



# **Dagsorden til møde i Ældre-, Social og Sundhedsudvalget**

**Mødetidspunkt 09-03-2023 17:00  
Mødeafholdelse Udvalgsværelse D**

## Indholdsfortegnelse

Ældre-, Social og Sundhedsudvalget

09-03-2023 17:00

1 [Åben] Model for uanmeldte tilsyn i Pleje og Sundhed .....	3
2 [Åben] Strategi for udeliv i plejeboliger .....	6
3 [Åben] Etablering af åbent hjælpemiddeldepot.....	7
4 [Åben] Fastlæggelse af baseline samt mål for den endelige afrapportering af det 4-årige politiske mål vedr. mere tid til borgerne og mere nærvær .....	9
5 [Åben] Drøftelser af priser, som Gentofte Kommune uddeler på Ældre-, Social- og Sundhedsudvalgets område.....	11
6 [Åben] Nedsættelse af opgaveudvalg om borgerrettet sundhedspolitik .....	12
7 [Åben] Kvartalsrapport til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget 4. kvartal 2022 .....	13
8 [Åben] Temapunkt om demens .....	15
9 [Åben] Årsplan for Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget .....	15
10 [Åben] Meddelelser fra formanden/forvaltningen og spørgsmål fra medlemmerne.....	16
11 [Lukket] Meddelelser fra formanden/forvaltningen og spørgsmål fra medlemmerne.....	16
Offentlig titel Meddelelser fra formanden/forvaltningen og spørgsmål fra medlemmerne .....	16
12 [Åben] Underskrift.....	17

## 1 [Åben] Model for uanmeldte tilsyn i Pleje og Sundhed

Sags ID: MOD-2023-00028

### Resumé

I 2022 har der været afprøvet en ny tilsynsmodel i Pleje og Sundhed, hvor de uanmeldte tilsyn med de kommunale opgaver efter servicelovens §83, §83a og §86 blev leveret af den eksterne leverandør BDO.

I 2022 har BDO ført tilsyn med hjemmeplejen, herunder både den kommunale og de private leverandører, midlertidige pladser, plejeboliger samt rehabilitering og ambulante genoptræning på Tranehaven.

Social og Sundhed foreslår at fortsætte denne tilsynsmodel for personlig pleje og praktiske hjælp (serviceloven §83), rehabiliteringsforløb (§83a) samt genoptræning og vedligeholdende træning (§86).

### Baggrund

Gentofte Kommune har i henhold til servicelovens §151 pligt til at føre tilsyn med, at den personlig pleje og praktiske hjælp (serviceloven §83), rehabiliteringsforløb (§83a) samt genoptræning og vedligeholdende træning (§86) løses i overensstemmelse med kommunalbestyrelsens beslutninger og vedtagne kvalitetsstandarder.

Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget besluttede enstemmigt på mødet den 18. maj 2022 – dagsordenens pkt. 4, at godkende afprøvning af en ny tilsynsmodel i Pleje og Sundhed. I 2022 er de uanmeldte tilsyn derfor blevet leveret af BDO.

Formålet med at afprøve en ny tilsynsmodel er bl.a. at identificere styrker og udviklingsområder, at indhente mere dybdegående viden om, hvorvidt borgerne får den service, de har ret til efter lovgivningen og de vedtagne serviceniveauer beskrevet i kommunens kvalitetsstandarder og at bidrage til en fremadrettet og løbende udvikling af kvaliteten i ydelserne. Forslaget understøtter det politiske mål for Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget om at øge fagligheden i ældreplejen og i de sociale tilbud.

#### *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 ambulante 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

Alle tilsynsrapporter for de uanmeldte tilsyn for 2022 er vedhæftede som bilag. Rapportering af både anmeldte- og uanmeldte tilsyn vil blive fremlagt for Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget på mødet i juni 2023 som en del af kvartalsrapporten.

#### *Opfølgning efter tilsyn*

Erfaringerne fra afprøvningen af den nye tilsynsmodel er bl.a., at tilsynene har givet et systematisk, ensartet og større indblik i tilbuddene til borgerne. Der er gennemført omfattende tilsyn, som bl.a. indeholder interview og stikprøver, hvilket ikke havde været muligt at gennemføre i samme skala, hvis tilsynene var blevet udført internt. BDO har stor erfaring med at føre tilsyn på ældre- og sundhedsområdet fra en lang række andre kommuner. Det er forvaltningens vurdering, at tilsyn udført af en ekstern leverandør kan i større grad medvirke til at identificere kvalitetsforbedringer, der kan understøtte den stigende kompleksitet på ældreområdet, inden for de enkelte områder og på tværs af pleje- og sundhedsområdet.

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 opfølgingsdato. 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.

Social og Sundhed foreslår at fortsætte modellen for tilsyn, så det også fremadrettet er en ekstern leverandør, der fører uanmeldte tilsyn med de kommunale opgaver efter servicelovens §83, §83a og §86. Tilsynet i 2022 har været omfattende og har haft et stort ressourcetræk i organisationen. Kvaliteten af tilsynet har været god, derfor foreslås det at fortsætte modellen i en lidt mindre form, uden det går ud over kvaliteten af de samlede tilsyn, hvor det er muligt at følge arbejdet med at forbedre særligt udvalgte indikatorer.

I 2023 foreslås det, at de uanmeldte tilsyn foretages med særligt fokus på de emner, hvor der er identificeret udfordringer, eller som har særligt politisk fokus:

- Dokumentation
- Medicin
- Kommunikation og adfærd
- Evt. 1-2 fokusområder, som udvælges af opgaveområdet i dialog med fagudvalget.

Sagen sendes efterfølgende til orientering i Seniorrådet.

På baggrund af udvalgets beslutning vil Politik for tilsyn med hjemmehjælp blive revideret og fremlagt til politisk behandling i juni 2023.

#### *Økonomi*

Udgifter til det uanmeldte tilsyn ved ekstern leverandør udgjorde i 2022 601.869 kr. I de kommende år foreslås fokuserede tilsyn omkring særlige temaer, og derfor forventes det, at prisen vil blive mindre i 2023 og fremover. Prisen kendes dog ikke på nuværende tidspunkt. Forslaget kan finansieres inden for egen ramme.

## **Indstilling**

Social og Sundhed indstiller

Til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen:

1. At orienteringen om resultaterne af de uanmeldte tilsyn 2022 tages til efterretning.
2. At det godkendes, at uanmeldt tilsyn i 2023 har særligt fokus på dokumentation, medicin, kommunikation og adfærd.
3. At tilsynsmodel for uanmeldt tilsyn på pleje- og sundhedsområde med brug af ekstern leverandør godkendes.

## **Tidligere beslutninger:**

.

## **Bilag**

1. Bilag. Resume af uanmeldte kommunale tilsyn i Pleje og Sundhed 2022 (4973146 - EMN-2023-00531)
2. Tilsynsrapport Nymosehave 2022 (4960956 - EMN-2023-00531)
3. Tilsynsrapport Midlertidigt Døgnophold Tranehaven 2022 (4960953 - EMN-2023-00531)
4. Tilsynsrapport MTO Drossellund 2022 (4960955 - EMN-2023-00531)

## 2 [Åben] Strategi for udeliv i plejeboliger

**Sags ID:** EMN-2023-00812

### Resumé

Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget har efterspurgt en samlet strategi for udeliv i plejeboligerne i Gentofte Kommune. Målet er, at styrke udelivet i plejeboligerne, så det skaber værdi for beboerne. Strategien indeholder strategiske mål for udelivet i plejeboligerne og en række anbefalinger til lokale indsatser. Strategien forelægges til godkendelse.

### Baggrund

Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget har på mødet den 16. november 2022 – dagsordenens pkt. 4 - drøftet opsamling på borgertilfredshedsundersøgelsen i Pleje og Sundhed. Herunder aktiviteter og samarbejde med forskellige grupper af frivillige, samt pårørende i plejeboligerne. I forlængelse af den drøftelse har Ældre-, Sundheds- og Socialudvalget bedt om en strategi vedrørende 'udeliv i plejeboligerne'.

Borgertilfredsundersøgelsen viser, at for 57 % af beboerne gælder, at de kommer ud i det omfang de ønsker. 26 % af beboerne har svaret, at de ikke kommer ud i det omfang de ønsker. De resterende 17 % har svaret både og.

På spørgsmålet om at komme nok ud, er der både besvarelser, der peger i retning "at komme udenfor" og at "komme på udflyt ud i naturen, sammen med andre".

Aktuelt er der ingen fælles strategi for udeliv i plejeboligerne. Der har været forskellige tværgående initiativer, ligesom man i høj grad lader sig inspirere af hinanden. En gennemgang af det aktuelle udeliv i plejeboligerne viser, at der tages mange spontane og planlagte initiativer til udeliv.

Med strategien vil vi styrke udelivet i plejeboligerne, så det skaber værdi for beboerne og er styret af beboernes ønsker og ressourcer, så de fortsat kan leve deres liv efter de holdninger og præferencer, de altid har haft.

Strategien tager afsæt i målgruppen og viden om udeliv, det aktuelle udeliv i plejeboligerne i Gentofte og plejeboligernes haver. Strategien indeholder strategiske mål for udelivet i plejeboligerne og en række anbefalinger til lokale indsatser.

Der foreslås følgende strategiske mål for Udeliv i plejeboligerne: Udeliv i plejeboligerne er:

- meningsfuldt for den enkelte beboer
- et nærmiljø som er den vigtigste kilde til udendørs hverdagsliv
- et nærmiljø med høj oplevelsesværdi for de beboere der bor i plejeboligen
- et hverdagsliv der skabes af de pårørende, frivillige og medarbejdere der omkring beboerne
- omgivelser der gør det nemt at komme omkring og er afstemt med beboernes generelle situation og handleevne

## Indstilling

Social og Sundhed indstiller

Til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget:

At strategien for udeliv i plejeboliger i Gentofte Kommune godkendes.

## Tidligere beslutninger:

.

## Bilag

1. Bilag Udeliv EMN-2023-00812 (4968895 - EMN-2023-00812)

## 3 [Åben] Etablering af åbent hjælpemiddeldepot

Sags ID: EMN-2023-00416

## Resumé

For at bidrage til en mere effektiv og borgernær sagsbehandling foreslår Social og Sundhed, at der etableres et 'Åbent hjælpemiddeldepot', hvor de borgere, der selv har mulighed for at henvende sig fysisk på Hjælpemiddeldepotet kan afhente udvalgte hjælpemidler på udvalgte tidspunkter uden sagsbehandling.

'Åbent hjælpemiddeldepot' vil bidrage til det politiske mål om at sikre mere tid og nærvær til den enkelte borger og vil i form af reduceret kørsel samtidig bidrage til en mere bæredygtig og klimaansvarlig udvikling.

## Baggrund

Med et åbent hjælpemiddeldepot vil det være muligt for de borgere, der har fysisk mulighed for det, at afhente specifikt udvalgte hjælpemidler direkte på Hjælpemiddeldepotet uden sagsbehandling. Borgere, der ikke har fysisk mulighed for at benytte sig af dette tilbud, vil fortsat have mulighed for at søge hjælpemidler via Myndighed i Pleje og Sundhed.

Et åbent hjælpemiddeldepot vil understøtte det politiske mål om at sikre mere tid og nærvær til borgeren, da denne vil opleve en hurtigere og mere effektiv service, når behovet for mindre hjælpemidler opstår. Samtidig frigiver det mere tid til håndtering af de mere komplekse sager.

## Forslag til udvalgte hjælpemidler

Vedlagte bilag indeholder forslag til hjælpemidler, der fremadrettet kan afhentes direkte på Hjælpemiddeldepotet. Det drejer sig fx om:

- Badebænk
- Toiletforhøjer – med og uden armlæn
- Rollator

Listen indeholder primært enkle hjælpemidler af lav anskaffelsværdi og oftest med lav genbrugsværdi, hvorfor disse ikke indhentes igen efter endt brug. Enkelte hjælpemidler har en lidt højere anskaffelsværdi og en samtidig genbrugsværdi. Disse vil der ved afhentning blive udarbejdet udlånseddeler på.

Introduktionen til de enkelte hjælpemidler vil være uændret, og det vil løbende blive vurderet, om listen over hjælpemidler der kan afhentes skal revideres.

Brug af rollator berettiger til brug af Flextrafik, og fri afhentning af rollator kan derfor potentielt medføre en stigning i antallet af bevillinger til Flextrafik. Udviklingen i brugen af Flextrafik følges derfor tæt de kommende år. Hvis der ses en stigning i bevillinger til Flextrafik, kan rollator fjernes fra listen, således bevilling af rollator kun sker efter sagsbehandling.

Gladsaxe Kommune har allerede implementeret 'Åbent hjælpemiddeldepot'. De har ikke har oplevet en større efterspørgsel på hverken hjælpemidler eller bevillinger til Flextrafik som følge heraf.

#### Proces i forhold til udlevering og eventuel reparation

Det foreslås, at afhentning og/eller reparation bør foregå i et specifikt tidsrum mandag til torsdag (tider fremgår af vedlagte bilag), mens der vil være lukket for direkte henvendelser fredag mhp. at sikre tid til håndtering af de akutte sager, der oftest kommer op til en weekend.

'Åbent hjælpemiddeldepot' vil reducere Hjælpemiddeldepotets kørsel til borgere i Gentofte Kommune, da borgeren i forbindelse med udlevering og eventuel reparation selv sørger for transport af hjælpemidlet til og fra deres hjemadresse. Da hjælpemidlet udleveres til borgerens eje, vil Hjælpemiddeldepotet heller ikke have nogen transport ved hjemtagning af hjælpemidlet efter endt brug. Det forventes, at den reducerede kørsel vil være svarende den tid, Hjælpemiddeldepotet skal afsætte til at udlevere hjælpemidler til de borgere, der ønsker at afhente dem selv. Den reducerede kørsel vil desuden understøtte Gentofte Kommunes mål om at bidrage til en bæredygtig og klimaansvarlig udvikling.

Borgeren kan allerede i dag møde op på Hjælpemiddeldepotet og få repareret deres hjælpemidler.

Sagen sendes efterfølgende til orientering i hhv. Seniorrådet og Handicaprådet.

#### Økonomi

Det vurderes, at 'Åbent hjælpemiddeldepot' kan varetages inden for Hjælpemiddeldepotets eksisterende rammer og budget, idet opgaven ikke vil kræve en anden normering på depotet.

Det vurderes endvidere, at 'Åbent hjælpemiddeldepot' kan varetages inden for det afsatte budget til hjælpemidler, da der ikke forventes en større efterspørgsel på hverken hjælpemidler eller bevillinger til Flextrafik.

## **Indstilling**

Social og Sundhed indstiller

Til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen:

At etablering af et 'Åbent hjælpemiddeldepot' godkendes.

## **Tidligere beslutninger:**

.



## Bilag

1. Bilag Åbent hjælpemiddeldepot\_tlg (4973732 - EMN-2023-00416)

### 4 [Åben] Fastlæggelse af baseline samt mål for den endelige afrapportering af det 4-årige politiske mål vedr. mere tid til borgerne og mere nærvær

Sags ID: EMN-2023-01575

#### Resumé

Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget drøftede og godkendte enstemmigt på sit møde d. 18. maj 2022 – dagsordenens pkt. 1 - udvalgets flerårige mål og underliggende målepunkter. For mål 1: *Vi vil sikre mere tid til borgerne og mere nærvær* mangler udvalget at tage stilling til baseline samt målet for den endelige afrapportering i 2025 for målepunkt 1.1 og 1.2. Dette fremlægges til udvalgets endelige beslutning.

#### Baggrund

Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget har på mødet d. 18. maj 2022 - dagsordenspunkt 1 – enstemmigt vedtaget følgende mål:

1. Vi vil sikre mere tid til borgerne og mere nærvær.
2. Vi vil sikre flere stabile og kompetente medarbejdere på ældre- og socialområdet.
3. Vi vil sikre, at flere unge i udsatte og sårbare positioner kommer godt ind i voksenlivet.
4. Vi vil øge fagligheden i ældreplejen og de sociale tilbud.
5. Vi vil tilbyde flere borgere rehabilitering, behandling og pleje i eller tæt på eget hjem.

Denne sag vedrører mål 1: Vi vil sikre mere tid til borgerne og mere nærvær. Helt præcist målepunkt 1.1: Borgere tilknyttet ældreområdet oplever at blive behandlet værdigt og målepunkt 1.2: Beboere i plejeboliger har tilknyttet en kontaktperson mhp. at skabe nærvær samt styrke kontakter med de pårørende. For disse to målepunkter udestår godkendelse af baseline samt målet for den endelige afrapportering i 2025.

#### Målepunkt 1.1: Borgere tilknyttet ældreområdet oplever at blive behandlet værdigt

- **Baseline:**  
Borgertilfredshedsundersøgelsen fra 2022 danner grundlag for baseline. Her viste det samlede resultat for hele ældreområdet, at:
  - 82% af borgerne oplevede, at de blev behandlet værdigt.

Samtidigt svarede blot 3%, at de oplevede, at de ikke blev behandlet værdigt (15% svarede 'både og').

Inden for de enkelte områder var andelen af borgere, der vurderede at blive behandlet værdigt følgende:

- Hjemmeplejen: 91%
  - Plejeboligerne: 81%
  - Pårørende til beboere i plejebolig: 65%
  - Midlertidige pladser: 79%
- **Målet for den endelige afrapportering i 2025:**  
Pleje og Sundhed har vurderet og drøftet baseline samt områdets muligheder for igangsættelse af indsatser og aktiviteter, der taler ind i arbejdet med værdighed.

Pleje og Sundhed vurderer, at resultatet på de 82% er et flot resultat, og at særligt hjemmeplejen ligger på et allerede højt og flot niveau.

Pleje og Sundhed vil i resten af 2023 arbejde på at højne det samlede resultat ved at iværksætte fokuserede indsatser på de midlertidige pladser samt i plejeboligerne – både målrettet beboerne og de pårørende

*Pleje og Sundhed foreslår, at målet for den endelige afrapportering i 2025 er:*

- *85% af borgerne oplever at blive behandlet værdigt.*

Den endelige afrapportering opgøres via den kommende borgertilfredshedsundersøgelse for ældreområdet, der gennemføres i 1. kvartal 2024.

### Målepunkt 1.2: Beboere i plejeboliger har tilknyttet en kontaktperson mhp. at skabe nærvær samt styrke kontakte med de pårørende

- *Baseline:*

På tværs af alle plejeboligerne i Gentofte Kommune arbejdes der med forskellige udgaver af en kontaktpersonsordning. Nogle steder er en gruppeleder kontaktperson for en større gruppe, og andre steder er den enkelte basisedarbejder kontaktperson for en mindre gruppe.

Hertil kommer, at der på nuværende tidspunkt ikke er praksis for at dokumentere i omsorgssystemet, hvem der er kontaktperson for den enkelte borger.

Af ovenstående grunde er det ikke muligt at trække og opgøre en baseline for kontaktpersonsordningen i plejeboligerne.

I 2023 vil der i stedet blive arbejdet på at skabe en struktur for implementering af en systematisk kontaktpersonsordning, og herunder udarbejde en registreringsmetode for tilknytning af kontaktpersoner i plejeboligerne.

Registreringsmetoden skal fremadrettet sikre løbende målinger, som gør det muligt for plejeboligerne at arbejde målrettet og proaktivt i forhold til at sikre, at beboerne har en kontaktperson tilknyttet med henblik på at skabe nærvær samt styrke kontakten med de pårørende. Registreringsmetoden skal også sikre mulighed for afrapportering til Ældre-Social- og Sundhedsudvalget.

Ældre- Social- og Sundhedsudvalget forelægges i første kvartal 2024 den første afrapportering for arbejdet med kontaktpersonsordningen i plejeboligerne.

Pleje og Sundhed vurderer, at der allerede er et godt fundament at bygge videre på i forhold til arbejdet med implementering af kontaktpersonsordningen, idet borgertilfredshedsundersøgelsen fra 2022 viste, at 92% af de pårørende ved, hvem de skal tage fat i, hvis de har spørgsmål til den hjælp og støtte, deres nærtstående får. Samtidig svarede 90% af de pårørende, at de altid ved, hvordan de kan få fat på medarbejdere, når de har behov for det.

Pleje og Sundhed forventer samtidig, at etableringen af en systematisk kontaktpersonsordning vil bidrage til at skabe nærvær for den enkelte borger, og at det vil kunne ses i den næste borgertilfredshedsundersøgelse. Fx i forhold til spørgsmålene vedr. forventningsafstemning mellem pårørende og personale ved indflytning og i forhold til spørgsmål omkring de pårørendes mulighed for at få støtte og vejledning samt svar på evt. spørgsmål.

- *Målet for den endelige afrapportering i 2025:*  
På baggrund af ovenstående vurderes det, at det fokuserede arbejde kan sikre etableringen af en systematisk kontaktpersonsordning i plejeboligerne.

*Pleje og Sundhed foreslår, at målet for den endelige afrapportering i 2025 er:*

- *85% af beboerne i plejeboligerne har en registreret kontaktperson tilknyttet mhp. at skabe nærvær samt styrke kontakten med de pårørende.*

Pleje og Sundhed vurderer, at dette er et ambitiøst og på samme tid realistisk mål, da bl.a. personaleomsætningen vil besværliggøre at fastlægge og nå et mål tættere på de 100%.

## **Indstilling**

Social og Sundhed indstiller

Til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget:

At baseline og mål for den endelige afrapportering i 2025 for det flerårige politiske mål vedrørende mere tid til borgerne og mere nærvær godkendes.

## **Tidligere beslutninger:**

.

## **Bilag**

### **5 [Åben] Drøftelser af priser, som Gentofte Kommune uddeler på Ældre-, Social- og Sundhedsudvalgets område**

**Sags ID:** EMN-2023-01247

## **Resumé**

Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen tager hvert år stilling til, hvem der skal modtage ældreprisen. I første halvår 2023 drøfter de stående udvalg, om den pris/de priser, der uddeles på udvalgets område, fortsat skal uddeles og om formål og/eller kriterier bør revideres. Hvis udvalget foreslår at revidere formål/kriterier, udarbejder forvaltningen på baggrund af drøftelsen et forslag, som udvalget behandler på sit møde i andet kvartal 2023 og som derefter forelægges for Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen i august 2023 sammen med stillingtagen til de øvrige priser, som uddeles.

## **Baggrund**

Gentofte Kommune uddeler årligt seks forskellige priser for at anerkende unikke indsatser på områder Kommunalbestyrelsen ønsker at fremme. De eksisterende priser er Klimaprisen, Vi ta'r ansvar prisen, Ældreprisen, Initiativprisen, Årets Gentofte Kunstner og Kulturprisen. Kommunalbestyrelsen beslutter, hvem der skal modtage Ældreprisen.

I første halvår 2023 drøfter de stående udvalg, om den pris/de priser, der uddeles på udvalgets område, fortsat skal uddeles og om formål og/eller kriterier bør revideres. Hvis udvalget foreslår at revidere, udarbejder forvaltningen på baggrund af drøftelsen et forslag, som udvalget behandler på

sit møde i andet kvartal 2023 og som derefter forelægges for Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen i august 2023 sammen med stillingtagen til de øvrige priser, som uddeles.

Kommunalbestyrelsen har gennem årene tildelt ældreprisen til individer og grupper, som alle på hver sin måde har gjort en ekstraordinær indsats for deres ældre medborgere i kommunen. Det er forvaltningen vurdering, at der fortsat vil være individer eller grupper som borgere, foreninger eller forvaltningen vil indstille til Ældreprisen og at prisen med fordel kan opretholdes i sin nuværende form.

## **Indstilling**

Social og Sundhed indstiller

Til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget:

At drøfte og anbefale Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen om uddeling af Ældreprisen skal fortsætte uændret, ophøre eller revideres med henblik på at Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen i august 2023 forelægges sag om, hvilke priser kommunen skal uddele fremadrettet.

## **Tidligere beslutninger:**

.

## **Bilag**

1. Om Ældreprisen (4972446 - EMN-2023-01247)

## **6 [Åben] Nedsættelse af opgaveudvalg om borgerrettet sundhedspolitik**

**Sags ID:** EMN-2023-01150

## **Resumé**

Kommunalbestyrelsen vedtog på anbefaling fra et opgaveudvalg den 28. november 2016 en politik for den borgerrettede forebyggelse i Gentofte Kommune for perioden 2017-2024: 'Sundhed i Gentofte – Borgerrettet forebyggelse 2017-2024'.

Den nuværende politik udløber med udgangen af 2024 og Kommunalbestyrelsen skal beslutte, om der skal nedsættes et opgaveudvalg, der skal komme med anbefalinger til en ny borgerrettet sundhedspolitik gældende fra 2025

Formålet med at nedsætte opgaveudvalget er at skabe et bredt ejerskab hos Kommunalbestyrelsen og borgere til en ny borgerrettet sundhedspolitik og udmøntningen heraf.

## **Baggrund**

Ifølge Sundhedsloven § 119 har Kommunalbestyrelsen ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis (stk. 1) og etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne (stk. 2).

Den nuværende borgerrettede sundhedspolitik 'Sundhed i Gentofte - Borgerrettet forebyggelse 2017-2024' blev til i regi af et opgaveudvalg, der afleverede sine anbefalinger i 2016 og tager afsæt i udmøntning af Sundhedslovens § 119, stk. 1 og 2.

- Sundhedspolitikens vision er: 'Sammen skaber vi livskvalitet og flere gode leveår for borgerne i Gentofte Kommune'.
- Sundhedspolitikken indeholder desuden en beskrivelse af sundhedsudfordringer i Gentofte Kommune, der blandt andet er baseret på data fra Sundhedsprofil 2013 samt en lokal undersøgelse om unges trivsel og brug af rusmidler i Gentofte Kommune fra 2015.

På baggrund af opgaveudvalgets anbefalinger valgte Kommunalbestyrelsen at fokusere på syv strategiske målsætninger, der skulle bidrage til at implementere sundhedspolitikken, herunder skabe livskvalitet og flere gode leveår for borgerne i Gentofte Kommune.

For en borgerrettet sundhedspolitik, som skal gælde i en længere periode – den nuværende gælder for en otteårig periode – er det vigtigt for den videre udmøntning at få borgerperspektivet med i formuleringen af politikken, samt at der bliver skabt et ejerskab hos både borgere og Kommunalbestyrelse. Det er derfor relevant, at politikere og borgere sammen arbejder med, hvordan Gentofte Kommune bedst skaber rammer, der understøtter borgernes sundhed. Forvaltningen anbefaler på baggrund af de gode erfaringer med det sidste opgaveudvalg at benytte samme metode til borgerinddragelse, da det skabte et godt grundlag for dialog og fordybelse i emnet blandt en gruppe af borgere og politikere.

Følgende tidsplan foreslås for et opgaveudvalg om en ny borgerrettet sundhedspolitik:

- April 2023: Udpegning af to kommunalbestyrelsesmedlemmer til udarbejdelse af kommissorium
- Juni 2023: Kommissorium drøftes og indstiller på et fællesmøde videre til Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen
- August 2023: Godkendelse af kommissorium i Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen
- Oktober 2023: Udpegning af medlemmer til opgaveudvalget
- 2. kvartal 2024: Aflevering af anbefalinger til Kommunalbestyrelsen

## **Indstilling**

Social og Sundhed indstiller

Til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen:

At der nedsættes et opgaveudvalg, som skal komme med anbefalinger til en ny borgerrettet sundhedspolitik gældende fra 2025.

## **Tidligere beslutninger:**

.

## **Bilag**

7 [Åben] Kvartalsrapport til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget 4. kvartal 2022

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 4. kvartal 2022 forelægges til drøftelse.

## **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:

- Botilbud og støtte til selvstændigt boende borgere: Den gennemsnitlige udgift pr. borger, der visiteres til midlertidige og længevarende botilbud (Serviceloven, SEL, § 107 og § 108), er steget over en årrække på trods af, at andelen af borgere, der visiteres til tilbuddene, er relativt stabil. Det sammen gør sig glædende i.f.t. støtte til selvstændigt boende borgere efter SEL §85. Udviklingen drives især af få særligt dyre enkeltsager. Social og Handicap planlægger analyser i 2023, der kan belyse problemstillingen med stigende udgifter til SEL §§85, 107 og 108 samt give indblik i udviklingen og afdække handlemuligheder.

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: Sygeplejeklinikkernes kapacitet bliver udnyttet – dog er aktiviteten højest i klinikken i Mitchellstræde.
- Plejeboliger: Total antal borgere på venteliste til plejebolig er faldet over tid. Faldet er primært grundet fald i antal borgere på garantiliste.

## **Indstilling**

Social & Sundhed indstiller

Til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget:

At kvartalsrapporteringen tages til efterretning.

### **Tidligere beslutninger:**

.

### **Bilag**

1. Kvartalsrapport til Ældre- Social- og Sundhedsudvalget 4. kvartal 2022 (4934011 - EMN-2023-00343)

### **8 [Åben] Temapunkt om demens**

**Sags ID:** EMN-2023-00809

### **Resumé**

Under dette temapunkt orienterer Pleje og Sundhed om demens og demensområdet i Gentofte Kommune. Der bliver en kort gennemgang af demens og demenssygdommes konsekvenser efterfulgt af et overblik over sammenhæng mellem indsatser og behov.

### **Baggrund**

Som en del af den politiske arbejdsform i Gentofte Kommune skal de stående udvalg sikre en tværgående, helhedsorienteret og langsigtet udvikling af deres ressortområder gennem politikudvikling og opfølgning på de vedtagne politikker. Udvalgene skal således vurdere og følge tendenser, muligheder, udfordringer og resultater på deres ressortområde med henblik på at identificere de områder, hvor der er behov for udvikling.

Under dette temapunkt belyses de aktuelle udfordringer på demensområdet. Temapunktet præsenteres i et oplæg med mulighed for spørgsmål og drøftelser undervejs

### **Indstilling**

Social og Sundhed indstiller

Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget:

At udvalget tager orienteringen til efterretning og drøfter demensområdet.

### **Tidligere beslutninger:**

.

### **Bilag**

### **9 [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 tages til efterretning.

## Tidligere beslutninger:

.

## Bilag

1. Årsplan for SU marts 2023 (4972819 - EMN-2023-01248)

10 [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

11 [Lukket] **Meddelelser fra formanden/forvaltningen og spørgsmål fra medlemmerne**  
**Offentlig titel 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**

12 [Åben] Underskrift

**Sags ID:** EMN-2021-08176

### **Resumé**

Skriv et resumé af sagen

### **Baggrund**

Skriv baggrund for sagen

### **Indstilling**

Skriv indstillingen / indstillingerne i sagen

### **Tidligere beslutninger:**

.

### **Bilag**

**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

**Placering:** Emnesager/Sagsfremstilling: Uanmeldte kommunale tilsyn i PS 2023/Dokumenter

**Dagsordens titel** Model for uanmeldte tilsyn i Pleje og Sundhed

**Dagsordenspunkt nr** 1

**Appendix nr** 1

**Relaterede Dokumenter:** 4



# 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 2/4**

**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	MEDICINHÅNDBTERING .....	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.**



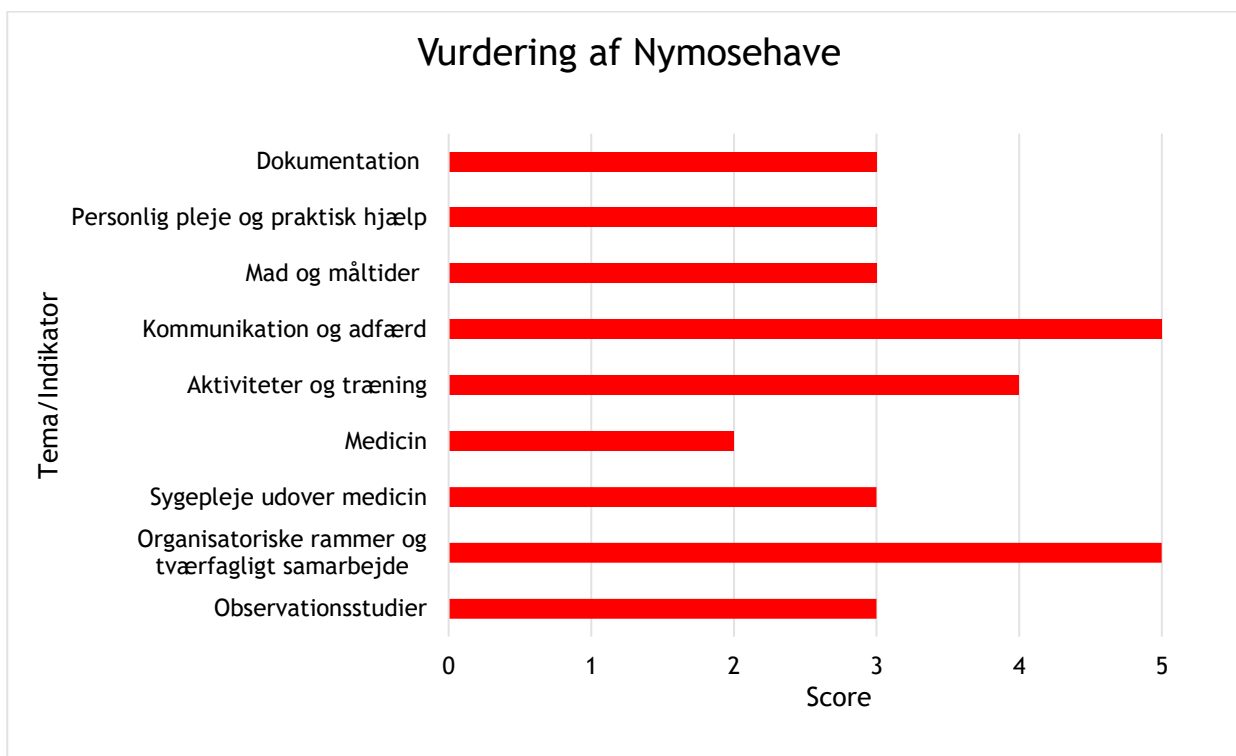
# 1. OPLYSNINGER OM NYMOSEHAVE

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: <ul style="list-style-type: none"><li>• Interview med plejecentrets ledelse</li><li>• Interview af syv borgere</li><li>• Gennemgang af dokumentation</li><li>• Kontrol af medicinen</li><li>• Observationsstudier</li><li>• Gruppeinterview med fire medarbejdere (En social- og sundhedshjælper og tre social- og sundhedsassistenter)</li></ul>
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 stillingstagen 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 tryk ved hjælpen i den trykafloadende 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 helbredsmaessige 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	<p><b>LEDERINTERVIEW:</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>På faste ledermøder drøftes løbende de aktuelle udfordringer, herunder kvalitets sikringsprocessen, men forstanderen erkender, at man endnu ikke er i mål med kvalitetsarbejdet i forhold til dokumentationen.</p> <p>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.</p> <p>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".</p> <p>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.</p>
------	---

### 3.2 DOKUMENTATION

Data	<p><b>OBSERVATION</b></p> <p>Der foretages observation i borgernes omsorgsjournal.</p> <p><b><u>Funktionsevnetilstande</u></b></p> <p>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.</p>
------	---

### 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 trykafastende 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	<p><b>OBSERVATION</b></p> <p>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.</p> <p><b>BEBOERINTERVIEW</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>MEDARBEJDERINTERVIEW</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
------	---

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	<p><b>OBSERVATION</b></p> <p>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.</p> <p><b>BEBOERINTERVIEW</b></p> <p>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.</p> <p><b>MEDARBEJDERINTERVIEW</b></p> <p>Medarbejderne redegør for faktorer, der har betydning for at sikre respektfuld kommunikation og adfærd i mødet med beboerne. Medarbejderne beskriver blandt andet fokus på:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At være lyttende</li> <li>• At bruge kropssproget bevidst</li> <li>• At udvise en rolig adfærd</li> <li>• At tale i øjenhøjde</li> <li>• At lytte til de udsagn, som beboerne kommer med og handle i forhold hertil</li> <li>• At møde beboerne hvor de er</li> <li>• At udvise situationsfornemmelse</li> <li>• At banke på, præsentere sig og fortælle, hvorfor man kommer</li> </ul>
------	--

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	<p><b>OBSERVATION</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>BEBOERINTERVIEW</b></p> <p>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.</p> <p>Flere af beboerne henviser til, at de kan orientere sig om aktivitetstilbuddene ved at læse månedsbladet.</p> <p>En beboer udtrykker mindre tilfredshed, idet beboeren ikke oplever at blive tilstrækkelig informeret om tilbuddene. Beboeren finder ikke, at hverdagsaktiviteterne er beskrevet i husavisen.</p> <p><b>MEDARBEJDERINTERVIEW</b></p> <p>Medarbejderne redegør for aktivitetstilbuddene for beboere i plejeboliger og plejecenterboliger.</p> <p>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.</p>
------	---

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 MEDICINHÅNTERING

#### 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

	<p>medicinen, så denne opbevares efter en ensartet struktur, uanset om medicinen opbevares i beboernes bolig eller i medicinrummet.</p> <p>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.</p> <p>Medarbejderne foretager eftertælling af medicinen som led i egenkontrol.</p> <p>Medarbejderne, der har med udlevering af dispenseret medicin at gøre, kan på faglig korrekt måde redegøre for kontrollen heraf.</p>
<b>Tilsynets vurdering - 2</b>	
<p>Tilsynet vurderer, at indikatorerne i lav grad er opfyldt.</p> <p>Ovenstående vurdering gives på baggrund af, at der er observeret dispenseringsfejl hos en beboer.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	

### 3.8 SYGEPLEJEYDELSER UD OVER MEDICIN

<b>Data</b>	<p><b>OBSERVATION</b></p> <p>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.</p> <p><b>BEBOERINTERVIEW</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>MEDARBEJDERINTERVIEW</b></p> <p>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.</p>
-------------	--



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 tryk 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 opfølgingsarbejdet med de indberettede hændelser. En medarbejder oplyser, at de udarbejdede fald-rapporter 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**Observationsstudie af personlig pleje I:

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.

Observationsstudie af personlig pleje II:

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 leveres 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.

#### Observationsstudie af personlig pleje II:

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 gennearbejdede 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	<p><b>Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler</li> <li>• Tilsynet har ingen anbefalinger</li> <li>• Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved tilbagemeldingen og noteres som bemærkning i rapporten.</li> </ul>
SCORE: 4	<p><b>Indikatorerne er i høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne</li> <li>• Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul>
SCORE: 3	<p><b>Indikatorerne er i middel grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne</li> <li>• En del af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul>
SCORE: 2	<p><b>Indikatorerne er i lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen, med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne</li> <li>• Få af elementerne i indikatorerne er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul> <p>Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.</p>
SCORE: 1	<p><b>Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes</li> <li>• Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne</li> <li>• Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger.</li> </ul> <p>Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.</p>

#### 4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet besluttet 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 3/4**

**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	MEDICINHÅNDBTERING.....	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.**



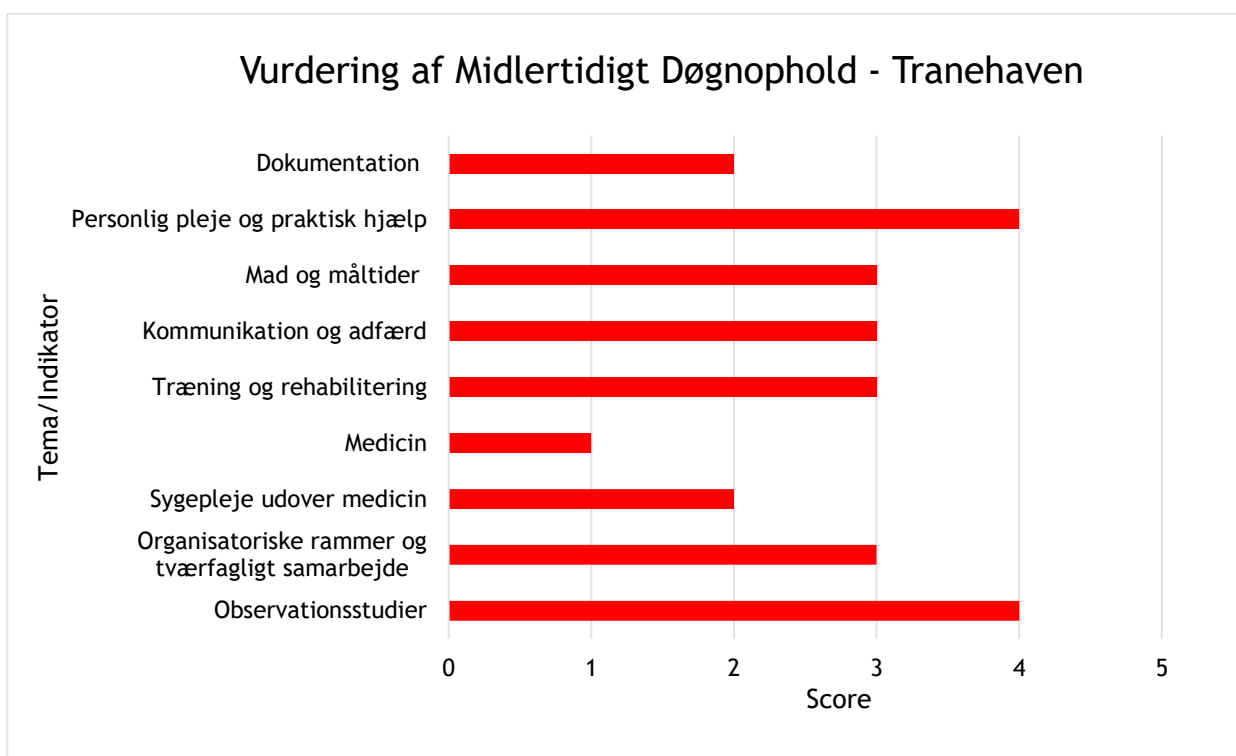
# 1. OPLYSNINGER OM MIDLERTIDIGT DØGNOPHOLD - TRANEHAVEN

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: <ul style="list-style-type: none"><li>• Interview med ledelsen</li><li>• Interview af fem borgere</li><li>• Gennemgang af dokumentation</li><li>• Kontrol af medicin</li><li>• Observationsstudie</li><li>• Gruppeinterview med fem medarbejdere (To social- og sundhedshjælpere, en sygehjælper, en social- og sundhedsassistent og en fysioterapeut)</li></ul>
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 viderede 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 medarbejderens 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	<p><b>Lederinterview:</b></p> <p>Lederen oplyser, der er ikke tidligere er gået tilsyn på de midlertidige pladser, men på 586 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
------	---

### 3.2 DOKUMENTATION

Data	<p><b>OBSERVATION</b></p> <p>Der foretages observation i fem borgeres omsorgsjournal.</p> <p><b><u>Funktionsevnetilstande</u></b></p> <p>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.</p> <p><b><u>Døgnrytmeplanen</u></b></p> <p>Døgnrytmeplanerne har mangler i forhold til alle fem borgere.</p>
------	---

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 modsatte beskivelser 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 lejrning.

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	<p><b>OBSERVATION</b></p> <p>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.</p> <p><b>BORGERINTERVIEW</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>MEDARBEJDERINTERVIEW</b></p> <p>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.</p> <p>Medarbejderne redegør for arbejdsgange i forbindelse med observerede ændringer i borgernes helbreds-mæssige 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.</p> <p>På morgenmøder gennemgås borgerne, og der foregår faglig drøftelse omkring borgernes helbreds-mæssige tilstand. Pt. deltager terapeuterne ikke på morgenmøderne, hvilket dog er planen fremadrettet.</p> <p>Tilsynet bemærker, at medarbejderne beskriver forskellige arbejdsgange og indhold i forhold til triageringsarbejdet og afholdelsen af tværfaglige konferencer.</p> <p>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.</p>
------	---

**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	<p><b>OBSERVATION</b></p> <p>I morgentimerne ses enkelte borgere, der indtager deres mad i den fælles spise-stue. 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.</p> <p>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 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.</p> <p>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.</p> <p><b>BORGERINTERVIEW</b></p> <p>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.</p> <p>Borgerne udtrykker fx følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>
------	--

- 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	<p>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.</p> <p><b>BORGERINTERVIEW</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>MEDARBEJDERINTERVIEW</b></p> <p>Medarbejderne redegør for faktorer, der har betydning for at udvise en respektfuld kommunikation og adfærd i mødet med borgerne:</p> <p>Medarbejderne italesætter blandt andet fokus på følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Møde borgerne, hvor de er.</li> <li>• Kommunikere ligeværdigt.</li> <li>• Afstemme kommunikationen individuelt - alt efter, hvad borgerne kan rumme.</li> <li>• Udvide en rolig adfærd.</li> <li>• Fokus på at skabe en god relation ved at se det hele menneske.</li> <li>• Være nysgerrig på at afdække, hvad der bekymrer borgeren lige nu.</li> <li>• Inddrage pårørende i afdækning af borgernes ønsker og vaner.</li> </ul> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<b>Tilsynets vurdering - 3</b>	
<p>Tilsynet vurderer, at indikatorerne i middel grad er opfyldt.</p> <p>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.</p>	



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	<p><b>OBSERVATION</b></p> <p>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.</p> <p>Tilsynet bemærker i en anden situation, at en borger følges til træning, hvilket borgeren giver udtryk for at glæde sig til.</p> <p>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.</p> <p><b>BORGERINTERVIEW</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Borgerne beskriver medarbejderne som værende meget professionelle og kompetente.</p> <p>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.</p> <p><b>MEDARBEJDERINTERVIEW</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p>
------	---

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 trykthed 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 medicin håndtering, 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, misbrugs-konsulent, 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

#### Observationsstudie af hjælp til bad:

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

#### Observationsstudie af hjælp til bad:

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

#### Observationsstudie af hjælp til bad:

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 iført 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	<p><b>Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen.</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler-</li> <li>• Tilsynet har ingen anbefalinger.</li> <li>• Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved. tilbage-meldingen og noteres som bemærkning i rapporten.</li> </ul>
SCORE: 4	<p><b>Indikatorerne er i høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne</li> <li>• Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger</li> </ul>
SCORE: 3	<p><b>Indikatorerne er i middel grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne</li> <li>• En del af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger</li> </ul>
SCORE: 2	<p><b>Indikatorerne er i lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen, med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne</li> <li>• Få af elementerne i indikatorerne er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger</li> </ul> <p>Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.</p>
SCORE: 1	<p><b>Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes</li> <li>• Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne</li> <li>• Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger</li> </ul> <p>Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.</p>

#### 4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet besluttet 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 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 4/4**

**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	MEDICINHÅNDBTERING.....	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

**Tilsynet er altid udtryk for et øjebliksbillede og skal derfor vurderes ud fra dette.**



# 1. OPLYSNINGER OM MIDLERTIDIGE PLADSER, DROSSELLUNDEN

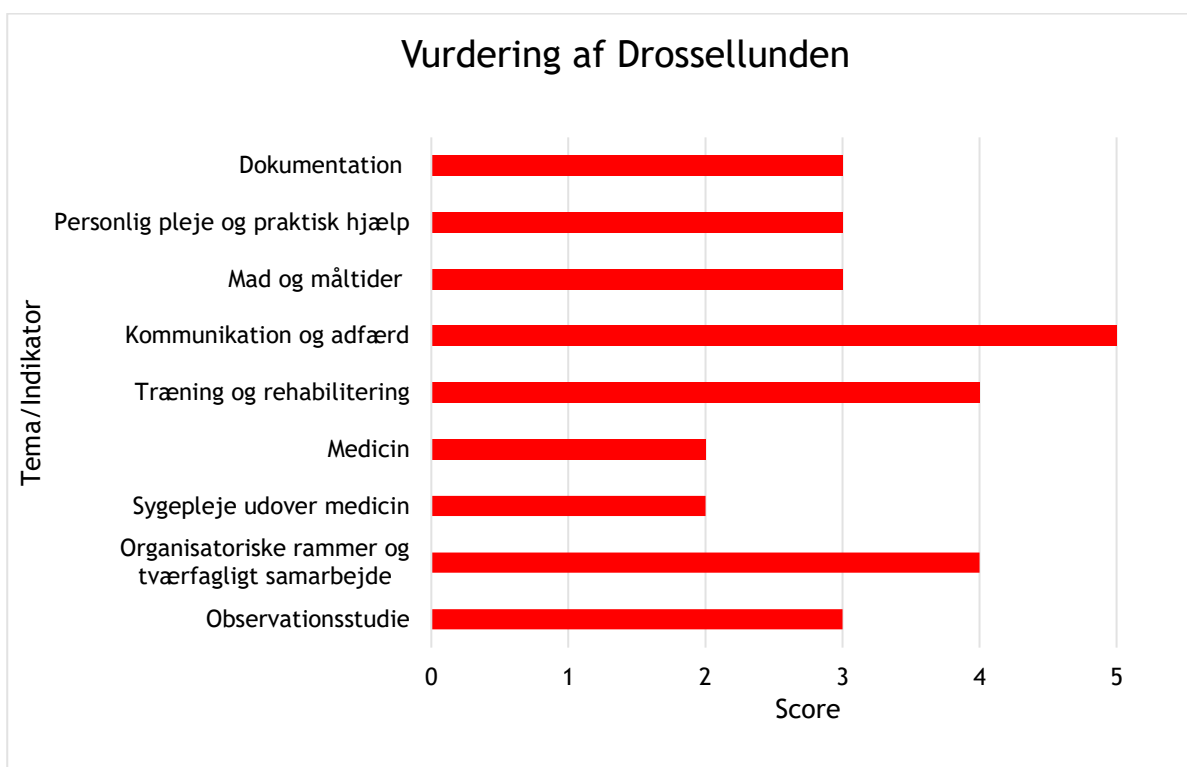
Oplysninger om enheden og tilsynet
Navn og Adresse: Midlertidige pladser, Drossellunden, Niels Andersenvej 22, 2900 Hellerup
Leder: Berit Kronby
Antal boliger: 32 boliger
Dato for tilsynsbesøg: Den 28. november 2022
Tilsynets deltagerkreds: Tilsynsresultatet baserer sig på følgende datagrundlag: <ul style="list-style-type: none"><li>• Interview med ledelsen</li><li>• Interview af tre borgere</li><li>• Gennemgang af dokumentation</li><li>• Kontrol af medicinen</li><li>• Observationsstudie</li><li>• Gruppeinterview med to medarbejdere (en social- og sundhedshjælper og en sygeplejerske)</li></ul>
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
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tilsynet anbefaler, at ledelsen fastholder indsatsen på dokumentationsområdet, og at der herunder arbejdes målrettet med at sikre:<ul style="list-style-type: none"><li>• At døgnrytmeplanen indeholder individuelle og handlevejledende beskrivelser af alle de indsatser, som borgerne modtager hjælp og støtte til.</li><li>• At der udarbejdes handlingsanvisninger for de tildelte sygeplejeindsatser.</li><li>• At funktionsevnetilstande er opdaterede og ajourførte.</li><li>• At der dokumenteres oplysninger om borgernes mestring, motivationer, ressourcer og væner under de generelle oplysninger.</li><li>• At der sikres dokumentation af den udførte opfølgning af de iværksatte tiltag.</li></ul></li><li>2. Tilsynet anbefaler, at ledelsen italesætter over for medarbejderne, at borgerne ikke direkte involveres og informeres omkring travlhed blandt medarbejderne.</li><li>3. Tilsynet anbefaler, at ledelsen følger op på borgernes oplevelse af ventetid på nødkald.</li><li>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.</li><li>5. Tilsynet anbefaler, at borgerne orienteres omkring deres individuelle træningsplan, samt at borgerne opnår kendskab fra fysioterapeuter vedrørende tidspunkter for træningsbesøgene.</li><li>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.</li></ol>

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	<p><b>LEDELSESINTERVIEW:</b></p> <p>Ledelsen fortæller, at der ikke tidligere har været afholdt tilsyn på Drossellunden, så der foreligger derfor ikke anbefalinger fra tidligere tilsyn.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>For at ensarte dokumentationspraksis samt sikre, at medarbejderne anvender Nexus korrekt, har Drossellundens udviklingspsygeplejerske oprettet lokal undervisning for enhedens medarbejdere. Medarbejderne undervises blandt andet i anvendelse af "tilstandshjulet" samt vejledes i form af sidemandoplæring. Foruden undervisning af udviklingspsygeplejersken bidrager også enhedens superbrugere med vejledning.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
------	--

### 3.2 DOKUMENTATION

Data	<p>Tilsynet gennemgår de tre udvalgte borgeres omsorgsjournal.</p> <p><b><u>Funktionsevnetilstande</u></b></p> <p>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.</p>
------	---

### 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 afvigelse 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 benytte 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	<p><b>OBSERVATION</b></p> <p>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.</p> <p>Tilsynet foretager en observation af et frokostmåltid.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>En medarbejder ankommer med medicin til flere af borgerne, og medarbejderen foretager herefter udleveringen på forsvarlig vis.</p> <p>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.</p> <p><b>BORGERINTERVIEW</b></p> <p>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 hverdagsmaer.</p> <p>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.</p> <p><b>MEDARBEJDERINTERVIEW</b></p>
------	--

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 u hensigtsmæssig 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 arbejdsplan for at aftale et konkret tidspunkt. Derved opleves det, at træningen ind imellem tilbydes på u hensigtsmæssige 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**

	<p>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.</p> <p>Medarbejderne fortæller, at de har fokus på at skabe en tryk relation med den ny-ankomne 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<b>Tilsynets vurdering - 4</b>	
<p>Tilsynet vurderer, at indikatorerne i høj grad er opfyldt.</p> <p>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.</p> <p>Herudover vurderer tilsynet, at medarbejderne på tilfredsstillende vis kan redegøre for overvejelser og opgaver relateret til træning og rehabilitering.</p>	

### 3.7 MEDICINHÅNDTERING

Data	<p><b>OBSERVATION</b></p> <p>Tilsynet gennemgår medicinbeholdningen for de udvalgte borgere.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Tilsynet konstaterer herudover følgende fejl og mangler:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• For en borger er der ikke overensstemmelse mellem antal tabletter i doseringsæsker og antal tabletter på medicinskemaet, idet der mangler en tablet om morgenen.</li> <li>• For to borgere ses enkelte mangler i forhold til at sikre overensstemmelse mellem handelsnavn på præparatet i beholdningen og handelsnavn på præparatet på medicinskemaet.</li> <li>• I et tilfælde mangler borgerens navn på et præparat.</li> <li>• For en borger bør medicinskemaet opdateres, idet der henvises til et præparat, som borgeren ikke længere behandles med.</li> </ul>
------	--

**BORGERINTERVIEW**

Borgerne udtrykker tilfredshed og tryghed ved medarbejdernes håndtering af deres medicin. De oplever at få medicinen udleveret 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 smertepreget 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 gennemsvivet 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 aftenvagts 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 arbejds gange.

#### **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 arbejds gange 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.

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	<p><b>KOMMUNIKATION</b></p> <p>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.</p> <p><b>SELVBESTEMMELSE OG MEDINDFLYDELSE</b></p> <p>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.</p> <p>Medarbejderen og borgeren har herefter en samtale om genoptræningsforløbet, samt at borgeren skal hjælpes til at øge sin mobilisering i løbet af dagen.</p> <p><b>REHABILITERING</b></p> <p>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.</p> <p><b>ORGANISERING AF ARBEJDET</b></p> <p>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.</p> <p>Medarbejderen sikrer borgerens privatliv, idet gardinerne til gaden trækkes for, inden plejen igangsættes.</p> <p><b>DEN FAGLIGE UDFØRELSE AF ARBEJDET</b></p> <p>Medarbejderen ifører sig korrekte værnemidler, engangsforklæde og handsker. Den personlige pleje udføres korrekt i sengen, og i den forbindelse udføres der også korrekt kate-terpleje med ren og uren teknik.</p> <p>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.</p>
------	---



### 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 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	<p><b>Indikatorerne er i meget høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er ingen eller få mindre væsentlige mangler i opfyldelsen.</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til alle borgere med ingen eller få mindre væsentlige mangler-</li> <li>• Tilsynet har ingen anbefalinger.</li> <li>• Der kan forekomme enkelte udviklingspunkter, som drøftes ved. tilbage-meldingen og noteres som bemærkning i rapporten.</li> </ul>
SCORE: 4	<p><b>Indikatorerne er i høj grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er få mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en mindre indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til størstedelen af borgerne</li> <li>• Størstedelen af indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger</li> </ul>
SCORE: 3	<p><b>Indikatorerne er i middel grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er en del mangler i opfyldelsen, som vil kunne afhjælpes ved en målrettet indsats</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til en del af borgerne</li> <li>• En del af elementerne i indikatorerne i temaet er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger</li> </ul>
SCORE: 2	<p><b>Indikatorerne er i lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er flere og/eller væsentlige mangler i opfyldelsen, med betydning for borgernes sikkerhed eller autonomi, som vil kræve en betydelig og målrettet indsats for at kunne afhjælpes</li> <li>• Indikatorerne er opfyldt i forhold til få af borgerne</li> <li>• Få af elementerne i indikatorerne er opfyldt</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger</li> </ul> <p>Det samlede tilsynsresultat kan følges op af kontakt til forvaltningen.</p>
SCORE: 1	<p><b>Indikatorerne er i meget lav grad opfyldt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omfattende mangler i opfyldelsen, som vil kræve en radikal indsats for at afhjælpes</li> <li>• Indikatorer i temaet er opfyldt for få eller ingen af borgerne</li> <li>• Der er fare for borgernes sikkerhed og autonomi i en sådan grad, at det er nødvendigt omgående at gribe ind</li> <li>• Tilsynet har en eller flere anbefalinger</li> </ul> <p>Det samlede tilsynsresultat følges altid op af kontakt til forvaltningen.</p>

#### 4.4 TILSYNETS TILRETTELÆGGELSE

Tilsynsforløbet beslattes 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.

**Dokument Navn:** Bilag Udeliv EMN-2023-00812.docx  
**Dokument Titel:** Bilag Udeliv EMN-2023-00812  
**Dokument ID:** 4968895  
**Placering:** Emnesager/Udeliv i Plejeboliger/Dokumenter  
**Dagsordens titel** Strategi for udeliv i plejeboliger  
**Dagsordenspunkt nr** 2  
**Appendix nr** 1  
**Relaterede Dokumenter:** 1

## Bilag Udeliv EMN-2023-00812

Sags-ID: EMN-2023-00812

### Strategi for 'Udeliv i plejeboliger'

Denne strategi har som mål at sætte en ramme om udeliv for borgere i plejeboliger.

#### Strategiens formål:

Hensigten er at styrke udelivet i plejeboligerne, så det skaber værdi for beboerne og er styret af beboernes ønsker og ressourcer, så de fortsat kan leve deres liv efter de holdninger og præferencer, de altid har haft.

#### Målgruppe

Målgruppen er beboere i plejeboligerne.

Ca. 95 % af beboerne har demenssygdom i moderat til svær grad, som påvirker deres mentale funktioner. Mange beboere har andre sygdomme og aldersrelaterede helbredsproblemer. At komme ud i den friske luft, kan for nogen være en 'oplevelse' der er en kilde til lindring, trivsel og glæde. For andre kan den 'oplevelse' antænde en kaotisk tilstand, der medfører uro og angst. Det afhænger af beboerens ønsker, formåen og mentale funktionsevne, på det pågældende tidspunkt og i den konkrete situation.

Demenssygdom kan påvirke beboerens handleevne. Nationalt Videnscenter for Demens peger på, at det er vigtigt at respektere en persons ret til selvbestemmelse, så længe handleevnen er i behold. At have handleevne betyder 'at have evne til at varetage egne anliggender på en fornuftig måde og at have den fornødne dømmekraft i en given situation' (Nationalt Videnscenter for Demens, hæfte om selvbestemmelse, 2020)<sup>1</sup>

Beboere med nedsat handleevne er særligt sårbare og her har medarbejderne en særlig omsorgspligt som gør, at de skal vurdere om beboeren kan deltage i en 'oplevelse'; om beboeren vil have det godt og være glad for den 'oplevelse', eller om beboeren har det bedst og vil være glædest for, at kigge på eller opholde sig et andet sted.

Mange beboere har et udeliv. Der er ikke systematisk indsamlet ønsker til og viden om betydningen af udeliv hos beboerne i plejeboligerne. Medarbejdere, der kender beboerne, har et kendskab til beboernes individuelle ønsker til udeliv. Især de særligt sårbare beboere med behov for individuelle hensyn og rammer. Ønsker kan være dokumenteret og/eller det kan være noget medarbejderne deler viden om, når beboerne skal motiveres og inviteres til at deltage i forskellige uden dørs initiativer.

---

<sup>1</sup> [file:///C:/Users/haa/Downloads/haefte\\_selvbestemmelse\\_2020%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/haa/Downloads/haefte_selvbestemmelse_2020%20(1).pdf)

## Udeliv

Den danske ordbog definerer udeliv som noget der foregår udendørs i fx haven, i naturen eller på gaden.

Dansk Gerontologisk Selskab<sup>2</sup> understøtter forskning i 'Mere liv i gamles hverdag', herunder udeliv. I den sammenhæng er der arbejdet med forskellige forhold som har betydning. Det er fx de fysiske omgivers betydning, hvordan man kan understøtte mere udeliv for borgere og hvordan medarbejdere, kan 'producere' et godt udeliv i en travl hverdag. Herunder:

- Hvad betyder omgivelserne, livshistorien, medarbejderne mv for borgernes udeliv?
- Hvordan udeliv har ændret sig i et historisk perspektiv fx om mandeudliv, kvindeudliv, nytteværdi, nydelsesværdi mv
- Forskellige steder hvor udeliv udspiller sig fx på terrassen, på bænken, i haven, ved stranden, i skoven mv
- Antagelser om udeliv som fx udeliv skaber friskhed (når du er træt), udeliv skaber træthed (så du kan sove), udeliv giver noget at snakke om, udeliv giver nogen at snakke med, udeliv giver lys, luft og liv, udeliv giver friskhed og røde kinder mv.

Alt sammen forhold som kan have relevans, når der skal udvikles en strategi for udeliv i plejeboligerne og den skal omsættes i praksis i hverdagen.

## Faktorer for beboeres udeliv i plejeboliger

I hverdagen påvirkes mulighederne for udeliv i plejeboliger af beboernes aldersrelaterede fysiske og funktionelle formåen, deres helbredsmæssige udfordringer og deres mentale (kognitive) funktioner. Herudover viser erfaringer fra 'Mere liv i gamles hverdag' at følgende faktorer kan have betydning for hvor meget udeliv en beboer har:

- Den rolle udeliv har spillet i beboerens livshistorie og livsform
- De muligheder der er for udeliv i de nære omgivelser
- Den vurdering beboeren selv har af de nære omgivelser (egen vurdering af de nære omgivelser ser ud til at spille en større rolle for omfanget af fysisk aktivitet end objektive forhold)

---

<sup>2</sup> Gerontologi er læren om aldring og Dansk Gerontologisk Selskab <https://danskgerontologi.dk/om-gerontologi/> har som formål at udbrede forskning om aldring



- 'Walkability'<sup>3</sup> i nærområdet.
- Karakter af og præferencer for de frivillige, pårørende og medarbejdere, som er omkring beboerne og som er dem der 'producerer' udeliv for beboerne.
- De forhold der fremmer udeliv og de forhold der er en barriere for udeliv fx bemanding, kompetencer, stemning mv

### Nærmiljøet ved Gentofte Kommunes plejeboliger

Alle plejeboliger har haver, altaner eller natur i nærområdet. Der er forskel på hvordan haverne er anlagt og på hvordan naturen i nærområdet er formet; om der er stisystemer, gårdhaver, bænke, græsplæner, legepladser mv.

På Søndersøhave er der anlagt en egentlig sansehøve<sup>4</sup>. I andre plejeboliger er der mulighed for at stimulere sanserne i fx køkkenhave, arealer med japanske kirsebærtræer eller løgplanter, stier i anlagt kuperet terræn mv.

### Aktuelt udeliv i Gentofte Kommunes plejeboliger

Der er generelt et stort ønske om udeliv både blandt beboere og medarbejdere. Som det fremgår af nedenstående oversigt over aktuelle initiativer, er der mange initiativer og kreative idéer til, hvordan man kan have et udeliv i en plejebolig.

Oversigten er en præsentation af det udeliv der allerede er i plejeboligerne, fortalt af forstanderne. Det er sorteret og grupperet, så det giver et bedre overblik over, hvorvidt udelivet er planlagt eller sker spontant, og om det foregår i nærmiljøet eller på udflugter.

Den sortering er valgt fordi, det er 'nemmere' for en beboer med moderat til svær demens, at have et udeliv, når der er spontan og let adgang til et attraktivt nærmiljø. Når den fysiske, psykiske og mentale funktionsevne, kan variere hen over døgnet og fra situation til situation, kan svært tilgængelige udearealer, planlagte og længere udflugter, være en barriere for et udeliv.

Kun initiativer der foregår uden for bygningen, er medtaget. Der var eksempler på indendørs initiativer, som vil kunne ses som en slags udeliv. Fx at deltage i at binde ugens buket, at deltage i bål som man kigger ud på, at se på stormvejr i vinduet og tale om det osv. Der vil kunne argumenteres for, at det også er en slags udeliv 'at kigge ud på' eller 'at tale om', hvis man er en beboer, der bliver angst og utryk af at fx være ude i vinden, varmen eller kulden.

---

<sup>3</sup> 'Walkability' er undersøgelsesmetode der undersøger hvordan fodgængere kommer omkring i et område med forskellige aktiviteter, attraktioner og funktioner, der hver især tiltrækker og genererer fodgængere fx tilgængelighed, sammenhængende stisystemer, beplantning, belysning mv.

<sup>4</sup> En *sansehøve* er et grønt uderum, der er designet og etableret sådan, at den bevidst sorterer, påvirker og forstærker sanseindtryk på en naturlig måde.

Der er ikke spurgt ind til planlagte udflugter og derfor fremgår de ikke af oversigten. Fx køres der turer i de minibusser som alle plejeboliger har til rådighed.

## Oversigt over aktuelt udeliv

### Eksempler på spontane initiativer til udeliv i nærmiljøet

- Når vejret tillader det, spiser vi udenfor
- Loungemøbler på terrassen, der er nemme at bruge
- Bruge de nære omgivelser til at gå ud i
- Åbne dørene og gå ud, så man kan mærke kulden eller blæsten
- Gå ud i køkkenhaven, hvor man kan smage og dufte
- Mærke årstiderne – hvad vi gør, afhænger af hvad beboeren har lyst og ressourcer til
- For en beboer med uro og angst, kan altanen være den vigtigste kilde til udeliv, også om vinteren til at mærke kulde og regn
- Bare en kort tur i haven med en særligt sårbar beboer, selvom det tager længere tid at forberede beboeren og bringe ham tilbage i 'komfortzonen'

### Eksempler på planlagt udeliv i nærmiljøet

- Tur i nærområdet med makker. Beboerne er 'parret' så den ene altid kan finde hjem.
- At gå tur er en fast del af døgnrytmen for at forebygge at man forlader plejeboligen. Kropslig uro kan gøre at man går ud og 'kan blive væk'. Fordi man går den samme tur hver gang, kan man finde vej tilbage, når man må ud at gå.
- En gruppe der går sammen i nærområdet med en medarbejder der sørger for, at der er en balance mellem retten til selv at bestemme hvor man vil gå hen og at ingen bliver væk.
- Tænder bål og drikke varm kakao med flødeskum om onsdagen i alt slags vejr
- Vi har en strategi for at udeliv altid er forbundet med at 'kunne putte noget i munden'

### Eksempler på spontant udeliv på udflugter

- Cykle ture på Duo-cyklen, når vejret er til det og der er beboere der kan og har lyst
- Køre tur i bussen i stormvejret med dem der kan gå, så de kan komme ud at se de store bølger

På baggrund af ovenstående, anbefales følgende strategiske mål for udeliv:

#### Strategiske mål:

Udeliv i plejeboliger er;

- meningsfuldt for den enkelte beboer
- et nærmiljø der er en vigtig kilde til et udendørs hverdagsliv
- et nærmiljø med høj oplevelsesværdi for de beboere der bor i plejeboligen
- et hverdagsliv der skabes af de pårørende, frivillige og medarbejdere der omkring beboerne
- omgivelser der gør det nemt at komme omkring og er afstemt med beboernes generelle situation og handleevne

#### Anbefalinger til lokale strategiske indsatser

- Opsøge inspiration til medarbejdere og ledere fra fx naturvejleder eller lignende
- Beboer- og pårørenderådende drøfter de strategiske mål og indsatser. De vurderer den aktuelle situation, kommer med forslag til rådets rolle og hvordan det bidrager til at skabe et udeliv for beboerne
- Udeliv skal give mening for beboeren, hvorfor udelivets rolle og betydning for beboeren skal være kendt af medarbejderne
- Beboernes aktuelle udeliv fortsætter eller omlægges i forhold til de initiativer, ønsker og behov der afdækkes ved implementering af strategien
- Udeliv er en naturlig del af hverdagslivet, hvorfor medarbejdernes kompetencer til det meningsfulde udeliv styrkes og der arbejdes med kulturen omkring udeliv
- Nye grupper af frivillige og medarbejdere med mulighed for at samarbejde og ansætte nye grupper af frivillige og medarbejdere fx unge under 18 år, der har særlige løn og personaleforhold
- Udeliv i nærmiljøet kortlægges og udvikles i forhold til fx walkability i nærområdet
- Indsamling af viden om værdien af nære omgivelser og beboernes ønsker til udeliv i forhold til
  - 'at være ude i' - muligheder for ophold i nærmiljøet
  - 'at gå tur ud i' – muligheder for at færdes i nærområdet
- Opsamling af erfaringer med på hvilken måde beboernes sundhed styrkes/hæmmes af udeliv

## Implementering

Implementering af strategien afhænger af mange forhold. De væsentligste forhold er beskrevet nedenfor.

### Organisatoriske forhold

Strategien skal understøtte, at udeliv styrkes og indgår i det daglige liv i afdelingerne for alle beboere. Et krav til udeliv må ikke blive en hindring for kvaliteten af den nære og daglige pleje, behandling og omsorg, ligesom strategien ikke må bidrage til at stigmatisere de særligt sårbare beboere, der kun kan deltage i udeliv under særlige omstændigheder.

Det er en udfordring at skulle implementere en strategi for udeliv på et tidspunkt, hvor plejeboligerne har vanskeligt ved at rekruttere medarbejdere. Det medfører mange og skiftende vikarer i afdelingerne. De vil ikke, som faste medarbejdere, engagere sig i at omsætte strategiens ambitioner om at styrke beboernes udeliv i dagligdagen. Det vil derfor være nødvendigt at inddrage frivillige, pårørende og andre til at folde strategiens mål ud.

### Medarbejdere/kompetencer

Der vil være behov for at øge forskellige kompetencer. Det vil fx være at kunne;

- tilrettelægge udeliv for mennesker med demenssygdomme, så naturen kan stimulere sanserne
- åbne for samtaler om naturen, så de vækker minder og skaber ro, velvære og trivsel i beboeren
- bruge uderrum og nære omgivelser til forskellige hverdagsaktiviteter der styrker kroppen, samt den psykiske og mentale sundhed.

### Økonomi

Der vil være udgifter til oplæg, kortlægning af walkability mv. Der kan blive brug for flere sansehaver og nye uderrum, der kan styrke beboernes sundhed. På nuværende tidspunkt er der ikke viden om, i hvilket omfang der er behov for nyetableringer af sansehaver eller lignende.

**Dokument Navn:** Bilag Åbent hjælpemiddeldepot\_tlg.pdf  
**Dokument Titel:** Bilag Åbent hjælpemiddeldepot\_tlg  
**Dokument ID:** 4973732  
**Placering:** Emnesager/Åbent  
hjælpemiddeldepot/Dokumenter  
**Dagsordens titel** Etablering af åbent hjælpemiddeldepot  
**Dagsordenspunkt nr** 3  
**Appendix nr** 1  
**Relaterede Dokumenter:** 1

## Bilag: Åbent hjælpemiddeldepot

Alle borgere i Gentofte Kommune kan mandag til torsdag afhente udvalgte hjælpemidler direkte på Hjælpemiddeldepotet uden forudgående sagsbehandling.

Åbningstiderne for direkte afhentning af udvalgte hjælpemidler er mandag til onsdag kl. 8.00 – 14.00 og torsdag kl. 14.00 – 17.00. Fredag er der lukket på grund af ofte akutte opgaver op til weekenden.

Nedenstående hjælpemidler udleveres direkte fra Hjælpemiddeldepotet:

- Badebænk
- Badekarsbræt
- Rollator
- Supporter med armlæn
- Toiletforhøjer – med og uden armlæn
- Transportkørestole med benstøtter;  
Standard manuel krydsramme stol i mål 40x40, 40x45, 45x40, 45x45 (bredde/dybde)

Borgerne skal selv sørge for hjemtransport og aflevering af de hjælpemidler, der er udleveret direkte fra Hjælpemiddeldepotet. Ydermere skal borger selv stå for at transportere hjælpemidlet retur til Hjælpemiddeldepotet ved evt. reparation og i nogle tilfælde selv står for montering i eget hjem.

Undtaget for ovenstående er transportkørestole, der fungerer som ”almindeligt” udlån. Derfor ydes der både reparation og transport af disse, mens de også udleveres med udlånsseddel grundet stor genbrugsværdi.

### Montering i eget hjem

Hvis en borger henvender sig direkte til Hjælpemiddeldepotet for at få udleveret eksempelvis en toiletforhøjer, vil de få de en tillægsseddel med. På denne vil der stå, at borgeren selv skal stå for afmontering af det eksisterende toiletsæde og sikre korrekt montering af toiletforhøjeren, og at Gentofte Kommune ikke er ansvarlig for personskade eller andre skader, der skyldes fejlmontering.

Ved udlevering sikrer Hjælpemiddeldepotet, at der udleveres en toiletforhøjer, der passer til borgerens toilettype (væghængte toiletter kræver en særlig toiletforhøjer).

Ovenstående er en ny arbejdsgang, men er kun gældende, hvis borgerne ønsker at afhente hjælpemidler direkte fra Hjælpemiddeldepotet uden sagsbehandling.

**Dokument Navn:** Om Ældreprisen.docx

**Dokument Titel:** Om Ældreprisen

**Dokument ID:** 4972446


**Placering:** Emnesager/Drøftelse af priser, som Gentofte Kommune uddeler på Ældre-, Social- og sundhedsudvalgets område/Dokumenter

**Dagsordens titel** Drøftelser af priser, som Gentofte Kommune uddeler på Ældre-, Social- og Sundhedsudvalgets område

**Dagsordenspunkt nr** 5

**Appendix nr** 1

**Relaterede Dokumenter:** 1

Dette dokument blev genereret af  getorganized  
for SharePoint




## Fakta om Ældreprisen

<b>Formål</b>	<p>Formålet med Ældreprisen er at synliggøre og anerkende ekstraordinære indsatser over for ældre borgere i Gentofte Kommune. Prisen blev indstiftet i 1994</p> <p>Prisen er uddelt til følgende modtagere de seneste 8 år:</p> <table border="1" data-bbox="568 395 1509 767"> <thead> <tr> <th>År</th> <th>Antal indstillinger</th> <th>Prismodtager</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2015</td> <td>4</td> <td>Rygårdcentrets Støtteforening</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>2</td> <td>Hemingway Club</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>3</td> <td>Spisestedet</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>3</td> <td>Blixen Club</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>2</td> <td>Jesper Dalhoff – Frivillig på Gentofte Bibliotekerne</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>2</td> <td>Hans Rasmussen – Dansk Blindesamfund</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>5</td> <td>De frivillige i Gentofte Bibliotekernes netcaféer</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>2</td> <td>Peter Arne Sørensen – Modne Motionister</td> </tr> </tbody> </table>	År	Antal indstillinger	Prismodtager	2015	4	Rygårdcentrets Støtteforening	2016	2	Hemingway Club	2017	3	Spisestedet	2018	3	Blixen Club	2019	2	Jesper Dalhoff – Frivillig på Gentofte Bibliotekerne	2020	2	Hans Rasmussen – Dansk Blindesamfund	2021	5	De frivillige i Gentofte Bibliotekernes netcaféer	2022	2	Peter Arne Sørensen – Modne Motionister
År	Antal indstillinger	Prismodtager																										
2015	4	Rygårdcentrets Støtteforening																										
2016	2	Hemingway Club																										
2017	3	Spisestedet																										
2018	3	Blixen Club																										
2019	2	Jesper Dalhoff – Frivillig på Gentofte Bibliotekerne																										
2020	2	Hans Rasmussen – Dansk Blindesamfund																										
2021	5	De frivillige i Gentofte Bibliotekernes netcaféer																										
2022	2	Peter Arne Sørensen – Modne Motionister																										
<b>Selve prisen</b>	Ældreprisen består af et diplom samt et værk skabt af årets Gentoftekunstner.																											
<b>Hvor ofte</b>	Ældreprisen uddeles en gang årligt i december måned.																											
<b>Kriterier og processen</b>	<p>Ældreprisen går til en borger eller en gruppe af borgere, som har ydet en særlig stor og frivillig indsats for deres ældre medborgere og derfor er blevet indstillet.</p> <p>Annoncering af Ældreprisen sker i det nummer af Gentofte Lige Nu, der udkommer tættest på uddelingen. Alle borgere eller grupper af borgere i Gentofte Kommune kan stille motiverede forslag, der skal være Social og Sundhed i hænde i løbet af oktober måned.</p> <p>Hvis ingen indstillinger er modtaget, forsøger Social og Sundhed internt at finde forslag. Som minimum bør der være to indstillinger.</p> <p>På Kommunalbestyrelsens møde i november beslutes, hvem der skal modtage årets Ældrepris.</p>																											
<b>Omkostninger</b>	<p>Der var følgende omkostninger forbundet med uddeling af prisen i 2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forplejning 6.100</li> </ul>																											

• Diplom	150
• Kunstværk	5.000
• Blomster	280
• Fotograf	3.700
• <b>I alt</b>	<b>15.230</b>

<b>Dokument Navn:</b>	<b>Kvartalsrapport til Ældre- Social- og Sundhedsudvalget 4. kvartal 2022.docx</b>
<b>Dokument Titel:</b>	<b>Kvartalsrapport til Ældre- Social- og Sundhedsudvalget 4. kvartal 2022</b>
<b>Dokument ID:</b>	<b>4934011</b>
<b>Placering:</b>	<b>Emnesager/Kvartalsrapport til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget 4. kvartal 2022/Dokumenter</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Kvartalsrapport til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget 4. kvartal 2022</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>7</b>
<b>Appendix nr</b>	<b>1</b>
<b>Relaterede Dokumenter:</b>	<b>1</b>

Dette dokument blev genereret af  getorganized  
for SharePoint

Marts 2023

# Kvartalsrapportering

Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget



Gentofte  
Kommune

# Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse .....	1
Indledning .....	2
Opmærksomhedspunkter vedrørende målområde Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte .....	2
Om Målområde Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte .....	2
Om målområdet Forebyggelse, rehabilitering og pleje .....	2
Opmærksomhedspunkter vedrørende målområdet Forebyggelse, rehabilitering og pleje .....	3
Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte .....	4
Støtte til selvstændigt boende borgere .....	4
Belægning på kommunens dagtilbud for voksne med handicap .....	7
Botilbud til mennesker med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne .....	8
Belægning på kommunens botilbud for voksne med handicap .....	11
Misbrugsbehandling .....	12
Modtagelse af flygtninge .....	14
Økonomisk status - Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte .....	15
Forebyggelse, rehabilitering og pleje .....	16
Personlig og praktisk hjælp .....	16
Hjemmesygepleje .....	20
Sygeplejeklinikker .....	21
Pleje- og ældreboliger .....	23
Genoptræningsplaner .....	26
Økonomisk status - Forebyggelse, rehabilitering og pleje .....	27
Anlægsstatus .....	29

## Indledning

Aktiviteter og udgifter under Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget vedrører målområderne i Gentoft planen '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 boligydelse. 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 gruppebaserede 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**

#### **Udvikling i de gennemsnitlige udgifter til botilbud og støtte til selvstændigt boende borgere**

På trods af en relativt stabil andel af borgere i Gentofte Kommune, der visiteres til midlertidige og længevarende botilbud (Serviceloven, SEL, § 107 og § 108), er den gennemsnitlige udgift pr borger steget over en årrække. Samme udvikling ses også i.f.t. støtte til selvstændigt boende borgere efter SEL §85. Udviklingen drives især af få særligt dyre enkeltsager.

Trods stor opmærksomhed på problemstillingen og fokuserede indsatser, som f.eks. bedre økonomistyring, takstforhandling og tilpasning af tilbudsviften, er det ikke lykkedes at knække kurven, men blot holde stigningen i udgifter på et lavere niveau. Et stigende udgiftspres på det specialiserede voksenområde er en landsdækkende tendens.

Fokus i Gentofte Kommune vil også fremover være på at visitere til mindst indgribende indsats, med respekt for borgerens behov. For selvstændigt boende med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, psykisk sygdom eller særlige sociale problemer og behov for støtte til at klare hverdagen, er der gode erfaringer med at tilbyde gruppeforløb frem for individuel støtte, hvilket der arbejdes målrettet med hos den interne udbyder, Center for Trivsel og Netværk.

Social og Handicap planlægger analyser i 2023, der kan belyse problemstillingen med stigende udgifter til SEL §§85, 107 og 108 samt give indblik i udviklingen og afdække handlemuligheder.

### **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 arbejds metode til både at visitere og dokumentere leverede indsatser. FS III bidrager til samarbejdet på tværs af visitation, hjemmepleje, sygepleje, plejeboliger og Tranehaven, 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**

Sygeplejeklinikernes kapacitet bliver udnyttet – dog er aktiviteten højest i klinikken i Mitchellstræde.

### **Plejeboliger**

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

## **Status på Sundhedspolitikens 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

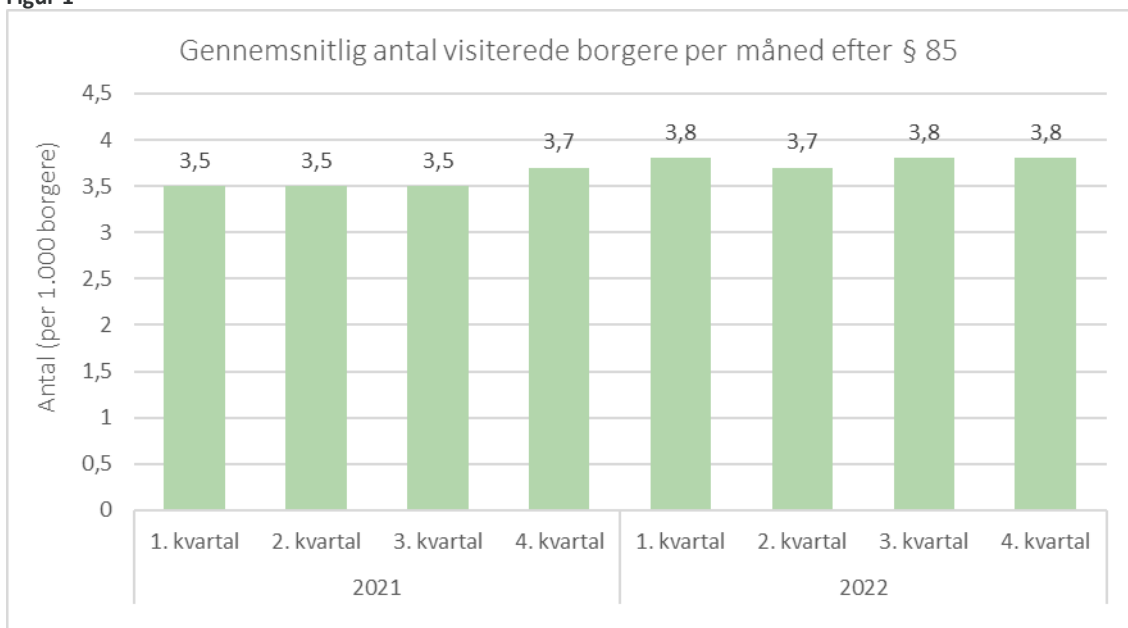
Nedenfor vises nøgletal på et udvalg af Social & Handicaps kerneydelser<sup>1</sup>.

### 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 3. kvartal 2022 til 4. kvartal 2022.

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.

<sup>1</sup> Målgruppen er borgere fra 18+ år. Når der vises antal pr. 1000 borgere, er det i forhold til hele befolkningen i Gentofte Kommune.

## Dagtilbud

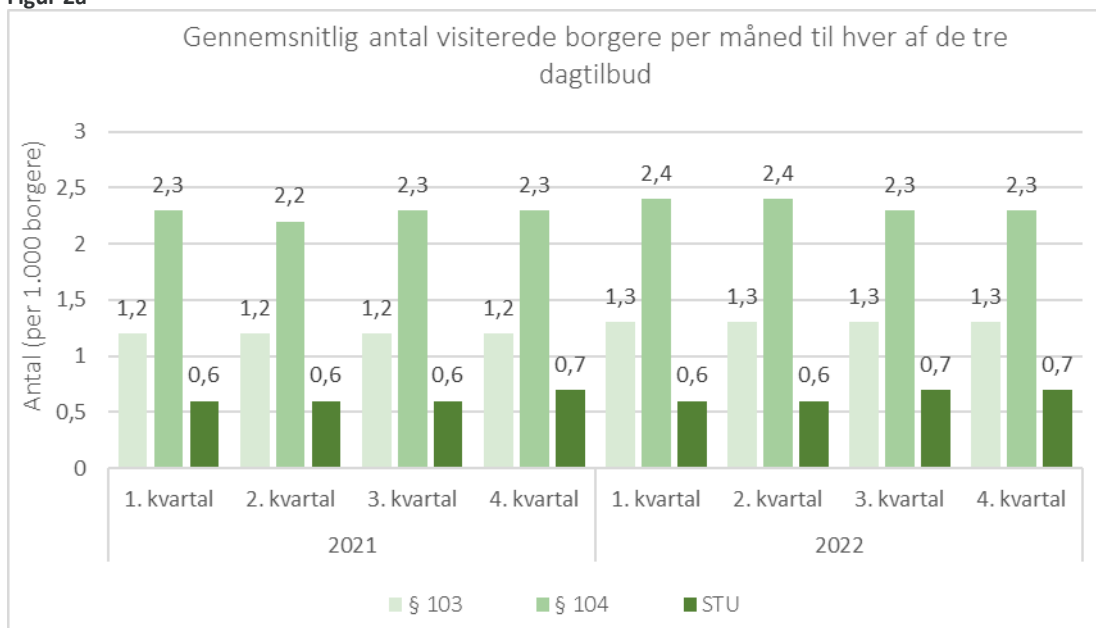
Dagtilbud omfatter aktivitets- og beskæftigelsestilbud. Området består af:

- 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.

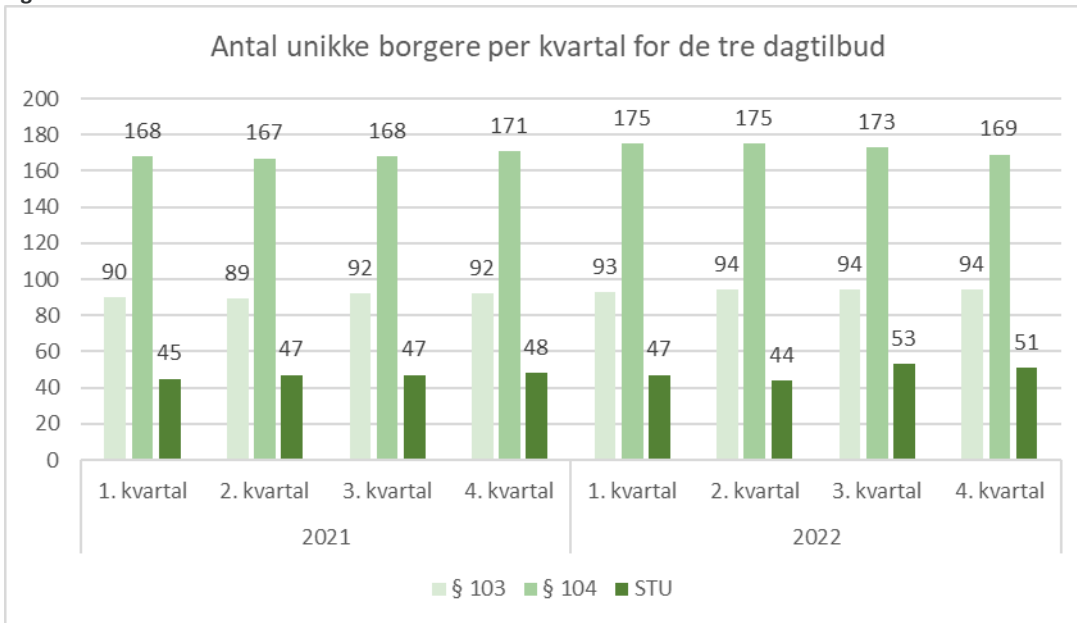
Figur 2a viser, at det gennemsnitlige antal visiterede borgere til SEL § 103, SEL § 104, samt STU ligger stabilt fra 3. kvartal 2022 til 4. kvartal 2022. Det samme ses ved antal unikke borgere per kvartal for SEL § 103. For STU og SEL § 104 ses et fald i antal unikke borgere fra 3. kvartal 2022 til 4. kvartal 2022. Faldet i antal unikke borgere på SEL § 104 tilskrives det ændrede serviceniveau på området, hvor det som udgangspunkt ikke længere er muligt for borgere at have 2 dagtilbud, når de gør ophold på et botilbud.

Figur 2a



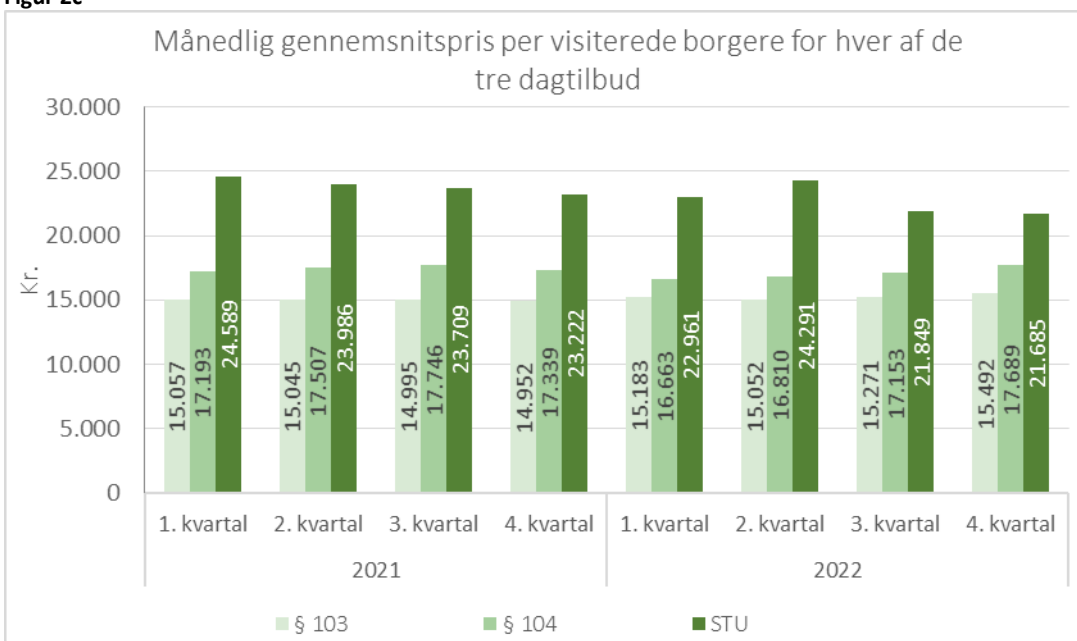
\*Data for 3.kvartal er 2021 og 2022 er renset for borgere, der afslutter en indsats i juli måned. Det giver et mere retvisende billede af antal borgere i forhold til udgifterne til STU-forløb, at der ikke både medregnes dem, der starter en indsats og dem, der slutter en indsats i samme kvartal.

Figur 2b



Figur 2c viser udviklingen i den gennemsnitlige månedlige udgift per forløb i løbende priser. Figuren viser, at gennemsnitsprisen for SEL § 103, SEL § 104, samt STU ligger stabilt fra 3. kvartal 2022 til 4. kvartal 2022.

Figur 2c



## Belægning på kommunens dagtilbud for voksne med handicap

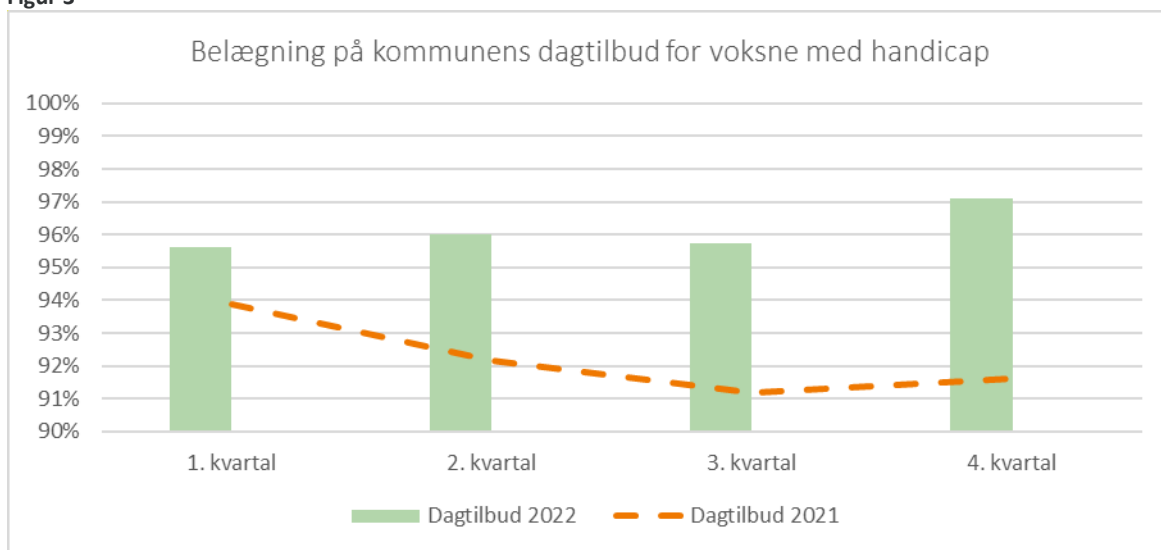
Belægningen på området for dagtilbud landede i 2022 på 96,1%. Det er 3,9 procentpoint højere end den gennemsnitlige belægning i 2021.

Belægningen indebærer, at der forventes at være 11 tomme ud af 275 pladser hele året.

Tomgangen skyldes primært, at Job- Aktivitets- og Kompetencecentret (JAC), havde 11 færre brugere end de 173 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 Gentofte Håndarbejdsværksted.

De kommunale voksenhandicaptilbud samt det selvejende Østerled, er omfattet af den såkaldte aktivitetsreguleringsordning. Ordningen indebærer, at tilbuddene medfinansierer de tabte takst-indtægter. 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 afgang fra tilbudde-ne.

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.

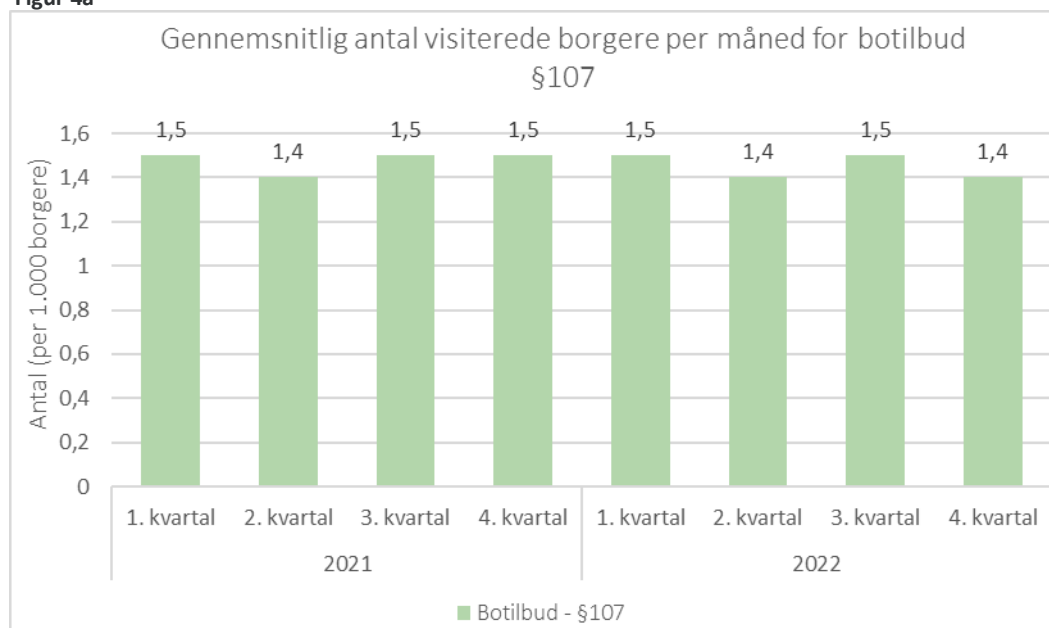
Figur 4a og 4c viser udviklingen i det gennemsnitlige antal visiterede borgere til botilbud per 1.000 borgere i kommunen for henholdsvis midlertidige botilbud (§ 107) og længerevarende botilbud (§ 108, ABL § 105/SEL § 85 samt friplejeboliger). Figur 4b og 4d illustrerer udviklingen i antal unikke borgere per kvartal for henholdsvis midlertidige og længerevarende botilbud.

Figur 4a viser, at det gennemsnitlige antal visiterede borgere til midlertidige botilbud (SEL §107) er faldet fra 3. kvartal 2022 til 4. kvartal 2022, det samme gør antal unikke borgere på SEL § 107 jf. figur 4b. Dette skyldes et fortsat fokus på midlertidige botilbud efter SEL § 107. Social & Handicap Myndighed har i 2021/2022 gennemgået alle § 107 sager, for at sikre at borgere kommer godt videre til rette eller mindre indgribende foranstaltninger.

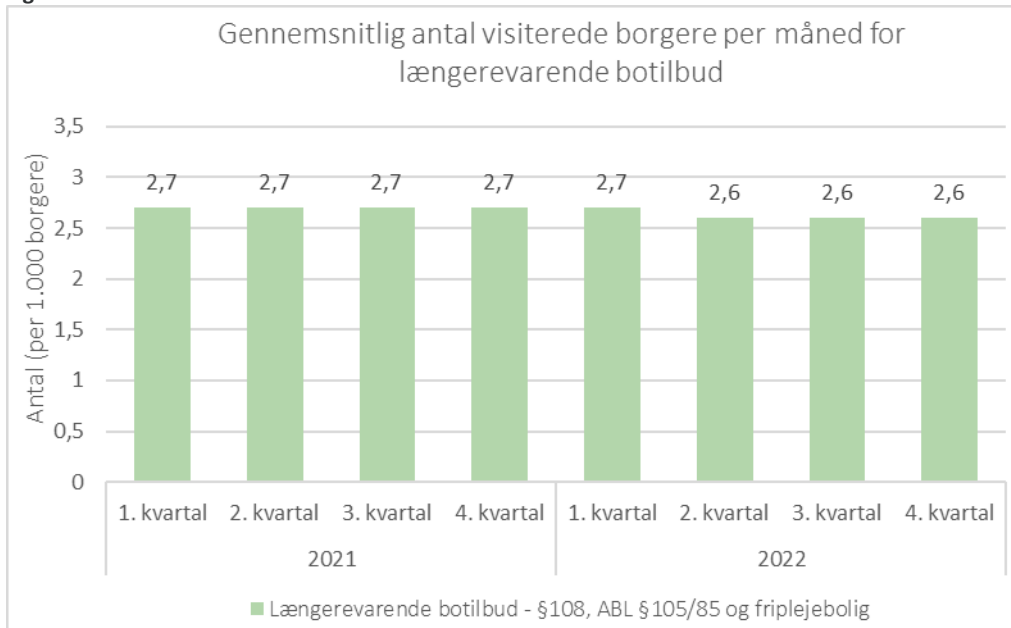
Den månedlige gennemsnitspris på SEL § 107 er steget fra 3. kvartal 2022 til 4. kvartal 2022 jf. figur 4e. I 4. kvartal er 3 borgere med komplekse behov bevilget og opstartet tilbud. Alle 3 borgere er bevilget tilbud, der er væsentligt over gennemsnitsprisen. I samme periode er 7 borgere stoppet i midlertidige botilbud, der har været på en lavere takst under gennemsnittet.

Det gennemsnitlige antal visiterede borgere per måned til længerevarende botilbud, ligger stabilt fra 3. kvartal 2022 til 4. kvartal 2022 jf. figur 4c. Ved antal unikke borgere jf. figur 4d, ses en stigning på 2 borgere. Der ses en stigning i de gennemsnitlige månedlige udgifter fra 3. kvartal 2022 til 4. kvartal 2022 jf. figur 4d. I 4. kvartal 2022 har en borger i et solisttilbud på en høj takst skiftet tilbud og medført en dobbelttakst i en måned, hvilket giver sig udslag i gennemsnitstaksten.

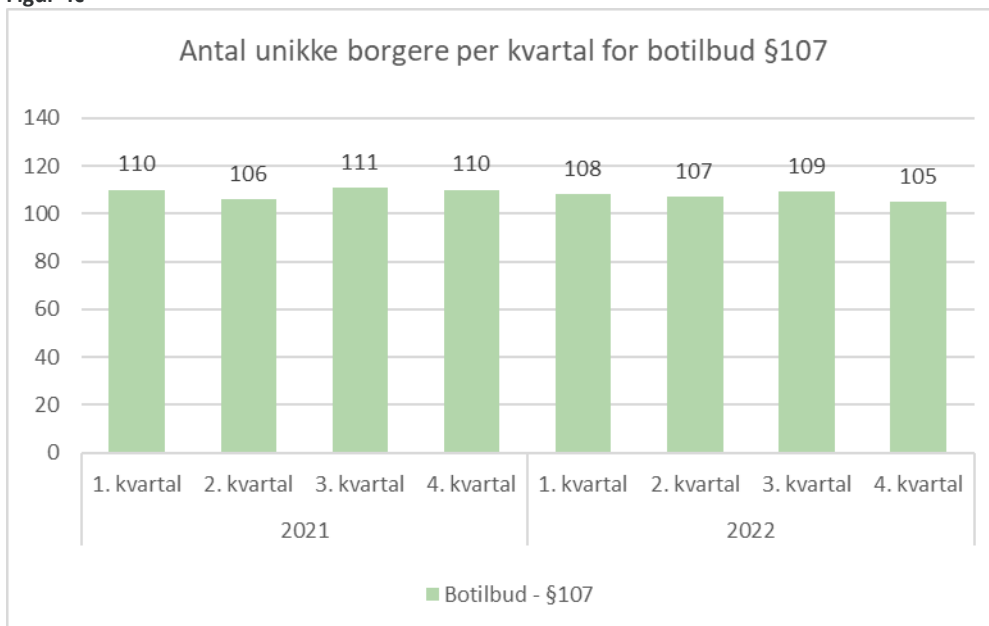
Figur 4a



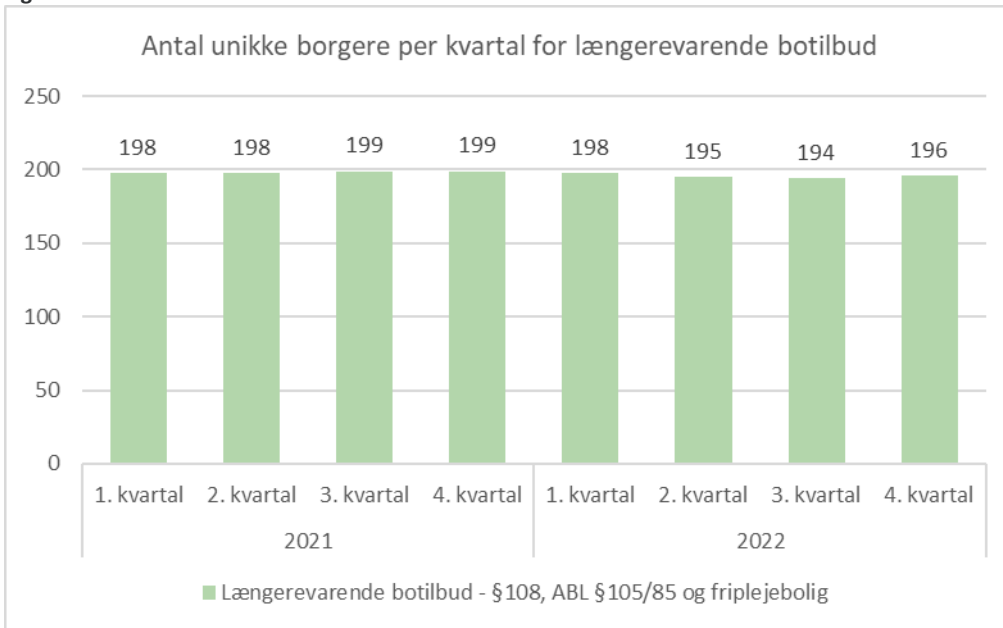
Figur4b



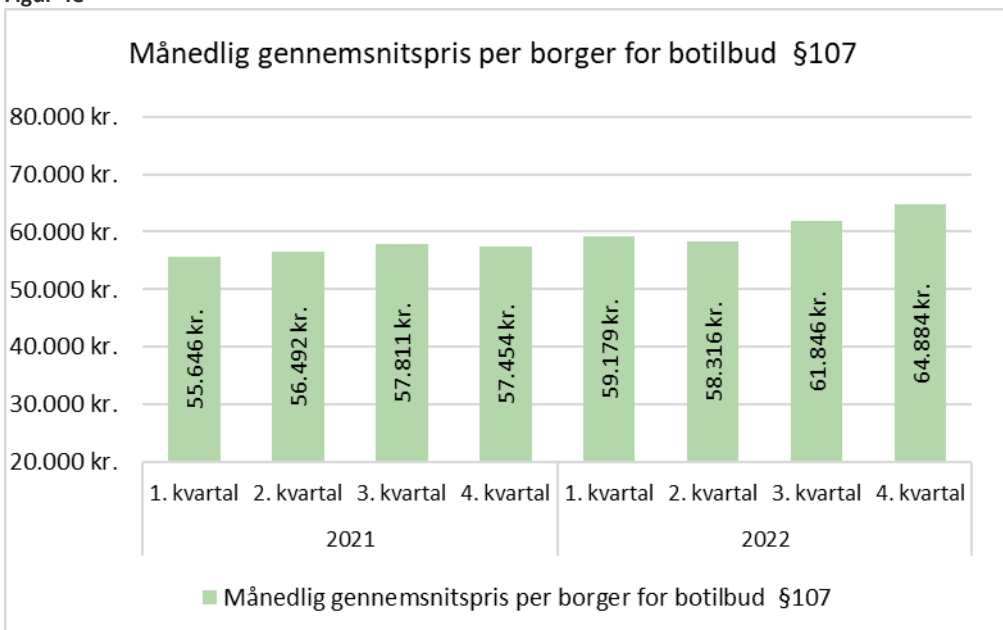
Figur 4c



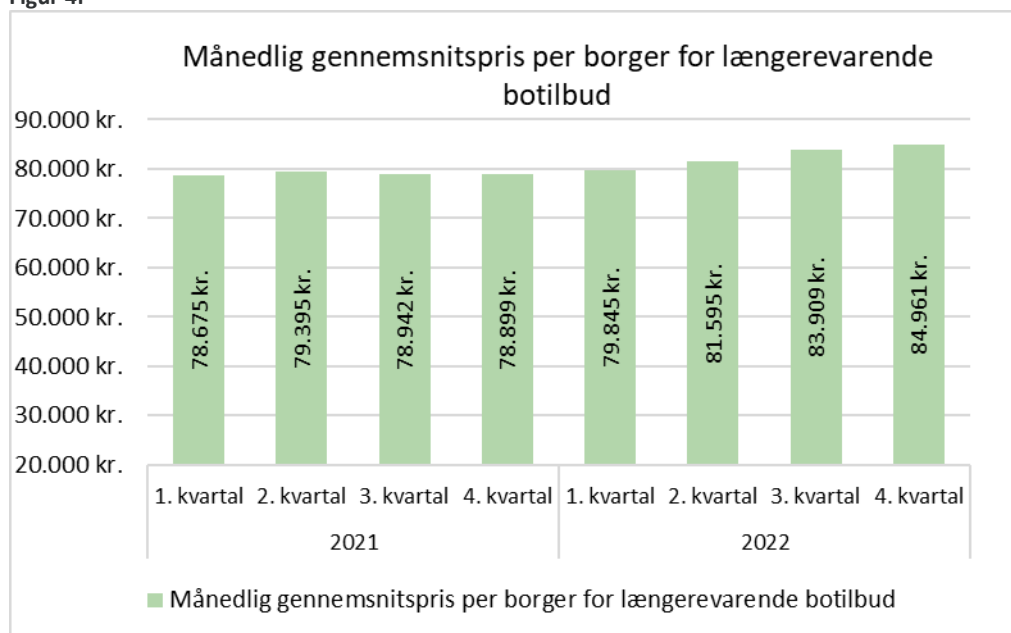
Figur 4d



Figur 4e



Figur 4f



## Belægning på kommunens botilbud for voksne med handicap

Belægningen på området for botilbud landede i 2022 på 97,8% og dermed 3,2 procentpoint højere end i 2021

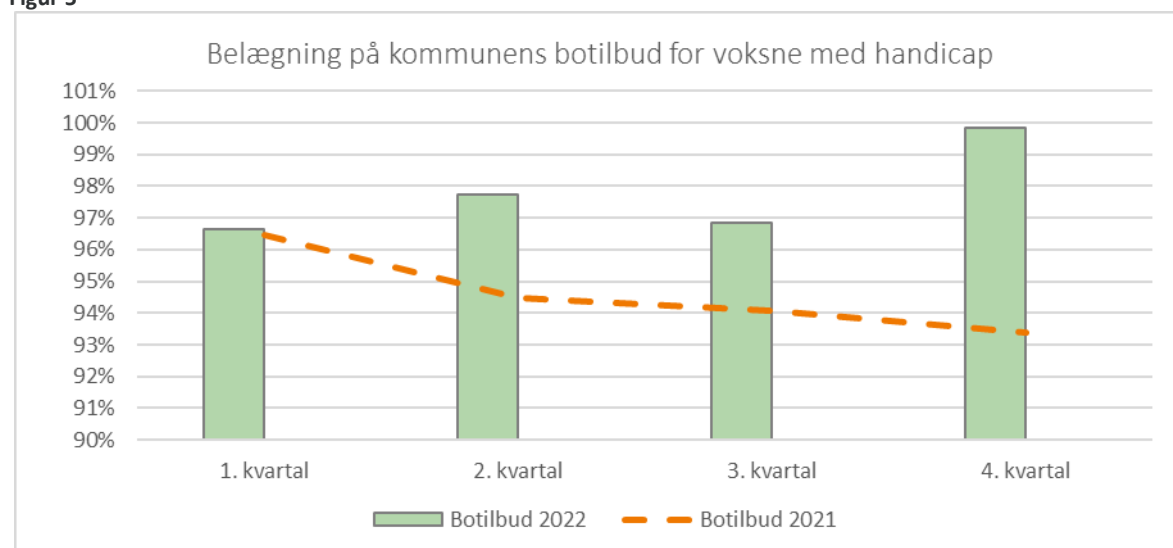
Belægningen svarer til, at ca. 5 ud af de 244 boliger forventes at stå tomme i 2022.

Den væsentligste forklaring på den samlede tomgang er Boligerne ved Grønningen, som i en gennemsnitlig betragtning har haft 1 tom plads ud af 24 pladser. På nuværende er alle pladser besat. På helhedstilbuddet Blindenetværket blev 32 af de 33 boliger benyttet 2022. Hvide og Gule Hus forventes at have knap 3 tomme ud af 13 pladser mens Botilbuddet Blomsterhusene havde i gen. 1 tom plads ud af 39 pladser for året. Alle pladser er på nuværende besat.

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 takst-indtægter. Omvendt tilføres yderligere ressourcer via ordningen, hvis de brugere der indskrives, har et større behov for støtte end forudsat ved takstberegningen.

Figur 5





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 afgang fra tilbudene.

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.

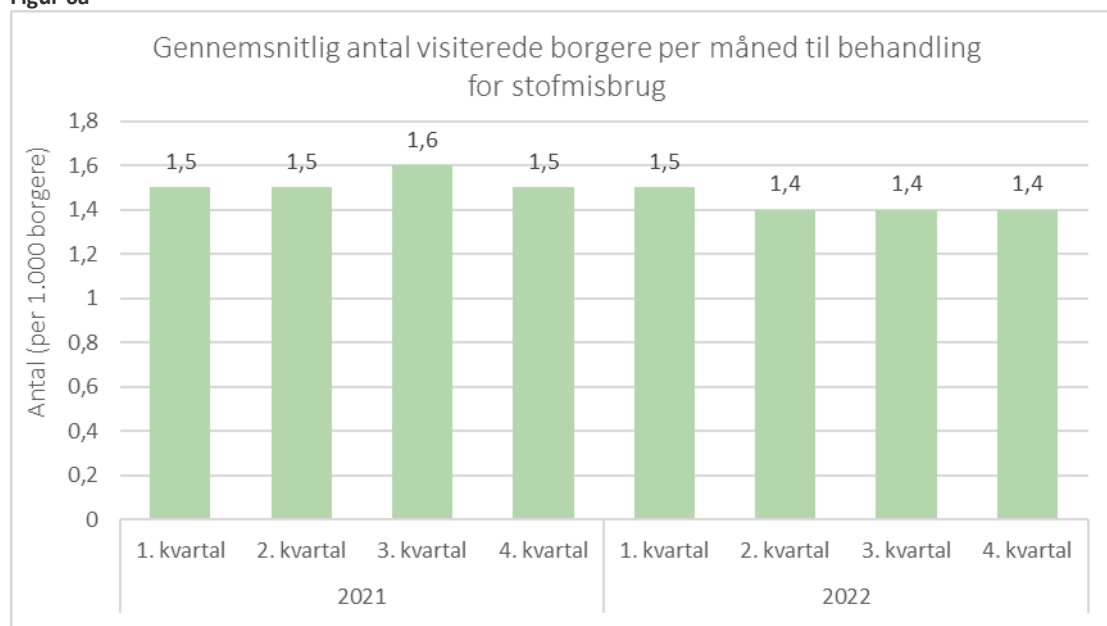
Der leveres kun tal vedrørende udgifterne til alkoholbehandling og intensiv behandling for misbrug én gang om året i forbindelse med kvartalsrapporteringen for 1. kvartal. Det skyldes dels, at regninger vedrørende alkoholbehandling ikke modtages månedligt, men vilkårligt i løbet af året, og dels at udgifterne 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.

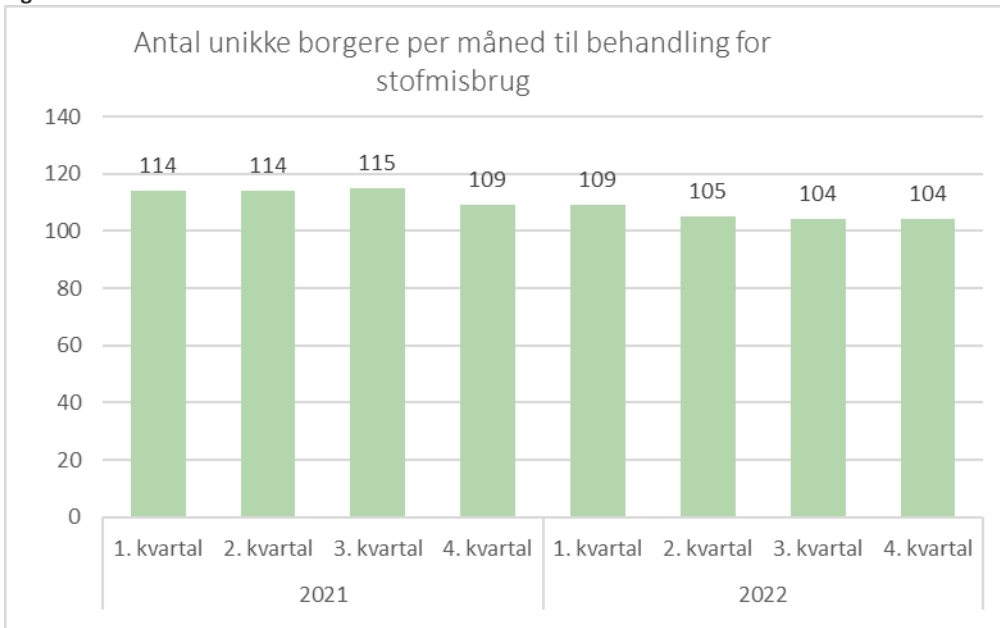
Der leveres også kun årlige tal for den intensive behandling på det samlede misbrugsområde, som vil være meget svingende både over kvartalerne og over år i forhold til pris og behandlingstidslængde. Selvom andelen, der visiteres til et intensivt døgnforløb, er lille, kan det betyde en væsentlig stigning i udgifterne, hvis denne andel stiger hen over årene.

Figur 6a viser, at det gennemsnitlige antal borgere per 1.000 borgere i kommunen, der er visiteret til behandling for stofmisbrug, fortsat ligger stabilt, det samme gør sig gældende for antallet af unikke borgere visiteret til stofmisbrugsbehandling jf. figur 6b.

Figur 6a

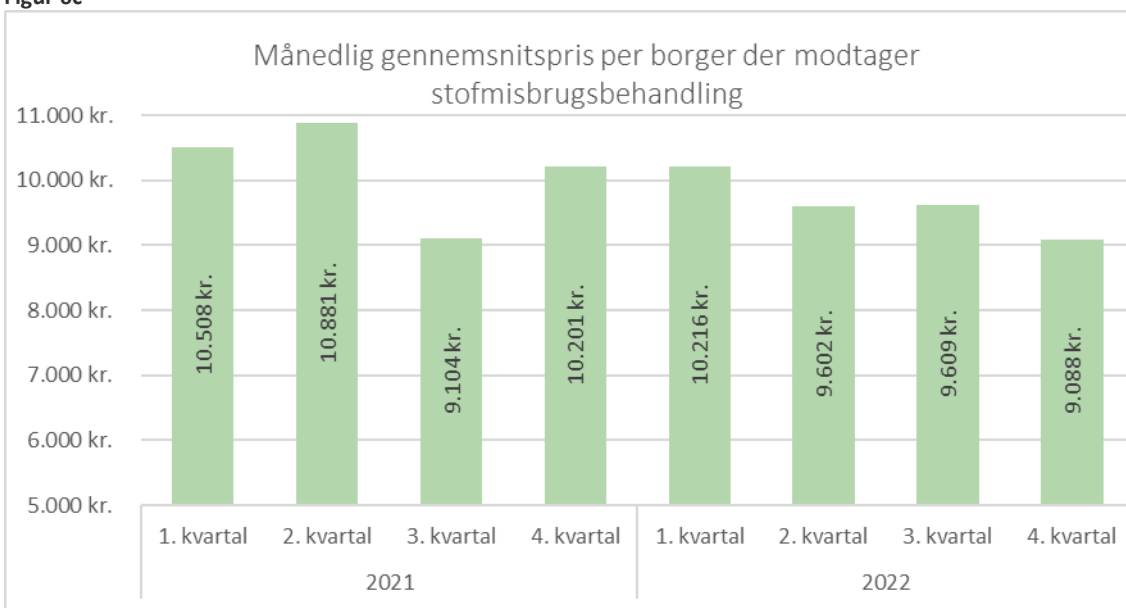


Figur 6b



Figur 6c 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 6c fremgår det, at den månedlige gennemsnitspris per borger, der modtager stofmisbrugsbehandling, er faldet fra 3. kvartal 2022 til 4. kvartal 2023, dette skyldes, at 5 borgere er overgået til efterbehandling og dermed har fået en væsentlig lavere takst.

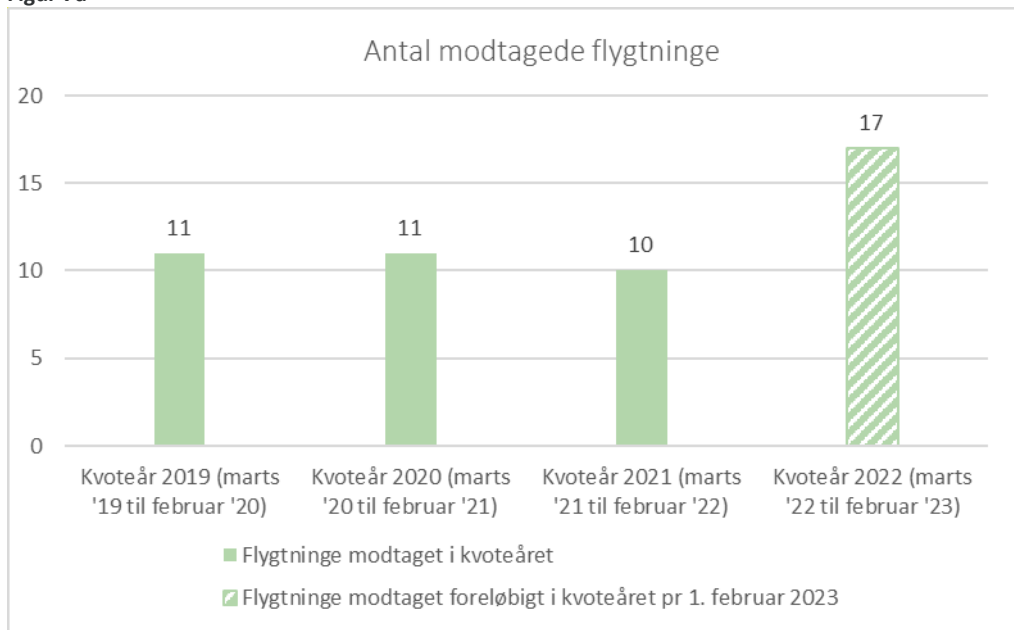
Figur 6c



## Modtagelse af flygtninge

Gentofte Kommune var i kvoteåret<sup>2</sup> 2021 sat til at skulle modtage og boligplacere 8 flygtninge. Kommunen modtog i alt 10 flygtninge i kvoteåret jf figur 7a. Udlændingestyrelsen kan visiterer flygtninge ud over kvoten i en kommune, når en flygtning har særlig tilknytning til kommunen. Dette er forklaringen på, at Gentofte Kommune modtog to mere end kvoten. Gentofte Kommune skal i kvoteåret 2022 modtage 14 plus 3 ekstra flygtninge.

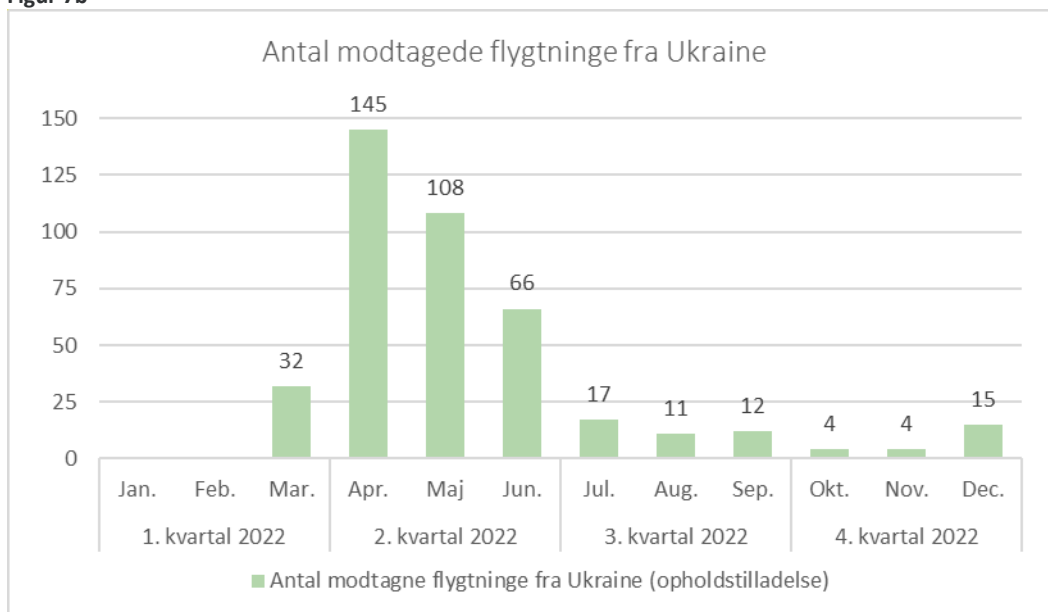
Figur 7a



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 398 ukrainske flygtninge efter særloven. Kommunen har til og med 4. kvartal 2022 modtaget 414 ukrainere jf. figur 7b.

Figur 7b



<sup>2</sup> Kvoteåret løber fra 1. marts til 28. februar året efter og de 4 kvartaler i kalenderåret svarer dermed ikke til kvoteåret.

## Økonomisk status - Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte

### Borgere med handicap

	Oprindeligt budget	Korrigeret budget	Forbrug	Forventede bevillingsændringer	Forventet regnskab
Serviceudgifter	426,9	434,7	366,2	0,0	433,0
Afvigelse mellem forventet regnskab og korrigeret budget inkl. forventede bevillingsændringer					-1,7

Det korrigerede budget på området udgør 434,7 mio. kr. Der forventes et regnskab på 433,0 mio. kr., hvilket svarer til et samlet mindreforbrug på 1,7 mio. kr.

	i mio. kr.
Korrigeret budget (a)	434,7
Tekniske omplaceringer (b)	-
Ansøgte tillægsbevillinger i alt (c)	-
Andre afvigelser (d)	-1,7
<i>Heraf:</i>	
<b>Myndighed</b>	
Hjemmevejledning	3,9
Bo- og dagtilbud	-2,0
BPA	-3,0
Tomgangsleje	1,2
Øvrige	1,0
<b>Drift</b>	
Aktivitetstilpasning og takstindtægter	-3,5
Botilbud	0,6
Forventet regnskab (e=a+b+c+d)	433,0

Den samlede afvigelse dækker over et merforbrug på 1,2 mio. kr. under myndighedsområdet, samt et mindreforbrug 2,9 mio. kr. på driften.

#### Myndighed – merforbrug på 1,2 mio. kr.

Merforbruget på myndighedsområdet dækker primært over stigende udgifter til hjemmevejledning på 3,9 mio. kr. Udviklingen skyldes både konkrete og særlige ressourcekrævende enkeltsager, samt en mere generel tendens, hvor en større andel af de borgere, der modtager støtte på området, får hjælpen i eget hjem, frem for mere indgribende og ressourcekrævende indsatser på botilbud.

Der ses omvendt faldende udgifter til bo- og dagtilbudsområdet, hvor der forventes et samlet mindreforbrug på 2,0 mio. kr. Dertil kommer en merindtægt på 3,0 mio. kr. vedr. Borgerstyret Personlig Assistance (BPA), hvor kommunen modtager ekstra refusioner på baggrund af gennemgang af borgersager.

Endelig ses der merudgifter til tomgangsleje på 1,2 mio. kr., samt en række andre mindre modsatrettede bevægelser, der netto giver et merforbrug på 1,0 mio. kr.

#### Driften – mindreforbrug på 2,9 mio. kr.

Mindreforbruget på driften knytter sig primært til budgettet vedrørende aktivitetstilpasning og takstindtægter, hvor der ses et samlet mindreforbrug på 3,5 mio. kr.

På driften af botilbud ses der desuden et nettomerforbrug på 0,6 mio. kr. Afvigelsen dækker over en række mindre afvigelser, hvoraf størstedelen udgør mindreforbrug. Undtaget herfor er Gammelmosen, hvor rekrutteringsudfordringer og sygefravær har medført stigende vikarudgifter, og man forventer derfor et merforbrug på 1,9 mio. kr. Der arbejdes på en handleplan, der kan nedbringe merforbruget i 2023.

### Borgere med handicap

	Oprindeligt budget	Korrigeret budget	Forbrug	Forventede bevillingsændringer	Forventet regnskab
Overførselsudgifter	-6,3	-6,9	-6,2	0,0	-7,5
Afvigelse mellem forventet regnskab og korrigeret budget inkl. forventede bevillingsændringer					-0,6

Det korrigerede budget udgør -6,9 mio. kr. Der forventes et regnskab på -7,5 mio. kr., hvilket svarer til et samlet mindreforbrug på 0,6 mio. kr.

	<i>i mio. kr.</i>
<b>Korrigeret budget (a)</b>	<b>-6,9</b>
Tekniske omplaceringer (b)	-
Ansøgte tillægsbevillinger i alt (c)	-
Andre afvigelser (d)	-0,6
Heraf:	
Boligsikring	-0,5
Øvrige	-0,1
<b>Forventet regnskab (e=a+b+c+d)</b>	<b>-7,5</b>

Baggrunden for mindreforbruget er primært færre udgifter vedrørende boligsikring på i alt 0,5 mio. kr. Der ses derudover en række mindre modsatrettede bevægelser, der i alt udgør 0,1 mio. kr.

## Forebyggelse, rehabilitering og pleje

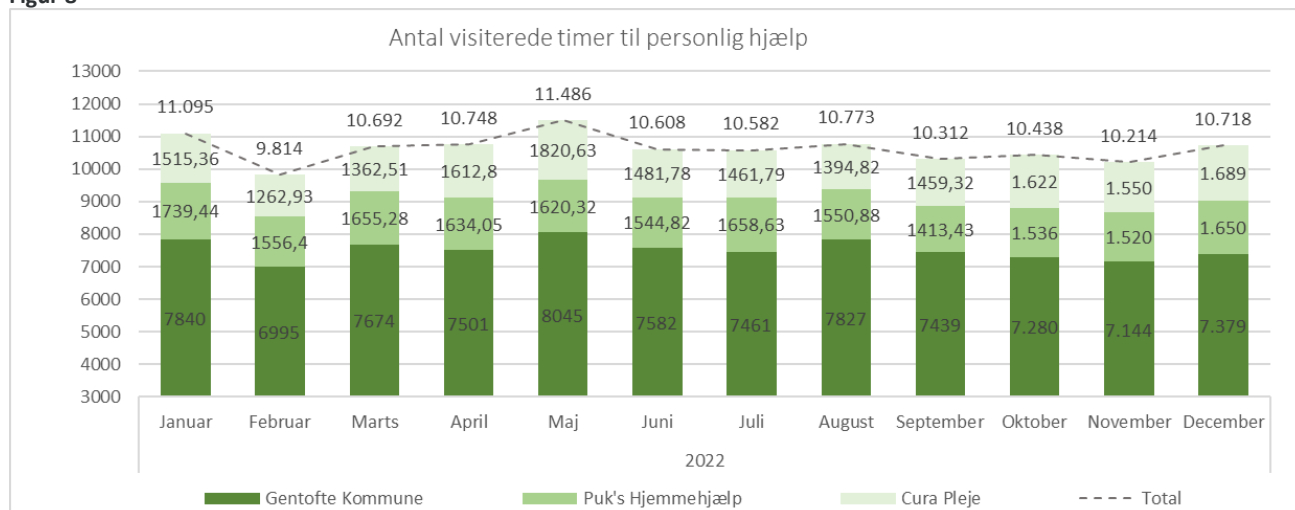
Nedenfor fremgår aktivitetstal for udvalgte ydelsesområder i Pleje & Sundhed.

### Personlig og praktisk hjælp

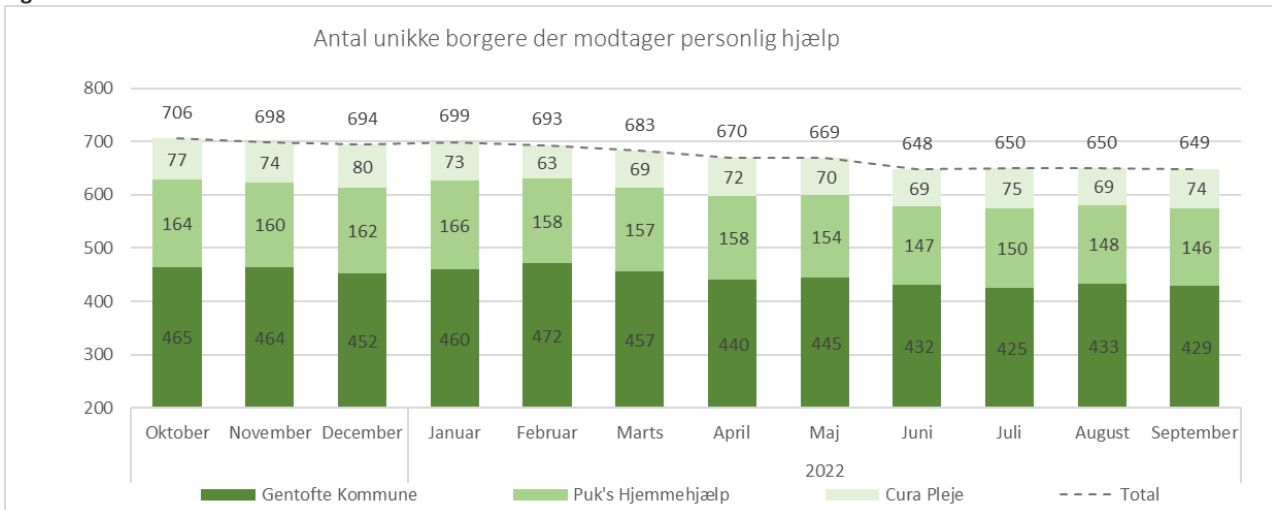
Aktivitetstallene i figur 8-14 omfatter personlig og praktisk hjælp til borgere, der bor i eget hjem. Aktivitetstallene er vist for hver måned.

Figur 8 og 9 viser henholdsvis antal visiterede timer til personlig hjælp og antal unikke visiterede borgere per måned fra januar 2022 til december 2022 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 8**

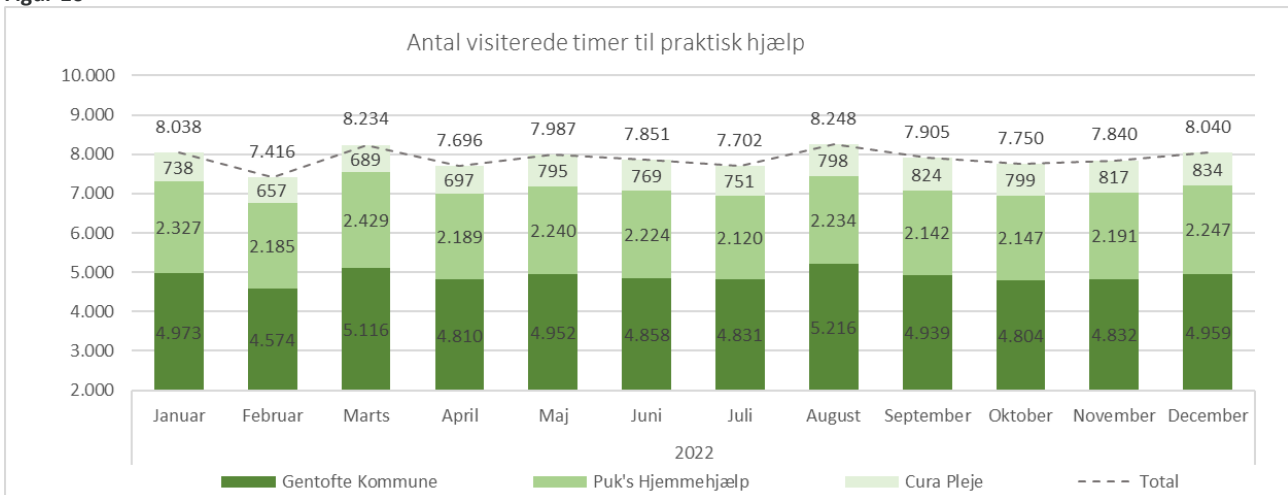


Figur 9

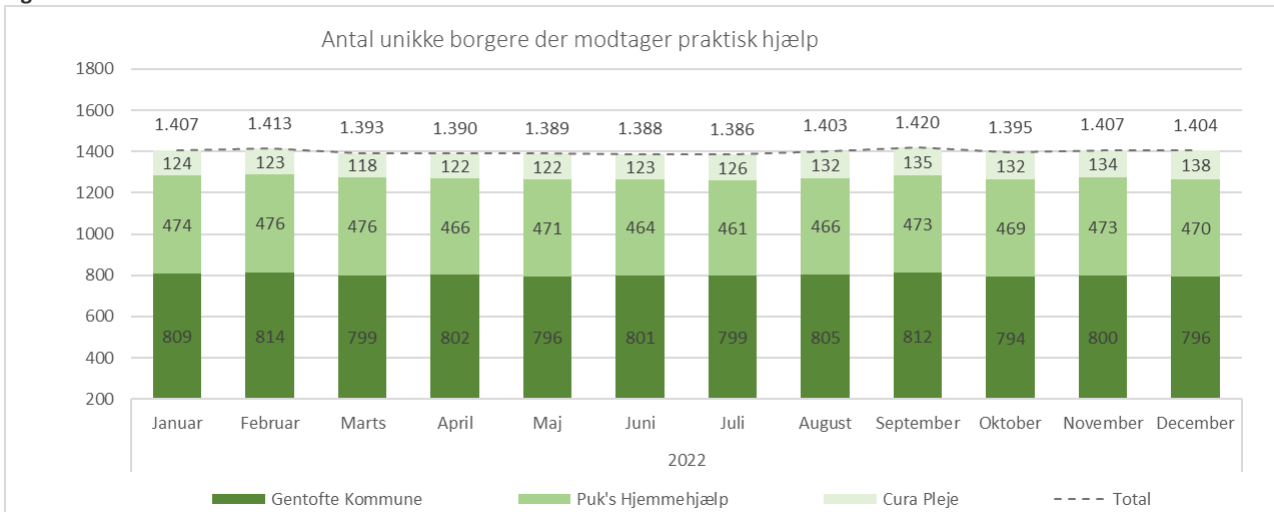


Figur 10 og 11 viser henholdsvis antal visiterede timer til praktisk hjælp og antal unikke visiterede borgere per måned fra januar 2022 til december 2022 fordelt på den kommunale leverandør, Puk's Hjemmehjælp og Cura Pleje. Antallet af visiterede timer for praktisk hjælp varierer hen over den viste periode.

Figur 10

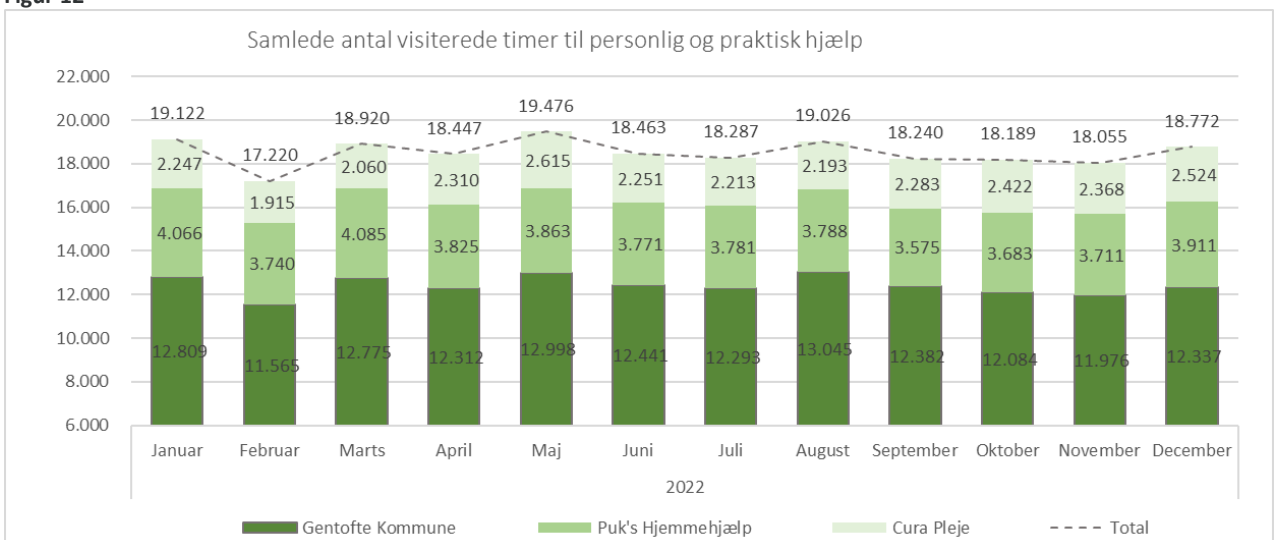


Figur 11

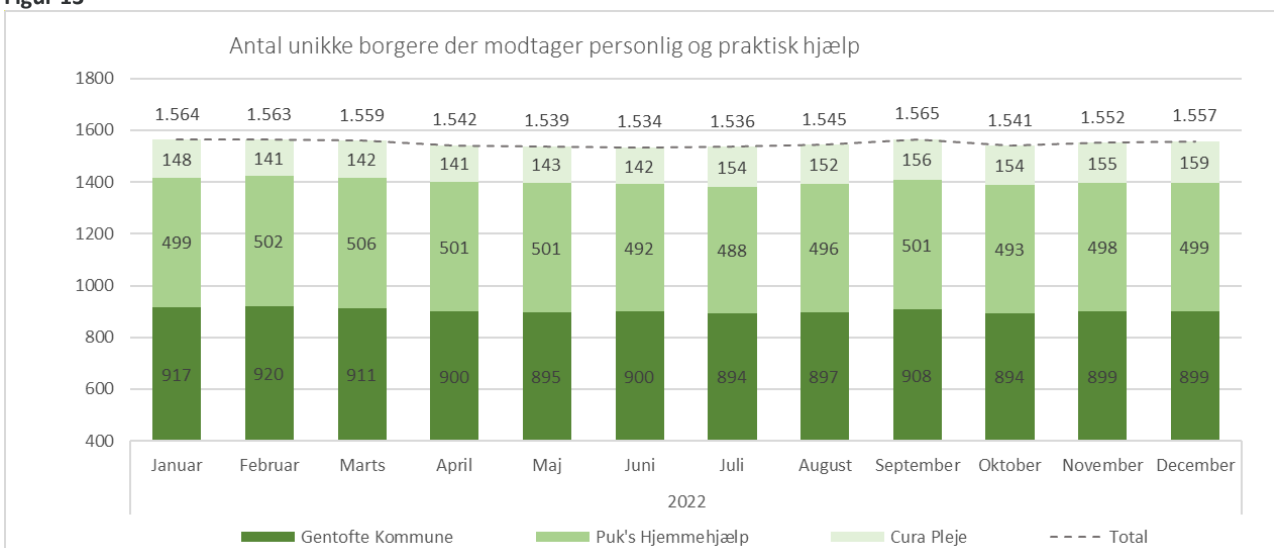


Figur 12 og 13 viser henholdsvis det samlede antal visiterede timer til praktisk og personlig hjælp og antal unikke borgere, som er visiteret til praktisk og personlig hjælp per måned i fra januar 2021 til december 2022 fordelt på den kommunale leverandør og Puk's Hjemmehjælp og Cura Pleje.

Figur 12

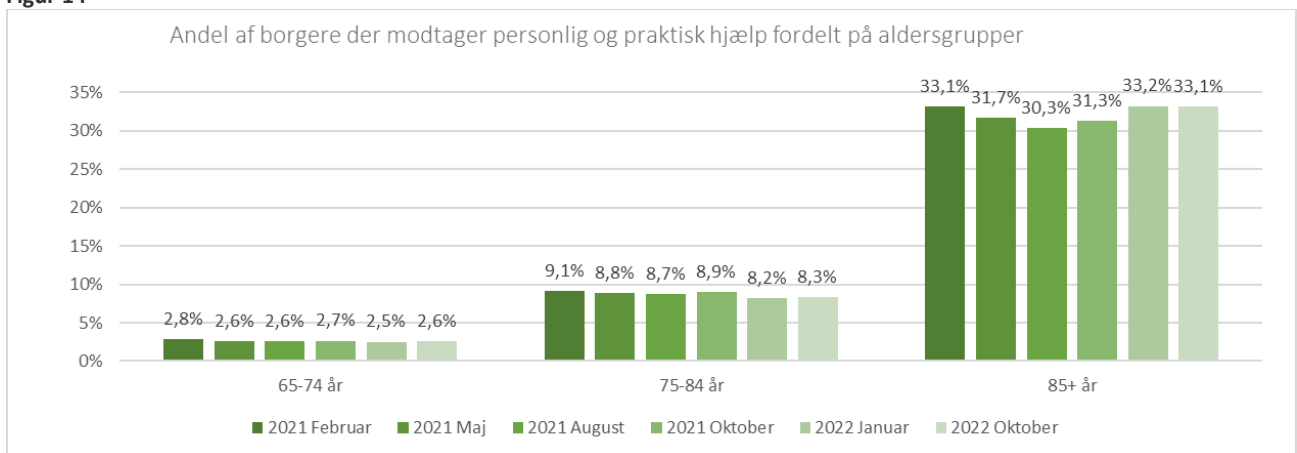


Figur 13



Figur 14 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.

**Figur 14**





## 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 december måned 2022.

**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

## 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, lægeordnede 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

\*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

\*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.

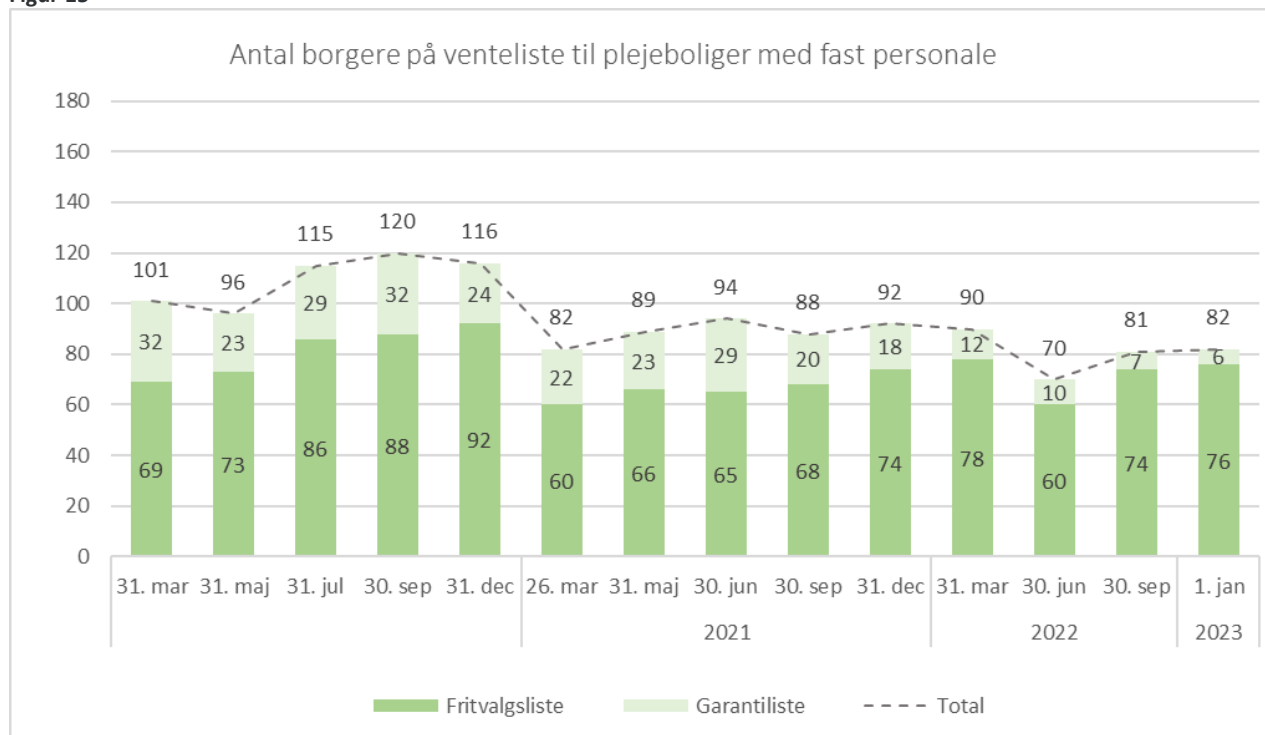
Hvis en borger på garantilisten siger nej til et boligtilbud, påbegyndes en ny to måneders garantiperiode. Hvis en borger på fritvalgslisten siger nej til en bolig i en af de ønskede bebyggelser påbegyndes en ny anciennitetsperiode.

Figur 15 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.

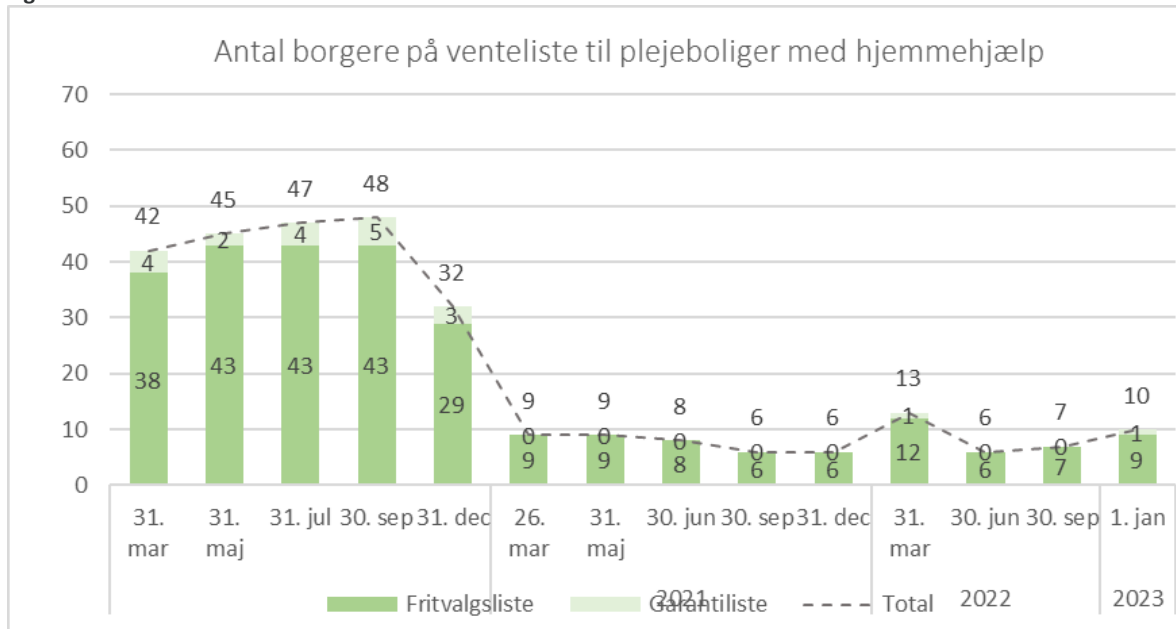
I forhold til plejebolig med hjemmehjælp er der desuden vigende efterspørgsel og arbejdsgangene ved tildelingen af ledige plejeboliger med hjemmehjælp er evalueret og efterfølgende optimeret.

Figur 15



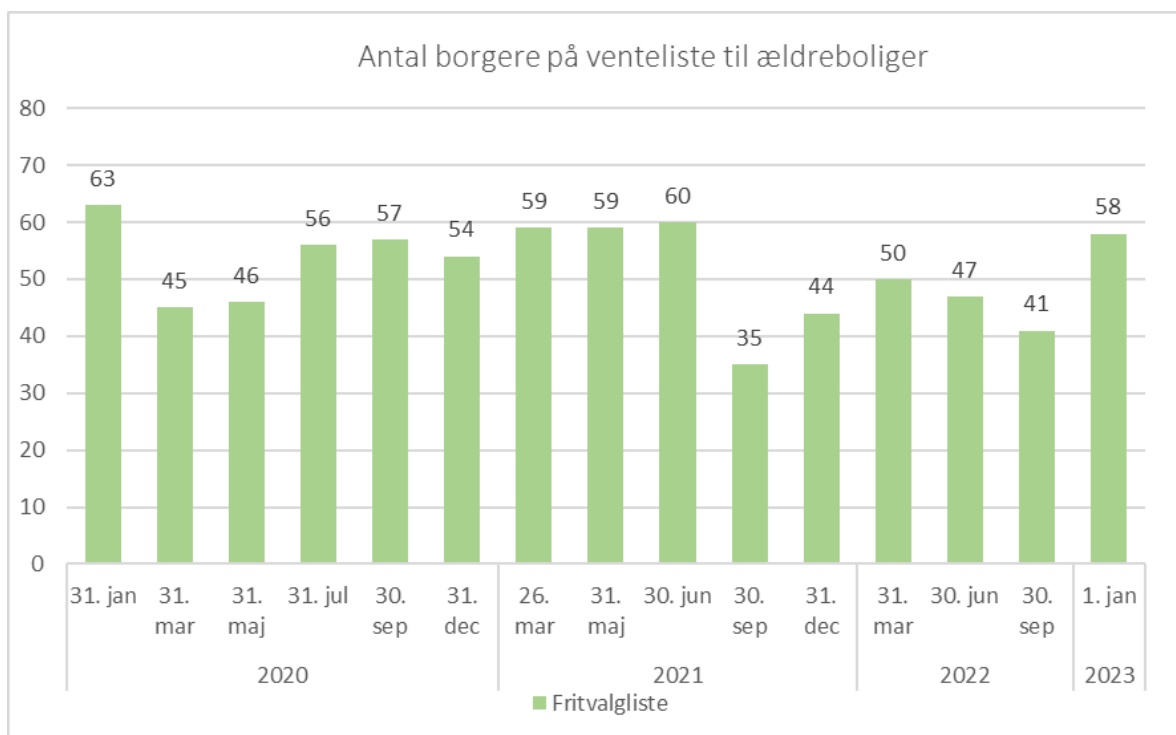
Figur 16 viser udviklingen i antallet af borgere på fritvalgs- og garantilisten til en plejebolig med hjemmehjælp.

Figur 16



Figur 17 viser antal borgere på venteliste til ældrebolig. For ældreboliger er der ifølge lovgivningen ingen garantiforpligtelse, hvorfor der kun er en fritvalgsventeliste.

Figur 17



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 garantlisten 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 garantlisten, som er tilbudt bolig i løbet af 1.10 - 31.12.2022	Opfyldt garanti	Ikke opfyldt garanti
Plejebolig med fast personale	56	0
Plejebolig med hjemmehjælp	3	0
I alt	59	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.

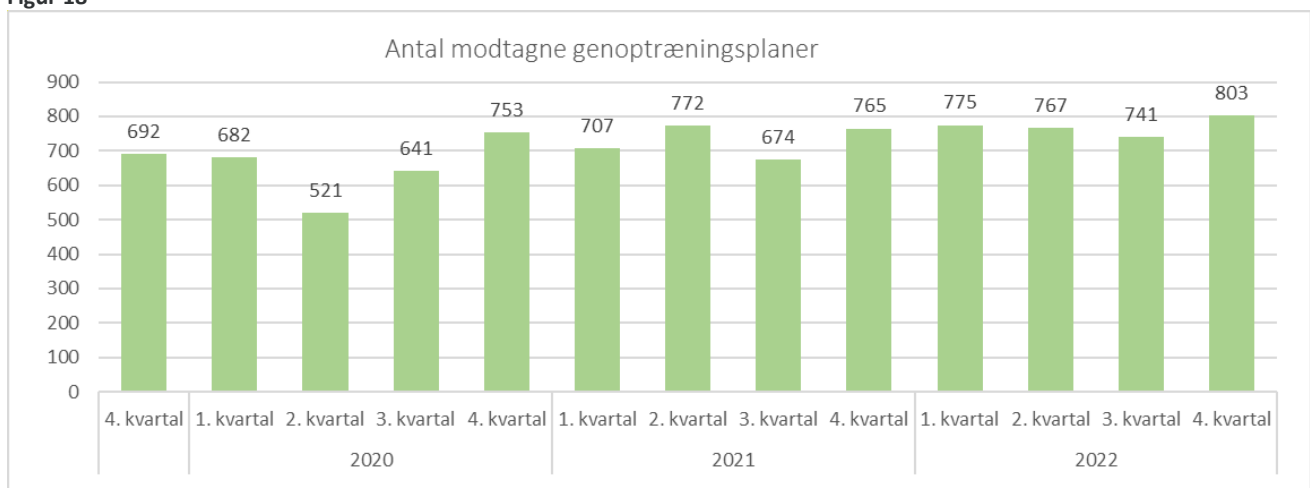
Formålet med genoptræningsplanerne er at sikre målrettede, sammenhængende og effektive genoptræningsforløb for patienter, der har behov for genoptræning efter udskrivning fra hospital. Genoptræningsplanen er en henvisning af den enkelte patient til genoptræning efter udskrivning fra hospitalet og skal 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 ambulante 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.

Figur 18 viser det samlede antal modtagne genoptræningsplaner. Her over perioden ses udsving i antallet af modtagne genoptræningsplaner.

**Figur 18**



## Økonomisk status - Forebyggelse, rehabilitering og pleje

### Forebyggelse, rehabilitering og pleje

Serviceudgifter	Oprindeligt budget	Korrigeret budget	Forbrug	Forventede bevillingsændringer	Forventet regnskab
	904,6	884,2	810,8	0,0	886,9

Afvigelse mellem forventet regnskab og korrigeret budget inkl. forventede bevillingsændringer **2,7**

Det korrigerede budget udgør 884,2 mio. kr. og det forventede regnskab udgør i alt 886,9 mio. kr. svarende til et merforbrug på 2,7 mio. kr.

	i mio. kr.
<b>Korrigeret budget (a)</b>	<b>884,2</b>
Tekniske omplaceringer (b)	-
Ansøgte tillægsbevillinger i alt (c)	-
<b>Andre afvigelser (d)</b>	<b>2,7</b>
Heraf:	
Adelaide	15,4
Lindely	5,9
Tranehaven	3,3
Mellemkommunale indtægter	-10,6
Hjemmesygeplejen	-2,3
Hjælpe midler	-3,2
Puljemidler	-5,8
<b>Forventet regnskab (e=a+b+c+d)</b>	<b>886,9</b>

Den primære årsag til det forventede merforbrug er de fortsatte økonomiske udfordringer på det selvejende plejehjem Adelaide. Plejehjemmet afsluttede 2021 med et merforbrug på 8,4 mio. kr., der blev genbevilget til 2022. De økonomiske udfordringer er dog fortsat i indværende år, hvorfor der er blevet opbygget et yderligere merforbrug på 7,0 mio. kr. Den samlede økonomiske udfordring udgør derfor nu 15,4 mio. kr.

Der forventes herudover merforbrug på 5,9 mio. kr. vedrørende det selvejende plejehjem Lindely. En væsentlig del af merforbruget knytter sig til de aflastningspladser, der hidtil er blevet drevet på plejehjemmet. Driftsoverenskomsten vedr. disse pladser er blevet opsagt, og de blev lukket i sidste kvartal af 2022. Merforbruget ville være blevet større, hvis ikke pladserne var blevet lukket.

Endelig forventes et merforbrug på 3,3 mio. kr. vedrørende driften af Tranehaven. Merforbruget skal ses i lyset af regnskabsresultatet fra 2021, hvorfra der blev genbevilget et merforbrug på 2,4 mio. kr., hvilket indgår i det forventede merforbrug for 2022. Med henblik på fremadrettet at tilpasse Tranehavens økonomi til det afsatte budget har forvaltningen og ledelsen på Tranehaven, igangsat en analyse af det hidtidige udgiftsniveau, herunder med fokus på en reduktion af blandt andet vikarudgifter samt en øget målretning af tilbuddets faglige kompetencer. Tilpasningerne forventes at være fuldt implementeret primo 2023.

De forventede merforbrug modsvares til dels af merindtægter vedrørende mellemkommunal afregning af plejehjemspladser og hjemmehjælp til udenbys borgere, der udgør i alt 10,6 mio. kr. Dertil kommer et samlet mindreforbrug på 2,3 mio. kr. under hjemmesygeplejen, der kan tilskrives forbrugstilbageholdenhed, vakante stillinger, samt mindreforbrug til hjælpemidler på i alt 3,2 mio. kr. Endelig er der mindreforbrug på 5,8 mio. kr. primært vedrørende en statslig pulje, hvor aktiviteterne fortsætter i 2023.



### Forebyggelse, rehabilitering og pleje

	Oprindeligt budget	Korrigeret budget	Forbrug	Forventede bevillingsændringer	Forventet regnskab
Overførselsudgifter	315,0	315,0	261,3	0,0	317,4
Afvigelse mellem forventet regnskab og korrigeret budget inkl. forventede bevillingsændringer					2,3

Det korrigerede budget på området udgør 315,0 mio. kr. Der forventes et regnskab på 317,4 mio. kr., hvilket svarer til et samlet merforbrug på 2,3 mio. kr.

	<i>i mio. kr.</i>
Korrigeret budget (a)	315,0
Tekniske omplaceringer (b)	-
Ansøgte tillægsbevillinger i alt (c)	-
Andre afvigelser (d)	2,3
Heraf:	
Tomgangsleje	2,5
Berigtigelser	-0,2
Forventet regnskab (e=a+b+c+d)	317,4

Årsagen til merforbruget er flere udgifter end budgetteret til tomgangsleje i forbindelse med ibrugtagningen af de nye boliger på Jægersborghave og udfordringer med at få udlejet ældreboligerne Ved Stolpehøj.

## Anlægsstatus

### Socialudvalget - anlægsudgifter

	Oprindeligt budget	Korrigeret budget	Forbrug	Forventede bevillingsændringer	Forventet regnskab
Samlede anlægsudgifter	36,6	91,2	31,1	0,0	30,3
Afvigelse mellem forventet regnskab og korrigeret budget inkl. forventede bevillingsændringer					-61,0

Det korrigerede budget udgør 91,2 mio. kr. og indeholder en samlet genbevilling fra 2021 på 43,3 mio. kr. og nye bevillinger på 11,4 mio. kr. Der forventes et regnskab på 30,3 mio. kr. svarende til et mindreforbrug på 61,0 mio. kr. i forhold til det korrigerede budget. Afvigelsen skyldes primært tidsforskydning i gennemførelse af anlægsprojekterne – primært vedrørende brandsikring af plejeboliger. 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.

**Dokument Navn:** Årsplan for SU marts 2023.docx  
**Dokument Titel:** Årsplan for SU marts 2023  
**Dokument ID:** 4972819  
**Placering:** Emnesager/Årsplan for Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget /Dokumenter  
**Dagsordens titel** Årsplan for Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget  
**Dagsordenspunkt nr** 9  
**Appendix nr** 1  
**Relaterede Dokumenter:** 1

# Årsplan for Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget 2023-24

(Opdateret marts 2023)

Juni 2023	September 2023	November 2023	Februar 2024
<ul style="list-style-type: none"><li>• Kvartalsrapportering (Q1 2023). Herunder afrapportering på tilsyn.</li><li>• <b>Temapunkt – borgerrettet forebyggelse</b></li><li>• Kvalitetsstandard for Pleje &amp; Sundheds-området.</li><li>• Baseline for målepunkterne i udvalgets mål 5.</li><li>• Frister for sagsbehandlingstider.</li><li>•</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kvartalsrapportering (Q2 2023). Herunder afrapportering på mål 2</li><li>• <b>Temapunkt – Psykiatriområdet.</b></li><li>• Danmarkskortet 2022 over omgørelsesprocenter m.v. på socialområdet.</li><li>• Godkendelse af principper for kvalitetsstandarder og ydelsesbeskrivelser.</li><li>• Baseline og mål for målepunkterne for mål 5.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kvartalsrapportering (Q3 2023).</li><li>• Herunder afrapportering på mål 3.</li><li>• <b>Temapunkt – Teknologi.</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kvartalsrapportering (Q4 2023). Herunder afrapportering på alle målepunkter under mål 1-5.</li><li>• <b>Temapunkt –</b></li></ul>