtryk for, at der i dagligdagen tages hensyn til beboernes ønsker og vaner igennem en kontinuerlig dialog. Medarbejderne fortæller, at der anvendes Tom Kitwoods blomstringsmodel som teori, samt at der er fokus på den rehabiliterende tilgang. Beboerne er tilknyttede en fast kontaktperson, hvor det tilstræbes, at kontaktpersonen varetager den primære omsorgsrolle hos beboeren.

	Medarbejderne redegør for, at ordningen genererer en gensidig relation og tryghed mellem medarbejder og beboer. Kontaktpersonen varetager ydermere koordinering af beboerens praktiske opgaver, såsom frisør og tandlægebesøg. Plejen tilrettelægges ved, at der triageres og planlægges hver morgen. Samtidig afholdes der triageringsmøder to gange ugentligt, hvor social- og sundhedsassistenterne faciliterer møderne. Møderne tager udgangspunkt i beboernes egne ressourcer og behov samt overvejelser omkring beboernes aktuelle sundhed. Social- og sundhedsassistenten forklarer, at der ifm. triagering er fagligt fokus på tidlig opsporing.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Beboernes hjælpemidler fremstår tilstrækkeligt rengjorte, hvilket også er tilfældet for beboernes boliger.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne er tilfredse med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje, og at der opleves en rimelig tilfredsstillende kontinuitet i plejen. Tilsynet vurderer dog, at fire beboere har oplevelsen af, at der kan være ventetid på besvarelse af nødkald.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på en særdeles faglig reflekteret måde kan redegøre for hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte, og at medarbejderne i høj grad udviser en faglig forståelse for arbejdet med principperne bag Tom Kitwoods blomstringsteori og den rehabiliterende tilgang.

3.4 MAD OG MÅLTIDER

Data	**OBSERVATION** I morgentimerne er flere beboere samlet i afdelingernes fællesstue, hvor de indtager deres morgenmad i mindre grupper. Bordene ses pænt dækkede med bordløbere, friske blomster, service, og diverse drikkevarer. I den ene ende af fællesstuen er en køkken-ø, hvor der ses et meget varieret morgenmadsudvalg, som fx havregrød, blødkogte æg, tebirkes, brød, ost og marmelade. På en køleplade står der forskellige mejeriprodukter. I baggrunden spilles afdæmpet musik, og i TV-stuen i den modsatte ende vises nyheder. Der er en hjemlig og hyggelig stemning, og flere beboere er i dialog med hinanden. Tilsynet observerer, at flere beboere også har fået serveret små stykker frisk frugt. Tilsynet observerer frokostmåltidet på to afdelinger. På en afdeling er beboerne fordelt ved små firemandsborde, og der sidder en medarbejder med ved hvert bord. Medarbejderne er opmærksomme på at være i dialog med beboerne. Maden er anrettet på et rullebord, som en medarbejder kører rundt mellem bordene. Beboerne kan se maden, og der spørges ind til deres ønsker inden servering. I baggrunden er et TV tændt på høj lydstyrke, hvilket skaber unødig uro. På en anden afdeling er beboerne også fordelt ved mindre borde, og der observeres en hyggelig stemning omkring måltidet, hvor beboerne synes at nyde dialogen med hinanden. Ved et af bordene støttes en beboer med indtagelse af måltidet. Medarbejderen udfører hjælpen på en faglig korrekt måde, hvor det blandt andet observeres, at medarbejderen er meget opmærksom på at inddrage beboeren i måltidet. Medarbejderen spørger flere gange beboeren om, hvad han kunne tænke sig at få på gaflen ved næste bid. Beboeren får et par gange et hosteanfald, og i situationen forholder medarbejderen sig støttende og afventende.

Tilsynet bemærker, at maden er placeret på et rullebord og portionsanrettes for beboerne. En medarbejder går rundt med rullebordet og spørger beboerne, om de ønsker mere at spise. Beboerne kan ikke umiddelbart se maden på rullebordet. Tilsynet bemærker, at medarbejderen anvender handsker, mens hun går rundt med rullebordet, og at hun rører ved maden med handsker på, hvilket ikke er hygiejnisk korrekt. Samme medarbejder udfører praktiske opgaver, fx indsamles brugt service, mens nogle af beboerne stadig sidder og spiser.

Det er tilsynets opfattelse, at beboerne sidder sammen i hyggelige samtalegrupper, da flere af beboerne kan berette om "madklub" og "dameklub", hvor der tales om hverdagstemaer.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne beskriver madens kvalitet som værende god, varieret og indbydende. En beboer hæfter sig ved, at der altid fremvises et menukort med mange gastronomiske fagudtryk, som han ikke altid kan forstå. Medarbejderne er her behjælpelige med at oversætte. Derudover beskriver en beboer, at der altid er mulighed for god og kærlig hjælp, hvis det ønskes.

Kosten beskrives som portionsanrettet og indbydende. Enkelte beboere mener, at de godt selv vil kunne tage fra en fælles anretning, men at dette ikke er et tilbud. Samtlige beboere er bekendt med muligheden for mellemmåltider af forskellig karakter. Beboerne oplever, at der er en god stemning omkring måltidet.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne oplyser, at der arbejdes fokuseret med flere indsatser ifm. måltidet, fx er der fokus på at sikre pæn borddækning med servietter, duge og belysning. Beboerne opfordres til at medvirke til selve borddækningen.

Den samlede måltidsindsats har skabt fokus på vigtigheden af, at måltidet skal se indbydende ud. Maden tilberedes, portionsanrettes og pyntes af personalet.

Medarbejderne beskriver, at beboerne opnår medindflydelse ved deltagelse i beboermøder, hvor kostsammensætning og menuplaner bliver drøftet. Ydermere modtager køkkenet tilbagemeldinger fra beboerne omkring ris og ros. Medarbejderne redegør til slut for, at beboerne dagligt tilbydes en bred sammensætning af mellemmåltider.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er en hyggelig stemning omkring måltiderne, hvor beboerne nyder det sociale samvær med hinanden og medarbejderne.

Tilsynet vurderer, at frokostmåltiderne i mindre grad anrettes og serveres ud fra en rehabiliterende tilgang, idet maden udelukkende anrettes på et rullebord, hvorfra medarbejderne portionsanretter maden til alle beboerne. Brugen af rulleborde skaber et mindre hjemligt udtryk. Det er tilsynets vurdering, at der under begge måltider er mindre fokus på at skabe ro omkring måltidet, idet tilsynet konstaterer, at et TV er tændt under måltidet, og at en medarbejder udfører praktiske opgaver, mens beboerne stadig spiser.

Det er tilsynets vurdering, at en medarbejder ikke følger de gældende retningslinjer i forhold til korrekt anvendelse af handsker, og at medarbejderen ikke anvender serveringsbestik.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne er tilfredse med rammerne og kvaliteten af maden.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på en fagligt reflekteret måde kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre "Det gode måltid".

3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD

Data	**OBSERVATION** Medarbejderne har en venlig og imødekommende tilgang til de beboere, de møder på fællesarealerne. Tilsynet bemærker, at en beboer, der er præget af demenssygdom, går lidt fortvivlet rundt og efterspørger en pårørende. En medarbejder tager armen om beboeren og beroliger beboeren på en omsorgsfuld og respektfuld måde. Beboeren virker efterfølgende mere rolig og veltilpas. **BEBOERINTERVIEW** Alle beboerne oplever, at de har en god dialog og kontakt med medarbejderne. Beboerne beretter om daglige stunder med grin og latter og en hjemlig jargon. En beboer beskriver medarbejderne som venlige og samvittighedsfulde. En anden beboer fortæller, at der er en tone af venlighed og hjælpsomhed overalt på plejecentret, og at det glæder hende at kunne sige dette. To af beboerne fortæller, at medbeboernes adfærd kan være utrygskabende, men at personalet er bekendt med udfordringen og forsøger at håndtere det på bedste vis. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver fokus på at være nærværende og rolige i kontakten med beboerne. Medarbejderne har fokus på at kommunikere i øjenhøjde med beboerne, idet de benytter guidning og nonverbal invitation til fx de demente beboere. Medarbejderne oplyser, at de for nyligt har været på kursus, hvor temaet omhandlede forråelse og egen ageren. Medarbejderne beskriver tryghed ved at rette henvendelse til en kollega, hvis der observeres mindre hensigtsmæssig kommunikation eller adfærd.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever respektfuld og anerkendende kommunikation fra medarbejdernes side. Beboerne italesætter oplevelsen af, at der er en meget venlig og imødekommende omgangstone på plejecentret.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på en fagligt reflekteret måde kan redegøre for faktorer, der medvirker til at skabe respektfuld kommunikation og adfærd. Medarbejderne udviser faglig forståelse for arbejdet med low arousal.

3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING

Data	**OBSERVATION** I husavisen fremgår en månedlig aktivitetsplan med oversigt over de aktiviteter, der tilbydes i plejecentrets "Mad og Kulturhus". Her fremgår det, at månedens tema er "Livserindringer". Der ses beskrivelser af aktiviteter som fx gymnastik, yoga/afspænding, male-gruppe, stille musik og bevægelse, fortællinger over bordet og ture ud af huset. En medarbejder fortæller, at de italesætter dagens aktivitetsplan ved morgenbordet, så beboerne er informerede herom og understøttes i at deltage i de aktiviteter, de finder interessante.

	Ved indgangen til alle afdelingerne er der opsat en IBG-skærm med oplysninger og billeder af hverdagslivet på plejecentret. Tilsynet observerer stolegymnastik i en afdeling. Flere beboere deltager heri, og beboerne sidder i en rundkreds, hvor de modtager instruktioner fra en medarbejder. Der afspilles musik tilpasset aktiviteten, og der er en god stemning. På tilsynsdagen er der arrangeret galleriudstilling i "Kulturhuset". De tilsynsførende går efterfølgende ned og overværer galleriudstillingen, hvor der observeres en livlig og hyggelig stemning. **BEBOERINTERVIEW** Beboerne fortæller samstemmigt, at der er fastansatte fysioterapeuter, som dagligt er til stede ude i afdelingerne og som også tilbyder individuelle træningsforløb. Enkelte beboere oplyser, at de flere gange er blevet motiverede og opfordret til at tage imod træningstilbuddene, men at de, grundet sygdom og træthed, ikke er påbegyndt endnu. Samtlige beboere fortæller, at der er rig mulighed for at deltage i aktiviteter og socialt samvær lokalt og på tværs af afdelingerne. Beboerne beskriver blandt andet tilbud om gymnastik, sang og kreative aktiviteter. Flertallet af beboerne fortæller, at de næsten dagligt benytter "Kulturhuset", som er Holmegårdsparkens fælles aktivitetscenter. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejdere beskriver, at der dagligt tilbydes træning ved fysioterapeuter og ergoterapeuter. Terapeuterne deltager på faglige møder, hvor der sker gennemgang af beboerne. Medarbejderne beskriver løbende fokus på den hverdagsrehabiliterende tilgang, hvor der tages udgangspunkt i beboernes egne ressourcer og potentiale. Der udføres vedligeholdende træning sammen med beboerne dagligt. Medarbejderne oplyser, at der forefindes et bredt aktivitetsudbud, både lokalt i afdelingerne, men også i kulturhuset. Kulturhuset har fastansatte aktivitetsansvarlige medarbejdere, som faciliteter aktiviteterne. Medarbejderne beskriver faglige overvejelser i forhold til at tilpasse de lokale aktiviteter til den enkelte beboers egne behov og ressourcer. Beboerne inddrages i planlægningsdelen og sikres medindflydelse. Medarbejderne sikrer sig, at beboerne orienteres om aktuelle aktivitetstilbud af deres respektive kontaktperson.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at plejecentret har et varieret tilbud om aktiviteter og træning, hvilket beboerne også beskriver at opleve.

Medarbejderne kan redegøre for tilbud om aktiviteter og træning.

3.7 MEDICINHÅNDTERING

Data	**OBSERVATION** Tilsynet gennemgår medicinbeholdningen for syv beboere. I alle seks afdelinger ses medicinen opbevaret på en ensartet og systematisk måde. I det aflåste medicinrum opbevares medicinen i plastkasser med navn, CPR-nummer og bolig-nummer. Der anvendes farvede poser til tydelig adskillelse mellem aktuel-, pn-, og ikke-aktuel medicin. Dagens medicin opbevares i aflåst medicinvogn, som ligeledes er systematisk indrettet. Der dispenseres til to uger ad gangen, og alle doseringsæsker er mærket korrekt. Den dispenserede medicin opbevares på en systematisk måde, og de to ugedoseringer er tydeligt adskilt, hvilket mindsker risikoen for utilsigtede hændelser. Der er påsat labels på ikke dispensérbar medicin. I alle medicinrum er der køleskabe, hvori der forefindes adrenalin i en lille plastkasse med tilhæftet instruks for anvendelsen. Hos alle beboere ses stillingtagen til Cave og nylig ajourføring af medicinskema. Tilsynet har følgende bemærkninger: • I et tilfælde konstateres der dispenseringsfejl, som skyldes, at et præparat er angivet til at være "dosisdispenseret" på medicinskemaet, hvilket ikke er korrekt. Beboeren har derfor ikke fået præparatet. • I et tilfælde er der ikke ændret i slutdatoen for en beboers udskudte behandling med penicillin, hvilket medfører uoverensstemmelse mellem dispenseret medicin og medicinskema. • I et tilfælde mangler der to præparater i en beboers pn-medicinbeholdning. • I et tilfælde fremgår seponeret medicin i beboerens pn-beholdning. • I to tilfælde fremgår øjendråber (medicin med begrænset holdbarhed) uden anbrudsdato. • I et tilfælde er holdbarhedsdatoen overskredet, jf. anbrudsdatoen. • Hos seks beboere mangler der ajourføring af handelsnavne. • I poser med seponeret medicin ses der i to tilfælde præparater med overskredet holdbarhedsdato. • Hos alle beboerne ses, at der ikke kvitteres konsekvent og tidstro for medicingivning. **BEBOERINTERVIEW** Alle beboerne har opfattelsen af, at de får deres medicin til tiden. En beboer fortæller, at medarbejderen altid overværer, at beboeren også får indtaget sine tabletter. Beboeren fortæller til tilsynet, at medarbejderen har forklaret beboeren, at reglerne foreskriver den førnævnte procedure, hvilket beboeren oplever meget tryghedsskabende. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver, at de anvender dispenseringsmodulet i Nexus, og at de altid opdaterer FMK, inden dispensering foretages. Medarbejderne følger medicininstruksen, og anvender medicinmåtter til opgaven, så der sikres en god systematik til dispenseringsopgaven. Der foretages altid eftertælling af den dispenserede medicin.

	Medarbejderne redegør for, hvordan de ved medicinadministration altid tager hele doseringsæsken med ud til beboerne, så det sikres, at den rette beboer får den rette medicin. Medarbejderne kan med faglig overbevisning redegøre for håndteringen af risikosituationslægemidler, og de beskriver, at information vedrørende dette fremgår under helbredstilstande og helbredsoplysninger. Medarbejderne viser den tilsynsførende, at der i medicinrummene hænger synlige informationssedler vedrørende håndtering af risikosituationslægemidler. Tilsynet bemærker positivt, at der er oprettet meget handlevejledende handlingsanvisninger, der sikrer opmærksomhed på håndtering af beboernes risikosituationslægemidler. Medarbejderne beskriver, at de anvender VAR-portalen eller medicininstruksen til at fremsøge viden om medicinhåndtering. Medarbejderne, der har med udlevering af dispenseret medicin at gøre, redegør for kontrollen, der udføres, før medicinen udleveres. Medarbejderne beskriver blandt andet, hvordan FMK anvendes til søgning af medicinoplysninger, og at det kontrolleres, at doseringsæsker er mærket med navn og CPR-nummer.

Tilsynets vurdering - 2
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt. Ovenstående vurdering gives på baggrund af den observerede dispenseringsfejl hos en beboer og på baggrund af de observerede mangler i opbevaringen og håndteringen af medicinen. Det er tilsynets vurdering, at der ikke sker tidstro kvittering af administreret medicin. På baggrund af tilsynets fund og tilsynets dialog med den medicinansvarlige medarbejder, er det vurderingen, at gældende retningslinjer for administration og udlevering af medicin ikke følges konsekvent. På trods af de konstaterede fejl og mangler vurderer tilsynet, at beboerne udtrykker tilfredshed med medarbejdernes håndtering af deres medicin. Det er tilsynets vurdering, at den medicinansvarlige medarbejder og medarbejderen, der har med udlevering og administration af medicin at gøre, kan redegøre korrekt for arbejdsgange i forbindelse med udførelse af medicinopgaver.

3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN

Data	**OBSERVATION** For alle beboere observeres der ingen helbredsmæssige forhold, som ikke er håndteret. **BEBOERINTERVIEW** Beboerne udtrykker tilfredshed med kvaliteten af hjælpen til sygeplejeindsatser ud over medicin. En beboer fortæller, at medarbejderne har vejledt og instrueret ham i sygeplejeopgaven, så han nu selv er i stand til at varetage dele af opgaven. Beboeren er meget tilfreds med, at medarbejderne udviser hensyn og forståelse for beboerens eget ønske om medinddragelse. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver fokus på, at sygeplejeindsatser leveres med udgangspunkt i faglige overvejelser og ud fra den enkelte faggruppes kompetencefelt. På daglige triageringsmøder fordeles sygeplejeindsatserne imellem social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Når sygeplejeopgaverne er fordelt, gennemlæses handlingsanvisningerne, inden opgaven udføres.

	Ved faglige tvivlsspørgsmål eller behov for instruktion anvendes VAR til søgning af viden og instrukser.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er sammenhæng mellem de visiterede og leverede sygeplejeindsatser.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt reflekteret kan redegøre for udførelsen af sygeplejeindsatser, herunder deres eget kompetence- og ansvarsområde.

3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Data	**INTERVIEW MED LEDER:** Ledelsen på Holmegårdsparken består af ti ledere, hvoraf seks af lederne er direkte ledere ude i plejeafdelingerne. Hver afdeling er yderligere organiseret ved at have en teamkoordinator ud over plejepersonalet. For at styrke fagligheden går særlige ressourcepersoner på tværs af afdelinger, så beboerne møder den bedst kvalificerede medarbejder. Ledelsen har prioriteret at opnormere ved at ansætte ansvarshavende sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter til at varetage de komplekse opgaver på tværs af afdelingerne. Forstanderen fortæller, at tiltaget allerede har givet større opgavetilfredshed, bedre kvalitet og tryghed for beboerne. I weekenden varetager teamkoordinatorerne den ansvarshavende rolle i dagtimerne, og de tværgående sygeplejersker varetager rollen i aften- og nattetimerne. Ledelsen oplyser, at der er enkelte ufaglærte medarbejdere, som er ansat i faste stillinger, men at der er fagligt fokus på oplæring og grundig introduktion. Strukturen for introduktion af nye medarbejdere er bygget op omkring en fast oplæringsmakker, som følger den nyansattes forløb. Der opleves ikke umiddelbart udfordringer med fastholdelse eller rekruttering af medarbejdere. Det er ledelsens opfattelse, at plejecentret har en kompetent og fast medarbejdergruppe med mange års erfaring, som ydermere er aktive i at introducere og sidemandsoplære nye kollegaer. Ledelsen overholder Gentofte Kommunes sygefraværspolitik, og de oplever, at fraværsprocenten ligger på et tilfredsstillende niveau. Plejecentret har en fast mødestruktur med fastlagte møder, som fx daglige triagerings- og planlægningsmøder. Fysioterapeuter deltager på afdelingernes tværfaglige konferencer. Samarbejdet med plejehjemslægerne opleves konstruktivt og velfungerende. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne oplever, at deres kompetencer matcher de opgaver, de stilles over for i hverdagen. Medarbejderne beskriver gode muligheder for specifik opgaveoverdragelse fra en faggruppe til en anden, og at der er en ensartet struktur for opgaveoverdragelsen. Medarbejderne beskriver gode kompetenceudviklingsmuligheder, og de henviser til undervisning i fx ”low arousal”, terminal pleje og smertelindring. Medarbejderne beskriver, at de har fået introduktion i at arbejde med lokale- og centrale instrukser/vejledninger og brugen af VAR. Medarbejderne beskriver arbejdsgange i forhold til arbejdet med utilsigtede hændelser, herunder at der er en ensartet struktur for indberetningerne og den efterfølgende vidensdeling som led i opfølgning. Medarbejderne føler, at de dagligt har mulighed for faglig sparring, da de tværgående medarbejdere på skift deltager på afdelingernes ugentlige faglige møder.

	Herudover beskriver medarbejderne et meget tilfredsstillende samarbejde med plejehjemslægerne, samt at lægernes tilgængelighed giver anledning til faglige refleksioner og samtaler faggrupperne imellem.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt arbejdes målrettet og systematisk med at skabe en struktur og organisering, som bidrager til en høj kvalitet i opgaveløsningen. Hertil vurderes det, at der er fokus på at sikre grundig introduktion af både faglærte og ufaglærte medarbejdere.

Det er tilsynets vurdering, at der ledelsesmæssigt er et meget tilfredsstillende fokus på at skabe gode rammer for det tværfaglige samarbejde.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne oplever gode kompetenceudviklingsmuligheder, og at deres kompetencer matcher de opgaver, de stilles over for. Medarbejderne oplever det tværfaglige samarbejde som værende meget velfungerende, hvor de føler sig trygge ved at efterspørge sparring og supervision.

3.10 OBSERVATIONSSTUDIE

Data	**KOMMUNIKATION** <u>Observationsstudie af personlig pleje i seng:</u> Medarbejderen banker på døren og hilser venligt på beboeren, der ligger i sengen. Medarbejderen spørger ind til beboerens velfindende og udviser kendskab til beboerens hverdagsliv ved at tale om gårsdagens aktiviteter. Efterfølgende er der sparsom dialog, som primært omhandler plejerelaterede emner, hvilket virker til at være i overensstemmelse med beboerens behov. <u>Observationsstudie af personlig pleje ved to personer:</u> Medarbejderne går helt hen til beboerens seng og hilser venligt og respektfuldt på beboeren. Beboeren har ikke noget sprog og fremstår mimikfattig. Den ene medarbejder er under oplæring og skal undervejs have lidt instrukser. Dette gøres på en måde, hvor beboeren inddrages naturligt i dialogen mellem medarbejderne. Beboeren kan, grundet sin kognitive formåen, ikke føre dialog, men medarbejderne taler stadig respektfuldt og i øjenhøjde med beboeren. En af medarbejderne berører beboeren forsigtigt på skulderen og udviser derved nærvær og omsorg. Tonelejet er roligt, og der føres kun sparsom dialog med beboeren, hvilket virker til at være tilpasset beboerens behov. **SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE** <u>Observationsstudie af personlig pleje i seng:</u> Medarbejderen italesætter løbende sine handlinger, fx at dynen fjernes, eller at hun skal vaske/tørre beboeren. Medarbejderen oplyser beboeren om sine faglige observationer vedrørende beboerens hudproblemer, og medarbejderen involverer beboeren i behandlingsforslag, som beboeren samtykker til. Beboerens spørges ligeledes ind til ønsker for påklædning, hvilket imødekommes. <u>Observationsstudie af personlig pleje ved to personer:</u> Medarbejderne italesætter løbende deres handlinger, så beboeren er forberedt på det, der skal ske. Plejen foregår i et roligt tempo, der er tilpasset beboerens behov, og medarbejderne udviser kendskab til beboerens vaner og rutiner.

REHABILITERING

Observationsstudie af personlig pleje i seng:

Beboeren vendes ved hjælp af vendelagen med glidefunktion, og beboeren anvender ikke egne ressourcer aktivt i processen. Beboeren holder enkelte gange i sengehesten. Beboeren forflyttes med loftlift til kørestol, hvor beboeren selv tager sin t-shirt af og åbner kørestolen til køreposition. Beboeren placeres foran vasken, og medarbejderen gør tandbørsten klar med tandpasta, hvorefter beboeren selv børster sine tænder. Medarbejderen anerkender beboerens indsats.

Observationsstudie af personlig pleje ved to personer:

Beboeren guides og motiveres til at holde i sengehesten i forbindelse med vendinger i sengen. Derudover har beboeren ikke ressourcer, der kan inddrages aktivt i plejeforløbet, grundet beboerens kognitive og fysiske formåen.

ORGANISERING AF ARBEJDET

Observationsstudie af personlig pleje i seng:

Medarbejderen klargør alle remedier på forhånd og placerer dem inden for rækkevidde.

Mens beboeren børster tænder ude på badeværelset, udnytter medarbejderen tiden til at foretage praktiske opgaver, såsom sengeredning og affaldshåndtering. Der forekommer ingen unødige forstyrrelser, og plejen er hensigtsmæssigt organiseret.

Observationsstudie af personlig pleje ved to personer:

Medarbejderne indleder plejen med at klargøre remedier, fjerne dyner, lejringspuder og sengehest-beskyttere. Medarbejderne har fordelt rollerne hensigtsmæssigt mellem sig, så den ene primært støtter beboeren, mens den anden foretager plejeopgaver. Der forekommer ingen unødige forstyrrelser, og plejeforløbet er tilpasset beboerens behov og opleves velorganiseret.

DEN FAGLIGE UDFØRELSE AF ARBEJDET

Observationsstudie af personlig pleje i seng:

Medarbejderen ifører sig handsker og indstiller sengen til korrekt arbejdshøjde.

Medarbejderen udfører nedre hygiejne og kateterpleje i overensstemmelse med de hygiejniske principper, dog foretager medarbejderen ikke håndhygiejne mellem handskeskift, og medarbejderen ifører sig ikke plastforklæde.

Efterfølgende hjælpes beboeren med påklædning og forflyttes med loftlift til kørestolen. Tilsynet ser ikke plejeforløbet til ende, men bliver fortalt, at den efterfølgende støtte til påklædning tager udgangspunkt i en rehabiliterende tilgang.

Observationsstudie af personlig pleje ved to personer:

Medarbejderne udfører håndhygiejne og ifører sig handsker og plastforklæde. Sengen køres op i korrekt arbejdshøjde, hvorefter beboeren får smurt creme på benene. En medarbejder udfører nedre hygiejne i overensstemmelse med gældende retningslinjer, og medarbejderen sikrer håndhygiejne mellem handskeskift. Herefter forflyttes beboeren med en loftlift til kørestolen, som medarbejderne håndterer fagligt korrekt. Beboeren placeres foran vasken på badeværelset, hvor medarbejderne hjælper beboeren med at få udført øvre pleje og påklædning.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der under begge observationsstudier foregår en særdeles respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side. Hjælpen udføres med udgangspunkt i beboernes selvbestemmelsesret og med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang. Organiseringen af plejen er særdeles tilfredsstillende.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderen i det første studie ikke anvender forklæde og ikke foretager håndhygiejne mellem handskeskift, hvorimod medarbejderne under det andet observationsstudie har fokus på at sikre korrekt håndhygiejne.

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

4.1 FORMÅL

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for Beboere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem Beboernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som Beboerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 VURDERINGSSKALA

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau.:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle Beboere 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	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af Beboerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af Beboerne • En del af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen, med betydning for Beboernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af Beboerne • Få af elementerne i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
SCORE: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af Beboerne • Der er fare for Beboernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

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 plejecentre, 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.

Relateret document 19/21

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Jærgersborghave 2022.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Jærgersborghave 2022**
Dokument ID:	**4960940**

Tilsynsrapport
Gentofte Kommune

Plejecenter Jægersborghave

Uanmeldt tilsyn 2022

INDHOLD

1. OPLYSNINGER OM PLEJECENTRET 4

2. VURDERING 5
2.1 TILSYNETS VURDERINGER 5
2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER 7

3. DATAGRUNDLAG 9
3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER 9
3.2 DOKUMENTATION 9
3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP 12
3.4 MAD OG MÅLTIDER 13
3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD 15
3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING 17
3.7 MEDICINHÅNDTERING 18
3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN 20
3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE 21
3.10 OBSERVATIONSSTUDIE 22

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE 26
4.1 FORMÅL 26
4.2 METODE 26
4.3 VURDERINGSSKALA 27
4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE 28

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete plejecenter.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer, observationsstudier og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra den indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

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

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Gitte Ammundsen
Senior Manager
Mobil: 4189 0406
Mail: gia@bdo.dk
Projektansvarlig

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

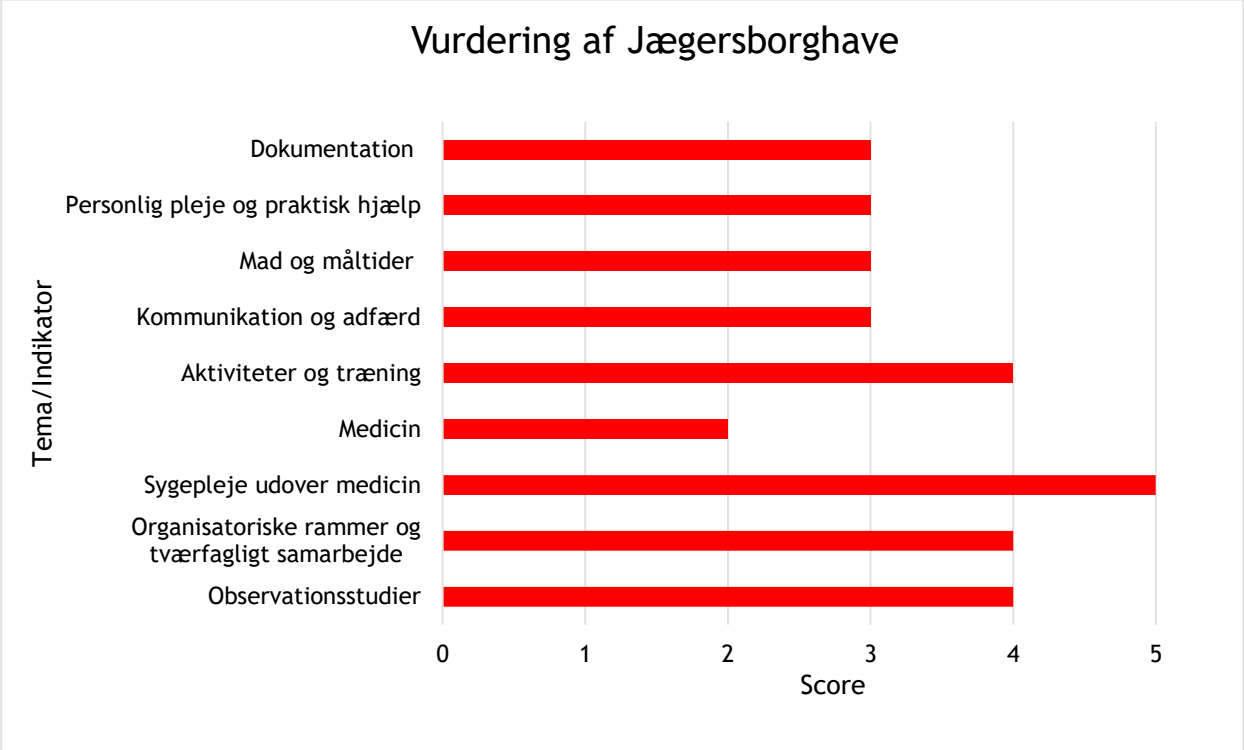
1. OPLYSNINGER OM PLEJECENTRET

Oplysninger om plejecentret og tilsynet
Navn og Adresse: Jægersborghave, Jægersborg Alle 150, 2820 Gentofte
Leder: Ulla Rytved
Antal boliger: 144 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 5. oktober 2022
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejecentrets ledelse • Interview af syv beboere • Gennemgang af dokumentation • Kontrol af medicinen • Observationsstudier • Gruppeinterview med fire medarbejdere (en social- og sundhedshjælper, to social- og sundhedsassistent og en socialpædagog) • Beboere, som indgår i individuelle interview, har givet deres accept til at indgå i tilsynet. Tilsynet afsluttes med en tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Gitte Ammundsen, Senior manager og sygeplejerske Mette Norré Sørensen, Senior manager og sygeplejerske Andreas Bertelsen, Manager og sygeplejerske

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS VURDERINGER

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Ovenstående vurdering gives på baggrund af de observerede mangler i den pleje- og sundhedsfaglige dokumentation.

Det er tilsynets vurdering, at plejecentret har en særlig udfordring i forhold til at sikre, at døgnrytmeplanerne for personlig pleje og praktisk støtte udarbejdes på en ensartet måde, og ud fra en fælles faglig forståelse. I forhold til handlingsanvisninger for sundhedslovsindsatser, er det tilsynets vurdering, at plejecentret har en særlig udfordring i forhold til at sikre udarbejdelse af de nødvendige handlingsanvisninger, og at disse til enhver tid fremstår ajourførte.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for arbejdet med dokumentationen i praksis. Medarbejderne oplever gode muligheder for faglig sparring, men italesætter oplevelsen af, at der på nogle områder mangler en fælles faglig forståelse for dokumentationspraksis.

Personlig pleje og praktisk støtte:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Beboernes hjælpemidler fremstår tilstrækkeligt rengjorte, hvilket også er tilfældet for beboernes boliger.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne er tilfredse med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje fra det faste personale. En overrepræsentation af beboerne oplever, at kvaliteten påvirkes negativt af, at der dagligt er mange forskellige afløsere og vikarer af forskellig kvalitet.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på en særdeles fagligt reflekteret måde kan redegøre for hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte, og at medarbejderne i høj grad udviser en faglig forståelse for arbejdet med principperne bag Tom Kitwood og den rehabiliterende tilgang.

Mad og måltider:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Maden anrettes og serveres med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang, tilpasset beboernes særlige behov. Det er tilsynets vurdering, at der er en hyggelig stemning omkring morgenmåltidet. Tilsynet bemærker dog, at der anvendes plastikstykker til afdækning af morgenmaden, hvilket virker mindre hjemligt.

I forhold til frokostmåltidet er det tilsynets vurdering, at organiseringen heraf er mindre hensigtsmæssig, idet der forekommer mange forstyrrelser og dermed en del unødvendig uro under frokostmåltidet.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne finder maden velsmagende og indbydende. Beboerne udtrykker generelt, at rammerne for måltiderne er hyggelige. To beboere har kommentarer hertil. En af beboerne efterspørger mere socialt samvær med medarbejderne under måltiderne, og en anden beboer finder det mindre tilfredsstillende, at der er transport af skraldevogne gennem spisestuen, mens beboerne spiser.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på en fagligt reflekteret måde kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre "Det gode måltid".

Kommunikation og adfærd:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever respektfuld og anerkendende kommunikation fra medarbejdernes side. Beboerne italesætter oplevelsen af, at der er en meget behagelig omgangstone på plejecentret.

Tilsynet vurderer, at flere beboere finder det mindre hensigtsmæssigt og trygt, at medarbejderne italesætter travlhed, og oplyser om sygefravær blandt medarbejderne. Tilsynet vurderer, at flere beboere har oplevelser i forbindelse med, at medarbejderne glemmer at overholde aftaler. Beboerne udtrykker oplevelsen af lang ventetid på besvarelse af nødkald.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på en fagligt reflekteret måde kan redegøre for faktorer, der medvirker til at skabe respektfuld kommunikation og adfærd. Medarbejderne udviser faglig forståelse for arbejdet med low arousal.

Aktiviteter og træning:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er et varieret tilbud om aktiviteter og træning i dagligdagen, hvilket beboerne også beskriver at opleve.

Medarbejderne kan redegøre for tilbud om aktiviteter og træning. Det er dog tilsynets vurdering, at der er nogen forskel på, hvorledes aktiviteterne på afdelingsniveau koordineres og effektueres.

Medicin:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Ovenstående vurdering gives på baggrund af, at der er fundet en dispenseringsfejl hos en beboer, og på baggrund af observerede mangler i opbevaringen og håndteringen af medicinen. Det er tilsynets vurdering, at der ikke sker tidstro kvittering af administreret medicin.

På trods af de konstaterede fejl og mangler vurderer tilsynet, at beboerne udtrykker tilfredshed med medarbejdernes håndtering af deres medicin.

Det er tilsynets vurdering, at den medicinansvarlige medarbejder, og medarbejderen, der har med udlevering og administration af medicin at gøre, kan redegøre korrekt for arbejdsgange i forbindelse med udførelse af medicinopgaver.

Sygeplejeydelser ud over medicin:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er sammenhæng mellem de visiterede og leverede sygeplejeindsatser.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt kan redegøre for udførelsen af sygeplejeindsatser, herunder deres eget kompetence- og ansvarsområde.

Organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er fokus på plejecentrets rekrutteringsudfordringer. Ledelsen imødekommer udfordringerne ved at gøre brug af de kompetencer, som afdelingerne lokalt og centralt har til rådighed. Samtidig har ledelsen for øje at benytte forskellige virkemidler i rekrutteringsprocessen. Tilsynet konstaterer, at plejecentret endnu ikke er helt i mål med rekrutteringsprocessen.

Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er fokus på at sikre gode rammer for det tværfaglige samarbejde, herunder at sikre, at medarbejderne fagligt sparrer med hinanden på tværs af afdelinger, så de faglige kompetencer udnyttes bedst muligt.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne oplever, at deres kompetencer matcher de opgaver, de stilles over for. Medarbejderne føler sig trygge i at efterspørge den faglige sparring og supervision.

Observationsstudier:

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at der under begge observationsstudier foregår en særdeles respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side.

Hjælpen udføres med udgangspunkt i at sikre beboerens selvbestemmelsesret og med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang.

I forhold til organiseringen af plejen er det tilsynets vurdering, at diverse opkald fra medarbejdernes telefoner giver anledning til en del forstyrrelser under begge plejeforløb.

Det er tilsynets vurdering, at begge medarbejdere har fokus på at sikre korrekt hygiejne, men tilsynet bemærker dog, at medarbejderen under det ene observationsstudie ikke anvender forklæde under hjælpen til bad.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation, observationer og observationsstudier. Derudover foretages kontrol af medicinen. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger
1. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt igangsættes et målrettet arbejde med at sikre, at den pleje- og sundhedsfaglige dokumentation til enhver tid lever op til gældende retningslinjer på området. Herunder anbefaler tilsynet et særligt fokus på at sikre, at døgnrytmeplaner og handlingsanvisninger udarbejdes på en ensartet måde og ud fra en fælles faglig forståelse.
2. Tilsynet anbefaler, at der rettes et ledelsesmæssigt fokus på at højne beboernes tilfredshed med hjælpen til personlig pleje, når denne leveres af vikarer og afløsere. Herunder anbefales det, at det sikres, at medarbejdere har den nødvendige viden om beboernes behov, særlige udfordringer, ønsker og vaner, før et plejeforløb opstartes.

3. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt rettes et fagligt fokus på organiseringen af måltiderne og implementeres indsatser, så det sikres, at måltiderne afvikles i rolige omgivelser og uden unødige forstyrrelser. Tilsynet anbefaler, at der rettes et ledelsesmæssigt fokus på at sikre, at der ikke udføres praktiske opgaver under måltiderne, og at medarbejderne prioriterer at sidde med ved bordene for således at skabe socialt samvær og hygge under måltiderne. Tilsynet anbefaler, at der også rettes et særligt fokus på arbejdsgangen i forbindelse med afdækning af morgenmaden, der er anrettet på bakker og klar til servering.

4. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt tages initiativ til faglig drøftelse med medarbejderne i forhold til beboernes udsagn om manglende overholdelse af aftaler.

5. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt tages initiativ til faglig dialog med medarbejderne i forhold til at forebygge, at medarbejderne italesætter sygefravær og en oplevet travlhed overfor beboerne.

6. Tilsynet anbefaler, at kulturen og succeserne med afholdte aktiviteter deles af afdelingerne imellem, samt at ledelsen fastholder aktiviteter som en vigtig del af kerneopgaven.

7. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt igangsættes målrettede tiltag for at sikre overholdelse af gældende retningslinjer i forbindelse med dispensering, opbevaring og håndtering af medicin. Tilsynet anbefaler, at der med udgangspunkt i gældende instrukser på området igangsættes en faglig drøftelse med medarbejderne om ovenstående emner.

8. Tilsynet anbefaler, at der ledelsesmæssigt tages en faglig dialog med medarbejderne om, hvorledes der i højere grad kan forebygges unødige forstyrrelser under plejeforløbene, herunder forstyrrelser fra telefonopkald.

9. Tilsynet anbefaler, at korrekt brug af forklæde bringes i spil som et emne i den faglige dialog med medarbejderne.

10. Tilsynet anbefaler, at de igangsatte indsatser ift. rekruttering fortsat får høj ledelsesmæssig prioritet.

3. DATAGRUNDLAG

3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER

Data	**LEDERINTERVIEW:** Forstanderen oplyser, at der ved Gentofte kommunes eget interne tilsyn sidste år, blev givet en anbefaling på dokumentationsområdet. Anbefalingen tog udgangspunkt i manglende dokumentation omkring utilsigtede fald hos flere beboere. Forstanderen oplyser, at hun tiltrådte stillingen på Jægersborghave for omkring halvandet års siden. I forbindelse med rollen som ny forstander på Jægersborghave, blev plejehjemmet samtidig udvidet med 3 nye afdelinger med hver 24 beboere, samt oprettelsen af en specialiseret demensenhed. For at imødekomme anbefalingen på dokumentationsområdet har forstander og ledelse arbejdet målrettet med ansættelsesprocessen og ansat afdelingssygeplejersker til alle afdelinger. Forstanderen fortæller, at ledelsesteamet nu er fuldt ud etableret på alle afdelingerne samtidig med, at der er ansat en udviklingssygeplejerske, som varetager udviklingsarbejdet og er tovholder på dokumentationsprocessen i omsorgssystemet Nexus. Ledelsen har etableret et generelt øget fokus på, at medarbejderne tilstrækkeligt kan navigere i omsorgssystemet Nexus, samt at medarbejderne er fortrolige med at dokumentere og udføre opfølgninger i beboernes journaler. Afdelingssygeplejerskerne og udviklingssygeplejersken har arbejdet med sidemandsoplæring til medarbejderne vedr. dokumentationsprocessen. Forstanderen fortæller, at de ikke endeligt er i mål med processen, men at man samtidig er i konstruktiv dialog med Gentofte kommune, da begge parter ser et behov for at drøfte og gennemgå de generelle dokumentationskrav i Gentofte kommune. Derudover har forstanderen været optaget af at arbejde med systematik og fælles struktur og mål, som bidrager til samlet overblik ind i det tværfaglige arbejde. Der bliver blandt andet anvendt greb som IDOART, PDSA og mindre prøvehandlinger. Forstander og ledelse har arbejdet med temaet Kultursammensmeltning, da der viste sig et behov for at forene Jægersborgshaves seks afdelinger, give den nye ledelsesgruppe fodfæste samt integrere nye medarbejdere fra sammenlægningsprocessen af to plejehjem. Forstanderen finder, at Jægersborghave er på rette vej med udviklingsarbejdet. Slutteligt fortæller forstanderen, at der samtidig er et ønske fra politisk side om fremadrettet at fokusere endnu mere på pårørendesamarbejdet, samt at arbejde målrettet mod, at kontaktpersonsordning bliver implementeret på enheden.

3.2 DOKUMENTATION

Data	**OBSERVATION** Der foretages observation i borgernes omsorgsjournal **<u>Funktionsevnetilstande</u>** Funktionsevnetilstandene fremstår opdaterede og aktuelle for fire beboere.

I forhold til tre beboere mangler delvis opdatering ift. beboerens aktuelle behov for pleje og omsorg.

Døgnrytmeplanen

For alle syv beboere er der oprettet døgnrytmeplaner for dag, aften og nat. Døgnrytmeplaner indeholder generelt beskrivelser af beboernes ressourcer og hvorledes disse inddrages i plejen, og således observeres det, at hjælpen tager udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang. I forhold til en beboer, mangler tydelig beskrivelse af, hvilke opgaver beboeren selv klarer ift. den personlige hygiejne.

Beskrivelserne af hjælpen til personlig pleje er generelt handlevejledende og individuelt beskrevet. I forhold til to beboere observeres det dog, at hjælpen til bad ikke er beskrevet handlevejledende og individuelt. I beskrivelsen af hjælpen fremgår kun oplysninger om ugedagen for badet. I forhold til en anden beboer mangler handlevejledende beskrivelse af hjælpen om natten, da det kun fremgår, at der skal udføres "Tilsyn x 2".

Ved gennemlæsning af døgnrytmeplanerne bemærker tilsynet, at døgnrytmeplanerne ikke udarbejdes på en ensartet måde og ud fra en fælles faglig forståelse. Tilsynet konstaterer fx, at hjælpen til personlig pleje fremstår med varieret detaljeringsgrad, beboernes ønsker og vaner beskrives ikke konsekvent, og kun i enkelte døgnrytmeplaner ses henvisning til relevante handlingsanvisninger.

Tilsynet bemærker, at flere døgnrytmeplaner indeholder relevante beskrivelser af hjælpen til tandbørstning, idet beboerne har fået ordineret tandpasta som lægemiddel, men der foreligger også detaljerede beskrivelser af opbevaring og administration af præparatet, hvilket i stedet bør beskrives i en handlingsanvisning.

Endeligt bemærker tilsynet, at der kun for tre af beboerne er udarbejdet handlingsanvisning for praktisk støtte. De tre handlingsanvisninger er ikke udarbejdet på en ensartet måde, idet detaljeringsgraden af beskrivelserne er noget varieret.

Generelle oplysninger

For fire beboere konstateres mangler i udfyldelsen af generelle oplysninger, fx er alle felter ift. mestring, motivation, roller og ressourcer ikke konsekvent udfyldt og for en beboer mangler alle felter at blive beskrevet.

Der foreligger ajourførte helbredsoplysninger og for størstedelen af beboerne er der udarbejdet livshistorie.

Handlingsanvisninger ift. sundhedslovsindsatser

Ved gennemgang af handlingsanvisningerne konstaterer tilsynet delvise mangler i forhold til alle syv beboere.

Manglerne vedrører f.eks. følgende:

- Der er aktive handlingsanvisninger, der skal inaktiveres, da indsatserne ikke længere er aktuelle.
- Flere handlingsanvisninger mangler opfølgning, idet sidste opfølgning ligger mere end et år tilbage.
- For tre beboere mangler udarbejdelse af handlingsanvisning for medicindispensering og/eller medicinadministration.
- For en beboer beskrives vægtmæssige udfordringer, men der er ikke udarbejdet handlingsanvisning for indsatser i relation hertil.
- Der udarbejdes ikke handlingsanvisning for kontrol af dosisdispenseret medicin.

Helbredstilstande:

Tilsynet bemærker, at helbredstilstande mangler delvis ajourføring for to beboere. I et tilfælde beskrives medicinsk behandling for hudproblem, men beboeren er ikke længere i behandling herfor, og i et andet tilfælde mangler beskrivelse af en beboers smerteproblematik.

Observationsnotater:

Tilsynet bemærker, at der ikke er dokumenteret opfølgning på en beboers effekt af givet PN-medicin og hævelse af håndleddet.

I forhold til en anden beboer bemærker tilsynet, at der indenfor de sidste otte uger er beskrevet flere tilfælde, hvor beboeren ikke har fået den ordinerede medicin klokken 14.00. Årsagen til ovenstående foreligger ikke beskrevet, mens der ej heller fremgår dokumentation af, hvilke indsatser der er igangsat for at forebygge lignende tilfælde.

Tilsynet bemærker, at der ikke konsekvent sker dokumentation af de målte værdier ifm. vejning af en beboer.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne oplyser, at de orienterer sig i døgnrytmeplanen, når de skal udføre pleje for beboere, som de ikke har så godt kendskab til. Døgnrytmeplanen gennemgås altid med vikarer og afløsere, før disse starter et plejeforløb op, og således sikres det, at disse har den nødvendige viden om, hvorledes plejen skal udføres, som beboeren er vant til og har behov for. Under gruppeinterviewet reflekterer medarbejderne over brugen af døgnrytmeplanerne, og udtrykker oplevelsen af, at gruppelederne er gode til at minde dem om brugen heraf. På morgenmøder drøftes beboernes aktuelle situation, og hvis der er observeret ændringer, sikres dokumentationen ajourført.

Medarbejderne italesætter, at gruppelederne ofte gennemgår døgnrytmeplanerne med henblik på netop at kontrollere, om beskrivelserne er ajourførte.

Medarbejderne udtrykker, at dokumentationen generelt udarbejdes i et samarbejde, herunder i samarbejde med gruppelederne, men at det primært er social- og sundhedsassistenterne, der udarbejder handlingsanvisninger for sundhedslovsindsatser.

En medarbejder beskriver, at der pt. arbejdes målrettet med tilstandshjulet, og at få relateret observationsnotater til tilstande, så der hurtigt kan skabes et godt overblik. Medarbejderne føler sig endnu ikke helt fortrolige med arbejdet.

Under gruppeinterviewet udtrykker medarbejderne oplevelsen af, at der på nogle områder mangler en fælles faglig forståelse for dokumentationspraksis. Medarbejderne beskriver, at de fx stadig kan blive i tvivl om, hvor det giver bedst mening at dokumentere en observation/handling, eller blive i tvivl om brugen af genveje i omsorgssystemet. Medarbejderne beskriver dog gode muligheder for faglig sparring ved gruppelederne, kolleger eller kommunens IT-medarbejder. Medarbejderne udtrykker enighed om, at der er en gensidig tillid og tryghed i medarbejdergruppen, så det opleves derfor aldrig vanskeligt at bede om hjælp til noget.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Ovenstående vurdering gives på baggrund af de observerede mangler i den pleje- og sundhedsfaglige dokumentation.

Det er tilsynets vurdering, at plejecentret har en særlig udfordring i forhold til at sikre, at døgnrytmeplanerne for personlig pleje og praktisk støtte, udarbejdes på en ensartet måde og ud fra en fælles faglig forståelse. I forhold til handlingsanvisninger for sundhedslovsindsatser er det tilsynets vurdering, at

plejecentret har en særlig udfordring i forhold til at sikre udarbejdelse af de nødvendige handlingsanvisninger, og at disse til enhver tid fremstår ajourførte.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for arbejdet med dokumentationen i praksis. Medarbejderne oplever gode muligheder for faglig sparring, men italesætter oplevelsen af, at der på nogle områder mangler en fælles faglig forståelse for dokumentationspraksis.

3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP

Data	
	OBSERVATION Beboerne fremstår soignerede og veltilpasse. Deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Beboernes hjælpemidler fremstår tilstrækkeligt rengjorte, hvilket også er tilfældet for beboernes boliger. **BEBOERINTERVIEW** Seks ud af syv beboere udtrykker, at den hjælp de modtager, svarer til deres ønsker og behov. En beboer har vanskeligt ved at svare på tilsynets spørgsmål. Generelt tilkendegiver beboerne stor tilfredshed med hjælpen fra det faste personale, og det faste personales henvendelse til den enkelte beboer. Fem ud af syv beboere fortæller, at kvaliteten varierer, når afløsere eller vikarer udfører personlig pleje og praktisk hjælp. Opfattelsen blandt beboerne er, at afløsere og vikarer ikke har tilstrækkeligt kendskab til den enkeltes ønsker og behov for tilfredsstillende pleje. En beboer efterlyser specifikt mere ensartet pleje samt en gennemsigtighed i, hvem der varetager plejen og kontakten hos beboeren den enkelte dag. Beboeren efterspørger samtidig en kontaktperson, da det ikke er muligt for beboeren at vide, hvem der varetager kontakten hos beboeren fra dag til dag. En beboer fortæller, at når der gentagne gange skal redegøres for, hvilken hjælp og pleje, der specifikt skal udføres, så afholder beboeren sig fra at efterspørge hjælpen fra personalet. Det er en opfattelse blandt fire ud af syv beboere, at der er travlhed blandt personalet, men at personalet samtidig formår at optræde smilende og venlige i kontakten. Seks ud af syv beboere fortæller, at de generelt har indflydelse på tilrettelæggelsen af hjælpen og at de modtager den planlagte hjælp på det tidspunkt af dagen, de ønsker. Det er tilsynets opfattelse, at beboernes behov for at bibeholde egne vaner og mønstre, tilpasses og efterleves af personalet. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for, hvorledes der sikres kvalitet i leveringen af pleje og praktisk støtte. Medarbejderne beskriver, at vikarer og afløsere sikres grundig oplæring, og at der gennem faglig sparring løbende følges op på indsatserne, der leveres. I udførelsen af hjælpen beskriver medarbejderne fokus på at sikre korrekt håndhygiejne og korrekt brug af værnemidler. En af medarbejderne fortæller, at hun netop har oplært en kollega i brugen af handsker, da hun erfarede, at vedkommende ikke fulgte de gældende retningslinjer herfor. En anden medarbejder beskriver, at man på hendes afdeling netop har drøftet behovet for at holde et møde om hygiejnen og brugen af værnemidler. Medarbejderne redegør for, hvordan hjælpen leveres med udgangspunkt i Tom Kitwoods teorier og den rehabiliterende tilgang.

	En af medarbejderne giver eksempler på særlige opmærksomhedspunkter ift. plejen af beboere med demens, og beskriver fx etiske overvejelser, fokus på beboernes identitet, blufærdighed, personlige begrænsninger og særlige udfordringer. I den rehabiliterende tilgang beskriver medarbejderne fokus på, at hjælpen udføres i et samarbejde med beboerne og med fokus på, at beboernes ressourcer inddrages på en værdig og omsorgsfuld måde. En af medarbejderne pointerer, at hun altid spørger beboeren om lov eller informerer beboeren, før en handling igangsættes. Beboernes tryghed ved at modtage plejen sikres ved, at der fra start etableres en god kontakt, ved at respektere beboernes egne valg samt ved at udvise en nærværende adfærd. En medarbejder uddyber, hvordan der skal udvises en nysgerrig og undersøgende tilgang til beboernes reaktion og adfærd under et plejeforløb, fx under hjælpen til et bad, idet nogle beboere med demens kan være særligt sensitive. Ved observerede ændringer i beboernes helbredsmæssige tilstand, beskriver medarbejderne, at de foretager observationer, udfører TOBS og handler på de observationer, der gøres. En medarbejder fortæller, at ved observerede ændringer af en beboers mentale tilstand, startes ofte med at tilbyde drikkevarer for at udelukke dehydrering. Medarbejderne beskriver desuden fokus på, at sikre faglig sparring med kolleger, når der observeres ændringer i en beboers helbredsmæssige tilstand. Videndeling om beboerne sker typisk gennem dokumentationen, på morgenmøder eller i overgangene mellem vagtlagene. Det er medarbejdernes oplevelse, at alle er meget opmærksomme på at få videregivet vigtige oplysninger. Medarbejderne redegør for inddragelse af beboerne i udførelsen af hjælpen til praktisk støtte. Medarbejderne fremhæver betydningen af at sikre beboerne et godt hverdagsliv ved netop at blive inddraget i det omfang, de magter.
Tilsynets vurdering - 3	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt. Tilsynet vurderer, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Beboernes hjælpemidler fremstår tilstrækkeligt rengjorte, hvilket også er tilfældet for beboernes boliger. Det er tilsynets vurdering, at beboerne er tilfredse med kvaliteten af hjælpen til personlig pleje fra det faste personale. En overrepræsentation af beboerne oplever, at kvaliteten påvirkes negativt af, at der dagligt er mange forskellige afløsere og vikarer af forskellig kvalitet. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på en særdeles fagligt reflekteret måde kan redegøre for hjælpen til personlig pleje og praktisk støtte, og at medarbejderne i høj grad udviser en faglig forståelse for arbejdet med principperne bag Tom Kitwood og den rehabiliterende tilgang.	

3.4 MAD OG MÅLTIDER

Data	**OBSERVATION** Tilsynet observerer, at der sidder flere beboere på fællesarealerne og indtager deres morgenmad. Beboerne får maden serveret på bakker, hvor der er små kander med the/kaffe, så de selv kan forsyne sig. Beboerne giver udtryk for, at de er godt tilfredse med forplejningen og en beboer oplyser, at hun har ønsket at få æg til morgenmaden, og at dette straks er blevet efterkommet. En anden beboer oplyser, at det er et dejligt sted at blive gammel. Om formiddagen sidder flere beboere og læser avis og der spilles afdæmpet musik.

Bordene er opstillet efter beboernes behov, hvor nogle beboere sidder samlet på faste pladser, mens andre beboere sidder i et hyggeligt hjørne ved et enmandsbord.

Tilsynet bemærker, at der er stillet enkelte bakker frem, som er tildækket med et plastikstykke med beboernes navne, hvilket virker mindre hjemligt.

Tilsynet observerer et frokostmåltid på en afdeling. Her har beboerne fået serveret smørrebrød, som ses flot pyntet og anrettet på fade. Fadene fremvises for beboerne.

Tilsynet bemærker, at måltidet i mindre grad afholdes i rolige omgivelser. Under måltidet bemærker tilsynet følgende:

- Tv og radio er tændt på samme tid og med høj lydstyrke.
- Opvaskemaskinen er sat i gang, hvilket skaber nogen støj.
- Opvaskemaskinen tømmes, og service herfra sættes i et skab, der er tæt placeret ved et bord, hvor beboere sidder og spiser.
- En medarbejder bærer en stor affaldssæk gennem rummet.
- Medarbejderne taler højt til hinanden, og der ses situationer, hvor en medarbejder med lidt høj stemme kalder på en af sine kolleger.
- En medarbejder går rundt og tørrer borde af, før alle er færdige med at spise.

Tilsynet bemærker dog positivt, at en medarbejder forsøger at skabe en mere rolig stemning, da hun kommer ind i den fælles spisestue. Medarbejderen slukker fx for radioen og beder en medarbejder om at vente med aftørring af borde, til alle beboere har spist deres mad.

Medarbejderne sidder med ved bordene og er opmærksomme på at være i dialog med beboerne. Ved et af bordene observeres det dog, at to medarbejdere primært er i dialog med hinanden.

BEBOERINTERVIEW

Madens kvalitet opfattes af samtlige beboere som værende god og varieret kost. Tre af beboerne fortæller, at kosten er fremragende, og at de ser frem til måltiderne i løbet af dagen, som værende en del af samlingspunktet og højdepunktet for dagen. Kosten beskrives som tygge- og synkevenlig, og samtidig er personalet behjælpelig med servering og anretning, hvis beboerne ønsker dette.

Beboerne udtrykker tilfredshed med rammerne for måltiderne, idet der tages hensyn til den enkelte beboers ønsker om placering, venskaber, selskabelighed og mestring. Flere beboere fortæller, at der foregår en hyggelig dialog omkring bordene, hvor der tales om dagens oplevelser eller politik.

En beboer efterspørger mere personale ved måltiderne, samt at personalet får bedre mulighed til at fordele sig ud blandt beboerne, da beboeren ikke oplever den dialog og samtale han ønsker. Beboeren fortæller, at personalet har mange opgaver forbundet med måltidet og at tiden primært går med praktiske gøremål.

En beboer tilkendegiver utilfredshed med, at transport af skraldevogne forgår igennem spisestuen, med lugt og støj til gene. Beboeren ønsker, at transporten indstilles, imens maden tilberedes, anrettes og indtages.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne oplyser, at alle opgaver ift. måltiderne planlægges og fordeles på morgenmøderne. Tilsynet får fremvist en oversigt over opgavefordelingen, hvoraf der fremgår beskrivelse af, hvem der fx deler bakker ud i boligerne, serverer maden for beboerne og hvem der skal sidde med ved bordene.

	Det er medarbejdernes oplevelse, at der er en god faglig refleksion ift. hvordan maden bedst anrettes og serveres for beboerne, så det sikres at alle får et godt og næringsholdigt måltid. En medarbejder beskriver faglige refleksioner i forhold en beboer, som får serveret et enkelt stykke smørrebrød ad gangen, da beboeren herved lettere kan overskue sit måltid og får spist det, der serveres. En anden medarbejder beskriver faglig sparring og afholdelse af inspirationsmøder med aftenvagterne som led i at sikre et godt og varieret måltid for beboerne. Livshistorien bringes i spil for at imødekomme beboernes ønsker og vaner, særligt i forhold til de beboere, der ikke selv kan udtrykke deres behov. Her sikres ligeledes et godt samarbejde med de pårørende for at få viden om, hvad beboerne godt kan lide. Medarbejderne beskriver, at de også nogle gange blot prøver sig forsigtigt frem, og aflæser beboernes reaktioner. Medarbejderne oplyser, at der er mange gode tilbud om mellemmåltider som fx proteinberiget is og frugt og kage til kaffen. Hver dag serveres friskbagt brød, og når beboerne har fødselsdag vælger de selv menuen. En af medarbejderne udtrykker oplevelsen af, at der stadig er for megen uro under måltiderne, hvilket særligt beboere med demens kan reagere mindre hensigtsmæssigt på. På medarbejderens afdeling har man netop talt om at etablere mindre spisegrupper, da flere beboere ikke magter at indtage måltiderne i et stort fællesrum. Medarbejderne udtrykker enighed om, at der er visse praktiske udfordringer med at skabe den nødvendige ro under måltiderne, da de praktiske opgaver typisk varetages af særlige medarbejdere, der alle har en forholdsvis stram tidsplan.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Maden anrettes og serveres med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang tilpasset beboernes særlige behov. Det er tilsynets vurdering, at der er en hyggelig stemning omkring morgenmåltidet. Tilsynet bemærker dog, at der anvendes plastikstykker til afdækning af morgenmaden, hvilket virker mindre hjemligt.

I forhold til frokostmåltidet er det tilsynets vurdering, at organiseringen heraf er mindre hensigtsmæssig, idet der forekommer mange forstyrrelser og dermed en del unødvendig uro under frokostmåltidet.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne finder maden velsmagende og indbydende. Beboerne udtrykker generelt, at rammerne for måltiderne er hyggelige. To beboere har kommentarer hertil. En af beboerne efterspørger mere socialt samvær med medarbejderne under måltiderne og en anden beboer finder det mindre tilfredsstillende, at der er transport af skraldevogne gennem spisestuen, mens beboerne spiser.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne på en fagligt reflekteret måde kan redegøre for faktorer, der medvirker til at sikre "Det gode måltid".

3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD

Data	**OBSERVATION** Under rundgang på plejecentret observeres en værdig og respektfuld dialog med beboerne. En beboer går ud af boligen, og går foran medarbejderen. Medarbejderen kalder stille på beboeren og minder beboeren om, at hun skal anvende sin rollator, som står ude foran boligen. Beboeren bliver glad for påmindelsen. Mange beboere opholder sig på fællesarealerne og nyder avislæsning og socialt samvær med hinanden og/eller med nogle medarbejdere. Der observeres en hyggelig stemning på flere fællesarealer, mens der er mere stille andre steder.

BEBOERINTERVIEW

Beboerne fortæller om en meget tilfredsstillende og behagelig omgangstone, personale og beboere imellem. Personalet optræder høfligt og hensynsfuldt overfor beboerne. En beboer fortæller om en episode, hvor en vikar havde en uhensigtsmæssig kontakt til en beboer, hvorefter det faste personale italesatte og korrigerede vedkommende. Det skabte efterfølgende en god tryghed hos beboeren.

Fire ud af syv beboere oplever, at personalet har travlt i dagligdagen. Travlheden italesættes eksplicit overfor beboerne i form af formuleringer som fx, at personalet lige kommer tilbage om 2 minutter. I den forbindelse er det fire beboeres generelle oplevelse, at personalet ofte glemmer deres aftaler og ikke får vendt tilbage.

Fire beboere fortæller, at der fra personalets side kan blive italesat sygdom eller anden karakter af fravær blandt personalet. Beboerne giver udtryk for, at det er en ærgerlig besked at modtage. Beboerne ser gerne, at fravær af personalemæssig karakter ikke italesættes overfor dem. En beboer fortæller, at hun er mere tilbageholdende med at bede om den nødvendige hjælp, når personalet italesætter sygdom eller anden lavere normering end normalt.

Seks ud af syv beboere giver udtryk for, at der ofte opleves lang ventetid på hjælpen, når beboerne benytter sig af klokkesnor eller egne nødkald. Flere beboere italesætter det som utrygt, og har gjort opmærksom på deres følelse af utryghed overfor personale og ledelse. Tilsynet har været i dialog med ledelsen omkring denne problemstilling og fået oplyst, at der hyppigt laves kontrol på ventetiden på kald. Kontrollen ved sidste stikprøver har vist, at alle kald er blevet besvaret inden for serviceniveauet. Ledelsen anerkender, at beboerne oplever, at der kan være ventetid.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør for faktorer, der har betydning for at udvise en respektfuld kommunikation og adfærd i mødet med beboerne.

Medarbejderne italesætter blandt andet fokus på følgende:

- Fokus på brugen af girafsprog
- Bruge girafsprog – anerkendende kommunikation
-
- Respekt for at det er beboerens bolig
- Give valgmuligheder afstemt den enkelte beboers særlige behov
- Afstemme kommunikationen individuelt
- Bruge kropssproget bevidst og ud fra en faglig refleksion
- Forebygge konflikter ved at aflæse beboernes adfærd og kropssprog
- Bruge humor, hvis dette skønnes relevant
- Udvise en nærværende tilgang
- Give tid til dialog og være bevidst om at nogle beboere har latenstid

Medarbejderne udtrykker, at de har haft godt udbytte af undervisningen i low arousal (en pædagogisk tilgang, som har fokus på at forebygge, håndtere og evaluere konflikter). Medarbejderne italesætter, at det altid er deres fulde ansvar at skabe den gode relation.

Medarbejderne oplever tryghed i medarbejdergruppen til at rette henvendelse til en kollega, hvis der bliver observeret mindre hensigtsmæssig kommunikation eller adfærd i mødet med beboerne. En medarbejder beskriver, at der generelt er en god tryghed ved både at give og modtage feedback.

Tilsynets vurdering - 3
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt. Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever respektfuld og anerkendende kommunikation fra medarbejdernes side. Beboerne italesætter oplevelsen af, at der er en meget behagelig omgangstone på plejecentret. Tilsynet vurderer, at flere beboere finder det mindre hensigtsmæssigt og trygt, at medarbejderne italesætter travlhed, og oplyser om sygefravær blandt medarbejderne. Tilsynet vurderer, at flere beboere har oplevelser i forbindelse med, at medarbejderne glemmer at overholde aftaler. Beboerne udtrykker oplevelsen af lang ventetid på besvarelse af nødkald. Tilsynet vurderer, at medarbejderne på en fagligt reflekteret måde kan redegøre for faktorer, der medvirker til at skabe respektfuld kommunikation og adfærd. Medarbejderne udviser faglig forståelse for arbejdet med low arousal.

3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING

Data	
	OBSERVATION Ved indgangspartiet til plejecentret er ophængt en elektronisk tavle, hvorpå der kan læses omkring menuplan og de daglige aktiviteter. Tavlen har en hensigtsmæssig placering og fremstår brugervenlig. På en af afdelingerne mødes tilsynet af en medarbejder og en beboer, som fortæller, at de er på vej til Opera – og glæder sig meget hertil. Et par beboere, som tilsynet møder på fællesarealet, oplyser, at de sidste uge var på bustur til Nordsjælland og til rock- koncert i sidste uge. Beboerne udtrykker tilfredshed med aktivitetsniveauet og fremhæver, at plejecentret er et godt sted at blive gammel. **BEBOERINTERVIEW** En beboer kan ikke svare på tilsynets spørgsmål. Øvrige beboere beskriver en bred mulighed af relevante og varierende hverdagsaktiviteter. Aktiviteterne kan være alt fra større planlagte ture eller spontant opståede aktiviteter lokalt ude i afdelingerne. Under beboerinterviewet fortæller en beboer, at der tidligere i dag havde været afholdt operakoncert til stor glæde for afdelingens beboere. Beboeren fortæller derudover, at aktivitetstilbuddene er tilstrækkeligt varierende. En anden beboer fortæller, at der er rig mulighed for at deltage aktivt i beboermøderne, hvor der er fokus på planlægningsdelen. Beboeren er glad for at have medindflydelse på selve møderne samt i tilrettelæggelsen af aktivitetstilbuddene. Flere af beboerne gør opmærksom på, at de kan have udfordringer ved at huske, hvilke aktiviteter der er i løbet af dagen, men kan orientere sig herom i beboerbladet. Flere af beboerne modtager træning fra eksterne terapeuter. Beboerne udtrykker stor tilfredshed med indhold og variation af træningen. Derudover udtrykkes stor tilfredshed med terapeuternes faglighed og tilgang. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne fortæller, at det er eksterne terapeuter, som bistår med træning hos beboerne. Terapeuterne koordinerer og afholder selvstændigt deres besøg hos den enkelte borger. Medarbejderne beretter om et tilfredsstillende samarbejde, derudover føler medarbejderne, at de kan søge viden og sparring hos terapeuterne.

	Lokalt i afdelingerne afholdes forskellige former for gymnastik eller aktivitet, hvor medarbejderne tager hensyn til beboernes egne ressourcer og formåen, med det for øje, at så mange som muligt kan deltage. En medarbejder fortæller til tilsynet, at der løbende er fokus på at hverdagsrehabilitere og genoptræne med beboerne. Der er yderligere fokus på, at ny-indflyttede beboere med hjælpemidler, genoptrænes med det formål at øge deres funktionsniveau. Dette har allerede vist sig i flere succeser, fx har flere borgere i kørestol nu egen gangfunktion og benytter ikke kørestol længere. Medarbejderne fortæller i interviewet, at der forgår forskellige lokale aktiviteter ude i afdelingerne som fx, opera, gymnastik, busture, højtlæsning eller gåture. På demensafdelingen tages der fagligt hensyn til den enkeltes behov, hvor socialpædagogen er aktiv i at tilrettelægge og afholde et forskelligt udvalg af tilbud. Det fremgår ifm. medarbejderinterviewet, at der fra afdeling til afdeling er en større kulturforskel vedr. planlægning og omfang af aktiviteter. Der nævnes for tilsynet, at der er en afdeling, der har to aktivitetsansvarlige medarbejdere, som dagligt koordinerer og afholder aktiviteterne. En anden afdeling har ikke samme struktur og koordinering af aktiviteter. Det giver sig til kende, at koordineringen og planlægningen af aktiviteterne er meget forskellig fra afdeling til afdeling. Enkelte afdelinger planlægger aktiviteterne allerede på deres morgenmøde. En anden afdeling har endnu ikke fundet frem til at få struktureret aktiviteterne, men medarbejderen fortæller til tilsynet, at der arbejdes på at få bedre struktur og flere aktiviteter ind i hverdagen. Medarbejderne oplyser, at der planlægges en række større aktiviteter for hele plejehjemmet i et aktivitetsudvalg bestående af beboere, medarbejdere, ledelse og forstander.
Tilsynets vurdering - 4	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt. Det er tilsynets vurdering, at der er et varieret tilbud om aktiviteter og træning i dagligdagen, hvilket beboerne også beskriver at opleve. Medarbejderne kan redegøre for tilbud om aktiviteter og træning. Det er dog tilsynets vurdering, at der er nogen forskel på, hvorledes aktiviteterne på afdelingsniveau koordineres og effektueres.	

3.7 MEDICINHÅNDTERING

Data	**OBSERVATION** Tilsynet foretager medicingennemgang hos syv beboere, hvoraf fire beboere har dosisdispensering. Alle beboere har "ikke dispenserbare præparater" og/eller pn medicin. Beboernes medicin opbevares i aflåste medicinrum. Medicinrummene er generelt store og indrettet til formålet. Det bemærkes dog, at der i flere medicinrum står kasser med gammelt medicin og brugte dosisposer som skal kasseres. Den enkelte beboers medicin er placeret i en kasse med navn og cpr-nummer i et aflåst skab. Alle beboernes doseringsæsker er mærket med navn og cpr-nummer. Det bemærkes dog, at flere doseringsæsker er meget slidte og trænger til udskiftning.

Der anvendes medicinvogne, hvor beboernes aktuelle doseringsæske/dosispose opbevares i en separat skuffe med navn og cpr-nummer. Nogle medicinvogne er placeret på fællesarealerne i aflåst stand, hvor andre står i medicinrummet.

Der arbejdes med at adskille medicinen via et farvet posesystem. Der er anbrudsdato på salver, dråber og anden medicin, der har begrænset holdbarhed efter åbning.

Under medicingennemgangen, som er foretaget sammen med udviklingssygeplejersken, er der i seks ud af syv medicingennemgange fundet mangler.

I en medicin gennemgang er der konstateret en dispenseringsfejl i fire doseringsæsker.

De øvrige mangler er generelt af mindre alvorlig karakter, men alligevel med en risiko for patientsikkerheden.

Der er observeret følgende mangler ved gennemgangen, nogle af manglerne forekommer i flere medicingennemgange:

- I to medicingennemgange er et præparat i PN-beholdningen ikke længere aktuelt, og skal flyttes over i pose med seponeret medicin.
- I to medicingennemgange er et præparat i aktuelbeholdningen ikke mere aktuelt, og skal flyttes over i pose med seponeret medicin.
- I to medicingennemgange mangler der kvittering af medicin. Det bemærkes desuden at der i de øvrige medicingennemgange ikke kvitteres tidstro.
- I en medicingennemgang er den dispenserede PN-medicin ikke mærket med præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato.
- I en medicingennemgang opbevares gammel medicin i en pose med pauseret medicin.
- I en medicingennemgang er der anbrudt to ens præparater i aktuelbeholdningen.
- I en medicingennemgang er teksten på doseringsæske og tekst på medicinskema ikke i overensstemmelse.
- I en medicingennemgang anvendes der ikke posesystem, derved er aktuel og ikke aktuel/pauseret medicin blandet sammen.
- I en medicingennemgang er ordination på medicinskema ikke i overensstemmelse med aktuelle ordination.

BEBOERINTERVIEW

Samtlige beboere udtrykker tryghed og tilfredshed med hjælpen til medicinhåndtering. Det er beboernes opfattelse, at deres medicin udleveres rettidigt og korrekt.

Beboerne oplever, at personalet altid udleverer medicinen sammen med måltiderne, og herefter observerer, at tabletterne blive indtaget.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Der dispenseres en gang om ugen på faste dage ved faste medarbejdere. Der dispenseres efter Nexus dispenseringsmodul, således sikres altid kontrol af den ophældte medicin. Medarbejderen kan redegøre for, hvorledes medicindispenseringsprocessen foregår og er opmærksom på at få bestilt den rette medicin hjem til næste dispenseringsperiode. I planlægningen af opgaven anvendes et særligt kalendermodul for at sikre, at dispenseringerne udføres med rette interval.

Medarbejderen, der har med udlevering af dispenseret medicin og medicinadministration at gøre, redegør for kontrollen heraf. Medarbejderen følger gældende retningslinjer og anvender FMK-modulet (Fælles Medicin Kort) som det er tiltænkt.

	Medarbejderen pointerer, at der altid observeres at medicinen indtages, og ved enhver uoverensstemmelse eller tvivl tages kontakt til sygeplejersken.

Tilsynets vurdering - 2

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.

Ovenstående vurdering gives på baggrund af den observerede dispenseringsfejl hos en beboer, og på baggrund af de observerede mangler i opbevaringen og håndteringen af medicinen.

Det er tilsynets vurdering, at der ikke sker tidstro kvittering af administreret medicin.

På baggrund af tilsynets fund, og tilsynets dialog med den medicinansvarlige medarbejder, er det vurderingen, at gældende retningslinjer for administration og udlevering af medicin ikke følges konsekvent.

På trods af de konstaterede fejl og mangler vurderer tilsynet, at beboerne udtrykker tilfredshed med medarbejdernes håndtering af deres medicin.

Det er tilsynets vurdering, at den medicinansvarlige medarbejder og medarbejderen, der har med udlevering og administration af medicin at gøre, kan redegøre korrekt for arbejdsgange i forbindelse med udførelse af medicinopgaver.

3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN

Data	**OBSERVATION** For alle beboere observeres der ingen helbredsmæssige forhold, som ikke er håndteret. Dermed konstateres det, at der er sammenhæng mellem de beskrevne og de leverede sygeplejeopgaver hos de tre beboere. **BEBOERINTERVIEW** Tilsynet spørger ind til, om beboerne modtager nogen former for hjælp til sygepleje, men beboerne kan ikke redegøre for, om de modtager sygeplejeydelser, udover medicinhåndtering. Beboerne mener ikke selv, at de modtager sygeplejeydelser, og beboerne efterspørger ej heller behov for at være tilknyttet sygeplejeydelser. Enkelte beboere fortæller, at de har kendskab til sygeplejersken i afdelingen, og at sygeplejersken indimellem kommer på besøg hos beboeren. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne kan fagligt redegøre for, hvorledes der arbejdes systematisk efter de visiterede sygeplejeindsatser. Social- og sundhedsassistenten oplyser, at hun kun udfører sygeplejeopgaver, der ligger indenfor hendes eget kompetenceområde. Social- og sundhedshjælperen fortæller til tilsynet, at der fx ved et sårplejebesøg hos en beboer tilknyttes en handleanvisning i Nexus. Medarbejder kan herefter redegøre overfor tilsynet, at relevante observationer og handlinger efterfølgende dokumenteres. Social- og sundhedsassistenten forklarer ydermere, at hun er bevidst om reglerne for rammedelegation og opgaveoverdragelse. Medarbejderne oplyser, at der er mulighed for at søge faglig sparring og viden via fx VAR, kommunens egen platform, samt at der forefindes en proceduremappe i afdelingerne.

Tilsynets vurdering - 5

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering, at der er sammenhæng mellem de visiterede og leverede sygeplejeindsatser.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne fagligt kan redegøre for udførelsen af sygeplejeindsatser, herunder deres eget kompetence- og ansvarsområde.

3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Data	**INTERVIEW MED LEDER:** Forstanderen beskriver fokus på at sikre tilstedeværelse af de rette kompetencer på Jægersborghave. Der arbejdes løbende med at tilknytte den rette mængde faste medarbejdere til afdelingerne, samtidig med at have et kontinuerligt fokus på fastholdelse af personalet. Plejecentret har dog fortsat visse rekrutteringsudfordringer, idet der mangler fastansatte medarbejdere på alle afdelinger. Den manglende mængde fastansatte medarbejdere erstattes på nuværende tidspunkt med faste afløsere og vikarer. Herudover ønskes en større sammensætning af social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker i afdelingerne. Plejecentret afsøger mange forskellige virkemidler til at kunne rekruttere og fastholde personale. Forstanderen beskriver, at der rekrutteres fx via HR-afdeling og sociale medier, samtidig med at der har været aflagt rekrutteringsbesøg på sundhedsfaglige uddannelsesinstitutioner. Forstanderens opfattelse er, at rekrutteringsprocessen går bedre end tidligere. Rekrutteringsudfordringerne har medvirket til, at afdelingerne i højere grad arbejder på tværs og deler de kompetencer, som er nødvendige for opgavevaretagelsen. Dette har været medvirkende til, at afdelingerne arbejder hen imod en mere ensartet struktur og den fælles kultur, som ledelsen ønsker at etablere. Et af ledelsens fokuspunkter i denne proces har været at se på opgaverne fremfor personalet, for derved at give en større fleksibilitet i opgavevaretagelsen. Forstanderen beskriver forskellige kompetenceudviklingstiltag af lokal og central karakter. Et af de centrale temaer for uddannelse har været low arousal, som hele medarbejdergruppen har arbejdet med. Herudover har der blandt andet været fokus på pårørendesamarbejde, uddannelsespraksis samt tanker om at integrere de studerende endnu mere som faste afløsere. Ledelsen har set et tilfredsstillende resultat ved at tilbyde kompetenceudvikling og forbedre sproget hos de medarbejdere, som har anden etnisk oprindelse end dansk. Medarbejderne med sprogvanskeligheder er blevet tilknyttet en sprogkonsulent og gennemgået et 8 ugers sprogkursus. Plejecentret lever op til Gentofte kommunes fraværspolitik og forstanderen mener at have en fraværsprocent, som er gennemsnitlig for Gentofte kommunes. I forhold til sygefraværet har ledelsen bemærket, at fraværet under Coronapandemien har være overraskende lav, og det har været medvirkende til, at man har kunnet varetage kerneopgaven tilfredsstillende. Der afholdes systematiske sygefraværssamtaler, hvor de faglige organisationer altid inviteres med, og således leves op til kommunens fraværspolitik. Der arbejdes med at sikre gode rammer for det tværfaglige samarbejde. Ledelsen har kigget ind i at ensrette mødestrukturen, så gruppelederfunktionen nu ér ansvarlig for at sikre fagligt fokus på tidlig opsporing på morgenmøder. Lederne har udarbejdet et kompendium, som sikrer, at afløsere og vikarer får den nødvendige introduktion til arbejdet. Der er blevet tilknyttet flere tværfaglige medarbejdere som fx udviklingssygeplejerske, intern demens-fagperson samt ergoterapeut. Herudover arbejdes der tværfagligt med indsatser, såsom dysfagi screening og projekt ”I sikre hænder”.

	MEDARBEJDERINTERVIEW Medarbejderne oplever, at deres kompetencer svarer til de opgaver, de stilles overfor. Medarbejderne er bevidste om at søge sparring, når der opstår tvivl. Flere af medarbejderne modtager derudover også faglig sparring fra plejehjemslægerne, hvor de fx er blevet undervist i at give korrekte injektioner. En medarbejder beskriver, at der arbejdes hen imod at ensarte arbejdsgange, så opgaverne udføres ens på plejecentret. En anden medarbejder beskriver, at den faglige sparring og opgavevaretagelsen på tværs i huset har været medvirkende til, at der bliver genereret en stadig større og mere fælles forståelse omkring opgaverne. Medarbejderne fortæller, at ledelsen er lydhør overfor den enkelte medarbejders ønske for kompetenceudvikling. Ledelsen har blandt andet imødekommet social- og sundhedsassistentens ønske for specifik kompetenceudvikling, ved at tilbyde uddannelse samt sidemandsoplæring i den konkrete opgave. Medarbejderne fortæller, at dagligdagen indeholder faglig sparring og sidemandsoplæring i konkrete opgaver. Det nævnes, at demens-fagpersonen bidrager med viden om Tom Kitwood's teorier og er medvirkende til at få udarbejdet demenshandleplaner til beboerkonferencer. Medarbejderne kan redegøre for arbejdet med indberetning og opfølgning på utilsigtede hændelser.
Tilsynets vurdering - 4	
Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er fokus på plejecentrets rekrutteringsudfordringer. Ledelsen imødekommer udfordringerne ved at gøre brug af de kompetencer, som afdelingerne lokalt og centralt har til rådighed. Samtidig har ledelsen for øje at benytte forskellige virkemidler i rekrutteringsprocessen. Tilsynet konstaterer, at plejecentret endnu ikke er helt i mål med rekrutteringsprocessen. Tilsynet vurderer, at der ledelsesmæssigt er fokus på at sikre gode rammer for det tværfaglige samarbejde, herunder at sikre, at medarbejderne fagligt sparrer med hinanden på tværs af afdelinger, så de faglige kompetencer udnyttes bedst muligt. Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne oplever, at deres kompetencer matcher de opgaver, de stilles overfor. Medarbejderne føler sig trygge i at efterspørge den faglige sparring og supervision.	

3.10 OBSERVATIONSSTUDIE

Data	**KOMMUNIKATION** **<u>Observationsstudie af bad ved en medarbejder – Nord</u>** Medarbejder banker på døren og hilser god morgen. Beboeren ligger i sengen og virker træt og lægger sig om på den anden side. Medarbejder hilser igen, og spørger ind til, om beboer er træt. Medarbejder sætter sig på hug foran sengen og fortæller beboeren på en venlig måde, at i dag er det badedag. Beboer følger med medarbejderen ud på badeværelset uden problemer. Medarbejderen anvender beboerens navn i dialogen, og skaber en rolig og afbalanceret atmosfære under badet. Tilsynet er ikke med ude på badeværelset, da medarbejder skønner, at dette vil forstyrre beboeren. **<u>Observationsstudie af bad ved en medarbejder – Syd</u>** Medarbejderen kommunikerer i en venlig og meget anerkendende tone. Der er grin og en humoristisk tilgang, hvor medarbejderen formår at skabe en hyggelig og rar stemning.

Der er en del småsnak om små daglige emner, som er med til at aflede beboerens opmærksomhed på opgaven. Medarbejderen roser beboeren og fører en individuel og afstemt dialog, som matcher beboerens mentale og kognitive behov. Det er tydeligt, at beboer og medarbejder har et godt kendskab til hinanden.

SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE

Observationsstudie af bad ved en medarbejder – Nord

Medarbejderen oplyser beboeren om sine handlinger. Beboeren virker kendt og tryg ved den måde, medarbejderen leverer hjælpen på. Beboeren fortæller til medarbejderen, at hun ikke ønsker hjælp til hårvask, hvilket respekteres af medarbejderen. Under badet er der en ligeværdig samarbejdsform, hvor beboerens behov imødekommes og respekteres.

Observationsstudie af bad ved en medarbejder – Syd

Medarbejderen spørger løbende ind til beboerens ønsker og imødekommer beboerens ønsker og vaner på bedste vis. Der er helt faste regler og rutiner, som medarbejderen følger gennem plejeforløbet.

Medarbejderen spørger, om beboeren er klar, før opgaven påbegyndes, og beboerens accept afventes.

REHABILITERING

Observationsstudie af bad ved en medarbejder – Nord

Medarbejderen giver beboeren mulighed for at bruge egne ressourcer, der guides omkring opgaveløsningen og beboeren udfører små opgaver, så som afklædning /påklædning og vask af de steder, hvor beboeren selv kan nå. Medarbejderen beder beboeren om at rejse sig op under badet, så det bliver muligt at vaske beboeren over hele kroppen. Beboeren går selv til og fra badeværelset, og bliver i løbet af plejen mere aktiv i forhold til opgaveløsningen.

Observationsstudie af bad ved en medarbejder – Syd

Medarbejderen giver beboeren mulighed for at klare så mange plejeopgaver som muligt. Der er helt faste rutiner i forhold til, hvilke opgaver beboeren selv udfører og hvilke opgaver medarbejderen udfører. Medarbejderen forlader boligen kortvarigt, efter beboerens ønske, hvor beboeren selv udfører små plejeopgaver på badeværelset.

ORGANISERING AF ARBEJDET

Observationsstudie af bad ved en medarbejder – Nord

Medarbejderen ordner badeværelset, aftørrer gulvet, idet beboeren har haft et lille uheld i løbet af natten. Derefter finder medarbejderen remedier frem til plejen, ifører sig handsker og forklæde.

Badet foregår på badeværelset, hvor der er opstillet badestol, kurv til urent tøj og svaber, så der er mulighed for at aftørre gulvet.

Under badet giver medarbejderens telefon ustandselig lyd fra sig, beboeren reagerer på dette. Medarbejder forklarer, at telefonen ringer, da andre gerne vil have fat på hende.

Tilsynet har efterfølgende dialog med medarbejderen omkring evt. mulighed for at sætte telefonen på lydløs under plejen.

Medarbejderen arbejder rutineret og beboeren virker bekendt med den måde, badet er tilrettelagt på.

Observationsstudie af bad ved en medarbejder – Syd

Medarbejderen oplyser til tilsynet, hvorledes badet er tilrettelagt, og at det er vigtigt at følge en fast rutine, da beboeren ellers kan blive urolig.

Det bemærkes, at medarbejderens telefon ringer flere gange (både kald, telefonopringninger og alarm-kald). Medarbejderen besvarer ikke opkaldene, da hun er i gang med plejen. Under plejen kommer en medarbejder ind i boligen og oplyser, at der er brug for medarbejderen. Medarbejderen forlader boligen, og beboeren efterlades på badeværelset. Medarbejderen oplyser til tilsynet, at det er fast praksis, at beboeren sidder lidt for sig selv. Resten af plejen forløber uden afbrydelser.

DEN FAGLIGE UDFØRELSE AF ARBEJDET

Observationsstudie af bad ved en medarbejder – Nord

Medarbejderen er iklædt værnemidler og arbejder efter de hygiejniske retningslinjer. (Tilsynet er ikke med ude på badeværelset, da det vurderes at ville forstyrre beboeren). Der bemærkes, at beboeren ikke sidder på badestolen, men derimod på toilettet under badet. Tilsynet har efterfølgende dialog med medarbejderen om brug af toilettet under badet. Medarbejderen oplyser, at beboeren er mere tryg på toilettet, idet der er MIA-støtter, som derved giver tryghed for beboeren.

Medarbejderen har fokus på, at beboeren selv klarer så mange ting som muligt, men har samtidig fokus på, at den nedre pleje, hudpleje og tandbørstning bliver udført grundigt. I forbindelse med påklædningen er medarbejderen opmærksom på, at beboer får sit nødkald på.

Medarbejderen ordner badeværelset og skifter beboerens sengetøj, før boligen forlades. Vasketøjsvognen og affaldspose, både fra badeværelse og fra stuen, tømmes og transporteres med ud i det urene depot. Medarbejderen og beboeren følges til fællesarealerne, hvor medarbejderen serverer morgenmad og giver medicin. Før medicinen gives, tjekker medarbejderen i Nexus, om medicinen stemmer.

Observationsstudie af bad ved en medarbejder – Syd

Beboeren forflyttes med loftlift til bækkenstol. Forflytningen foregår på en stille og rolig måde, jf. retningslinjerne på området.

Badet foregår på badeværelset, hvor tilsynet ikke er til stede. Det bemærkes dog, at medarbejder ikke anvender forklæde under badet.

Medarbejderen spørges efterfølgende ind til de hygiejniske principper, som der redegøres korrekt for. Beboeren børster selv sine tænder, mens medarbejderen reder sengen. Efterfølgende hjælpes med bad, hvorefter beboeren køres ind i stuen og smøres ind i creme, mens beboeren sidder på bækkenstolen. Derefter hjælpes med påklædning.

Under påklædningen er der en del dialog, idet beboeren er meget berørt over sin situation, og føler det meget nedvurderende at skulle have ble på og hænge i en lift. Medarbejder formår på en professionel og omsorgsfuld måde at støtte beboeren, så det bliver en rar oplevelse.

Beboeren forflyttes til en behagelig lænestol, og der spørges ind til beboerens ønske til morgenmad. Beboeren oplyser, at hun ikke vil have kaffe, da hun ikke vil på toilettet igen. Medarbejder oplyser straks, at hun gerne vil hjælpe beboeren på toilettet, så hun kan få sin kaffe. Beboeren fastholder, at hun ikke vil have kaffe.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at der under begge observationsstudier foregår en særdeles respektfuld kommunikation og adfærd fra medarbejdernes side.

Hjælpen udføres med udgangspunkt i at sikre beboerens selvbestemmelsesret og med udgangspunkt i den rehabiliterende tilgang.

I forhold til organiseringen af plejen, er det tilsynets vurdering, at diverse opkald fra medarbejdernes telefoner giver anledning til forstyrrelser under begge plejeforløb.

Det er tilsynets vurdering, at begge medarbejdere har fokus på at sikre korrekt håndhygiejne, men tilsynet bemærker dog, at medarbejderen under det ene observationsstudie ikke anvender forklæde under hjælpen til bad.

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

4.1 FORMÅL

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for borgere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem borgernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som borgerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 VURDERINGSSKALA

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau.:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • 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	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger
SCORE: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • 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 af elementerne i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
SCORE: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • 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 Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

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 plejecentre, 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.

Relateret document 20/21

Dokument Navn:	**Tilsynsrapport Kløckershave 2022.pdf**
Dokument Titel:	**Tilsynsrapport Kløckershave 2022**
Dokument ID:	**4960939**

Tilsynsrapport
Gentofte Kommune

Plejeboliger med hjemmehjælp, Kløckershave

Uanmeldt tilsyn 2022

BDO

INDHOLD

1. OPLYSNINGER OM PLEJEBOLIGERNE 4

2. VURDERING 5
2.1 TILSYNETS VURDERINGER 5
2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER 7

3. DATAGRUNDLAG 9
3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER 9
3.2 DOKUMENTATION 10
3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP 12
3.4 MAD OG MÅLTIDER 13
3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD 14
3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING 15
3.7 MEDICINHÅNDTERING 16
3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN 17
3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE 18
3.10 OBSERVATIONSSTUDIE 19

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE 21
4.1 FORMÅL 21
4.2 METODE 21
4.3 VURDERINGSSKALA 22
4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE 23

Forord

Dette er afrapporteringen af et uanmeldt helhedstilsyn, som BDO har foretaget.

Rapporten er opbygget således, at læseren på de første sider præsenteres for tilsynets samlede vurdering og anbefalinger. Herefter følger en række faktuelle oplysninger om tilsynsbesøget (herunder deltagere og tidspunkt) samt om det konkrete plejecenter.

Anden del af rapporten indeholder en kortfattet gengivelse af de data, som tilsynet har indsamlet ved hhv. interviews, observationer, observationsstudier og gennemgang af dokumentation. Derudover foretages kontrol af medicinen. For hvert tema foretager de tilsynsførende en vurdering ud fra de indsamlede data og øvrige indtryk. Disse vurderinger ligger til grund for den samlede vurdering, der som nævnt optræder indledningsvist i rapporten.

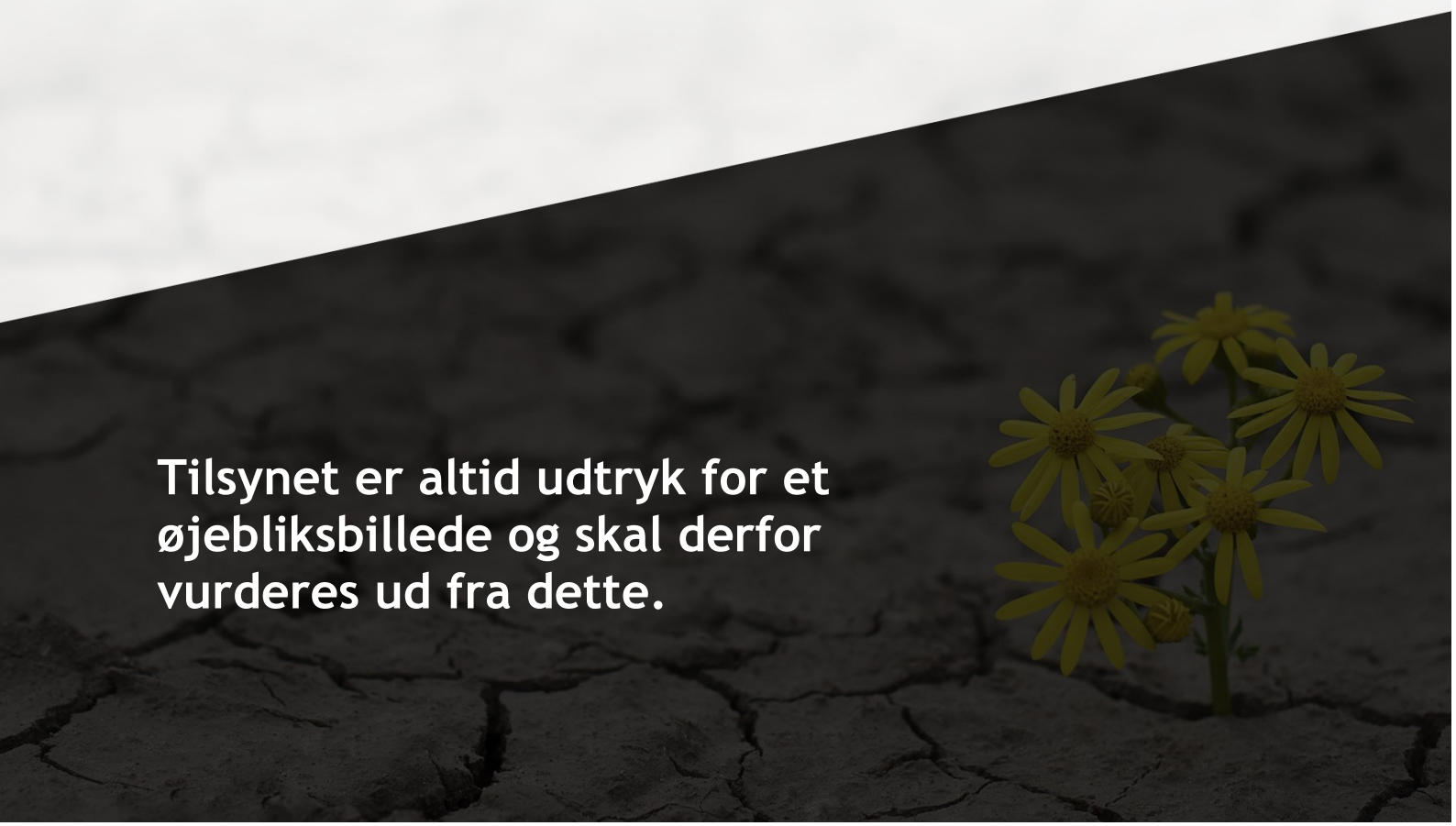
Tilsynets form, indhold, metode og afvikling er afstemt med kommunen.

Sidst i rapporten findes kontaktoplysninger til BDO.

Med venlig hilsen

Birgitte Hoberg Sloth
Partner
Mobil: 2810 5680
Mail: bsq@bdo.dk
Partneransvarlig

Gitte Ammundsen
Senior Manager
Mobil: 4189 0406
Mail: gia@bdo.dk
Projektansvarlig



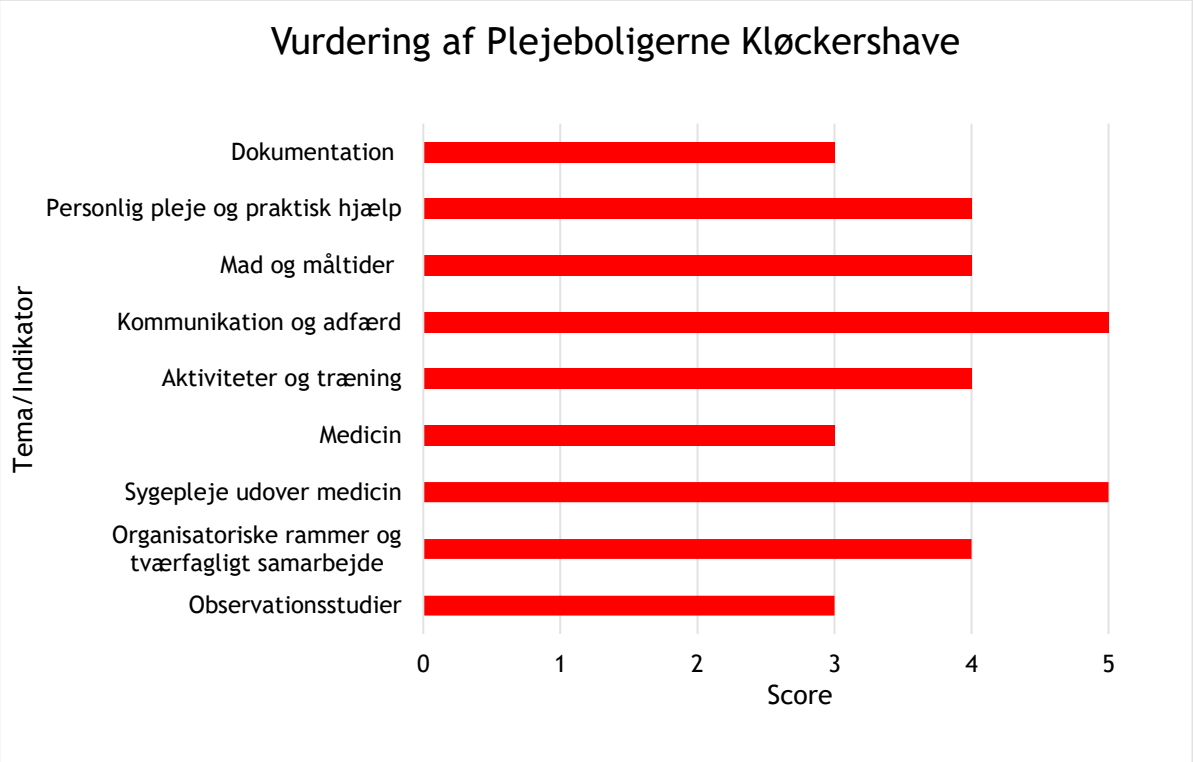
1. OPLYSNINGER OM PLEJEBOLIGERNE

Oplysninger om plejeboligerne og tilsynet
Navn og Adresse: Kløckershave, Dahlénstræde 6, 2820 Gentofte
Leder: Karin Hvidtfeldt Hansen
Antal boliger: 50 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 8. november 2022
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: • Interview med plejeboligernes ledelse • Interview af tre beboere • Gennemgang af dokumentation • Kontrol af medicinen • Observationsstudier • Gruppeinterview med to medarbejdere (en social- og sundhedshjælper og en social- og sundhedsassistent) Beboere, som indgår i individuelle interviews, har givet deres accept til at indgå i tilsynet. Tilsynet afsluttes med en kort tilbagemelding om tilsynsforløb og foreløbige udfordringer.
Tilsynsførende: Gitte Duus Andersen, Manager og sygeplejerske, cand. cur Andreas Bertelsen, Manager og sygeplejerske

2. VURDERING

2.1 TILSYNETS VURDERINGER

Tilsynet har vurderet hvert tema for sig, herunder ses et diagram over vurderingerne:



Dokumentation

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at døgnrytmeplanerne er opbygget efter en ensartet og systematisk tilgang, og at beskrivelserne generelt fremstår ajourførte og handlevejledende, fraset mindre mangler. Dette indebærer manglende beskrivelse af hjælpen til nat hos en beboer og manglende beskrivelse af hjælpen for bad hos to beboere. Funktionsevnetilstandene fremstår ajourførte, hvilket generelt også er gældende for helbredstilstandene. Hertil vurderer tilsynet dog, at der for alle tre beboere ses mangler i forhold til at sikre fuldstændig sammenhæng til den medicinske behandling. Herudover vurderer tilsynet, at de generelle oplysninger indeholder mangler hos en beboer, og at der for to beboere ses mangler i handlingsanvisningerne, idet der for begge beboere ikke er oprettet handlingsanvisninger tilknyttet indsatsen til medicindispensering/dosisdispensering og medicingivning. Endelig vurderes det, at der for to beboere er foretaget dokumentation af vægtmålinger, og at der generelt ses dokumentation af afvigelser og opfølgning, men at årsagen til en beboers triagering ikke fremgår tydeligt af dokumentationen.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på trods af de konstaterede mangler generelt kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen, men at en medarbejder fortsat er under oplæring.

Personlig pleje og praktisk hjælp

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at boligerne fremstår tilfredsstillende rengjorte, hvilket også er gældende for hjælpemidler, fraset en beboers kørestol.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever, at de modtager den hjælp til personlig pleje og praktisk støtte, som de har behov for, og at de er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Hertil vurderes det, at beboerne oplever selvbestemmelse og tryghed i forhold til den leverede hjælp, men at en beboer har enkelte bemærkninger i forhold til oplevelsen af kontinuitet og ventetid på besvarelsen af nødkald.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange relateret til den personlige pleje og praktisk støtte, herunder hvordan der arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang.

Mad og måltider

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der skabes en hyggelig og festlig stemning under det observerede frokostmåltid, som på tilsynsdagen var efterårsfesten. Hertil vurderes, at måltidet blev gennemført ud fra en rehabiliterende tilgang med fokus på at sikre beboernes selvbestemmelse og medindflydelse.

Tilsynet vurderer, at beboerne udtrykker stor tilfredshed med de fælles måltider, men at beboerne har forskellige meninger om madens kvalitet. En beboer beskriver maden med tilfredshed, mens de to øvrige beboere udtrykker mindre tilfredshed med madens konsistens, variation og tilberedning. Herudover er det tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange under måltiderne, hvor der arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang og med fokus på at skabe sociale relationer mellem beboerne.

Kommunikation og adfærd

Tilsynet vurderer, at indikatorerne for området i meget høj grad er opfyldt.

På baggrund af enkelte observationer er det tilsynets vurdering, at medarbejderne har en respektfuld og venlig kommunikation og adfærd i mødet med beboerne. Samtidig vurderes det, at beboerne ligeledes giver udtryk for at opleve en god og ordentligt kommunikation, og at medarbejderne kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe ligeværdig kommunikation.

Aktiviteter og træning

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at beboerne tilbydes forskellige daglige aktiviteter, hvilket beboerne også selv generelt giver udtryk for at opleve, ligesom beboerne også oplever, at de holder sig aktive i hverdagen.

Det vurderes, at medarbejderne kan redegøre for aktiviteter og træning, hvortil medarbejderne efterspørger et øget samarbejde med fysioterapeuten.

Medicinhåndtering

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Det er tilsynets vurdering af medicinhåndteringen på flere områder følger gældende retningslinjer på området, men at der forekommer mindre mangler i forhold til opbevaringen, hvilket indebærer manglende adskillelse mellem beboernes aktuelle medicin, pn medicin og den ikke-aktuelle medicin, at et præparat i den pauserede/seponerede beholdning har overskredet udløbsdatoen, samt at der mangler et præparat i en beboers pn beholdning. Herudover vurderes, at der forekommer enkelte mangler relateret til dokumentationen, hvilket skyldes, at der ikke foretages korrekt kvittering af administrationen på beboernes medicinskema, og at en beboers medicinskema bør opdateres, idet der henvises til administration af øjendråber, som ikke længere administreres.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne udtrykker tilfredshed og tryghed ved medarbejdernes håndtering af deres medicin, og at medarbejderne kan redegøre korrekt for arbejdsgange relateret til medicinhåndteringen, svarende til eget kompetenceniveau.

Sygepleje ud over medicin

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der er sammenhæng mellem de visiterede og leverede sygeplejeindsatser, og at beboerne italesætter tilfredshed med den hjælp, de modtager til sygeplejeindsatserne. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for, hvordan det sikres, at de sygeplejefaglige indsatser leveres ud fra en høj faglig standard.

Organisatoriske rammer og tværfagligt samarbejde

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

På baggrund af interviews med ledelsen og medarbejderne vurderer tilsynet, at der i høj grad arbejdes målrettet med at sikre en hensigtsmæssig organisering, gode rammer for kompetenceudvikling samt muligheden for faglige drøftelser og sparring med både interne og eksterne samarbejdspartnere. Samtidig er det tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for, hvornår der foretages indrapportering af utilsigtede hændelser, men at medarbejderne efterspørger mere læring på baggrund af de indrapporterede hændelser.

Observationsstudie

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opnået.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderen under observationsstudiet af personlig pleje sikrer en venlig og respektfuld kommunikation med beboeren. Samtidig vurderes, at der er et tæt samarbejde mellem medarbejderen og beboeren, hvortil plejen leveres ud fra en rehabiliterende tilgang med fokus på at sikre beboerens selvbestemmelse og medindflydelse.

Det vurderes, at der ikke forekommer unødige afbrydelser under plejen, men at der forekommer mangler i forhold til hygiejnen, idet medarbejderen ikke i alle tilfælde udfører korrekt skift af handsker, ligesom der ej heller foretages korrekt håndhygiejne mellem handskeskift.

BDO's vurdering er foretaget på baggrund af analysen af det datamateriale, som er indsamlet under tilsynet gennem interviews, dokumentation, observationer og observationsstudier. Derudover foretages kontrol af medicinen. Data vurderes i relation til lovgivningen, kommunens kvalitetsstandarder og øvrige retningslinjer samt tilsynets faglige viden og erfaring.

2.2 TILSYNETS ANBEFALINGER

Tilsynet giver anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger
1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder den målrettede indsats på dokumentationsområdet, og at der herunder rettes en opmærksomhed på at sikre: • At døgnrytmeplanerne indeholder handlevejledende beskrivelser af alle indsatser. • At der udarbejdes handlingsanvisninger på alle Sundhedslovsindsatser. • At der er sammenhæng mellem helbredstilstande og den medicinske behandling. • At der tages stilling til de generelle oplysninger hos alle beboere. • At årsagen til triageringen fremgår tydeligt af dokumentationen. 2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen følger op på en beboers oplevelser omkring manglende kontinuitet og lang besvarelse af nødkald, og at der sikres rengøring af beboerens kørestol. 3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder indsatsen omkring mad og måltider, så der er fokus på at højne beboernes tilfredshed med kvaliteten af maden. 4. Tilsynet anbefaler, at ledelsen etablerer tiltag, der understøtter muligheden for øget samarbejde omkring beboernes træning med den eksterne fysioterapeut.

5. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter en målrettet indsats på medicinområdet, så det sikres, at beboernes medicin opbevares, dokumenteres og administreres efter gældende retningslinjer.
6. Tilsynet anbefaler, at ledelsen iværksætter tiltag, der understøtter systematisk læring på baggrund af de utilsigtede hændelser.
7. Tilsynet anbefaler, at ledelsen sikrer, at medarbejderne følger gældende hygiejniske retningslinjer, så medarbejderne udfører korrekt skift af handsker og den nødvendige håndhygiejne mellem handskeskift.

3. DATAGRUNDLAG

3.1 OPFØLGNING FRA SIDSTE TILSYN OG UDVIKLINGSOMRÅDER

Data	**LEDERINTERVIEW:** Ledelsen fortæller, at der ved det sidste kommunale tilsyn blev givet anbefalinger i forhold til dokumentationen, herunder særligt i forhold til funktionsevnebeskrivelser og opfølgning på observationsnotater. Som opfølgning herpå beskriver ledelsen, at der har været afholdt eftermiddage med undervisning for alle medarbejdere, og at der dagligt tales ind i dokumentationen på forskellig vis. Herudover tilbyder en sygeplejerske support i dokumentationen ud fra de emner, som medarbejderne selv oplever at have vanskeligt ved. Der har ligeledes været afholdt undervisning for social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker ved udviklingssygeplejersken, og der er afsat dokumentationsdage, hvor der har været ekstra sygeplejersker, så dokumentationen kunne ajourføres. Ledelsen fortæller også, at de er i gang med at udarbejde auditskemaer, som er målrettet forskellige faggrupper, så fx social- og sundhedshjælperne kan gennemgå dokumentationen ud fra et skema, mens de sundhedsfaglige medarbejdere anvender et andet skema. Herudover italesætter ledelsen, hvordan der er arbejdet med innovationsledelse, og at de har været en del af kommunens kompetenceprojekt. Dette har medvirket til refleksioner omkring, hvordan man videndeler og får liv i hverdagen. På baggrund heraf er der udarbejdet en værktøjskasse, som skal understøtte læringen blandt medarbejderne. Dette gøres ved, at medarbejderne udfylder et skema, når de har været på uddannelse eller kursus. På skemaet skal medarbejderen blandt andet tage stilling til, hvad medarbejderen ønsker at dele fra undervisningen. Skemaet lægges i værktøjskassen, og ved det ugentlige faglige møde trækkes et tilfældigt skema op fra værktøjskassen. Herefter skal den medarbejder, som har udfyldt skemaet, dele sin viden fra undervisningen med kollegaerne til mødet og på baggrund heraf skabes der refleksion og læring ud fra det konkrete emne/oplæg. Ledelsen beskriver også, at der er arbejdet målrettet med nedbringelse af urinvejsinfektioner. Herunder er der anvendt et skema med gennemgang af symptomer, og at der er samarbejdet med lægerne. Ledelsen oplever, at indsatsen har bevirket et fald i antallet af infektioner og i antal urinprøver. Videre beskrives også, at der er stort fokus på beboernes mad og livskvalitet. Ledelsen beskriver, at der er ved at blive dannet en netværksgruppe med repræsentanter for både dag- og aftenvagt. Hertil er der afholdt et fremtidsværksted, hvor også beboere og pårørende har deltaget i indsatsen. Tilsynet er oplyst, at der på tilsynsdagen afholdes efterårsfest for beboerne, og at der er flere sygemeldinger blandt personalet.

3.2 DOKUMENTATION

Data	Tilsynet foretager gennemgang af de tre udvalgte beboeres omsorgsjournal. **Funktionsevnetilstande** Funktionsevnetilstandene fremstår opdaterede og aktuelle for alle tre beboere. I enkelte tilfælde ses, at der ikke er foretaget dokumentation af det faglige notat eller beboerens mål. **Døgnrytmeplanen** For to beboere er der udarbejdet døgnrytmeplaner for dag, aften og nat, mens beskrivelserne for nat mangler hos en beboer. Døgnrytmeplanerne er opbygget efter en ensartet struktur, hvortil den fastlagte skabelon anvendes korrekt. Døgnrytmeplanerne indeholder korte og præcise beskrivelser af den hjælp og støtte, som beboerne modtager. Beskrivelserne fremstår individuelle og med et rehabiliterende fokus. Hertil står fx, hvordan en beboer skal guides og igangsættes, hvorefter beboeren selv varetager plejen. Beskrivelserne fremstår generelt handlevejledende, fraset hjælpen til bad. For en beboer ses blot henvisning til konkrete dage for badet, mens badet hos en anden beboer slet ikke er beskrevet. I døgnrytmeplanerne ses beskrivelser af særlige hensyn og opmærksomhedspunkter, som er gældende hos den enkelte beboer. Her henvises fx til tidspunkt for besøg, at beboeren er hukommelsessvækket, har nedsat appetit, eller at der skal tilbydes fodbad. For en beboer beskrives det også, at beboeren ikke ønsker hjælp til bad, og at det derfor er vigtigt at være ekstra omhyggelig med hjælpen til personlig pleje. Endelig ses der sammenhæng til andre sundhedsfaglige opgaver, som fx medicinadministration, og der ses beskrivelser af sundhedsfremmende tiltag, som fx at beboeren skal smøres med creme eller motiveres til at spise/drikke. **Generelle oplysninger** For to beboere ses det, at der er taget stilling til felterne under de generelle oplysninger, fraset beboernes livshistorie. For en beboer mangler der udfyldelse af alle felter. **Handlingsanvisninger** For alle beboere ses, at der er udarbejdet handlingsanvisninger på sygeplejeindsatser, som fx kompression, målinger, injektion og kateter. De udfyldte handlingsanvisninger fremstår med tydelige beskrivelser af indsatsen og relevant link til VAR. For to beboere mangler der dog udarbejdelse af handlingsanvisning tilknyttet indsatsen til medicindispensering/dosisdispensering samt medicingivning. **Helbredstilstande:** Beboernes helbredstilstande fremstår generelt opdaterede og aktuelle. Dog fremstår beskrivelserne i enkelte tilfælde sparsomme og uden notat om behandlingsansvarlig læge. Herudover ses, at der for alle beboere er enkelte mangler i forhold til at sikre fuldstændig sammenhæng til den medicinske behandling. Dette vedrører f.eks., at der ikke er udfyldt en tilstand for smerter på trods af, at beboerne er i behandling med enten fast eller pn smertestillende medicin.

Observationsnotater:

For to ud af de tre beboere ses dokumentation af relevante målinger, ligesom der generelt ses dokumentation af opfølgning og afvigelser under observationsnotater.

Herudover bemærker tilsynet, at årsagen til en beboers gule triagering ikke fremgår tydeligt af dokumentationen.

MEDARBEJDERINTERVIEW

Medarbejderne redegør for udfyldelsen, anvendelsen og ajourføringen af døgnrytmeplanerne. Medarbejderne italesætter, at der i døgnrytmeplanen skal foretages beskrivelser af beboerens ressourcer og den indsats, som medarbejderne udfører. Døgnrytmeplanen læses inden besøget, så der er kendskab til beboerens ønsker og vaner for plejen. Døgnrytmeplanerne opdateres af kontaktpersonen ved ændringer. Hos nye beboere er der hjemmebesøg, hvilket bidrager til at skabe viden om beboeren. Herudover samarbejdes der med beboerens pårørende.

I udfyldelsen af funktionsevnetilstande beskriver medarbejderne, at der er et samarbejde mellem sygeplejerskerne og social- og sundhedshjælperne.

Helbredstilstande udfyldes af social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Hertil har en medarbejder vanskeligt ved at redegøre for den præcise sammenhæng, men medarbejderen beskriver samtidig at være ny og under oplæring. Medarbejderne finder, at der er gode muligheder for sparring og vejledning i hverdagen, og at der dermed altid er nogen, som man kan spørge, hvis man er i tvivl.

Medarbejderne fortæller, at der udarbejdes handlingsanvisninger på sygeplejeindsatserne, og at disse skal indeholde beskrivelser af, hvordan indsatsen skal udføres. Medarbejderne kommer også med eksempler på, hvornår en beboer skal triageres rød eller gul. Medarbejderne henviser til, at de øver sig i at notere tydeligt i dokumentationen, hvad årsagen til triageringen er.

Tilsynets vurdering – 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.

Tilsynet vurderer, at døgnrytmeplanerne er opbyggede efter en ensartet og systematisk tilgang, og at beskrivelserne generelt fremstår ajourførte og handlevejledende, fraset mindre mangler. Dette indebærer manglende beskrivelse af hjælpen til nat hos en beboer og manglende beskrivelse af hjælpen for bad hos to beboere.

Funktionsevnetilstandene fremstår ajourførte, hvilket generelt også er gældende for helbredstilstandene. Hertil vurderer tilsynet dog, at der for alle tre beboere ses mangler i forhold til at sikre fuldstændig sammenhæng til den medicinske behandling.

Herudover vurderer tilsynet, at de generelle oplysninger indeholder mangler hos en beboer, og at der for to beboere ses mangler i handlingsanvisningerne, idet der for begge beboere ikke er oprettet handlingsanvisninger tilknyttet indsatsen til medicindispensering/dosisdispensering og medicingivning.

Endelig vurderes, at der for to beboere er foretaget dokumentation af vægtmålinger, og at der generelt ses dokumentation af afvigelser og opfølgning, men at årsagen til en beboers triagering ikke fremgår tydeligt af dokumentationen.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderne på trods af de konstaterede mangler på dokumentationen generelt kan redegøre relevant for arbejdsgange i forbindelse med anvendelse og ajourføring af dokumentationen, hvortil en medarbejder fortsat er under oplæring.

3.3 PERSONLIG PLEJE OG PRAKTISK HJÆLP

Data	**OBSERVATION** Beboerne fremstår soignerede og veltilpasse. Deres tilstand bærer præg af, at den tildelte indsats er svarende til deres behov. Beboernes boliger fremstår tilstrækkeligt rengjorte, hvilket også er tilfældet for de observerede hjælpemidler, fraset en kørestol. **BEBOERINTERVIEW** Beboerne oplever alle at få den hjælp og støtte, som de har behov for. Hertil udtrykker beboerne tilfredshed med kvaliteten af hjælpen, hvortil de oplever, at der tages hensyn til beboernes ønsker og vaner. En beboer henviser til, at medarbejderne gør mere, end beboeren forventer, hvilket beboeren er yderst tilfreds med. Beboeren fortæller, at medarbejderne altid spørger ind til, hvordan beboeren ønsker det, og at medarbejderne herefter følger beboerens ønsker. En anden beboer beskriver, hvordan han har lavet aftaler med medarbejderne omkring plejen, hvilket indebærer, at beboeren også selv anvender sine ressourcer aktivt. Beboerne beskriver også, at aftaler holdes, og at de er trygge ved den hjælp, de modtager. Beboerne begrunder oplevelsen af tryghed med muligheden for at få hjælp, samt at hjælpen generelt leveres af faste medarbejdere, som de kender. En beboer har dog enkelte bemærkninger hertil, idet beboeren oplever, at der kommer mange vikarer, og at der ofte er lang besvarelse på nødkaldet. Tilsynet har været i dialog med ledelsen, som fortæller, at der i sommerperioden er anvendt vikarer, og at der vil blive fulgt op med en log på nødkaldet. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver, at der dagligt udarbejdes fordelingsseddel med oversigt over opgaverne. Plejen af beboerne fordeles ud fra kontaktpersonsordning. Hertil beskriver medarbejderne, at der ind imellem rokeres i beboernes kontaktperson, så beboerne får kendskab til alle medarbejdere i teamet. Medarbejderne beskriver, hvordan de gennem samtaler med beboerne og med udgangspunkt i døgnrytmeplanen sikrer, at indsatsen tager udgangspunkt i beboernes ønsker og vaner. Medarbejderne fremhæver, hvordan relationen mellem medarbejderne og beboerne bidrager til at skabe tryghed for beboerne. Der arbejdes ud fra en tilgang, hvor besvarelse af nødkaldet skal ske inden for 15 minutter. Medarbejderne beskriver, at der laves aftaler med nogle beboere om besvarelsen af nødkaldet, og at der her kan anvendes to-vejs-kald hos nogle beboere. Medarbejderne italesætter, at der ofte ikke forekommer forstyrrelser i deres arbejde, hvilket skyldes, at de laver aftaler med kollegaer om plejen, og at der er de rette remedier til rådighed i boligen. Den rehabiliterende tilgang er ifølge medarbejderne vigtig, idet den bidrager til livsglæde hos beboerne, samt at beboerne bevarer deres færdigheder. Medarbejderne beskriver, at de taler med beboerne om både kortsigtede og langsigtede mål, og at de i hverdagen er gode til at støtte beboerne i at udføre flest mulige opgaver selvstændigt. Ved ændringer i beboernes tilstand beskriver medarbejderne, hvordan de foretager en faglig vurdering af beboerens tilstand, måler værdier og sparrer med en kollega med højere kompetenceniveau end dem selv. Gennem dokumentationen og til de daglige triageringsmøder deles viden om beboerne. Medarbejderne beskriver herudover, hvordan der i hverdagen er gode muligheder for sparring, og at der er overlap mellem vagtlag.

	Medarbejderne redegør for arbejdsgange ved udførelse af praktiske opgaver, som fx rengøring, håndtering af vasketøj eller indkøb. Herunder, hvordan beboeren motiveres til at deltage i opgaven. Hvis der konstateres smitte hos en beboer, anvendes værnemidler efter gældende retningslinjer. Medarbejderne redegør korrekt for anvendelse af værnemidler under plejen, handskeskift og håndhygiejne.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at beboerne fremstår soignerede og veltilpasse, og at boligerne fremstår tilfredsstillende rengjorte, hvilket også er gældende for hjælpemidler, fraset en beboers kørestol.

Det er tilsynets vurdering, at beboerne oplever, at de modtager den hjælp til personlig pleje og praktisk støtte, som de har behov for, og at de er tilfredse med kvaliteten af hjælpen. Hertil vurderes det, at beboerne oplever selvbestemmelse og tryghed i forhold til den leverede hjælp, men at en beboer har enkelte bemærkninger i forhold til oplevelsen af kontinuitet og ventetid på besvarelsen af nødkald.

Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange relateret til den personlige pleje og praktiske støtte, herunder hvordan der arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang.

3.4 MAD OG MÅLTIDER

Data	**OBSERVATION** På tilsynsdagen indtager beboerne deres morgenmad i boligen. Af aktivitetsoversigten ses, at der en gang om ugen afholdes fælles morgenbord i kaffestuen. Tilsynet foretager kort observation af frokostmåltidet. Dette foregår i den store café, hvor der på tilsynsdagen er planlagt efterårsfest. Her ses, at bordene er pyntede med årstidens farver og ting fra naturen, hvilket bidrager til en festlig stemning. Der er sat navneskilte på hver plads. Ved måltidets start står medarbejdere og byder beboerne velkomne. Beboerne inviteres ind og følges til deres pladser. Under middagen sidder medarbejdere med ved bordene og støtter de beboere, som måtte have behov herfor. Der spilles klaver, og der er en hyggelig og god stemning. Beboerne har fået serveret drikkevarer efter eget ønske. Her ses, at flere drikker sodavand, og at nogle beboere nyder en øl. På bordet står også kander med vand, som beboerne kan skænke fra. Maden er anrettet på fade, som beboerne selv kan skænke fra. Ved et bord ses, at der sidder flere beboere, som fremstår meget selvhjulpne. Maden er anrettet i skåle og på fade, som beboerne selv sender rundt mellem sig. Beboerne hjælper hinanden, og fadene sendes rundt flere gange. **BEBOERINTERVIEW** En beboer udtrykker stor tilfredshed med madens kvalitet, hvorimod de to andre beboere finder maden mindre tilfredsstillende. Beboerne begrunder deres utilfredshed med madens konsistens, variation og tilberedning. Alle beboere udtrykker dog glæde ved de fælles måltider, hvor de nyder at spise sammen med de andre beboere. Måltiderne beskrives som værende hyggelige. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne redegør for arbejdsgange under måltiderne. Hertil beskrives, at beboerne indtager deres morgenmad i boligen, hvor der er fokus på at hjælpe beboerne på den måde, som de har brug for. Dette indebærer fx, at nogle beboere støttes i selv at tilberede morgenmaden.

	En gang om ugen afholdes fælles morgenmad, hvor der serveres rundstykker, wienerbrød og juice. Medarbejderne beskriver, hvordan mange beboere ser frem til og deltager i det ugentlige arrangement. Hertil beskrives, at nogle beboere hjælper til med forberedelserne ved at dække bord. Medarbejderne fortæller, at flere beboere benytter caféen, hvor de indtager frokostmåltidet og aftensmåltidet. Til frokosten har beboerne mulighed for at vælge, hvilke stykker smørrebrød, de ønsker, mens maden til aften anrettes af en køkkenmedarbejder. Medarbejderne beskriver, hvordan de arbejder målrettet med at skabe relationer mellem beboerne i forbindelse med måltiderne, hvilket indebærer, at nogle beboere støttes til at gå i caféen og deltage i fællesskabet, og at andre beboere støttes i at besøge hinanden i boligen. Under måltiderne fortæller medarbejderne, at de har fokus på at være en god vært, hvilket indebærer at sikre god stemning, god dialog, og at beboerne modtager den rette støtte.

Tilsynets vurdering - 4

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.

Det vurderes, at der skabes en hyggelig og festlig stemning under det observerede frokostmåltid, som på tilsynsdagen er efterårsfesten. Hertil vurderes, at måltidet bliver gennemført ud fra en rehabiliterende tilgang med fokus på at sikre beboernes selvbestemmelse og medindflydelse.

Tilsynet vurderer, at alle beboerne udtrykker stor tilfredshed med de fælles måltider, men at beboerne har forskellige meninger om madens kvalitet. En beboer beskriver maden med tilfredshed, mens de to øvrige beboere udtrykker mindre tilfredshed med madens konsistens, variation og tilberedning.

Herudover er det tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for arbejdsgange under måltiderne, hvor der arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang og med fokus på at skabe sociale relationer mellem beboerne.

3.5 KOMMUNIKATION OG ADFÆRD

Data	**OBSERVATION** På tilsynsdagen foretages der kun enkelte observationer af interaktion og kommunikation mellem medarbejdere og beboere. Dette skyldes primært, at beboerne opholder sig i egen bolig. I forbindelse med efterårsfesten observeres det, hvordan medarbejderne kommunikerer med beboerne på en venlig og respektfuld måde. Hertil ses, at en medarbejder på en venlig måde lægger sin hånd på en beboers skulder, hvorefter medarbejderen tiltaler beboeren i øjenhøjde. Det observeres også, at medarbejderne har et åbent og roligt kropssprog, hvortil der anvendes smil og grin i kontakten med beboerne. **BEBOERINTERVIEW** Beboerne oplever alle, at de har en god kontakt til medarbejderne, og at medarbejderne har en venlig og respektfuld kommunikation og adfærd. Beboerne beskriver i flere tilfælde medarbejderne som værende søde og venlige, og en beboer fremhæver også, at det er dejligt, at medarbejderne altid hilser venligt, når de møder beboeren på gangen. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne beskriver, hvordan de anvender en individuel tilgang, hvor kommunikationen er tilpasset til den enkelte beboer. Dette kan indebære, at der anvendes korte sætninger eller berøring i kontakten.

	Herudover fremhæver medarbejderne, hvordan de finder det vigtigt, at kommunikationen foregår i øjenhøjde med beboerne, og at medarbejderne i deres adfærd udviser ro og nærvær samt anvender smil. Medarbejderne henviser til, at særlige forhold omkring kommunikationen fremgår af dokumentationen, og at der i hverdagen er stort fokus på kemien mellem beboerne og medarbejderne. Hvis der observeres en uhensigtsmæssig kommunikation og adfærd beskriver medarbejderne, at de vil drøfte dette med vedkommende og samtidig spørge ind til, hvordan de kan hjælpe. Medarbejderne henviser til, at kommunikationen med pårørende sker på forskellig vis, fx gennem telefonisk kontakt, e-mail eller kontaktbøger, dog altid med beboerens samtykke.

Tilsynets vurdering - 5
Tilsynet vurderer, at indikatorerne for området i meget høj grad er opfyldt. På baggrund af enkelte observationer er det tilsynets vurdering, at medarbejderne har en respektfuld og venlig kommunikation og adfærd i mødet med beboerne. Samtidig vurderes det, at beboerne ligeledes giver udtryk for at opleve en god og ordentligt kommunikation, og at medarbejderne kan redegøre for faktorer, som medvirker til at skabe ligeværdig kommunikation.

3.6 AKTIVITETER OG TRÆNING

Data	**OBSERVATION** På afdelingerne ses, at der er indrettet små stuer, som kan anvendes til socialt samvær. I et rum er der også opstillet forskellige træningscykler, som beboerne frit kan benytte. På afdelingerne hænger en oversigt over ugens aktiviteter. Her er noteret daglige aktiviteter om formiddagen og eftermiddagen. Fx ses det, at der skal laves bordpynt til efterårsfesten, og at der skal dækkes bord til efterårsfesten. Der er også planlagt quiz og gåture samt bustur og kaffehygge. Dagens aktivitet er efterårsfesten, som er beskrevet som en del af måltidet. Flere af beboerne udtrykker over for tilsynet, at de glæder sig til festen, og at medarbejderne har motiveret dem til at iføre sig festlig påklædning og sminke. **BEBOERINTERVIEW** Beboerne er alle bekendte med tilbuddet om de forskellige aktiviteter, som de benytter i forskellig grad. En beboer deltager i flere aktiviteter, mens en anden beboer kun beskriver at deltage i enkelte aktiviteter. En tredje beboer nyder at deltage i de mange ture, men beboeren fortæller, at han er oplyst, at han har deltaget i for mange ture. Beboeren ønsker derfor ikke længere at deltage i turene. Tilsynet oplyses, at der tages hensyn til, at alle beboere skal have mulighed for at deltage i de planlagte ture. To beboere modtager ikke træning, mens en beboer får ugentlig træning ved en ekstern fysioterapeut. Beboerne beskriver alle, hvordan de generelt holder sig aktive i hverdagen i et niveau, svarende til deres funktionstilstand. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne fortæller, at der er ansat to aktivitetsmedarbejdere, som tilbyder forskellige aktiviteter ud fra beboernes ønsker. Herunder tilbydes der busture og forskellige klubber. Der samarbejdes også med frivillige, hvor der fx har været besøg fra en børnehave og en besøgshund.

	Medarbejderne beskriver, at der generelt er stort fokus på at skabe relationer mellem beboerne, og at beboerne også motiveres til at hjælpe hinanden. Dette kunne fx være i forbindelse med indkøb. Medarbejderne beskriver, hvordan de opfordrer beboerne til at anvende deres ressourcer aktivt som en del af den vedligeholdende træning. Herudover er der motionscykler og en træningsmaskine, som beboerne kan anvende. Medarbejderne beskriver, at der kan rekvireres ekstern fysioterapeut til genoptræning. Hertil oplever medarbejderne, at samarbejdet med fysioterapeuten med fordel kan blive bedre, hvilket kan indebærer, at medarbejderne støtter op om træningen.

Tilsynets vurdering - 4
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt. Tilsynet vurderer, at beboerne tilbydes forskellige daglige aktiviteter, hvilket beboerne også selv generelt giver udtryk for at opleve, ligesom beboerne også oplever, at de holder sig aktive i hverdagen. Det vurderes, at medarbejderne kan redegøre for aktiviteter og træning, hvortil medarbejderne efterspørger et øget samarbejde med den eksterne fysioterapeut.

3.7 MEDICINHÅNDTERING

Data	Tilsynet foretager gennemgang af medicinbeholdningen og dokumentationen hos de tre udvalgte beboere. **MEDICINGENNEMGANG** Beboernes medicin opbevares i boligerne i aflåste skabe. Her anvendes medicinkasser, som er mærket med beboerens navn og CPR-nummer. Der anvendes farvede poser, som en del af at sikre korrekt adskillelse af beboernes medicin. Dog bemærker tilsynet, at poserne ikke anvendes ud fra en fast systematik, og at der ej heller er en pose til beboernes pn medicin. Dermed ses, at der for alle beboere er mindre mangler i forhold til at sikre korrekt og tydelig adskillelse mellem beboernes aktuelle medicin, pn medicin og den ikke-aktuelle medicin. I boligerne opbevares den dispenserede medicin. Her ses, at alle æsker er påført beboernes navn og CPR-nummer, og at der er påført anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed. For alle beboere ses, at der er overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinskemaer og antal tabletter i doseringsæsker/doseringsposer, og at beboerne alle har fået administreret medicin, svarende til tilsynstidspunktet. Dog bemærker tilsynet, at der ikke foretages kvittering af administrationen på beboernes medicinskema. Herudover bemærker tilsynet følgende mangler: • I et tilfælde mangler et pn præparat i en beboers medicinbeholdning. Beboeren fortæller, at medicinen ikke er anvendt gennem en længere periode, og at præparatet med stor sandsynlighed kan seponeres. • I et tilfælde ses det, at beboerens medicinskema skal opdateres, idet der her er anført et præparat (øjendråber) under fast administration, som er i restordre, og som beboeren derfor ikke får administreret. Beboeren får i stedet administreret et andet præparat efter aftale med lægen. • Hos en beboer findes et præparat med udløbet holdbarhed i posen for pauseret/seponeret medicin.

	BEBOERINTERVIEW Beboerne udtrykker tilfredshed og tryghed ved medarbejdernes håndtering af deres medicin. Hertil beskriver en beboer stor tilfredshed med, at medarbejderne bestiller medicinen, så beboeren ikke selv behøver at tage på apoteket. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Under medicingennemgangen er tilsynet i dialog med sygeplejersken omkring arbejdsgange for medicinhåndteringen. Herudover spørges der ind til emnet under medarbejderinterviewet. Medarbejderne redegør for arbejdsgange relateret til disponeringen, hvortil det beskrives, at der er fokus på at skabe ro under dispenseringen. Ligeledes italesættes anvendelse af dispenseringsmodul, kontrol af dosis og opdatering af handelsnavne. Efter dispenseringen beskrives, at der foretages egenkontrol af den dispenserede medicin. Medarbejderne beskriver ligeledes, hvordan anvendelsen af de farvede poser bidrager med øget systematik i opbevaringen af beboernes medicin. Medarbejderne beskriver også her, at der er gode muligheder for sparring, og at der er sket oplæring inden opgaven overdrages. En medarbejder redegør også korrekt for håndtering af risikosituationslægemidler. Medarbejderen italesætter samtidig en arbejdsgang ved ændringer i medicinen hos beboere med dosisdispenseret medicin, som ledelsen vil følge op på. En anden medarbejder redegør korrekt for kontrol ved medicingivningen, hvortil både antal tabletter og dato kontrolleres. Ligeledes kontrolleres det, at medicinen ses indtaget, og der foretages kvittering af administrationen under opgaven. Medarbejderne er bekendte med, at kvitteringen fremadrettet skal ske i medicinskemaet. Ved administration af medicin med begrænset holdbarhed foretages der ligeledes kontrol af anbrudsdato.
Tilsynets vurdering – 3	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt. Det er tilsynets vurdering af medicinhåndteringen på flere områder følger gældende retningslinjer på området, men at der forekommer mindre mangler i forhold til opbevaringen, hvilket indebærer manglende adskillelse mellem beboernes aktuelle medicin, pn medicin og den ikke-aktuelle medicin, at et præparat i den pauserede/seponerede beholdning har overskredet udløbsdato, samt at et præparat mangler i en beboers pn beholdning. Herudover vurderes det, at der forekommer enkelte mangler relateret til dokumentationen, hvilket skyldes, at der ikke foretages korrekt kvittering af administrationen på beboernes medicinskema, og at en beboers medicinskema bør opdateres, idet der henvises til administration af øjendråber, som ikke længere administreres. Det er tilsynets vurdering, at beboerne udtrykker tilfredshed og tryghed ved medarbejdernes håndtering af deres medicin, og at medarbejderne kan redegøre korrekt for arbejdsgange relateret til medicinhåndteringen, svarende til eget kompetenceniveau.	

3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN

Data	**OBSERVATION** Der foretages ingen situationsbestemte observationer i udførelsen af sygeplejeopgaver. For alle beboere observeres ej heller helbredsmæssige forhold, som ikke er håndteret. Dermed konstateres det, at der er sammenhæng mellem de beskrevne og de leverede sygeplejeopgaver hos de tre beboere.

	BEBOERINTERVIEW To beboere kan redegøre for hjælpen til sygeplejeindsatserne. Hertil beskriver begge beboere, at de er tilfredse med hjælpen, og en beboer fortæller også, at sygeplejerskerne altid optræder meget venligt. En sidste beboer fortæller om en episode, hvor beboeren blev tilset af en sygeplejerske efter udskrivelse, hvilket beboeren var meget tilfreds med. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne kommer med forskellige eksempler på, hvilke sygeplejefaglige opgaver, de løser. Hertil beskrives, at der altid foretages en sygeplejefaglig vurdering af indsatsen ud fra overvejelser om, om indsatsen kan overdrages til en social- og sundhedsassistent eller -hjælper. For at sikre, at indsatsen udføres fagligt korrekt, tages der udgangspunkt i beskrivelsen i handlingsanvisningen, og ved faglige tvivl henviser en medarbejder til anvendelsen af VAR. Inden en indsats opgaveoverdrages beskriver medarbejderne, at der altid sikres grundig oplæring. Herudover beskrives det, at der altid er mulighed for sparring og yderligere oplæring. Medarbejderne kommer også med enkelte eksempler på, hvordan der arbejdes ud fra en rehabiliterende tilgang. Fx ved, at beboerne oplæres i at varetage medicindispenseringen med støtte.
Tilsynets vurdering - 5	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i meget høj grad er opfyldt. Det vurderes, at der er sammenhæng mellem de visiterede og leverede sygeplejeindsatser, og at beboerne italesætter tilfredshed med den hjælp, de modtager, til sygeplejeindsatserne. Tilsynet vurderer, at medarbejderne kan redegøre for, hvordan det sikres, at de sygeplejefaglige indsatser leveres ud fra en høj faglig standard.	

3.9 ORGANISATORISKE RAMMER OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Data	**LEDELSESINTERVIEW:** Ledelsen fortæller, at plejeboligerne har en forstander og to afdelinger, som har hver deres daglige leder. Herudover består medarbejdergruppen primært af faste faglærte medarbejdere, hvoraf der på hver afdeling er social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og en sygeplejerske. Der er også ansat to klubmedarbejdere, som varetager aktivitetsområdet. Ledelsen fortæller, at sygefraværet ligger inden for et acceptabelt niveau, og at kommunens retningslinjer på området følges. I medarbejdergruppen er der ressourcepersoner inden for forflytning, hygiejne og dokumentation. Herudover er praktikvejledere og en sygeplejerske netop ved at tage uddannelse til klinisk vejleder. Der anvendes også praktikanter i samarbejde med Jobcentret, og ved behov for fysioterapeut og ergoterapeuter samarbejdes der med Tranehaven. Ledelsen italesætter, at der er en høj kompleksitet hos beboerne, og at de derfor gør meget for at sikre, at medarbejderne har de rette kompetencer. Her afholdes f.eks. ugentlige møder med fokus på faglighed og læring, og medarbejderne tilbydes forskellige kurser inden for fx medicinhåndtering og demens. Hertil beskrives, at det kan være vanskeligt at få plads på kurserne. Ledelsen fremhæver herudover, at der er mulighed for sparring, rådgivning og supervision ved blandt andet kommunens konsulenter, demensteam og en psykiatrisk sygeplejerske mm. Ledelsen fortæller, at der er udarbejdet nyt introduktionsprogram for nye medarbejdere, og at der arbejdes med mentorordning. Hertil beskrives, at medarbejderne skal deltage i et kursus, som klæder dem på til mentorordningen.

	Herudover fortæller ledelsen, at man som ny er en del af en onboarding, som indebærer grundig praksisnær oplæring og tæt ledelsesmæssig opfølgning. I plejeboligerne er der en mødestruktur, som blandt andet indeholder daglige triageringsmøder og overlap mellem vagtlag. To gange om året afholdes der stormøder, hvor alle medarbejdere deltager, og herudover beskrives det, at der er flere sociale arrangementer på tværs af medarbejdergruppen, hvilket der er stor opbakning til i medarbejdergruppen. I forhold til de utilsigtede hændelser beskrives det, at der modtages månedlige oversigter over de indrapporterede hændelser, og at disse gennemgås med sygeplejerskerne, som er ansvarlige for at skabe læring i grupperne. **MEDARBEJDERINTERVIEW** Medarbejderne italesætter en oplevelse af, at der er sammenhæng mellem deres kompetencer og de opgaver, de stilles over for. Hertil beskriver medarbejderne, at der er gode muligheder for sparring og undervisning i forhold til de enkelte opgaver. F.eks. sikres der oplæring i den konkrete opgave, inden den overdrages. Medarbejderne beskriver også, at de har haft forskellig undervisning i low arousal, kommunikation/adfærd, dokumentation og medicin. En medarbejder beskriver også, at der er indført en værktøjskasse, som anvendes til det formål at dele viden fra undervisningen med kollegaer. Medarbejderne kommer med enkelte eksempler på, hvordan VAR og gældende instrukser anvendes i hverdagen. Hertil beskrives fx, at VAR anvendes ved faglig usikkerhed og i arbejdet med elever og nye medarbejdere, og at instrukser anvendes ved forhold omkring APV, eller når en beboer dør. I forhold til de utilsigtede hændelser beskriver medarbejderne, at der foretages indrapporteringer ved fejl/mangler i medicinen, når en beboer udvikler et sår eller ved infektioner. Medarbejderne beskriver, at der tidligere har været en gruppe, som sikrede læring på baggrund af de utilsigtede hændelser, men at gruppen har været inaktiv gennem en periode, og at der derfor med fordel kunne komme mere fokus på læringen. Af tværfaglige samarbejdspartnere fremhæves læger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, psykologer og kommunale konsulenter inden for fx hygiejne og demens. Medarbejderne kommer med et eksempel, hvor der er søgt sparring hos demenskonsulenter vedrørende problemstillinger hos en konkret beboer. Hertil oplevede medarbejderne et godt samarbejde.
Tilsynets vurdering - 4	
Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt. På baggrund af interviews med ledelsen og medarbejderne vurderer tilsynet, at der i høj grad arbejdes målrettet med at sikre en hensigtsmæssig organisering, gode rammer for kompetenceudvikling samt muligheden for faglige drøftelser og sparring med både interne og eksterne samarbejdspartnere. Samtidig er det tilsynets vurdering, at medarbejderne kan redegøre for, hvornår der foretages indrapportering af utilsigtede hændelser, men at medarbejderne efterspørger mere læring på baggrund af de indrapporterede hændelser.	

3.10 OBSERVATIONSSTUDIE

Data	**KOMMUNIKATION** Medarbejderen kommunikerer med beboeren i et venligt og roligt toneleje. Det er tydeligt, at beboeren og medarbejderen kender hinanden godt. Der er en god dialog, som blandt andet omhandler dagens efterårsfest, og hvordan dagen kommer til at forløbe. Medarbejderen optræder lyttende og nærværende over for beboeren, og kommunikationen foregår i øjenhøjde med beboeren. Under plejen spørger medarbejderen løbende ind til, om beboerens er velbefindende og tryghed.

SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE

Under hele forløbet er der et tæt samarbejde mellem beboeren og medarbejderen, hvortil medarbejderen udviser opmærksomhed på at sikre beboerens medindflydelse. Fx ses, at medarbejderen spørger ind til beboerens kateter, og at medarbejderen agerer med stor lydhørhed over for det, som beboeren fortæller. Medarbejderen følger op på de ting, som beboeren italesætter, og medarbejderen sikrer sig løbende beboerens accept, inden en handling udføres.

REHABILITERING

Medarbejderen udviser stor opmærksomhed på at inddrage beboerens ressourcer aktivt under forløbet. Hertil ses, hvordan medarbejderen guider beboeren til selv at gå ud på badeværelset, hvor beboeren motiveres til at varetage flere dele omkring plejen. Medarbejderen arbejder ud fra en kompenserende tilgang, hvor medarbejderen fx vasker beboerens ryg, mens beboeren selv vasker ansigtet. Beboeren deltager herudover også i påklædningen.

ORGANISERING AF ARBEJDET

Plejen udføres ud fra en hensigtsmæssig rækkefølge og på en måde, som beboeren er vant til. Medarbejderen har generelt alle remedier til rådighed for plejen, men må kort forlade beboeren for at hente remedier til kateterplejen, som er placeret i stuen. Der forekommer ingen unødige forstyrrelser under plejen. Hertil bemærkes positivt, at en kollega ankommer på fast aftalt tidspunkt for at varetage opgaven med beboerens kompressionsforbinding.

DEN FAGLIGE UDFØRELSE AF ARBEJDET

Den nedre pleje udføres i et samarbejde mellem medarbejderen og beboeren, hvor medarbejderen på korrekt vis udfører plejen omkring beboerens kateter.

Under plejen giver beboeren udtryk for at føle svie på hoften. Medarbejderen tilser området, smører med creme og fortæller herefter beboeren, at området bør aflastes, og at medarbejderne nok skal være opmærksomme herpå.

Herefter spørger medarbejderen om beboeren tidligere i dag har vasket sig i ansigtet. Dette svarer beboeren nej til, hvorefter medarbejderen motiverer beboeren til selv at udføre den øvre pleje under guidning.

Tilsynet bemærker, at medarbejderen under plejen er iført korrekt engangsforklæde og handsker. Dog udfører medarbejderen ikke i alle tilfælde korrekt skift af handsker, ligesom der ej heller udføres korrekt håndhygiejne mellem handskeskift.

Tilsynets vurdering - 3

Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opnået.

Det er tilsynets vurdering, at medarbejderen under observationsstudiet af personlig pleje sikrer en venlig og respektfuld kommunikation med beboeren. Samtidig vurderes det, at der er et tæt samarbejde mellem medarbejderen og beboeren, hvortil plejen leveres ud fra en rehabiliterende tilgang med fokus på at sikre beboerens selvbestemmelse og medindflydelse.

Det vurderes, at der ikke forekommer unødige afbrydelser under plejen, men at der forekommer mangler i forhold til hygiejnen, idet medarbejderen ikke i alle tilfælde udfører korrekt skift af handsker, ligesom der ej heller foretages korrekt håndhygiejne mellem handskeskift.

4. TILSYNETS FORMÅL OG METODE

4.1 FORMÅL

I henhold til Retssikkerhedslovens § 16 og Servicelovens § 151 er kommunalbestyrelsen forpligtet til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses, herunder at sikre kommunalbestyrelse, brugere og pårørende indsigt i den pædagogik, omsorg og trivsel, der leveres på det enkelte tilbud.

Jf. lovgivningen er formålet med tilsynet:

- At påse at beboerne får den hjælp, de har ret til efter loven og efter de beslutninger, som kommunalbestyrelsen har truffet
- At hjælpen er tilrettelagt og bliver udført på en faglig og forsvarlig måde
- At forebygge ved at gribe korrigerende ind før mindre problemer udvikler sig til alvorligere problemer

Tilsynene skal dermed bidrage til at sikre kvaliteten i tilbuddene, herunder at der er overensstemmelse mellem gældende lovgivning, plejecentrets referenceramme og den pleje- og omsorgsmæssige praksis.

BDO's tilsyn er tilrettelagt med udgangspunkt i ovenstående lovgivning og retningslinjer på området, og omfatter tilsynet med de organisatoriske, personale- og pleje- og omsorgsmæssige forhold på det enkelte plejecenter. Tilsynet sætter fokus på hverdagslivet for beboere og hvordan hjælpen efter deres opfattelse fungerer.

Med udgangspunkt i omfattende erfaringer med at føre tilsyn på hhv. ældreområdet og det socialfaglige område har BDO udviklet koncepter for tilsynsområderne, som gør det muligt at lade kontrol og læring gå op i en højere enhed. BDO lægger vægt på, at den dokumentation, der indhentes i forbindelse med tilsynene, er anvendelig i det fremadrettede arbejde med kvalitets- og kompetenceudviklingen.

Det økonomiske tilsyn dvs. tilsynet med forbrug, budget, kapacitetstilpasninger etc. indgår efter aftale med kommunen ikke i BDO's tilsyn.

4.2 METODE

BDO's tilsynskoncept kombinerer en række forskellige metoder til indsamling af viden, som alle tager afsæt i den anerkendende metode og en konstruktiv tilgang.

Den anerkendende og værdsættende tilgang handler om at fokusere på og lade sig inspirere af dét, der virker på det enkelte tilbud. Dette indebærer, at man i fællesskab søger at identificere tilbuddets ressourser, styrker og gode erfaringer. Metoden er særlig velegnet til det fremadrettede arbejde med henblik på at få overensstemmelse mellem beboernes ønsker og forventninger og medarbejdernes og ledelsens muligheder og rammer.

Den anerkendende tilgang kan ses som det ene ben i tilsynskoncepterne, mens det andet ben er struktureret og stringent metodeanvendelse. Alle former for dataindsamling, som benyttes i tilsynet, har udgangspunkt i gennemarbejdede og afprøvede skabeloner.

De anvendte metoder er henholdsvis kvalitative interviews, observationer, observationsstudier samt gennemgang af dokumentation. Samlet set giver de forskellige metodiske tilgange en dybdegående viden om og dermed belæg for at vurdere kvaliteten og sammenhængen i de ydelser, som beboerne modtager. Under tilsynet vil der ligeledes blive foretaget kontrol af medicinen.

Tilsynet giver et øjebliksbillede baseret på dialog, udsagn, observationer og gennemgang af dokumentation samt det foreliggende baggrundsmateriale. Tilsynet er derfor ikke nogen garanti for, at alle forhold på tilbuddet til enhver tid lever op til de lovgivningsmæssige krav og kommunalbestyrelsens forventninger.

4.3 VURDERINGSSKALA

Nedenfor ses eksempel på BDO's vurderingsskala, som understøtter rapportering på mål/indikatorniveau.:

VURDERING	VURDERINGSGRUNDLAG
SCORE: 5	**Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt** • Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen • Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle beboere 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	**Indikatorerne er i høj grad opfyldt** • Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af beboerne • Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 3	**Indikatorerne er i middel grad opfyldt** • Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats • Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af beboerne • En del af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger.
SCORE: 2	**Indikatorerne er i lav grad opfyldt** • Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen, med betydning for beboernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes • Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af beboerne • Få af elementerne i indikatorerne er opfyldt • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.
SCORE: 1	**Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt** • Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes • Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af beboerne • Der er fare for beboernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind • Tilsynet har en eller flere anbefalinger. Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.

4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet besluttes og planlægges ud fra de omstændigheder, som er gældende for det tidspunkt, hvor det uanmeldte tilsyn foregår.

Til brug for forberedelsen af tilsynet har BDO indhentet materiale fra kommunen, herunder eventuelle kvalitetsstandarder, vejledninger og politikker, værdigrundlag, oplysninger fra kommunens hjemmeside, ligesom oplysninger fra kommunens hjemmeside har indgået i det konkrete tilsyn.

De uanmeldte helhedstilsyn tilsyn gennemføres af 1-2 tilsynsførende. De tilsynsførende har en sundheds-faglig baggrund.

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 plejecentre, 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.

Relateret document 21/21

Dokument Navn:	**Samlet notat shd socialtilsyn 2022.pdf**
Dokument Titel:	**Samlet notat shd socialtilsyn 2022**
Dokument ID:	**5072874**

Samlet vurdering

Socialtilsyn SHD 2022

&

Tilkøbte Socialtilsyn SHD 2022

Indhold

Indledning 3
Oversigt opmærksomhedspunkter & udviklingspunkter 4
Opmærksomhedspunkterne 4
Sammendrag af fokus under de enkelte udviklingspunkter – et forsøg på et overblik. 6
Driftsorienterede tilsyn – anmeldte 8
Blindenetværket 8
Center for Trivsel og Netværk 9
Grønningen 10
Hvide og Gule Hus 11
Overførstergården 12
Pilekrogen 14
Østerled 15
Uanmeldte driftstilsyn 17
Blomsterhusene 17
Gammelmosen 19
Josephinehøj 20
Skelvej/Callisensvej 21
Tilkøbte socialtilsyn 22
Café Stolpen 22
Gentofte Håndarbejdsværksted 24
JAC – Job- aktivitets- og kompetencecenter 25

Indledning

Dette notat omhandler tilsyn på alle tilbud i SHD Gentofte Kommune. I 2022 har socialtilsynet været på tilsynsbesøg på alle tilbud i SHD.

Notatet er på dagsordenen på lederdialogmødet i marts 2022 i forhold til en diskussion af, hvad vi fælles kan lære af socialtilsyn 2022 samt hvilke initiativer udviklingspunkterne kalder på.

Botilbuddene er underlagt ansvarsområdet for tilsyn fra socialtilsynet.
I 2022 er der indgået kontrakt med socialtilsyn hovedstaden om tilkøbstilsyn for tilsyn på tilbud efter SEL §103 og §104. Birkegården blev pr 1/1 2022 organisatorisk en del af JAC, hvorfor de herefter indgår i den turnus der er for tilsyn af de enkelte tilbud under JAC

Et tilsyn er først udført, når der foreligger en endelig tilsynsrapport. Fra tilsynsrapporternes læsevejledning:
'Et tilsyn kan godt indeholde mere end ét tilsynsbesøg, eksempelvis hos et tilbud med flere afdelinger.
…Ligeledes kan tilsynet være administrativt og ikke indeholde et konkret tilsynsbesøg. Det fremgår af tilsynsrapporten hvorvidt der har været et fysisk tilsynsbesøg, hvor henne og hvorvidt det var anmeldt eller uanmeldt.'

Fakta om socialtilsyn 2022

Navn på tilbud	**Efter hvilke §§ er tilbuddet oprettet**	**Anmeldt driftstilsyn**	**Uanmeldt driftstilsyn**	**Tilkøbt ydelse**
Blindenetværket	ABL §105 stk 2; -med støtte efter SEL § 85	X		
Blomsterhusene	ABL §105 stk 2; -med støtte efter SEL § 85		X	
Center for Netværk	ABL §105 stk 2; -med støtte efter SEL § 85	X		
Gammelmosen	ABL §105 stk 2; -med støtte efter SEL § 85		X	
Grønningen	ABL §105 stk 2; -med støtte efter SEL § 85	X		
Hvide og Gule Hus	ABL §105 stk 2; -med støtte efter SEL § 85 Samt SEL §107	X		
Josephinehøj	ABL §105 stk 2; -med støtte efter SEL § 85		X	
Overførstergården	SEL §110	X		
Pilekrogen	SEL §108	X		
Skelvej/ Callisens Vej	ABL §105 stk 2; -med støtte efter SEL § 85		X	
Østerled	ABL §105 stk 2 -med støtte efter SEL § 85	X		
Café Stolpen	Sel §104			X
Gentofte Håndarbejds-værksted	SEL §103			X
JAC Udeliv & Samvær Kreativitet & Samvær Raatstof Medie	SEL §§103, 104 samt støttet beskæftigelse (Next job)			X

- Der er taget højde for det aktuelle Coronaberedskab på tidspunktet for tilsyn.
- Alle 14 tilbud i Social & Handicapdrift, har haft et driftstilsyn i 2022.
- Alle tilbud er fortsat godkendt
- Ingen tilbud har fået sanktioner i form af påbud eller vilkår.
- Ved et tilsyn, anmeldt eller uanmeldt, udvælges et antal temaer blandt de 7 temaer.
  Samtidig følger tilsynet op på opmærksomhedspunkter og udviklingspunkter fra tidligere tilsyn.
- Hvis Socialtilsynet vurderer, at et tilbud ikke har arbejdet tilstrækkeligt med et udviklingspunkt i det forløbne år og der fortsat er udfordringer, kan tilsynet vælge, at det pågældende emne skifter status fra udviklingspunkt til opmærksomhedspunkt.

- I skemaet nedenfor fremgår:
    - Hvilke temaer, der har været i fokus på det enkelte tilbud.
        - **O** markerer, at det ikke har givet anledning til udviklingspunkter.
        - **X** markerer, at det har givet anledning til udviklingspunkter
    - Hvilke tilbud der har fået 'opmærksomhedspunkter'
- Bemærkninger i forhold til økonomi er ikke medtaget her.
  Se særskilt redegørelse vedrørende det *Økonomisk tilsyn for SHD* v/ Bjørn Kallehauge Nielsen

Oversigt opmærksomhedspunkter & udviklingspunkter

- Hvilke tilbud har ved tilsynet fået opmærksomhedspunkter
- Hvilke temaer har ved dette tilsyn givet anledning til udviklingspunkter på de forskellige tilbud.
  - herudover er der ved tilsynet fokus på tidligere opstillede udviklingspunkter

	Opmærksomhedspunter.	Uddannelse & beskæftigelse	Selvstændighed & relationer	Målgruppe, metoder & resultater	Sundhed & trivsel	Organisation & ledelse	Kompetencer	Fysiske rammer
Blindenetværket	*Sundhed & Trivsel*	**O**	**X**	**X**	**O**	**X**		
Blomsterhusene	*Sundhed & Trivsel* + *Organisation & ledelse*	**X**	**X**		**X**	**X**		
Center for Trivsel & Netværk		**O**	**O**	**O**		**O**		
Gammelmosen		**O**				**X**	**O**	
Grønningen	*Sundhed og trivsel - Ikke et opmærksomhedspunkt – men en bemærkning om, at der pågår en dialog ml. tilbud og Socialtilsyn* + *Organisation & ledelse*			**X**		**O** *(kun indikator 9d)*	**O**	
Hvide & Gule Hus				**O**		**O**		**O**
Josephinehøj		**O**	**O**	**O**		**O**	**O**	**O**
Overførstergården	*Organisation & ledelse*			**X**		**O**	**X**	
Pilekrogen				**X**		**O**	**O**	
Skelvej/ Callisensvej							**O**	**O**
Østerled	*Fysiske rammer*				**X**			**X**
Café Stolpen		**O**	**O**	**X**	**X**	**O**	**O**	**O**
Gentofte Håndarbejdsværksted		**O**	**O**	**O**	**O**	**O**	**O**	**O**
JAC		**O**	**O**	**X**	**X**	**O**	**O**	**O**

Opmærksomhedspunkterne

Socialtilsynet følger op på opmærksomhedspunkterne på de pågældende tilbud. Opmærksomhedspunkterne er her samlet i overordnede emner

Magtanvendelse og registrering - blødebespændinger

Dette opmærksomhedspunkt drejer sig om den del af magtanvendelse, der omhandler forhåndsgodkendelse og registrering i forbindelse med 'bløde-bespændinger'.
Socialtilsynet har fokus på dette, det er ved tilsynene i 2022 noteret ved to tilbud. Opmærksomhedspunktet er gentaget fra tidligere, og retorikken er skærpet.

I tilsynsrapporterne står der:

- *'I det omfang der foreligger forhåndsgodkendelser, skal alle tilfælde af magtanvendelser indberettes på registreringsskema i henhold til forhåndsgodkendelsen, og kopi fremsendes månedligt til Socialtilsynet. Socialtilsynet vurderer det er et opmærksomhedspunkt, at tilbuddet efterlever gældende lovgivning på området.'*
- *'Tilbuddet skal sikre i hvert enkelt konkrete tilfælde, at en borger er habil i forhold til at denne giver samtykke til fx blød sele og kunne redegøre herfor.'*

Det drejer sig, som det fremgår om at arbejde efter gældende lovgivning. Udfordringen kan være, at tilbuddet har ganske vanskeligt ved at efterleve kravet om dokumentation ved hvert klik, da dette er meget tidskrævende.
Der er efter tilsynsbesøget udarbejdet en arbejdsgang der efterlever lovgivningen, denne arbejdsgang er udrullet på alle botilbud der benytter bløde bespændinger.
Alle botilbud, der har borgere indenfor målgruppen, gennemgår pt de enkelte borgere i samarbejde med borgerens handlekommune, for at afklare om nogle borgere er i stand til at give informeret samtykke til brug af bløde bespændinger.

Der arbejdes fortsat på at rejse udfordringerne, så der politisk findes en løsning.

Forhindring af fri adgang til fællesarealer samt sikre adgang til fællesarealer
Socialtilsynet har på flere tilbud bemærkninger i forhold til, om borgerne har fri adgang til fællesarealer samt at der ikke er aflåste skabe etc.
Ved et enkelt tilbud har dette ført til et opmærksomhedspunkt, der er videreført fra 2021, *…fra tilsyn 2021 om, 'at ledelsen skal sikre sig, at adgangen til fælleskøkkenerne er i henhold til borgernes lejemæssige rettigheder' ses ved dette tilsyn ikke opfyldt i 2 ud af 5 levegrupper….*
Opmærksomhedspunktet lyder således:

- *'Tilbuddet har siden 2019 haft opmærksomhedspunkter og udviklingspunkter omkring forebyggelse af strukturel magt og indgreb i selvbestemmelsesretten. Tilbuddet skal udarbejde og fremsende en konkret tids- og handleplan til Socialtilsynet for, hvordan ledelsen vil sikre borgernes lejemæssige rettigheder inden 16.12.2022'*

Ved et andet tilbud har Socialtilsynet ikke givet et egentligt opmærksomhedspunkt, men en bemærkning.
' … *på tilsynsdagen var der stadig låste skabe i fællesrummene, som blandt andet indeholder borgernes mad. Tilbuddet har efterfølgende sikret at der ikke er aflåste køkkenskabe i alle køkkener på nær et, hvor Socialtilsynet er dialog med tilbuddet og kommunen i forhold til at finde en løsning.'*

Tilbuddets juridiske rammer
Dette er et fokus for de tilbud der er oprettet efter ABL§105 – det er nævnt ved dette års tilsyn på et enkelt tilbud
'Tilbuddets ledelse bør sikre, at der er overensstemmelse mellem tilbuddets juridiske konstruktion/godkendelsesgrundlag og borgernes visitation og deraf dokumentation fra de visiterende kommuner.'

Sammendrag af fokus under de enkelte udviklingspunkter – et forsøg på et overblik.

Det er lidt forskelligt hvilket tema socialtilsynet har nævnt udviklingspunktet under, så her er de på bedste vis samlet i hovedemner.
Nogle udviklingspunkter er kun nævnt for et enkelt tilbud, disse er dog medtaget her, da det giver et bud på hvad Socialtilsynet har i fokus på deres tilsyn.
Socialtilsynet har generelt haft fokus på opstilling af mål/pædagogiske delmål, der understøtter borgerens udvikling samt dokumentation og evaluering af indsatsen i forhold til den enkelte borger.
Generelt er udviklingspunkter Socialtilsynets anbefalinger, dog er nogle af tilsynskonsulenterne meget konkrete i deres forslag til hvilke metoder et tilbud kan benytte i arbejdet.
Socialtilsynet har herudover blandt andet fokus på forebyggelse af magtanvendelse, andel af medarbejdere med faglig relevant uddannelse, de fysiske rammers indretning i forhold til målgruppen samt borgerens samtykke til udveksling af oplysninger.

Hvert punkt indledes med en kort sammenfatning af hvad socialtilsynet anbefaler og her efter i dotform citater fra tilsynsrapporterne

Dokumentationspraksis
Socialtilsynet anbefaler systematisk dokumentation, evaluering af indsats med fokus på den faglige indsats og udviklingen af denne samt inddragelse af borgeren.

- *'.. bør forsat have fokus på deres dokumentationspraksis i forbindelse med borgernes indsatsplaner, mål og delmål. Herunder styrke beskrivelse af metode, dokumentation af mål og delmål samt sikre en evaluering af indsatsen.'*
- *'..kan med fordel fortsætte arbejdet med at udvikle sin dokumentationspraksis efter SMART modellen.'*
- *'.. skal fortsat arbejde med at sikre systematisk dokumentation af indsatsen ud fra succeskriterier, herunder løbende evaluering med henblik på læring og forbedring af indsatsen og tydeliggørelse af hvordan borgeren er inddraget.'*
- *'.. ledelsen bør sikre, at tilbuddet får en ensrettet og systematisk dokumentationspraksis, som kan understøtte de faglige indsatser både i forhold til borgerne og på tilbudsniveau'*
- *'.. i den pågående proces med implementering af nyt dokumentationssystem, retter fokus endnu skarpere mod at dokumentere faglige tilgange og metoder som borgeren profiterer af, samt dokumenterer resultater systematisk med henblik på egen læring og forbedring af indsatsen.'*
- *'.. med fordel kan tyddeliggøre faglig praksis og refleksioner, herunder hvad og på hvilken måde blev en indsats gjort samt hvilken effekt gav den specifikke indsats i en given situation i den daglige dokumentation med henblik på læring og løbende udvikling af indsatsen.'*

Opstilling af mål
Fokus her er på opstilling af individuelle og konkrete mål, der understøtter og inddrager borgeren.

- *'.. tilbuddet forsat kan arbejde med at opstille individuelle og konkrete mål, der understøtter udviklingen af borgernes kompetencer til at indgå i sociale relationer og leve et så selvstændigt liv som muligt og at der følges op herpå.'*
- *'… kan med fordel have fokus på systematisk opstilling af pædagogiske delmål, der understøtter og stimulere borgerne i forhold til deres parathed og mulighed for dagtilbud under hensyn til målgruppens forudsætninger.'*
- *'..at det fremgår tydeligere hvordan er delmål er opsat i samarbejde med medarbejdere og borgere, eller på hvilken måde de er inddraget.'*

Forebyggelse af magtanvendelse
Det drejer sig om medarbejdernes kendskab til magtanvendelsesreglerne, herunder kendskab til personkredsen der er omfattet af reglerne samt medarbejdernes refleksioner i forhold til at forebygge magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten.

- *'.. i højere grad dokumenterer og efterfølgende reflekterer over anvendelsen af bøde seler i forhold til om der er tidspunkter eller situationer, hvor brugen kan mindskes på forsvarlig vis eller andre udviklingsmuligheder, som en registrering kunne medvirke til.'*
- *'..Ledelsesmæssige kompetencer i forhold til at foretage vurdering af medarbejdernes indberetninger af magtanvendelse, understøttelse af dokumentation ift. læring og forbedring af indsatsen for at undgå anvendelsen af magt, samt kendskab til nyere lovgivningen.'*
- *'.. sikrer undervisning til medarbejderne omkring magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten.'*
- *'.. ledelsen bør sikre, at medarbejderne har kendskab til personkredsen som er omfattet af magtanvendelsesreglerne, samt sikre undervisning omkring magtanvendelser generelt, herunder gråzoner.'*

Andelen af medarbejdere med faglig relevant uddannelse samt personalegennemstrømning og sygefravær
Fokus for socialtilsynet er den kvalitet borgeren møder, og derfor er dette emne tilbagevendende, da flere og flere tilbud vil få udfordringen, en vinkel på udfordringerne med rekruttering og fastholdelse.

- *'.. fortsat have fokus på at andel af medarbejdere med faglig relevant uddannelse øges, da tilbuddet yder en helhedsorienteret indsats til en målgruppe med komplekse udfordringer. Tilbuddet kan fortsat have fokus på at sikre stabilitet i medarbejdergruppen.'*
- *Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets personalegennemstrømning og sygefravær er meget højt, og ledelsen bør derfor have fokus på, hvordan man fastholder medarbejdere og understøtter et lavere sygefravær,'*

Fysiske rammer, målgruppe og værnemidler
Fokus for socialtilsynet er hjemlighed samt at borgeren kan få den fornødne pleje.

- *'.. overveje om de fysiske rammer i højere grad kan indrettes med hensyntagen til borgere, der får støtte af plejefagligt personale. Placering af personlige værnemidler kan ændres, så tilbuddet fremstår mere hjemligt.'*

Borgerens samtykke
Fokus her er borgerens retssikkerhed.

- *'.. sikre at samtykke til kontakt med eksterne samarbejdspartnere eller netværk er indhentet og dokumenteret, når udveksling af oplysninger om borgerne eller medarbejderne finder sted.'*

Driftsorienterede tilsyn – anmeldte

Blindenetværket

Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet

'.. Det er socialtilsynets vurdering, at tilbuddet samlet set opfylder betingelserne for fortsat godkendelse jf. §§ 6 og 12-18 i lov om socialtilsyn og dermed besidder den fornødne kvalitet der skal til for at sikre at borgerne ydes en indsats, der er i overensstemmelse med formålet med offentlige og private tilbud efter lov om social service. Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet har en kompetent ledelse, som er veluddannet og som supplerer hinanden godt. Tilbuddet er et helhedstilbud, som tilgodeser borgernes behov for aktiviteter. Tilbuddet støtter borgerne i deres sociale relationer samt understøtter borgernes sundhed og trivsel. Dette sker blandt andet ved at borgernes trivsel bliver registreret 4 gange i døgnet, men også via den sundhedsfaglige koordinator, som understøtter det pædagogiske personale. Tilbuddet arbejder med relevante faglige tilgange og metoder med udgangspunkt i blindepædagogik. Tilbuddet kan med fordel sikre at disse træder mere tydelig frem i tilbuddets dokumentation, samt effekten af det pædagogiske arbejde. Socialtilsynet vurderer, at ledelsen skal have fokus på at sikre, at brugen af eksterne vikar minimeres af hensyn til borgerne og deres særlige behov for personale, der kender dem og tilbuddets faglige tilgange og metoder. Socialtilsynet vurderer ligeledes, at tilbuddet skal forholde sig til lovgivning vedr. forhåndsgodkendte magtanvendelser og fagligt forholde sig til om borgerne er i stand til at give et informeret samtykke…'

Særligt i fokus ved tilsynet

I denne rapport er der fokus på 5 af kvalitetsmodellens temaer: Uddannelse og beskæftigelse, Selvstændighed og relationer, Målgruppe, metoder og resultater, Sundhed og trivsel samt Organisation.

Opmærksomhedspunkter

- **Sundhed og trivsel**
  'I det omfang der foreligger forhåndsgodkendelser, skal alle tilfælde af magtanvendelser indberettes på registreringsskema i henhold til forhåndsgodkendelsen, og kopi fremsendes månedligt til socialtilsynet. Socialtilsynet vurderer det er et opmærksomhedspunkt, at tilbuddet efterlever gældende lovgivning på området.'

Udviklingspunkter

- **Uddannelse og beskæftigelse**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Selvstændigheder og relationer**
  'Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet forsat kan arbejde med at opstille individuelle og konkrete mål, der understøtter udviklingen af borgernes kompetencer til at indgå i sociale relationer og leve et så selvstændigt liv som muligt og at der følges op herpå.'
- **Målgruppe, metoder og resultater**
  'Tilbuddet bør forsat have fokus på deres dokumentationspraksis i forbindelse med borgernes indsatsplaner, mål og delmål. Herunder styrke beskrivelse af metode, dokumentation af mål og delmål samt sikre en evaluering af indsatsen.'
- **Sundhed og trivsel**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Organisation og ledelse**
  'Tilbuddet kan fortsat have fokus på at andel af medarbejdere med faglig relevant uddannelse øges, da tilbuddet yder en helhedsorienteret indsats til en målgruppe med komplekse udfordringer. Tilbuddet kan fortsat have fokus på at sikre stabilitet i medarbejdergruppen.'

Center for Trivsel og Netværk

Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet

'..Det er socialtilsynets samlede konklusion, at tilbuddet fortsat lever op til Kvalitetsmodellens syv temaer. Der er i vurderingen lagt vægt på, at tilbuddet har et højt fagligt niveau og dermed yder en målrettet pædagogisk indsats, der sikrer trivsel og udvikling for borgerne.
Socialtilsynet taler med borgere fra alle tre bo-enheder og borgerne fortæller om meget høj grad af tilfreds med den indsats de modtager. Dialogen med medarbejderne og ledelsen afspejler et højt etisk og fagligt velfunderet afsæt i den daglige hverdag, hvor borgernes mødes med respekt og ligeværdighed. Dette kommer ligeledes til udtryk i det pædagogiske samspil, som socialtilsynet iagttager på besøgene i bo-enhederne.
Tilbuddet har fået en ny Centerleder, og tilbuddet deler ledelse med tilbud som er en del af Center for Trivsel og Netværk, men som er udenfor socialtilsynets tilsyn.
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet er veldrevet og at ledelsen har relevante kompetencer der understøtter tilbuddet drift og ledelsen har indgående kendskab til borgerne. Ledelsen har blik for at være en organisation i udvikling og iværksætter tydelige initiativer og forløb der har til formål at skabe forbedring og øget systematik, fx i henhold til tilbuddets dokumentationspraksis.
Hertil vurderer socialtilsynet, at tilbuddet er kendetegnet ved at have en stabil og kompetent medarbejdergruppe der er nysgerrige på ny viden og nye perspektiver, for at kunne give borgerne den bedst mulige indsats. Medarbejderne har alle relevant faglig grunduddannelse og tilbuddet har faste rammer for både den daglige ad hoc faglige sparring samt diverse mødefora, hvor faglig sparring og refleksion er en fast del på teammøder, supervision mv…'

Særligt i fokus ved tilsynet

I denne rapport er der fokus på 4 af kvalitetsmodellens temaer: Uddannelse og beskæftigelse, Selvstændighed og sociale relationer, Målgruppe, metode og resultater, Organisation og ledelse.

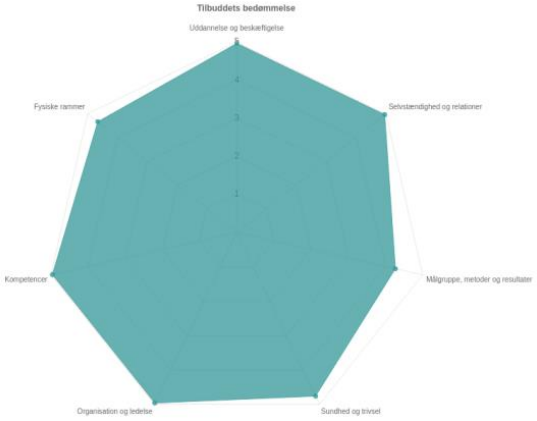
Opmærksomhedspunkter

- Ingen opmærksomhedspunkter

Udviklingspunkter

- **Uddannelse og beskæftigelse**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Selvstændighed og relationer**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Målgruppe, metode og resultater**
  Intet udviklingspunkt til dette tema

- **Organisation og ledelse**
  Intet udviklingspunkt til dette tema



Grønningen

Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet

'..Socialtilsynet vurderer samlet set, at tilbuddet fortsat opfylder betingelserne for godkendelse efter Lov om Socialtilsyn og sikrer dermed kvalitet til borgerne i henhold til kvalitetsmodellens temaer.
Socialtilsynet konkluderer, at tilbuddets anvendte tilgange og metoder generelt set er medvirkende til at nedbringe borgeres stressniveauer og udadreagerende adfærd, hvilket ligeledes understøttes af tilbuddets rummelige fysiske rammer.
Socialtilsynet vurderer, at der er ledelsesmæssig fokus og plan for at styrke de faglige kompetencer i arbejdet med relevante faglige tilgange og metoder ved at sikre at alle medarbejderne kommer på kursus i både metoder men også undervisning, i forhold til praktiske ting i forhold til borgerne.
Socialtilsynet ser, at tilbuddet således har opnået at danne et grundlæggende fundament i forhold til dokumentationspraksissen, som de kan bygge videre på. Tilbuddet kan med fordel fortsætte denne videreudvikling og derved optimere dokumentationspraksis yderlige i forhold til at understøtte
egen læring og herigennem forbedring af den faglige indsats.
Socialtilsynet vurderer, at medarbejdernes kontakt til og dialog med de enkelte borgere, i høj grad tager udgangspunkt i den enkelte borgers forståelsesramme og særlige behov for støtte. Socialtilsynet vurderer, at medarbejderne har faglige, personlige og relationelle kompetencer i forhold til målgruppen og at medarbejderne samlet set har et positivt og anerkendende samspil med borgerne.
Socialtilsynet vurderer, at ledelsen har fokus på udviklingspunkterne som er givet ved tidligere tilsyn og er i en positiv proces omkring at løfte disse. Temaerne som ikke har været behandlet under indeværende tilsyn, og de igangværende processer, vil der blive fulgt op på ved et senere tilsyn.
Socialtilsynet har ved dette tilsyn behandlet det opmærksomhedspunkt som tilbuddet fik ved sidste tilsyn i forhold til strukturel magt og indgreb i selvbestemmelsesretten, men ikke selve temaet sundhed og trivsel.
Tilbuddet har siden 2019 haft opmærksomhedspunkter og udviklingspunkter
omkring forebyggelse af strukturel magt og indgreb i selvbestemmelsesretten. Siden sidste tilsyn har tilbuddet arbejdet pædagogisk for at sikre at borgerne har adgang til blandt andet køkkenerne i afdelingerne samt skabe i fællesområderne, tilbuddet erkender at de endnu ikke er nået helt i
mål. På tilsynsdagen var der stadig låste skabe i fællesrummene, som blandt andet indeholder borgernes mad. Tilbuddet har efterfølgende sikret, at der ikke er aflåste køkkenskabe i alle køkkener på nær et, hvor socialtilsynet er dialog med tilbuddet og kommunen i forhold til at finde en løsning…'

Særligt i fokus ved tilsynet

I denne rapport er der fokus på 3 af kvalitetsmodellens temaer: Målgruppe, metoder og resultater, Kompetencer Samt Organisation og ledelse – her dog kun indikator 9.d i forhold til brug af ikke fastansatte medarbejdere.

Opmærksomhedspunkter

Organisation og ledelse

- *'Tilbuddets ledelse bør sikre, at der er overensstemmelse mellem tilbuddets juridiske konstruktion/godkendelsesgrundlag og borgernes visitation og deraf dokumentation fra de visiterende kommuner.'*

Der er ikke givet et egentligt opmærksomhedspunkt, men en bemærkning.
'… på tilsynsdagen var der stadig låste skabe i fællesrummene, som blandt andet indeholder borgernes mad. Tilbuddet har efterfølgende sikret at der ikke er aflåste køkkenskabe i alle køkkener på nær et, hvor Socialtilsynet er dialog med tilbuddet og kommunen i forhold til at finde en løsning.'

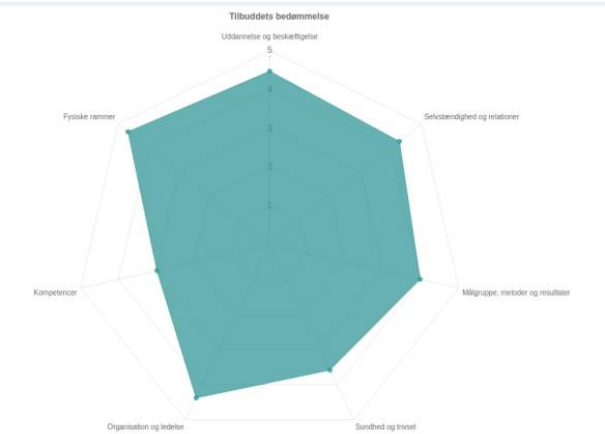
Udviklingspunkter

Målgruppe, *metoder og resultater*

- *'Tilbuddet skal fortsat arbejde med at sikre systematisk dokumentation af indsatsen ud fra succeskriterier, herunder løbende evaluering med henblik på læring og forbedring af indsatsen og tydeliggørelse af hvordan borgeren er inddraget.'*

Organisation og ledelse

- Intet udviklingspunkt til dette tema



Hvide og Gule Hus

Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet

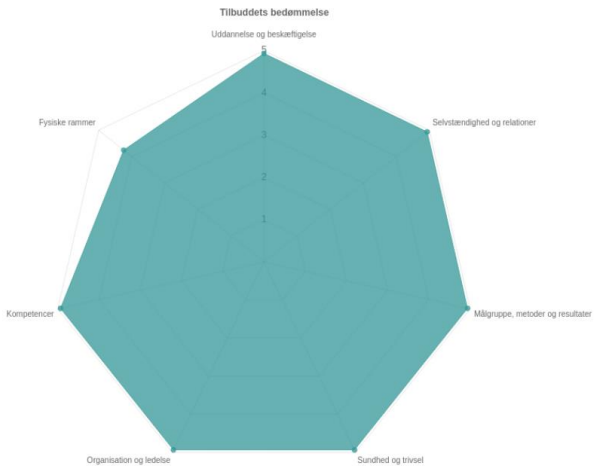
'..Tilsynsforpligtigelsen med Hvide og Gule Hus er i 2022 overgået fra Socialtilsyn Syd til Socialtilsyn Hovedstaden…Det vurderes således, at tilbuddet er velfungerende og veldrevet, og i sine ydelser understøtter borgernes udvikling og trivsel. Det er socialtilsynets vurdering, at alle borgerne i tilbuddet er visiteret indenfor tilbuddets godkendelsesramme, og at borgerne trives, og modtager en omsorgsfuld professionel indsats i tilbuddet. De borgere socialtilsynet taler med giver samstemmende udtryk for at opleve at være i et tilbud, der er det rette for dem, og for at de er trygge i dagligdagen.
Socialtilsynet vurderer endvidere, at der er overensstemmelse mellem beskrivelser og italesættelse af praksis om anvendte faglige tilgange og metoder fra medarbejdere og ledelse sammenholdt med tilbuddets oplysninger på Tilbudsportalen. Metoderne afspejles i den praksis medarbejderne beskriver for socialtilsynet, og det faglige niveau for udarbejdelse af dokumentation, herunder indsatsplaner med retningsangivende mål- og delmålsbeskrivelser, er af god faglig kvalitet.
Tilbuddet er i gang med at udvikle deres dokumentationssystem, så det understøtter dokumentationen af en ensartet, men individuelt tilrettelagt indsats, og gør det muligt at måle progression i den enkelte borgers udvikling. Ud over at kunne monitorere borgernes progression i forhold til indsatsmål, bruges dokumentationen også som afsæt for læring i tilbuddet.

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets medarbejdere har relevante faglige kompetencer, og at tilbuddet prioriterer ressourcer til relevant efteruddannelse. Ligeledes vurderes det, at medarbejdernes kompetencer anvendes relevant i tilbuddets daglige praksis. Socialtilsynet anerkender, det fokus tilbuddet har på at fremtidssikre medarbejdergruppens faglige kompetencer, og den opmærksomhed tilbuddets ledelse har på at sikre, at dokumentationspraksis afspejler en målrettet indsats i forhold til den enkelte borger. Socialtilsynet vurderer, at medarbejderne reflekterer kompetent over egen praksis, og det fremkommer under medarbejderinterview at kompetencer erhvervet ved kurser og efteruddannelse implementeres i praksis til gavn for borgerne.
Ved vurdering af tilbuddets fysiske rammer vægter socialtilsynet at tilbuddets omgivelser, udformning, indretning og faciliteter generelt er hensigtsmæssige i forhold til tilbuddets målgruppes behov, og understøtter indsatsens formål og indhold. Socialtilsynet vurderer, at det samlede billede at de fysiske rammer inde og ude tilgodeser borgernes behov, interesser og rettigheder blandt andet i forhold til at sikre borgernes trivsel, ret til privatliv, udfoldelsesmuligheder og mulighed for at opretholde sociale netværk. Dog bemærker socialtilsynet, at de fysiske rammer flere steder i tilbuddet ikke er egnede til gangbesværede borgere, eller i øvrigt indrettet hensigtsmæssigt i forhold til borgere med et fysisk plejebehov.
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets økonomiske forhold er gennemskuelige og giver mulighed for en bæredygtig drift og tilfredsstillende faglig kvalitet i forhold til prisen og i forhold til tilbuddets målgruppe…'

Særligt i fokus ved tilsynet
I denne rapport er der fokus på 3 af kvalitetsmodellens temaer: Målgruppe, metoder og resultater, Kompetencer samt Fysiske rammer.

Opmærksomhedspunkter
- Ingen opmærksomhedspunkter

Udviklingspunkter
- **Målgruppe, metode og resultater**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Kompetencer**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Fysiske rammer**
  Intet udviklingspunkt til dette tema



Overførstergården

Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet
'…Det er socialtilsynets samlede konklusion, at Herberget Overførstergården er et relevant tilbud til den godkendte målgruppe. Borgerne fremstår med tilfredshed over tilbuddet, og giver udtryk for, at de

modtager den hjælp, som de har behov for. Medarbejderne vurderes fagligt dygtige og med relevant indsigt i § 110-målgruppens forskellige problemstillinger og udfordringer. Målgruppen er voksne hjemløse borgere, som har sociale problemstillinger. Borgere med misbrug af hårde stoffer kan ikke rummes i målgruppen, ligesom borgere med udadreagerende adfærd ikke rummes. Målgruppen vurderes kendt af såvel medarbejdere som borgere. Tilbuddet har pr. 28. marts 2022 fået ny forstander, som derfor på tidspunktet for tilsynsbesøget ikke har haft mulighed for at fremvise konkrete resultater som følge af ledelse. Det vurderes, at forstander har mange relevante overvejelser i forhold til den situation, som tilbuddet kommer fra. Der er bl.a. tanker om en konkret plan for kompetenceudvikling, hvilket socialtilsynet understøtter, idet det kan hjælpe med yderligere kvalitetsudvikling i tilbuddet. Tilbuddets bestyrelse fremstår aktiv og med bevidsthed om det ansvar, som påhviler dem i bestyrelsen. Socialtilsynet bemærker, at tilbuddet har en meget høj personalegennemstrømning og et meget høj sygefravær. Det har ikke været muligt, grundet de ledelsesmæssige omstændigheder, at dykke nærmere ned i dette. Der er opstillet et opmærksomhedspunkt i forhold til at nedbringe begge forhold. Det vurderes, at der er et godt samarbejde med eksterne aktører, som understøtter flere aspekter af borgerens liv, og således både den fysiske og mentale sundhedstilstand. Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets overordnede tilgang handler om, at borgerne inddrages i beslutninger vedr. eget liv og deltager aktivt i det fællesskab, som opstår på Overførstergården. Socialtilsynet vurderer dog samtidig, at der er behov for at revurdere konstruktionen af beboermøderne ligesom det vurderes, at der er behov for at arbejde med den aktive inddragelse af borgeren i f.eks. dokumentation i egen sag. I relation til vold og overgreb er det socialtilsynets vurdering, at der generelt ikke forekommer fysisk vold, men at der kan opstå verbale konflikter, som kan kræve medarbejdernes mægling mellem borgerne. Socialtilsynet bemærker, at tilbuddet ikke anvender mestringsskemaer, tryghedsplaner eller lignende i den forebyggende indsats, og anerkender, at det virker overdrevet, når der ikke forekommer vold blandt borgerne. Dog anbefaler socialtilsynet, at tilbuddet undersøger disse redskaber, så tilbuddet er klædt på, hvis det en dag bliver nødvendigt at implementere. Ved det driftsorienterede tilsyn 2021 vurderede socialtilsynet, at borgernes værelser ikke er tidssvarende, idet der er tale om dobbeltværelser, hvor borgerne bor sammen to og to. Dette vurderes ikke at være i overensstemmelse med målgruppens sociale og/eller psykiske udfordringer, ligesom det ikke giver borgerne mulighed for at trække sig og være helt private. Tilbuddets bestyrelse, ledelse og medarbejdere tilkendegiver at være enige heri, og man søger at få finansieret en ombygning.'

Særligt i fokus ved tilsynet

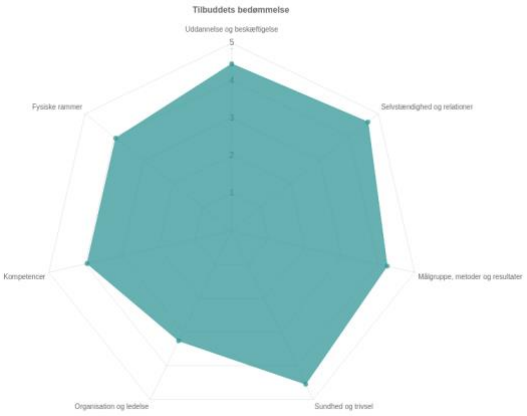
I denne rapport er der fokus på 3 af kvalitetsmodellens temaer: Målgruppe, metoder og resultater, Organisation og ledelse samt Kompetencer.

Opmærksomhedspunkter

- **Organisation og ledelse**
  'Tilbuddets driftsoverenskomst er fortsat ikke i overensstemmelse med Lov om Socialtilsyn. Socialtilsynet vil indlede en dialog med Forstander og bestyrelse med henblik på at få bragt dette i orden. Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets personalegennemstrømning og sygefravær er meget højt, og ledelsen bør derfor have fokus på, hvordan man fastholder medarbejdere og understøtter et lavere sygefravær.'

Udviklingspunkter

- **Målgruppe, metoder og resultater**
  'Socialtilsynet anbefaler, at tilbuddet sikrer tydeligere dokumentation af opfølgning på målene, således at opfølgningen sker systematisk i relation til det relevante mål.'
- **Organisation og ledelse**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Kompetencer**
  'Socialtilsynet vurderer, at ledelsen med fordel kan udarbejde en plan for kompetenceudvikling, så der sker en systematisk opkvalificering af medarbejderne i tilbuddet.'



Pilekrogen

Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet

'..Socialtilsynet konkluderer, at tilbuddet samlet set er velfungerende i forhold til målgruppen og deres behov og forudsætninger. Socialtilsynet bedømmer, at tilbuddets indsats har udgangspunkt i en klar målgruppebeskrivelse, og at tilbuddet arbejder med relevante tilgange og metoder, som vurderes at være relevant for tilbuddets målsætning og målgruppe. Socialtilsynet ser, at tilbuddet arbejder med indsatser, der skaber positive resultater hos borgerne. I denne forbindelse bemærker socialtilsynet, at tilbuddet i høj grad fastholder borgerens tilknytning til stedet, taget i betragtning af, at borgere kan have tidligere problematikker som fx hjemløshed, ringe tilknytning til behandlingssystemet.

Det er socialtilsynets vurdering, at borgerne generelt trives, hvilket understøttes af udsagn fra borgerne. Tilbuddet arbejder med forholdsvis nyt dokumentationssystem og er i en proces med at anvende det fuldkomment. I denne forbindelse ser socialtilsynet, at tilbuddet i dokumentationen mangler at tydeliggøre faglig praksis og refleksioner i den daglige dokumentation med henblik på læring og en løbende udvikling af indsatsen. Ligeledes ses at medarbejderne er usikre på at navigere i systemet. Tilbuddet har opfølgning på dette i foråret 2022

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddets tværfagligt sammensatte medarbejdergruppe har relevante kompetencegivende grunduddannelser, og at tilbuddets ledelse har relevant strategisk fokus på at sikre, at medarbejderne tilbydes løbende kompetenceudvikling. Medarbejderne ses desuden at have både personlige og relationelle kompetencer samt erfaring med målgruppen. Socialtilsynet observerer i denne sammenhæng, at medarbejderne udviser et fagligt – og et menneskeligt engagement.

Socialtilsynet er opmærksom på, at ledelsen er i en proces med at sætte rammerne og samtidig udvikle tilbuddet, bland andet i forhold til hvorledes de to teams skal fungere og samarbejde. Ledelsen betoner, at tilbuddet arbejder med 'organisatorisk medlemskab', som skal skabe mere fælles ejerskab hos personalet. Det er socialtilsynets vurdering, at medarbejderne arbejder med en faglig indgangsvinkel, ligesom de kan redegøre for, hvorledes pædagogiske tilgange og metoder anvendes. I denne forbindelse erfare socialtilsynet, at medarbejderne forklarer begreber uensartet i forhold til praksis. Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet er i en udviklingsproces, som i højere grad bør styrke teamsamarbejde (særligt mellem de to teams), sammenhængskraft og ensartethed i forhold til den faglige indsats og tilgang i begge team.

Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet har en kompetent og ansvarlig ledelse, der samlet set har relevante faglige baggrunde og erfaring i forhold til målgruppe og metoder samt ledelsesopgaver. Socialtilsynet ser, at ledelsen fremstår reflekteret omkring kerneopgaven og har fokus på at sætte rammerne for tilbuddets daglige drift, økonomi samt en fremadrettet strategisk udvikling..'

Særligt i fokus ved tilsynet

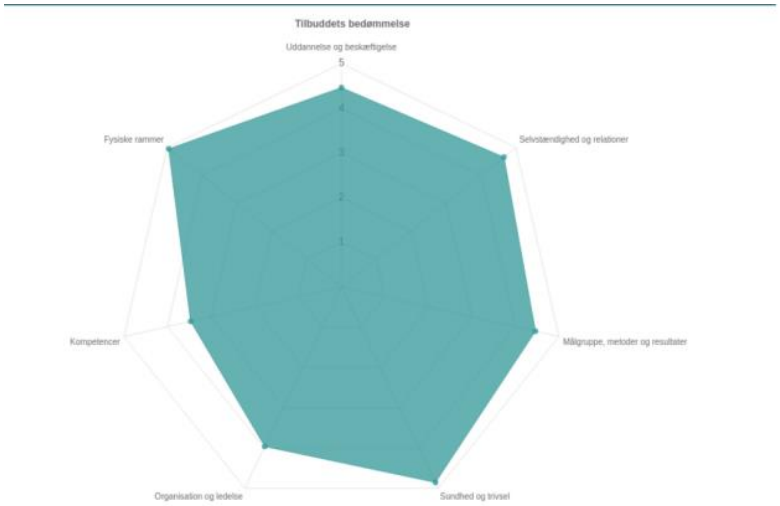
I denne rapport er der fokus på 3 af kvalitetsmodellens temaer: Målgruppe, metoder og resultater, Organisation og ledelse samt Kompetencer.

Opmærksomhedspunkter

Ingen opmærksomhedspunkter

Udviklingspunkter

- **Målgruppe, metoder og resultater**
  'Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet med fordel kan tyddeliggøre faglig praksis og refleksioner, herunder hvad og på hvilken måde blev en indsats gjort samt hvilken effekt gav den specifikke indsats i en given situation i den daglige dokumentation med henblik på læring og løbende udvikling af indsatsen.'
- **Organisation og ledelse**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Kompetencer**
  Intet udviklingspunkt til dette tema



Østerled

Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet

'..Det er socialtilsynets samlede konklusion, at tilbuddet fortsat lever op til kvalitetsmodellens syv temaer og at tilbuddets ledelse og medarbejdere forholder sig reflekterende og undersøgende i forhold til egen praksis, hvilket medfører høj kvalitet i de pædagogiske indsatser. Socialtilsynets vurderer, at Østerled er et veldrevet tilbud til målgruppen, og at tilbuddet arbejder med faglige tilgange og metoder, som vurderes relevante for tilbuddets målgruppe, og bidrager til trivsel og udvikling for den enkelte borger. Borgerne i tilbuddet giver udtryk for, at trives, hvilket understøttes af oplysninger fra ledelse og medarbejdere. Tilbuddet har været en del af et projekt under Fremfærd og har herigennem sikret sig en øget viden omkring demens. Denne viden har tilbuddet formået at alle medarbejder på tilbuddet kender til igennem ABC Demens kursus, samt at integrere det i den pædagogiske indsats i de afdelinger hvor der bor borgere med demens. Socialtilsynet vurderer, at medarbejderne har en individorienteret pædagogisk praksis, hvor de med afsæt i anerkendende og neuropædagogiske tilgang, tilpasser den pædagogiske praksis til den enkelte borgers behov. Socialtilsynet vurderer fortsat, at de fysiske rammer understøtter trivsel og udvikling for borgerne. Tilbuddet har sikret, at alle borgerne kan være i fællesarealerne også når der et behov for ikke at være sammen med mange og arbejder blandt andet med alternative løsninger så som flytbare skærme for at kunne dele rummene op, når der er et behov for dette. Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet har arbejdet relevant med udviklingspunkterne og i flere tilfælde, har fået indarbejdet udviklingsmålet i hverdagen. Da de omtalte temaer ikke har været behandlet under indeværende tilsyn, vil disse blive opdateret ved kommende tilsyn..'

Særligt i fokus ved tilsynet

I denne rapport er der fokus på 2 af kvalitetsmodellens temaer: Sundhed og Trivsel samt Fysiske rammer.

Opmærksomhedspunkter

- **Fysiske rammer**
  'Tilbuddet skal inden den 31.10.2022 sende tegninger hvor det tydlige fremgår hvilke arealer som er fællesarealer og servicearealer. Socialtilsynet vil når disse er modtaget i dialog med tilbuddet følge op på om der er fællesarealer som bliver benyttet som servicearealer.'

Udviklingspunkter

- **Sundhed og trivsel**
  'Socialtilsynet anbefaler, at ledelsen sikre undervisning til medarbejderne omkring magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten.'
- **Fysiske rammer**
  ' Ledelsen kan med fordel kan overveje om de fysiske rammer i højere grad kan indrettes med hensyntagen til borgere, der får støtte af plejefagligt personale. Placering af personlige værnemidler kan ændres, så tilbuddet fremstår mere hjemligt.'

Blomsterhusene

Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet

'.. Socialtilsynet vurderer, at Blomsterhusene, set i forhold til målgruppens forudsætninger, i høj grad understøttet beboernes uddannelse eller beskæftigelse jf. interview af de pårørende og medarbejderne. 92 % beboerne er tilknyttet dagtilbud udenfor Blomsterhusene, 8 % har dagsaktiviteter i tilbuddet og tilbuddet har fokus på at samarbejde med dagtilbuddene for at støtte op om beboerens tilknytning til dagtilbuddet. Tilbuddet opsætter ingen pædagogiske delmål, der kan understøtte borgernes dagtilbud eller aktivitet, hvilket tilbuddet med fordel kan udvikle på tilrettet målgruppen med lavt funktionsniveau. Socialtilsynet vurderer, at Blomsterhusene i høj grad arbejder med at støtte beboerne i forhold til at udvikle selvstændighed og indgå i sociale relationer. Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet har fokus på at opstille udviklingsmål - nu efter SMART modellen for de enkelte beboeres udvikling af selvstændighed og sociale kompetencer. Tilbuddet har for eksempel igangværende 22 delmål inden for sociale kompetencer eller selvstændighed, samt afsluttet 18 delmål indenfor de sidste 12 måneder indenfor samme områder jf. fremsendt skema over resultatdokumentation. Socialtilsynet har endvidere vurderet, at tilbuddet støtter beboernes kontakt til og samvær med deres forældre og andre pårørende. Derudover har Socialtilsynet vurderet, at tilbuddet støtter borgerne i at indgå i sociale aktiviteter i det omgivende samfund, ved at 50 % af beboerne har en fritidsaktivitet med ligesindet, ved at tilbuddet samarbejder med beboernes dagtilbud og ved at planlægge forskellige udflugter og aktiviteter i det omkringliggende samfund i overensstemmelse med de enkelte beboeres behov. Ved sidste tilsyn konkluderede Socialtilsynet, at tilbuddet anvender faglige tilgange og metoder, der omfatter neuropædagogik samt relations- og kommunikationspædagogik, der vurderes relevante for målgruppen. Tilbuddet arbejder ud fra en rehabiliterende/habiliterende tilgang. Borgerne motiveres og støttes, ud fra et helhedsperspektiv, til at bevare og udvikle deres fysiske, psykiske og sociale ressourcer og potentialer de hver især har. Borgerne støttes til at fastholde og udvikle identitet, selvværd og livsglæde, samt støttes til at kunne kommunikere og opleve størst mulig indflydelse på eget liv. Det er ligeledes socialtilsynets konklusion, at tilbuddets valg faglige indsats sikrer, at borgerne mest muligt er i trivsel og udvikling. Ud fra en samlet oversigt af afsluttet mål de seneste 12 måneder samt interview med medarbejderne, ses der at tilbuddet opnår positive resultater med borgerne ud fra opsatte mål, med udgangspunkt i bestillinger fra visiterende kommuner. Ligeledes ved sidste tilsyn konkluderede Socialtilsynet, at tilbuddet generelt arbejder understøttende med borgernes sundhed og trivsel. I vurderingen har Socialtilsynet lagt vægt på, at medarbejdere og ledelsen giver udtryk for, at borgerne generelt trives i tilbuddet og borgerne generelt mødes af respektfulde og anerkendende medarbejdere samt inddrages i beslutninger og valg i forhold der vedrører den enkelte. Dette understøttes af udsagn fra de pårørende og visiterende kommuner ved indeværende tilsyn. Tilbuddet har i dagligdagen fokus på faktorer så som kost, aktivitet og socialt samvær for at sikrer den umiddelbare trivsel. Socialtilsynet har i konklusionen yderligere lagt vægt på, at de medarbejdere det har været ansat i en længere periode på tilbuddet, generelt har relevant viden om de indsatser der er med til at understøtte borgernes fysiske og mentale sundhed, og at disse medarbejderne generelt formår til at tolke og forstå borgernes adfærd og signaler. Derudover er der lagt vægt på, at tilbuddet har fokus på, at målgruppen kan have en række somatiske udfordringer som kræver, at tilbuddet løbende samarbejder med sundhedssektoren, og det vurderes positivt, at tilbuddet har styrket den sundhedsfaglige indsat, ved at ansætte en koordinator på området.

Socialtilsynet vurderer, at udførelse af de faglige tilgange og metoder ift. at forebygge magtanvendelser, fortsat er udfordret af, at tilbuddet har fået mange nye medarbejdere, der har skulle lære en tilgang, og opnå indgående kendskab til borgerne, hvor små signaler og tegn skal tolkes og forstås korrekt for at undgå hændelser relateret til magt eller overgreb. Det vurderes, på baggrund af Socialtilsynets tilbagemelding mellem tilsynsbesøg vedr. forskellige sundhedsfaglige indsatser, hvor magt er anvendt, at tilbuddet efterfølgende har forholdt sig relevant og udarbejdet ny interne procedurebeskrivelse af sundhedsfaglige indsatser med magt jf. Sundhedsloven. Socialtilsynet er i dialog med tilbuddet om registreringer af brugen af forhåndsgodkendelser særligt i forhold til "blød sele" og hvorvidt alle borger kan give et samtykke hertil på baggrund af forskellige rettede oplysninger fra medarbejdere og ledelse. Tilbuddet har ikke siden sidste

tilsyn fremsendt indberetninger brugen af forhåndsgodkendelser til anvendelse af magt jf. Serviceloven, hvilket ledelsen med fordel kan være nysgerrigt på i forhold til om borgerne kan give habilt samtykke, samt dokumenterer brugen til løbende læring og forbedring af indsatsen. Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet har en samlet ledelse, som består af tilbudsleder og 4 - snart udvidet til 5 teamledere, som alle har fagfagligt og ledelsesmæssigt relevante kompetencer, samt en organisering der understøtter driften af tilbuddet. Socialtilsynet vurderer, at supervision og faglig sparring fra fx VISO og løbende strategi ved udbud af kursus og temadage med fagligt indhold jf. Årshjul og kursus katalog, der understøtter arbejdet for de faste medarbejdere i tilbuddet. Tilbuddet ses relevant at have arbejdet med øget intro til nye medarbejdere, samt udarbejdelse af kommunikationspas og huskekort som vurderes at understøtte en mere ens tilgang til målgruppen af borgere uden eller med meget lidt sprog, hvis behov for indgående kendskab er nødvendigt, for at kunne tolke og handle på deres tegn og signaler. Tilbuddets ledelse vurderes i samarbejde med TRIO at have iværksat relevante konkrete tiltag jf. fremsendt dokumentation for at fastholde faguddannet medarbejderne og nedbringe sygefravær og personalegennemstrømning med begyndende effekt. Et Opmærksomhedspunkt givet ved sidste tilsyn og som Socialtilsynet vurderer er opfyldt, men at ledelsen skal fortsætte dette strategiske arbejde i forhold til at fastholde den positive udvikling. Tilbuddets fysiske rammer består af 5 levegrupper, hvor hver borger har egen lejlighed som indeholder et stort opholds- og soverum, stort handicapvenligt badeværelse og egen terrasse. Der er i alle lejligheder mulighed for at etablere et lille the køkken og køleskab. Derudover er der i hver levegruppe et fælles køkken med tilhørende spiseplads, små opholdsstuer, fælles terrasse og have samt en lille atriumgård. På udendørsanelserne der er grusstier, hvor borgerne har mulighed for at bevæge sig rundt i området. De fysiske rammer er, både inde såvel som ude, rummelige, indbydende og hjemligt indrettet. Socialtilsynet konkluderer, at de fysiske rammer generelt set har kvalitet og er egnede til målgruppen. Derudover konkluderes det, ud fra oplysninger fra medarbejder og ledelsen, at borgeres viser tegn på trivsel, og at borgeres har mulighed for selv at bestemme, om de ønsker fællesskabet, eller mere rolige omgivelser i deres lejligheder. Siden sidste tilsyn har 1 lejlighed fået ændret adgangsforholdene ved terrassen, så de 2 lejligheder der ligger op af hinanden har fået en 2 delt adgang, men der er fortsat andre boliger, hvor borgere deler terrasse adgang. Socialtilsynet konstaterer ved dette uanmeldte tilsyn, at tilbuddet fortsat har opsat døre/låger med lås i 2 af 5 levegruppers fælleskøkkener. Socialtilsynet gjorde tilbuddet opmærksom på, ved tilsynet i 2020, at der ikke var lovhjeml til dette, da borgerne nu er visiteret til et botilbud jf. ABL § 105 og via deres husleje betaler for fællesarealerne, skal alle borgere have fri adgang til disse. Det er forsat socialtilsynets vurdering, at der ikke er lovhjemmel til at opsætte disse foranstaltninger, og ser det derfor som et opmærksomhedspunkt, at tilbuddet skal fremsende en konkret tids- og handleplan til Socialtilsynet for hvordan ledelsen sikre sig, at adgangen til fælleskøkkenerne er i henhold til borgernes lejemæssige rettigheder. Tilbuddet har den 15.12.2022 fremsendt en sådan konkret plan herfor til Socialtilsynet, hvorledes problematikken søges løst, hvilket Socialtilsynet vil følge op på ved kommende tilsyn… Det er imidlertid Socialtilsynets vurdering, at kvaliteten i tilbuddet er høj, og den lave grad af gennemsigtighed i økonomien ikke har indflydelse herpå...'

Særligt i fokus ved tilsynet

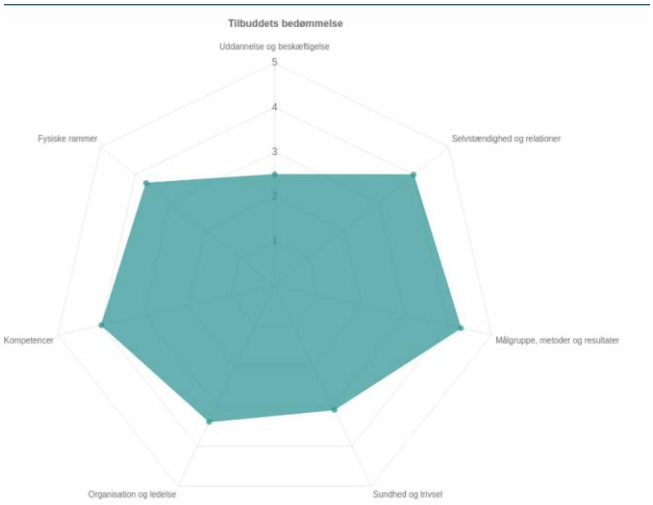
I denne rapport er der fokus på af kvalitetsmodellens 4 temaer: Uddannelse og beskæftigelse, Selvstændighed og relationer, Sundhed og Trivsel samt Organisation og ledelse.

Opmærksomhedspunkter

- **Sundhed og trivsel**
  'Tilbuddet skal sikre i hvert enkelt konkrete tilfælde, at en borger er habil i forhold til det denne giver samtykke til fx blød sele og kunne redegøre herfor.'
- **Organisation og ledelse**
  '*Tilbuddet skal udarbejde og fremsende en konkret tids- og handleplan til Socialtilsynet for, hvordan ledelsen vil sikre borgernes lejemæssige rettigheder inden 16.12.2022.'*

Udviklingspunkter

- **Uddannelse og beskæftigelse**
  'Blomsterhusene kan med fordel have fokus på systematisk opstilling af pædagogiske delmål, der understøtter og stimulere borgerne i forhold til deres parathed og mulighed for dagtilbud under hensyn til målgruppens forudsætninger.'
- **Selvstændighed og relationer**
  'Blomsterhusene kan med fordel fortsætte arbejdet med at udvikle sin dokumentationspraksis efter SMART modellen.'
- **Sundhed og trivsel**
  'Tilbuddet med fordel i højere grad dokumenterer og efterfølgende reflekterer over anvendelsen af både seler i forhold til om der er tidspunkter eller situationer, hvor brugen kan mindskes på forsvarlig vis eller andre udviklingsmuligheder, som en registrering kunne medvirke til.'
- **Organisation og ledelse**
  'Ledelsesmæssige kompetencer i forhold til at foretage vurdering af medarbejdernes indberetninger af magtanvendelse, understøttelse af dokumentation ift. læring og forbedring af indsatsen for at undgå anvendelsen af magt, samt kendskab til nyere lovgivningen.'



Gammelmosen

Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet

'..Det er socialtilsynets vurdering, at tilbuddet samlet set opfylder betingelserne for fortsat godkendelse jf. §§ 6 og 12-18 i lov om socialtilsyn og dermed besidder den fornødne kvalitet der skal til for at sikre at borgerne ydes en indsats, der er i overensstemmelse med formålet med offentlige og private tilbud efter lov om social service.
Socialtilsynet vurderer, at den samlede ledelse har relevant kompetencer og det ses afspejlet i udført ledelse. Socialtilsynet vurderer dog samtidigt at tilbuddets drift er påvirket i nogen grad. Socialtilsynet vurderer endvidere, at tilbuddet fortsat bør sikre den daglige drift med fokus på, at sikre at borgerne mødes af medarbejdere med viden, erfaring og fagrelevant uddannelse i et tilstrækkeligt omfang, samt sikre at sygefravær ikke er højere end på sammenlignelige tilbud. Socialtilsynet anerkender samtidigt, at tilbuddet arbejder på at sikre relevant kompetenceudvikling og opstart af supervision i 2023, så den faglige indsats sker mere systematisk i arbejdet med metoder og tilgange.
Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet i høj grad støtter borgerne i at udnytte deres fulde potentiale i forhold til beskæftigelse. De borgere som benytter tilbuddets eget dagtilbud, Loppen, har som regel et fem dages tilbud, men har mulighed for at anvende det fleksibelt og der er mulighed for at

tilbyde individuelle aktiviteter. Tilbuddet understøtter, at borgerne har et relevant miljøskifte, og sikrer at alle borger har aktiviteter, der er tilpasset
borgernes formåen.
Ved tidligere tilsyn har der været fokus på, at der har været aflåste skabe på fællesarealerne, uden lovhjemmel. Socialtilsynet ser ved dette tilsyn, at
der fortsat er aflåste skabe på fællesarealerne, hvilket er i strid med gældende lovgivning. Tilbuddet er i proces i forhold til andre løsninger og det er
forventeligt at problematikken er løst i løbet af 2023.'

Særligt i fokus ved tilsynet
I denne rapport er der fokus på 2 af kvalitetsmodellens temaer: Uddannelse og beskæftigelse samt Organisation og ledelse.

Opmærksomhedspunkter
Ingen opmærksomhedspunkter

Udviklingspunkter
- **Uddannelse og beskæftigelse**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Organisation og ledelse**
  'Tilbuddet skal sikre retvisende oplysninger på Tilbudsportalen.
  Tilbuddet skal sikre, at der er tilstrækkelige fastansatte medarbejdere med relevante kompetencer.'

Josephinehøj

Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet
'… Det er socialtilsynets samlede konklusion, at tilbuddet fortsat lever op til Kvalitetsmodellens syv temaer og har høj kvalitet i de pædagogiske indsatser. Det er socialtilsynets vurdering, at Bofælleskabet Josephinehøj er et veldrevet tilbud til målgruppen, og at tilbuddet arbejder med faglige tilgange og metoder, som vurderes relevante for tilbuddets målgruppe, og bidrager til trivsel og udvikling for den enkelte borger. Borgerne i tilbuddet giver udtryk for, at trives, hvilket understøttes af oplysninger fra ledelse, medarbejdere, pårørende og visiterende kommuner. Socialtilsynet vurderer at tilbuddet støtter op om borgernes ønsker og behov for beskæftigelse, så borgerne trives og udvikler sig med de dagtilbud borgeren er i. Videre vurderer socialtilsynet, at borgerne støttes i at indgå i det omkringliggende samfund, herunder deltage i aktiviteter udenfor tilbuddet, eksempelvis cafébesøg eller deltage ved folkeafstemninger. Socialtilsynet vurderer derudover, at i takt med at borgerne bliver ældre, kan tilbuddet med fordel gøre sig tanker omkring hvordan man sikrer en god pensionsalder med fokus på livskvalitet. Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet leverer relevante faglige indsatser, der understøtter borgernes sundhed, trivsel og udvikling i overensstemmelse med

formålet med opholdet. Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet i høj grad har haft fokus på at videreudvikle og optimere dokumentationspraksis, der kan understøtte den faglige indsats. Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet har arbejdet relevant med udviklingspunkterne og i flere tilfælde, har fået indarbejdet udviklingsmålet i hverdagen.'

Særligt i fokus ved tilsynet

I denne rapport er der fokus på 4 af kvalitetsmodellens temaer: Uddannelse og beskæftigelse, Selvstændighed og relationer, Målgruppe, metode og resultater samt Organisation og ledelse

Opmærksomhedspunkter

Ingen opmærksomhedspunkter

Udviklingspunkter

- **Uddannelse og beskæftigelse**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Selvstændighed og relationer**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Målgruppe, metoder og resultater**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Organisation og ledelse**
  Intet udviklingspunkt til dette tema

Skelvej/Callisensvej

Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet

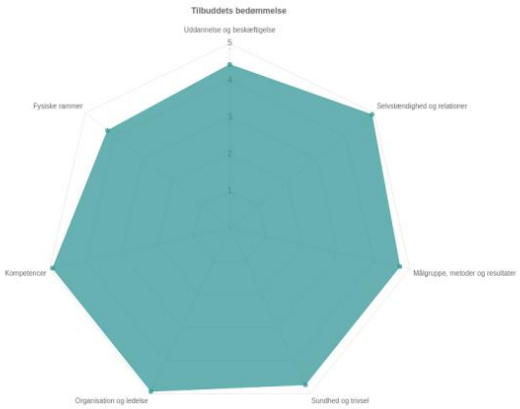
'.. Socialtilsynet vurderer, at tilbuddet forsat opfylder betingelserne for godkendelse jf. §§ 6 og 12-18 i lov om Socialtilsyn, og at tilbuddet fortsat besidder den fornødne kvalitet for at sikre, at beboerne ydes en indsats, der er i overensstemmelse med formålet med offentlige og private tilbud efter lov om social service. Tilbuddets ledelse består af forstander og stedfortræder, som også er koordinator, der tilsammen på kompetent vis varetager ledelsen af tilbuddet. Socialtilsynet vurderer, at begge har relevante kompetencer i forhold til at lede tilbuddet. Alle medarbejdere er uddannede pædagoger og har et eller flere diplommoduler i eksempelvis samskabelse. Det er socialtilsynets vurdering, at medarbejderne i meget høj grad har relevante kompetencer til at støtte borgerne til lavt stressniveau og god trivsel. Socialtilsynet vurderer, at borgerne i høj grad trives i tilbuddet, både med den støtte de modtager og med de fysiske rammer. Skelvej er indvendigt nyistandsat og der er lavet tiltag til forbedring af fællesrummet. Der er akustikforbedrende tiltag og der er opsat markise, som i sommerhalvåret kan udvide fællesrummet. Ligeledes er garagen ombygget til opvarmet hobbyrum. På Callisensvej er kælderen renoveret efter fugtskade og anvendes nu som samlingssted for borgerne om en række aktiviteter. På begge matrikler er næsten alle borgere aktive i forhold til indretning af de fysiske rammer. Beslutninger om indretning tages i brugerbestyrelse, hvor alle borgere er aktive eller passive medlemmer afhængigt af om de møder op til de månedlige brugerbestyrelsesmøder. Alle

borgerne er i dagbeskæftigelse og socialtilsynet vurderer fortsat, at tilbuddet har fokus på at understøtte borgerne i deres uddannelse og/eller beskæftigelse. Tilbuddet har ved seneste tilsyn fremvist eksempler på, at der udarbejdes mål i samarbejde med borgerne med henblik på, at tilbuddet fremmer borgernes mulighed for uddannelse og beskæftigelse. Tilbuddet opstiller fortsat ikke systematisk konkrete individuelle mål i samarbejde med borgerne, i forhold til at borgerne udnytter deres fulde kompetencer i forhold til uddannelse og beskæftigelse, hvorfor udviklingspunktet fastholdes..'

Særligt fokus i tilsynet
Fokus for tilsynet vil være 2 af kvalitetsmodellens temaer: Kompetencer samt Fysiske rammer.

Opmærksomhedspunkter
Ingen opmærksomhedspunkter

Udviklingspunkter
- **Kompetencer**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Fysiske rammer**
  Intet udviklingspunkt til dette tema



Tilkøbte socialtilsyn

Café Stolpen

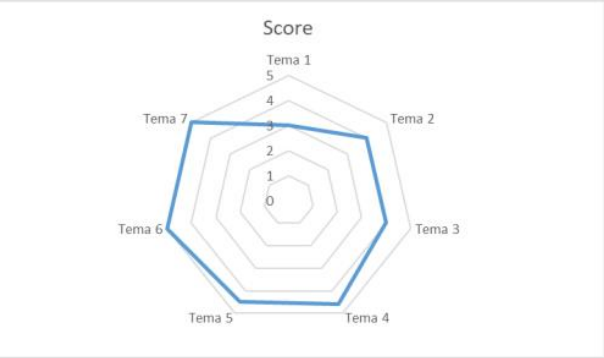
Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet
'.. Det er socialtilsynets samlede konklusion, at tilbuddet har en høj kvalitet, og leverer relevante faglige indsatser, der understøtter borgernes sundhed, trivsel og udvikling. Borgerne giver i høj grad udtryk for, at de trives i tilbuddet, hvor de føler sig set, hørt og respekteret, og borgerne oplever på forskellig vis, at tilbuddet understøtter muligheder for at udvikle sig. Borgere oplever tillige at blive medinddraget og have medindflydelse på hverdagen i tilbuddet, og har mulighed for at bidrage. Socialtilsynet konkluderer, at ledelsen er faglig kompetent, og sætter rammerne for tilbuddets strategiske udvikling. Samtidig forholder socialtilsynet sig til, at den samlede ledelse er ny, og skal have tid til at konsolidere sig. Medarbejdergruppen har såvel personlige og relationelle kompetencer, som relevante uddannelsesbaggrunde, og kan i høj grad redegøre for deres kendskab til tilbuddets målgrupper samt deres håndtering af kompleksiteten, og tilbuddets tilgange og metoder. Socialtilsynet konkluderer, at tilbuddet stadig er proces med udviklingspunktet fra 2020, som omhandler tilbuddets dokumentationspraksis både i forhold til borgerne og på tilbudsniveau, og socialtilsynet har derfor igen opsat udviklingspunkt i forhold til dokumentationspraksis. Socialtilsynet anerkender, at tilbuddet er uvisiteret, og derfor kan have svært ved at følge op på mål, som ikke er udarbejdet af visiterende kommune, eller opstille mål hvis borgerne ikke har ønske om det. Socialtilsynet ser dog, at tilbuddet i høj grad formår at motivere borgerne til at opstille mål, som understøtter udvikling af deres livsmestring, og derfor grundlæggende har en dokumentationspraksis i forhold til borgerne. Endvidere konkluderer

socialtilsynet, at medarbejderne har relevant faglig viden om forebyggelse af magtanvendelse, vold og overgreb set i forhold til tilbuddets målgruppe, og har en relevant pædagogisk tilgang til konfliktløsning, som understøtter, at der generelt er roligt i tilbuddet. Samtidig vurderer socialtilsynet, at medarbejderne bør have mere viden omkring magtanvendelsesreglerne. Socialtilsynet konkluderer, at de fysiske rammer er velegnede, til den indsats der finder sted'

Særligt fokus i tilsynet
Hele kvalitetsmodellen

Opmærksomhedspunkter
Ingen opmærksomhedspunkter

Udviklingspunkter
- **Uddannelse & beskæftigelse**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Selvstændighed og relationer**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Målgruppe, metoder og resultater**
  'Socialtilsynet vurderer, at ledelsen bør sikre, at tilbuddet får en ensrettet og systematisk dokumentationspraksis, som kan understøtte de faglige indsatser både i forhold til borgerne og på tilbudsniveau.'
- **Sundhed og trivsel**
  '*Socialtilsynet vurderer, at ledelsen bør sikre, at medarbejderne har kendskab til personkredsen som er omfattet af magtanvendelsesreglerne, samt sikre undervisning omkring magtanvendelser generelt, herunder gråzoner.'*
- **Organisation og ledelse**
  - Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Kompetencer**
  - Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Fysiske rammer**
  - Intet udviklingspunkt til dette tema



Gentofte Håndarbejdsværksted

Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet

''.. Samlet set konkluderer socialtilsynet, at tilbuddet lever op til Gentofte Kommunes udvalgte temaer i kvalitetsmodellen, og generelt leverer relevante faglige indsatser, der understøtter medarbejdernes sundhed, udvikling og trivsel. Det er socialtilsynets samlede konklusion, at medarbejderne i meget høj grad trives på arbejdspladsen, og inddrages i beslutninger vedrørende dem selv, og har medindflydelse på hverdagen i tilbuddet. Socialtilsynet konkluderer, at tilbuddet understøtter, at medarbejderne udnytter deres fulde potentiale, hvilket blandt andet sker i arbejdet med feedbackskemaerne, som udarbejdes i samspil med medarbejderne og løbende evalueres. Ligeledes understøtter tilbuddet medarbejdernes muligheder for personlig udvikling og selvstændighed samt muligheder for at skabe sociale relationer, og bruger opgaveløsningen og oplæring i værkstederne som ramme til at styrke disse kompetencer og samspil. Tilbuddets aktiviteter planlægges med åbenhed til det omgivne samfund. Endvidere konkluderer socialtilsynet, at tilbuddets leder har faglige og erfaringsmæssige kompetencer til at lede tilbuddet, og har en tydelig strategi for tilbuddets fortsatte drift og udvikling. Ligeledes har personalet både faglige, personlige og relationelle kompetencer, som understøtter medarbejdernes trivsel og udvikling. Socialtilsynet konkluderer også, at tilbuddet har en velimplementeret dokumentationspraksis, hvor der er stort fokus på, at medarbejderne inddrages i måloptsætningen og evalueringen af indsatsen. Der arbejdes konstruktivt og målrettet med trivselsvurderinger, ligesom der løbende reflekteres og sker læring og forbedring af indsatsen. Samlet set konkluderer socialtilsynet, at de fysiske rammer er velegnede, til den indsats der finder sted.'

Særligt fokus i tilsynet

Hele kvalitetsmodellen.

Opmærksomhedspunkter

Ingen opmærksomhedspunkter

Udviklingspunkter

- **Uddannelse & beskæftigelse**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Selvstændighed og relationer**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Målgruppe, metoder og resultater**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Sundhed og trivsel**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Organisation og ledelse**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Kompetencer**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Fysiske rammer**
  Intet udviklingspunkt til dette tema

JAC – Job- aktivitets- og kompetencecenter

Samlet vurdering af kvaliteten i tilbuddet

'.. Socialtilsynet har efter aftale med Gentofte kommune, afholdt tilsyn med følgende tre afdelinger hos JAC: .. Raatstof Medie,..Udeliv og Samvær..,Kreativitet og Samvær..
Det er socialtilsynets samlede konklusion, at tilbuddet har en høj kvalitet, og leverer relevante faglige indsatser, der understøtter borgernes sundhed, trivsel og udvikling. Socialtilsynet konkluderer endvidere, at tilbuddet har arbejdet relevant med udviklingspunktet omkring dokumentation, som blev opstillet i forbindelse med det sidste tilsynsbesøg, omend tilbuddets dokumentationspraksis forsat er i proces. Socialtilsynet anerkender, at tilbuddet kun har haft kort tid til at arbejde med det siden sidste tilsynsbesøg. Socialtilsynet konkluderer, at tilbuddet drives forsvarligt af en kompetent og ansvarlig ledelse, som sætter rammerne for tilbuddets strategiske udvikling og har de ledelsesmæssige kompetencer til at varetage den daglige drift. Ledelsen har forsat klare visioner for udvikling af tilbuddet, og skaber en transparent organisering og ledelsesstil, hvor medarbejderne i høj grad er medledende. Medarbejdergruppen kendetegnes ved en høj faglighed og refleksion, og har såvel personlige og relationelle kompetencer, som relevante uddannelsesbaggrunde. Tilbuddet har en bred målgruppe heriblandt borgere med komplekse og vanskelige udfordringer, og medarbejderne kan i høj grad redegøre for deres kendskab til målgrupperne samt deres håndtering af kompleksiteten, og til tilbuddets tilgange og metoder. Socialtilsynet ser, at der hos ledelse og personalet er et stort engagement og drive, der er med til at præge hele organisationen. Tilbuddets grundlæggende værdigrundlag er troen på, at alle mennesker kan lære nyt, udvikle sig og bidrage. Borgere og medarbejdere giver i høj grad udtryk for, at de trives i tilbuddet, hvor de føler sig set, hørt og anerkendt, og de oplever at lære, og at udvikle sig på flere områder af deres liv. Borgere og medarbejdere oplever tillige, at blive medinddraget og have medindflydelse på deres arbejdsdag og aktiviteter, og har mulighed for at bidrage.
Det er socialtilsynets vurdering, at de fysiske rammer er velegnede, til den indsats der finder sted'

Særligt fokus i tilsynet

Hele kvalitetsmodellen.

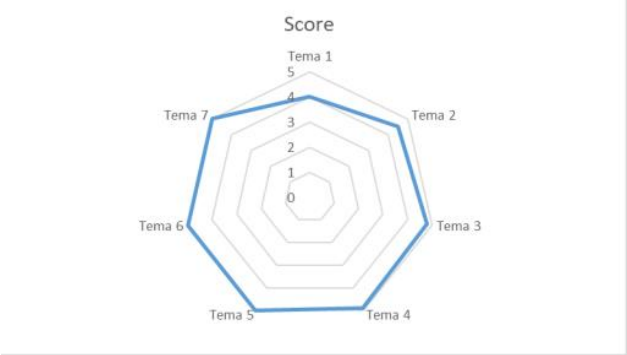
Opmærksomhedspunkter

Ingen opmærksomhedspunkter

Udviklingspunkter

- **Uddannelse & beskæftigelse**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Selvstændighed og relationer**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Målgruppe, metoder og resultater**
  'Socialtilsynet anbefaler, at tilbuddet i den pågående proces med implementering af nyt dokumentationssystem, retter fokus endnu skarpere mod, at dokumentere faglige tilgange og metoder som borgeren profiterer af, samt dokumentere resultater systematisk med henblik på egen læring og forbedring af indsatsen. Socialtilsynet anbefaler endvidere at det fremgår tydeligere hvordan er delmål er opsat i samarbejde med medarbejdere og borgere, eller på hvilken måde de er inddraget'
- **Sundhed og trivsel**
  Tilbuddet skal sikre at samtykke til kontakt med eksterne samarbejdspartnere eller netværk er indhentet og dokumenteret, når udveksling af oplysninger om borgerne eller medarbejderne finder sted.
- **Organisation og ledelse**
  Intet udviklingspunkt til dette tema
- **Kompetencer**
  Intet udviklingspunkt til dette tema

- **Fysiske rammer**
  Intet udviklingspunkt til dette tema



Dokument Navn:	**Oversigt over trivslelsindsatser - fordelt på fagudvalg.pdf**
Dokument Titel:	**Oversigt over trivslelsindsatser - fordelt på fagudvalg**
Dokument ID:	**5072189**
Placering:	**Emnesager/Strategi for unges trivsel/Dokumenter**
Dagsordens titel	**Strategi for unges trivsel**
Dagsordenspunkt nr	**6**
Appendix nr	**1**
Relaterede Dokumenter:	**2**

Dette dokument blev genereret af getorganized for SharePoint

Oversigt over udvalgte trivselsindsatser for unge i Gentofte Kommune

Indholdsfortegnelse

Læsevejledning 1

Børneudvalget - Udvalgte trivselsindsatser 2

Kultur, Unge- og Fritidsudvalget - Udvalgte trivselsindsatser 5

Erhverv, Beskæftigelse - og Integrationsudvalget - Udvalgte trivselsindsatser 11

Skoleudvalget - Udvalgte trivselsindsatser 13

Ældre, Social og Sundhedsudvalget - Udvalgte trivselsindsatser 18

Læsevejledning

Der er mange, meget forskelligartede indsatser rettet mod unges trivsel. Der er indsatser, der har et forebyggende, foregribende og indgribende sigte, og der er lovpligtige indsatser og indsatser igangsat for at imødekomme en specifik udfordring eller tematik.

Oversigten illustrerer omfanget og bredden af de eksisterende indsatser. Samtidigt er det vigtigt at understrege, at oversigten er et øjebliksbillede. Der sker løbende ændringer, ligesom afdækningen gradvist udvides til at omfatte flere indsatser. I denne sammenhæng er oversigten sorteret efter tre udvalgte parametre:

a) Overordnet er indsatserne inddelt efter de tre unge-segmenter, altså hvorvidt de primært er forbyggende (grøn), foregribende (gul) eller indgribende (rød).

b) Indsatserne er inddelt efter det hovedindsatsområde, som de primært retter sig mod.

c) Inden for hvert hovedindsatsområde er indsatserne opdelt efter, hvorvidt de primært er rettet mod det enkelte individ (lys nuance af grøn, gul eller rød), mod en gruppe (mellemliggende nuance af grøn, gul eller rød) eller opererer mere på et strukturelt plan (mørk nuance af grøn, gul eller rød).

Hensigten med sorteringen er at lette læsningen og sandsynliggøre et overblik over indholdet. I praksis vil mange indsatser kunne relateres til flere parametre.

Børneudvalget - Udvalgte trivselsindsatser

Segment	Navn på indsats / tilbud	Kort beskrivelse af indsatsen	Målgruppe
Forebyggende	**Hovedindsats: Grundlæggende trivsel**		
	Vejledning- og rådgivningsforløb efter § 11.7 Serviceloven	Samtaleforløb til familier og børn/unge med fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser	0-18 år
	Familiebehandling § 52.3.3.	Familieorienteret indsats for familier med børn op til 18 år, hvor der forud for er lavet en § 50-undersøgelse	0-18 år
	Rådgivning- og vejledningsforløb § 11.3	Kortere samtaleforløb rettet mod familier	0-18 år
	Selvforståelses-forløb § 11.7	Samtaleforløb til en ung med en diagnose	0-18 år
	Sparringsteamet	Folkeskolerne kan kontakte Sparringsteamet, hvis de har en elev med bekymrende skolefravær. Sparringsteamet giver hurtig, tværfaglig vejledning, rådgivning og sparring og bud på nye handlemuligheder, når eleven ikke kommer i skole.	0.-10. klasse
	PPR	PPR's psykologer og logopæder samarbejder tæt med kommunens grundskoler om den unge, hvor der er bekymringer relateret til læring, udvikling og trivsel. PPR indgår i samarbejde med andre relevante faggrupper.	0-18 år
	Åben Anonym rådgivning på Familiecenteret	Er et tilbud efter serviceloven. Er målrettet børn- unge- og deres familier. Lettere problemstillinger, som kan afhjælpes ved få samtaler.	Under 18 år og deres familier.
	Politikadet	Med Politikadet Gentofte ønskes der at arbejde målrettet med medborgerskab, udsathed og styrkelse af prosociale værdier	13-16 år
	Gadeplansindsats	Opsøgende udgående arbejde	10-30 år
	SSP forebyggende undervisning	Forebyggende undervisning på 7.-9. klassetrin vedr. socialpejling, du har et valg, digitale medier, ungekultur, mv.	13-16 år
	SSP boligsocialt arbejde	Højne trivsel og tryghed i udpegede boligområder	5-18 år

	Hovedindsats: Positive fællesskaber		
	Boligsocial indsats Lørdagsfodbold i hallen på Bakkegårdsskolen	lørdagsfodbold er et åbent uformelt tilbud for alle unge mellem 12 og 18+ år. Fodboldtilbuddet bruges som en platform til kendskab og relationer til unge i kommunen. til rekruttering til ungetilbud og til opbyggelse af fællesskaber på tværs af ungegrupper.	12 år+
	Hovedindsats: Viden og værktøjer til forældre og fagpersoner		
	-		
	Hovedindsats: Ungeliv uden nikotin, stoffer og med begrænset alkoholforbrug		
	-		
	Hovedindsats: Støtte og opbakning, når ungelivet er svært		
	Boligsocial indsats Lektiecafe	Lektiecaféen har til formål at forbedre børn og unge i boligområdet Ved Ungdomsboligernes skolefaglige præstationer og læringsudbytte, og dermed hjælpe dem til at få en god skolegang	10 - 17 år
Foregribende	**Hovedindsats: Hurtig hjælp med livsmestring**		
	STIME - Når svære følelser fører til selvskade	Korttidsterapeutisk forløb varetaget af PPR psykolog med ung og forældre, målrettet unge med tegn på selvskadeproblematikker. Derudover vejledning til intervention i læringsmiljøet. Formål: forbedre den unges følelseshåndtering mhp. forebyggelse af forværring af selvskaden og generel mistrivsel	12-17 år
	Gratis psykologhjælp *	Psykologisk rådgivning til unge i alderen 12-18 år.	12-18 år
	STIME - Når bekymring eller tristhed fylder for meget	Korttidsterapeutisk forløb for unge/familier, hvor den unge har tegn på angst og/eller tristhed. Derudover vejledning til indsatser i læringsmiljøet. I forløbet hjælpes den unge til at forstå sine følelser bedre, samt støttes nye måder at regulere sine følelser på. Formålet er at den unge lærer at håndtere de situationer, der fremkalder ubehagelige følelser, i stedet for at undgå situationerne.	13-17 år
	STIME - Når tanker om krop og mad fylder for meget	Korttidsterapeutisk forløb for unge/familier, hvor den unge har tidlige tegn på spiseforstyrrelse. Derudover vejledning til indsatser i læringsmiljøet.	10-17 år
	Ungekontakten	Støttekontaktperson ordning jf. serviceloven § 52.3.6	13-18 år
	Ungekontakten	Efterværn jf. serviceloven § 76	18-23 år
	Ungekontakten	Mentorindsats jf. LAB. § 167	18-29 år

	Hovedindsats: Ungeliv uden nikotin, stoffer og med begrænset alkoholforbrug		
	-		
	Hovedindsats: Deltagelse i sociale fællesskaber		
	Boligsocial indsats læringscafe	Læringscafeen er et udviklings- og dannelsesprojekt for børn og unge i udsatte positioner. Formålet med læringscaféen er, via relationsdannelse at få unge som er udenfor de etablerede fællesskaber til at blive en del af etablerede fællesskaber.	13-18+
	Hovedindsats: Beskæftigelsesindsats med fokus på unges progression og tilknytning til job og uddannelse		
	-		
	Hovedindsats: Den koordinerede ungeindsats		
	SSP+	Kriminalitetsforebyggelse for unge U18, exit, rådgivning, hjælp til job og uddannelse - tværfaglig koordinering	18-29 år
	Hovedindsats: Viden og værktøjer til forældre og fagpersoner om unge i mistrivsel		
	-		
Indgribende	**Hovedindsats: Hurtig hjælp med livsmestring før, under og efter indgribende indsatser**		
	-		
	Hovedindsats: Uddannelse og beskæftigelse på særlige vilkår		
	-		
	Hovedindsats: Tryghed i anbringelser og bosteder		
	Anbringelse uden for hjemmet	Når det vurderes at barnet/den unges trivsel, udvikling og/eller sikkerhed i hjemmet er i farer, eller barnet har et behandlingsbehov for ikke kan imødekommes af forældrene.	0-23 år
	Ungekontakten Margrethekollegiet	Anbringelse jf. SL. § 66.1.	15-23 år

Kultur, Unge- og Fritidsudvalget - Udvalgte trivselsindsatser

Segment	Navn på indsats / tilbud	Kort beskrivelse af indsatsen	Målgruppe
Forebyggende	**Hovedindsats: Grundlæggende trivsel**		
	Klamydiahjemmetest	Unge mellem 15 og 25 år bosat i Gentofte Kommune kan gratis bestille en klamydiahjemmetest	15-25 år
	Seksualvejledningsklinik	Der er i budget 2023-24 afsat midler til etablering af seksualvejledningsklinik for unge. Leverandør er endnu ikke afklaret, men tilbuddet vil have fokus på dels test for kønssygdomme, seksualvejledning samt vejledning og udskrivning af prævention samt oplægning af spiral. Tilbuddet forventes etableret i Byens Hus i løbet af foråret 2023	12-25 år
	Partnerskabet med ungdomsuddannelser - Digital balance	Inspirerende og involverende foredrag af skuespiller og antropolog, der belyser, hvilke fordele, ulemper og konsekvenser brug af digitale og sociale medier har for unges dannelse og mentale sundhed bl.a. i forhold til søvn, stress og trivsel.	15 år +
	Fælles om ungelivet – ungdomsuddannelsen som arena	I samarbejde med de enkelte ungdomsuddannelser bliver der udviklet og afprøvet, hvordan data fra Ungeprofilundersøgelsen kan sættes i spil samt hvordan elever og forældre kan inddrages. Dette sker i en samlet og koordineret indsats med "Partnerskabet med ungdomsuddannelserne omkring unges sundhed og trivsel".	Ungdomsuddannelser
	Headspace - gruppeforløb	Gruppeforløb om relevante ungdomstematikker. Fx at være barn i en skilsmisseramt familie, vejen til indre ro, håndtering af eksamensnervøsitet	12-25 år
	Headspace - oplæg og workshops	Oplæg og workshop om mental sundhed og trivsel, fx at fejle for at mestre, dilemmaer og livsvalg, eksamensparathed	12-25 år
	Partnerskab med ungdomsuddannelser - Ro på!	Et forløb til ungdomsuddannelserne hvor eleverne får værktøjer og metoder til at tackle udfordringer, regulere egne følelser og opnå bedre indsigt i egen og andres adfærd. Forløbet følges samtidig af studievejledere og teamlærere på ungdomsuddannelserne som kompetenceudvikling, så de herigennem får indsigt i metoderne og kan anvende dem.	15 år+
	Partnerskabet med ungdomsuddannelserne - Seksualundervisning m. Sex & Samfund	Gentofte Kommune tilbyder via Sex & Samfund gratis dialogbaseret seksualundervisning til unge på alle ungdomsuddannelser i kommunen.	15 år +

	Unge og søvn - Søvnforløb på ungdomsuddannelser	På et søvnforløb får de unge forskningsbaseret viden og råd om gode søvnvaner, og de klædes på til at tage den ny viden i brug i én uges søvneksperiment. Formålet er, at de unge på egen krop mærker resultatet af bedre søvn. Efter eksperimentet bliver der samlet op i en afsluttende lektion.	15-25 år
	Unge og søvn - søvnoplæg i udskolingen	Det er ikke alle skoler, der kan afse tiden til et fuldt søvnforløb, hvorfor der også er mulighed for mindre søvnoplæg. Der tilbydes søvnoplæg, der kan planlægges i et samarbejde mellem skolen med den uddannede søvnvejleder, der varetager undervisningen i søvnoplægget.	13 år+
	Hovedindsats: Positive fællesskaber		
	Ungekulturkonsulenten	Ungekulturkonsulenten arbejder for at fremme unges deltagelse i hele Gentofte. Både i form af relationsarbejde blandt de unge, men også ift. hvordan Gentofte kommune som organisation bliver endnu bedre til at rekruttere og involvere unge borgere i politikudvikling og udviklingen af kommunens mange ungerettede tilbud.	15-25 år
	Fritidspas	Fritidspasordningen giver tilskud til fritidsaktiviteter til familier, der er økonomisk trængte. Der gives tilskud på op til 1.500 kr. det første halve år. Derefter gives tilskud på 50% af kontingentet, dog højst 750 kr. pr. halve år. Tilskuddet gives maksimalt til det fyldte 25 år.	6 - 25 år
	Generelt medlemskab af en forening	Der er 69 idrætsforeninger og 16 spejdergrupper. Det varierer hvad den enkelte forening tilbyder af aktiviteter for unge.	13-25 år
	Kunstcubator	Kunstcubator er et kunst- og talentudviklingstilbud for unge mellem 15 og 25 år, der drømmer om at udforske eget kunstneriske talent i fællesskab med andre unge. Et samarbejde mellem fire kommuner: Rudersdal, Lyngby-Taarbæk, Gladsaxe og Gentofte.	15-25 år
	Musikbunkeren i Gentofte	Skabende musikfællesskab, der faciliterer et fællesskab hvor medlemmerne danner deres identitet gennem skabende, kreative processer med musikken som motor.	15-25 år
	Skaberskolen	På Skaberskolen er fokus 100% rettet mod den kreative proces. Hvordan kommer man fra spæd idé til færdig sang? Hvordan tæmmer og strukturerer professionelle kunstnere den kreative proces?	15-25 år
	Ung i Byens Hus	Ung i Byens Hus er et ungekulturhus med hovedfokus på Kunst, Fortælling og Engagement. Unge kan blive en del af et fællesskab og deltage i aktiviteter, workshops, forløb, talks, events, m.m. Derudover har vi en række faciliteter som man kan bruge som ung, f.eks. podcaststudie, kunstatelier, og event space.	15-25 år
	Ungepuljen	Pulje der støtter ungeinitierede ungeprojekter og arrangementer i Gentofte	12-25 år

	Gentofte Idrætsforening: styrketræning, fodbold, løbegruppe, gågruppe, svømning, badminton og yoga	7 træningstilbud som er åbent for alle, men særligt rummer sårbare grupper, der i højere grad har behov for struktur og forudsigelighed	18 år+
	Fælles om ungelivet – fritidsliv og lokalsamfund	Fælles om ungelivet afprøver metoder til at formidle viden og skabe dialog om holdninger og handlinger med skoler, foreninger, kirker, forældre og andre aktører omkring de unge. Det med henblik på, at styrke beskyttende faktorer for unges brug af rusmidler, herunder unges deltagelse i positive og sunde fritidsaktiviteter. Det er derfor også en tværgående indsats med fx projektet 'Ung i bevægelse'.	13-18 år
	Lynpuljen for unge bevægelsesfællesskaber	Puljen støtter unge, der har en idé til en idræt-/bevægelsesaktivitet for og med andre unge. Puljen skal søges af unge, den er nem at søge, og der er kort behandlingstid.	13-25 år
	Trivselsfremme i foreninger - pædagogisk kompetenceudvikling til unge, ungdomstrænere og ledere i foreninger i samarbejde med PLAY	Workshop for foreningens ledere, trænere og unge medlemmer med formål om at arbejde med foreningens værdier, børne-/ungesyn og trivsel. Uddannelse af trivselsambassadører blandt de unge til at have en rolle ift. at skabe trivsel. Endelig gennem mesterlærerforløb deltager de aktivt i træning og bidrager med aktiviteter, øvelser og pædagogiske metoder og tilgange.	13-25 år
	Ungemiljø Vangede	Et ungetilbud for unge mellem 13 og 18 år.	13-17 år
	Hovedindsats: Viden og værktøjer til forældre og fagpersoner		
	Forældreindsats – Forældrenetværk	Et forældrenetværk som består af frivillige forældre som involverer sig i unges trivsel i samarbejde med kommunen.	Forældre
	Forældreindsats – Foredrag	Større foredrag om forældreskabet og unges trivsel: I overgangen fra grundskole til ungdomsuddannelse ofte i samarbejde med Psykolog Ulla Dyrløv, UU-Gentofte, Gentofte ungdomsuddannelser	Forældre
	Forældreindsats - Nyhedsbrev til forældre	Tværgående indsats som formidler viden og værktøjer til forældre til unge, til at støtte og styrke unges trivsel. Indsatsen skal give forældrene indsigt i ungelivet og unges mulige trivselsudfordringer, og give værktøjer, der klæder forældre på til at indgå i en åben og støttende dialog med unge	Forældre

	Forældreindsats - Oplæg ungdomsuddannelser	Som et led i at give forældre viden og værktøjer, arbejder forældreindsats sammen med Fælles om Ungelivet i at formidle data fra Ungeprofilundersøgelses resultater til forældre og unge. Vi afholder derfor forældre/ungemøder om på ungdomsuddannelserne med fokus på trivslen hos de unge.	Forældre
	Forældreindsats – Temarække	Takl din teenager - Temarække for forældre. Temarækken tager afsæt i forældre og teenagerens hverdag og er altid i selskab med faglige eksperter. Formålet med temarækken er at give forældrene indsigt i ungelivet og unges mulige trivselsudfordringer, og give værktøjer, der klæder forældre på til at indgå i en åben og støttende dialog med unge.	Forældre
	Unge og søvn – forældreoplæg	Forældre får den nødvendige hjælp og viden, til at kunne støtte op omkring deres børn og unges søvnvaner. Vi tænker helhedsorienteret og tror på, at vaner er vanskelige at ændre, men at familien sammen står stærkere, med de rette værktøjer og den rette viden.	Forældre
	Unge og søvn – søvnvejlederkursus	Et søvnvejlederkursus er målrettet de fagpersoner, som arbejder med kommunens unge. Målet er bred kompetenceudvikling, så råd og vejledning om søvn bliver en fast del af værktøjskassen hos fagpersonerne omkring unge i kommunen.	Fagpersoner
	Hovedindsats: Ungeliv uden nikotin, stoffer og med begrænset alkoholforbrug		
	Fælles om ungelivet – overordnet	Et pilotprojekt, hvor der arbejdes fokuseret på at udbygge og styrke forudsætningerne for at arbejde sundhedsfremmende på basis af data, med fokus på beskyttende faktorer for unges brug af rusmidler og i tæt samarbejde med forældre og lokalsamfund. Indsatsen i pilotfasen består i at udvikle og afprøve en model for 1) indsamling, afrapportering og formidling af data og 2) involvering og aktivering af forældre og lokalsamfundsaktører og 3) inddragelse af unge.	13-18 år
	Fælles om ungelivet – skolen som arena	I samarbejde med de enkelte skoler bliver der udviklet og afprøvet, hvordan data fra Ungeprofilundersøgelsen kan sættes i spil samt hvordan elever og forældre kan inddrages. Dette sker i en samlet og koordineret indsats med især SSP og andre indsatser og projekter på skoleområdet. De nyeste data fra Ungeprofilundersøgelsen præsenteres og drøftes til bestyrelsesmøder på de enkelte skoler med henblik på, at skolebestyrelsen får viden og indsigt i elevernes sundhed og adfærd samt elevernes oplevelse af forældres holdninger til alkohol. Og at skolebestyrelsen drøfter, hvilke handlinger de kan igangsætte lokalt.	13-15 år

	Tværgående Rusmiddelrådgivning – oplæg	Oplæg på skoler og ungdomsuddannelser.	13 år +
	Hovedindsats: Støtte og opbakning, når ungelivet er svært		
	headspace - gratis og anonym rådgivning	Gratis, anonym og uforpligtende rådgivning for alle børn og unge mellem 12 og 25 år. Intet er for stort eller småt.	12-25 år
	Partnerskabet med ungdomsuddannelserne - Samtaler om sundhed	Sundhedskonsulenter tilbyder korte samtaler med eleverne på ca. 30 min om fysisk, seksuel og mental sundhed samt social trivsel. Det er en enkeltstående samtale, hvor eleven kan vende spørgsmål inden for et bredt sundhedsfagligt felt.	15 år+
Foregribende	**Hovedindsats: Hurtig hjælp med livsmestring**		
	Ungeindsatsen Frivilligcenter Gentofte	Udsatte unge ml. 13 - 25 år, som har brug for en frivillig mentor til f.eks. Støtte til lektiehjælp, socialt samvær og samtaler.	13-25 år
	Gratis psykologhjælp*	Psykologisk rådgivning til unge i alderen 12-18 år.	12-18 år
	Angst- og depressionsgruppe for unge, Frivilligcenter og Selvhjælp Gentofte	Selvhjælpsgruppe for unge ml. 18 - 30 år	18 - 30 år
	headspace - gruppeforløb	Gruppeforløb om relevante ungdomstematikker. Fx at være barn i en skilsmisseramt familie, vejen til indre ro, håndtering af eksamensnervøsitet	12-25 år
	Hovedindsats: Ungeliv uden nikotin, stoffer og med begrænset alkoholforbrug		
	Tværgående Rusmiddelrådgivning - rådgivning *	Individuel rådgivning til unge, der oplever at rusmidler fylder for meget	13 år +
	Tværgående Rusmiddelrådgivning - gruppesamtaler *	Pårørendesamtaler, forældregrupper, efterværnsgrupper	13 år +
	Hovedindsats: Deltagelse i sociale fællesskaber		
	-		
	Hovedindsats: Beskæftigelsesindsats med fokus på unges progression og tilknytning til job og uddannelse		
	-		
	Hovedindsats: Den koordinerede ungeindsats		
	-		

	Hovedindsats: Viden og værktøjer til forældre og fagpersoner om unge i mistrivsel		
	Partnerskab med ungdomsuddannelserne om unges sundhed og trivsel – henvisningskatalog	Henvisningskataloget er udviklet til brug på ungdomsuddannelserne (unge 15-25 år) og giver et emneinddelt overblik over forskellige muligheder for hjælp til unge inden for diverse emner. Opdateres årligt. Formidles desuden til andre kommunale afdelinger med berøring med unge (PPR, SSP, rusmiddelkonsulenten mm), grundskoler, på hjemmesiden, praktiserende læger	15-25 år
	Partnerskabet med ungdomsuddannelser - Psykisk førstehjælp til unge	Målet med kurset i Psykisk Førstehjælp er at klæde medarbejdere på at til kunne handle og hjælpe elever, der har det psykisk svært. På kurset får man viden om psykiske sygdomme og kriser og får kompetencer til at kunne handle, hvis man møder en elev, der viser tegn på psykisk mistrivsel.	Fagpersoner
Indgribende	**Hovedindsats: Hurtig hjælp med livsmestring før, under og efter indgribende indsatser**		
	-		
	Hovedindsats: Uddannelse og beskæftigelse på særlige vilkår		
	-		
	Hovedindsats: Tryghed i anbringelser og bosteder		
	-		

Erhverv, Beskæftigelse - og Integrationsudvalget - Udvalgte trivselsindsatser

Segment	Navn på indsats / tilbud	Kort beskrivelse af indsatsen	Målgruppe
Forebyggende	**Hovedindsats: Grundlæggende trivsel**		
	-		
	Hovedindsats: Positive fællesskaber		
	-		
	Hovedindsats: Viden og værktøjer til forældre og fagpersoner		
	-		
	Hovedindsats: Ungeliv uden nikotin, stoffer og med begrænset alkoholforbrug		
	-		
	Hovedindsats: Støtte og opbakning, når ungelivet er svært		
	-		
Foregribende	**Hovedindsats: Hurtig hjælp med livsmestring**		
	-		
	Hovedindsats: Ungeliv uden nikotin, stoffer og med begrænset alkoholforbrug		
	-		
	Hovedindsats: Deltagelse i sociale fællesskaber		
	-		
	Hovedindsats: Beskæftigelsesindsats med fokus på unges progression og tilknytning til job og uddannelse		
	Mental fleksibilitet - individ niveau	Coachende og motiverende tilbud som led i beskæftigelsesindsatsen med udgangspunkt i den kognitive metodik.	18-30 år
	Rehabiliterende beskæftigelses- og uddannelsesindsats	Indsats målrettet borgere med andre udfordringer eller arbejdsløshed eller manglende uddannelse. Individuelt skalbaseret indsatser med ret og pligt.	18 -30 år
	Arbejdsmarkedsrettet beskæftigelses- og uddannelsesindsats	Indsats målrettet borgere med mulighed for umiddelbart at kunne indgå i beskæftigelse og uddannelse. Individuelt skalbaseret indsats med ret og pligt.	18-30 år
	Mental fleksibilitet - gruppe niveau	Coachende og motiverende tilbud som led i beskæftigelsesindsatsen med udgangspunkt i den kognitive metodik.	18-30 år

	Hovedindsats: Den koordinerede ungeindsats		
	Tværgående autismekoordinator	Indsats som skal udvikle indsatser, styrke samarbejde og udvikle viden indenfor autismeområdet. Målet er at indsatserne bliver koordineret og sammenhængende mhp at sikre et mere effektivt samarbejde til gavn for borgere med autisme	18-30 år
	Hovedindsats: Viden og værktøjer til forældre og fagpersoner om unge i mistrivsel		
Indgribende	-		
	Hovedindsats: Hurtig hjælp med livsmestring før, under og efter indgribende indsatser		
	-		
	Hovedindsats: Uddannelse og beskæftigelse på særlige vilkår		
	-		
	Hovedindsats: Tryghed i anbringelser og bosteder		
	-		

Skoleudvalget - Udvalgte trivselsindsatser

Segment	Navn på indsats / tilbud	Kort beskrivelse af indsatsen	Målgruppe
Forebyggende	**Hovedindsats: Grundlæggende trivsel**		
	Sparringsteamet	Folkeskolerne kan kontakte Sparringsteamet, hvis de har en elev med bekymrende skolefravær. Sparringsteamet giver hurtig, tværfaglig vejledning, rådgivning og sparring og bud på nye handlemuligheder, når eleven ikke kommer i skole.	0.-10. klasse
	Det Nye Rejsehold	Det ny Rejsehold henvender sig til unge, som på grund af skoletræthed, skolevægring, faglige, personlige eller sociale udfordringer ikke profiterer af folkeskolens tilbud.	7.-9. klasse
	Enkeltmand – ungdomsskolen	Undervisning i hovedfagene. Individuelle fag efter aftale. Elever uden skoletilbud	7.-9. klasse
	Individuelle samtaler med en fortrolig voksen, ofte en fra ressource - teamet	Samtale med en fortrolig voksen. Evt. samarbejde med PPR	0.-9. klasse
	Mentorordning i 10 klasse	Der er etableret en mentorordning i klasserne, der giver eleverne mulighed for 1:1 sparring	10. klasse
	Samtaleforløb	Individuelle samtaler med elever i 4.- 9. klasse. Elever der f.eks. skifter skole og er bange for, at de bliver udsat for drillerier, som på den gamle skole. Eller samtaler med elever, der har det svært ved at komme i skole.	4.-9. klasse
	Studiecoaching	Samtale med sårbare unge. Elever i udskolingen der har det svært udvælges til samtale.	Udskoling
	Tilpasset skema	At beholde eleven i skolen og ikke falde helt ud i mistrivsel.	0.-9. klasse
	Sikkerchat	Følg med i hvad dit barn laver på nettet, på mobilen og de sociale medier.	Udskoling
	Bliv ven med din prøvehjerne - i Udskolingshuset	Forløb med fokus på at forstå hjerne, og hvordan den kan arbejde med og imod os i situationer, hvor vi oplever, at vi er pressede eller usikre. Øvelser i at skabe nye koblinger i hjernen og i at få den til at arbejde med os.	9. klasse

	Du vælger selv - i Udskolingshuset	Et endagsforløb i Udskolingshuset med fokus på at træffe de oplyste og individuelt rigtige valg i forbindelse med ungelivet generelt. Dagen indeholder både mini-kurser med oplysninger om færden på internettet og flertalsmisforståelser, og workshops med fokus på egne skolevaner og øvelser i at kunne genkende egne behov.	7. klasse
	Fremtidens ungeliv - i udskolingshuset	På et to-dages designprocesforløb i Udskolingshuset bearbejder 9.klasseselever data fra ungeprofilundersøgelsen. De stiller skarpt på udvalgte fokusområder fra undersøgelsens resultat, analyserer datasættet. Problemstillinger der bl.a. omhandlede søvn, fritids- og foreningsaktivitet, forældre dialog og ungefællesskaber.	9. klasse
	Mindfulness	5. og 8. årgang har et mindfulness kursus klassevis over et antal uger. Der er et antal uddannede instruktører.	5. og 8. klasse
	MOT	Aktiviteter med fokus på mod og robusthed. Undervisningsforløb på i alt 12 moduler af 2,5 time, udviklet af fageksperter. BA har egne MOT coaches og elever der MOT-ambassadører.	Udskoling
	Relationscirkel	Alle team udfylder 2-3 gange om året en relationscirkel, der placerer eleverne i relation til de voksne.	Udskoling
	ReloadME	Med ReloadME ønskes der at fremme børn og unges mentale trivsel ved at inspirere dem til en god balance mellem det digitale liv og søvnen.	7. - 10. klasse
	Ro og compassion	Et forløb med intro til huset	Udskoling
	Aftenforestilling i teateret - Kunsten at være okay	Fremme trivsel på tværs af årgangen kombineret med et fagligt formål.	9. klasse
	Onlineliv	Forældreforedrag ved Børns vilkår	6. klasse
	Co- teaching	Trivselssamtaler, AKT, inklusion af elever der har brug for støtte, øget klassetrivsel. Co-teaching-indsatsen har været tilrettelagt individuelt på skolerne, og alle skoler har deltaget i et kompetenceløft målrettet enten alle medarbejdere på skolen eller udvalgte medarbejdergrupper. Derudover har alle skoler haft et samarbejde med kommunens vejlederteam, der understøtter skolernes indsatser.	0.-9. klasse
	Almene fællesskabende og trivselsfremmende aktiviteter	Aktiviteterne indebærer følgende: skolens fødselsdag, motionsdag, Skøjtedag, morgensang, skolepatrulje og klippe klistredag. Samt andre forskellige traditioner som er fællesskabende og trivselsfremmende	0.-9. klasse

	Fulton	Særligt forløb man søger for at understøtte motivation.	Udskoling
	Mobilfri skole	Alle telefoner (nu også smartwatches) indsamles i mobilhoteller om morgen, da skoledagen er mobilfri.	0.-9. klasse
	Omsorgskort	At skabe større rummelighed og øget empati mellem børnene.	5. klasse
	ViTo - ungdomsskolen	Sprogtilbud under folkeskoleloven. Undervisning i folkeskolens afgangsfag, mentorstøtte og sociale aktiviteter. Løbende optag	7.-9. klasse
	Skilsmissegrupper	En lille gruppe børn som mødes på faste dage i en periode. Til hvert møde vil børnene møde en tryg og genkendelig ramme med fast tidsramme på halvanden time. Gruppen taler om de forskellige temaer, som erfaringsmæssigt fylder hos børn med skilte forældre.	Udskoling
	Køn	Eleverne får viden om sociale og kulturelle normer for krop, køn og seksualitet og indsigt i, hvordan normer har forandret sig over tid, løbende forandres og hvordan de selv kan spille en rolle i at forme normer, der inkluderer alle unge uanset køn og seksualitet.	7. klasse
	Hovedindsats: Positive fællesskaber		
	Barakken	Et unge(klub)tilbud. Aktiviteter/faciliteter: Fitnessrum, Podcaststudie, beskedent musikrum, pool og bordtennis, filmhjørne. Det er primært unge fra ungdomsskolen, der bruger det, men også unge fra Vangede og Maglegårdsskolen. Lærere og pædagoger fra ungdomsskole er tilknyttet. Der er åbent fra ca. 14-17 mandag til torsdag, der kommer ca. 10-20 unge hver eftermiddag.	15-17 år
	Lejrskole	Skolerne har forskellige destinationer indenfor diverse former for lejrskole for at kunne danne rammer for fællesskabende og trivselsfremmende aktiviteter hos eleverne.	0.-9. klasse
	Hovedindsats: Viden og værktøjer til forældre og fagpersoner		
	Indsats for alt personale for at understøtte børns trivsel	Psykologisk tryghed i medarbejdergruppen, Implement, Dorthe Birkemose, Jenny Bohr samt Søgårdskolen vedrørende bestræbelsen på proaktivt børnesyn.	Fagpersoner
	Hovedindsats: Ungeliv uden nikotin, stoffer og med begrænset alkoholforbrug		
	-		

	Hovedindsats: Støtte og opbakning, når ungelivet er svært		
	Et skridt på vejen	En særlig indsats for 15-18-årige, der ikke er i gang med uddannelse eller arbejde, og som har personlige udfordringer. Udfordringerne kræver en særlig vejledningsindsats, og der er ofte mangel på tilbud til målgruppen. For disse unge kræver det mange små skridt på vejen mod uddannelse eller arbejde. Formålet med projektet er at hjælpe denne gruppe unge med at opnå fast tilknytning til uddannelse eller arbejde. Projektet beror på en helhedsorienteret indsats gennem fællesskabende- og individuelle aktiviteter	15 - 18 år
Foregribende	**Hovedindsats: Hurtig hjælp med livsmestring**		
	Kvisten (ungdomsskolen)	Skoletilbud med mulighed for fuld fagrække på små hold og med kontaktlærerordning til psykisk sårbare unge med angst og skolevægring fra 7. - 9. klasse	7.-9. klasse
	Loftet - ungdomsskolen	Gruppeordning med fuld fagrække og fritidstilbud fra 7.-9. klasse indenfor autismespektret. Eleverne kan have andre komorbide tilstande i tilknytning til deres autismediagnose.	7.-9. klasse
	MEGAdiamant	Systematisk forløb i mindre grupper af max. 6 elever varetaget af fællesskabsvejleder og klasseteam.	Udskoling
	Hovedindsats: Ungeliv uden nikotin, stoffer og med begrænset alkoholforbrug		
	-		
	Hovedindsats: Deltagelse i sociale fællesskaber		
	Kompetencecenter	Elever fra Hellerup Skole visiteres til kompetencecenteret Nordstjernen. Eleverne er integreret i skolens klasser. De specialpædagogiske medarbejdere knyttet til kompetencecenteret har særlig fokus på de visiterede elever, men de bidrager også til at skabe en inkluderende kontekst i klasserne.	Udskoling
	Rakketten	Et skærmet miljø for elever med skolevægring eller store deltagelsesvanskeligheder.	Udskoling
	Hovedindsats: Beskæftigelsesindsats med fokus på unges progression og tilknytning til job og uddannelse		
	-		

	Hovedindsats: Den koordinerede ungeindsats		
	Samarbejde med det kommunale vejlederteam, sparringtemaet omkring fravær, Headspeace, Stime forløb mv. om trivselsudfordringer.	Samarbejde med det kommunale vejlederteam, sparringtemaet omkring fravær, Headspace, Stime forløb mv. om trivselsudfordringer.	Udskoling
	Hovedindsats: Viden og værktøjer til forældre og fagpersoner om unge i mistrivsel		
	-		
Indgribende	**Hovedindsats: Hurtig hjælp med livsmestring før, under og efter indgribende indsatser**		
	-		
	Hovedindsats: Uddannelse og beskæftigelse på særlige vilkår		
	Søgårdsskolen	Specialskole der modtager elever efter visitation. Skolen arbejder med den fulde formålsparagraf og har både generelle og mere målrettede trivselsindsatser.	0.-9.klasse
	Skolen på Strandvejen (organisatorisk tilknyttet Skovshoved Skole)	Dagbehandlingstilbud. Et helhedstilbud målrettet normaltbegavede børn og unge, der har brug for et mindre og tryggere miljø end almen skolen. Eleverne er som udgangspunkt børn og unge visiteret til et kategori 1 tilbud – iht. De tre kategorier for dagbehandling.	0.-9. klasse
	Gruppeordning på Maglegårdsskolen - Villaen	Børn og unge med generelle indlæringsvanskeligheder / intellektuelle funktionsnedsættelser.	Mellemtrin og udskoling
	Hovedindsats: Tryghed i anbringelser og bosteder		
	-		

Ældre, Social og Sundhedsudvalget - Udvalgte trivselsindsatser

Segment	Navn på indsats / tilbud	Kort beskrivelse af indsatsen	Målgruppe
Forebyggende	**Hovedindsats: Grundlæggende trivsel**		
	-		
	Hovedindsats: Positive fællesskaber		
	Ungenetværk Cafe Stolpen	Networking, socialt samvær og aktiviteter ude af huset	18-40 år
	Hovedindsats: Viden og værktøjer til forældre og fagpersoner		
	-		
	Hovedindsats: Ungeliv uden nikotin, stoffer og med begrænset alkoholforbrug		
	Delindsats under handleplan: "Alkoholindsats med fokus på kulturændring"	Delindsatsen: "Oplysningskampagne om nye genstandsgrænser og dialog om alkoholkultur i form af borgerinddragende aktiviteter" er målrettet alle borgere i Gentofte Kommune, herunder også unge. Målet er at skabe dialog om alkoholkulturen, oplyse om Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser og udbrede kendskabet til Gentofte Kommunes tilbud.	18 år+
	Delindsats under handleplanen: "Alkoholindsats med fokus på kulturændring"	I delindsatsen "Ansvarlige foreninger" sættes fokus på alkoholkulturen i foreninger, hvor voksne udgør vigtige rollemodeller for børn og unge. Indsatsen består af opsøgende arbejde med henblik på at blive inviteret til bestyrelsesmøder og få en dialog om alkohol. Der tilbydes sparring i forhold til at udarbejde alkoholpolitik eller facilitere en workshop, hvor emnet alkohol kan drøftes.	15 år+
	Tværgående Rusmiddelrådgivning - oplæg	Oplæg på skoler og uddannelser.	13 år +
	Hovedindsats: Støtte og opbakning, når ungelivet er svært		
	-		

Foregribende	**Hovedindsats: Hurtig hjælp med livsmestring**		
	Socialpædagogisk støtte	Socialpædagogisk støtte, der gives til voksne med en betydeligt nedsat funktionsevne. Forløbene gives som individuel støtte i borgerens eget hjem eller som gruppeforløb sammen med andre med samme udfordringer. Ofte leveres støtten som en kombination heraf. Fokus er at træne hverdagsfærdigheder, som kan hjælpe den enkelte tættere på at leve et almindelig liv.	18 år+
	Akuttilbud til psykisk syge	Hjælp til akutte psykiske kriser for den syge og pårørende	18 år+
	Skolen på tværs	Kurser for voksne med psykisk sygdom, som hjælper til recovery. Også pårørende eller en god ven kan deltage. Udbydes sammen med 4K kommunerne og Behandlingspsykiatrien.	19 år+
	Hovedindsats: Ungeliv uden nikotin, stoffer og med begrænset alkoholforbrug		
	Tværgående Rusmiddelrådgivning - rådgivning	Individuel rådgivning	13 år +
	Tværgående Rusmiddelrådgivning - gruppesamtaler	Pårørendesamtaler, forældregrupper, efterværnsgrupper	13 år +
	Stop dit forbrug af nikotin/snus - et gruppetilbud til unge i Gentofte Kommune	Et gruppeforløb baseret på de unges udfordringer og erfaringer med snus i samspil med faglige input fra gruppefacilitator. Der er fokus på at få de unge til at stoppe med snus /nedbringe brugen af snus, herunder at få udarbejdet en handleplan med den enkelte unge. Der er overordnet fokus på nikotinafhængighed, herunder snus, tyggetobak og nikotinposer (samlet kaldet snus).	12-20 år
	Hovedindsats: Deltagelse i sociale fællesskaber		
	Ungehuset	Et gratis tilbud for unge som har brug for at få styrket deres netværk af jævnaldrende.	18-35 år
	Ventilen	Mødested for unge ramt af ensomhed. Fokus på socialt samvær og aktiviteter.	15 - 25 år
	Hovedindsats: Beskæftigelsesindsats med fokus på unges progression og tilknytning til job og uddannelse		
	-		
	Hovedindsats: Den koordinerede ungeindsats		
	-		

	Hovedindsats: Viden og værktøjer til forældre og fagpersoner om unge i mistrivsel		
	-		
Indgribende	**Hovedindsats: Hurtig hjælp med livsmestring før, under og efter indgribende indsatser**		
	Misbrugsbehandling - alkohol	Behandling for alkoholmisbrug. Behandlingen kan være ambulant, dagbehandling eller døgnbehandling.	18 år+
	Misbrugsbehandling - stoffer	Behandling for misbrug af andre rusmidler. Behandlingen kan være ambulant, dagbehandling eller døgnbehandling.	18 år+
	Hovedindsats: Uddannelse og beskæftigelse på særlige vilkår		
	Aktivitets og samværstilbud	Tilbuddene er målrettet voksne, som ikke kan varetage et job hverken på almindelige vilkår eller under beskyttet beskæftigelse. Tilbuddet træder i stedet for beskæftigelse, så borgeren får et miljøskifte i dagligdagen som et alternativ til job. Indsatsen består i diverse kreative eller fysiske aktiviteter alene eller sammen med andre.	19 år+
	Beskyttet beskæftigelse	Beskyttet beskæftigelse til voksne med betydeligt nedsat funktionsevne, der ikke kan varetage ordinære jobs eller jobs efter beskæftigelseslovgivningens særlige vilkår som fx flexjob. Der tilbydes job i beskyttede værksteder og i samarbejde med virksomheder.	18 år+
	STU, Særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse	3-årig ungdomsuddannelse til unge, der ikke kan gennemføre en ordinær ungdomsuddannelse pga. betydeligt nedsat funktionsevne. Uddannelsen er ikke kompetencegivende.	15-25 år
	Hovedindsats: Tryghed i anbringelser og bosteder		
	Botilbud	Voksne, der har en betydelig eller varig nedsat funktionsevne i en grad der gør, at de har behov for støtte i hverdagen, som ikke kan planlægges på faste tidspunkter tilbydes efter visitation midlertidigt eller længerevarende botilbud.	18 år+

Relateret document 2/2

Dokument Navn:	**Strategi for unges trivsel - Revideret pba KBs temamøde 24042023 - ændringer markeret med grå.pdf**
Dokument Titel:	**Strategi for unges trivsel - Revideret pba KBs temamøde 24042023 - ændringer markeret med grå**
Dokument ID:	**5073201**

SAMMEN OM UNGES TRIVSEL

Strategi for unges trivsel i Gentofte Kommune

Revideret forslag udarbejdet på baggrund af Kommunalbestyrelsens temamøde 24. april 2023.

Indhold

Sammen om unges trivsel 3
Læsevejledning 4
BAGGRUND 5
Hvornår er man ung? 5
Den politiske ramme 5
EN UNG POLITIK 5
Anbefalinger fra opgaveudvalg 6
Politiske mål og målepunkter 7
Definition af trivsel 8
Hvad kendetegner unges trivsel i Gentofte Kommune? 9
Hvad udfordrer unges trivsel? 9
Mistrivsel i lyset af tempo, præstation og psykologisering 10
HVORDAN ARBEJDER VI MED STRATEGIEN? 11
Beskyttende faktorer 11
Data & viden 12
Involvering, mobilisering & samskabelse 13
HVAD VIL VI OPNÅ MED STRATEGIEN? 14
Segmentering af målgruppen 14
Delstrategi for alle unge 17
Delstrategi for unge i mistrivsel 19
Delstrategi for unge i kompleks mistrivsel 21
OPSAMLING – Strategien kort fortalt 22
BILAG – Oversigt over udvalgte trivselsindsatser for unge i Gentofte Kommune 24

Sammen om unges trivsel

I Gentofte Kommune har vi en vision om, at alle unge lever gode ungeliv, der skaber grundlag for gode voksenliv. Der er mange faktorer, der spiller ind i forhold til at indfri denne vision. I denne strategi anlægges en bred forståelse af trivsel, der spænder over mental, fysisk, sundhedsmæssig, faglig og social trivsel.

Langt de fleste unge i Gentofte har det godt, men på nogle områder er der risiko for, at trivslen kommer under pres. Gentofte Kommune skal styrke og forstørre det, der fremmer unges generelle trivsel, og sikre værktøjer, støtte og opbakning til den enkelte, hvis ungelivet bliver svært.

Udviklingen af unges trivsel er ikke et nyt fokus i Gentofte Kommune. Vi har igennem mange år arbejdet med udvikling af politiske mål og anbefalinger og etableret en bred tilbudsvifte, der spænder helt fra lovpligtige tilbud til eksperimenterende prøvehandlinger. Alligevel oplever vi både i Gentofte og på landsplan, at unges trivsel er under pres. Velkendte faktorer påvirker fortsat unges trivsel, men ungelivet udfordres også af nye, som kalder på andre tilgange til, hvordan vi skaber gode rammer for ungelivet.

Derfor er det vigtigt, at vi fastholder vores fokus på unge, intensiverer vores arbejde og hæver vores ambitioner for hele tiden at skabe endnu bedre rammer for unge i Gentofte Kommune. Vi har sat mange trivselsfremmende indsatser i gang, der virker, men vi skal blive ved med at forbedre eksisterende indsatser og udvikle nye, og så skal vi blive bedre til at prioritere.

Arbejdet med trivsel er en integreret del af den samlede ungeindsats i Gentofte Kommune. Unges trivsel er både en forudsætning for, at vi kan lykkes med vores opgaveløsning og samtidig effekten af det daglige kommunale arbejde med unge i skolerne, på myndighedsområderne og på kultur- og fritidsområdet. Hver eneste dag arbejdes der i organisationen med unge ud fra forskellige lovgivninger, fagligheder og parametre. Unges trivsel er altså både et mål for og et resultat af vores arbejde med at skabe gode rammer for ungelivet på tværs af den kommunale opgaveløsning.

Unges trivsel er imidlertid et fælles ansvar og en fælles opgave, som Gentofte Kommune ikke kan løse alene. Vi ved, at vi opnår de bedste resultater sammen. Når vi fremadrettet skal arbejde med udviklingen af rammerne for gode ungeliv for alle unge i Gentofte Kommune, kalder det på indsatser på alle niveauer og samarbejde med alle aktører - ungdomsuddannelser, foreningsliv, civilsamfund og ikke mindst unge selv, deres forældre og pårørende. Derfor er en involverende, samskabende og netværksbaseret tilgang til unges trivsel afgørende.

Det tager tid at skabe forandringer, som slår igennem i ungelivet, derfor er der brug for et langt sejt træk med målrettede og strukturerede indsatser, der forankres lokalt som en naturlig, vedkommende og integreret del af unges liv og fællesskaber. Det kalder på nysgerrighed, høj faglighed, stærke samarbejdsrelationer, vedholdenhed, tålmodighed og politisk prioritering.

Arbejdet med unges trivsel i Gentofte Kommune skal skabe grundlag for forandring, vores indsatser skal ramme bredt og kendetegnes af dristighed og handlekraft. Strategien skal sikre sammenhæng og fremdrift i en målrettet og struktureret tilgang til at styrke unges trivsel. En strategi, der giver fælles værktøjer til at navigere, udvikle, afprøve og implementere, evaluere og prioritere på tværs af ungeområdet.

Læsevejledning

Dette dokument består af tre dele:

- **BAGGRUND**
  Denne del indeholder en præcisering af målgruppen, beskrivelse af den politiske ramme for arbejdet med unges trivsel, definition af trivsel samt en kort beskrivelse af, hvad der kendetegner unges trivsel og mangel på samme.

- **HVORDAN VIL VI ARBEJDE MED UNGES TRIVSEL?**
  For at skabe et fælles grundlag for en målrettet, systematisk og handlekraftig trivselsfremmende ungeindsats beskriver strategien rammerne for en fælles overordnet tilgang til arbejdet med unges trivsel. Tilgangen er retningsgivende for både det politiske og administrative niveau i arbejdet med udvikling, prioritering, kvalitet i og forankring af trivselsindsatser for og med unge. Arbejdet med unges trivsel skal dermed ske med udgangspunkt i: *Beskyttende faktorer*, *Data og viden* samt *Involvering, mobilisering og samskabelse*.

- **HVAD VIL VI OPNÅ MED STRATEGIEN?**
  Unge er forskellige. De har forskellige behov, vilkår og forudsætninger for at trives og leve gode ungeliv, der samtidig er en god start på voksenlivet. Helt overordnet omfatter strategien alle unge, som enten bor eller tilbringer dele af deres hverdag i Gentofte Kommune. For at målrette indsatserne og samtidigt bevare et overblik arbejdes der med en tredelt segmentering af målgruppen. Til hvert segment er der udarbejdet en delstrategi for henholdsvis *Alle unge*, *Unge i mistrivsel* og *Unge i kompleks mistrivsel.*

Som bilag til strategien er der udarbejdet en *oversigt over udvalgte trivselsindsatser for unge i Gentofte Kommune*. Oversigten illustrerer omfanget og bredden af de eksisterende indsatser. Samtidigt er det vigtigt at understrege, at oversigten er et øjebliksbillede. Der sker løbende ændringer lige som afdækningen gradvist udvides til at omfatte flere indsatser. Oversigten er sorteret efter en række udvalgte parametre for at lette læsningen og sandsynliggøre et overblik over indholdet. I praksis vil mange indsatser kunne relateres til flere parametre.

Strategien for unges trivsel er i vid udstrækning inspireret af *Mistrivsel i lyset af tempo, præstation og psykologisering: Om ny udsathed i ungdomslivet* af Noemi Katznelson, Mette Pless, Anne Görlich, Center for Ungdomsforskning, 2022. Nye og tidligere læsere kan danne sig et overblik over forskningsprojektet ved at læse kapitel 2, opsamlingerne fra kapitel 3-6 samt kapitel 7 og 8.

BAGGRUND

Hvornår er man ung?

Strategien for unges trivsel er målrettet alle unge, som enten bor eller tilbringer dele af deres hverdag i Gentofte Kommune. Unge er som udgangspunkt 12-25 år, dog med det forbehold, at borgere, der er en del af beskæftigelsesindsatsen, er unge indtil de fylder 30 år.

Unge er forskellige. De har forskellige behov, vilkår og forudsætninger for at trives og leve gode ungeliv, der samtidig er en god start på voksenlivet. Det skal strategien tager højde for og adresserer.

I Gentofte Kommune er der knap 16.000 borgere i alderen 12-30 år, hvoraf 12.595 er i alderen 12-25 år og nogenlunde lige fordelt mellem de to biologiske køn - 51% drenge og 49% piger. I realiteten er målgruppen endnu større, fordi mange unge eksempelvis går i skole, på ungdomsuddannelse eller er foreningsaktive i Gentofte Kommune. Disse unge er en væsentlig del af ungekulturen, og derfor er de også en del af målgruppen for strategien, selvom en del af trivselsindsatserne i praksis vil være forbeholdt unge med bopæl i Gentofte Kommune.

De resterende 3.269 borgere er i denne sammenhæng primært målgruppe for Ungecenterets uddannelses- og beskæftigelsesindsats.

Den politiske ramme

Strategien har fokus på at fremme trivsel og forebygge mistrivsel i ungelivet. Det betyder, at hovedvægten ligger på brede indsatser målrettet alle unge uanset graden trivsel. Samtidig har strategien til formål at være bindeleddet mellem kommunens ungepolitik, anbefalinger fra udvalgte opgaveudvalg og politiske mål og de mange indsatser, der er rettet mod at skabe et godt fundament for, at alle unge lever gode ungeliv og får gode afsæt for voksenlivet.

Den politiske ramme er overvejende skabt sammen med borgerne i en række opgaveudvalg, og dermed er unges deltagelse og bidrag et gennemgående og bærende element i strategien for unges trivsel.

Nedenfor er den politiske ramme anno 2023 kort beskrevet.

EN UNG POLITIK

I 2016 vedtog Kommunalbestyrelsen EN UNG POLITIK, der, med dens fem pejlemærker, sætter en overordnet og tværgående retning for arbejdet med at skabe rammer for gode ungeliv:

- **STÅ STÆRKT** - Unge i Gentofte oplever høje forventninger til, hvordan man skal være, hvordan man skal se ud, og hvad man skal præstere. Unge skal gives modet til at definere sig selv, udvikle egen identitet og egne ambitioner.

- **FRI FREMTID** - Alle unge skal have attraktive muligheder, uanset hvor de står i livet. Men mange muligheder gør ikke nødvendigvis valget lettere. Unge skal vejledes og inspireres til at træffe selvstændige valg om uddannelse og arbejdsliv, og gøres bevidste om, at mål og drømme kan ændre sig undervejs.

- **FORSKELLIGE SAMMEN** - Stærke relationer skaber stærke mennesker. I dag indgår unge i fællesskaber, der går på tværs af fysiske og digitale rum. Unge skal have mulighed for at være en del af rummelige fællesskaber, hvor den enkelte bliver set, hørt og respekteret.

- **ALLE I TALE** - Unge skal være med til at tage beslutninger, der vedrører dem. De skal opleve, at de bliver lyttet til, og at de kan gøre en forskel – både for sig selv og for fællesskabet. Unge skal engageres i samarbejde baseret på tillid, ærlighed og tydelighed.

- **INGEN ALENE** - Ungelivet er fyldt med udfordringer, der kan være svære at tackle alene. Unge har brug for støtte og opbakning både derhjemme og der, hvor de færdes i hverdagen. Unge skal have nem adgang til vejledning og støtte, hvis livet bliver svært.

Anbefalinger fra opgaveudvalg

På nuværende tidspunkt har Kommunalbestyrelsen vedtaget anbefalinger fra tre opgaveudvalg, der har udfoldet pejlemærkerne i EN UNG POLITIK, og der er nye anbefalinger på vej fra et igangværende opgaveudvalg. Opgaveudvalgenes anbefalinger sætter mere konkret retning for arbejdet omkring ungelivet.

Unges sundhed og trivsel – røg, stoffer og alkohol

Opgaveudvalgets anbefalinger retter sig mod unges rusmiddeladfærd, og hvordan der kan arbejdes med at skabe rammer, der bidrager til at udskyde unges rusmiddeldebut, og at unge lever et ungeliv med begrænset alkoholindtag og ingen nikotin og stoffer. Anbefalingerne har fokus på at styrke de beskyttende faktorer for unges brug af rusmidler eksempelvis trivsel i skolen og forældrenes rolle. Flere - men ikke alle - af de beskyttende faktorer omkring rusmidler er samtidig beskyttende faktorer i forhold til unges trivsel.

Mål

- INGEN GENTOFTE-UNGE RYGER – (omfatter alle nikotinprodukter)
- INGEN GENTOFTE-UNGE TAGER STOFFER
- GENTOFTE-UNGE HAR ET BEGRÆNSET ALKOHOLFORBRUG

Delmål

- Øget engagement blandt unge
- Øget engagement blandt forældre
- Flere unge deltager i positive fritidsaktiviteter
- Vi skal arbejde med en ny ungekultur

Principper

- Vi vil arbejde for at styrke beskyttende faktorer for unges rusadfærd
- Vi vil arbejde med udgangspunkt i data
- Vi vil inddrage unge

Ungeliv i balance

Unges trivsel påvirkes af mange faktorer. I dette opgaveudvalg blev der stillet skarpt på præstations- og perfekthedskulturens indvirkning på unges trivsel, samt formuleret fem målsætninger for hvordan vi sammen kan støtte, styrke og udfordre unge i at balancere præstations- og perfekthedskulturen og herigennem styrke fundamentet for unges trivsel:

- PLADS TIL AT TRÆFFE EGNE VALG
- RUM TIL AT LÆRE, UDVIKLE OG ØVE SIG
- RAMMER FOR VENSKABER
- STYRKE I FORSKELLIGHED
- MANGE VEJE TIL GODE LIV

Fællesskaber med forskellighed

Fællesskabsstrategien sætter fokus på, at flere børn og unge skal opleve at være en del af de almene fællesskaber som eksempelvis de almindelige folkeskoler, dagtilbud og fritidsliv og samtidigt trives og udvikle sig i disse fællesskaber. Strategien definerer et fælles værdigrundlag, målsætning, rammevilkår og principper for udvikling af børne- og ungemiljøer og angiver dermed en klar og tydelig retning for realisering af visionen, at børn og unge oplever glæden ved at deltage i fællesskaber:

- Vision: Børn og unge oplever glæden ved at deltage i fællesskaber
- Værdigrundlag: Fællesskaber er en styrke – Forskellighed er et potentiale
- Målsætning: Vi har fællesskaber med forskellighed
- Rammevilkår: Økonomisk bevidsthed er et rammevilkår
- Principper og kriterier for udvikling af børne- og ungemiljøer: Vi har børne- og ungemiljøer med kvalitet, nærhed og deltagelsesmuligheder

Uddannelsesvejledning – Unges frie uddannelsesvalg (under udarbejdelse)

Opgaveudvalget er i gang og arbejder inden for rammerne af EN UNG POLITIK med særligt fokus på pejlemærket FRI FREMTID. Udvalget forventer at aflevere til fællesmøde i maj 2023 samt til Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen i juni 2023.

Opgaveudvalget kommer med anbefalinger til, hvordan unge mennesker kan vejledes om uddannelse på en måde, så de får et oplyst grundlag for at træffe et selvstændigt valg. Opgaveudvalget udvikler også ideer til, hvordan Gentofte Kommunes målsætning om, at 5 pct. af en ungdomsårgang søger erhvervsuddannelse, kan nås. En stor og vigtig del af uddannelsesvejledningen foregår uformelt i hjemmet. Forældre præger i høj grad deres børns forståelse og valg af uddannelse – enten direkte eller indirekte. Udvalgets anbefalinger adresserer, derfor også, hvordan forældre kan inddrages som supplement til eksisterende vejledningsaktiviteter.

Politiske mål og målepunkter

De stående udvalg har udarbejdet en række politiske mål for indsatsområder med stor aktuel og strategisk betydning for at sikre den tværgående, helhedsorienterede og langsigtede udvikling af de respektive ressortområder i perioden 2022-2025. En del af de politiske mål knytter sig enten direkte eller indirekte til unge, og er dermed retningsgivende for ungeindsatsen i Gentofte Kommune.

Definition af trivsel

Indledende er der brug for en afklaring af begreberne trivsel og mistrivsel, der kan bruges til at beskrive, måle og forstå, hvordan unge har det, og hvilke udfordringer de har. I praksis anvendes begrebet om trivsel ofte synonymt med begrebet om mental sundhed og trivsel. Det gælder også Sundhedsstyrelsens og WHOs definition af trivsel, som strategien baseres på:

> *"som en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdagsudfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker.*
>
> *Mental sundhed rummer to dimensioner:*
>
> - ***Oplevelsesdimensionen***
>   *At man oplever at have det godt, er overvejende glad, i godt humør og tilfreds med livet.*
>
> - ***Funktionsdimensionen***
>   *At man kan klare dagligdags gøremål som fx at købe ind, lave mad, gå på arbejde eller i skole, indgå i fællesskaber og håndtere hverdagens udfordringer."*

Strategien er baseret på de to dimensioner, hvor både trivsel og mistrivsel kan være oplevelsesrettet og/eller funktionsrettet. Mistrivsel indenfor og på tværs af de to dimensioner spænder fra mere eller mindre intense oplevelser af mistrivsel til at påvirke unges muligheder for at fungere i hverdagen og de sammenhænge, som de er en del af.

Skole og uddannelse er blandt de helt store arenaer i ungelivet, og her definerer Dansk Center for Undervisningsmiljø en række trivselsforhold, der har særlig fokus på unges trivsel i skolesammenhæng, men samtidig kobler sig til den oplevede og den funktionsrettede dimension i WHO's definition. Det være sig oplevelsen af psykisk og fysisk velbefindende, faglige og personlige handlekompetencer og robusthed samt fællesskaber, tillidsvækkende voksne og opbakning fra hjemmet.

Et ungdomsliv vil uvægerligt indebære perioder med vanskeligheder, udfordringer og nedture. Eksempelvis er midlertidige oplevelser af ensomhed, tristhed, kærestesorg, skuffelse etc. forventelige. Men disse almentilstande kan også være tegn på eller føre til mistrivsel. Mistrivsel kan på den måde spænde fra mildere til alvorlig mistrivsel, der over længere tid kan føre til større risiko for at komme på kanten af eksempelvis uddannelse og arbejdsmarked eller opleve store udfordringer med at trives i livet generelt. Det er vigtigt at forstå og se nuancerne i de tilstande, der er almene og de tegn, der kan være på, at der bør handles på ungdoms- og livsproblemer, som kan føre til mistrivsel og påvirke unges livsmuligheder i et længere perspektiv.

Strategien har fokus på at udvide perspektivet på Gentofte Kommunes handlemuligheder i forhold til at fremme trivsel og forebygge mistrivsel. Trivsel og mistrivsel er komplekst, idet både individuelle, kontekstuelle og strukturelle faktorer spiller ind. Det er afgørende, at der ikke alene er fokus på den enkeltes evner og muligheder for at håndtere tilværelsen, men at trivsel og mistrivsel også forstås i lyset af kontekster, relationer og samfundsmæssige strukturer og tendenser.

Hvad kendetegner unges trivsel i Gentofte Kommune?

Størstedelen af unge i Gentofte trives og oplever kommunen, som et godt sted at vokse op og være ung, og hvor de føler sig trygge. De fleste er glade for deres skole/uddannelse og mener, at der er gode uddannelses- og fritidsmuligheder, og at der er blik for deres behov. Størstedelen af unge i Gentofte fortsætter efter folkeskolen på en ungdomsuddannelse, og de fleste tænker positivt om deres fremtid, hvor de bl.a. forestiller sig at tage en længerevarende uddannelse.

Ungeprofilundersøgelse og trivselsmålingerne tegner et generelt billede af, at unge i Gentofte har gode kontakter, bruger tid og har det godt med deres venner og øvrige sociale netværk både i fritiden og i skolesammenhæng. Flertallet af unge i Gentofte oplever, at de er glade og i godt humør det meste af tiden, dog i højere grad mænd end kvinder. Hovedparten af unge har et godt forhold til deres forældre og oplever samtidig, at de har såvel voksne som venner at tale med, hvis de har problemer.

Majoriteten af unge i Gentofte føler sig sunde og raske. Det er positivt i relation til trivsel, da unges selvvurderede helbred har stor betydning for, hvordan unge trives i øvrigt, og hvor meget overskud de har. Unge i Gentofte Kommune trives, men samtidig er der tendenser til, at flere unge oplever, at de er udfordret på deres trivsel.

Hvad udfordrer unges trivsel?

Et ungdomsliv vil uvægerligt indebære perioder med vanskeligheder, udfordringer og nedture. Det skal der være plads til og forståelse for. Sådan er livet - ikke bare som ung - men som en del af det at være menneske. Størstedelen af unge i Gentofte trives og har det godt, men på nogle områder er der risiko for, at trivslen kommer under pres. I Gentofte er unge blandt andet udfordret af forventningspres, alkohol- og anden rusmiddelkultur, normer og forventninger i deres fællesskaber, præstations- og perfekthedskultur og ensomhed.

Mange unge i Gentofte beskriver sig selv som privilegerede, men føler samtidig, at med mange muligheder følger et stort ansvar. Presset for at indfri egne og andres forventninger udfordrer mange unge på deres trivsel, på deres fællesskaber og gør dem usikre på, om de er gode nok. Flere giver udtryk for, at det kan være vanskeligt at håndtere høje forventninger til det at skulle præstere godt hver gang og på alle områder. Kombineret med en fremherskende perfekthedskultur, hvor unge oplever, at de altid skal være den bedste udgave af sig selv, kan det sætte trivslen under pres.

Selvom de fleste unge i Gentofte trives, så er mange af dem risikovillige, og det kan være med til udfordre deres trivsel. Unge i Gentofte Kommune har tidlig alkoholdebut, og der er en udbredt festkultur, hvor alkohol fylder meget. Samtidig er nikotin og andre rusmidler også en del af en mindre gruppe unges hverdag og/eller festkultur. Når det kommer til prævention, er hverken kondomer eller slikkelapper unges førstevalg. På trods af, at disse er de eneste præventionsmidler, der også beskytter mod kønssygdomme. Det er medvirkende til at særligt klamydia-incidensen blandt unge i Gentofte Kommune er et af landets højeste. Primært piger rapporterer, at de oplever grænseoverskridende adfærd.

Herudover indvirker faktorer som eksempelvis for lidt og for dårlig søvn, sociale medier og skærmtid, køns- og identitetsproblematikker m.m. på unges trivsel såvel i Gentofte som på landsplan.

Unge i Gentofte har generelt mange venner, og de fleste føler sig som en del af et fællesskab. Det er positivt, men samtidig kan det være omfattende og hårdt arbejde at bibeholde sin plads i fællesskabet og honorere krav og forventninger, hvilket for nogle unge kan det føre til mistrivsel. Herudover findes en mindre gruppe af unge, som af forskellige årsager føler sig uden for fællesskabet.

Strategien skal have særligt fokus på udfordringer i ungelivet, hvor almentilstande kan føre til mistrivsel, hvis den enkelte unge eller aktørerne i deres liv ikke har den nødvendige indsigt og værktøjer til at håndtere udfordringerne og/eller opdage begyndende mistrivsel. Samtidig sætter strategien fokus på, at faktorer indenfor både ny og klassisk udsathed kan være med til at identificere, hvordan unges udsathed kan forstås og håndteres i dag. Dette med henblik på at understøtte udvikling og prioritering af indsatser, der afhjælper mistrivsel inden for begge og på tværs af begge former for udsathed.

Mistrivsel i lyset af tempo, præstation og psykologisering

Selvom størstedelen af unge i Gentofte trives, så peger data på, at unge i udskolingen kan have faldende trivsel, mens trivslen indtil videre er stagnerende blandt unge i 10. klasse og på ungdomsuddannelserne. Det er en udvikling, der også ses på landsplan, og som Center for Ungdomsforskning har undersøgt i et forskningsprojekt, der kvalificerer forståelsen af unges udsathed i dag, hvor *klassisk udsathed* sameksisterer med en *ny udsathed*.

Strategien for unges trivsel er i vid udstrækning inspireret af *Mistrivsel i lyset af tempo, præstation og psykologisering: Om ny udsathed i ungdomslivet* af Noemi Katznelson, Mette Pless, Anne Görlich, Center for Ungdomsforskning, 2022. Nedenfor skitseres nogle helt overordnede pointer i forskningsprojektet, men en læsning af bogen er nødvendig for at forstå indholdet af og nuancerne i den forståelse af både klassisk og ny udsathed, som ligger til grund for strategien for unges trivsel.

Klassisk udsathed hænger snævert sammen med ulige fordeling af kulturel, social og økonomisk kapital, og har markant betydning for den enkelte unges adgang til ressourcer og handlemuligheder. Ifølge Center for Ungdomsforskning tyder det på, at disse unge har fået det sværere og er mere udsatte end tidligere.

Center for Ungdomsforskning beskriver *ny udsathed* som et bredere kulturelt og socialt fænomen, der går på tværs af sociale lag og potentielt kan ramme alle unge. Ny udsathed kommer til udtryk blandt andet i oplevelser af pres, stress, angst og depression for et stadig stigende antal unge. Kulturelt kobles ny udsathed til forventnings- og præstationspres og strukturelt til tendenser som øget fokus på eksempelvis effektivisering, tidsoptimering, fremdrift og konkurrence samt unges brug af sociale medier.

Center for Ungdomsforskning peger på tre overordnede samfundsmæssige vilkår – acceleration, præstation og psykologisering:

- *Acceleration i ungdomslivet* knytter sig til en oplevelse af højt tempo i hverdagen, i uddannelsessystemet (eksempelvis nationale test, UPV, adgangskrav, fremdriftsreform) og i deres bestræbelser på at skabe livsbiografisk sammenhæng (eksempelvis det at blive til noget, ikke at blive hægtet af). Det vidner om et ungdomsliv, hvor nogle unge gør sig store bestræbelser for at følge med, og andre har følelsen af stå tilbage, fordi de ikke kan følge med.

- *Præstation i ungdomslivet* præger på forskellige måder unges liv eksplicit i relation til eksempelvis uddannelsessystemet og mere implicit i eksempelvis sociale relationer. I denne sammenhæng udfordres unge af deres orientering mod at præstere til perfektion.

- *Psykologisering i ungdomslivet* knytter an til en tendens til, at hverdagslivet psykologiseres. Det handler for det første om forventninger til at kunne sætte ord på tanker, følelser og fornemmelser og for det andet om autenticitet, personlig udvikling og ordentlighed. Der er tale om et intensiveret selvforhold, hvor nogle unges blikke på sig selv bliver kritisk selvvurderende både i forhold til deres indre liv og i forhold til de relationer, som de indgår i. Der er altså risiko for, at i udgangspunktet stærke refleksionskompetencer kan blive til et negativt og præstationsorienteret fokus på selvet.

> Nogle unge bliver overdrevent selvrealiserende, selvmonitorende og selvoptimerende og har oplevelsen af, at det er deres individuelle ansvar at leve op til forventningerne, og dermed overser unge nemt de kulturelle og samfundsskabte vilkår.

Som udgangspunkt er disse vilkår ikke problematiske, men som entydige og samvirkende tendenser kan de medvirke til mistrivsel. Ny udsathed skal forstås som en overbelastningssituation, der opstår, når de destabiliserede forhold i unges liv, overgår de stabiliserende.

Ny udsathed betegner en række samfundsmæssige forhold, der utilsigtet spiller sammen og rammesætter ungdomslivet på en måde, som samlet set øger presset og fokusset på den enkelte unge og dennes formåen. De samfundsmæssige tendenser skaber grobund for denne nye udsathed, der rammer bredt, og som også gør de klassisk udsatte unge endnu mere udsatte.

I forståelsen af unges udsathed er det altså afgørende at medtænke kulturelle og strukturelle faktorer, der i samspil med almene og specifikke ungdomsproblemer såvel som individuelle forudsætninger (herunder klassisk udsathed), præger ungdomslivet i dag.

HVORDAN ARBEJDER VI MED STRATEGIEN?

Unges trivsel er en fælles opgave og et fælles ansvar. Gentofte Kommune skal styrke og forstørre det, der fremmer unges generelle trivsel, og sikre værktøjer, støtte og opbakning til unge sammen og hver for sig, hvis ungelivet bliver svært. Trivselsarbejdet skal både rette sig mod unge selv, de fællesskaber unge indgår i og rammerne for ungelivet. Dermed balancerer strategien for unges trivsel mellem brede og langsigtede kulturforandrende og holdningsskabende indsatser samt mere målrettede indsatser, der sikrer værktøjer, støtte og opbakning til håndtering af ungelivet her og nu.

For at skabe et fælles grundlag for en målrettet, systematisk og handlekraftig trivselsfremmende ungeindsats, skal tilgangen til trivselsarbejdet baseres på tre dimensioner, der tilsammen bidrager til at sikre udvikling, prioritering og forankring af arbejdet med unges trivsel:

Når vi arbejder med unges trivsel, gør vi det med afsæt i:

- **Beskyttende faktorer**
- **Data og viden**
- **Involvering, mobilisering og samskabelse**

Beskyttende faktorer

Indsigt i stabiliserende og destabiliserende faktorer skal være retningsgivende for indsatserne.

Gentofte Kommune skal styrke og forstørre faktorer tæt på unges liv, der har betydning for trivsel og forebygger mistrivsel. Det kaldes beskyttende eller stabiliserende faktorer. Det betyder, at der blandt andet arbejdes med trivsel i forhold til forældrenes rolle og unges fællesskaber som eksempelvis udfolder sig i regi af skolen og det organiserede fritidsliv. Tilsvarende kan destabiliserende faktorer udfordre unges trivsel. Center for Ungdomsforskning peger på, at eksempelvis faktorer som fagligt, socialt og tidsmæssigt pres, begivenheder som skilsmisse eller konflikter i familien, oplevelser med mobning og ensomhed, manglende støtte i skolen og fravær virker destabiliserende for unges trivsel. Og omvendt, at eksempelvis faglig

anerkendelse og støtte, adgang til fællesskaber, mentorstøtte, psykologhjælp samt økonomisk og emotionelt overskud i familien virker stabiliserende i forhold til unges trivsel.

Der kan både være stabiliserende og destabiliserende faktorer omkring unge på livsarenaer som skole, uddannelse, familie samt unges sociale liv og fritidsliv. Lidt forenklet gælder det, at hvis unges liv er præget af stabiliserende faktorer såsom trygge, stabile og støttende forhold i alle livsarenaer, så mindskes risikoen for, at de udfordringer, som unge kæmper med, vokser sig store og bider sig fast i unges liv. Og tilsvarende, hvis unge vedvarende oplever destabiliserende faktorer på alle livsarenaer, så øges risikoen for længerevarende mistrivsel.

I Gentofte Kommune vi særligt optagede af forældres, fællesskabers samt sociale og digitale mediers betydning for unges trivsel i det brede forebyggende arbejde, hvor der gennem tidlige indsatser arbejdes målrettet med at forstørre og forstærke de beskyttende faktorer i unges liv. Ambitionen er i denne sammenhæng at styrke og kvalificere forældres og fællesskaber stabiliserende betydning. Tilsvarende at sociale og digitale mediers destabiliserende betydning håndteres bedre, mindskes og i højere grad forebygges end tilfældet er i dag.

Data & viden

Data anvendes i relation til den bedst foreliggende viden fra forskning samt evidens- og erfaringsbaserede indsatser for at sandsynliggøre størst mulig effekt af vores indsatser.

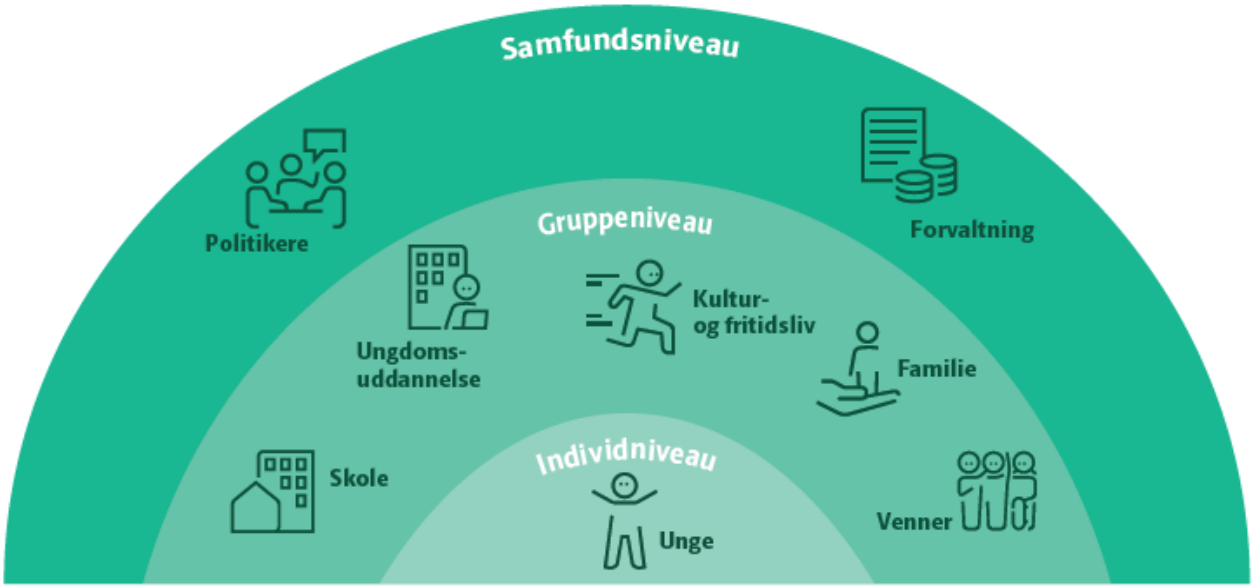
Gennem data bliver vi hele tiden dygtigere til at forstå, hvordan det er at være ung i Gentofte. Vi formidler denne viden, så den er operationel for ungeindsatsen, uanset hvor og hvordan denne udfolder sig. Gennem eksempelvis de årlige trivselsmålinger i skolerne, data fra sundhedsplejerskerne, Ungeprofilundersøgelsen og hvert fjerde år i Ungdomsprofilen bidrager tusindvis af unge til det empiriske grundlag, der danner afsæt for en målrettet udvikling.

Særligt Ungeprofilundersøgelsen anvendes i mange sammenhænge og til mange formål både internt i organisationen og i samarbejdet med eksterne aktører. Derudover udgør Ungeprofilundersøgelsen et væsentligt datagrundlag i Center for Ungdomsforsknings udarbejdelse af ungdomsprofilerne for Gentofte Kommune hvert fjerde år. En repræsentativitetsanalyse udarbejdet af VIVE peger på, at særligt unge mænd og unge med sociale udfordringer er underrepræsenteret i Ungeprofilundersøgelsen, der primært rammer unge op til 22 år, som er under uddannelse i Gentofte Kommune. Forvaltningen arbejder løbende med at øge repræsentativiteten i datamaterialet. Senest har 7.454 elever fra alle grundskoler, privatskoler og ungdomsuddannelser i november og december 2022 bidraget til Ungeprofilundersøgelsen med en samlet svarprocent på 80%. Ungeprofilundersøgelsen er ikke landsdækkende, hvorfor det ikke er muligt at sammenligne Gentoftes data fra Ungeprofilundersøgelsen med tilsvarende data på landsplan.

Samlet set er systematisk formidling af og dialog om lokale data særligt til forældre og fagpersoner, men også til unge, afgørende, og i Gentofte har vi rigtig gode erfaringer med at formidle og understøtte aktørernes brug af data i udviklingen af eksempelvis unges fællesskaber og forældrerollen.

Involvering, mobilisering & samskabelse

Vi arbejder med indsatser på både samfunds-, gruppe og individniveau i samarbejde med alle aktører i unges liv – ikke mindst unge selv og deres forældre. På den måde kan vi i fællesskab og på alle arenaer skabe gode rammer for unges trivsel.



Unges trivsel er et fælles ansvar og en fælles opgave. Det kalder på indsatser på alle niveauer, på alle arenaer og i samarbejde med alle aktører i unges liv – ikke mindst unge selv. Trivselsarbejdet udspiller sig dermed både i relation til den enkelte, til fællesskaberne i unges liv og mere overordnet til rammerne for ungelivet.

I Gentofte Kommune arbejdes der med unge i alle opgaveområder med afsæt i en bred vifte af forskellige fagligheder og lovgivninger. I praksis udfolder ungeindsatsen sig primært i Børne og Skole, Kultur, Unge og Fritid samt Social og Sundhed. Der er fortsat behov for stærke tværgående samarbejder, gode overgange og koordinering af de kommunale indsatser.

En væsentlig del af ungeindsatsen udspiller sig på arenaer, hvor Gentofte Kommune ikke har direkte beslutningskraft og dermed kun har indirekte indflydelse. Derfor er en involverende, samskabende, netværksbaseret tilgang kernen i Gentoftes arbejde for og med unge, hvor kommunen indgår som en tydelig, målrettet, relevant, kompetent og koordineret samarbejdspartner og leverandør af tilbud og understøttelse.

Unges deltagelse
Unges deltagelse er på mange måder grundlaget for EN UNG POLITIK, der tager afsæt i, at unge skal have indflydelse på beslutninger, der vedrører dem. De skal opleve, at de bliver inddraget, og at de kan gøre en forskel – både for sig selv og for fællesskabet. Vi ved, at unge i Gentofte primært er optaget af det nære og lokale i forhold til inddragelse og involvering.

Når det kommer til deltagelse, er unge i Gentofte også forskellige. Tilgangen til og graden af deltagelse skal derfor altid tilpasses de involverede unges vilkår, forudsætninger og muligheder for at deltage. Samlet set skal et tværgående og kontinuerligt fokus på deltagerperspektivet skabe muligheder for, at alle unge kan

deltage og være medproducenter på mange niveauer - fra ide- og politikudvikling til design og afvikling af konkrete indsatser og aktiviteter.

Vi har allerede lokalt forankrede og forpligtende samarbejder med skoler, ungdomsuddannelser, kulturinstitutioner, fritidsliv og civilsamfund. Tydelig rollefordeling, klare forventninger og forpligtende samarbejde med alle aktører i unges liv er afgørende for at udvikle indsatser, der er relevante og gør en reel forskel i unges liv.

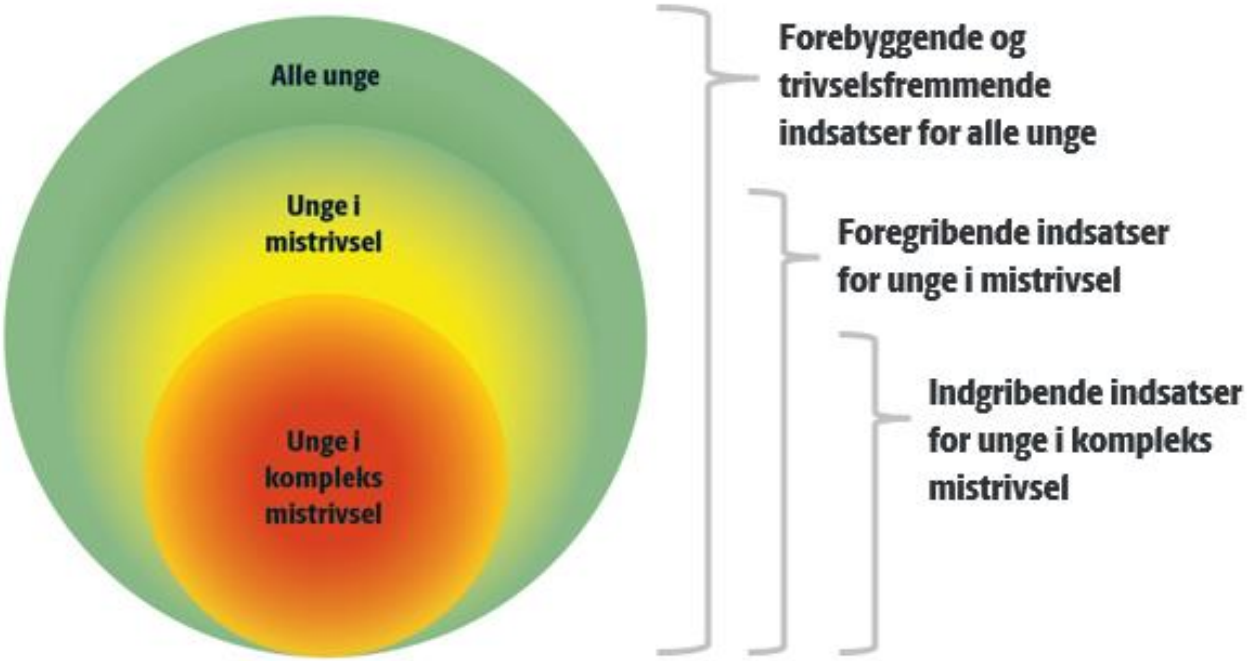
HVAD VIL VI OPNÅ MED STRATEGIEN?

Segmentering af målgruppen

Unge er forskellige. De har forskellige behov, vilkår og forudsætninger for at trives og leve gode ungeliv, der samtidig er en god start på voksenlivet.

Helt overordnet omfatter strategien alle unge, som enten bor eller tilbringer dele af deres hverdag i Gentofte Kommune. Unge defineres som værende 12-25 år, dog med det forbehold, at borgere, der er en del af beskæftigelsesindsatsen, betragtes som unge indtil de fylder 30 år.

For at målrette indsatserne og samtidigt bevare overblikket har vi valgt en tredelt segmentering af målgruppen.



Denne segmentering er forenklet, og skal nærmere forstås som et kontinuum, hvor unge har forskellige og varierende behov, vilkår og forudsætninger for at trives, og hvor både klassisk og ny udsathed spiller ind. Et ungdomsliv vil uvægerligt indebære perioder med vanskeligheder, udfordringer og nedture. Graden af trivsel, den aktuelt oplevede og/eller funktionsbestemte trivsel vil altså være varierende inden for det enkelte segment, ligesom unge i perioder kan bevæge sig indenfor og mellem segmenterne.

Segmenteringen er baseret på Center for Ungdomsforsknings arbejde med systematisk at skitsere unges trivselsforløb for at finde mønstre, fællestræk og forskelligheder i de måder, hvorpå mistrivsel og udsathed kommer til udtryk og udvikler sig over tid.

ALLE UNGE
Alle unge er i målgruppen for brede forebyggende og trivselsfremmende indsatser.

UNGE I MISTRIVSEL
Denne gruppe af unge dækker unge i forbigående, tilbagevende og afgrænsede mistrivselsforløb, og er målgruppen for foregribende indsatser.

Forbigående mistrivsel er karakteriseret ved en periode med pres, mistrivsel og sammenbrud i en ellers relativt stabil hverdag. Via hurtig hjælp og støtte vender en hverdag i overvejende trivsel hurtigt tilbage.

Tilbagevendende mistrivsel er karakteriseret ved vekslen mellem trivsel i yoyo-lignende forløb. En vis ustabilitet omkring unge i deres nære relationer såvel som krav og pres i forhold til uddannelserne bidrager til, at mistrivslen er tilbagevendende

Afgrænset mistrivsel er præget af mistrivsel, der rammer hårdt, men i afgrænsede dele af unges liv. Stabiliserende rammer omkring unge såvel som trygge, fleksible skoleforløb bidrager til at mindske mistrivslen.

UNGE I KOMPLEKS MISTRIVSEL
Denne gruppe af unge dækker unge i *længerevarende mistrivselsforløb* præget af komplekse og dyberegående udfordringer, som kan medføre langvarig mistrivsel. For at fremme stabilitet og trivsel kræves en tidlig indsats for at understøtte unges skoletilhør og en sammenhængende og vedvarende fagprofessionel støtte. Unge i kompleks mistrivsel er målgruppen for de indgribende indsatser.

Hver delstrategi rummer følgende elementer:

- **Overordnede mål for delstrategien**
  Vi ønsker, at…

- **Overordnet indikator for trivsel**
  WHO-5 trivselsindekset (uddybes nedenfor) benyttes til at *indikere* den generelle trivsel eller *indikere* en potentiel risiko for at komme i mistrivsel eller kompleks mistrivsel, som vi derfor skal være opmærksomme på.

- **Politiske målepunkter**
  Delstrategierne indeholder udvalgte politiske målepunkter, der knytter sig til centrale politiske mål for det pågældende segment.

- **Supplerende målepunkter eller kendetegn**
  Indeholder eksisterende data, der i det grønne segment fungerer som supplerende målepunkter, der illustrerer graden af unges trivsel. I det gule og røde segment indeholder afsnittet supplerende viden om antallet af unge i udvalgte enkeltstående indsatser, der eksemplificerer målgruppen i det pågældende segment.

- **Hovedindsatsområder**
  Formålet med hovedindsatsområderne er at skabe overblik over og kategorisering af igangværende indsatser. I relation til hvert hovedindsatsområde nævnes et eksempel på en underliggende indsats.

WHO-5 trivselsindekset
WHO-5 trivselsindekset er anvendes som overordnet gennemgående indikator på tværs af segmenterne. Verdenssundhedsorganisationen (WHO) er FN's specialiserede sundhedsagentur, som blandt andet arbejder med fastsættelse af normer og standarder, udvikling af evidensbaserede politikker, teknisk bistand til lande og monitorering.

WHO-5 trivselsindekset måler graden af positive oplevelser, og kan anvendes som et mål for personers generelle trivsel eller velbefindende. Indekset er baseret på fem spørgsmål om, hvordan testpersonen har følt sig tilpas i de seneste to uger:

- har jeg været glad og i godt humør
- har jeg følt mig rolig og afslappet
- har jeg følt mig aktiv og energisk
- er jeg vågnet frisk og udhvilet
- har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig

Svarmulighederne spænder fra 0-5, der dækker over spændet fra *på intet tidspunkt* til *hele tiden*. Pointtallet beregnes ved, at resultatet af besvarelserne lægges sammen, og at summen derefter ganges med fire. Gennemsnittet for befolkningen som helhed er 68 pointtal, men ved pointtal over 50 er testpersonen ikke umiddelbart i risiko for depression eller langvarig stressbelastning:

- Pointtal over 50: Der er ikke umiddelbart risiko for depression eller stressbelastning
- Pointtal mellem 36-50: Der kan være risiko for depression eller stressbelastning
- Pointtal mellem 0-35: Der kan være stor risiko for depression eller stressbelastning

WHO-5 trivselsindekset er et valideret og gennemprøvet redskab til at give et mentalt tilstandsbillede. Trivselsindekset er enkelt at anvende og har ved forsøg, i flere lande og på tværs af forskellige befolkningsgrupper, vist sig som en effektiv indikator på personers generelle trivsel og velbefindende. Trivselsindekset er en del af Ungeprofilundersøgelsen spørgeramme, hvilket giver et solidt datagrundlag for at anvende trivselsindekset som indikator for unges generelle trivsel og velbefindende i Gentofte.

Delstrategi for alle unge

De forebyggende og trivselsfremmende indsatser skal ramme bredt og bidrage til at styrke trivslen blandt alle unge.

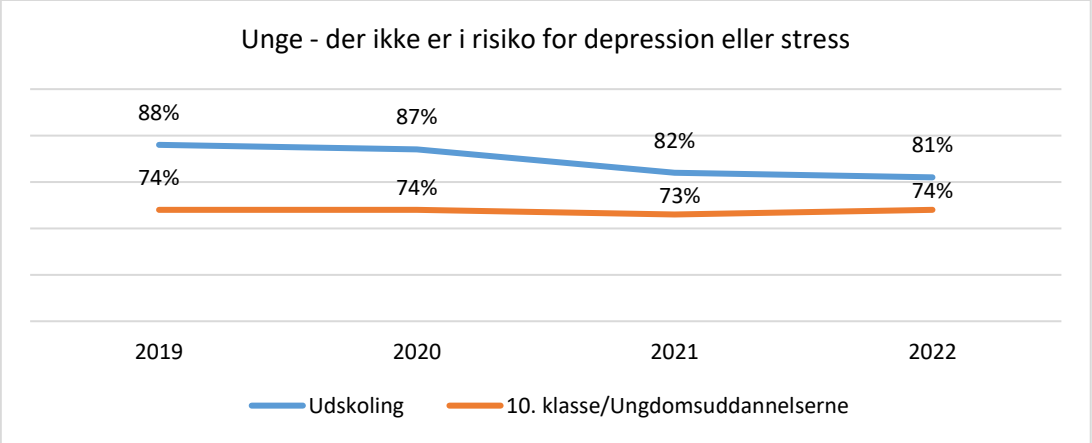
Vi ønsker, at:

- Flere unge er i generel trivsel
- Flere unge føler sig som en del af et fællesskab
- Forældre og fagpersoner har viden og værktøjer til at styrke unges trivsel og forebygge mistrivsel

Overordnet indikator

WHO-5 trivselsindeks fra Ungeprofilundersøgelsen:

- Flere unge i grundskolen er umiddelbart ikke i risiko for depression eller stressbelastning (2021: 82%)
- Flere unge i 10. klasse og på ungdomsuddannelserne er umiddelbart ikke i risiko for depression eller stressbelastning (2021: 73%)



Politiske målepunkter

- Flere unge i grundskolen er for det meste eller altid en del af fællesskabet i klassen (2021: 87%)
- Flere unge i 10. klasse og på ungdomsuddannelserne føler sig for det meste eller altid som en del af sociale fællesskaber på skolen (2021: 85%)

Supplerende målepunkter

Med forbehold for naturlig statistisk variation fra år til år er det ambitionen at fastholde det høje niveau på nedenstående målepunkter:

- Unge i grundskolen har det godt eller rigtig godt i skolen (2021: 89%)
- Unge i 10. klasse og på ungdomsuddannelserne har det godt eller rigtig godt i skolen (2021: 88%)
- Unge i grundskolen har det godt eller rigtig godt derhjemme (2021: 94%)
- Unge i 10. klasse og på ungdomsuddannelserne har det godt eller rigtig godt derhjemme (2021: 92%)
- Unge i grundskolen har det godt eller rigtig godt med venner/i fritiden (2021: 96%)
- Unge i 10. klasse og på ungdomsuddannelserne har det godt eller rigtig godt med venner/i fritiden (2021: 96%)

- Unge i grundskolen har ofte eller altid voksne at tale med, hvis der er noget, der går mig på, eller jeg er ked af det. (2021: 91%)
- Unge i 10. klasse og på ungdomsuddannelserne har ofte eller altid voksne at tale med, hvis der er noget, der går mig på, eller jeg er ked af det. (2021: 90%)

Hovedindsatsområder

- Grundliggende trivsel
  (fx mental trivsel, digital dannelse, søvn, boligsocial indsats)
- Positive fællesskaber
  (fx fællesskaber i forenings- og fritidsliv, ungepulje, antimobbeindsats)
- Ungeliv uden nikotin, stoffer og med begrænset alkoholforbrug
  (fx Fælles om ungelivet, Oplæg på skoler og ungdomsuddannelser, udarbejdelse og arbejde med rusmiddelpolitik)
- Støtte og opbakning, når unge livet er svært
  (*headspace, PPR)*
- Viden og værktøjer til forældre og fagpersoner
  (fx Nyhedsbrev, oplæg til forældre, rådgivning og vejledning til forældre)

Delstrategi for unge i mistrivsel

De foregribende indsatser for unge i mistrivsel skal støtte unge, som oplever forbigående, tilbagevendende og afgrænset mistrivsel på tværs af livsarenaer.

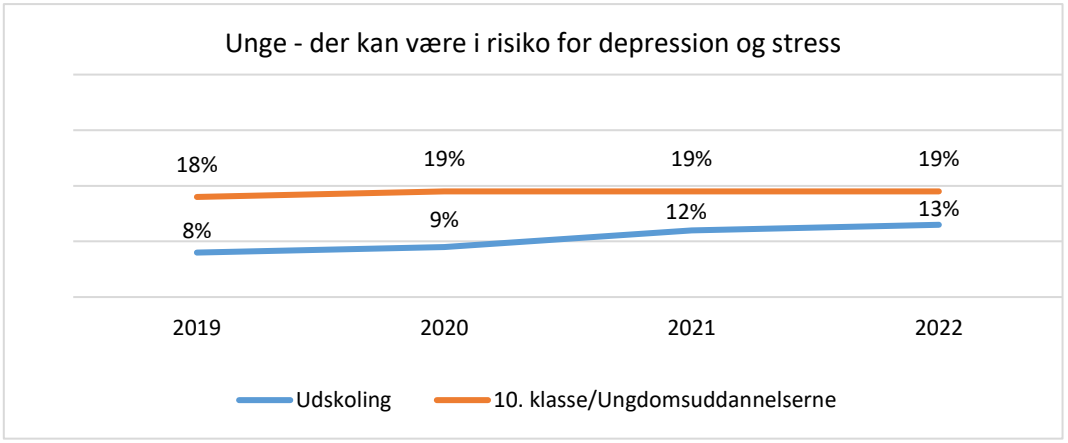
Vi ønsker, at:

- Styrke opsporing af mistrivsel og mulighederne for en tidlig indsats
- Give unge støtte, viden og værktøjer til at mestre ungelivet og indgå i fællesskaber, når det er svært
- Udbrede viden og værktøjer til forældre og fagpersoner til at forstå og støtte unge i mistrivsel

Overordnet indikator

WHO-5 trivselsindeks fra Ungeprofilundersøgelsen:

- Færre unge i grundskolen kan være i risiko for depression eller stressbelastning (2021: 12%)
- Færre unge i 10. klasse og på ungdomsuddannelserne kan være i risiko for depression eller stressbelastning (2021: 19%)



Politiske målepunkter

- De forebyggende foranstaltninger udgør en stadig stigende andel af de samlede indsatser. (2022: forebyggende foranstaltninger udgør 52 pct. af det samlede budget i Børn og Familie)
- Øge andelen af unge uden kompetencegivende uddannelse, der starter og fastholdes i uddannelse (2020: 22,5 pct. er efter afsluttet forløb fortsat efter 12 måneder i uddannelse i Gentofte)
- Stigning i den oplevede effekt af samarbejdet med Tidligt tværfagligt teams og fremskudte socialrådgivere (2022: implementering af den fremskudte funktion på alle skoler og fast praksis for Tidligt tværfagligt teams)

Supplerende kendetegn

Supplerende viden om antallet af unge i udvalgte enkeltstående indsatser, der eksemplificerer målgruppen i dette segment. Det er alene eksempler og ikke en udtømmende oversigt. Derudover kan der være overlap, hvor den samme unge potentielt kan optræde i flere eksempler:

- Unge tilknyttet STIMEs ungespor (2022: ca. 70 unge)
- Unge der modtager gratis psykologhjælp (I 1. kvartal 2023 var der 25 unge, der benyttede sig af tilbuddet)
- Unge, der har mere end 10% lovligt, ulovligt og sygdomsrelateret skolefravær (skoleåret 2021/22: 527 elever, heraf havde 30 elever mere end tre måneders skolefravær)

- Unge i frivilligcenterets ungeindsats (2022: 46 unge)
- Unge i Ungdomsskolens specialtilbud – Kvisten, Rejseholdet, gruppetilbud (2022: 36 unge)
- Unge i samtaleforløb hos Rusmiddelkonsulenten (2022: 20 unge)
- Unge med kontaktperson (april 2023: aktuelt 100 unge i forløb)
- Unge med forebyggende foranstaltninger under 18 år (april 2023: aktuelt ca. 386 unge)

Hovedindsatsområder

- Hurtig hjælp til livsmestring
  (fx STIME, Ungeindsats i frivilligcenter, ungekontakten, Gratis psykologhjælp)
- Deltagelse i sociale fællesskaber
  (fx kompetencecenter, Raketten, Ventilen)
- Den koordinerede ungeindsats
  (fx SSP+, tværgående autismekoordinator, KUI)
- Beskæftigelsesindsats med fokus på unges progression og tilknytning til job og uddannelse
  (fx Ungecenter, Mental fleksibilitet)
- Viden og værktøjer til forældre og fagpersoner om unge i mistrivsel

Delstrategi for unge i kompleks mistrivsel

De indgribende indsatser for unge i kompleks mistrivsel skal støtte unge, som oplever længerevarende mistrivselsforløb, der er præget af komplekse og dyberegående udfordringer.

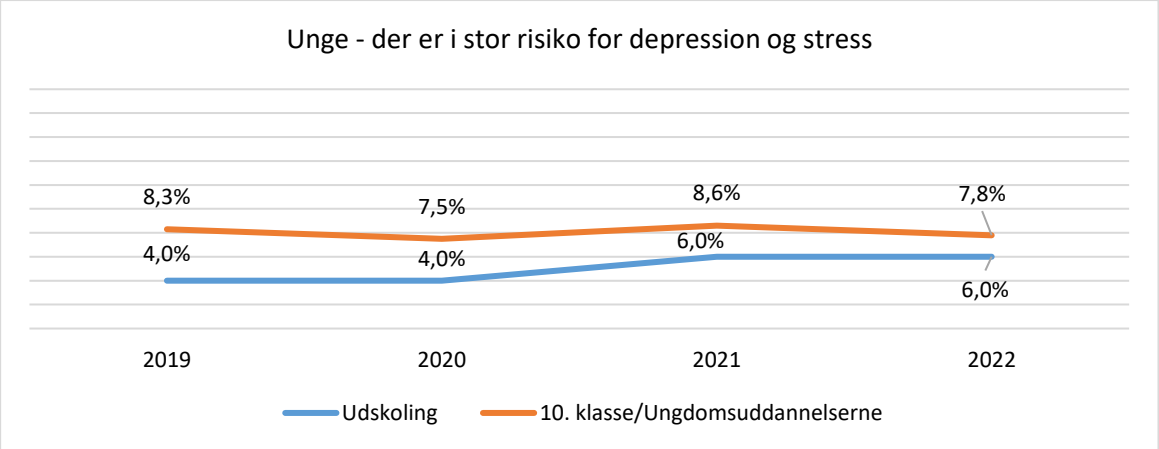
Vi ønsker, at:

- Unge i kompleks mistrivsel får den nødvendige hjælp hurtigt
- Støtte unge og deres familier før, under og efter indgribende indsatser
- Flere unge med særlige behov og forudsætninger skal opleve glæden ved at deltage og trives i fællesskaber tættere på almenmiljøet

Overordnet indikator

WHO-5 trivselsindeks fra Ungeprofilundersøgelsen:

- Færre unge i grundskolen er i stor risiko for depression eller stressbelastning (2021: 6%)
- Færre unge i 10. klasse og på ungdomsuddannelserne er i stor risiko for depression eller stressbelastning (2021: 8,6%)



Politiske målepunkter

- Faldende sagsbehandlingstid på §§41, 42 og 44-forløb. (2022: §41: gennemsnitligt 30 arbejdsdage, §42: gennemsnitlig 38 arbejdsdage, §44: gennemsnitligt 40 arbejdsdage)
- Stigning i antallet af borgere og/eller pårørende der er tilfredse med sagsbehandlingen efter overgangen fra barn til voksen. (Baseline endnu ikke fastsat)
- Stigning i antallet af familier i mistrivsel, som opspores og takker ja til en helhedsorienteret indsats. (Baseline endnu ikke fastsat)

Supplerende kendetegn

Supplerende viden om antallet af unge i udvalgte enkeltstående indsatser, der eksemplificerer målgruppen i dette segment. Det er alene eksempler og ikke en udtømmende oversigt. Derudover kan der være overlap, hvor den samme unge potentielt kan optræde i flere eksempler:

- Unge der vurderes til at have gavn af en rehabiliterende indsats for at øge deres muligheder for job eller uddannelse. En del af disse unge er også i målgruppen for den Kommunale Ungeindsats (KUI) og dermed en helhedsorienteret indsats på tværs af forvaltningsområder. (2022: ca. 94 unge)
- Anbragte unge 12-22 år (marts 2023: 77 unikke unge)
- Unge i længerevarende botilbud 18-30 år (2022: 29 unge)
- Unge i midlertidige botilbud 18-30 år (2022: 79 unge)

- Unge i beskyttet beskæftigelse 18-30 år (2022: 23 unge)
- Unge i aktivitets- og samværstilbud 18-30 år (2022: 50 unge)
- Unge med særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse under 18 år (2022: 6 unge)
- Unge med særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse 18-30 år (2022: 60 unge)
- Unge i stofmisbrugsbehandling 18-30 år (2022: 59 unge)
- Unge i alkoholmisbrugsbehandling 18-30 år (2022: 13 unge)
- Unge i substitutionsbehandling 18-30 år (2022: 4 unge)

Hovedindsatsområder

- Hurtig hjælp til livsmestring for unge før, under og efter indgribende indsatser
  (fx Misbrugsbehandling, Villaen)
- Støtte og opbakning til familier med unge i kompleks mistrivsel
  (Oversigten omfatter endnu ikke indsatser under dette hovedindsatsområde, kan ligge delvist under andre hovedindsatsområder)
- Tryghed i anbringelser og bosteder
  (fx bosteder, Margrethekollegiet)
- Brobygning til fællesskaber på almenområdet
  (Oversigten omfatter endnu ikke indsatser under dette hovedindsatsområde, kan ligge delvist under andre hovedindsatsområder)
- Uddannelse og beskæftigelse på særlige vilkår
  (fx STU)

OPSAMLING – Strategien kort fortalt

I Gentofte Kommune har vi en vision om, at alle unge lever gode ungeliv, der skaber grundlag for gode voksenliv. I denne strategi anlægges en bred forståelse af trivsel, der spænder over mental, fysisk, sundhedsmæssig, faglig og social trivsel.

Strategien for unges trivsel har fokus på at fremme trivsel og forebygge mistrivsel i ungelivet. Det betyder, at hovedvægten ligger på brede indsatser målrettet alle unge, som enten bor eller tilbringer dele af deres hverdag i Gentofte Kommune. Unge er som udgangspunkt 12-25 år, dog med det forbehold, at borgere, der er en del af beskæftigelsesindsatsen, er unge indtil de fylder 30 år.

Den politiske ramme er EN UNG POLITIK, anbefalinger fra relevante opgaveudvalg og udvalgte politiske mål. Den politiske ramme er altså overvejende skabt sammen med borgerne, og dermed er unges deltagelse og bidrag et gennemgående og bærende element i strategien for unges trivsel.

For at skabe et fælles grundlag for en målrettet, systematisk og handlekraftig trivselsfremmende ungeindsats, skal tilgangen til arbejdet med unges trivsel baseres på tre dimensioner, der tilsammen bidrager til at sikre udvikling, prioritering og forankring af arbejdet med unges trivsel:

- **Beskyttende faktorer**
  Indsigt i stabiliserende og destabiliserende faktorer skal være retningsgivende for indsatserne.

- **Data og viden**
  Data anvendes i relation til den bedst foreliggende viden fra forskning samt evidens- og erfaringsbaserede indsatser for at sandsynliggøre størst mulig effekt af vores indsatser.

- **Involvering, mobilisering og samskabelse**
  Vi arbejder med indsatser på både samfunds-, gruppe og individniveau i samarbejde med alle aktører i unges liv – ikke mindst unge selv og deres forældre. På den måde kan vi i fællesskab og på alle arenaer skabe gode rammer for unges trivsel.

Unge er forskellige. De har forskellige og varierende behov, vilkår og forudsætninger for at trives og leve gode ungeliv, der samtidig er en god start på voksenlivet. For at målrette indsatserne og samtidigt bevare overblikket har vi valgt en tredelt segmentering af målgruppen.

For hvert segment er der formuleret en delstrategi:

Delstrategi for alle unge
De forebyggende og trivselsfremmende indsatser skal ramme bredt og bidrage til at styrke trivslen blandt alle unge.
Vi ønsker, at:

- ❖ Flere unge er i generel trivsel
- ❖ Flere unge føler sig som en del af et fællesskab
- ❖ Forældre og fagpersoner har viden og værktøjer til at styrke unges trivsel og forebygge mistrivsel

Delstrategi for unge i mistrivsel
De foregribende indsatser for unge i mistrivsel skal støtte unge, som oplever forbigående, tilbagevendende og afgrænset mistrivsel på tværs af livsarenaer.
Vi ønsker, at:

- ❖ Styrke opsporing af mistrivsel og mulighederne for en tidlig indsats
- ❖ Give de unge støtte, viden og værktøjer til at mestre ungelivet og indgå i fællesskaber, når det er svært
- ❖ Udbrede viden og værktøjer til forældre og fagpersoner til at forstå og støtte unge i mistrivsel

Delstrategi for unge i kompleks mistrivsel
De indgribende indsatser for unge i kompleks mistrivsel skal støtte unge, som oplever længerevarende mistrivselsforløb, der er præget af komplekse og dyberegående udfordringer.
Vi ønsker, at:

- Unge i kompleks mistrivsel får den nødvendige hjælp hurtigt
- Støtte unge og deres familier før, under og efter indgribende indsatser
- Flere unge med særlige behov og forudsætninger skal opleve glæden ved at deltage og trives i fællesskaber tættere på almenmiljøet

BILAG – Oversigt over udvalgte trivselsindsatser for unge i Gentofte Kommune

Der er mange, meget forskelligartede indsatser rettet mod unges trivsel. Der er indsatser, der har et forebyggende, foregribende og indgribende sigte, og der er lovpligtige indsatser og indsatser igangsat for at imødekomme en specifik udfordring eller tematik.

Oversigten illustrerer omfanget og bredden af de eksisterende indsatser. Samtidigt er det vigtigt at understrege, at oversigten er et øjebliksbillede. Der sker løbende ændringer, ligesom afdækningen gradvist udvides til at omfatte flere indsatser.

I denne sammenhæng er oversigten sorteret efter tre udvalgte parametre:

a. Overordnet er indsatserne inddelt efter de tre unge-segmenter, altså hvorvidt de primært er forbyggende (grøn), foregribende (gul) eller indgribende (rød).

b. Indsatserne er inddelt efter det hovedindsatsområde, som de primært retter sig mod.

c. Inden for hvert hovedindsatsområde er indsatserne opdelt efter, hvorvidt de primært er rettet mod det enkelte individ (lys nuance af grøn, gul eller rød), mod en gruppe (mellemliggende nuance af grøn, gul eller rød) eller opererer mere på et strukturelt plan (mørk nuance af grøn, gul eller rød).

Hensigten med sorteringen er at lette læsningen og sandsynliggøre et overblik over indholdet. I praksis vil mange indsatser kunne relateres til flere parametre.

Dokument Navn:	**Årsplan for SU juni 2023.docx**
Dokument Titel:	**Årsplan for SU juni 2023**
Dokument ID:	**5089468**
Placering:	**Emnesager/Årsplan for Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget /Dokumenter**
Dagsordens titel	**Årsplan for Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget**
Dagsordenspunkt nr	**7**
Appendix nr	**1**
Relaterede Dokumenter:	**1**

Dette dokument blev genereret af getorganized for SharePoint

Årsplan for Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget 2023-24

(Opdateret juni 2023)

September 2023	November 2023	Februar/marts 2024	Maj/juni 2024
• Kvartalsrapportering (Q2 2023). Herunder afrapportering på mål 2 • Danmarkskortet 2022 over omgørelsesprocenter m.v. på socialområdet. • Godkendelse af principper for kvalitetsstandarder og ydelsesbeskrivelser. • Godkendelse af lovpligtige opdateringer af kvalitetsstandarder på §§83, 83a og 86 • Baseline og mål for målepunkterne for mål 5. • Ny tilsynspolitik • Afrapportering på opgaveudvalget fremtidens velfærdsløsninger for ældre. • **Temapunkt – Psykiatriområdet.**	• Kvartalsrapportering (Q3 2023). • Herunder afrapportering på mål 3. • Orientering om det lægelige samarbejde. • Godkendelse af sundhedsaftale. • **Temapunkt – Velfærdteknologi.**	• Kvartalsrapportering (Q4 2023). Herunder afrapportering på alle målepunkter under mål 1-5. • Godkendelse af ny Sundheds-bredskabsplan • **Temapunkt – handicapområdet**	• Kvartalsrapportering (Q1 2024). Herunder afrapportering på alle målepunkter under mål 1-5. • Resultat af borgertilfredshedsundersøgelse på ældreområdet. • **Temapunkt – ældre- og sundhedsområdet i lyset af reformerne.**